



## **Abschlussbericht**

# **Studie zur Wirkung des Pflege-Neuausrichtungsgesetzes (PNG) und des ersten Pflegestärkungsgesetzes (PSG I)**

im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit

von

### **TNS Infratest Sozialforschung (Hauptauftragnehmer)**

TNS Deutschland GmbH  
Landsberger Straße 284  
80687 München

Ihre Ansprechpartner:

Ulrich Schneekloth  
Senior Director  
t 089 5600 1493  
ulrich.schneekloth@  
infratest.com

Sabine Geiss  
Senior Consultant  
t 089 5600 1494  
sabine.geiss@tns-  
infratest.com

Monika Pupeter  
Senior Consultant  
t 089 5600 1584  
monika.pupeter@tns-  
infratest.com

Arbeitspaket 2

### **Universität Bremen (Unterauftragnehmer)**

Uni Bremen Campus GmbH  
UBC-Zentrum für Sozialpolitik  
Prof. Dr. Heinz Rothgang  
Thomas Kalwitzki  
Dr. Rolf Müller  
Universitätsallee 19  
28359 Bremen  
Tel.: +49 (0)421 218-58557  
E-Mail: rothgang@uni-bremen.de

München; April 2017  
315110703

## Inhalt

<b>Vorbemerkung</b>	<b>6</b>
<b>1 Methodik</b>	<b>6</b>
<b>1.1 Repräsentativerhebungen</b>	<b>7</b>
<b>1.2 Routinedaten</b>	<b>13</b>
1.2.1 Beschreibung der BARMER GEK-Routinedaten	13
1.2.2 Pflegebedürftige, Leistungsberechtigte, Leistungen und ihre zeitliche Zuordnung	14
<b>2 Entwicklung der Sozialen Pflegeversicherung und ihrer rechtlichen Rahmenbedingungen</b>	<b>17</b>
<b>2.1 Strukturelle Entwicklung im Rahmen der Sozialen Pflegeversicherung seit 2010</b>	<b>17</b>
2.1.1 Zahl und Struktur der Leistungsempfänger	17
2.1.2 Finanzergebnisse der Pflegeversicherung	19
2.1.3 Sozialhilfebezug	21
<b>2.2 Gesetzliche Reformen mit Bezug zur Pflege in den Jahren 2012 bis 2015</b>	<b>22</b>
2.2.1 Pflege-Neuausrichtung-Gesetz (PNG)	23
2.2.2 Erstes Pflegestärkungsgesetz (PSG I)	25
2.2.3 Das zweite und dritte Pflegestärkungsgesetz und der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff	26
2.2.4 Pflegezeitgesetz und Familienpflegezeitgesetz	27
2.2.5 Maßnahmen zur Verbesserung der (zahn-)ärztlichen Versorgung Pflegebedürftiger	29
2.2.6 Übersicht der Leistungshöhen im SGB XI von 2012 bis 2015	31
<b>3 Pflegebedürftige in Privathaushalten</b>	<b>35</b>
<b>3.1 Personelle Merkmale von Pflegebedürftigen</b>	<b>35</b>
3.1.1 Pflegebedarf: Pflegestufen und die neue Pflegestufe 0	35
3.1.2 Alter, Geschlecht, Familienstand	41
3.1.3 Familienformen	46
<b>3.2 Finanzielle Situation und Sozialhilfeabhängigkeit</b>	<b>47</b>
3.2.1 Einkommen	47
3.2.2 Sozialhilfe und existenzsichernde Leistungen	51
<b>3.3 Pflege und Versorgung in Privathaushalten</b>	<b>53</b>
3.3.1 Pflegearrangements	53
3.3.2 Häusliche Pflegepersonen	55
3.3.3 Vereinbarkeit von Pflege und Beruf	58

3.3.4	Zeitaufwand und empfundene Belastung	61
3.3.5	Maßnahmen zur Vereinbarkeit von Pflege und Beruf	64
<b>3.4</b>	<b>Inanspruchnahme von Leistungen</b>	<b>73</b>
3.4.1	Entwicklungen bei den Leistungen der Pflegeversicherung	73
3.4.2	Pflegegeldleistungen	79
3.4.3	Pflegesachleistungen und Kombinationsleistungen	83
3.4.4	Teilstationäre Leistungen	89
3.4.5	Leistungen der „häuslichen Betreuung“, niedrigschwellige Hilfe sowie „zusätzliche Betreuungs- und Entlastungsleistungen“	93
3.4.6	Kurzzeit- und Verhinderungspflege	101
3.4.7	Wohnumfeldverbessernde Maßnahmen	115
3.4.8	Beurteilung der Leistungen der Pflegeversicherung durch die Leistungsbezieher	122
3.4.9	Ambulant betreute Wohngruppen	124
3.4.10	Bezug von Heil- und Hilfsmitteln und Rehabilitation	127
3.4.11	Ärztliche Versorgung	137
3.4.12	Pflegebedürftige ohne Leistungsbezug	141
<b>3.5</b>	<b>Informationsstand, Begutachtung und Beratung</b>	<b>143</b>
3.5.1	Informationsstand zur Pflegeversicherung	143
3.5.2	Inanspruchnahme von Pflegeberatung	147
3.5.3	Begutachtung durch den MDK	152
<b>3.6</b>	<b>Weitere Hilfebereiche</b>	<b>155</b>
3.6.1	Ehrenamtliche Hilfen	155
3.6.2	Selbst finanzierte Hilfen	156
<b>3.7</b>	<b>Migrationshintergrund und Pflege</b>	<b>161</b>
<b>3.8</b>	<b>Zusammenfassung</b>	<b>166</b>
<b>4</b>	<b>Ambulante Pflegedienste</b>	<b>172</b>
<b>4.1</b>	<b>Strukturmerkmale</b>	<b>172</b>
4.1.1	Größe und Träger der ambulanten Pflegedienste	172
4.1.2	Regionale Verteilung	177
4.1.3	Leistungsprofile	178
<b>4.2</b>	<b>Leistungserbringung</b>	<b>185</b>
4.2.1	Betreute Personen	185
4.2.2	Einsätze und Leistungen	189
4.2.3	Gleichgeschlechtliche Pflege	198
4.2.4	Migrationshintergrund in der Pflege	200

4.2.5	Qualitätsprüfung und Beratung durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen bzw. den PKV-Prüfdienst	205
<b>4.3</b>	<b>Personal</b>	<b>206</b>
4.3.1	Personelle Ausstattung	206
4.3.2	Qualifikationsstruktur	215
4.3.3	Personalfuktuation	219
4.3.4	Die Situation der Beschäftigten aus Sicht der Einrichtungsleitungen	227
<b>4.4</b>	<b>Wirtschaftliche Situation</b>	<b>229</b>
4.4.1	Vergütung	229
4.4.2	Kapazitätsentwicklung	236
<b>4.5</b>	<b>Zusammenfassung</b>	<b>237</b>
<b>5</b>	<b>Pflegebedürftige in stationären Einrichtungen</b>	<b>240</b>
<b>5.1</b>	<b>Personelle Merkmale</b>	<b>240</b>
5.1.1	Alter und Geschlecht	240
5.1.2	Pflegestufen	248
<b>5.2</b>	<b>Pflegerische Versorgung und Betreuung</b>	<b>252</b>
5.2.1	Leistungen im Bereich der pflegerischen Versorgung und der Hauswirtschaft	252
5.2.2	Zusätzliche Betreuungskräfte nach § 87b SGB XI	256
5.2.3	Gleichgeschlechtliche Pflege	260
5.2.4	Migrationshintergrund in der Pflege	260
<b>5.3</b>	<b>Medizinische Versorgung</b>	<b>265</b>
5.3.1	Ärztliche Versorgung	265
5.3.2	Heil- und Hilfsmittel, Rehabilitationsmaßnahmen, Prävention	269
<b>5.4</b>	<b>Unterstützung durch weitere Personen</b>	<b>277</b>
5.4.1	Unterstützung im pflegerischen und hauswirtschaftlichen Bereich durch weitere Personen	278
5.4.2	Hilfen zur sozialen Betreuung durch weitere Personen	279
<b>5.5</b>	<b>Zusammenfassung</b>	<b>281</b>
<b>6</b>	<b>Stationäre Pflegeeinrichtungen</b>	<b>284</b>
<b>6.1</b>	<b>Strukturmerkmale</b>	<b>284</b>
6.1.1	Träger und Größe der Einrichtungen	284
6.1.2	Regionale Verteilung	294
6.1.3	Betreute Personen	296

<b>6.2</b>	<b>Leistungserbringung</b>	<b>300</b>
6.2.1	Leistungsprofile	300
6.2.2	Therapie und Prävention	305
6.2.3	Aktivitäts- und Betreuungsangebote	308
6.2.4	Medizinische Versorgung und medizinische Behandlungspflege	311
6.2.5	Gleichgeschlechtliche Pflege	314
6.2.6	Migrationshintergrund in der Pflege	314
6.2.7	Qualitätsprüfung und Beratung durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen bzw. den PKV-Prüfdienst	316
<b>6.3</b>	<b>Personal der stationären Pflegeeinrichtungen</b>	<b>318</b>
6.3.1	Personelle Ausstattung	318
6.3.2	Qualifikationsstruktur	333
6.3.3	Zusätzliche Betreuungskräfte nach § 87b SGB XI	339
6.3.4	Personalfluktuaton in der Pflege	346
6.3.5	Personalprobleme aus Sicht der Einrichtungen	358
<b>6.4</b>	<b>Wirtschaftliche Situation</b>	<b>361</b>
6.4.1	Heimentgelte	361
6.4.2	Wartelisten	364
6.4.3	Kapazitätsentwicklung	366
6.4.4	Herausforderungen aus Sicht der Einrichtungen sowie Verbesserungen durch das PNG und PSG I	369
<b>6.5</b>	<b>Zusammenfassung</b>	<b>371</b>
<b>7</b>	<b>Tabellenverzeichnis</b>	<b>376</b>
<b>8</b>	<b>Abbildungsverzeichnis</b>	<b>381</b>
<b>9</b>	<b>Literatur</b>	<b>388</b>

## Vorbemerkung

Das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) hat mit dem Pflege-Neuausrichtungsgesetz (PNG) von 2012 sowie mit dem ersten Pflegestärkungsgesetz (PSG I) ab 1. Januar 2015 wichtige Leistungsausweitungen und strukturelle Änderungen in der Pflegeversicherung vorgenommen, mit dem Ziel, diese noch besser auf die Bedürfnisse und Wünsche der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen auszurichten. Gleichzeitig sollte damit die mit dem PSG II ab 1. Januar 2017 vorgesehene Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs vorbereitet werden.

Im Rahmen der ausgeschriebenen „Studie zur Wirkung des Pflege-Neuausrichtungsgesetzes (PNG) und des ersten Pflegestärkungsgesetzes (PSG I)“ hat das Bundesministerium für Gesundheit TNS Infratest Sozialforschung und das UBC-Zentrum für Sozialpolitik an der Universität Bremen beauftragt, die Umsetzung und Auswirkungen dieser Reformmaßnahmen zu erheben und zu evaluieren. Darüber hinaus sollen wichtige Strukturentwicklungen im Bereich der Pflege dargestellt und fortgeschrieben werden. Die Ergebnisse dienen langfristig der Weiterentwicklung der Pflegeversicherung und der pflegerischen Versorgung in Deutschland.

Ziel ist von daher, detaillierte Erkenntnisse zur Umsetzung der gesetzlichen Regelungen zu gewinnen und konkrete Hinweise für die Weiterentwicklung der Pflegeversicherung abzuleiten. Zur Realisierung dieses Projektziels führte TNS Infratest Sozialforschung insgesamt drei Repräsentativerhebungen durch: in Privathaushalten, bei ambulanten Pflegediensten sowie in stationären Pflegeeinrichtungen. In den Pflegeeinrichtungen erfolgte sowohl eine Befragung auf der Ebene der Institutionen als auch eine bewohnerbezogene Erhebung. Darüber hinaus wurden von der Universität Bremen die Routinedaten der BARMER GEK sekundärstatistisch ausgewertet. Damit liegen zusätzlich detaillierte prozessproduzierte Daten zur Inanspruchnahme der Leistungen der Pflegeversicherung bei dem dort versicherten Personenkreis vor.

## 1 Methodik

Die Untersuchung „Studie zur Wirkung des Pflege-Neuausrichtungsgesetzes (PNG) und des ersten Pflegestärkungsgesetzes (PSG I)“ knüpft unmittelbar an die Vorläuferstudien zu den „Wirkungen der Pflegeversicherung“ von 1998 (Schneekloth & Müller 1999) sowie zu den „Wirkungen des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes“ von 2010 (Schmidt & Schneekloth 2011) an. Die damaligen Untersuchungen basierten auf repräsentativen Stichprobenerhebungen bei Pflegebedürftigen in Privathaushalten sowie bei ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen.

Auch in der neuen Studie wird dieses grundlegende Studiendesign beibehalten. Neu ist, dass ergänzend zu den Repräsentativerhebungen auf eine weitere, methodisch anders gelagerte Datenquelle zurückgegriffen wird. Einbezogen werden prozessproduzierte Kassendaten, in diesem Fall die Daten von mehr als 8 Mio. Versicherten der BARMER GEK. Mit diesen Daten lässt sich für jeden Versicherten dieser Pflegekasse tagesgenau feststellen, welche Leistungen ab wann und wie lange in Anspruch genommen worden sind bzw. werden. Damit wird die Aussagekraft der Gesamtstudie um eine zusätzliche Dimension erweitert. Die Befragungsdaten können hierdurch nicht nur als repräsentativer Querschnitt betrachtet, sondern auch als Individualdaten gegen den Hintergrund einer sehr großen

Menge von Längsschnittdaten abgeglichen werden. Zusätzlich ermöglichen es die prozessproduzierten Kassendaten, das Leistungsgeschehen im Zeitraum von 2012 bis 2015, also in der Phase der Einführung und Umsetzung der zu evaluierenden Pflegereformen PNG und PSG I, zu monitoren.

Die beiden Datenzugänge basieren auf unterschiedlichen methodischen Zugängen und sind von daher nicht vollständig kongruent. Die Ergebnisse werden deshalb auch in den entsprechenden Abschnitten des Berichts jeweils getrennt dargestellt, dabei aber inhaltlich aufeinander bezogen.

## 1.1 Repräsentativerhebungen

Analog zur Studie zu den Wirkungen der Pflegeversicherung von 1999 und 2010 gliedert sich die aktuelle Repräsentativerhebung 2016 ebenfalls wieder in drei Module. Das erste Modul umfasst eine repräsentative Befragung von Pflegebedürftigen in Privathaushalten oder deren Angehörigen. Im zweiten und dritten Modul wurde die Sicht der Leistungserbringer erfasst. In diesem Zusammenhang wurden ambulante Pflegedienste und vollstationäre Pflegeeinrichtungen befragt. Die Befragung der Leitungen der ambulanten Pflegedienste erfolgte schriftlich, die der Heime zum Teil schriftlich und zum Teil persönlich-mündlich. Zusätzlich zu den Heimleitungen wurden in jedem der Heime die Hauptpflegekräfte von sechs zufällig ausgewählten Heimbewohnern persönlich-mündlich befragt. Die Pflegebedürftigen oder deren Angehörige wurden hauptsächlich telefonisch interviewt.

### Modul 1: Befragung von Pflegebedürftigen in Privathaushalten

Das erste Modul umfasste eine repräsentative Befragung von Pflegebedürftigen in Privathaushalten oder deren Angehöriger. Realisiert werden konnte eine gültige Fallzahl von  $n = 1479$  in Privathaushalten lebender Menschen mit Pflegebedarf. Wie bereits 1999 und 2010 wurden die Haushalte, in denen eine pflegebedürftige Person lebt, zunächst über eine Screening-Frage in den kontinuierlich durchgeführten telefonischen Repräsentativerhebungen von TNS Infratest ermittelt. In der Zeit vom 21.12.2015 bis 10.07.2016 wurden 66.500 Haushalte gefragt, ob im Haushalt „eine aufgrund einer Krankheit oder Behinderung dauerhaft pflegebedürftige Person“ lebt. In 4.218 Haushalten wurde dies bejaht und die befragte Person stimmte einem erneuten Anruf zu. Diese Haushalte wurden in der Zeit vom 5.04. bis 14.07.2016 erneut telefonisch kontaktiert und es wurde ein Interview mit einer Person durchgeführt, die über die Pflegesituation im Haushalt Auskunft geben konnte. Die Interviewdauer betrug im Schnitt 34,2 Minuten. Realisiert werden konnten durch die speziell für diese Erhebung geschulten TNS Infratest-Interviewer  $n = 1.279$  Interviews. Berücksichtigt man, dass sich die vorab ermittelten Pflegebedürftigen um 1.390 qualitätsneutrale Ausfälle verringerten (hierzu zählen Haushalte, in denen die pflegebedürftige Person zum Zeitpunkt des eigentlichen Interviews bereits in ein Heim gezogen oder verstorben war, aber auch Haushalte mit ungültigen Telefonnummern, bei denen trotz zehn Anrufversuchen kein Kontakt hergestellt werden konnte), entspricht dies einer Ausschöpfungsquote von 47,4 Prozent. Die realisierte Ausschöpfung ist geringer als zuletzt in 2010 (59,6%), liegt aber nach wie vor über den üblicherweise bei allgemeinen Bevölkerungsumfragen realisierbaren Quoten.

Da sich im Laufe der Feldarbeit vor diesem Hintergrund abzeichnete, dass sich die vereinbarte Fallzahl auf Basis der telefonischen Screening-Stichprobe in dem vorgegebenen Zeitrahmen nicht kom-

plett erreichen lässt, wurde die Stichprobe mit einer face-to-face-Erhebung aufgestockt. Die Pflegebedürftigen in Privathaushalten wurden anhand einer regionalen Quoten-Vorgabe über den Infratest-Interviewerstab (vorab) vorqualifiziert. Analog zur telefonischen Screening-Erhebung wurde danach zu Beginn des Interviews ermittelt, ob im Haushalt eine aufgrund einer Krankheit oder Behinderung dauerhaft pflegebedürftige Person lebt. Auf diese Weise konnten weitere 200 Interviews zur Situation von Pflegebedürftigen in Privathaushalten durchgeführt werden.

**Tabelle 1.1: Ausschöpfungsübersicht zur telefonischen Erhebung bei Pflegebedürftigen in Privathaushalten (Absolutzahlen)**

Per Screening vorab ermittelte Pflegebedürftige ( <b>Brutto 1</b> )	4.218	
abzgl. qualitätsneutrale Ausfälle (pflegebedürftige Person war zum Zeitpunkt der Haupterhebung bereits in ein Heim gezogen oder verstorben, Telefonnummer falsch, ungültig)		
	1.390	
Gültige Fälle ( <b>Brutto 2</b> )	2.828	100,0
Realisierte Interviews Telefon ( <b>Netto1</b> )	<b>1.279</b>	<b>47,4</b>
Ausfälle		
– Teilnahme verweigert	636	36,9
– Niemanden erreicht (gültige Telefonnummer)	176	12,1
– Sonstige Ausfallgründe	204	4,6
Aufstockung Interviews f2f ( <b>Netto2</b> )	200	
<b>Netto gesamt (Netto1 + Netto2)</b>	<b>1.479</b>	

Studie zur Wirkung des PNG und PSG I – TNS Infratest Sozialforschung 2016

Die erhobenen Daten der telefonischen Erhebung wurden zunächst mit der face-to-face-Aufstockung auf der Haushaltsebene zusammengeführt und anhand der Ergebnisse der telefonischen Screening-Befragung nach Bundesland und Siedlungsstrukturtyp (BIK-Typ) sowie nach der Haushaltsgröße gewichtet. Die Aufstockungsstichprobe wird auf diese Weise im ersten Schritt an die Strukturen der repräsentativen telefonischen Screening-Erhebung angepasst.

Da jeder Haushalt eine pflegebedürftige Person in Privathaushalten repräsentiert – im Falle von mehr als einem Pflegebedürftigen im Haushalt (8% der Haushalte) erfolgte eine Zufallsauswahl, auf welche Person sich die Erhebung bezieht –, lässt sich die Haushaltsstichprobe danach mit Hilfe einer einfachen Designgewichtung in eine Personenstichprobe umwandeln. Mit Hilfe dieser Designgewichtung werden die geringeren Auswahlchancen der Pflegebedürftigen, die in einem Haushalt mit mehr als einem Pflegebedürftigen leben, angepasst.



Die auf diese Weise erzeugte Stichprobe von Pflegebedürftigen in Privathaushalten wurde danach nach Alter, Geschlecht, Pflegestufe sowie Art der Inanspruchnahme der (mtl.) Regelleistungen der Pflegeversicherung (Geldleistung, Sachleistung, Kombileistung oder teilstationäre Pflege) gewichtet und auf die Gesamtzahl der Pflegebedürftigen in Privathaushalten mit Leistungen der Pflegeversicherung hochgerechnet. Als Referenz diente die aktuelle Kassenstatistik zur Pflegeversicherung (soziale Pflegeversicherung: Stand von Ende 2015, private Pflegeversicherung: Stand von Ende 2014), die für die Studie vom Bundesministerium für Gesundheit zur Verfügung gestellt wurde (BMG 2016). Hochgerechnet wurde anhand dieser Referenzdaten auf eine Gesamtzahl von 2.173 Mio. Pflegebedürftige in Privathaushalten. Hierbei wurde ebenfalls die regionale Verteilung nach Bundesländern kontrolliert. Da die Statistik der Pflegekassen keine regionalen Merkmale vorhält, wurde hierfür auf die Daten der amtlichen Pflegestatistik (Stand von Ende 2013) zurückgegriffen (Statistisches Bundesamt 2015a). Bei der Differenzierung nach Westdeutschland und Ostdeutschland wird Berlin Ostdeutschland zugeordnet. Die Pflegebedürftigen in Privathaushalten ohne Leistungsbezug wurden proportional hochgerechnet.

1.247 Personen in der Stichprobe beziehen Leistungen der Pflegeversicherung. Diese bilden die Gruppe der „Personen mit Leistungen der Pflegeversicherung“. Aus Gründen der Vereinfachung wird diese Gruppe im Folgenden als „Pflegebedürftige in Privathaushalten“ bezeichnet. Weitere 71 gaben an, dass ihr Antrag abgelehnt wurde, bei 63 war der Antrag noch offen und 112 hatten keinen Antrag gestellt. Diese „Personen ohne Leistungen der Pflegeversicherung“ werden im Folgenden getrennt behandelt und bei der Analyse der letzten Pflegereformen in der Regel nicht mit berücksichtigt.

## **Modul 2: Schriftliche Befragung von ambulanten Diensten**

Für dieses Modul wurde aus der Datenbank des BKK PflegeFinders, die die BKK zu diesem Zweck zur Verfügung gestellt hat, eine repräsentative Zufallsstichprobe ambulanter Pflegedienste gezogen (BKK, 2016). Die Stichprobenziehung erfolgte geschichtet nach Bundesland und Siedlungsstrukturtyp (BIK). Während der Feldzeit vom 5.04. bis 1.08.2016 konnten n = 738 Interviews realisiert werden.

Die Befragung wurde schriftlich-postalisch durchgeführt. Als Auskunftgeber angeschrieben wurde die jeweilige Leitung des Dienstes. Im ersten Schritt wurden 7.461 ambulante Dienste angeschrieben. Dabei zeigte sich allerdings, dass etwa 23 Prozent der Adressen inzwischen nicht mehr gültig waren oder dass die angeschriebenen Dienste nicht zur Zielgruppe der Leistungserbringer nach SGB XI gehörten. Der weitaus größere Teil gab keine Rückmeldung auf die schriftliche Anfrage und antwortete auch nicht nach dem Versand eines weiteren schriftlichen Reminders. Da nach dem ersten Versand zum Zeitpunkt Ende Mai 2016 nicht mehr als 335 gültige Fragebögen vorlagen, mussten deshalb in einem zweiten Versand, trotz des damit verbundenen erheblichen Mehraufwandes, nochmals weitere 9.115 Dienste angeschrieben werden. Nur so war es zu gewährleisten, die geplante Nettofallzahl zu erreichen.

Insgesamt postalisch kontaktiert wurden 16.656 Einrichtungen. Als ungültig oder falsch ließen sich 3.926 Adressen identifizieren. Realisiert werden konnte eine Fallzahl gültiger Interviews von n = 738. Dies entspricht, bezogen auf die Adressen, die sich nicht unmittelbar als ungültig erwiesen haben, einer Ausschöpfung von 6,1 Prozent. Hierbei muss natürlich berücksichtigt werden, dass bei einer schriftlich-postalischen Befragung keine Interviewerinnen und Interviewer eingesetzt werden und auch sonst kein persönlicher Kontakt gegeben ist. Von daher entfallen in diesem Fall die Möglichkeiten zur persönlichen Motivierung und damit zur Sicherung der Teilnahmebereitschaft. Des Weiteren

lässt sich nicht beurteilen, inwieweit bei den Adressen, für die keinerlei Rücklaufinformationen vorliegen, gegebenenfalls noch weitere ungültig sind und nicht zur Zielgruppe gehören. Davon unabhängig bleibt die Teilnahmebereitschaft aber trotzdem ausgesprochen schlecht und auch unterhalb unserer Erwartungen. Über die Gründe für die fehlende Kooperation kann nur spekuliert werden. Die Einrichtungen klagen in der Regel über zu wenig Zeit und über eine hohe bürokratische Belastung. Hinzu kommt, dass ein größerer Teil an Einrichtungen in den letzten Jahren aus unterschiedlichen Anlässen für Befragungen oder Ähnliches kontaktiert worden sind. Eine rein postalische Erhebung, bei der keinerlei sonstige Möglichkeiten zur Motivierung bestehen, tut sich an dieser Stelle schwer.

Die erhobenen Daten wurden, vor allem auch um mögliche dem geringen Rücklauf geschuldete Verzerrungen auszugleichen, ebenfalls gewichtet und hochgerechnet. Im ersten Schritt wurde die realisierte Nettostichprobe an die Struktur der Auswahlgesamtheit nach Bundesland und Siedlungsstrukturtyp (BIK-Typ, BIK 6) angepasst. Die Abweichungen an dieser Stelle waren vergleichsweise gering. Die schlechte Ausschöpfung hatte an dieser Stelle zu keinen größeren Verzerrungen geführt. Danach erfolgte eine Gewichtung anhand der amtlichen Pflegestatistik (Statistisches Bundesamt 2016a). Hierbei wurde zuerst ein Eingangsgewichtungsfaktor gebildet, mit der die in der Stichprobe ermittelte Anzahl von den Diensten betreuter Personen (mit Pflegestufe I bis III) als Indikator für die Größe der Einrichtung an den Referenzwert der Pflegestatistik angepasst wurde. Leider liegt in der amtlichen Pflegestatistik keine Größenklassifizierung vor. Ausgewiesen wird dort nur die Gesamtzahl der von ambulanten Diensten betreuten Pflegebedürftigen. Mit dem auf diese Weise gebildeten Ausgangsgewichtungsfaktor lässt sich aber trotzdem die Größe der insgesamt in die Stichprobe einbezogenen ambulanten Dienste anpassen. Die Effekte der Gewichtung waren an dieser Stelle deutlich höher. Ungewichtet umfasste die Stichprobe deutlich zu viele große Einrichtungen. Mit der Gewichtung kann diese Verzerrung jedoch angemessen korrigiert werden. Schließlich wurde die Stichprobe an die Struktur der Dienste nach Bundesland und Träger angepasst und auf die Zahl von 13.182 Diensten hochgerechnet. Die amtliche Pflegestatistik weist zum Stand Ende 2013 bundesweit 12.745 ambulante Dienste aus. Um die mögliche Entwicklung bis Ende 2015 vor allem auch im Hinblick auf die Trends beim Träger mit zu berücksichtigen, wurde die in der amtlichen Pflegestatistik pro Träger ausgewiesene Anzahl an Einrichtungen anhand der Veränderungen der letzten zwei Jahre des Berichtszeitraumes der Pflegestatistik (von 2011 auf 2013) im Trend fortgeschrieben. Die Gewichtung gleicht die der schlechten Ausschöpfung geschuldeten Verzerrungen soweit wie möglich aus. Die realisierte Nettostichprobe bildet von daher ein proportionales Abbild der Grundgesamtheit.

### **Modul 3: Befragung in stationären Pflegeeinrichtungen**

Auch die repräsentative Zufallsstichprobe stationärer Pflegeeinrichtungen wurde auf der Basis der Datenbank des BKK PflegeFinders, die die BKK zu diesem Zweck zur Verfügung gestellt hat, gezogen.

Die Stichprobenziehung erfolgte platzproportional geschichtet nach Ost- und Westdeutschland, wobei Berlin Ostdeutschland zugeordnet wurde, sowie nach Siedlungsstrukturtyp (BIK) und Größenklasse. Während der Feldphase vom 6.04. bis 20.06.2016 konnten insgesamt  $n = 422$  Interviews mit den Leitungen stationärer Einrichtungen realisiert werden. Dies entspricht einer Ausschöpfung von 38,7 Prozent. In den teilnehmenden Einrichtungen wurden darüber hinaus in der Regel mit den Hauptpflegekräften  $n = 2.387$  Interviews über ebenfalls zufällig ausgewählte Bewohnerinnen oder Bewohner (möglichst aus dem vollstationären Teil der Einrichtung) durchgeführt. Dabei konnten in 95,4 Prozent der Einrichtungen die vorgesehenen sechs bewohnerbezogenen Interviews realisiert werden (2,5% mit fünf Interviews und 2,1% mit vier Interviews). Aufgrund der platzproportionalen Ziehung

bildet die Stichprobe damit die Grundgesamtheit der (vollstationär betreuten) Bewohnerinnen und Bewohner von stationären Pflegeeinrichtungen ab.

**Tabelle 1.2: Ausschöpfung zur persönlich-mündlichen Erhebung in stationären Pflegeeinrichtungen (Absolutzahlen)**

Gezogene Bruttostichprobe ( <b>Brutto 1</b> )	1.470	
Abzgl.:		
– nicht benötigte/nicht eingesetzte Adressen	351	
– Heim existiert nicht mehr	18	
– Heim gehört nicht zur Zielgruppe	10	
Gültige Bruttofälle ( <b>Brutto 2</b> )	1.091	100,0
Realisierte Heim-Interviews ( <b>Netto</b> )	<b>422</b>	<b>38,7</b>
Ausfälle:		
– Generelle Verweigerung	56	5,1
– Keine Teilnahme aus Zeitgründen	327	30,0
– Keine Teilnahme: Sonstige Gründe	200	18,3
– Interview nicht auswertbar	9	0,8
– Sonstige Ausfallgründe	77	7,1

Studie zur Wirkung des PNG und PSG I – TNS Infratest Sozialforschung 2016

Die Kontaktaufnahme mit den Heimen erfolgte durch Interviewerinnen und Interviewer von TNS Infratest, die auch die bewohnerbezogene Befragung mit den Hauptpflegekräften durchführten. Eingesetzt wurde hierbei ein achtseitiger Papierfragebogen, der entweder direkt bei den zuständigen Pflegekräften erhoben oder aber von diesen selbst ausgefüllt werden konnte. Ähnliches gilt für die einrichtungsbezogene Befragung. Ein Teil der Interviews mit den Heimleitungen erfolgte ebenfalls persönlich-mündlich, ein Teil der zwölfseitigen Papierfragebögen wurde aber auch von den Heimleitungen selber ausgefüllt und von den Interviewern anschließend wieder eingesammelt. Dies war insbesondere dann sinnvoll, wenn Strukturdaten erst im Detail aus verschiedenen Quellen zusammengetragen werden mussten und die Heimleitungen hierfür mehr Zeit benötigten.

Die realisierte Nettostichprobe wurde zunächst anhand der Datenbank des BKK PflegeFinders nach Bundesland und Siedlungsstrukturtyp (BIK) geschichtet. Danach wurde die platzproportional gezogene Stichprobe in eine einrichtungsproportionale Stichprobe transformiert. Die weitere Gewichtung nach Größenklasse und Träger erfolgte ebenso wie die abschließende Hochrechnung auf 13.792 stationäre Einrichtungen anhand der amtlichen Pflegestatistik (Statistisches Bundesamt 2016b). Ähnlich wie bei den ambulanten Einrichtungen wurden auch hier die Daten der amtlichen Pflegestatistik (Stand 2013) anhand der Veränderungen der letzten zwei Jahre des Berichtszeitraumes der Pflegestatistik (von 2011 auf 2013) im Trend fortgeschrieben.

Die bewohnerbezogenen Daten wurden zunächst auf der Basis der Heimdaten nach Bundesland, Siedlungsstrukturtyp (BIK), Größenklasse und Träger gewichtet. Anschließend erfolgte eine Gewichtung nach Pflegestufe, Altersklasse und Geschlecht und eine abschließende Hochrechnung auf 800.900 vollstationär betreute Bewohnerinnen und Bewohner von Pflegeeinrichtungen mit Pflegestufe I bis III anhand der Statistik der Pflegekassen (SPV zzgl. PPV: BMG 2016c). Bewohnerinnen oder Bewohner, die keine Leistungen nach den Pflegestufen I bis III beziehen, wurden proportional hochgerechnet.

**Tabelle 1.3: Design der TNS Infratest-Repräsentativerhebungen 2016 im Überblick**

	<b>Pflegebedürftige in Privathaushalten</b>	<b>Ambulante Dienste</b>	<b>Stationäre Pflegeeinrichtungen</b>	
			<b>Einrichtungen</b>	<b>Bewohner</b>
<b>Auskunftgeber</b>	Pflegebedürftige und weitere Personen, die sich mit der Pflegesituation im Haushalt auskennen	Leitung des Dienstes	Leitung der Einrichtung	Hauptpflegekraft
<b>Erhebungsmethode</b>	CATI	Schriftlich	Schriftlich / persönlich-mündlich	Persönlich-mündlich
<b>Nettofallzahl</b>	1.479	738	422	2.387
<b>Feldzeit</b>	5.04.-14.07.2016 (Vorlaufscreening von Dez. 2015 bis Juli 2016)	5.04.– 29.07.2016	6.04.- 20.06.2016	6.04.- 20.06.2016

Studie zur Wirkung des PNG und PSG I – TNS Infratest Sozialforschung 2016

Die im Bericht ausgewiesenen Ergebnisse der Repräsentativerhebung 2016 werden ggf. mit den Ergebnissen der Vorläufererhebungen von 1998 und 2010 verglichen. Darüber hinaus wird bei ausgewählten Fragen zusätzlich auf die Ergebnisse der Studie MuG IV zum Erhebungsjahr 2005 zurückgegriffen (Schneekloth & Wahl 2009).

## 1.2 Routinedaten

Ergänzend zu den vorstehend erläuterten repräsentativen Primärdaten wurden zur Analyse der Leistungsanspruchnahme prozessproduzierte Routinedaten der BARMER GEK verwendet. Diese enthalten tagesgenaue Informationen darüber, welche Leistungen jeder der rund achteinhalb Millionen Versicherten aus der Kranken- und Pflegeversicherung bezieht. Damit steht also mit den Routinedaten eine Datenquelle zur Verfügung, die Zugang zum Leistungsbezug einer größeren Population ermöglicht, als dies mit Primärerhebungen möglich ist. Im Falle der hier verwendeten Daten der BARMER GEK kann so jeder zehnte Bundesbürger und jeder achte GKV-Versicherte in die Evaluation der Pflegereformen einbezogen werden. Somit ist es einerseits möglich, das Leistungsgeschehen direkt auf einer breiten Basis zu erfassen und auszuwerten, und andererseits eine Kreuzvalidierung der Repräsentativerhebung durchzuführen.

Besonders relevant hierfür ist neben der sehr umfangreichen Datenbasis die allgemein als sehr hoch einzuschätzende Validität der Routinedaten. Diese sind, mindestens dann, wenn sie zahlungsrelevant sind, sehr präzise für den und im Abrechnungsprozess dokumentiert und unterliegen nicht den Verzerrungen durch unkorrekte Erinnerungen (Recall Bias), die bei Befragungen zu beachten sind. Da die Daten zur Inanspruchnahme von Pflegeleistungen, die im Kontext der Evaluation der Pflegereformen verwendet wurden, ausnahmslos zahlungsrelevant sind und weitere verwendete Angaben, etwa die Einstufung in die Pflegestufen durch die Kasse auf Basis eines Gutachtens des zuständigen MDK erfolgt, können diese als in sich sehr valide angesehen werden.

Um aus dieser Stichprobe auch repräsentative Aussagen über die Bundesbevölkerung ableiten zu können, muss ein Abgleich der Personenstruktur innerhalb der BARMER GEK Versicherten und der Bevölkerung Deutschlands vorgenommen werden. Hierzu wurde bereits im BARMER GEK Pflegereport 2011 gezeigt, dass sich die Alters- und Geschlechterstruktur der Versicherten dieser Kasse teilweise von der Struktur der Bevölkerung Deutschlands unterscheidet (Rothgang et al. 2011: 116ff.). Da also die einbezogenen Versicherten hinsichtlich dieser beiden Merkmale nicht repräsentativ für die Gesamtbevölkerung sind, werden die Analyseergebnisse jeweils alters- und geschlechtsspezifisch auf die Bevölkerung Deutschlands hochgerechnet. Damit werden die Unterschiede zur Pflegestatistik in der alters- und geschlechtsspezifischen Pflegehäufigkeit annähernd ausgeglichen, diese bleiben jedoch in einigen Altersgruppen etwas niedriger als durch die Pflegestatistik ausgewiesen. Aus diesem Grund wird in den Auswertungen in der Regel darauf verzichtet, die absoluten Fallzahlen auszuweisen, die sich aus der Hochrechnung ergeben, und stattdessen auf die entsprechenden Verteilungen abgestellt, die von dieser Unterschätzung kaum betroffen sind.

### 1.2.1 Beschreibung der BARMER GEK-Routinedaten

Zum Zwecke der Gesundheitsberichterstattung und der Qualitätssicherung werden der Universität Bremen von der BARMER GEK pseudonymisierte Daten zugänglich gemacht. Sie dienen unter anderem als Grundlage für den jährlich erscheinenden Pflegereport der BARMER GEK und konnten auch für die vorliegende Evaluation der Pflegereformen durch die Uni Bremen Campus GmbH genutzt werden. Diese Daten werden regelmäßig aus der Versichertenkartei und dem Abrechnungssystem der BARMER GEK gezogen und als verschiedene Teildatensätze gespeichert. Der zeitliche Verzug zwischen der Generierung der Daten zu Abrechnungszwecken und der Bereitstellung der Daten zu Analyse Zwecken beträgt dabei etwa drei Quartale. Alle Angaben, die direkt auf eine einzelne Person

schließen lassen könnten, werden zuvor gelöscht. Hierzu zählen Name, Adresse, Sozialversicherungsnummer usw. Die einzelnen Teildatensätze zu den verschiedenen medizinischen und pflegerischen Leistungen lassen sich aber über eine Personenkennziffer (Pseudonym) verknüpfen. Für die in dieser Evaluation bearbeiteten Fragestellungen wurde auf die Daten der Jahre 2012 bis 2015 der folgenden Teildatensätze zurückgegriffen:

- **Stammdaten:** Sie liefern grundlegende demografische Informationen zu Geschlecht, Geburtsjahr, Wohnregion und Mitgliedschaftszeiten.
- **Pflegedaten:** Sie enthalten alle Informationen über die Leistungen der sozialen Pflegeversicherung nach SGB XI. Angegeben sind die Leistungsarten und Pflegestufen mit Beginn und Ende des jeweiligen Leistungsbezugs.
- **Datensatz zur ambulanten ärztlichen Versorgung:** Dieser liefert quartalsweise Informationen über Diagnosestellungen und Fachgebietszugehörigkeit der behandelnden Ärzte.
- **Datensatz zu zahnärztlichen Behandlungen:** Dieser liefert quartalsweise Informationen über zahnärztliche Leistungen.

Zu beachten ist hierbei, dass zum Zeitpunkt der Datenauswertung die Leistungsdaten für das Jahr 2015 noch nicht vollständig vorlagen, sondern nur die ersten drei Quartale dieses Jahres einbezogen werden konnten. Aus den weiteren Untersuchungsjahren wurden aus Gründen der Vergleichbarkeit deshalb auch nur die Beobachtungen aus den jeweiligen ersten drei Quartalen verwendet. Da die resultierenden Ergebnisse durchgängig als Anteilswerte dargestellt werden, entstehen hierdurch jedoch in den meisten Fällen keine Abweichungen, die zu beachten wären. Bei Aussagen, für die diesem methodischen Umstand besondere Bedeutung zukommt, wird dies jeweils in den Einzeldarstellungen erläutert. Als Datenbasis für den Vergleich von Jahreswerten im Zeitverlauf, werden für 2015 die Werte des letzten Quartals 2014 zu den drei vorhandenen Quartalswerten für 2015 hinzuaddiert.

Die Hochrechnung der Ergebnisse erfolgt von der jeweiligen Versichertenbevölkerung der BARMER GEK unter Berücksichtigung der Selektionen anhand von Alter und Geschlecht auf die gesamte Bundesbevölkerung zum entsprechenden Zeitpunkt. Dazu werden die Versicherten in Fünf-Jahres-Altersgruppen bis zur rechtsoffenen Altersgruppe 90+ eingeteilt. Andere Faktoren, etwa Unterschiede zwischen BARMER GEK-Versicherten und der sonstigen Bevölkerung in Bezug auf die Morbidität oder auf den sozialen Status, werden nicht zur Hochrechnung verwendet.

### 1.2.2 Pflegebedürftige, Leistungsberechtigte, Leistungen und ihre zeitliche Zuordnung

Wie bereits beschrieben, handelt es sich bei den verwendeten Routinedaten im Wesentlichen um Abrechnungsdaten, die bei Leistungsbezug eines Versicherten generiert werden. Bis auf die Analyseergebnisse zur ärztlichen Versorgung Pflegebedürftiger, die aus Abrechnungsdaten im Bereich der Krankenversicherung nach SGB V entstanden sind, basieren alle Aussagen auf Leistungsdaten im Bereich der Pflegeversicherung nach SGB XI. Hierbei ist gerade im Sinne der Evaluation der Gesetzeswirkungen von PNG und PSG I zu beachten, dass Leistungsberechtigte der Pflegeversicherung nicht mit Pflegebedürftigen gleichzusetzen sind.

*Pflegebedürftigkeit* ist zur definitorischen Unterscheidung als sozialrechtlicher Begriff zu verstehen. Es gelten daher diejenigen Personen als pflegebedürftig, die pflegebedürftig im Sinne der §§ 14 und 15 SGB XI sind und damit die Zuordnung zu einer Pflegestufe erhalten. Es handelt sich bei diesen

Personen somit um Pflegebedürftige, die einen Leistungsanspruch gegenüber der Pflegeversicherung haben, dessen Höhe bei den meisten Leistungsarten von ihrer Pflegestufe abhängt. Durch die gesetzlichen Regelungen des PNG und des PSG I wurden allerdings zu einem großen Teil Leistungserweiterungen und -verbesserungen für Personen installiert, die nach der vorstehenden Definition nicht pflegebedürftig sind. Es handelt sich hierbei um Personen mit der sogenannten Pflegestufe „0“, also Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz (PEA), die nicht die Anforderungen der bisherigen §§ 14 und 15 SGB XI erfüllen. Zur differenzierten Darstellung des Leistungsbezugs von Pflegebedürftigen und den nicht-pflegebedürftigen Leistungsberechtigten sind diese Personengruppen in den Analysen jeweils getrennt ausgewiesen.

Die Pflegestatistik zählt als Pflegebedürftige prinzipiell die Versicherten, die Pflegegeld beziehen und/oder Pflegeleistungen durch ambulante Pflegedienste oder stationäre Pflegeeinrichtungen (ohne Pflege in Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen) erhalten. Im vorliegenden Bericht werden dementsprechend die Personen ausgeschlossen, die zwar pflegebedürftig im Sinne des § 14 SGB XI sind, aber ausschließlich Leistungen nach § 43a SGB XI (Abgeltung der pflegebedingten Aufwendungen, der Aufwendungen der sozialen Betreuung und der Aufwendungen für Leistungen der medizinischen Behandlungspflege für Pflegebedürftige in vollstationären Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen) erhalten. Sobald jedoch weitere Leistungen des SGB XI parallel in Anspruch genommen werden, sind die entsprechenden Personen in die Auswertungen eingeschlossen.

Bei der *Pflegestufe* wird grundsätzlich zwischen Pflegestufe 0, Pflegestufe I, Pflegestufe II und Pflegestufe III unterschieden. Wenn nicht anders ausgewiesen, wurden die Härtefälle für die Analysen der Pflegestufe III zugeordnet. Die Zuordnung der Pflegestufe erfolgt hierarchisch: Liegen für die in der Analyse betrachteten Zeitspanne zwei unterschiedliche Meldungen zur Pflegestufe vor, überschreibt die höhere Pflegestufe die niedrigere.

Personen mit Pflegestufe 0 werden, wenn nicht anders angegeben, separat ausgewiesen. Leistungszeiten ohne eine ermittelbare Pflegestufe wurden nicht mitgezählt. Bei diesen handelt es sich oft um Entgelte für Hilfsmittel, die zeitlich nicht exakt zuzuordnen sind. Als Monate der Pflegebedürftigkeit (inklusive Pflegestufe 0) sind alle diejenigen gezählt, zu denen eine Pflegestufe inklusive Pflegestufe 0 vorliegt – egal, welche Pflegeleistung in dem Monat bezogen wurde. Wenn keine Pflegestufe für den jeweiligen Monat dokumentiert ist, sind umliegende Monate zur Bestimmung der Pflegestufe genutzt worden. Personen mit einer dokumentierten eingeschränkten Alltagskompetenz ohne eine mittelbare Pflegestufenzuordnung wurde die Pflegestufe 0 zugeordnet. Andere Zeiten ohne Pflegestufenzuordnung sind nicht berücksichtigt.

Die Erfassung des Status der Pflegebedürftigkeit erfolgt in der Regel *monatsgenau*. Die Auswertung auf Monatsebene ist dem Umstand geschuldet, dass sich das Konzept „Pflegearrangement“ auf ein auf Dauer angelegtes Pflegesetting bezieht und tageweise Abweichungen daher nicht betrachtet werden sollen. Auswirkungen hat diese Erfassungsmethode insbesondere beim Zusammentreffen mehrerer Leistungen in unterschiedlicher Intensität. Wenn beispielsweise neben dem Pflegegeld einmal in der Woche auch Tagespflege in Anspruch genommen wird, ist dies ein über längere Zeit andauerndes Pflegearrangement häuslicher Pflege mit Unterstützung durch Pflegeeinrichtungen. Bei tagesgenauer Betrachtung würde diese Situation als permanenter Wechsel des Pflegearrangements kodiert. Eine monatliche Betrachtung identifiziert das vorherrschende Pflegearrangement am zuverlässigsten und entspricht außerdem dem Umstand, dass die Abrechnungen für die Leistungen in der Regel monatlich erfolgen. Eine quartalsweise Betrachtung „übersieht“ dagegen manchmal Veränderungen in Pflegearrangements oder in Pflegestufen. Sie wird daher nur dann angewendet, wenn

Diagnosedaten oder Leistungsdaten, die nur quartalsweise vorliegen, mit dem Zustand der Pflegebedürftigkeit verknüpft werden sollen, oder um die Darstellung übersichtlicher zu gestalten. Die Jahreserfassung erfolgt teilweise dann, wenn kombinierte Leistungsansprüchen über einen längeren Zeitraum erfasst werden sollen.

Für die Erfassung der Leistungsarten wird überprüft, ob die entsprechende Leistung innerhalb des beschriebenen Zeitfensters in Anspruch genommen wurde. Im Prinzip gibt es vier Hauptleistungsarten, die mit der Antragstellung bzw. der Begutachtung, der Unterbringung und der Benennung der hauptsächlich für die Pflege verantwortlichen Pflegepersonen oder Pflegeeinrichtungen in Zusammenhang stehen: Pflegegeld, Pflegesachleistung, vollstationäre Dauerpflege und Pflege in Behinderteneinrichtungen. Zudem gibt es noch eine Reihe von Ersatzleistungen und ergänzenden Leistungen: Im Wesentlichen sind dies Verhinderungspflege, teilstationäre Pflege (Tages- und Nachtpflege), Kurzzeitpflege, Unterstützung für Wohngruppen, Anschubfinanzierung für Wohngruppen, wohnumfeldverbessernde Maßnahmen, technische und Pflegehilfsmittel, zusätzliche Betreuungs- und Entlastungsleistungen sowie Leistungen zur sozialen Sicherung der Pflegepersonen. Diese können je nach Hauptleistungsart in unterschiedlichem Ausmaß ersatzweise oder ergänzend zu den Hauptleistungsarten in Anspruch genommen werden.



## 2 Entwicklung der Sozialen Pflegeversicherung und ihrer rechtlichen Rahmenbedingungen

### 2.1 Strukturelle Entwicklung im Rahmen der Sozialen Pflegeversicherung seit 2010

#### 2.1.1 Zahl und Struktur der Leistungsempfänger

Zur Beschreibung der Zahl und Struktur der Leistungsempfänger stellt die amtliche Statistik zwei Datengrundlagen zur Verfügung: die Daten der Sozialen Pflegeversicherung und die Pflegestatistik. Die *Daten der Sozialen Pflegeversicherung* (SPV) basieren auf den Geschäfts- und Rechnungsergebnissen der Pflegekassen nach § 79 SGB IV und liefern Informationen darüber, welche Leistungen durch die Soziale Pflegeversicherung für die häusliche und stationäre Pflege erbracht werden. Sie werden dem Bundesgesundheitsministerium (BMG) von den Kassen zur Verfügung gestellt und von diesem aufbereitet und veröffentlicht. Die *Pflegestatistik* nach § 109 SGB XI beruht hingegen auf zwei Primärerhebungen: eine bei den Leistungsanbietern (ambulante und stationäre Pflegeeinrichtungen) über erbrachte Leistungen und die personelle Ausstattung der Einrichtungen sowie einer Erhebung bei den Kostenträgern (den Pflegekassen und den privaten Versicherungsunternehmen) über die Leistungsgewährung und die Leistungsempfänger. Die Pflegestatistik berücksichtigt neben den SPV-Versicherten auch die Versicherten der Privaten Pflegepflichtversicherung (PPV). Sie ist daher umfassender. Allerdings wird die Pflegestatistik im Dezember eines jeden ungeraden Jahres erhoben. Da die Werte für Dezember 2015 zum Zeitpunkt der Berichterstellung noch nicht vorliegen, bietet die Pflegestatistik für den hier interessierenden Zeitraum daher nur Informationen für Dezember 2011 und 2013. Dies ist für eine Zeitverlaufsbetrachtung zu wenig. Nachfolgend wird daher auf die Daten der Sozialen Pflegeversicherung abgestellt. Da die Kapazitäten der Pflegeeinrichtungen nur in der Pflegestatistik erhoben werden, wird auf sie nachstehend nicht eingegangen.

Die Zahl der Pflegebedürftigen ist in der Sozialen Pflegeversicherung von 2,288 Mio. im Jahr 2010 um 377 Tsd. auf 2,665 Mio. im Jahr 2015 gestiegen (Tabelle 2.1). Die letzte gemeldete Zahl der Pflegebedürftigen in der Privaten Pflegepflichtversicherung lag bei 169,3 Tsd. für 2014 (PKV 2014). Werden die Pflegebedürftigen der PPV hinzugerechnet, ergibt sich für 2015 eine Gesamtzahl Pflegebedürftiger in Deutschland von mehr als 2,83 Mio. Menschen.

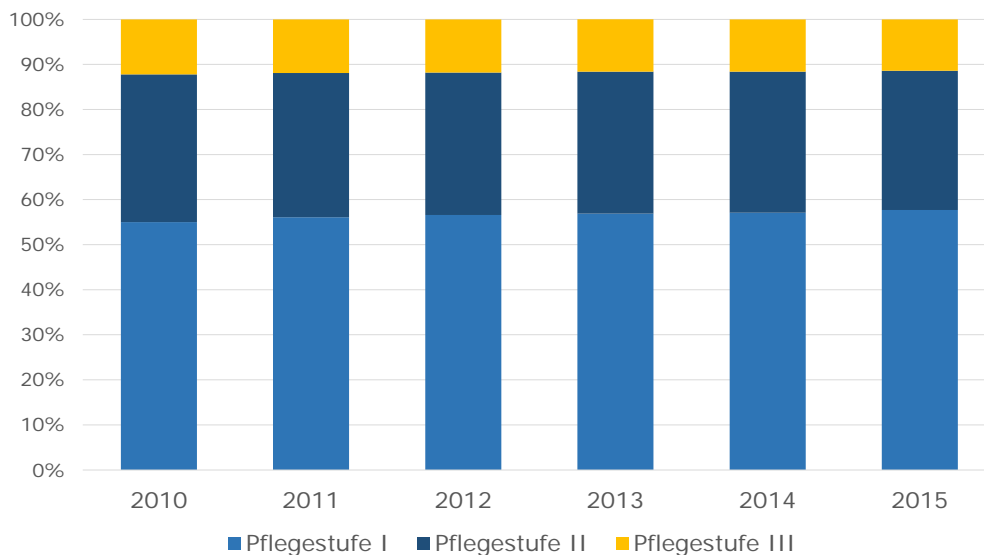
**Tabelle 2.1: Entwicklung der Zahl der Leistungsempfänger in der Sozialen Pflegeversicherung nach Pflegestufe**

Jahr	Insgesamt	Veränderung gegenüber dem Vorjahr in %	Pflegestufe I	Pflegestufe II	Pflegestufe III
2010	2.288	2,4	1.259	751	278
2011	2.317	1,3	1.299	742	276
2012	2.397	3,4	1.356	757	283
2013	2.480	3,5	1.411	780	289
2014	2.569	3,6	1.467	803	299
2015	2.665	3,7	1.538	823	304

Quelle: BMG 2016a

Wie Abbildung 2.1 zeigt, hat sich die Pflegestufenstruktur dabei auch im hier betrachteten Zeitraum leicht, aber kontinuierlich hin in niedrigere Pflegegrade verschoben.

**Abbildung 2.1: Pflegebedürftige der Sozialen Pflegeversicherung nach Pflegestufen (Anteil nach Pflegestufen)**



Studie zur Wirkung des PNG und PSG I – Universität Bremen 2016

Eine Gliederung der Pflegebedürftigen nach in Anspruch genommenen Leistungsarten enthält Tabelle 2.2. Dabei zeigt sich, dass sich die Inanspruchnahme der verschiedenen Leistungen ganz unterschiedlich entwickelt hat. Ist die Zahl der Pflegebedürftigen im Betrachtungszeitraum insgesamt um 24 Prozent gestiegen, liegt diese Steigerungsrate bei vollstationärer Pflege nur bei neun Prozent.

**Tabelle 2.2: Entwicklung der Zahl der Leistungsempfänger in der Sozialen Pflegeversicherung nach Leistungsarten**

Jahr	Insgesamt <sup>1)</sup>	Pflege-geld	Pflege-sach-leistung	Kombi-nations-leistung	Vollsta-tionäre Pflege	Verhin-derungs-pflege	Tages-und Nacht-pflege	Kurzzeit-pflege	Vollstatio-näre Pflege in Behinder-tenheimen
2010	2.250	1.051	183	312	621	47	35	17	81
2011	2.295	1.059	164	337	633	60	42	18	82
2012	2.350	1.076	129	380	642	74	48	18	81
2013	2.489	1.149	133	403	654	93	57	20	82
2014	2.693	1.257	150	428	680	111	68	21	86
2015	2.797	1.330	181	408	677	129	73	24	88
2010 – 2015	24%	27%	-1%	31%	9%	174%	109%	41%	9%

<sup>1)</sup> Die Zahl der Pflegebedürftigen ist aus Leistungstagen errechnet.

Quelle: BMG 2016b

Die vollstationäre Pflege hat also relativ an Bedeutung verloren. Bemerkenswert ist auch die Entwicklung der Inanspruchnahme von Pflegediensten. Diese hat bei Pflegesachleistung und Kombinationsleistung zusammen um 19 Prozent zugenommen, dabei ist sie bei den reinen Sachleistungsempfängern aber sogar rückläufig. Die Kombinationsleistung weist dagegen überdurchschnittliche Wachstumsraten auf. Das höchste Wachstum zeigt sich aber bei der Verhinderungspflege und der Tages- und Nachtpflege. Die Nutzung dieser Leistungen hat sich mehr als verdoppelt.

### 2.1.2 Finanzergebnisse der Pflegeversicherung

Da die Soziale Pflegeversicherung der wichtigste Finanzierungsträger bei Langzeitpflege ist, ist ihre Finanzentwicklung wesentliche Rahmenbedingung für die Weiterentwicklung der Langzeitpflege.

Die *Einnahmen* resultieren dabei fast ausschließlich aus Beiträgen, die im Umlageverfahren aufgebracht werden. Wie in Tabelle 2.3 zu sehen ist, stiegen die Einnahmen im Betrachtungszeitraum von 21,78 Mrd. Euro im Jahr 2010 um 8,97 Mrd. Euro auf 30,61 Mrd. Euro im Jahr 2015 und damit um 41,5 Prozent des Ausgangswertes. Diese Einnahmesteigerung ist insbesondere auf die Beitragssatzsteigerungen von insgesamt 0,3 Beitragssatzpunkten durch das PNG und das PSG I (vgl. Abschnitt 2.2.1 und 2.2.2) und die sehr positive Grundlohnsummenentwicklung im Jahr 2015 zurückzuführen.

Bei den *Ausgaben* handelt es sich überwiegend um Leistungsausgaben – der Anteil der Verwaltungskosten lag 2015 bei lediglich 3,1 Prozent der Gesamtausgaben. Selbst wenn die Kosten des MDK hinzugerechnet werden, liegt der Ausgabenanteil, der nicht für Leistungen verwendet wird, immer noch unter fünf Prozent. Die Leistungsausgaben sind von 20,43 Mrd. Euro im Jahr 2010 auf 26,64 Mrd. Euro im Jahr 2015 um insgesamt 30,5 Prozent gestiegen. Die relative Steigerung der Gesamtausgaben liegt mit 34,7 Prozent deutlich höher. Dieser Effekt ist auf die Einführung des Pflegevorsorgefonds zurückzuführen, in den 2015 erstmalig eingezahlt wurde. Die Ausgabensteigerungen sind vor allem auf die Dynamisierung etlicher Leistungsbeträge zum 1.01.2012 als letztem Schritt der im

PfWG beschlossenen Maßnahmen, auf die Leistungsausdehnung bzw. die Schaffung neuer Leistungstatbestände in PNG und PSG I sowie auf die Leistungsdynamisierung im PSG I zurückzuführen. Der Effekt der Leistungsausweitungen für Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz zeigt sich auch in den Ausgaben für zusätzliche Betreuungsleistungen (§ 45b SGB XI), der Ausweitung des Anspruchs auf stationäre Vergütungszuschläge (§ 87b SGB XI) insbesondere in der Entwicklung des letzten Jahres.

Insgesamt sind die Einnahmen deutlich stärker gestiegen als die Ausgaben. Das führt zu einer Steigerung des *Mittelbestandes* um mehr als drei Mrd. Euro. Die Entwicklung der Einnahmen und Ausgaben zeigt, dass das PNG und das PSG I ausreichend finanziert waren. Angesichts dessen und der guten Konjunktur im Jahr 2015 konnte 2015 der bislang größte Überschuss von 1,68 Mrd. € seit Einführung der Pflegeversicherung erzielt werden. Da die Mehrausgaben des PSG II die Mehreinnahmen durch den Beitragssatzanstieg um 0,2 Beitragssatzpunkte, der ebenfalls im PSG II beschlossen wurde, deutlich übersteigen werden, ist (gemäß Begründung im PSG II planmäßig) für 2017 mit einem erheblichen Defizit und einem entsprechenden Abschmelzen der Rücklagen zu rechnen (vgl. Rothgang et al. 2016: 44 ff).

**Tabelle 2.3: Finanzentwicklung der sozialen Pflegeversicherung (in Mrd. Euro)**

	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Beitragseinnahmen	21,64	22,13	22,92	24,86	25,83	30,61
Sonstige Einnahmen	0,14	0,11	0,13	0,09	0,08	0,08
Einnahmen insgesamt	21,78	22,24	23,04	24,69	25,91	30,69
Leistungsausgaben	20,43	20,89	21,85	23,17	24,24	26,64
Davon						
Geldleistung	4,67	4,74	5,08	5,69	5,94	6,46
Pflegesachleistung	2,91	2,98	3,11	3,37	3,56	3,70
Verhinderungspflege	0,40	0,44	0,50	0,59	0,68	0,88
Tages-/Nachtpflege	0,18	0,21	0,25	0,28	0,31	0,41
Zusätzliche Betreuungsleistung	0,28	0,33	0,38	0,44	0,48	0,68
Kurzzeitpflege	0,34	0,35	0,38	0,41	0,43	0,50
Soziale Sicherung der Pflegeperson	0,88	0,87	0,89	0,88	0,94	0,96
Pfleagemittel/techn. Hilfen	0,44	0,41	0,44	0,55	0,66	0,76
Vollstationäre Pflege	9,56	9,71	9,96	10,06	10,26	10,74
Vollstationäre Pflege im Behindertenheim	0,26	0,26	0,26	0,26	0,27	0,28
Stat. Verg.-Zuschläge	0,45	0,50	0,54	0,58	0,63	1,03
Pflegeberatung	0,07	0,08	0,07	0,07	0,08	0,09
Verwaltungskosten	0,71	0,71	0,75	0,79	0,84	0,89
Kostenanteil für MDK	0,30	0,32	0,34	0,36	0,37	0,37
Sonstige Kosten	–	–	–	–	–	1,10
Ausgaben insgesamt	21,45	21,92	22,94	24,33	25,45	29,01
Liquiditätsüberschuss	0,34	0,31	0,10	0,63	0,46	1,68
Mittelbestand	5,13	5,45	5,55	6,17	6,63	8,31

Quelle: BMG 2016d

### 2.1.3 Sozialhilfebezug

Insoweit die Leistungen der Pflegeversicherung nicht ausreichen, um den Pflegebedarf abzudecken, sind von den Pflegebedürftigen eigene Finanzierungsleistungen zu erbringen. Verfügen der Pflegebedürftige bzw. die unterhaltspflichtige(n) Person(en) dabei nicht über genügend Mittel, um die verbleibenden Aufwendungen zu tragen, können ergänzende Leistungen der Sozialhilfe in Anspruch genommen werden. Diese „Hilfe zur Pflege“ (§§ 51 ff. SGB XII) geht dabei u. a. über den sozialrechtlichen Leistungsbegriff der Pflegeversicherung hinaus und bezieht gegebenenfalls auch Leistungen für Personen ohne Pflegestufe mit ein: So können auch Menschen, die voraussichtlich für weniger als sechs Monate der Pflege bedürfen, also nur einen vorübergehenden Pflegebedarf haben, Hilfe zur Pflege erhalten. Ebenso kann auch ein geringerer Pflegebedarf, also ein Bedarf der so genannten Pflegestufe 0, ausreichen, um Hilfe zur Pflege zu erhalten, die schließlich auch Verrichtungen umfassen kann, die mit dem derzeitigen Pflegebedürftigkeitsbegriff nicht abgedeckt sind.<sup>1</sup>

Tabelle 2.4 zeigt die Entwicklung der Zahl der Empfänger von „Hilfe zur Pflege“ seit 2010. Erkennbar ist zunächst, dass die Zahl der Leistungsempfänger in der Hilfe zur Pflege von 2010 bis 2014 deutlich weniger stark gestiegen ist als die Zahl der Leistungsempfänger der Sozialen Pflegeversicherung. (Letztere ist in diesem Zeitraum um rd. 20 Prozent angestiegen, während die Zahl der Empfänger von Hilfe zur Pflege nur um rd. 10 Prozent zugenommen hat). Dabei hat sich die Zahl der Empfänger von Hilfe zur Pflege außerhalb von Einrichtungen mehr als doppelt so stark erhöht wie die Zahl der Empfänger von Hilfe zur Pflege in Einrichtungen. Die Nettoausgaben für Hilfe zur Pflege sind im selben Zeitraum fast doppelt so stark gestiegen wie die Fallzahlen. Das impliziert, dass die Ausgaben pro Leistungsempfänger ebenfalls stark angestiegen sind. Dies gilt jedoch nicht für den ambulanten Sektor. Hier steigen die Ausgaben im gleichen Tempo wie die Fallzahlen. Im stationären Bereich steht eine Fallzahlsteigerung von knapp acht Prozent einer Ausgabensteigerung von annähernd 18 Prozent gegenüber. Die Ausgaben pro Fall steigen hier offensichtlich ebenfalls recht stark. Im Ergebnis führt das Zusammenwirken von Fallzahl- und Fallkostenentwicklung dazu, dass die Ausgaben für ambulante und stationäre Hilfen von 2010 bis 2014 prozentual gleich stark gestiegen sind. Wird die Zahl der Empfänger von Hilfe zur Pflege in Einrichtungen am Jahresende auf die Zahl der pflegebedürftigen Heimbewohner bezogen, zeigt sich kein eindeutiger Trend (Abbildung 2.2). Der Anteil der Sozialhilfeempfänger an allen pflegebedürftigen Heimbewohnern ist im Betrachtungszeitraum vielmehr weitgehend konstant geblieben.

---

<sup>1</sup> Durch das PSG II wurde der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff im SGB XI verankert und durch das PSG III wird er im SGB XII verankert werden. Auch danach ist die Leistungspflicht im SGB XII aber breiter als im SGB XI, da etwa immer noch Leistungen gewährt werden, auch wenn die Pflegebedürftigkeit voraussichtlich weniger als sechs Monate andauert.

**Tabelle 2.4: Empfänger und Netto-Ausgaben der Sozialhilfe für Hilfe zur Pflege**

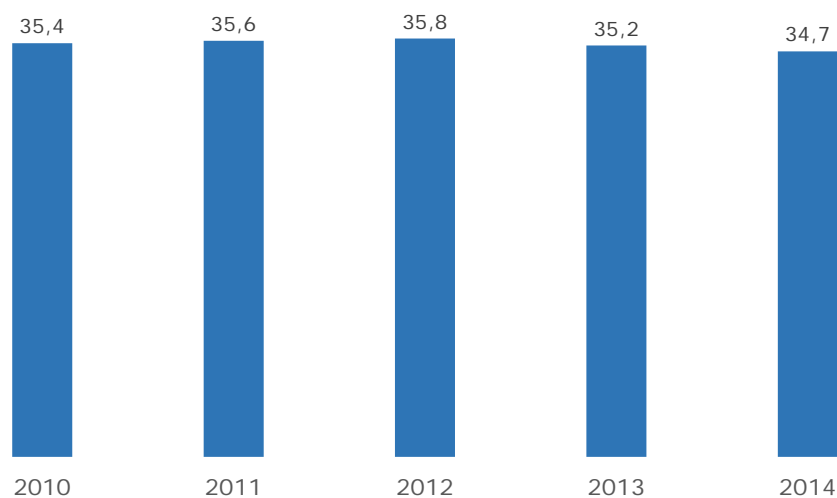
Jahr	Empfänger insgesamt in Tsd. *			Netto-Ausgaben in Mio. €		
	Insgesamt**	ambulant	stationär	insgesamt	ambulant	stationär
2010	318	84	235	2.967	763	2.204
2011	330	90	241	3.104	802	2.302
2012	339	95	246	3.245	850	2.395
2013	342	97	247	3.339	859	2.479
2014	350	99	253	3.502	903	2.599
2010 – 2014	10,1%	17,9%	7,7%	18,0%	18,3%	17,9%

\* Empfängerzahlen am Jahresende.

\*\* Abweichungen durch Mehrfachzählungen.

Quelle: Statistisches Bundesamt 2015c

**Abbildung 2.2: Errechneter Anteil der Empfänger von Hilfe zur Pflege in stationären Einrichtungen an allen Pflegebedürftigen in stationären Einrichtungen**



Quelle: Rothgang et al. 2016: 134

## 2.2 Gesetzliche Reformen mit Bezug zur Pflege in den Jahren 2012 bis 2015

Die deutsche Pflegeversicherung befindet sich seit mittlerweile einem Jahrzehnt in einem fortlaufenden Reformprozess. Seinen Kern bildet, aufbauend auf schon vorlaufenden Gesetzen, eine mittlerweile vierschrittige große Pflegereform. Diese beginnt mit der Einführung des Pflege-Neuausrichtungsgesetzes (PNG) im Jahr 2012, wurde weitergeführt mit dem Ersten Pflegestärkungsgesetz (PSG I) 2015 und wird ihren vorläufigen Abschluss mit dem vollständigen Inkrafttreten des Zweiten

und Dritten Pflegestärkungsgesetzes (PSG II und PSG III) zum 1.01.2017 erfahren. Während die beiden letztgenannten Gesetze die Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs im Bereich der Pflegeversicherung (SGB XI) und der Sozialhilfe (SGB XII) organisieren, haben die vorangegangenen Gesetze neben Leistungsdynamisierungen im Wesentlichen Leistungsverbesserungen und -ausweitungen eingeführt, die überwiegend die ambulante Versorgung Pflegebedürftiger fördern sollten. Die entsprechenden Regelungen des PNG und des PSG I werden nachfolgend erläutert (Abschnitt 2.2.1 2.2.2) und durch einen kurzen Ausblick auf die folgenden Pflegestärkungsgesetze ergänzt (Abschnitt 2.2.3).

Parallel zu dieser direkten Reform der Pflegeversicherung hat eine zusätzliche gesetzliche Entwicklung stattgefunden, die ebenfalls die ambulante Versorgung der Pflegebedürftigen begünstigen soll. Es handelt sich hierbei um die gesetzliche Kaskade aus Pflegezeitgesetz (PflegeZG, 2008), Familienpflegezeitgesetz (FPfZG, 2011) und dem Gesetz zur besseren Vereinbarkeit von Familie, Pflege und Beruf (2015). Sie ist im Wesentlichen darauf ausgerichtet, die Organisation eines Pflegesettings im Akutfall und die Übernahme der häuslichen Pflege von Angehörigen zu erleichtern. Auch hierzu werden die Leistungsansprüche nachfolgend skizziert (Abschnitt 2.2.4).

Schließlich ist auch eine Reformkette zu beachten, die – auch durch untergesetzliche Normsetzung – die Verbesserung der (zahn-)ärztlichen Versorgung Pflegebedürftiger zum Ziel hat (Abschnitt 2.2.5). Abschließend wird die Entwicklung der Leistungshöhen, die sich durch die angesprochenen Gesetze geändert haben, dargestellt (Abschnitt 2.2.6).

### 2.2.1 Pflege-Neuausrichtung-Gesetz (PNG)

Das Pflege-Neuausrichtung-Gesetz (PNG) ist zum 30.10.2012 in Kraft getreten, jedoch wurde ein Teil der Neuerungen erst mit zweimonatigem Verzug zum 1.01.2013 wirksam. Für die weitere Betrachtung in diesem Bericht wird auf eine Differenzierung dieser beiden Zeitpunkte verzichtet und es werden die Wirkungen des PNG ab dem Jahr 2013 betrachtet.

Inhaltlich wurden durch das PNG – neben der Einführung einer staatlichen Förderung für private Pflegezusatzversicherungen und verbesserter Versichertenrechte bei der Begutachtung – eine Reihe von Leistungsverbesserungen umgesetzt (vgl. Nakielski 2012; Rothgang 2012, Rothgang et al. 2012: 24 ff., Teubner 2013). Hierzu gehören

- Flexibilisierung der Leistungsanspruchnahme durch die Möglichkeit der Abrechnung über Zeitvolumen,
- hälftige Weiterzahlung des Pflegegeldes auch während der Inanspruchnahme von Kurzzeit- und Verhinderungspflege,
- Erwerb von Rentenversicherungsansprüchen für Pflegepersonen auch durch Zusammenrechnung der Pflege mehrerer Personen,
- Förderung von Selbsthilfegruppen,
- Förderung neuer Wohnformen,
- Wohnanpassung in betreuten Wohngruppen und
- Leistungsverbesserung für Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz.

Dabei wurden im PNG zwei zentrale Zielsetzungen verfolgt:

Erstens wurde durch das PNG eine explizite Verbesserung der Pflegeleistungen für Personen mit *erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz*, somit vor allem demenzkranker Personen, in § 123 SGB XI eingeführt (vgl. Winkel & Nakielski 2013 für Details). Diese Norm – ausdrücklich als Übergangsregelung bis zum Inkrafttreten neuer gesetzlicher Regelungen auf Basis eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs formuliert – bezieht dabei alle Personen ein, die wegen ihrer eingeschränkten Alltagskompetenz die Voraussetzungen des § 45a SGB XI erfüllen. Nach § 123 Abs. 2 SGB XI erhalten damit erstmalig auch Personen, die nicht als pflegebedürftig gemäß §§ 14 und 15 SGB XI anerkannt sind, beim Vorliegen einer eingeschränkten Alltagskompetenz Ansprüche auf Leistungen in allen ambulanten Haupt- und Nebenleistungsarten nach den §§ 36, 37, 38, 38a, 39 und 40 SGB XI. Für pflegebedürftige PEA der Pflegestufen I und II wurden in § 123 Abs. 3 und 4 jeweils erhöhte Leistungssätze für Pflegegeld und Pflegesachleistungen definiert. Da die Leistungen zum Ausgleich einer „zu geringen“ Einstufung im Begutachtungsverfahren konzipiert waren, werden PEA in Stufe III nicht begünstigt, da sie bereits in der höchsten Pflegestufe eingruppiert sind.

Zweitens sollten *ambulante Versorgungssettings* im Einzelnen weiter gestärkt werden. Hierzu wurde der gleichzeitige Bezug von Pflegegeld nach § 37 SGB XI und den Nebenleistungen Verhinderungs- oder Kurzzeitpflege nach § 39 bzw. § 42 SGB XI attraktiver gestaltet. Während zuvor für den Zeitraum, in dem die Nebenleistungen bezogen wurden, das Pflegegeld nicht ausgezahlt wurde, ist mit dem PNG eine Fortzahlung in halber Höhe für einen Zeitraum von bis zu 28 Tagen eingeführt worden. Dies gilt anteilig auch dann, wenn nicht nur Pflegegeld, sondern eine Kombination aus Geld- und Sachleistungen bezogen wird. Zusätzlich wird auch bei Pflegebedürftigen, die normalerweise in einer vollstationären Einrichtung der Hilfe für behinderte Menschen nach § 43a SGB XI leben, das Pflegegeld für die Tage häuslicher Pflege ungekürzt ausgezahlt. Als zusätzliche Leistung wurde in § 124 SGB XI ein Anspruch auf häusliche Betreuungsleistungen eingeführt, die neben den Pflege- und hauswirtschaftlichen Leistungen erbracht werden.

Für Pflegepersonen in häuslichen Pflegearrangements wurde der Zugang zu Leistungen der sozialen Sicherung nach § 44 SGB XI erleichtert. Während bis 2012 die Rentenversicherungspflicht von Pflegepersonen nur dann eintrat – und somit auch nur dann Beiträge abgeführt wurden –, wenn für einen einzelnen Pflegebedürftigen mindestens 14 Stunden wöchentlich aufgewendet wurden, kann seit 2013 diese Stundenanzahl auch durch die zusammengezählte Pflegezeit mehrerer Pflegebedürftiger erreicht werden (§ 19 SGB XI). Darüber hinaus wurden die Möglichkeiten der Inanspruchnahme von Rehabilitationsleistungen für Pflegepersonen gestärkt. Hierzu gehört unter anderem auch, dass während einer Rehabilitationsmaßnahme der Pflegeperson der Pflegebedürftige in derselben Einrichtung Kurzzeitpflege in Anspruch nehmen kann.

Der Verbleib in einem häuslichen Wohnumfeld sollte weiterhin durch Leistungsverbesserungen bei wohnumfeldverbessernden Maßnahmen und die explizite Förderung von ambulant betreuten Wohngruppen gestärkt werden. Bei wohnumfeldverbessernden Maßnahmen nach § 40 SGB XI müssen seit dem PNG nicht mehr zwingend Eigenanteile aufgebracht werden. Vielmehr konnten Maßnahmen bis zu einem Betrag von 2.557 Euro pro Pflegebedürftigem gefördert werden. Bei Maßnahmen, die mehreren Pflegebedürftigen zugute kommen, konnten die entsprechenden Einzelbeträge bis zu einem Gesamtbetrag von 10.228 Euro zusammengefasst werden. Zur Förderung der Gründung von ambulant betreuten Wohngruppen wurde eine Anschubfinanzierung in § 45e SGB XI eingeführt, die pro Pflegebedürftigem in einer Höhe von 2.500 Euro in Anspruch genommen werden kann. Auch hierbei können wieder die Leistungsansprüche mehrerer Pflegebedürftiger zusammengezogen werden, so



dass eine Förderhöhe von insgesamt 10.000 Euro pro Wohngruppe erreicht werden konnte. Sind die entsprechenden Wohngruppen eingerichtet, wurde den in ihnen lebenden Pflegebedürftigen, die Pflegegeld, Pflegesach- oder Kombileistungen beziehen, ein monatlicher Wohngruppenzuschlag nach § 38a SGB XI in Höhe von 200 Euro gewährt.

### 2.2.2 Erstes Pflegestärkungsgesetz (PSG I)

Am 7. November 2014 wurde durch den Bundesrat das erste Pflegestärkungsgesetz (PSG I) gebilligt und konnte zum 1. Januar 2015 in Kraft treten. Als das Gesetz in erster Lesung in den Bundestag eingebracht wurde, war die entsprechende Vorlage noch mit „Entwurf eines Fünften Gesetzes zur Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch – Leistungsausweitungen für Pflegebedürftige, Pflegevorsorgefonds (Fünftes SGB-XI-Änderungsgesetz – 5. SGB XI ÄndG) – BT-Drucksache 18/1798 –“ überschrieben. In diesem Titel des Gesetzesentwurfs werden die zwei Schwerpunkte des Gesetzes direkt genannt: die Einführung eines Pflegevorsorgefonds sowie Leistungsausweitungen. Im Rahmen des vorliegenden Berichtes soll der Pflegevorsorgefonds jedoch nicht weiter betrachtet werden, da er selber keinerlei Einfluss auf die zu evaluierenden Leistungen und die Leistungsanspruchnahme erzeugt. Es handelt sich bei ihm lediglich um einen Finanzierungsbestandteil, der zur nachhaltigen Sicherung der Leistungsfähigkeit der Pflegeversicherung dienen soll. Inwiefern diese Zukunftssicherung unter den Annahmen arbeitsmarkt- und sozialpolitischer Entwicklungen gelingen wird, ist bereits früher diskutiert worden (Jacobs & Rothgang 2014; Rothgang 2014; Rothgang et al. 2014: 42-48).

In Bezug auf die Leistungsausweitungen, die im Folgenden in ihrer Wirkung bewertet werden sollen, kam es im PSG I zu zwei parallelen Entwicklungen. Einerseits wurden die Leistungen der Pflegeversicherung, von denen einige bereits 2012 das letzte Mal angepasst worden waren, um nominal vier Prozent erhöht. Dies sollte eine nachholende Anpassung für den vergangenen Drei-Jahres-Zeitraum sein. Entsprechend wurden die Leistungen, die 2013 im PNG eingeführt bzw. verändert worden waren, nur um zwei Drittel dieses Wertes, nämlich um 2,7 Prozent erhöht. Insgesamt handelte es sich hierbei jedoch lediglich um eine Dynamisierung der Leistungshöhen, die dem Werterhalt der SGB-XI-Leistungen dienen sollte, und nicht um eine reale Leistungsausweitung. Hinzu kamen jedoch auch „echte“ Leistungsausweitungen, durch die den bisherigen Leistungsempfängern zusätzliche Leistungen zugänglich wurden. Diese werden im Rahmen des vorliegenden Evaluationsberichtes auf ihre Bekanntheit und Inanspruchnahme überprüft und deshalb folgend kurz dargestellt.

Wesentliches Ziel der Leistungserweiterungen war auch im PSG I, die Situation von Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz weiter zu verbessern und die Nebenleistungsarten durch eine Flexibilisierung der Rahmenbedingungen besser in ein individuelles Pflegesetting integrierbar zu machen. Im Bereich von Kurzzeit- und Verhinderungs- sowie der Tages- und Nachtpflege wurde mehr Flexibilität erreicht, indem Pflegebedürftige bis zu 40 Prozent ihres Sachleistungsanspruchs in Betreuungsleistungen umwidmen können. Die maximal möglichen Leistungsdauern wurden von vier auf sechs Wochen (bei Verhinderungspflege) bzw. von vier auf acht Wochen im Jahr (bei Kurzzeitpflege) ausgedehnt und können bei Bedarf aufeinander angerechnet werden. Leistungen der teilstationären Pflege werden seit 2015 nicht mehr hälftig auf Pflegegeld oder Pflegesachleistungen angerechnet, sondern vollständig aus den definierten Leistungssummen erstattet. Dabei sind Leistungen der teilstationären Pflege und der Kurzzeitpflege nun erstmalig auch für die Personen in Pflegestufe 0 mit eingeschränkter Alltagskompetenz zugänglich.

Die Leistungen für zusätzliche Betreuungsleistungen nach § 45b SGB XI im häuslichen Setting und nach § 87b SGB XI in vollstationärer Versorgung wurden im Gegenzug auch auf Pflegebedürftige ohne eingeschränkte Alltagskompetenz erweitert. Dies erfolgte bereits direkt in Hinblick auf die im zweiten Pflegestärkungsgesetz (PSG II) folgende Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs. So knüpften die Leistungen nach §§ 45b und 87b SGB XI an das PEA-Merkmal gemäß § 45a SGB XI an, welches nach Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs nicht mehr erhoben wird. Die Gewährung der Leistungen nach § 45b SGB XI und der Vergütungszuschläge nach § 87b SGB XI nunmehr für alle Pflegebedürftigen war daher zwingend für eine Weitergewährung der Leistungen auch nach Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs – wie etwa vom Beirat (BMG 2009, 2013) gefordert. Im ambulanten Bereich entstand zusätzlich eine Ausweitung der Leistungsinhalte. Diese wurden von Betreuungsleistungen auf Betreuungs- und Entlastungsleistungen erweitert, wodurch nun auch Leistungen etwa der hauswirtschaftlichen Versorgung besser eingebunden werden. Für die vollstationäre Pflege wurde der refinanzierbare Betreuungsschlüssel für zusätzliche Betreuungskräfte nach § 87b SGB XI von einer Betreuungskraft für 24 Bewohner auf eine Betreuungskraft pro 20 Bewohner verbessert.

Weitere Leistungsverbesserungen betreffen wie auch im PNG Regelungen, die auf die Einrichtung eines angemessenen Wohnumfeldes ausgerichtet sind. So wurden die Zuschläge für Personen, die in ambulant betreuten Wohngruppen leben, angehoben und der Kreis der Leistungsberechtigten auch hier auf die Personen der Pflegestufe 0 ausgeweitet. Bei den wohnumfeldverbessernden Maßnahmen wurden die möglichen Leistungsbeträge um über 50 Prozent von 2.557 € auf 4.000 € pro Maßnahme angehoben. Diese sind weiterhin kombinierbar, so dass bei mehreren profitierenden Leistungsberechtigten bis zu 16.000 € für eine einzelne Maßnahme verfügbar sein können.

### **2.2.3 Das zweite und dritte Pflegestärkungsgesetz und der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff**

Anschließend an die beiden hier ausführlich dargestellten Gesetze der Jahre 2013 und 2015 wird die große Pflegereform im Jahr 2017 durch das vollständige Inkrafttreten der zweiten und dritten Pflegestärkungsgesetze (PSG II und PSG III) zu einem vorläufigen Abschluss gebracht werden. Zentral stehen dabei – im Gegensatz zu den Vorgängergesetzen – jedoch nicht die Ausweitung von konkreten Leistungen und Leistungsarten auf bestehende oder neue Leistungsberechtigtengruppen, sondern die Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs (PBB) als wesentliche strukturelle Neuregelung.

Der PBB wurde in einem mehr als zehnjährigen Prozess unter Begleitung von drei Expertenbeiräten erarbeitet und für die flächendeckende Umsetzung vorbereitet und erprobt. Ausgangspunkt dieser weitreichenden Neuregelung war die bereits seit Einführung der Pflegeversicherung im Jahr 1995 bekannte zu enge Definition der Pflegebedürftigkeit im SGB XI. Sie führte dazu, dass fast ausschließlich körperliche Einschränkungen in die Bestimmung des Pflegebedarfs Eingang fanden, kognitive Einschränkungen, die besonders bei demenzkranken Personen regelmäßig vorliegen, aber nicht systematisch beachtet wurden. Im PBB wird diesem Umstand nun Rechnung getragen, indem somatische und kognitive Einschränkungen der Selbstständigkeit zusammengefasst werden. Dies ermöglicht dann grundsätzlich unter Einsatz nur eines einzigen Begutachtungsinstrumentes – des neuen Begutachtungssesassessment (NBA) –, alle relevanten Dimensionen der Pflegebedürftigkeit zu erfassen und mit entsprechend verfassten Leistungsansprüchen zu verknüpfen.

Mit dem PSG II wurde der PBB für den Geltungsbereich der Pflegeversicherung im SGB XI verankert. Hierzu wird der komplexe Begriff der Pflegebedürftigkeit, bisher in drei Pflegestufen, mit Einführung des neuen PBB in insgesamt fünf Pflegegraden kategorisiert. Jedem dieser Pflegegrade ist dann weiterhin – je nach Leistungsart – ein konkreter Leistungsbetrag zugeordnet. Diese Beträge sind dabei weiterhin als pauschale bzw. in ihrer Höhe begrenzte Geldbeträge ausformuliert, die jeweils nur einen Teil der individuellen Pflegekosten abdecken. Die konkrete Leistungszuordnung, die im Rahmen des PSG II eingeführten Berechnungsschritte und die jeweiligen Leistungshöhen sind bereits in den letzten Jahren ausführlich dargestellt worden (beispielsweise Rothgang et al. 2015: 30 ff.). Im Resultat wird die große Mehrheit der heutigen Leistungsbezieherinnen und Leistungsbezieher und auch zukünftiger Pflegebedürftiger höhere Leistungen erhalten, als dies nach altem Recht erfolgt oder erfolgen würde. Dies gilt sowohl für die ambulanten Hauptleistungsarten (Pflegegeld und Pflegesachleistungen) als auch grundsätzlich für den stationären Bereich (siehe hierzu ausführlich Rothgang et al. 2015: 41-55). Zu beachten ist hierbei jedoch, dass der neue PBB bisher – wie dargestellt – lediglich der Festlegung von individuellen sozialrechtlichen Leistungsansprüchen im SGB XI dient. Die ebenfalls längerfristig intendierte Einführung eines entsprechenden Pflegeverständnisses wird jedoch von der konkreten Leistungshinterlegung abhängig sein, die bisher noch nicht erfolgt ist.

Relevanz hat die sozialrechtliche Definition der Pflegebedürftigkeit jedoch nicht nur im Geltungsbereich der Pflegeversicherung, sondern auch im subsidiär anschließenden Sozialhilferecht (SGB XII). Um die darin verankerte Hilfe zur Pflege ebenfalls mit individuellen Leistungsansprüchen zu verknüpfen, wurden bisher die Regelungen des SGB XI analog angewendet. Dies gilt sowohl für die Zuordnung der Schwere der Pflegebedürftigkeit nach den §§ 14 und 15 SGB XI, als auch für die dadurch beziehbaren Leistungshöhen in den Hauptleistungsarten. Um dieses formal recht einfache Verfahren auch ab dem Jahr 2017 weiterhin anwenden zu können, ist es im Anschluss an die Änderungen im SGB XI durch das PSG II erforderlich, den neuen PBB auch in das SGB XII zu übernehmen. Dies ist Gegenstand des dritten Pflegestärkungsgesetzes (PSG III). Die abschließenden Regelungen hierzu waren bei Erstellung dieses Berichtes allerdings noch nicht bekannt.

#### **2.2.4 Pflegezeitgesetz und Familienpflegezeitgesetz**

Durch die vorstehend beschriebenen Reformen des PNG und des PSG I war eine weitere Förderung der ambulanten Pflege beabsichtigt, die auch zukünftig eine steigende Anzahl komplexer häuslicher Pflegearrangements bedingen werden. Schon heute werden etwa zwei Drittel der ambulant versorgten Pflegebedürftigen ohne Beteiligung eines Pflegedienstes nur durch informelle Hilfenetzwerke versorgt. Hierbei handelt es sich fast immer um Pflegesituationen, an denen Familienmitglieder federführend beteiligt sind. Dabei stellt sich für diese Pflegepersonen regelmäßig das Problem, die Pflege eines Angehörigen in das bisherige Lebenssetting aus beruflichen und familiären Verpflichtungen zu integrieren.

Zur Entlastung dieser Personen wurde daher bereits 2008 als Teil des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes das Gesetz über die Pflegezeit (Pflegezeitgesetz – PflegeZG) in Kraft gesetzt. Es erlaubte Beschäftigten erstmalig, zur Bewältigung einer akut auftretenden Pflegesituation eines nahen Angehörigen für bis zu zehn Arbeitstage der Arbeit fernzubleiben. Diese Zeit sollte dazu dienen, entweder ein professionelles Pflegesetting zu organisieren und/oder die erforderliche Pflege in dieser Zeit selbst zu leisten. Bei länger andauernden Pflegesituationen konnte darüber hinaus eine bis zu sechsmonatige Pflegezeit genommen werden, in der eine vollständige oder teilweise Freistellung von der Erwerbsarbeit erfolgte. Letztere Regelung stand dabei in Abhängigkeit von der Größe des Arbeitgebers

und galt nur dann, wenn in der Regel mehr als 15 Personen beschäftigt waren. Die Inanspruchnahme der Freistellung war und ist nicht meldepflichtig. Dementsprechend liegen keine amtlichen Zahlen über die Anzahl der Beschäftigten vor, die Freistellungen in Anspruch genommen haben. Entscheidend für die – aus nicht-amtlichen Zahlen ableitbar geringe – Inanspruchnahme dieser Freistellungsmöglichkeiten in der Praxis war die fehlende finanzielle Absicherung. Eine Lohnfortzahlung für die reduzierte Arbeitsleistung war gesetzlich nicht verankert und konnte nur dann in Anspruch genommen werden, wenn dies untergesetzlich – etwa tarifvertraglich – vereinbart war. Das Pflegezeitgesetz schaffte damit einen Rechtsanspruch auf eine Reduktion der eigenen Arbeitszeit bis zur vollständigen Freistellung, ohne dass dies zur Kündigung führen durfte, stellte jedoch keinen finanziellen Ausgleich bereit.

Diesem Umstand begegnend, wurden 2012 mit dem Familienpflegezeitgesetz (FPfZG) ergänzende Regelungen eingeführt, die einerseits auch die über die bisherigen sechs Monate hinausgehende Freistellungsmöglichkeiten zur längerfristigen Absicherung eines Pflegearrangements schufen, andererseits auch die damit verbundene finanzielle Absicherung während der Inanspruchnahme von kurz- oder längerfristigen Auszeiten für die Pflege in den Blick nahmen. Bei der 2012 eingeführten Familienpflegezeit handelte es sich um eine förderfähige Verringerung der Arbeitszeit von Beschäftigten, die einen pflegebedürftigen nahen Angehörigen in häuslicher Umgebung pflegten. Sie konnte für maximal 24 Monate bei gleichzeitiger Aufstockung des Arbeitsentgelts durch den Arbeitgeber in Anspruch genommen werden. Die verringerte Arbeitszeit musste dabei wöchentlich mindestens 15 Stunden betragen. Die Aufstockung wurde jedoch als eine Art Gehaltsvorschuss gewährt, den der Beschäftigte zurückzahlte, indem er in der Nachpflegephase weiterhin vorübergehend das reduzierte Gehalt bezog. Das BAFzA gewährte dem Arbeitgeber auf Antrag ein in monatlichen Raten zu zahlendes zinsloses Darlehen im Umfang der erfolgten Aufstockung des Arbeitsentgelts. Die – zumindest teilweise – finanzielle Absicherung der Pflegezeit wurde somit zwar gesetzlich verankert, ihre Kosten mussten dabei jedoch letztlich durch den pflegenden Arbeitnehmer selber getragen werden und wurden nur in die Zukunft verschoben.

Auch wenn durch das FamilienPfZG die akuten finanziellen Einbußen für die erwerbstätigen Pflegepersonen abgemildert wurden, mussten sie dennoch weiterhin selber getragen werden. Zur Frage nach der Inanspruchnahme der 2012 in Kraft getretenen Regelungen liegen keine belastbaren Zahlen und Statistiken vor, da keine Meldepflicht für die Familienpflegezeit bestand. Es konnten lediglich Aussagen dahingehend getroffen werden, wie viele Anträge auf Finanzierung eines Darlehens bzw. Aufnahme in die Gruppenversicherung beim Bundesamt für Familie und zivilgesellschaftliche Aufgaben (BAFzA) gestellt wurden. Bis 28.01.2013 etwa wurden ein Familienpflegezeit-Darlehen oder die Aufnahme in eine Gruppenversicherung des BAFzA für 147 Personen von den jeweiligen Arbeitgebern beantragt. Bewilligt wurden 123 Anträge. In diesen Zahlen nicht berücksichtigt sind die Fälle, in denen der Arbeitgeber kein Darlehen beim BAFzA beantragte und eine eigene Gruppenversicherung bei einem zertifizierten Familienpflegezeit-Versicherer abgeschlossen hat. Insofern ist von einer höheren Gesamtzahl von Personen in Familienpflegezeit auszugehen. Mit Blick auf die Familienpflegezeitversicherung wurden nach Kenntnis der Bundesregierung insgesamt 123 Familienpflegezeitversicherungen abgeschlossen, davon 118 im Rahmen der Gruppenversicherung des BAFzA (vgl. zu diesen Angaben BT-Drs. 17/12330, 2 f.). Eine Erhebung des IW Köln für den Unternehmensmonitor Familienforschung 2013 (veröffentlicht in IW Trends 3/2013) zeigte, dass die Familienpflegezeit und ähnliche Arbeitszeitmodelle inzwischen von jedem vierten Unternehmen (26,8%) angeboten wurden.

Obwohl empirisch nachweisbar ist, dass rund 40 Prozent der Pflegepersonen, die vor der Pflgetätigkeit erwerbstätig waren, diese Erwerbstätigkeit wegen der Übernahme von Pflege eingeschränkt

oder aufgegeben haben (Schneekloth & Wahl 2005: 79; vgl. auch BMFSFJ 2011: 123) und damit als potenzielle Leistungsempfänger von den Regelungen des FamilienPfZG erheblich profitieren könnten, blieb damit die Inanspruchnahme weit hinter den Erwartungen zurück. Als unabdingbar für eine höhere pflegepolitische Bedeutung der Familienpflegezeit wurde deshalb die Weiterentwicklung der Gesetzeslage gefordert, die einen Rechtsanspruch auf eine finanziell abgesicherte Pflegezeit enthalten sollte (Rothgang et al. 2013: 23).

Diese Forderungen wurden mit dem Gesetz zur besseren Vereinbarkeit von Familie, Pflege und Beruf, das zum 1.01.2015 in Kraft trat und mit dem die bis dahin geltenden Regelungen des Pflegezeitgesetzes und des Familienpflegezeitgesetzes miteinander verzahnt und weiterentwickelt wurden, teilweise aufgegriffen. Für die Zeit einer kurzzeitigen Arbeitsverhinderung aufgrund einer akuten Pflegesituation wurde, begrenzt auf insgesamt zehn Arbeitstage für eine pflegebedürftige Person, eine Lohnersatzleistung – das Pflegeunterstützungsgeld – vorgesehen, die aus der Pflegeversicherung bezahlt wird. Als Brutto-Pflegeunterstützungsgeld werden in der Regel 90 Prozent des ausgefallenen Nettoarbeitsentgelts gezahlt.

Darüber hinaus wurde zum 1.01.2015 neben der bisherigen Pflegezeit auch eine der Pflegezeit entsprechende Freistellung für die auch außerhäusliche Betreuung pflegebedürftiger Minderjähriger eingeführt. Ein Anspruch auf Freistellung von bis zu drei Monaten besteht für die Begleitung von nahen Angehörigen in der letzten Lebensphase (z. B. in einem Hospiz). Auf die Familienpflegezeit besteht nunmehr ein Rechtsanspruch. Eine teilweise Freistellung nach dem Familienpflegezeitgesetz kann auch für die außerhäusliche Betreuung von minderjährigen pflegebedürftigen nahen Angehörigen in Anspruch genommen werden. Der Begriff der „nahen Angehörigen“ wurde mit den seit 1. Januar 2015 geltenden Regelungen zeitgemäß erweitert. Er umfasst nun gem. § 7 Abs. 3 PflegeZG auch Stiefeltern, lebenspartnerschaftsähnliche Gemeinschaften, Ehegatten der Geschwister und Geschwister der Ehegatten sowie Lebenspartner der Geschwister und Geschwister der Lebenspartner. Zur Gegenfinanzierung des Lohnausfalls wurde jedoch weiterhin keine zusätzliche aus den Sozialsystemen zu zahlende Kompensation eingeführt. Von Personen, die eine Freistellung in Anspruch nehmen, kann seit 2015 vielmehr ein zinsloses Darlehen zur Abfederung des Lohnausfalls beim Bundesamt für Familie und zivilgesellschaftliche Aufgaben (BAFzA) beantragt werden. Das Darlehen deckt – bei monatlicher Auszahlung der Raten – grundsätzlich die Hälfte des durch die Arbeitszeitreduzierung fehlenden Nettogehalts ab. Damit wird zwar einerseits die finanzielle Ausgestaltung der (Familien-) Pflegezeit rechtlich abgesichert, dennoch werden die direkten finanziellen Belastungen weiterhin bei den Pflegepersonen belassen und nur in die Zukunft verschoben.

### **2.2.5 Maßnahmen zur Verbesserung der (zahn-)ärztlichen Versorgung Pflegebedürftiger**

Die ärztliche und zahnärztliche Versorgung pflegebedürftiger Personen ist bereits mehrfach untersucht worden (Manojlovic 2010; Nitschke et al. 2012; RKI 2009). Dabei wurde die allgemeinärztliche Versorgung meist, aber nicht immer, als relativ unproblematisch angesehen, während bei der fachärztlichen Versorgung für einige Gebiete Unterversorgung konstatiert wurde. Dies trifft insbesondere auch auf den Bereich der Mundgesundheit zu. Vor diesem Hintergrund haben der Gesetzgeber und die gemeinsame Selbstverwaltung in den letzten Jahren verschiedene Maßnahmen zur Verbesserung der ärztlichen und insbesondere der zahnärztlichen Versorgung pflegebedürftiger Personen in Deutschland ergriffen (vgl. Brandhorst et al. 2016). Mit dem 2008 in Kraft getretenen Pflege-Weiter-

entwicklungsgesetz (PfWG) wurden *Kooperationsverträge* ermöglicht, die nach § 119b SGB V Pflegeheime einzeln oder gemeinsam zur *Sicherstellung der ärztlichen und zahnärztlichen Versorgung* ihrer Bewohner mit niedergelassenen Ärzten und Zahnärzten abschließen können.

Im GKV-Versorgungsstrukturgesetz (GKV-VStG) vom 22.12.2011 ist mit § 87 Abs. 2i SGB V im einheitlichen Bewertungsmaßstab für zahnärztliche Leistungen (BEMA) eine *zusätzliche zahnärztliche Vergütung* für die erforderliche *aufsuchende Betreuung* von Pflegebedürftigen und Menschen mit Behinderung eingeführt worden.

Der Kreis der Anspruchsberechtigten für die Hausbesuche nach § 87 Abs. 2i SGB V wurde mit dem PNG um PEA ergänzt. Im PNG wurden zudem die Vorschriften zu den Kooperationsverträgen nach § 119b SGB V weiterentwickelt. Da es nach dem PfWG zu keinen Vertragsabschlüssen kam, wurden im PNG die *Kassenärztlichen Vereinigungen verpflichtet*, auf Antrag eines Pflegeheims einen entsprechenden *Vertrag zu vermitteln*. Zudem wurden die *Pflegeheime verpflichtet*, die Landesverbände der Pflegekassen über ihre Maßnahmen zu informieren, *wie die (fach-)ärztliche und zahnärztliche Versorgung sowie die Arzneimittelversorgung bei ihnen geregelt ist*. Die Regelungen zur ärztlichen, fachärztlichen und zahnärztlichen Versorgung sowie zur Arzneimittelversorgung in vollstationären Einrichtungen für die Pflegebedürftigen und ihre Angehörigen sollen verständlich, übersichtlich und vergleichbar sowohl im Internet als auch in anderer geeigneter Form kostenfrei zur Verfügung gestellt werden. Dem Bewertungsausschuss wurde vorgegeben, zusätzliche, über den Zuschlag für die aufsuchende Versorgung hinausgehende Zuschläge für solche Leistungen vorzusehen, die von Zahnärzten im Rahmen eines Kooperationsvertrages nach § 87 Abs. 2j SGB V erbracht werden. Außerdem erhielten der GKV-Spitzenverband und die KZBV den Auftrag, im Benehmen mit den Verbänden der Pflegeberufe auf Bundesebene, eine Rahmenvereinbarung über die kooperative und koordinierte zahnärztliche und pflegerische Versorgung von Pflegebedürftigen in Heimen abzuschließen. Zwischen den Kassenärztlichen Vereinigungen und den Landesverbänden der Krankenkassen konnten nun, zunächst befristet bis zum 31. Dezember 2015, Zuschläge zur Förderung der kooperativen und koordinierten ärztlichen und pflegerischen Versorgung von pflegebedürftigen Versicherten in stationären Pflegeeinrichtungen oder von Kooperationsverträgen gemäß § 119b SGB V Absatz 1 Satz 1 vereinbart werden.

In dieser Rahmenvereinbarung (KZBV & GKV-SV 2014) wurden die Anforderungen festgeschrieben, die die Kooperationsverträge erfüllen müssen. So soll etwa innerhalb von acht Wochen nach der Aufnahme eines Pflegebedürftigen in ein Pflegeheim die erste zahnärztliche Untersuchung erfolgen. Zweimal jährlich soll eine Kontrolluntersuchung stattfinden. Zudem werden notwendige Behandlungen durch den Zahnarzt in der Einrichtung nur dann vorgenommen, wenn diese nach den konkreten Umständen sowie den Regeln der zahnmedizinischen Kunst fachgerecht erbracht werden können. Ferner soll bis zu zweimal jährlich der Zahnarzt dem Pflegepersonal auf den jeweiligen Versicherten bezogene Vorschläge zur Verbesserung der Mundgesundheit machen und Hinweise zur Zahnpflege sowie zur Pflege und Handhabung des Zahnersatzes geben. Seit dem 1. April 2014 ist die Rahmenvereinbarung über kooperative und koordinierte zahnärztliche und pflegerische Versorgung von stationär Pflegebedürftigen in Kraft. Seitdem gelten auch die speziellen, im Rahmen von Kooperationsvereinbarungen abrechenbaren Vergütungszuschläge, die einen ökonomischen Anreiz für die Zahnärztinnen und Zahnärzte geschaffen haben.

Mit dem GKV-Versorgungsstärkungsgesetz (GKV-VSG) wurde für Pflegebedürftige, Menschen mit Behinderung und PEA ein eigener Anspruch auf Leistungen zur Verhütung von Zahnerkrankungen geschaffen, die sogenannte zahnmedizinische Individualprophylaxe. Im neuen § 22a SGB V werden

die Erhebung eines Mundgesundheitsstatus, die Aufklärung über die Bedeutung der Mundhygiene und Maßnahmen zu deren Erhaltung, die Erstellung eines Plans zur individuellen Mund- und Prothesenpflege und die Zahnsteinentfernung als Leistungen benannt. In der Gesetzesbegründung wird ausdrücklich darauf hingewiesen, dass bei der Aufklärung über die Bedeutung der Mundhygiene der Einbeziehung der Pflegepersonen eine besondere Bedeutung zukommt. Die mit dem PNG geschaffene Möglichkeit für Zuschläge zur Förderung der Kooperation und Koordination der ärztlichen und pflegerischen Versorgung von pflegebedürftigen Versicherten in stationären Pflegeeinrichtungen wurde bis zum 31.12.2016 verlängert.

Die genannten Ausweitungen der Abrechnungsmöglichkeiten und der Kooperations- und Informationsverpflichtungen zielen auf eine Steigerung der Behandlungshäufigkeiten von Pflegebedürftigen ab. Dabei sind die Neuregelungen fachlich ausgeprägter hinsichtlich der zahnärztlichen Versorgung und allgemein hinsichtlich der Versorgung im Pflegeheim.

### **2.2.6 Übersicht der Leistungshöhen im SGB XI von 2012 bis 2015**

Wie dargestellt, haben sich die Leistungshöhen aufgrund der Gesetzgebung im Betrachtungszeitraum verändert. Da Leistungsanpassungen im Wesentlichen mit der letzten Stufe der im PfwG niedergelegten Leistungsdynamisierung (2012) sowie dem Inkrafttreten der Regelungen des PNG (2013) und dem PSG I (2015) erfolgten, sind nachfolgend die Leistungshöhen für diese Zeitpunkte angegeben.<sup>2</sup>

---

<sup>2</sup> Das PNG ist zum 1.01.2013 vollständig in Kraft getreten. Jedoch wurden einige Regelungen schon zum 1.11.2012 wirksam. Zur besseren Übersicht über die wesentlichen Veränderungen im Leistungsrecht werden auf die Darstellung dieser zeitliche Differenzierung verzichtet und alle Regelungen des PNG behandelt, als wären sie zum 1.01.2013 in Kraft getreten.



**Tabelle 2.5: Die wesentlichen Leistungen der Pflegeversicherung für Pflegebedürftige und Leistungsempfänger der PS 0 mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz im Überblick der Jahre 2012 bis 2015**

	ab 1.01.2012	ab 1.01.2013 <sup>1)</sup>	ab 1.01.2015
<b>Häusliche Pflege</b>			
Pflegesachleistungen (bis zu ... € mtl.)			
PS 0 + EA	-	225	231
PS I	450	450	468
PS I + EA	450	665	689
PS II	1.100	1.100	1.144
PS II + EA	1.100	1.250	1.298
PS III	1.550	1.550	1.612
sogenannte Härtefälle	1.918	1.918	1.995
Pflegegeld (€ mtl.)			
PS 0 + EA	-	120	123
PS I	235	235	244
PS I + EA	235	305	316
PS II	440	440	458
PS II + EA	440	525	545
PS III	700	700	728
<b>Vollstationäre Pflege</b>			
Pflegesachleistungen (bis zu ... € mtl.)			
PS I	1.023	1.023	1.064
PS II	1.279	1.279	1.330
PS III	1.550	1.550	1.612
Sogenannte Härtefälle	1.918	1.918	1.995



(Fortsetzung Tabelle 2.5)

	ab 1.01.2012	ab 1.01.2013 <sup>1)</sup>	ab 1.01.2015
<b>Verhinderungspflege</b> ( im Kalenderjahr bis zu ... €)			
Maximale Leistungsdauer pro Kalenderjahr in Wochen	4	4	6
Übertragbarkeit von Mitteln			Bis zu 50% aus Mitteln der Kurzzeitpflege
– durch nahe Angehörige			
PS 0 + EA	-	120	123
PS I	235	235	244
PS I + EA	-	305	316
PS II	440	440	458
PS II + EA	-	525	545
PS III	700	700	728
– durch sonstige Personen			
PS 0 + EA	-	1.550	1.612
PS I, II und III	1.550	1.550	1.612
<b>Kurzzeitpflege</b> (Pflegeaufwendungen bis zu ... € im Jahr)			
Maximale Leistungsdauer pro Kalenderjahr in Wochen	4	4	8
Übertragbarkeit von Mitteln			bis zu 100% aus Mitteln der Verhinderungspflege
PS 0 + EA	-	-	1.612
PS I, II und III	1.550	1.550	1.612
<b>Teilstationäre Tages- und Nachtpflege</b> (Pflegeaufwendungen bis zu ... € monatlich)			
PS 0 + EA	-	-	231
PS I	450	450	468
PS II	1.100	1.100	1.144
PS III	1.550	1.550	1.612

(Fortsetzung Tabelle 2.5)

	ab 1.01.2012	ab 1.01.2013 <sup>1)</sup>	ab 1.01.2015
<b>Zusätzliche Betreuungs- und Entlastungsleistungen</b> (bis zu ... € jährlich)			
– bei eingeschr. Alltagskompetenz			
Grundbetrag	1.200	1.200	1.248
Erhöhter Betrag	2.400	2.400	2.496
– ohne eingeschr. Alltagskompetenz	-	-	1.248
<b>Pflegehilfsmittel, die zum Verbrauch bestimmt sind</b> (Aufwendungen bis zu ... € monatlich)			
PS 0 + EA	-	31	40
PS I, II und III	31	31	40
<b>Technische und sonstige Pflegehilfsmittel</b> (Aufwendungen in Höhe von)			
PS 0 + EA	-	100 Prozent der Kosten, ggf. mit Eigenanteil	
PS I, II und III	-	100 Prozent der Kosten, ggf. mit Eigenanteil	
<b>Maßnahmen zur Verbesserung des Wohnumfelds</b> (Aufwendungen je Maßnahme in Höhe von bis zu ... €)			
PS 0 + EA	-	2.557	4.000
PS I, PS II und PS III	2.557	2.557	4.000
<b>Pflege in vollstationären Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen</b> (Pfle-geaufwendungen bis zu ... € monatlich )			
	10 Prozent des Heimentgelts, höchstens ... € monatlich		
	256	256	266

<sup>1)</sup> Das PNG ist zum 1.01.2013 vollständig in Kraft getreten. Jedoch wurden einige Regelungen schon zum 1.11.2012 wirksam. Zur besseren Übersicht über die wesentlichen Veränderungen im Leistungsrecht wird auf die Darstellung dieser zeitliche Differenzierung verzichtet und alle Regelungen des PNG werden behandelt, als wären sie zum 1.01.2013 in Kraft getreten.

Quelle: eigene Darstellung

### 3 Pflegebedürftige in Privathaushalten

Von den fast drei Millionen Pflegebedürftigen in Deutschland wird der überwiegende Teil – 2,17 Mio. – zu Hause betreut<sup>3</sup>. Damit kommt der häuslichen Pflege nach wie vor eine zentrale Bedeutung bei der Versorgung und Betreuung Pflegebedürftiger zu. Die Pflegeversicherung unterstützt mit einem vielfältigen Leistungsangebot die Pflege zu Hause und damit den Wunsch vieler Menschen, auch im Falle der Pflegebedürftigkeit in der vertrauten Umgebung bleiben zu können. Die Lebenssituation pflegebedürftiger Menschen und ihrer Angehörigen sowie die Bedeutung, die den Leistungen der Pflegeversicherung bei der Bewältigung des Alltags zukommt, stehen im Mittelpunkt dieses Kapitels. Wenn im Folgenden der Begriff „Pflegebedürftige“ verwendet wird, so sind damit Personen im Sinne der §§ 14 und 15 SGB XI gemeint, zuzüglich der Personen, die seit dem 1.01.2013 Regelleistungen der Pflegeversicherung aufgrund der sogenannten Pflegestufe 0 beziehen. Pflegebedürftige beziehen somit regelmäßig Leistungen der Pflegeversicherung und sind in eine der Pflegestufen eingruppiert. Bei einer Differenzierung nach alten und neuen Bundesländern zählt Berlin zu den neuen Bundesländern.

#### 3.1 Personelle Merkmale von Pflegebedürftigen

##### 3.1.1 Pflegebedarf: Pflegestufen und die neue Pflegestufe 0

###### Pflegestufen

Pflegebedürftig im Sinne des SGB XI sind Personen, die wegen einer körperlichen, geistigen oder seelischen Krankheit oder Behinderung für die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, in erheblichem oder höherem Maße der Hilfe bedürfen. Seit Einführung der Pflegeversicherung 1995 wurde pflegebedürftigen Personen je nach Grad der Hilfebedürftigkeit eine von drei Pflegestufen zuerkannt. 2012 wurde diese Systematik durch das Pflege-Neuausrichtungs-Gesetz (PNG) ergänzt. Die ursprünglichen drei Pflegestufen unterscheiden sich folgendermaßen:

Pflegebedürftige der Pflegestufe I sind Personen, die bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität für wenigstens zwei Verrichtungen aus einem oder mehreren Bereichen mindestens einmal täglich der Hilfe bedürfen und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfe bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigen. Der Zeitaufwand muss im Durchschnitt mindestens 90 Minuten täglich betragen; hierbei müssen auf die Grundpflege mehr als 45 Minuten entfallen.

Pflegebedürftige der Pflegestufe II sind Personen, die bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität mindestens dreimal täglich zu verschiedenen Tageszeiten der Hilfe bedürfen und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfe bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigen. Der Zeitaufwand muss im Durchschnitt mindestens drei Stunden täglich betragen; hierbei müssen auf die Grundpflege mindestens zwei Stunden entfallen.

---

<sup>3</sup> Quelle: eigene Berechnung; Bundesministerium für Gesundheit: Vorabrechnung der Statistik der Pflegekassen zzgl. PPV Anteil gemäß 2014.

Pflegebedürftige der Pflegestufe III sind Personen, die bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität täglich rund um die Uhr, auch nachts, der Hilfe bedürfen und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfe bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigen. Der Zeitaufwand muss mindestens fünf Stunden betragen; hierbei müssen auf die Grundpflege mindestens vier Stunden entfallen. In besonders gelagerten Einzelfällen können Pflegebedürftige der Pflegestufe III nach § 36 Abs. 4 SGB XI als sogenannte „Härtefälle“ anerkannt werden, wenn ein außergewöhnlich hoher Pflegeaufwand vorliegt, der das übliche Maß der Pflegestufe III weit übersteigt, beispielsweise wenn im Endstadium von Krebserkrankungen regelmäßig mehrfach auch in der Nacht Hilfe geleistet werden muss.

Viele Menschen, die regelmäßig Unterstützung brauchen, um zu Hause bleiben zu können, sind nicht auf so umfangreiche Hilfen angewiesen. Daher wurde das System der Pflegestufen im Jahr 2013 um die sogenannte Pflegestufe 0 ergänzt und damit der Kreis der Anspruchsberechtigten auf Regelleistungen der Pflegeversicherung um Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz (PEA) unterhalb der Pflegestufe I erweitert. Pflegebedürftige der Pflegestufe 0 sind damit formal nicht pflegebedürftig im Sinne der §§14 und 15 des SGB XI, dennoch sind sie Leistungsempfängerinnen und Leistungsempfänger der Pflegeversicherung und werden hier zu Pflegebedürftigen in Privathaushalten hinzugezählt.

### Die neue Pflegestufe 0

Neben einem Hilfebedarf bei der Grundpflege und der hauswirtschaftlichen Versorgung kann auch ein erheblicher Bedarf an allgemeiner Beaufsichtigung und Betreuung im Sinne des § 45a SGB XI bestehen. Dies ist dann der Fall, wenn demenzbedingte Fähigkeitsstörungen, geistige Behinderungen oder psychische Erkrankungen dauerhaft zu einer erheblichen Einschränkung der Alltagskompetenz führen. Dieser Hilfebedarf kann auch unterhalb der Kriterien zur Einstufung in Pflegestufe I auftreten. Um dieser Personengruppe Unterstützung zu gewähren, wurde die sogenannte Pflegestufe 0 eingeführt. Die Pflegestufe 0 kommt jenen zugute, die zwar einen Hilfebedarf im Bereich der Grundpflege und der hauswirtschaftlichen Versorgung haben, jedoch nicht die Voraussetzungen für eine Einstufung in die Pflegestufe I erfüllen. Dabei handelt es sich in erster Linie um Demenzkranke sowie geistig und psychisch beeinträchtigte Menschen.

Bereits mit dem Pflegeleistungs-Ergänzungsgesetz vom 1. Januar 2002 wurde der Leistungskatalog der Pflegeversicherung um Leistungen speziell für diesen Personenkreis ergänzt.<sup>4</sup> Im Pflege-Weiterentwicklungsgesetz 2008 wurden der Umfang der Leistungen angehoben und der anspruchsberechtigte Personenkreis erweitert. Entsprechende Leistungen der Pflegeversicherung konnten nun nicht nur Pflegebedürftige erhalten, die in eine der drei Pflegestufen eingruppiert sind, sondern auch Personen, die einen Hilfebedarf im Bereich der Grundpflege und hauswirtschaftlichen Versorgung haben, der nicht das Ausmaß der Pflegestufe I erreicht. Mit der Leistungsausweitung der Pflegeversicherung durch das Pflege-Neuausrichtungs-Gesetz hat der erweiterte Personenkreis seit 2013 als Leistungsbezieher der Pflegestufe 0 Anspruch auf Leistungen zur Deckung des Bedarfs an allgemeiner Beaufsichtigung und Betreuung. Durch die Einführung der Pflegestufe 0 ist der Anspruch auf monatliche

---

<sup>4</sup> Seit 1.01.2002 wird im Rahmen der Begutachtung durch den MDK automatisch geprüft, ob eine eingeschränkte Alltagskompetenz besteht. Das Begutachtungsverfahren umfasst zwei Stufen, ein Screening und ein Assessment, um eine Aussage zur Alltagskompetenz der Antragsteller zu treffen.

Regelleistungen ausgeweitet worden, und es beziehen heute mehr Menschen als früher Pflegeleistungen. 2015 sind laut Statistik der Pflegekassen (nur Soziale Pflegeversicherung) etwa 69 Tsd. Männer und 78 Tsd. Frauen in Pflegestufe 0 eingestuft und beziehen Leistungen der Pflegeversicherung (BMG 2016c).

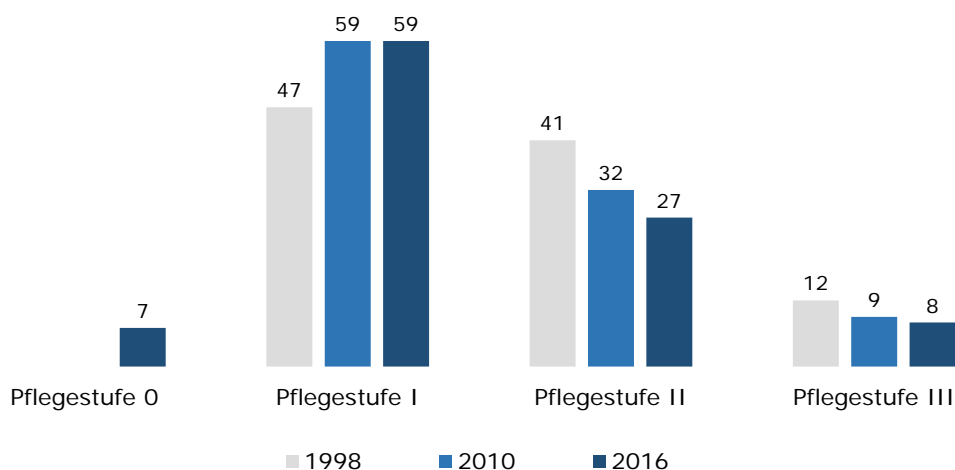
### Eingeschränkte Alltagskompetenz allgemein

Überdies ist die Zuerkennung einer erheblich eingeschränkten Alltagskompetenz nicht nur für Menschen, die seit 2013 in die Pflegestufe 0 eingruppiert werden, relevant, sondern auch weiterhin für Pflegebedürftige der Pflegestufen I bis III. Auch hier kann eine eingeschränkte Alltagskompetenz anerkannt werden und geht für die Betroffenen mit einer höheren Leistung der monatlichen Regelleistung für die Pflegestufen I und II für Geld- bzw. Sachleistungen einher. Des Weiteren besteht bei den zusätzlichen Betreuungs- und Entlastungsleistungen für Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz die Möglichkeit, einen erhöhten Betrag von den Pflegekassen zu beziehen, sofern eine entsprechende Begutachtung durch den MDK vorliegt.

Nach den Ergebnissen der Repräsentativerhebung wurde bei einem Drittel der Pflegebedürftigen in Privathaushalten, die in eine Pflegestufe I bis III eingruppiert sind, neben dem Bedarf an Grundpflege und hauswirtschaftlicher Versorgung zusätzlich ein erheblicher Bedarf an allgemeiner Beaufsichtigung und Betreuung anerkannt (erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz nach § 45a SGB XI). Etwa ein Viertel der Personen mit Pflegestufe I hat eine eingeschränkte Alltagskompetenz anerkannt bekommen, während es bei Leistungsbeziehern der Pflegestufe II und III jeweils 44 Prozent sind.

**Abbildung 3.1: Pflegebedürftige in Privathaushalten – die Eingruppierung in Pflegestufen 1998, 2010 und 2016 (%)**

Basis: Repräsentativerhebung, Pflegebedürftige in Privathaushalten



Studie zur Wirkung des PNG und PSG I – TNS Infratest Sozialforschung 2016

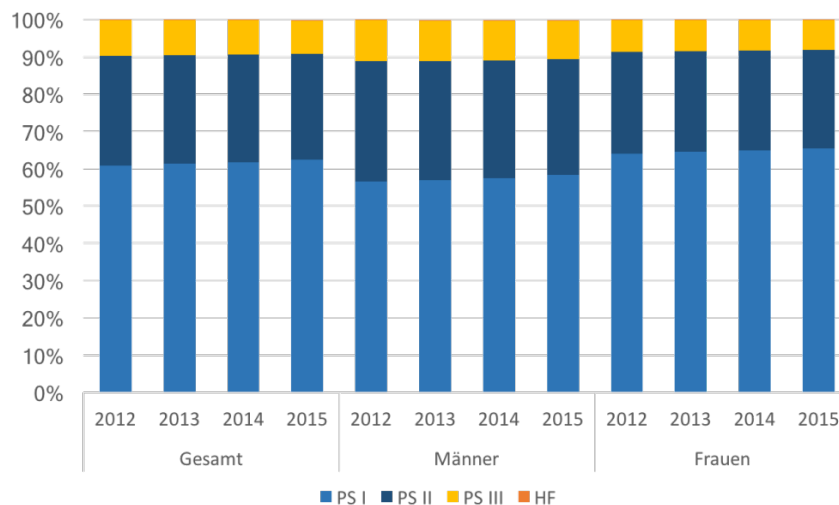
Beim Vergleich der Ergebnisse der Repräsentativerhebung mit den Vorgängerstudien der Jahre 1998 und 2010 ist zu beachten, dass in der vorliegenden Studie, anders als in der Studie 1998 und der Studie zur Pflegereform 2010, bei den Leistungsbeziehern der Pflegeversicherung nun durchgängig

auch die Personen inkludiert sind, die in die Pflegestufe 0 eingestuft sind. Das bedeutet, dass sich der Personenkreis der Pflegebedürftigen, den hier betrachtet wird, systematisch um Personen, die einen Pflegebedarf unterhalb der Pflegestufe I haben, erweitert hat. 2016 wurden sieben Prozent aller Leistungsbezieher der Pflegeversicherung in diese neugeschaffene Pflegestufe 0 eingruppiert. Das entspricht etwa 148 Tsd. pflegebedürftigen Personen (Abbildung 3.1). Die überwiegende Zahl der Pflegebedürftigen in Privathaushalten ist weiterhin in Pflegestufe I eingruppiert, 27 Prozent in Pflegestufe II und acht Prozent in Pflegestufe III. Drei Prozent derjenigen, die in Pflegestufe III eingruppiert sind, wurden als sogenannte „Härfälle“ anerkannt.

Mit steigender Pflegestufe liegt ein jeweils steigender Versorgungsumfang für die individuellen Pflegebedürftigen vor, der einem höheren zeitlichen Aufwand der Versorgung entspricht. Eine Betrachtung von Anteilen der Pflegebedürftigen in den verschiedenen Pflegestufen kann deshalb genutzt werden, um Entwicklungen der Schwere der Pflegebedürftigkeit in der Gesamtpopulation zu erfassen. Die verfügbaren Daten der BARMER GEK ermöglichen es, die Veränderungen bei der Struktur der häuslich betreuten Pflegebedürftigen im Zeitverlauf von 2012 bis 2015 zu betrachten.

### Abbildung 3.2: Verteilung der Pflegestufen (ohne PS 0) in häuslicher Pflege

Basis: Versicherte der BARMER GEK, Erfassung über den Durchschnitt der ersten neun Monate des Jahres, Hochrechnung auf die BRD



Studie zur Wirkung des PNG und PSG I – Universität Bremen 2016

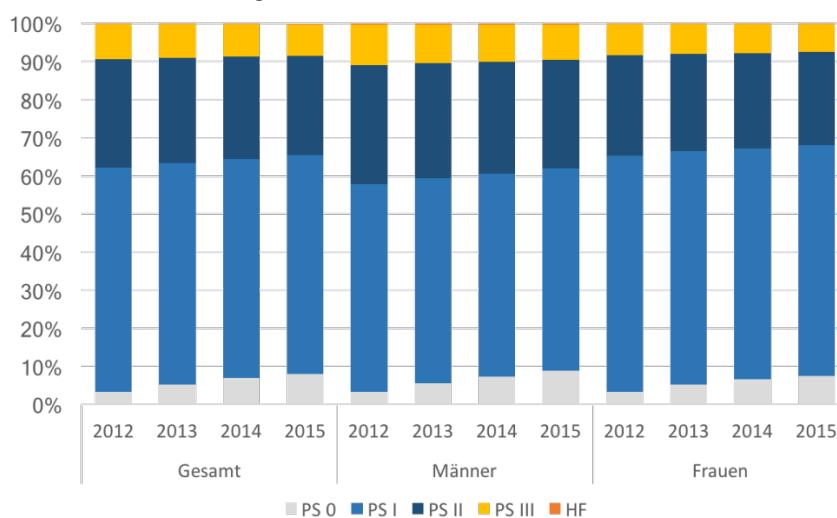
Wie Abbildung 3.2 zeigt, ist es unter den Pflegebedürftigen in häuslicher Pflege in den Jahren 2012 bis 2015 zu einer kontinuierlichen Verschiebung gekommen. Geschlechtsunabhängig steigt der Anteil der Personen in Pflegestufe I um rund zwei Prozentpunkte an, während die Anteile der Personen in Pflegestufe II und III um jeweils 0,4 bis 1,0 Prozentpunkte absinken. Der Anteil der Härfälle bleibt dabei auf sehr geringem Niveau von 0,1 Prozent bis 0,3 Prozent nahezu konstant. Etwa 62 Prozent der Pflegebedürftigen (hier nur Pflegestufe I bis III) sind demnach in 2015 in Pflegestufe I eingestuft, weitere rund 29 Prozent in Pflegestufe II und etwa neun Prozent in die Pflegestufe III. Größere Veränderungen sind dabei jeweils von 2012 auf 2013 und von 2014 auf 2015 zu verzeichnen. Diese Effekte können als Einflüsse des PNG und des PSG I interpretiert werden.

Noch weit deutlicher zeigen sich die Reformfolgen, wenn der Fokus erweitert wird und statt der Pflegebedürftigen die Leistungsempfänger aus dem SGB XI in häuslicher Pflege betrachtet werden. Dabei beinhaltet die Population der Leistungsempfänger alle Pflegebedürftigen, integriert jedoch zusätzlich die Personen der sogenannten Pflegestufe 0, die als erheblich in ihrer Alltagskompetenz eingeschränkt gelten. Diese Personengruppe wurde durch die gesetzlichen Neuregelungen vor allem der §§ 123 und 124 SGB XI, die durch das PNG in 2013 eingeführt wurden, erstmalig zu echten Leistungsempfängern in den Hauptleistungsarten. Die Leistungsansprüche wurden dann durch das PSG I auch weitgehend auf die Nebenleistungen, wie Verhinderungs-, Kurzzeit- und teilstationäre Pflege, ausgeweitet. Zu erwarten ist aus diesen Gründen, dass ab dem Jahr 2013 die Leistungsempfänger der Pflegestufe 0 eine wachsende quantitative Bedeutung aufweisen und hierdurch auch die relativen Anteile der einzelnen Pflegestufen beeinflussen.

Die vermutete Entwicklung bestätigt sich in Abbildung 3.3. Der Anteil sowohl der Leistungsempfänger als auch der Leistungsempfängerinnen in Pflegestufe 0 steigt in den Jahren 2012 bis 2015. In der Gesamtbetrachtung beider Geschlechter ist eine Steigerung von 3,3 Prozent auf 8,0 Prozent, also um 142 Prozent des Ausgangswertes, erfolgt. Fast die Hälfte dieses Anstiegs erfolgte von 2012 auf 2013. Dies ist als deutlicher Hinweis darauf anzusehen, dass die im PNG eingeführten Leistungsansprüche dazu geführt haben, dass deutlich mehr Hilfebedürftige zu Leistungsbeziehern des SGB XI geworden sind. Dabei ist bei Männern noch eine um 1,3 Prozentpunkte stärkere Entwicklung zu beobachten, die darauf schließen lässt, dass gerade demente Männer mit geringem somatisch bedingtem Hilfebedarf von den Regelungen des PNG profitieren. Dass in der Gesamtentwicklung im Jahr 2015 nur ein geringer zusätzlicher Steigerungseffekt durch das PSG I zu beobachten ist, deutet ferner darauf hin, dass die hinzugekommene Leistungsberechtigung in den Nebenleistungen für sich alleine genommen in dieser Klientel eine geringere Rolle spielt als der grundsätzliche Leistungsbezug in den Hauptleistungsarten.

### Abbildung 3.3: Verteilung der Leistungsempfänger (inkl. PS 0) in häuslicher Pflege

Basis: Versicherte der BARMER GEK, Erfassung über den Durchschnitt der ersten neun Monate des Jahres, Hochrechnung auf die BRD



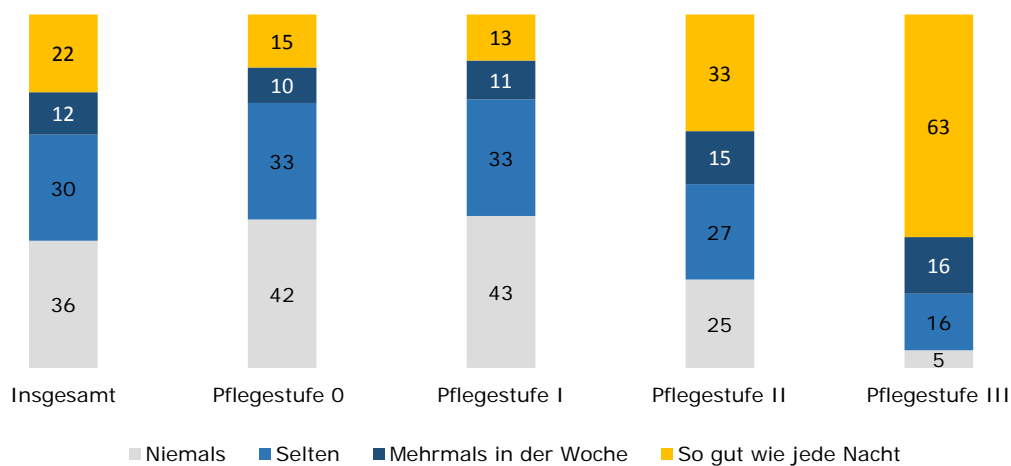
Studie zur Wirkung des PNG und PSG I – Universität Bremen 2016

## Pflegerische Hilfe in der Nacht

Mehr als ein Drittel der Pflegebedürftigen benötigt mindestens ab und an in der Woche pflegerische Hilfen während der Nacht, 22 Prozent erhalten so gut wie jede Nacht Unterstützung. Der Bedarf an nächtlicher Betreuung steigt mit zunehmender Pflegestufe. Von den Pflegebedürftigen in Pflegestufe III benötigen fast zwei Drittel so gut wie jede Nacht pflegerische Hilfen (Abbildung 3.4).

### Abbildung 3.4: Hilfebedarf in der Nacht, 2016 (%)

Basis: Repräsentativerhebung, Pflegebedürftige in Privathaushalten



Studie zur Wirkung des PNG und PSG I – TNS Infratest Sozialforschung 2016

Der Pflegebedarf in der Nacht ist im Zeitraum von 2010 bis 2016 gesunken (Tabelle 3.1), und zwar unabhängig von der Pflegestufe. Betrachtet man Pflegebedürftige der Pflegestufen I bis III so verringert sich der Anteil der Pflegebedürftigen, die so gut wie jede Nacht Hilfe benötigen, um sieben Prozentpunkte.

2016 liegt der nächtliche Hilfebedarf bei Personen mit anerkannter erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz mit 28 Prozent etwas über dem Durchschnitt (22%). Damit ist der nächtliche Pflegebedarf auch in dieser Personengruppe zurückgegangen. Im Jahr 2010 benötigten 46 Prozent dieser Personengruppe entsprechende Unterstützung, während dies nur für 29 Prozent aller Pflegebedürftigen zutraf.



**Tabelle 3.1: Hilfebedarf in der Nacht 2010 und 2016 (%)**

Basis: Repräsentativerhebung, Pflegebedürftige in Privathaushalten der Pflegestufen I bis III

	Insgesamt		Stufe I		Stufe II		Stufe III	
	2010	2016	2010	2016	2010	2016	2010	2016
Niemals	28	35	36	43	20	25	6	5
Selten	19	30	21	33	19	27	8	16
Mehrmals in der Woche	24	13	23	11	27	15	19	16
So gut wie jede Nacht	29	22	20	13	34	32	67	63

Studie zur Wirkung des PNG und PSG I – TNS Infratest Sozialforschung 2016

### 3.1.2 Alter, Geschlecht, Familienstand

Pflegebedürftigkeit kann bereits in jungen Jahren – z. B. bedingt durch eine schwere Krankheit oder einen Unfall – eintreten. Bei der überwiegenden Zahl der Pflegebedürftigen ist aber eine eigene Hochaltrigkeit das charakteristische Merkmal. Knapp die Hälfte der Pflegebedürftigen in Privathaushalten ist 80 Jahre und älter, das Durchschnittsalter liegt bei 71,3 Jahren. 2010 lag das Durchschnittsalter aller Leistungsbezieher der Pflegeversicherung in häuslicher Pflege bei 71,9 Jahren. Dieser Rückgang im Durchschnittsalter ist nach den Ergebnissen der Repräsentativerhebung maßgeblich der Erweiterung des Kreises der anspruchsberechtigten Leistungsbezieher um Personen der Pflegestufe 0 geschuldet. Vergleicht man den Wert von 71,9 Jahren aus dem Jahr 2010 mit den Leistungsbezieher der Pflegestufen I bis III 2016, also ohne Pflegebedürftige der Pflegestufe 0, zeigt sich ein leichter Anstieg des Durchschnittsalters auf 72,4 Jahre im Jahr 2016.<sup>5</sup>

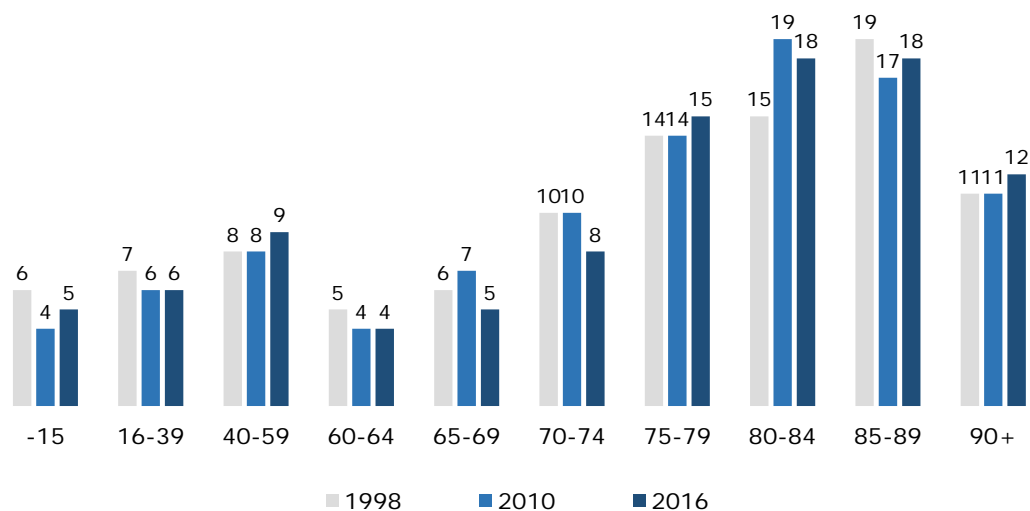
Betrachtet man die Veränderungen in der Altersstruktur der Pflegebedürftigen über die drei Repräsentativerhebungen von 1998, 2010 und 2016 hinweg, so bleibt allerdings der vor dem Hintergrund des demografischen Wandels erwartete leichte Trend in Richtung eines Anstiegs des Alters der Pflegebedürftigen zu erkennen. Der Anteil der 75-jährigen und älteren Pflegebedürftigen ist seit 1998 leicht, aber stetig gestiegen. Der seit 2010 ebenfalls wieder leicht gestiegene Anteil der jüngeren

<sup>5</sup> Zu den Strukturmerkmalen der Leistungsbezieher der Pflegestufe 0 siehe die folgenden Abschnitte.

Pflegebedürftigen bis 39 Jahre ist, wie bereits erwähnt, auf die Erweiterung des Kreises der Leistungsbezieher der Pflegeversicherung um Personen mit der Pflegestufe 0 zurückzuführen. Hier sind die Effekte aber eher gering, so stieg der Anteil von zehn Prozent 2010 auf aktuell elf Prozent (Abbildung 3.5).

### Abbildung 3.5: Pflegebedürftige in Privathaushalten – Altersstruktur 1998, 2010 und 2016 (%)

Basis: Repräsentativerhebung, Pflegebedürftige in Privathaushalten



Studie zur Wirkung des PNG und PSG I – TNS Infratest Sozialforschung 2016

Das im Durchschnitt hohe Alter der Pflegebedürftigen in Privathaushalten spiegelt sich auch in anderen soziodemografischen Merkmalen wider.

Drei Fünftel oder 60 Prozent der Pflegebedürftigen in Privathaushalten sind weiblich. In der Gruppe der Hochbetagten ab 80 Jahren trifft dies sogar auf 71 Prozent zu. Grund hierfür ist, dass Frauen im Durchschnitt eine höhere Lebenserwartung als Männer haben und dass insbesondere in den Jahrgangskohorten, die 1930 und früher geboren sind, der Anteil der Männer an der Gesamtbevölkerung – auch bedingt durch den Zweiten Weltkrieg – nur rund 30 Prozent beträgt. Hochaltrige Männer sind allerdings seltener pflegebedürftig als Frauen derselben Altersgruppen. Besonders groß ist der Unterschied in der Gruppe der 90-Jährigen und Älteren. Hier sind „nur“ 52 Prozent der Männer, aber 68 Prozent der Frauen pflegebedürftig (Statistisches Bundesamt, 2015a).

Im Zeitverlauf zeigt sich, dass der Anteil der Männer an allen Pflegebedürftigen in Privathaushalten in den letzten Jahren von 36 auf 40 Prozent zugenommen hat. Dieser Zuwachs ist in allen Pflegestufen sichtbar.

**Tabelle 3.2: Pflegebedürftige in Privathaushalten – Strukturmerkmale nach Alter (%)**

Basis: Repräsentativerhebung, Pflegebedürftige in Privathaushalten

	2010	2016			
		Insgesamt	bis 59 Jahre	60–79 Jahre	80 Jahre und älter
Männlich	36	40	56	45	29
Weiblich	64	60	44	55	71
Verheiratet	36	35	20	55	28
Verwitwet	41	38	1	21	66
Geschieden	7	9	5	18	3
Ledig	16	18	74	6	3
Eingetragene Lebenspartnerschaft		0	-	0	0
Kinderlos	21	24	75	16	7
1 Kind	22	21	8	23	26
2 Kinder	29	30	12	36	34
3 und mehr Kinder	28	25	5	25	33
Alleinlebend	34	34	19	33	40
2-Personen-Haushalt	39	38	22	55	34
3-Personen-Haushalt	13	15	25	8	15
4- und mehr Personen-haushalt	14	13	34	4	11

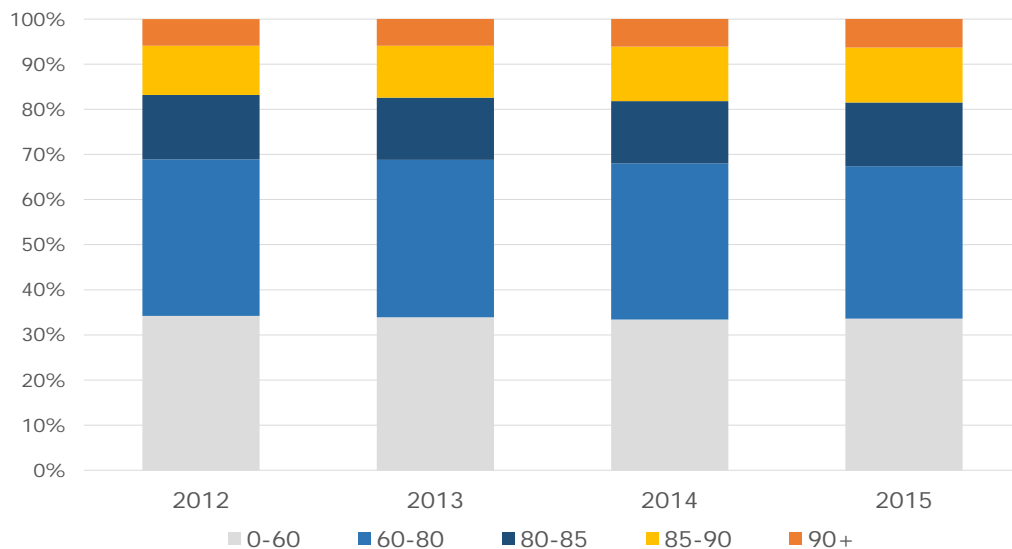
Studie zur Wirkung des PNG und PSG I – TNS Infratest Sozialforschung 2016

Etwas mehr als ein Drittel der Pflegebedürftigen in Privathaushalten ist verheiratet, 38 Prozent sind verwitwet und 18 Prozent sind ledig (Tabelle 3.2). Insgesamt haben drei Viertel der Pflegebedürftigen in privaten Haushalten Kinder. Erwartungsgemäß bestehen bei beiden Merkmalen Unterschiede zwischen den verschiedenen Alterskohorten. Pflegebedürftige unter 60 Jahre sind in der Mehrzahl ledig und kinderlos, und fast 60 Prozent von ihnen leben in einem Haushalt mit drei und mehr Personen. Von den 60- bis 79-Jährigen ist etwas mehr als die Hälfte verheiratet, und ein großer Teil von ihnen lebt zu zweit mit dem Partner in einem Haushalt. Diejenigen, die 80 Jahre und älter sind, sind überwiegend verwitwet, und mit 40 Prozent ist der Anteil der Alleinlebenden in dieser Gruppe am größten. Gut ein Viertel von ihnen lebt in einem Haushalt mit drei oder mehr Personen.

Nach den Daten der BARMER GEK ist der Altersdurchschnitt der pflegebedürftigen Männer von 2012 auf 2015 von 64,5 auf 65,1 Jahre angestiegen (ermittelt aus klassierten Werten für 5-Jahres-Altersklassen). Bei den Frauen zeigt sich ein etwas geringerer Anstieg des Durchschnittsalters von 74,7 Jahren auf 75,0 Jahre. Diese leichten, für den kleinen Betrachtungszeitraum dennoch merklichen Veränderungen zeigen sich auch in Abbildung 3.6 und Abbildung 3.7.

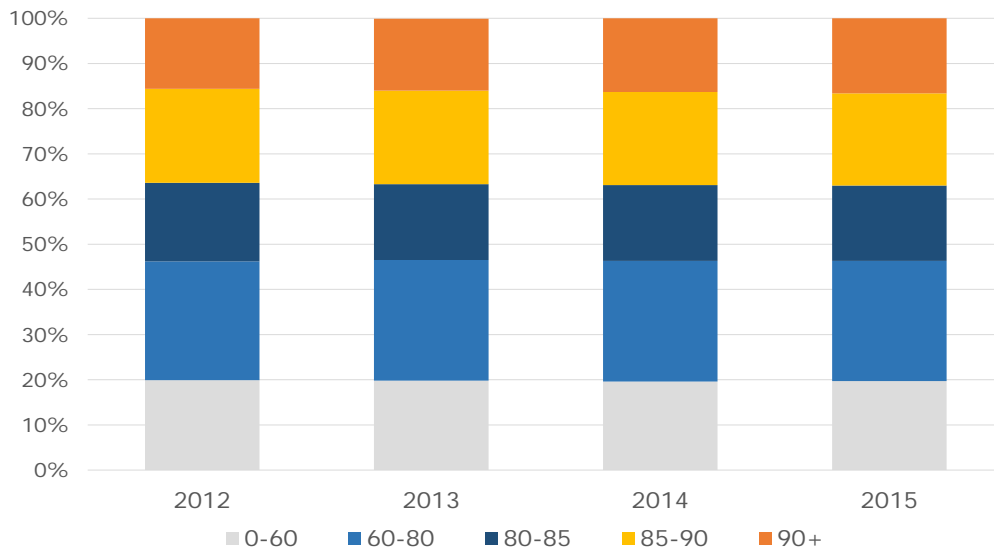
### Abbildung 3.6: Altersstruktur pflegebedürftiger Männer

Basis: Versicherte der BARMER GEK, Hochrechnung auf die BRD



### Abbildung 3.7: Altersstruktur pflegebedürftiger Frauen

Basis: Versicherte der BARMER GEK, Hochrechnung auf die BRD



Studie zur Wirkung des PNG und PSG I – Universität Bremen 2016

Bei den Männern zeigt sich der Effekt insbesondere bei den 85-Jährigen und Älteren, deren Anteil an allen Pflegebedürftigen von 16,8 Prozent im Jahre 2012 auf 18,6 Prozent im Jahr 2015 ansteigt. Bei den Frauen ist der Anstieg des Anteils der 90-Jährigen und Älteren an allen Pflegebedürftigen von 15,6 Prozent auf 16,6 Prozent bemerkenswert.

Auch das Geschlechterverhältnis verschiebt sich im Betrachtungszeitraum geringfügig (Tabelle 3.3). So steigt der Männeranteil an allen Pflegebedürftigen im Betrachtungszeitraum um 0,8 Prozentpunkte, während der Frauenanteil entsprechend sinkt. Damit zeichnet sich hier bereits ab, dass Pflege „männlicher“ wird, ein Trend, der auch für die Zukunft zu erwarten ist (Rothgang et al. 2016: 85).

### Tabelle 3.3: Geschlechteranteile der Pflegebedürftigen (%)

Basis: Versicherte der BARMER GEK, Hochrechnung auf die BRD

	2012	2013	2014	2015
Männer	42,4	42,7	42,9	43,2
Frauen	57,6	57,3	57,1	56,8

Studie zur Wirkung des PNG und PSG I – Universität Bremen 2016

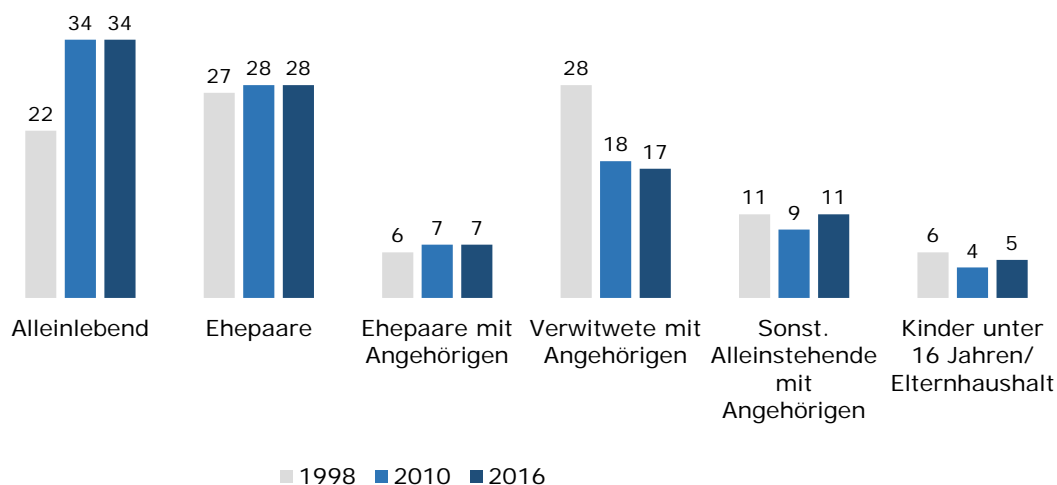
### 3.1.3 Familienformen

2016 leben 34 Prozent der Pflegebedürftigen alleine ohne weitere Angehörige in ihrem Haushalt, 28 Prozent leben gemeinsam mit dem Partner, und 17 Prozent der Pflegebedürftigen leben nach dem Tod des Ehepartners gemeinsam mit Angehörigen zusammen (Abbildung 3.8). Vergleicht man die aktuellen häuslichen Lebensformen der Pflegebedürftigen in Privathaushalten mit denen von 2010, so zeigt sich ein weitgehend gleiches Bild. Blickt man weiter zurück, wird deutlich, dass 1998 der Anteil der alleinlebenden Pflegebedürftigen um zwölf Prozentpunkte niedriger lag, ebenso lag der Anteil der Verwitweten, die bei Angehörigen lebten, mit 28 Prozent deutlich höher als heute. Es ist anzunehmen, dass dieser Wandel in den Lebensformen Pflegebedürftiger hin zu alleinlebenden Pflegebedürftigen durch einen sozialen Wandel bedingt ist. Damit zeigt sich nach einer Konsolidierungsphase in den ersten Jahren nach Einführung der Pflegeversicherung eine Stabilisierung der häuslichen Pflege. Schon 2010 wurde angenommen, dass der Wunsch der Pflegebedürftigen, auch nach dem Tod des Partners noch möglichst lange in ihrer eigenen Wohnung zu leben, zugenommen hat. Möglicherweise spielt dabei auch der Wunsch, den Angehörigen nicht mehr als nötig zur Last zu fallen, eine Rolle. Andererseits mögen auch die Angehörigen selber darauf hinwirken, noch möglichst lange eine räumliche Distanz zu der pflegebedürftigen Person zu wahren. Dies lässt sich anhand der erhobenen Daten allerdings nicht überprüfen.

Ein weiterer Grund für die Zunahme der 1-Person-Haushalte unter den Pflegebedürftigen dürfte darin liegen, dass die Leistungen der Pflegeversicherung und der Ausbau der wohnortnahen Versorgungsstrukturen diese Lebensform zunehmend erleichtern. Es kann also als Verdienst der Pflegeversicherung angenommen werden, dass alleinlebende pflegebedürftige Menschen trotz ihres Hilfebedarfs die Möglichkeit haben, weiter in ihrer gewohnten Umgebung zu leben und der Umzug ins Alten- und Pflegeheim kein Automatismus wurde.

**Abbildung 3.8: Pflegebedürftige in Privathaushalten – Häusliche Lebensformen 1998, 2010 und 2016 (%)**

Basis: Repräsentativerhebung, Pflegebedürftige in Privathaushalten



Neben den verwitweten Pflegebedürftigen, die mit 65 Prozent die Mehrheit der Alleinlebenden stellen, umfasst diese Gruppe auch Menschen mit Behinderung, die – z. T. mit Unterstützung persönlicher Assistenzkräfte – in ihrer eigenen Wohnung leben und so ein in höherem Maße selbstbestimmtes Leben verwirklichen können.

Der Anteil der Pflegebedürftigen, die alleine leben, ist in der Pflegestufe I mit 38 Prozent am höchsten. Doch auch von den Pflegebedürftigen, die in Pflegestufe II eingruppiert sind, leben 29 Prozent alleine, und selbst in der Pflegestufe III sind es 15 Prozent, die alleine in ihrer Wohnung leben. Welche häuslichen Pflegearrangements hinter dieser Lebensform stehen, wird in Abschnitt 3.3.1 beschrieben.

Alleinlebende Pflegebedürftige geben zu 85 Prozent an mindestens eine private Hauptpflegeperson zu haben. Dabei handelt es sich bei der Mehrheit um die Kinder der pflegebedürftigen Person, die aber nicht im gleichen Haushalt leben. Aber auch Nachbarn finden sich im pflegende Personenkreis. Alleinlebende geben sogar etwas häufiger an vier und mehr Hauptpflegepersonen zu haben. Weiter beziehen alleinlebende Pflegebedürftige etwas häufiger Sachleistungen und im Gegenzug etwas seltener ausschließliche Geldleistungen.

## 3.2 Finanzielle Situation und Sozialhilfeabhängigkeit

### 3.2.1 Einkommen

Sozialpolitisch ist nach wie vor die Frage von Interesse, inwieweit sich die Nettoeinkommen der Haushalte, in denen Pflegebedürftige leben, von den durchschnittlichen Nettoeinkommen der Haushalte in Deutschland insgesamt unterscheiden. Hierbei ist zu berücksichtigen, dass die Leistungen der Pflegeversicherung nicht als unmittelbare Bestandteile der Einkommen, die im Haushalt verfügbar sind, mitgezählt werden sollten. Die Leistungen der Pflegeversicherung werden entweder als monatliches Pflegegeld oder in Form von professionellen Pflegeleistungen beziehungsweise als eine Mischung von beidem gewährt. Da es wenig Sinn macht, eine reine Geldleistung mit der Höhe einer in Geldwert ausgedrückt „formal teureren“ Sachleistung zu vergleichen, wurde im Rahmen der Repräsentativerhebung darauf verzichtet, die Leistungen der Pflegeversicherung in das vorhandene Haushaltsnettoeinkommen einzurechnen.<sup>6</sup> Verglichen werden an dieser Stelle die Haushaltsnettoeinkommen von Pflegebedürftigen mit den Ergebnissen zu den Haushaltsnettoeinkommen der Gesamtbevölkerung, die im Rahmen der Infratest-Mehrthemenbefragungen erhoben wurden. Da die Infratest-Mehrthemenbefragungen in der vorliegenden Studie als Ausgangsstichprobe zur repräsentativen Identifikation von Pflegebedürftigen in Privathaushalten genutzt wurden, sind die Ergebnisse hinsichtlich des Stichprobenzugangs unmittelbar vergleichbar.

---

<sup>6</sup> Darüber hinaus sprechen auch inhaltliche Gründe für dieses Vorgehen. Die Leistungen der Pflegeversicherung dienen vorrangig dazu, den pflegebedingten Zusatzaufwand im Haushalt auszugleichen. Eine pauschale Bewertung z. B. der Geldleistung als „zusätzliches Einkommen“ ist auch deshalb eher irreführend.

**Tabelle 3.4: Haushaltsnettoeinkommen von Pflegebedürftigen im Vergleich zur Gesamtbevölkerung in West- und Ostdeutschland (%)**

Basis: Repräsentativerhebung, Privathaushalte mit Pflegebedürftigen/Gesamtbevölkerung. Nur Fälle mit gültigen Angaben<sup>1)</sup>

	West		Ost	
	Pflegehaus- halte	Haushalte insgesamt <sup>2)</sup>	Pflegehaus- halte	Haushalte insgesamt <sup>2)</sup>
unter 500 Euro	1	3	0	4
500 b. u. 1.000 Euro	11	9	12	13
1.000 b. u. 1.500 Euro	20	12	28	18
1.500 b. u. 2.000 Euro	19	15	17	18
2.000 b. u. 2.500 Euro	12	14	15	14
2.500 b. u. 3.000 Euro	10	13	11	11
3.000 b. u. 3.500 Euro	9	9	9	7
3.500 b. u. 4.000 Euro	4	8	1	6
4.000 b. u. 5.000 Euro	7	8	4	5
5.000 Euro und mehr	7	9	3	4

<sup>1)</sup> Abfragen zum Einkommen werden bei auf dem Prinzip der Freiwilligkeit beruhenden (telefonischen) Repräsentativerhebungen überproportional häufig nicht beantwortet. Bei der Infratest-Mehrthemenbefragung beträgt der Anteil „Ohne Angabe beim Haushaltsnettoeinkommen“ 19 Prozent und bei der Befragung der Pflegebedürftigen oder deren Angehörigen bei 12 Prozent.

<sup>2)</sup> Einkommensschichtung gemäß den Ergebnissen der Infratest-Mehrthemenbefragung (12/2015 – 7/2016)

#### Studie zur Wirkung des PNG und PSG I – TNS Infratest Sozialforschung 2016

Haushalte von Pflegebedürftigen verfügen getrennt nach Westdeutschland und Ostdeutschland über tendenziell etwas geringere Haushaltsnettoeinkommen als die privaten Haushalte insgesamt (Tabelle 3.4). Haushalte von Pflegebedürftigen haben im Vergleich häufiger Nettoeinkommen im Bereich von 1.000 bis unter 1.500 Euro bzw. 1.500 bis unter 2.000 Euro. Ein Nettoeinkommen unter 1.000 Euro geben zwölf Prozent der Haushalte von Pflegebedürftigen an. Hierbei handelt es sich in aller Regel um 1-Person-Haushalte. Dieser Anteil entspricht in etwa dem Anteil aller Haushalte mit Nettoeinkommen unter 1.000 Euro. Die ausgewiesenen Anteile beziehen sich dabei auf die Haushalte, die gültige Angaben zu ihren Einkommensverhältnissen gemacht haben. Keine Angaben zum Haushaltsnettoeinkommen haben bei der Repräsentativerhebung zwölf Prozent der Befragten gemacht. Bei der Infratest-Mehrthemenbefragung waren es (im Zeitraum 12/2015 bis 07/2016) 19 Prozent.

Die nach wie vor vorhandenen Einkommensunterschiede zwischen Westdeutschland und Ostdeutschland entsprechen dem gesellschaftlichen Gesamtbild. Nominal betrachtet, also ohne Berücksichti-



gung der regional unterschiedlichen Preisniveaus, sind die Netto-Einkommen der Haushalte in Westdeutschland generell und auch bei den Haushalten von Pflegebedürftigen in der Tendenz etwas höher als die Einkommen in Ostdeutschland.

In der nationalen und europäischen Armutsforschung hat sich mittlerweile eine Definition von Armut etabliert, die Armut relativ zum Durchschnittseinkommen in der jeweiligen Gesellschaft definiert und damit verstärkt die Teilhabechancen in den Vordergrund rückt (BMAS 2013). Im Rahmen der Repräsentativerhebung liegen allerdings keine Angaben zur genauen Verteilung der Einkommen der Gesamtbevölkerung vor. Die für den Einkommensvergleich verwendeten und im Rahmen der Infratest-Mehrthemenbefragungen erhobenen Daten können dafür nicht verwendet werden, da das Einkommen dort nur in Form von wenigen Größenklassen erhoben wurde und damit für die Berechnung der Armutsrisikoschwelle nicht geeignet ist. Denkbar wäre es, auf Daten aus der nationalen Armuts- und Reichtumsberichterstattung zurückzugreifen. Doch auch dies ist aus methodischen Gründen kein gangbarer Weg, da hier ein ganz anderer Einkommensbegriff verwendet wird als in der vorliegenden Repräsentativerhebung. So werden die einzelnen Einkommensarten einschließlich der Transferleistungen zu einem großen Teil einzeln erfasst. Darüber hinaus wird bei der Einkommensberechnung u. a. eine unterstellte Miete bei selbstgenutztem Haus- und Wohneigentum berücksichtigt. Eine solche detaillierte Einkommenserhebung war im Rahmen der Pflegestudie nicht möglich.

Bezieht man sich trotzdem auf die in der internationalen Armutsforschung inzwischen gängigen Grenzwerte, so liegt laut der Erhebung EU-SILC (Statistisches Bundesamt 2016d) der Schwellenwert für eine Armutsgefährdung bei Alleinlebenden in 1-Person-Haushalten bezogen auf das Jahr 2015 bei einem monatlichen Netto-Einkommen von 1.033 Euro. Hierbei handelt es sich um die Einkommenshöhe der Personen, die im Jahr 2015 über weniger als 60 Prozent des durchschnittlichen Netto-Haushaltseinkommens verfügen (bemessen am Median). Bei einem Haushalt mit zwei Erwachsenen (bzw. mit zwei Personen ab 14 Jahren) sind es 1.550 Euro, bei drei erwachsenen Personen 2.067 Euro und bei einem Vier-Personen-Haushalt mit drei Erwachsenen und einem Kind unter 14 Jahren beträgt die Schwelle 2.376 Euro (Statistisches Bundesamt 2016d, eigene Berechnungen).

Die Schwellenwerte pro Haushaltgröße basieren auf einer sog. Bedarfsgewichtung (Statistisches Bundesamt 2016d). Der Bedarf der ersten erwachsenen Person im Haushalt geht dabei mit dem Gewicht 1 ein, der Bedarf jeder weiteren Person ab 14 Jahren mit dem Gewicht 0.5 und jedes weitere Kind unter 14 Jahren mit dem Gewicht 0.3. Ein Vier-Personen-Haushalt mit zwei erwachsenen Elternteilen, einem Kind unter 14 Jahren und einem weiteren (pflegebedürftigen) Angehörigen hat demnach ein Bedarfsgewicht von 2.3. Bezogen auf die laut EU-SILC ermittelte Armutsschwelle bedeutet dies, dass ein Vier-Personen-Haushalt in der genannten Zusammensetzung über ein Haushaltsnettoeinkommen von mindestens 2.376 Euro verfügen muss, um oberhalb der Armutsgefährdungsschwelle zu liegen.

Differenziert man die Haushalte von Pflegebedürftigen nach der Größe, so wird sichtbar, dass ein nicht unerheblicher Anteil über ein Einkommen verfügt, das unterhalb der Armutsrisikoschwelle liegt. zehn Prozent der alleinlebenden Pflegebedürftigen verfügen über weniger als 750 Euro und zusammen genommen etwa 30 Prozent über weniger als 1.000 Euro im Monat. Auch wenn hierbei weder das Pflegegeld der Pflegeversicherung oder der Sachleistungswert sowie keine sonstigen geldwerten Vorteile bei selbstgenutztem (familiärem) Wohneigentum berücksichtigt sind und höchstwahrscheinlich auch private familiäre Transfers deutlich unterschätzt werden, so ist das (monetäre) Armutsrisiko an dieser Stelle trotzdem markant. Vergleichbares gilt für Pflegebedürftige in Zwei-Personen-Haushalten, von denen etwa elf Prozent über weniger als 1.250 Euro sowie insgesamt knapp 19 Prozent

über weniger als 1.500 Euro verfügen. Bei den Drei-Personen-Haushalten sind es 23 Prozent mit weniger als 1.750 Euro sowie zusammen genommen 27 Prozent mit weniger als 2.000 Euro, während bei den Vier-und-mehr-Personen-Haushalten 18 Prozent weniger als 2.000 Euro sowie insgesamt 32 Prozent weniger als 2.500 Euro Haushaltsnettoeinkommen im Monat haben.

**Tabelle 3.5: Haushaltsnettoeinkommen von Pflegebedürftigen nach der Größe des Haushalts (%)**

Basis: Repräsentativerhebung, Privathaushalte mit Pflegebedürftigen

	Pflegebedürftige				
	Insgesamt	1-Person-Haushalte	Zwei-Personen-Haushalte	Drei-Personen-Haushalte	Vier- u.m.-Personen-Haushalte
unter 500 Euro	1	2	0	0	0
500 b. u. 750 Euro	3	8	0	0	0
750 b. u. 1.000 Euro	8	20	3	2	0
1.000 b. u. 1.250 Euro	11	19	8	10	2
1.250 b. u. 1.500 Euro	10	16	8	5	6
1.500 b. u. 1.750 Euro	13	14	17	6	6
1.750 b. u. 2.000 Euro	6	3	9	4	4
2.000 b. u. 2.500 Euro	14	4	20	22	14
2.500 b. u. 3.000 Euro	10	6	11	12	14
3.000 b. u. 3.500 Euro	9	2	11	10	17
3.500 b. u. 4.000 Euro	3	1	4	7	4
4.000 b. u. 5.000 Euro	6	2	4	14	14
5.000 Euro und mehr	6	2	5	8	19

<sup>1)</sup> Für die Pflegebedürftigen liegt, anders als bei der Infratest-Mehrthemenbefragung (Tab. 3.4) eine etwas differenziertere Einkommensschichtung vor.

Auch wenn, wie dargestellt, die Haushaltsnettoeinkommen im Rahmen der Repräsentativerhebung weniger exakt erhoben werden konnten, so wird doch sichtbar, wie nahe die Einkommen bei einem Teil der Pflegebedürftigen nach wie vor um die Armutsrisikoschwelle streuen. Laut EU-SILC beträgt der Anteil der Personen mit einem Netto-Einkommen unterhalb der Armutsrisikoschwelle in Deutschland bezogen auf das Jahr 2015 insgesamt 16,7 Prozent und bei Personen ab 65 Jahren 16,5 Prozent (Statistisches Bundesamt 2016d). Bei Pflegebedürftigen in Privathaushalten dürfte der Anteil nach den vorliegenden Erhebungsergebnissen insgesamt eher im Bereich von etwa 25 Prozent liegen.

### **Versicherungsstatus**

92 Prozent der Pflegebedürftigen sind in der sozialen Pflegeversicherung und acht Prozent in der privaten Pflegepflichtversicherung versichert. Lediglich fünf Prozent der Pflegebedürftigen haben eine private Pflegezusatzversicherung abgeschlossen. Damit ist ein nur geringfügiger Anstieg der Zusatzversicherten zu verzeichnen. Dieser lag 2010 bei drei Prozent. Die Gründe für die geringe Verbreitung von (privaten) Pflege-Zusatzversicherungen wurden in der Evaluierungsstudie nicht weiter untersucht.

## **3.2.2 Sozialhilfe und existenzsichernde Leistungen**

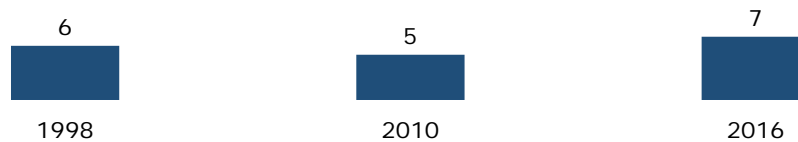
### **Hilfe zur Pflege**

Leistungen der Hilfe zur Pflege nach §§ 61 ff. SGB XII werden als Sozialhilfe neben den Leistungen der Pflegeversicherung in den Pflegestufen 0 bis III nur dann gewährt, wenn im Einzelfall ein zusätzlicher Pflegebedarf besteht, der nicht aus eigenem Einkommen und Vermögen finanziert werden kann, oder wenn eine pflegebedürftige Person nicht pflegeversichert ist und aus diesem Grund keinen Anspruch auf Leistungen der Pflegeversicherung hat. Im Rahmen der Bedürftigkeitsprüfung gelten hierbei höhere Schwellenwerte als bei der Bemessung des Anspruchs auf existenzsichernde Leistungen. Gegenüber den Leistungen nach dem SGB XI ist die Hilfe zur Pflege nachrangig.

Nach den Ergebnissen der Repräsentativerhebung beziehen aktuell sieben Prozent der Pflegebedürftigen, sieben Prozent in West- und acht Prozent in Ostdeutschland, laufende Hilfe zur Pflege in Form von Geld- oder Sachleistungen (Abbildung 3.9). Bei der Erhebung 2010 waren es hingegen fünf Prozent (Westdeutschland: vier Prozent, Ostdeutschland: fünf Prozent), die entsprechende Leistungen als zusätzliche Sozialhilfe bezogen haben. Hinzu kommen ggf. noch weitere einmalige Leistungen und Zuschüsse, die drei Prozent der Pflegebedürftigen in Westdeutschland und fünf Prozent der Pflegebedürftigen in Ostdeutschland als Hilfe zur Pflege erhalten.

### Abbildung 3.9: Hilfe zur Pflege nach dem SGB XII (Bundessozialhilfegesetz) 1998, 2010 und 2016 (%)

Basis: Repräsentativerhebung, Pflegebedürftige in Privathaushalten



Studie zur Wirkung des PNG und PSG I – TNS Infratest Sozialforschung 2016

Der laut Repräsentativerhebung zu verzeichnende tendenzielle Anstieg im Bezug von Hilfe zur Pflege deckt sich allerdings nicht ganz mit den Ergebnissen der Sozialhilfestatistik.<sup>7</sup> Diese weist im großen und ganzen einen eher konstanten Anteil im Bezug aus (vgl. Abschnitt 2.1.3).

#### Existenzsichernde Leistungen

Neun Prozent der Pflegebedürftigen bzw. deren Haushalte, acht Prozent in Westdeutschland und elf Prozent in Ostdeutschland, sind nach den Ergebnissen der Repräsentativerhebung zur Finanzierung ihres Lebensunterhalts auf existenzsichernde Sozialleistungen wie Grundsicherung, Arbeitslosengeld II, Sozialgeld oder Sozialhilfe angewiesen.<sup>8</sup> Im Vergleich zu acht Prozent im Jahr 2010 ist dieser Anteil damit ebenfalls leicht angestiegen.

Im Rahmen der Infratest-Mehrthemenbefragungen liegen hierzu keine vergleichbaren Ergebnisse vor. Bezieht man sich stattdessen auf den amtlichen Mikrozensus, so wird für das Jahr 2015 ein Anteil von 6,3 Prozent aller Privathaushalte ausgewiesen, in denen der Haupteinkommensbezieher seinen überwiegenden Lebensunterhalt aus Arbeitslosengeld I, Hartz IV oder aus Sozialhilfe bezieht (Statistisches Bundesamt 2015b, Tabelle 1.2.1). Im Verlauf ist dieser Anteil in Deutschland vor allem in den letzten Jahren leicht rückläufig. Bei der Vorgängerstudie war laut Mikrozensus für das Jahr 2009 ein Anteil von 7,6 Prozent ausgewiesen worden. Die Ergebnisse des Mikrozensus sind dabei nur bedingt mit den Erhebungsergebnissen vergleichbar. In den Auswertungen zum Mikrozensus ist an dieser Stelle ebenfalls der Bezug von Arbeitslosengeld I mit enthalten. Von daher dürfte der Anteil der Haushalte mit ausschließlich existenzsichernden Leistungen etwas geringer ausfallen.

<sup>7</sup> Zwischen 2010 und 2014 ist laut Sozialhilfestatistik die Zahl der Sozialhilfeempfänger absolut betrachtet um knapp 18% angestiegen (vgl. Abschnitt 2.1.3). Da die Zahl der häuslich betreuten Pflegebedürftigen im gleichen Zeitraum allerdings ebenfalls um etwa 18% gestiegen ist, hat sich am Anteil derjenigen, die zusätzlich auf Hilfe zur Pflege angewiesen sind, nichts wesentliches verändert.

<sup>8</sup> Trotz der in der Erhebung vorgenommenen Unterscheidung von Sozialhilfe als Hilfe zur Pflege von sonstigen existenzsichernden Leistungen kann nicht ausgeschlossen werden, dass die Auskunftgeber diese Transfers nicht immer korrekt auseinander halten konnten.

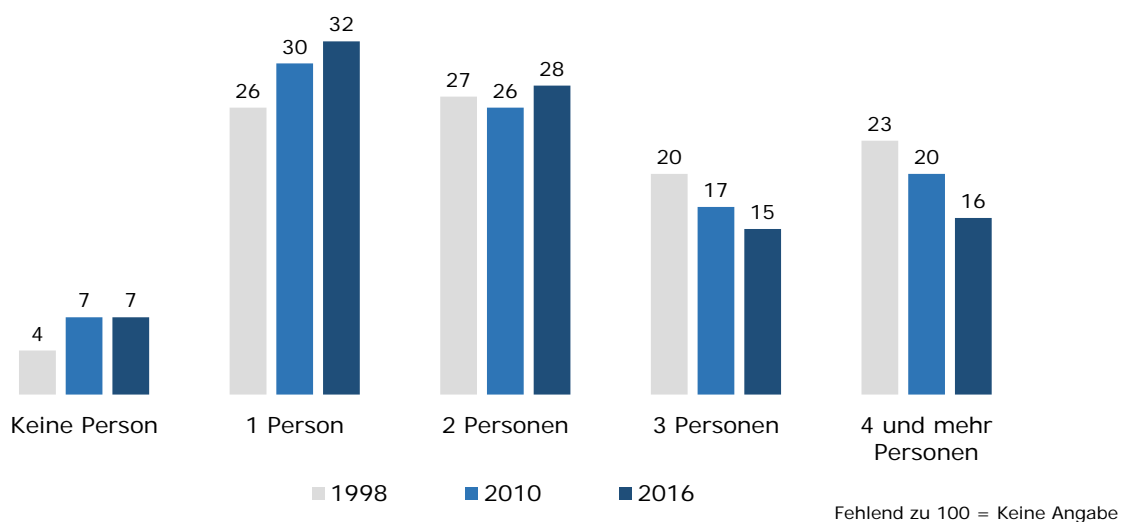
### 3.3 Pflege und Versorgung in Privathaushalten

#### 3.3.1 Pflegearrangements

Pflegebedürftige in Privathaushalten werden in der Regel durch eine oder mehrere private Pflegepersonen betreut. Lediglich sieben Prozent erhalten keinerlei Unterstützung durch Angehörige oder Bekannte. Ein Drittel der Pflegebedürftigen in privaten Haushalten wird durch eine Pflegeperson betreut und gepflegt. 28 Prozent der Pflegebedürftigen geben an, von zwei Pflegepersonen betreut zu werden, und bei 31 Prozent verteilt sich die Betreuung und Pflege auf drei und mehr Personen. Im Vergleich zu den Repräsentativerhebungen 1998 und 2010 nimmt die Zahl derer, bei denen drei und mehr Privatpersonen an der Pflege beteiligt sind, konstant ab. In den einzelnen Pflegearrangements stehen damit weniger Personen zur Verfügung, die sich die Pflege teilen. Die Zahl der Pflegebedürftigen, die von nur einer privaten Pflegeperson versorgt werden, hat hingegen zugenommen. Die Leistungen der Pflegeversicherung helfen, die häusliche Pflege auch mit weniger Pflegepersonen in der häuslichen Umgebung der pflegebedürftigen Person zu organisieren, und stabilisieren damit die häuslichen Pflegearrangements. Auch Pflegebedürftige ohne Betreuung durch Angehörige oder Bekannte können in ihrer privaten Wohnung bleiben. In dieser Gruppe zeigt sich sogar ein Anstieg des Anteils: während 1998 vier Prozent die Pflege zu Hause organisieren konnten, ohne private Pflegepersonen zu benennen, sind es aktuell sieben Prozent. Dieser Anteil wurde auch schon 2010 gemessen. Dies legt nahe, dass die Maßnahmen zur Stabilisierung der häuslichen Pflege, die mit Einführung der Pflegeversicherung umgesetzt wurden, ihre Wirkung entfaltet haben. Der Anteil Pflegebedürftiger ohne private Pflegepersonen ist in den letzten Jahren konstant geblieben (Abbildung 3.10). In diesem Fall wird die Versorgung weitestgehend von professionellen Pflegediensten erbracht, die über Sachleistungsbezug oder andere selbstorganisierte Hilfen finanziert werden.

**Abbildung 3.10: Zahl der an der Pflege beteiligten Privatpersonen 1998, 2010 und 2016 (%)**

Basis: Repräsentativerhebung, Pflegebedürftige in Privathaushalten

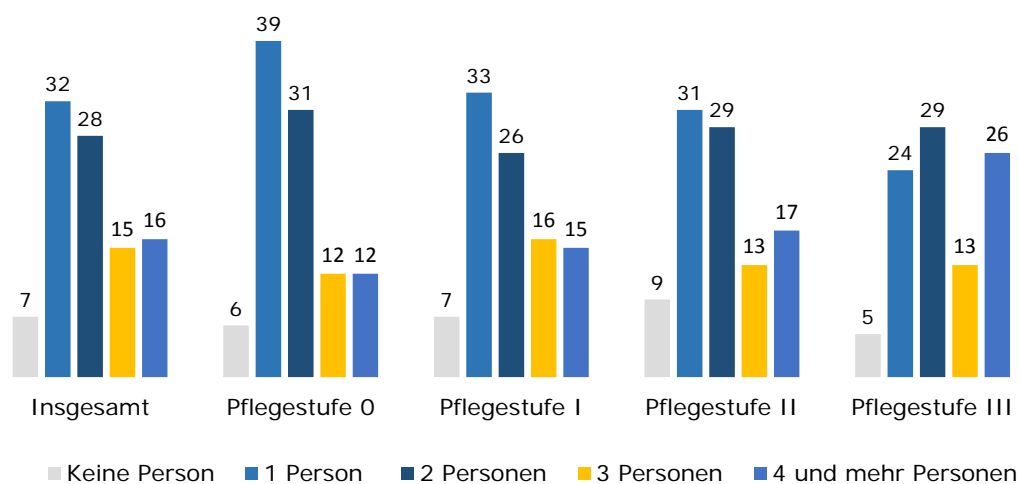


Pflegebedürftige ohne private Pflegepersonen leben zu 72 Prozent alleine im Haushalt, weitere zwölf Prozent leben derzeit mit ihrem Ehepartner zusammen, der allerdings laut Angabe der Pflegebedürftigen oder ihrer Angehörigen nicht in die Pflege und Betreuung eingebunden ist.

Betrachtet man die Zahl der privaten Pflegekräfte nach Pflegestufe der Pflegebedürftigen, lässt sich 2016 die Tendenz ausmachen, dass die Zahl der an der Pflege Beteiligten mit der Schwere der Pflegebedürftigkeit zunimmt (Abbildung 3.11). In Pflegestufe III sind überdurchschnittlich oft vier und mehr Personen an der Betreuung und Pflege beteiligt (26 Prozent im Vergleich zu durchschnittlich 16%). Jedoch werden auch bei dieser Pflegestufe Pflegebedürftige zu fast einem Viertel von nur einer privaten Pflegeperson betreut, die ggf. durch Pflegedienste und andere Hilfeleistungen unterstützt wird.

**Abbildung 3.11: Zahl der an der Pflege beteiligten Privatpersonen nach Pflegestufen, 2016 (%)**

Basis: Repräsentativerhebung, Pflegebedürftige in Privathaushalten



Studie zur Wirkung des PNG und PSG I – TNS Infratest Sozialforschung 2016

Bezieht man für Pflegearrangements, bei denen zwei und mehr private Pflegepersonen beteiligt sind, den zeitlichen Umfang der weiteren privaten Pflegepersonen mit ein, zeigt sich, dass mehr als zwei Drittel der weiteren privaten Pflegepersonen nicht über zehn Stunden in der Woche in die Betreuung und Pflege einbezogen sind (Tabelle 3.6). Das bedeutet, dass auch in Arrangements, bei denen sich mehrere Personen die Betreuung und Pflege teilen, meist eine Person die Hauptlast der Pflege trägt. Auch hier zeigt sich, dass mit der Schwere der Pflegebedürftigkeit die Unterstützung durch weitere Pflegepersonen in Bezug auf die aufgewendete Zeit zunimmt. Bei fast drei Fünftel der Pflegebedürftigen der Stufe III sind weitere Pflegepersonen substantiell mit mehr als zehn Stunden in der Woche an der Pflege beteiligt.

**Tabelle 3.6: Pflegearrangements mit zwei und mehr Pflegepersonen: zeitlicher Umfang der weiteren Pflegepersonen, 2016 (%)**

Basis: Pflegebedürftige in Privathaushalten mit zwei und mehr Pflegepersonen

	Insgesamt <sup>1)</sup>	Stufe I	Stufe II	Stufe III
Eine weitere Pflegeperson mit mehr als zehn Wochenstunden	26	21	33	48
Mehrere weitere Pflegeperson mit mehr als zehn Wochenstunden	4	3	5	9
Keine weitere Pflegeperson mit mehr als zehn Wochenstunden	68	76	59	43

Fehlende zu 100% = Keine Angabe

1) Pflegestufe 0 ist in der Kategorie „Insgesamt“ inkludiert, sie kann aufgrund der geringen Fallzahl nicht gesondert ausgewiesen werden.

Studie zur Wirkung des PNG und PSG I – TNS Infratest Sozialforschung 2016

### 3.3.2 Häusliche Pflegepersonen

Die Hauptverantwortung in der Pflege tragen ganz überwiegend enge Familienangehörige. Etwa ein Drittel der Pflegebedürftigen in Privathaushalten wird jeweils vorrangig durch die eigenen Kinder oder den (Ehe-)Partner bzw. die (Ehe-)Partnerin betreut. Im Vergleich zu 1998 ist der Anteil derjenigen, die durch die eigenen Kinder betreut werden, um neun Prozentpunkte gestiegen. Bemerkenswert ist, dass sich der Anteil der Pflegebedürftigen, die in erster Linie durch ihren Sohn betreut werden, zwischen 1998 und 2010 verdoppelt hat. Die Entwicklung fand in der ersten Zeit nach Einführung der Pflegeversicherung statt. Seit 2010 sind die Anteile weitgehend konstant geblieben (Tabelle 3.7).

Der Anstieg bei einer Betreuung durch die Mutter oder den Vater kommt hauptsächlich durch die Anspruchsausweitung der Pflegeversicherung auf Personen der Pflegestufe 0 und deren Zusammensetzung zustande. Betrachtet man ausschließlich die Leistungsbezieher der Pflegestufe 0, so werden gut 30 Prozent von ihnen durch die Mutter als Hauptpflegeperson betreut und weitere sieben Prozent durch den Vater.

Im zeitlichen Verlauf fällt auf, dass sich der Trend, dass die Hauptpflegepersonen seltener mit der pflegebedürftigen Person in einem Haushalt leben, weiter fortsetzt. 1998 lebten 27 Prozent der Hauptpflegepersonen nicht im gleichen Haushalt mit der pflegebedürftigen Person, 2010 war es ein gutes Drittel, und 2016 sind es fast 40 Prozent. Dabei wird das Zusammenleben maßgeblich durch das Verwandtschaftsverhältnis bestimmt. Ehepartner und Eltern leben überdurchschnittlich häufig im selben Haushalt wie die pflegebedürftige Person. Während 2016 94 Prozent der pflegenden (Ehe-)Partner und (Ehe-)Partnerinnen sowie 85 Prozent der pflegenden Eltern mit der pflegebedürftigen

Person in einem Haushalt leben, trifft dies nur auf 37 Prozent der Kinder zu, die ihre Eltern hauptverantwortlich pflegen. Im Vergleich zu 2010 sind die Anteile der Hauptpflegepersonen im gleichen Haushalt bei allen Gruppen rückläufig. Dies ist allerdings nur selten mit einer größeren räumlichen Distanz verbunden. 38 Prozent der Hauptpflegepersonen, die in einem anderen Haushalt leben, leben sogar im gleichen Haus, weitere 19 Prozent in der Nachbarschaft und 31 Prozent im gleichen Ort oder der gleichen Stadt. Bei nur zwölf Prozent der häuslichen Pflegearrangements lebt die Hauptpflegeperson weiter entfernt.

**Tabelle 3.7: Verwandtschaftsbeziehung der Hauptpflegeperson zur pflegebedürftigen Person 1998, 2010 und 2016 (%)**

Basis: Repräsentativerhebung, Hauptpflegepersonen von Pflegebedürftigen in Privathaushalten

	1998	2010	2016
<b>Verwandtschaftsverhältnis</b>			
(Ehe-)Partnerin	20	19	18
(Ehe-)Partner	12	15	14
Tochter	23	26	26
Sohn	5	10	11
Schwiegertochter	10	8	5
Schwiegersohn	0	1	1
Mutter	11	10	12
Vater	2	1	2
Sonstige Verwandte	10	4	4
Nachbar/-innen/Bekannte	7	6	7
<b>Wohnort</b>			
Gleicher Haushalt	73	66	61
Getrennter Haushalt	27	34	39

Studie zur Wirkung des PNG und PSG I – TNS Infratest Sozialforschung 2016

Ist die Hauptpflegeperson der Ehepartner bzw. die Ehepartnerin, so wird in über der Hälfte der Fälle keine weitere Pflegeperson zur Betreuung des Pflegebedürftigen angegeben. Gibt es weitere Pflegepersonen, sind dies zu 50 Prozent die Töchter bzw. zu 39 Prozent die Söhne. Ist die Hauptpflegeperson Tochter oder Sohn der pflegebedürftigen Person, so werden die Pflegebedürftigen meist noch durch weitere eigene Kinder betreut.

Private häusliche Pflege wird nach wie vor überwiegend durch Frauen geleistet. Der Anteil der Männer ist aber in den vergangenen 18 Jahren gestiegen. Während 1998 nur ein Fünftel der Hauptpflegepersonen männlich war, beträgt ihr Anteil 2010 schon 28 Prozent und ist bis 2016 auf 31 Prozent angestiegen (Tabelle 3.8). Dies dürfte auch ein Effekt der Pflegeversicherung sein. Die Nutzung von



professionellen Pflegeeinsätzen als sogenannte Sachleistungen entlastet die pflegenden Angehörigen bei der Grundpflege. Dies dürfte es insbesondere Männern erleichtert haben, die Rolle einer privaten Hauptpflegeperson zu übernehmen.

**Tabelle 3.8: Soziodemografische Merkmale der Hauptpflegepersonen 1998, 2010 und 2016 (%)**

Basis: Repräsentativerhebung, Hauptpflegepersonen von Pflegebedürftigen in Privathaushalten

	1998	2010	2016
<b>Geschlecht</b>			
Männlich	20	28	31
Weiblich	80	72	68
<b>Alter</b>			
unter 20 Jahre	0 <sup>1</sup>	–	0 <sup>1</sup>
20–39 Jahre	15	8	6
40–54 Jahre	28	33	26
55–64 Jahre	25	26	30
65–79 Jahre	27	24	28
80 Jahre und älter	5	9	10
<b>Familienstand</b>			
Verheiratet <sup>2</sup>	80	74	73
Verwitwet	8	6	6
Geschieden	4	10	9
Ledig	8	10	12
<b>Mit Kindern<sup>3</sup></b>			
unter 6 Jahren	6	5	4
von 6–13 Jahren	10	10	10
von 14–17 Jahren	10	10	10
ab 18 Jahren	66	69	68
ohne Kinder	16	18	23

<sup>1)</sup> 0 = < 0,5%.

<sup>2)</sup> Einschließlich eingetragener Lebenspartnerschaften.

<sup>3)</sup> Das pflegebedürftige Kind wurde nicht mitgezählt.  
Mehrfachnennungen bei mehr als einem Kind möglich.

Mehr als zwei Drittel der Hauptpflegepersonen sind 55 Jahre oder älter. Nur ein geringer Teil ist jünger. Gut ein Drittel ist 65 Jahre und älter, und zehn Prozent zählen zu den Hochaltrigen. Im Zeitverlauf ist der Anteil der Hauptpflegepersonen im Alter von 55 bis 79 Jahren um insgesamt acht Prozentpunkte gestiegen. Demgegenüber sind die Anteile bei den unter 55-Jährigen, trotz der Erweiterung um Pflegebedürftige der Pflegestufe 0, gesunken.

Wie bei der beschriebenen Altersstruktur nicht anders zu erwarten, sind knapp drei Viertel der Hauptpflegepersonen verheiratet. Der Anteil liegt etwas niedriger als 2010 und 1998. Der Anteil der Hauptpflegepersonen, die Kinder unter 14 Jahren haben, ist mit 14 Prozent relativ gering. Lediglich vier Prozent der Hauptpflegepersonen haben noch ein Kind unter sechs Jahren.<sup>9</sup> Hier sind keine nennenswerten Änderungen zu verzeichnen.

### 3.3.3 Vereinbarkeit von Pflege und Beruf

Private Pflege und eine eigene Erwerbstätigkeit miteinander in Einklang zu bringen ist für viele der Hauptpflegepersonen im erwerbsfähigen Alter eine große Herausforderung. Die Gründe dafür, sich dieser Herausforderung zu stellen und nach Wegen zur Vereinbarkeit von Beruf und privater Pflege zu suchen, sind vielfältig. Finanzielle Aspekte spielen dabei ebenso eine Rolle wie die sozialen Kontakte, Anerkennung am Arbeitsplatz und der Ausgleich zu der oft belastenden Pfllegetätigkeit.

2016 sind 58 Prozent aller Hauptpflegepersonen nicht erwerbstätig, Voll- oder Teilzeit beschäftigt sind jeweils 17 Prozent, und sieben Prozent der Hauptpflegepersonen gehen einer geringfügigen Beschäftigung nach. Da 38 Prozent der Hauptpflegepersonen bereits 65 Jahre oder älter sind, spielt für einen großen Teil der privaten Pflegepersonen die Vereinbarkeit von Erwerbstätigkeit und Pflege keine vordringliche Rolle. Betrachtet man Hauptpflegepersonen im erwerbsfähigen Alter von 16 bis 64 Jahren, verringert sich der Anteil der Nichterwerbstätigen auf 35 Prozent. Über die Hälfte der Hauptpflegepersonen im erwerbsfähigen Alter sind Vollzeit (28%) oder Teilzeit (26%) beschäftigt, hinzu kommt ein Zehntel geringfügig Beschäftigte (Tabelle 3.9).

In den neuen Bundesländern sind Hauptpflegepersonen im erwerbsfähigen Alter etwas häufiger nicht erwerbstätig, was an der gesamten Arbeitsmarktsituation liegen mag. Sind sie erwerbstätig, dann häufiger in einer Vollzeitbeschäftigung (37%) als Hauptpflegepersonen in den alten Bundesländern (24%). Hier spielt insbesondere Teilzeiterwerbstätigkeit eine wichtige Rolle bei der Vereinbarung von Erwerbstätigkeit und häuslicher Pflege (29%).

Männliche Hauptpflegepersonen im erwerbsfähigen Alter zwischen 15 und 64 Jahren sind etwas häufiger erwerbstätig als weibliche Hauptpflegepersonen, und sie arbeiten überwiegend Vollzeit. Während fast die Hälfte der männlichen Hauptpflegepersonen zwischen 15 und 64 Jahren Vollzeit erwerbstätig ist, gilt dies nur für 20 Prozent der weiblichen Hauptpflegepersonen zwischen 15 und 64 Jahren.

78 Prozent der Hauptpflegepersonen im Alter ab 65 Jahren, die nicht oder geringfügig erwerbstätig sind, beziehen eine eigene Altersrente. Der Anteil ist in den alten Bundesländern mit 79 Prozent etwas höher als in den neuen Bundesländern mit 76 Prozent.

---

<sup>9</sup> Das pflegebedürftige Kind wurde hier nicht mitgezählt.

**Tabelle 3.9: Erwerbstätigkeit von Hauptpflegepersonen, 2016 (%)**

Basis: Repräsentativerhebung, Hauptpflegepersonen im erwerbsfähigen Alter von 16 bis 64 Jahren von Pflegebedürftigen in Privathaushalten

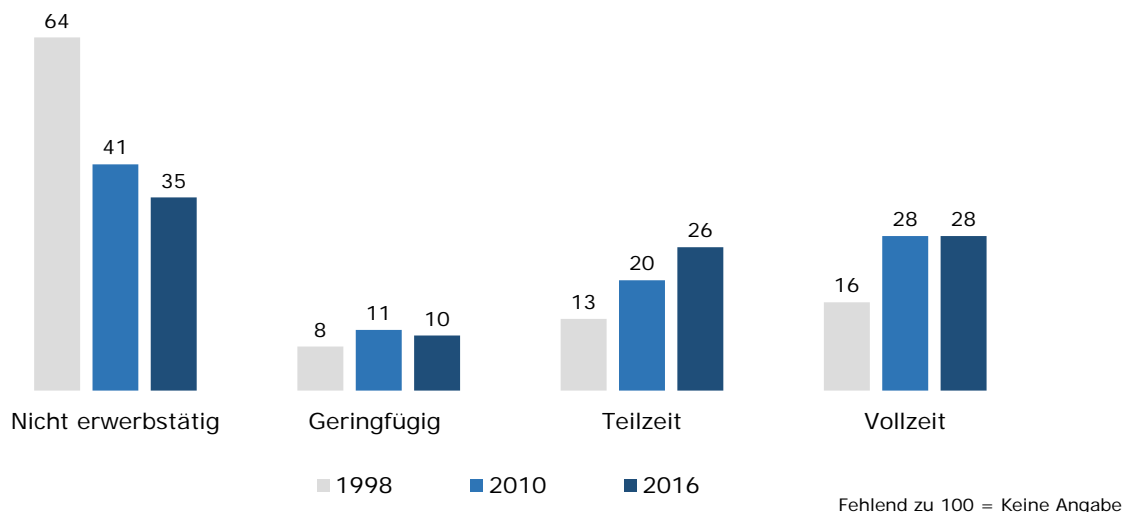
	Insgesamt	West	Ost
Nicht erwerbstätig	35	34	39
Geringfügig beschäftigt	10	11	7
Teilzeit beschäftigt	26	29	17
Vollzeit beschäftigt	28	24	37

Studie zur Wirkung des PNG und PSG I – TNS Infratest Sozialforschung 2016

Der Anteil der Hauptpflegepersonen im Alter zwischen 16 und 64 Jahren, die eine pflegebedürftige Person betreuen und gleichzeitig erwerbstätig sind, ist in den vergangenen 18 Jahren kontinuierlich gestiegen. Es vollzog sich ein Rückgang von Nichterwerbstätigen im erwerbsfähigen Alter von 64 Prozent im Jahr 1998 auf heute 35 Prozent (Abbildung 3.12). Während die Anteile der Hauptpflegepersonen, die Vollzeit oder geringfügig arbeiten, 2010 und 2016 auf dem gleichen Niveau blieben, stieg zwischen 2010 und 2016 der Anteil der Teilzeitbeschäftigten weiter an.

**Abbildung 3.12: Erwerbstätigkeit der Hauptpflegepersonen 1998, 2010 und 2016 (%)**

Basis: Repräsentativerhebung, Hauptpflegepersonen im erwerbsfähigen Alter von 16 bis 64 Jahren von Pflegebedürftigen in Privathaushalten



Studie zur Wirkung des PNG und PSG I – TNS Infratest Sozialforschung 2016

Zum Zeitpunkt des Pflegeeintritts waren 40 Prozent aller Hauptpflegepersonen in Haushalten mit pflegebedürftiger Person nicht erwerbstätig. Von den bei Pflegebeginn erwerbstätigen Hauptpflegepersonen haben 54 Prozent ihre Erwerbstätigkeit unverändert fortgesetzt. 23 Prozent mussten ihre Erwerbstätigkeit aufgrund der Pflege einschränken, und 14 Prozent mussten sie ganz aufgeben, weitere acht Prozent gaben sie aus anderen Gründen auf bzw. schränkten sie ein (Tabelle 3.10). Der Anteil derjenigen, die ihre Erwerbstätigkeit unverändert fortgesetzt haben, ist in den neuen Bundesländern mit 62 Prozent höher als in den alten Ländern mit 51 Prozent.

**Tabelle 3.10: Fortsetzung der Erwerbstätigkeit der Hauptpflegepersonen bei Pflegebeginn, 2016 (%)**

Basis: Repräsentativerhebung, zum Zeitpunkt des Pflegebeginns erwerbstätige Hauptpflegepersonen von Pflegebedürftigen in Privathaushalten

	Insgesamt	West	Ost
Hauptpflegeperson musste die Erwerbstätigkeit wegen der Pflege aufgeben	14	15	11
Hauptpflegeperson musste die Erwerbstätigkeit wegen der Pflege einschränken	23	26	16
Hauptpflegeperson hat die Erwerbstätigkeit aus anderen Gründen aufgegeben/eingeschränkt	8	8	10
Hauptpflegeperson hat die Erwerbstätigkeit unverändert fortgesetzt	54	51	62

Studie zur Wirkung des PNG und PSG I – TNS Infratest Sozialforschung 2016

Verglichen mit 2010 sank der Anteil von Hauptpflegepersonen, die zu Beginn der häuslichen Pflege nicht erwerbstätig waren, von 44 Prozent auf 40 Prozent. Von den erwerbstätigen Hauptpflegepersonen konnte 2016 ein größerer Anteil ihre Erwerbstätigkeit unverändert fortsetzen (54 Prozent, 2010: 51 Prozent, Tabelle 3.11). Es zeigt sich also eine Tendenz zu einer stabileren Erwerbsbeteiligung von privaten Pflegepersonen.

**Tabelle 3.11: Fortsetzung der Erwerbstätigkeit der Hauptpflegepersonen bei Pflegebeginn 2010 und 2016 (%)**

Basis: Repräsentativerhebung, zum Zeitpunkt des Pflegebeginns erwerbstätige Hauptpflegepersonen von Pflegebedürftigen in Privathaushalten

	2010	2016
Hauptpflegeperson musste die Erwerbstätigkeit wegen der Pflege aufgeben	15	14
Hauptpflegeperson musste die Erwerbstätigkeit einschränken (2010)	34	
Hauptpflegeperson musste die Erwerbstätigkeit wegen der Pflege einschränken (2016)		23
Hauptpflegepersonen hat die Erwerbstätigkeit aus anderen Gründen aufgegeben/eingeschränkt (2016)		8
Hauptpflegeperson hat die Erwerbstätigkeit unverändert fortgesetzt	51	54

Studie zur Wirkung des PNG und PSG I – TNS Infratest Sozialforschung 2016

Diese Entwicklung erscheint durch die Leistungen der Pflegeversicherung, die die Vereinbarkeit von Beruf und Familie erleichtern, wie auch die spezifischen Regelungen, die die Vereinbarkeit von Pflege und Erwerbstätigkeit im Blick haben, mitbedingt zu sein. Die Regelungen zu Pflegezeit und Familienpflegezeit, die hier in den Blick kommen, werden in Abschnitt 2.2.4 erläutert. Ob – und wenn ja, in welchem Umfang – Hauptpflegepersonen erwerbstätig sind, hängt allerdings auch von einer Reihe weiterer Faktoren ab. Hierzu zählen u. a. die Pflegestufe und der zeitliche Umfang, der für die Pflege benötigt wird, sowie die Unterstützung durch andere private Pflegepersonen und professionelle Pflegekräfte.

### 3.3.4 Zeitaufwand und empfundene Belastung

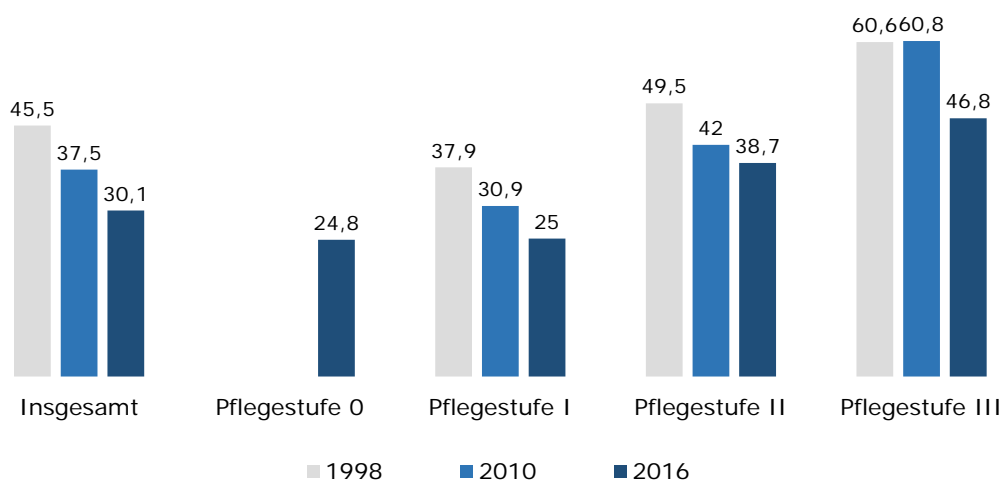
Im Durchschnitt wenden die privaten Hauptpflegepersonen für die Betreuung der Pflegebedürftigen 30,1 Stunden auf (Abbildung 3.13). Dabei steigt der durchschnittliche Zeitaufwand mit der Pflegestufe. Doch auch innerhalb der einzelnen Pflegestufen weisen die Selbsteinschätzungen der Zeiten eine hohe Spannweite auf. Wie stark die Hauptpflegeperson bei der Betreuung gefordert ist, hängt nicht zuletzt davon ab, wie viele private Personen insgesamt an der Pflege beteiligt sind und in welchem Maße eine Unterstützung durch professionelle Pflegekräfte genutzt wird.

Vergleicht man den Zeitaufwand der Hauptpflegepersonen im Zeitablauf, so fällt auf, dass der Aufwand in allen Pflegestufen weiter gesunken ist. Es liegt nahe, dies vor allem auch auf den gewählten Hilfemix von Geld-, Sach- und von sonstigen Betreuungsleistungen zurückzuführen. Auch dies un-

terstreicht Wirksamkeit der Leistungen der Pflegeversicherung. So werden insbesondere in Pflegestufe III verstärkt Sach- oder Kombileistungen in Anspruch genommen, die Hauptpflegepersonen sind häufiger als noch 1998 und 2010 erwerbstätig und sie wohnen seltener im selben Haushalt. Dennoch ist unverkennbar, dass insbesondere in Haushalten mit Pflegebedürftigen der Pflegestufe II und III bei den Hauptpflegepersonen eine große Belastung festzustellen ist. Die zeitliche Belastung mit 38,7 Stunden (Stufe II) und 46,8 Stunden (Stufe III) ist hier nach wie vor sehr hoch.

### Abbildung 3.13: Zeitaufwand der Hauptpflegeperson für die Pflege 1998, 2010 und 2016 (Stunden pro Woche)

Basis: Repräsentativerhebung, Hauptpflegepersonen von Pflegebedürftigen in Privathaushalten



Studie zur Wirkung des PNG und PSG I – TNS Infratest Sozialforschung 2016

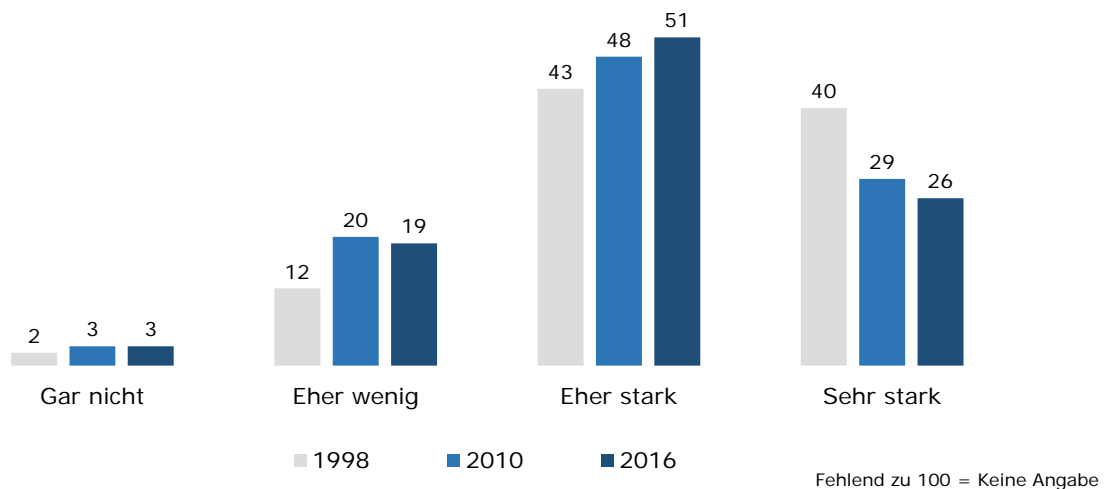
Unabhängig von der Pflegestufe werden in Pflegearrangements, bei denen es nur eine private Pflegeperson gibt, durchschnittlich 34 Stunden pro Woche für die Pflege und Betreuung aufgewendet. In Arrangements mit mehr privaten Pflegepersonen sinkt die aufgewendete Wochenzeit der Hauptpflegeperson auf durchschnittlich 28 Stunden.

Ein Teil der Pflegetätigkeiten fällt jeweils routinemäßig zu bestimmten Tageszeiten an und lässt sich relativ gut in den Tagesablauf integrieren und planen. Häufig sind darüber hinaus jedoch eine fortlaufende Unterstützung in Alltagsdingen und eine emotionale Begleitung notwendig. Dies gilt ganz besonders bei schwerstpflegebedürftigen Personen und bei Personen, deren Pflegebedürftigkeit mit einer demenziellen Erkrankung oder einer sonstigen schweren psychischen Beeinträchtigung verbunden ist. Hier ist oft eine permanente Einsatzbereitschaft gefordert. Auch wenn Hauptpflegepersonen nicht ständig mit der Pflege und Betreuung beschäftigt sind, so müssen sie doch oft rund um die Uhr für die pflegebedürftige Person verfügbar sein. Entsprechend ist die Pflege für die Mehrheit der Hauptpflegepersonen mit einer eher starken oder sogar sehr starken Belastung verbunden. Nur sehr wenige Hauptpflegepersonen sind durch die Pflege gar nicht belastet. Auffällig ist, dass der Anteil derjenigen, die die Pflege als sehr stark belastend erleben, seit 1998 um 14 Prozentpunkte zurückgegangen ist (Abbildung 3.14). Jedoch kann daraus nicht gefolgert werden, dass Pflege nicht mehr belastet; vielmehr ist nur die extreme Ausprägung zurückläufig. Der Anteil derjenigen, die die Pflege als eher stark belastend erleben, ist hingegen angestiegen. Diese Verschiebung kann einerseits durch

den höheren Anteil von Pflegebedürftigen der Pflegestufe I im Vergleich zu 1998 bzw. die Einbeziehung der Pflegestufe 0 in den Kreis der Leistungsbezieher im Jahr 2015 bedingt sein. Weiterhin gilt auch: je höher die Pflegestufe, desto häufiger ist die Pflege mit einer sehr starken Belastung für die Hauptpflegeperson verbunden. So ist bei der Pflegestufe III von 2010 (44%) auf 2016 (59%) sogar ein Zuwachs der sehr starken Belastung zu verzeichnen. Andererseits führen aber auch die Leistungen der Pflegeversicherung und ihre Ausgestaltung in stärkerem Maße als noch vor 18 Jahren zu einer Entlastung der pflegenden Angehörigen.

**Abbildung 3.14: Belastung der Hauptpflegeperson 1998, 2010 und 2016 (%)**

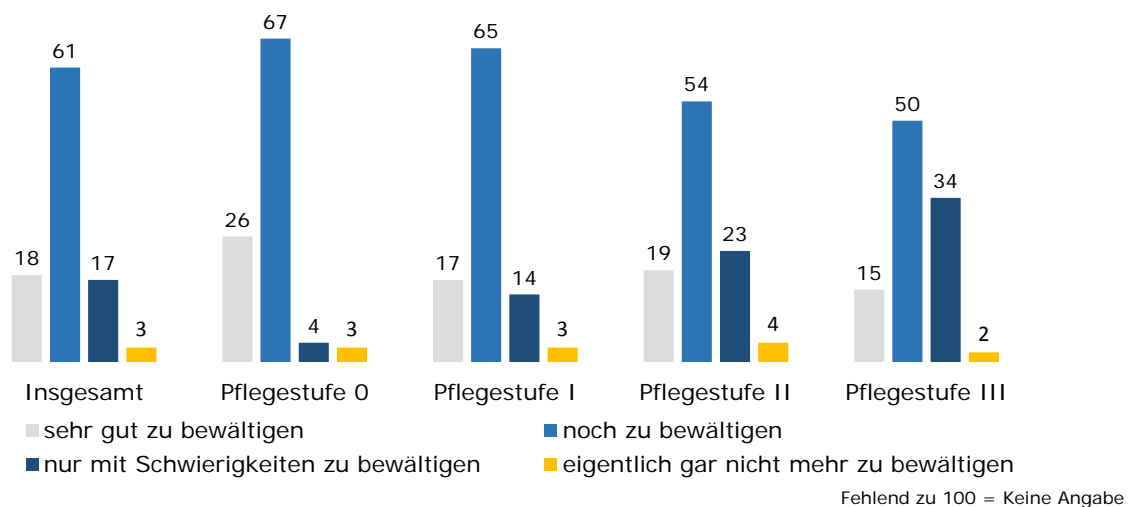
Basis: Repräsentativerhebung, Hauptpflegepersonen von Pflegebedürftigen in Privathaushalten



Studie zur Wirkung des PNG und PSG I – TNS Infratest Sozialforschung 2016

**Abbildung 3.15: Wie wird die häusliche Pflegesituation insgesamt eingeschätzt? (2016, %)**

Basis: Repräsentativerhebung, Pflegebedürftige in Privathaushalten



Studie zur Wirkung des PNG und PSG I – TNS Infratest Sozialforschung 2016

2016 wurden erstmals alle Pflegebedürftigen oder ihre Angehörigen gefragt, wie sie die Situation der häuslichen Pflege insgesamt einschätzen. Insgesamt geben 18 Prozent der Pflegebedürftigen oder deren Angehörigen an, dass die häusliche Pflege sehr gut zu bewältigen ist, 61 Prozent meinen, die Situation sei noch zu bewältigen (Abbildung 3.15). Nur mit Schwierigkeiten oder eigentlich gar nicht kann ein Fünftel der Pflegebedürftigen bzw. ihre Angehörigen die Pflege meistern. Der Anteil derer, auf die diese Einschätzung zutrifft, wächst mit der Pflegestufe an. In Pflegestufe II schätzen 27 Prozent und in Pflegestufe III sogar 36 Prozent die Bewältigung der Pflegesituation als sehr schwierig bzw. eigentlich nicht mehr bewältigbar ein.

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass trotz der weiteren Stabilisierung der häuslichen Pflege durch die Leistungen der Pflegeversicherung die damit verbundenen Schwierigkeiten für die häuslichen Pflegearrangements bestehen bleiben. Die Mehrheit hält die Pflege zu Hause für zu bewältigen, allerdings auf Kosten einer nachhaltig hohen persönlichen Belastung.

### Pflegekurse

Die Pflegeversicherung bietet nicht nur Leistungen für die Pflegebedürftigen, sondern auch für ihre privaten Pflegepersonen an. Eines dieser Angebote ist der Pflegekurs. Pflegepersonen haben hier die Möglichkeit, entweder in einer Gruppenschulung oder individuell zu Hause praktische Fähigkeiten zu erwerben, die ihnen die Pflege erleichtern. Darüber hinaus bieten die Gruppenschulungen auch die Möglichkeit, sich mit anderen Pflegenden auszutauschen und so weitere Unterstützung zu erfahren. Leider ist es auch aktuell noch so, dass nur ein kleiner Teil der Hauptpflegepersonen dieses Angebot nutzt. Lediglich neun Prozent (1998: 10%, 2010: 12%) der Hauptpflegepersonen haben an einem Pflegekurs teilgenommen. Dabei nehmen Hauptpflegepersonen von Pflegebedürftigen der Pflegestufe III heute deutlich häufiger an Pflegekursen teil (21%), während 2010 die Unterschiede zwischen den drei Pflegestufen nur gering waren. Meist findet die Schulung in Form von Gruppenangeboten statt. An der Qualität der Angebote sollte dies nicht liegen, denn der Pflegekurs hat für 84 Prozent der Hauptpflegepersonen, die an einer solchen Schulung teilgenommen haben, die Pflege erleichtert und damit sein Ziel erreicht. Möglicherweise sind die Pflegenden nach wie vor nicht oder nicht ausreichend über die Pflegekurse und ihren Nutzen informiert, oder sie wissen nicht, an wen sie sich wenden können, wenn sie an einem Kurs teilnehmen möchten. Vielleicht ist die Möglichkeit der individuellen Schulung zu Hause auch noch weitgehend unbekannt. Gerade für Hauptpflegepersonen, die durch die Pflege und ihre sonstigen Verpflichtungen zeitlich stark eingespannt sind, könnte dies eine gute Alternative zu Gruppenschulungen sein. Es bietet sich daher an, von Seiten der Pflegeversicherung stärker als bisher über dieses Angebot zu informieren, sei es im Rahmen der Begutachtung durch den MDK, in den Beratungsstellen der Pflegeversicherung und anderen Institutionen oder über die ambulanten Dienste. Es ist auch zu begrüßen, dass die Pflegekassen mit dem PSG II nunmehr dazu verpflichtet sind, Pflegepersonen solche Pflegekurse anzubieten.

### 3.3.5 Maßnahmen zur Vereinbarkeit von Pflege und Beruf

Im Laufe der Jahre wurden verschiedene Maßnahmen auf den Weg gebracht, um die Vereinbarkeit von Pflege und Beruf zu verbessern. Beschäftigte haben seit 2008 die Möglichkeit, bis zu zehn Arbeitstage der Arbeit fernzubleiben, wenn dies erforderlich ist, um für einen pflegebedürftigen nahen Angehörigen im Akutfall eine bedarfsgerechte Pflege zu organisieren oder sicherzustellen. Zum 1. Januar 2015 wurde diese Auszeit durch eine Lohnersatzleistung – das Pflegeunterstützungsgeld –



ergänzt. Für die Pflege naher Angehöriger in häuslicher Umgebung können sich Beschäftigte seit Inkrafttreten des Pflegezeitgesetzes im Jahre 2008 bis zu sechs Monate teilweise oder vollständig von der Arbeit freistellen lassen (Pflegezeit). Nahe Angehörige pflegebedürftiger Minderjähriger können eine der Pflegezeit entsprechende Freistellung auch zur Betreuung in außerhäuslicher Umgebung in Anspruch nehmen. Ein Anspruch auf Freistellung von bis zu drei Monaten besteht für die Begleitung von nahen Angehörigen in der letzten Lebensphase. Auf die Familienpflegezeit (teilweise Freistellung von bis zu 24 Monaten bei einer wöchentlichen Mindestarbeitszeit von 15 Stunden) besteht seit dem 1. Januar 2015 ein Rechtsanspruch. Eine teilweise Freistellung nach dem Familienpflegezeitgesetz kann auch für die außerhäusliche Betreuung von minderjährigen pflegebedürftigen nahen Angehörigen in Anspruch genommen werden. In all diesen Fällen der Freistellung kann ein zinsloses Darlehen zur Abfederung des Lohnausfalls beim Bundesamt für Familie und zivilgesellschaftliche Aufgaben (BAFzA) beantragt werden.

### **Kurzzeitige Arbeitsverhinderung**

Mit dem Pflege-Weiterentwicklungsgesetz 2008 wurden zum 1.07.2008 Maßnahmen auf den Weg gebracht, die die Vereinbarkeit von Erwerbstätigkeit und Pflege erleichtern sollen. Hierzu zählt der Anspruch für Beschäftigte auf ein kurzzeitiges Fernbleiben von der Arbeit für bis zu zehn Arbeitstage, um, wenn dies erforderlich ist, für einen pflegebedürftigen nahen Angehörigen im Akutfall eine bedarfsgerechte Pflege zu organisieren oder sicherzustellen. Die Einstufung in eine der Pflegestufen ist keine Voraussetzung für diesen Anspruch. Pflegebedürftig im Sinne dieser Vorschrift sind auch Personen, die die Voraussetzungen einer Pflegebedürftigkeit voraussichtlich erfüllen.

Insgesamt sechs Prozent der Hauptpflegepersonen bzw. ein anderer naher Angehöriger haben sich kurzzeitig eine Auszeit genommen, um die akute Pflegesituation zu bewältigen. Im Rahmen der Repräsentativerhebung verwies allerdings mehr als ein Viertel darauf, dass die Angehörigen bei Eintritt der Pflege nicht abhängig beschäftigt waren (27%). Bei weiteren neun Prozent trat der Beginn der Pflegebedürftigkeit bereits vor dem Inkrafttreten der Regelung zum 1.07.2008 ein und kam deshalb für diese Gruppe nach eigener Auskunft nicht (mehr) in Frage. Lässt man diese Pflegepersonen bei der Berechnung außen vor, dann ergibt sich, dass die kurzzeitige Arbeitsverhinderung bisher von acht Prozent der in diesem Sinne anspruchsberechtigten Hauptpflegepersonen oder anderen nahen Angehörigen in Anspruch genommen wurde.

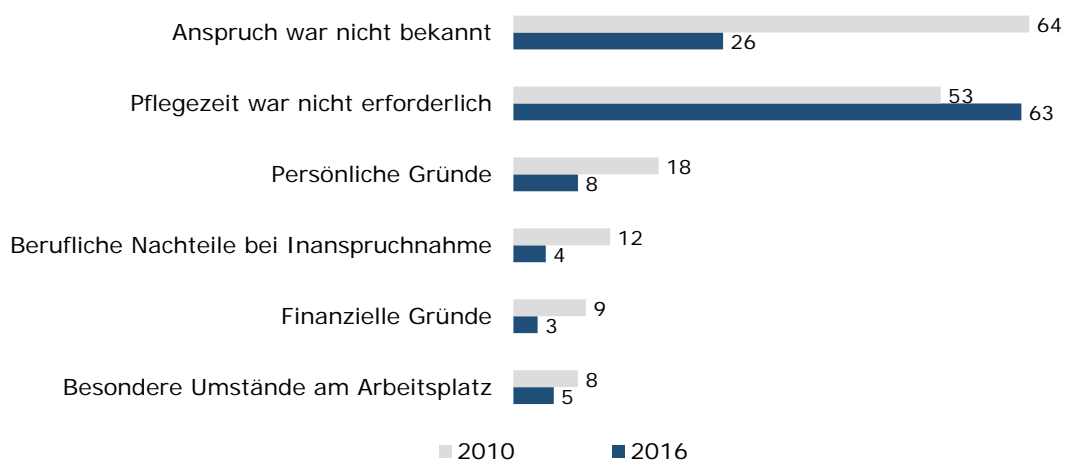
Die heutigen Hauptpflegepersonen nahmen die kurzzeitige Arbeitsverhinderung etwas häufiger in Anspruch als andere nahe Angehörige. Unabhängig davon, ob die Hauptpflegeperson oder ein anderer naher Angehöriger die kurzzeitige Arbeitsverhinderung für zehn Arbeitstage in Anspruch genommen hat, hat die Mehrheit die Auszeit bisher einmal beansprucht. Als Grund dafür, dass die Freistellung für bis zu zehn Arbeitstage nicht genutzt wurde, obwohl ein Anspruch bestand, geben die Pflegebedürftigen 2016 am häufigsten an, dass die Auszeit zur Bewältigung der Situation nicht erforderlich war (63%, Abbildung 3.16). Auf Platz zwei der Liste der Gründe folgt der Hinweis, dass der Anspruch nicht bekannt war (26%). Persönliche Gründe führen acht Prozent an, besondere Umstände am Arbeitsplatz fünf Prozent, berufliche Nachteile bei Inanspruchnahme fürchten vier Prozent, und finanzielle Gründe geben drei Prozent an.

Im Rahmen der Repräsentativerhebung 2010, gut 1,5 Jahre nach Einführung des Anspruchs auf kurzzeitige Arbeitsverhinderung bei einer akut aufgetretenen Pflegesituation, war den meisten Anspruchsberechtigten ihr Anspruch auf die Auszeit noch nicht bekannt. 64 Prozent derer, die diese

hätten nutzen können (also abhängig beschäftigt waren und in deren Umfeld die Pflegebedürftigkeit nach dem 1.07.2008 eintrat), gaben an, den Anspruch nicht zu kennen. 2010 gab gut die Hälfte der Pflegebedürftigen an, dass eine solche Auszeit nicht erforderlich war. Die weiteren Gründe, wie finanzielle oder private Gründe, hatten 2010 etwas mehr Gewicht als heute.

**Abbildung 3.16: Gründe für die Nichtinanspruchnahme der kurzzeitigen Arbeitsverhinderung bei Pflegeeintritt 2010 und 2016 (Mehrfachnennungen, %)**

Basis: Repräsentativerhebung, anspruchsberechtigte private Pflegepersonen/Angehörige von Pflegebedürftigen in Privathaushalten, die die Freistellung nicht genutzt haben



Studie zur Wirkung des PNG und PSG I – TNS Infratest Sozialforschung 2016

Seit 2015 ist für die Zeit der bis zu zehn Arbeitstage dauernden kurzfristigen Arbeitsverhinderung eine Lohnersatzleistung – das Pflegeunterstützungsgeld – vorgesehen, das aus der Pflegeversicherung bezahlt wird. Dies ist einem Drittel aller Pflegebedürftigen bzw. ihrer Angehörigen bekannt. Bezieht man die Bekanntheit des Pflegeunterstützungsgeldes auf die kleine Gruppe der Pflegehaushalte, in denen schon einmal eine Arbeitsverhinderung beansprucht wurde, so gibt etwas mehr als die Hälfte der Angehörigen an, die zum Jahresbeginn 2015 eingeführte Lohnersatzleistung des Pflegeunterstützungsgeldes zu kennen. Zur Auszahlung kam das Pflegeunterstützungsgeld an einen noch kleineren Personenkreis. So wurde es an etwas mehr als die Hälfte der Angehörigen ausbezahlt, die schon einmal eine zehntägige Auszeit genommen haben und zusätzlich auch das Unterstützungsgeld kennen.

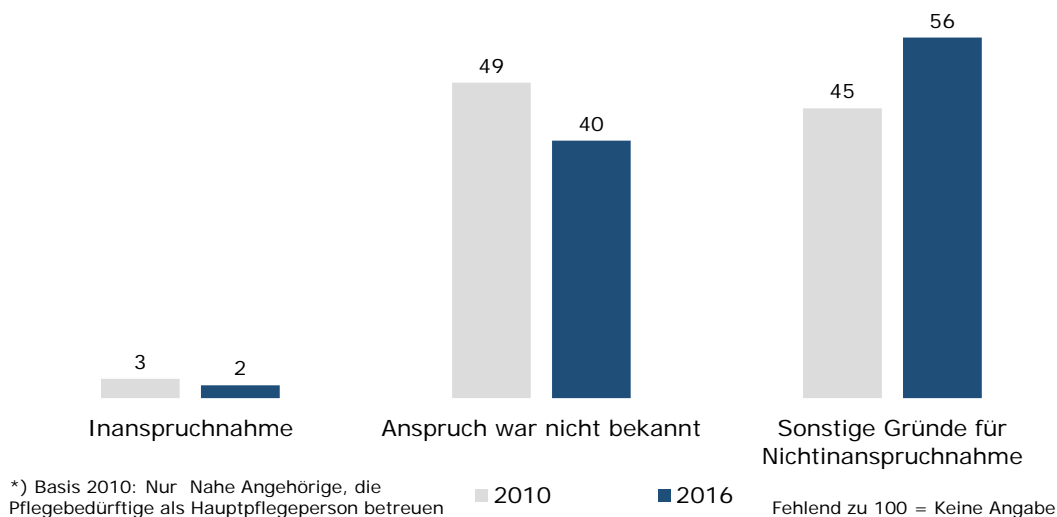
Während die Bekanntheit der kurzzeitigen Arbeitsverhinderung seit ihrer Einführung deutlich gestiegen ist, bleibt der Informationsbedarf bei dem zum 1.01.2015 neu eingeführten Pflegeunterstützungsgeld bestehen. Da die Eingruppierung in eine Pflegestufe nicht Voraussetzung für die kurzfristige Arbeitsverhinderung ist, wurden in der Repräsentativbefragung auch pflegebedürftige Personen ohne Leistungsbezug der Pflegeversicherung nach der Inanspruchnahme der zehntägigen Auszeit gefragt. Ebenso wurden die Gründe erhoben, falls keine Arbeitsverhinderung beansprucht wurde. Die Antwortmuster unterscheiden sich kaum von denen der Pflegebedürftigen mit Leistungsbezug.

## Pflegezeit

Eine weitere Maßnahme zur besseren Vereinbarkeit von Pflege und Erwerbstätigkeit ist der zum 1.07.2008 eingeführte Anspruch auf eine bis zu sechsmonatige Pflegezeit. Dieser Anspruch auf vollständige oder teilweise Freistellung besteht dann, wenn ein pflegebedürftiger naher Angehöriger, der in eine Pflegestufe eingruppiert ist, von einem Beschäftigten in häuslicher Umgebung gepflegt wird und der Arbeitgeber, bei dem die pflegende Person beschäftigt ist, mehr als 15 Beschäftigte hat.<sup>10</sup> Die Beitragszahlung zur Rentenversicherung wird in dieser Zeit von der Pflegeversicherung übernommen, wenn eine Pflegestufe vorliegt und die Pflegeperson regelmäßig nicht mehr als 30 Stunden wöchentlich erwerbstätig ist und eine oder mehrere pflegebedürftige Personen wenigstens 14 Stunden wöchentlich, verteilt auf regelmäßig mindestens zwei Tage in der Woche, pflegt. Die Beiträge zur Arbeitslosenversicherung werden ebenfalls von der Pflegeversicherung übernommen, wenn unmittelbar vor der Pflegetätigkeit eine Versicherungspflicht in der Arbeitslosenversicherung bestanden hat oder eine Leistung nach dem SGB III bezogen wurde, und sofern die Pflegeperson während der Pflegezeit nicht über die Familienversicherung kranken- und pflegeversichert ist, erhält sie auf Antrag auch Beiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung in Höhe des Mindestbeitrags für eine freiwillige Versicherung. Nur in zwei Prozent aller Haushalte, in denen eine pflegebedürftige Person von erwerbstätigen Angehörigen<sup>11</sup> betreut wird, wurde bisher die sechsmonatige Pflegezeit in Anspruch genommen. Leben Erwerbstätige im Haushalt, ist diese Regelung 40 Prozent der Pflegebedürftigen oder deren Angehörigen nicht bekannt, und 56 Prozent nennen andere Gründe für die Nichtinanspruchnahme.

### Abbildung 3.17: Inanspruchnahme der Pflegezeit 2010 und 2016 (Mehrfachnennungen, %)

Basis: Repräsentativerhebung, Erwerbstätige private Pflegepersonen von Pflegebedürftigen in Privathaushalten<sup>\*)</sup>



Studie zur Wirkung des PNG und PSG I – TNS Infratest Sozialforschung 2016

10 Nahe Angehörige pflegebedürftiger Minderjähriger können eine der Pflegezeit entsprechende Freistellung zur Betreuung auch in außerhäuslicher Umgebung in Anspruch nehmen. Ein Anspruch auf Freistellung von bis zu drei Monaten besteht für die Begleitung von nahen Angehörigen in der letzten Lebensphase.

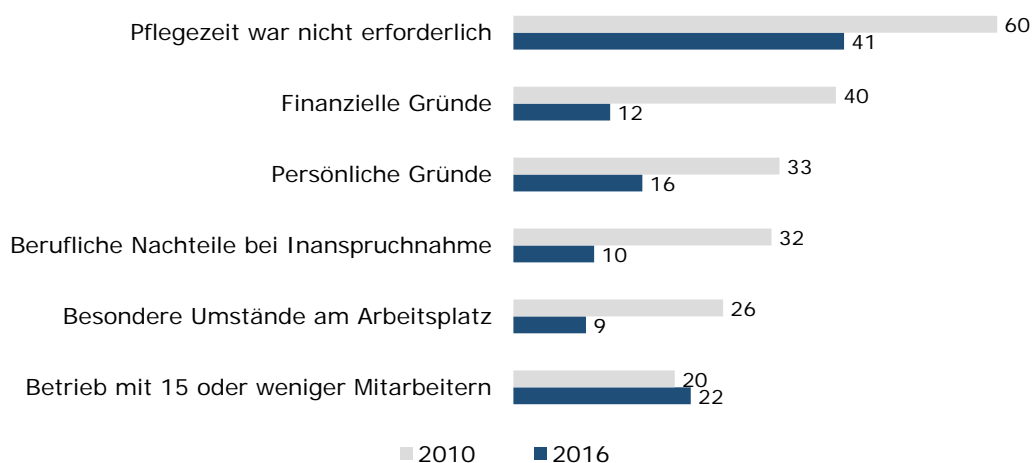
11 In 44 Prozent der Haushalte leben oder lebten nach eigener Auskunft keine Erwerbstätigen im Haushalt.

Der Vergleich zu 2010 zeigt, dass weder mehr Angehörige von der Möglichkeit der Freistellung Gebrauch gemacht haben, noch dass die Bekanntheit der Regelung substantziell gestiegen ist (Abbildung 3.17). Auch an dieser Stelle zeigt sich noch immer ein Informationsdefizit.

Aufgrund der geringen Fallzahl der Hauptpflegepersonen oder weiterer pflegender Angehöriger, die die Pflegezeit in Anspruch genommen haben, können keine differenzierten Analysen dargestellt werden und leider keine Aussagen darüber gemacht werden, wie Hauptpflegepersonen die Pflegezeit gestalten, ob weitere Angehörige eine Pflegezeit in Anspruch nehmen und in welcher Form die Hauptpflegepersonen während der Pflegezeit krankenversichert sind. Es zeichnet sich jedoch ab, dass der vollständigen Freistellung von der Arbeitsleistung Vorrang vor der teilweisen Freistellung gegeben wird. Ebenso wird häufiger der komplette Zeitraum von sechs Monaten beansprucht als nur ein Teil der Pflegezeit.

### Abbildung 3.18: Gründe für die Nichtinanspruchnahme der Pflegezeit 2010 und 2016 (Mehrfachnennungen, %)

Basis: Repräsentativerhebung, private Pflegepersonen von Pflegebedürftigen in Privathaushalten, die die Pflegezeit aus sonstigen Gründen nicht genutzt haben



Studie zur Wirkung des PNG und PSG I – TNS Infratest Sozialforschung 2016

Wurde die Pflegezeit aus einem sonstigen Grund nicht in Anspruch genommen, war am häufigsten ausschlaggebend, dass die Pflegezeit nicht erforderlich war, um die Pflege zu bewältigen (41 %, Abbildung 3.18). Ein Fünftel der Angehörigen nennt auch 2016 die Betriebsgröße als Grund dafür, keine Pflegezeit genommen zu haben. Ist ein naher Angehöriger bei einem Arbeitnehmer mit 15 oder weniger Mitarbeitern beschäftigt, hat er keinen Rechtsanspruch auf die Pflegezeit, sondern ist auf die freiwillige Unterstützung durch den Arbeitgeber angewiesen. Finanzielle und persönliche Gründe werden 2016 deutlich seltener geäußert als 2010. Auch die Befürchtung beruflicher Nachteile und die besonderen Umstände am Arbeitsplatz stehen aktuell nicht so im Vordergrund und werden nur von jedem Zehnten angeführt.

## Freistellungen nach dem Familienpflegezeitgesetz

Seit 1.01.2015 gilt für Beschäftigte ein Rechtsanspruch auf Familienpflegezeit, d.h. eine teilweise Freistellung von bis zu 24 Monaten. Hierbei ist die Reduktion der Arbeitszeit auf bis zu 15 Stunden in der Woche möglich, um die Erwerbsarbeit und die Pflege naher Angehöriger in häuslicher Umgebung besser vereinbaren zu können. Eine teilweise Freistellung nach dem Familienpflegezeitgesetz kann auch für die außerhäusliche Betreuung von minderjährigen pflegebedürftigen nahen Angehörigen in Anspruch genommen werden. 49 Prozent der pflegebedürftigen Personen bzw. ihrer Angehörigen geben an, dass ihnen der neue Anspruch auf Familienpflegezeit bekannt ist. Betrachtet werden hier nur Pflegebedürftige, bei denen eine erwerbstätige Person im Haushalt lebt. Ist der Anspruch in dieser Personengruppe bekannt, wird er von drei Prozent in Anspruch genommen. Bezogen auf alle erwerbstätigen Angehörigen sind das knapp zwei Prozent. Da dies in der Stichprobe nur auf zwölf Personen zutrifft, kann nicht ausgewertet werden, in welchem Umfang die Arbeitszeit reduziert wurde.

Auch wenn die Familienpflegezeit bekannt ist, macht die große Mehrheit der erwerbstätigen Personen in Pflegehaushalten keinen Gebrauch von der Regelung. Als Hauptgrund wird genannt, dass die Familienpflegezeit zur Bewältigung der Pflege nicht notwendig ist (Abbildung 3.19). 15 Prozent der Pflegebedürftigen oder deren Angehörige geben persönliche Gründe an, und zwölf Prozent verweisen auf finanzielle Aspekte. Etwa jeder Zehnte führt Gründe in Verbindung zum Arbeitsplatz an und befürchtet Nachteile oder stellt die besonderen Umstände heraus. Neun Prozent der erwerbstätigen privaten Pflegepersonen, die den Anspruch auf Familienpflegezeit kennen und nicht nutzen, geben an, dass ihr Arbeitgeber 25 oder weniger Mitarbeiter beschäftigt. Dass der Arbeitgeber mehr als 25 Mitarbeiter hat, ist aber eine Voraussetzung für den Rechtsanspruch auf die Freistellungen nach dem Familienpflegezeitgesetz. Der geringe Anteil an Erwerbstätigen, die dies als Grund anführen, deutet darauf hin, dass auch den Informierten nicht alle Details der Voraussetzungen für eine Familienpflegezeit bekannt sind.

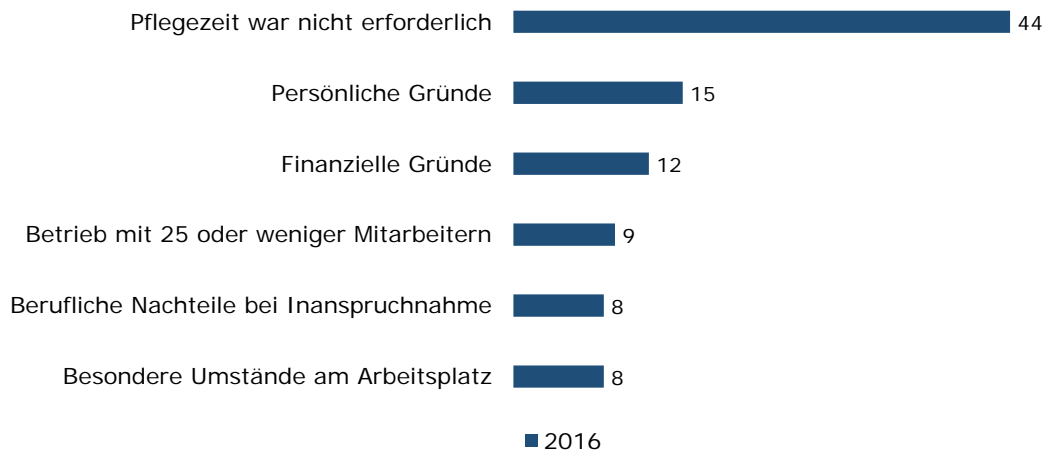
Seit Anfang 2015 sieht der Gesetzgeber vor, dass erwerbstätige Personen bei Inanspruchnahme der Freistellungen nach dem Pflegezeitgesetz und dem Familienpflegezeitgesetz einen Anspruch auf Förderung durch ein zinsloses Darlehen haben, um so den Verdienstaufschlag abzufedern. Das Darlehen wird in monatlichen Raten ausgezahlt. Es wird durch die Beschäftigten direkt beim Bundesamt für Familie und zivilgesellschaftliche Aufgaben (BAFZA) beantragt und muss nach dem Ende der Freistellungen, ebenfalls in Raten, wieder zurückgezahlt werden. Auf Antrag kann das BAFZA durch Härtefallregelungen die Rückzahlung des Darlehens stunden oder in besonderen Fällen sogar (teilweise) erlassen.

Etwa ein Fünftel der pflegebedürftigen Personen bzw. ihrer Angehörigen, die erwerbstätig sind und denen die sechsmonatige Pflegezeit bzw. die Familienpflegezeit bekannt sind, weiß – unabhängig davon, ob schon eine Freistellung beansprucht wurde – um die Möglichkeit, ein zinsloses Darlehen beantragen zu können

Alles in allem sind die Regelungen zur Vereinbarkeit von Pflege und Beruf nach wie vor den pflegenden Angehörigen in wesentlichen Punkten nicht hinreichend bekannt. Die Ergebnisse der Repräsentativerhebung zeigen allerdings auch, dass ein relevanter Teil derjenigen, die von den Neuerungen profitieren könnten, diese nicht nutzen, sei es, weil eine Unterbrechung der eigenen Erwerbstätigkeit nicht als realistische Option betrachtet wird oder aber, weil diese auch nicht gewünscht und von daher als auch nicht erforderlich bezeichnet wird.

### Abbildung 3.19: Gründe für die Nichtinanspruchnahme der Familienpflegezeit (Mehrfachnennungen, %)

Basis: Erwerbstätige private Pflegepersonen von Pflegebedürftigen in Privathaushalten, denen die Familienpflegezeit bekannt ist, diese aber nicht genutzt haben



Studie zur Wirkung des PNG und PSG I – TNS Infratest Sozialforschung 2016

Die neuen Regelungen enthalten keine Normierung einer Bundesstatistik, um die Freistellungen nach dem Pflegezeitgesetz und dem Familienpflegezeitgesetz zu erfassen. Daher wurde eine repräsentative Bevölkerungsbefragung durch TNS Emnid (jetzt Kantar Emnid) von März bis August 2016 durch das BMFSFJ in Auftrag gegeben, um Anhaltspunkte dafür zu erhalten, in welchem Umfang die Freistellungen nach dem Pflegezeitgesetz und nach dem Familienpflegezeitgesetz in Anspruch genommen werden. Auf der Grundlage dieser Stichprobe wurde ermittelt, dass ca. 70.000 Personen seit dem 1.01.2015 eine Pflegezeit, eine Familienpflegezeit, eine Freistellung für die auch außerhäusliche Betreuung minderjähriger pflegebedürftiger naher Angehöriger oder die Begleitung in der letzten Lebensphase in Anspruch genommen haben.

Das BMFSFJ hat im Oktober 2015 den unabhängigen Beirat für die Vereinbarkeit von Pflege und Beruf eingesetzt, der sich mit allgemeinen Fragen zur Vereinbarkeit von Pflege und Beruf befasst, die Umsetzung der einschlägigen gesetzlichen Regelungen begleitet und über deren Auswirkungen berät. Alle vier Jahre, erstmals zum 1. Juni 2019, wird der Beirat dem BMFSFJ einen Bericht vorlegen und kann hierin Handlungsempfehlungen aussprechen.

### Soziale Sicherung für Pflegepersonen

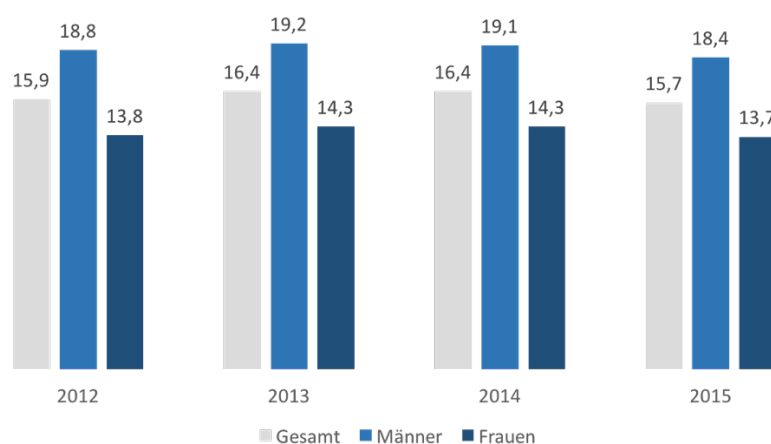
Die Übernahme von informeller Pflege geht bei erwerbstätigen Personen häufig mit einer Reduktion oder gar der Aufgabe eigener Erwerbstätigkeit einher. Um zu verhindern, dass aus der Übernahme der informellen Pflege Lücken in der Rentenbiografie entstehen, wurden die Träger der Pflegeversicherung bereits bei Einführung der Pflegeversicherung verpflichtet, Rentenversicherungsbeiträge an die Rentenversicherung für solche Pflegepersonen abzuführen, die mindestens 14 Stunden wöchentlich als informelle Pflegezeit aufwenden, nicht erwerbsmäßig pflegen und nicht bereits Altersrente

beziehen (§ 44 SGB XI).<sup>12</sup> Bis 2012 war es dabei erforderlich, dass dieser Zeitumfang für die Pflege eines einzelnen Pflegebedürftigen aufgewendet wurde. Nach den Änderungen durch das PNG konnten die 14 Wochenstunden auch durch die Kumulation der Pflegezeiten mehrerer Pflegebedürftiger erreicht werden. Intendiert war hiermit, die Zahlung von Rentenversicherungsbeiträgen für Pflegepersonen, die mehrere Pflegebedürftige versorgen, zu erleichtern und so die Zahl der Begünstigten zu erhöhen. Aus einer Betrachtung der Entwicklung der Zahl der Pflegepersonen, für die Rentenversicherungsbeiträge gezahlt werden, lassen sich daher Rückschlüsse auf die Reform ziehen. Entsprechende Informationen liegen im Rahmen der Daten der BARMER GEK vor.

Wie Abbildung 3.20 zeigt, werden diese Leistungen insgesamt für rund 16 Prozent der Pflegebedürftigen gewährt. Die Entwicklung der Anteilswerte zeigt dabei einen geringen Anstieg im Jahr 2013 um etwa 3 Prozent, in 2014 keine Veränderung, für 2015 jedoch einen Rückgang auf das Niveau des Jahres 2012. Die gesetzlichen Veränderungen des PNG haben also womöglich im Jahr 2013 für einen leichten Anstieg der Inanspruchnahme sorgen können, der jedoch nicht dauerhaft wirksam gewesen ist. Allerdings muss dabei berücksichtigt werden, dass die Anzahl der Pflegepersonen, für die Rentenversicherungsbeiträge gezahlt wurden, ausweislich der Daten der Deutschen Rentenversicherung insgesamt rückläufig ist und von 528 Tsd. im Jahr 2000 auf 393 Tsd. im Jahr 2012 um mehr als ein Viertel des Ausgangswertes zurückgegangen ist (Rothgang et al. 2014: 106). Dieser Trend dürfte nicht zuletzt darauf zurückzuführen sein, dass ein zunehmender Teil der Pflegepersonen bereits Altersrente bezieht und für diese Personen daher keine Beiträge mehr gezahlt werden. Der Rückgang der Nutzerquote ab 2013 liegt also im Trend, während der Anstieg dieser Quote von 2012 auf 2013 als – wenn auch geringer – Effekt der Reformmaßnahmen gedeutet werden kann.

**Abbildung 3.20: Anteil der Pflegebedürftigen, für die innerhalb eines Monats Rentenversicherungsbeiträge für die Pflegeperson gezahlt wurden (%)**

Basis: Versicherte der BARMER GEK, Erfassung über den Durchschnitt der ersten neun Monate des Jahres, Hochrechnung auf die BRD



Studie zur Wirkung des PNG und PSG I – Universität Bremen 2016

<sup>12</sup> Diese Stundenzahl wird mit dem PSG II ab dem 1.01.2017 auf wenigstens 10 Stunden pro Woche abgesenkt.

Um bei einer Freistellung im Rahmen der Pflegezeit oder der Familienpflegezeit für diese Personen keine Lücken in den Zahlungen in der Arbeitslosen-, Kranken- und Pflegeversicherung entstehen zu lassen, können entsprechende Beiträge seit Einführung der Pflegezeit vorübergehend als Leistungen im Rahmen des SGB XI gezahlt werden (§ 44a SGB XI). Wie Tabelle 3.12 zeigt, wird hiervon jedoch in kaum messbaren Umfang Gebrauch gemacht. Die absoluten Fallzahlen für die Beitragszahlungen liegen im unteren dreistelligen Bereich. Werden diese Werte auf die Pflegebedürftigen bezogen, ergeben sich Quoten, die 0,2 Promille nicht übersteigen. Auffällig ist dabei, dass die Anteilswerte in den Jahren 2013 und 2014 allgemein sogar rückläufig sind und auch nach einem sichtbaren Anstieg im Jahr 2015 noch nicht wieder das Niveau des Jahres 2012 erreicht haben. Eine höhere Inanspruchnahme dieser Leistungen infolge der Einführung der Familienzeit und der Familienpflegezeit sind auch hier nicht zu erkennen.

**Tabelle 3.12: Anteil der Pflegebedürftigen in häuslicher Pflege, bei denen für Pflegepersonen Beiträge in Sozialversicherungen eingezahlt werden (%)**

Basis: Versicherte der BARMER GEK, Erfassung über den Durchschnitt der ersten neun Monate des Jahres, Hochrechnung auf die BRD

	2012	2013	2014	2015
<b>Arbeitslosenversicherung</b>				
Gesamt	0,018	0,016	0,015	0,017
Männer	0,024	0,014	0,014	0,018
Frauen	0,014	0,017	0,015	0,017
<b>Krankenversicherung</b>				
Gesamt	0,011	0,010	0,009	0,010
Männer	0,012	0,005	0,006	0,008
Frauen	0,011	0,014	0,011	0,012
<b>Pflegeversicherung</b>				
Gesamt	0,011	0,010	0,009	0,010
Männer	0,012	0,005	0,006	0,008
Frauen	0,011	0,013	0,011	0,012

Studie zur Wirkung des PNG und PSG I – Universität Bremen 2016



### 3.4 Inanspruchnahme von Leistungen

#### 3.4.1 Entwicklungen bei den Leistungen der Pflegeversicherung

Leistungsbezieher der Pflegeversicherung können nach § 28 SGB XI zwischen verschiedenen Leistungen der Pflegeversicherung wählen. Für die laufende häusliche Pflege stehen Pflegegeld, Sachleistungen, eine Kombination von beidem – die sogenannten Kombinationsleistungen – und teilstationäre Leistungen zur Auswahl. Teilstationäre Leistungen können auch mit Pflegegeld und Sachleistungen kombiniert werden.

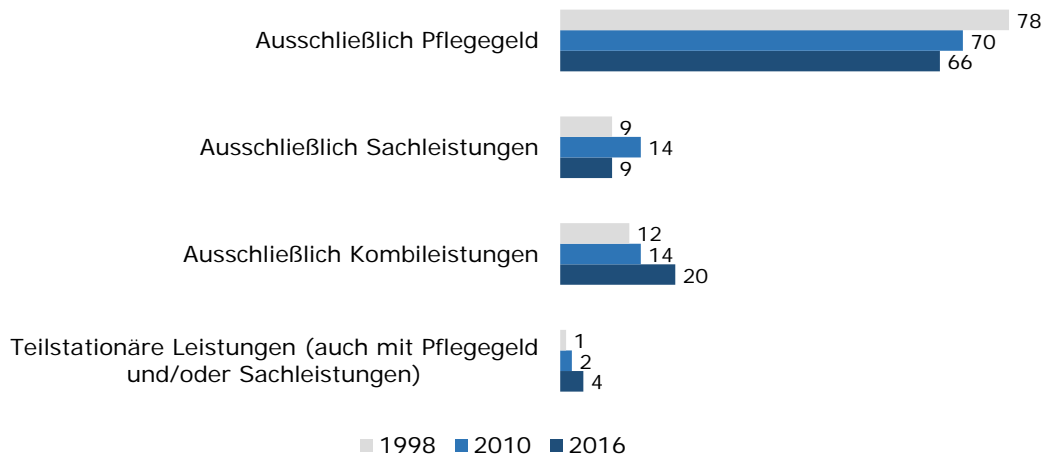
Daneben gibt es eine Reihe weiterer Leistungen. So übernimmt die Pflegeversicherung im Falle der Verhinderung der privaten Pflegeperson – z. B. bei Urlaub oder Krankheit – für bis zu sechs Wochen im Kalenderjahr die Kosten für eine häusliche Verhinderungspflege in Höhe von bis zu 1.612 Euro. Kann die häusliche Versorgung vorübergehend auch mit teilstationären Leistungen nicht sichergestellt werden, so besteht pro Kalenderjahr Anspruch auf eine bis zu achtwöchige Kurzzeitpflege in einer stationären Einrichtung. Daneben haben Pflegebedürftige Anspruch auf Pflegehilfsmittel, wie z. B. ein spezielles Pflegebett oder ein Hausnotrufsystem, und – soweit erforderlich – auf Zuschüsse zu technischen oder baulichen Veränderungen des Wohnumfelds in Höhe von bis zu 4.000 Euro je Maßnahme. Seit 1. Januar 2015 sind zusätzliche Betreuungs- und Entlastungsleistungen (§ 45b) nicht mehr auf Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz beschränkt, sondern für alle Pflegebedürftigen in häuslicher Pflege zugänglich. Die Leistungen der Pflegeversicherung wurden in den letzten Jahren kontinuierlich ausgebaut, die letzten Neuerungen im Berichtszeitraum traten zum 1.01.2015 mit dem Pflegestärkungsgesetz I (PSG I) in Kraft. Mit den Pflegestärkungsgesetzen II und III werden weitere Neuerungen realisiert.

Ziel der Repräsentativerhebung war es auch, sich einen Überblick über die Bekanntheit der gesetzlichen Änderungen aufgrund des Pflege-Neuausrichtungsgesetzes (PNG) und des Pflegestärkungsgesetzes I (PSG I) bei den Anspruchsberechtigten zu verschaffen. So wurden die Pflegebedürftigen und ggf. ihre Angehörigen in Privathaushalten zur Bekanntheit und Inanspruchnahme einzelner Veränderungen gefragt. In den folgenden Kapiteln wird daher neben der Inanspruchnahme der einzelnen Leistungsarten auch die Bekanntheit der gesetzlichen Änderungen aufgrund des PNG und des PSG I dargestellt.

Der größte Teil der Pflegebedürftigen nimmt nach wie vor regelmäßige Leistungen der Pflegeversicherung in Form von Geldleistungen in Anspruch. Allerdings ist beim Bezug von Pflegegeld ein stetiger Rückgang zu verzeichnen. Waren es 1998 noch 78 Prozent, die ausschließlich Geldleistungen erhielten, ist der Anteil auf aktuell zwei Drittel gesunken. Ambulante Dienste sind bei fast einem Drittel der Pflegebedürftigen in privaten Haushalten mit an der Pflege beteiligt oder übernehmen die alleinige Versorgung. Im Zeitverlauf wird deutlich, dass der leichte Anstieg bei ausschließlicher Inanspruchnahme von Pflegesachleistungen, der noch 2010 sichtbar war, zugunsten von Kombinationsleistungen zurückgegangen ist. So liegt der Anteil derer, die ausschließlich Pflegesachleistungen in Anspruch nehmen, 2016 bei neun Prozent, während der Anteil derjenigen, die eine Kombination aus Sach- und Geldleistungen beziehen, gestiegen ist und aktuell ein Fünftel der Pflegebedürftigen diese Versorgungsform gewählt hat. Teilstationäre Leistungen werden, wie bereits in den letzten Jahren auch, nur in sehr geringem Umfang genutzt. Jedoch ist hier ein leichter Anstieg der Nutzung auf vier Prozent zu verzeichnen (Abbildung 3.21).

**Abbildung 3.21: Bezug von Leistungen der Pflegeversicherung: monatliche Regelleistungen 1998, 2010 und 2016 (%)**

Basis: Repräsentativerhebung, Pflegebedürftige in Privathaushalten



Studie zur Wirkung des PNG und PSG I – TNS Infratest Sozialforschung 2016

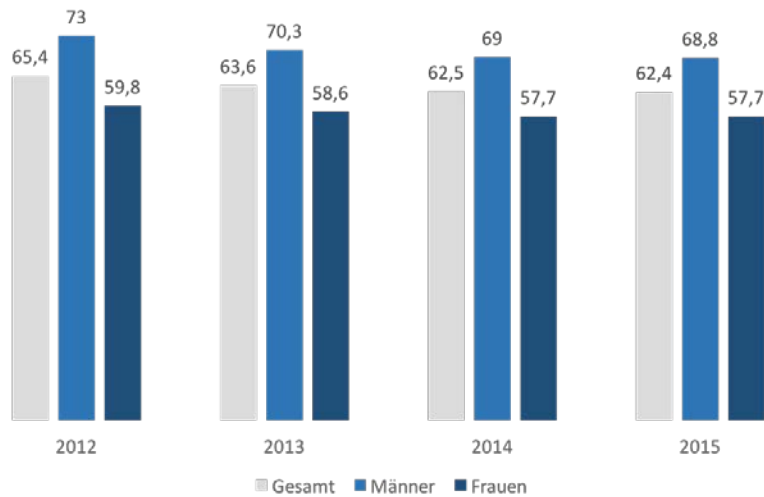
In Bezug auf die ambulanten Hauptleistungsarten Pflegegeld und Pflegesachleistungen entstehen aus den hier zu evaluierenden Gesetzen im Wesentlichen zwei Veränderungen für zwei unterschiedliche Gruppen von Leistungsberechtigten. Mit dem PNG haben die Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz in den Pflegestufen I und II erhöhte Leistungsansprüche erhalten. Hieraus, ebenso wie aus den im PSG I vorgenommenen Leistungsdynamisierungen, dürften aber keine Steigerungen in den Inanspruchnahmequoten resultieren. Personen in Pflegestufe 0 mit eingeschränkter Alltagskompetenz haben 2013 erstmals einen Anspruch auf Pflegegeld und Pflegesachleistungen erhalten. Die Inanspruchnahme ab 2013 drückt dann aus, wie sehr dieser Anspruch realisiert wurde.

Anhand der Ergebnisse der BARMER-GEK-Daten zeigt sich ebenfalls, dass es im Betrachtungszeitraum von 2012 bis 2015 bei Pflegebedürftigen der Pflegestufen I bis III nicht zu einem Anstieg der Inanspruchnahme bei der ausschließlichen Geldleistung der Pflegeversicherung gekommen ist, sondern vielmehr zu einem weiteren leichten Rückgang. Dieser ist bei den Männern sogar noch etwas stärker ausgeprägt als bei den Frauen (Abbildung 3.22).<sup>13</sup>

<sup>13</sup> Die Anteile nach Leistungsart weichen zwischen der Repräsentativerhebung und den Daten der bei der BARMER GEK versicherten Pflegebedürftigen leicht ab. In der Tendenz ergeben sich aber keine Unterschiede.

**Abbildung 3.22: Anteil der Pflegebedürftigen (ohne PS 0), die innerhalb eines Monats Pflegegeld erhalten haben (%)**

Basis: Versicherte der BARMER GEK, Erfassung über den Durchschnitt der ersten neun Monate des Jahres, Hochrechnung auf die BRD

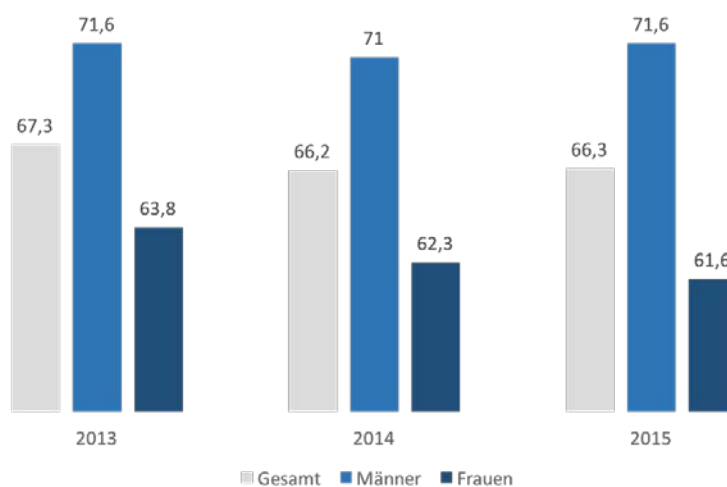


Studie zur Wirkung des PNG und PSG I – Universität Bremen 2016

In Bezug auf die Leistungsempfänger in Pflegestufe 0 mit eingeschränkter Alltagskompetenz zeigt sich, dass in direkter Folge des PNG eine hohe Inanspruchnahme von Pflegegeld entstanden ist (Abbildung 3.23). Etwa zwei Drittel dieser Personengruppe nehmen schon im ersten Jahr diese Leistungen in Anspruch, und dieser Anteil bleibt dann weitgehend konstant mit einem leichten Rückgang bei den Frauen.

**Abbildung 3.23: Anteil der Leistungsempfänger in PS 0, die innerhalb eines Monats Pflegegeld erhalten haben (%)**

Basis: Versicherte der BARMER GEK, Erfassung über den Durchschnitt der ersten neun Monate des Jahres, Hochrechnung auf die BRD

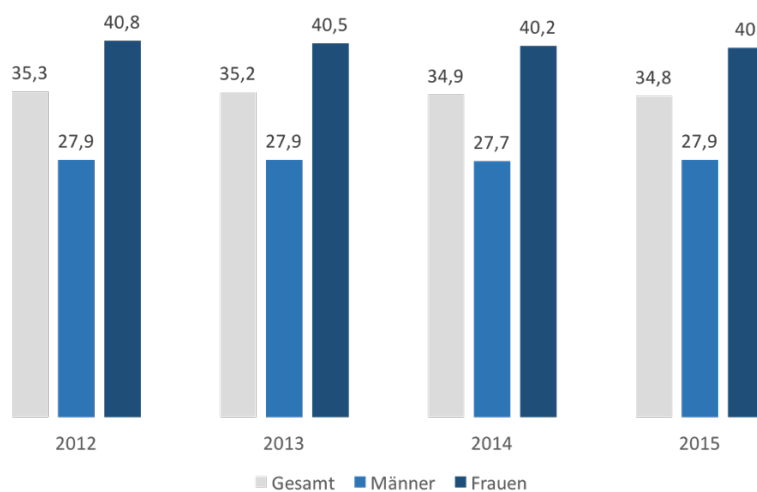


Studie zur Wirkung des PNG und PSG I – Universität Bremen 2016

Analoge Effekte zeigen sich bei den Pflegesachleistungen (inklusive Kombileistungen). Bis auf einen minimalen Rückgang der Anteilswerte für Frauen von 0,8 Prozentpunkten und einem daraus entstehenden Absinken der Gesamtinanspruchnahme sind die Werte auch bei den Pflegesachleistungen für Pflegebedürftige der Pflegestufen I bis III sehr konstant und scheinen weder durch das PNG noch durch das PSG I beeinflusst zu sein (Abbildung 3.24).

**Abbildung 3.24: Anteil der Pflegebedürftigen (ohne PS 0), die innerhalb eines Monats Pflegesach- oder Kombileistungen erhalten haben (%)**

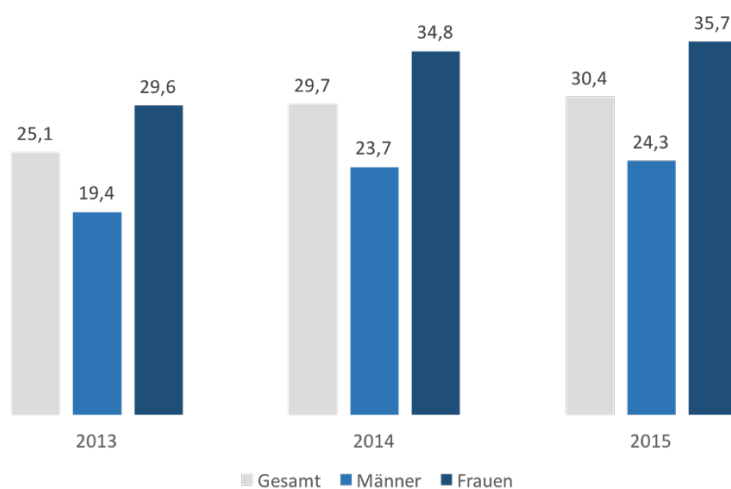
Basis: Versicherte der BARMER GEK, Erfassung über den Durchschnitt der ersten neun Monate des Jahres, Hochrechnung auf die BRD



Studie zur Wirkung des PNG und PSG I – Universität Bremen 2016

**Abbildung 3.25: Anteil der Leistungsempfänger in PS 0, die innerhalb eines Monats Pflegesach- oder Kombileistungen erhalten haben (%)**

Basis: Versicherte der BARMER GEK, Erfassung über den Durchschnitt der ersten neun Monate des Jahres, Hochrechnung auf die BRD



Studie zur Wirkung des PNG und PSG I – Universität Bremen 2016

Beim Inanspruchnahmeverhalten von Pflegesachleistungen inklusive Kombileistungen der Personen in Pflegestufe 0 (Abbildung 3.25) sind gegenüber den Ergebnissen zum Pflegegeld deutlichere Steigerungen zu erkennen. Schon 2013 auf einem Niveau von 25,1 Prozent beginnend, steigert sich diese in 2014 deutlich und noch einmal leicht in 2015 auf dann 30,4 Prozent. Diese Entwicklung verläuft für beide Geschlechter dabei gleichermaßen, jedoch bei den Frauen auf einem etwa zehn Prozentpunkte höheren Niveau. Zu vermuten ist hierbei, dass die unterschiedliche Entwicklung bei der Inanspruchnahme von Pflegegeld und Pflegesachleistungen auf zwei einflussnehmende Faktoren zurückgeführt werden kann. Erstens ist der Bezug von Pflegegeld formal einfacher durchzuführen, da hierzu keine Einbindung eines professionellen Pflegedienstes erforderlich ist. Das Pflegegeld kann somit von jedem Leistungsberechtigten ohne Veränderung des Versorgungssettings in Anspruch genommen werden. Demgegenüber ist der Bezug von Sachleistungen an ein – zumindest teilweise formelles – Pflegearrangement gebunden. Dieses wird bei Einführung des PNG nur für einen relativ kleinen Teil der Personen in Pflegestufe 0 bereits bestanden haben, da bis zu diesem Zeitpunkt alle hierdurch entstehenden Kosten privat zu tragen waren. Zweitens kann ab 2015 durch die Regelungen des PSG I ein Anteil von bis zu 40 Prozent der Pflegesachleistungen auch für Betreuungsleistungen aufgewendet werden. Diese sind aber primär für PEA, somit auch für die Personen in Pflegestufe 0, erforderlich. Hierauf könnte der nochmalige – wenn auch geringe – Anstieg im Jahr 2015 zurückgeführt werden.

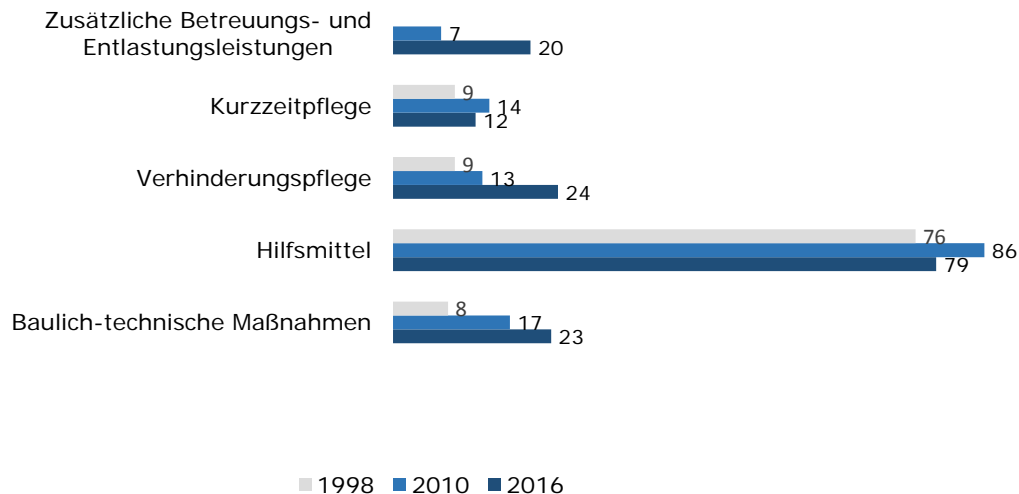
Aufgrund von falschen Doppeltzählungen in den Ausgangsdaten der hier genutzten Routinedaten, des Wechsels zwischen den Versorgungsformen und Personen, die keine der Hauptleistungsarten in Anspruch nehmen, kann sich die Summe der Anteilswerte von Pflegegeld- und -sachleistungen geringfügig von 100 Prozent unterscheiden. Werden beide Anteilswerte dennoch addiert, zeigt sich schon für 2013, dass praktisch alle Personen in Pflegestufe 0 Pflegegeld oder -sachleistungen in Anspruch genommen haben. Länger andauernde Einführungseffekte durch verzögerte Realisierung des Leistungsanspruchs sind also *nicht* zu erkennen.

### **Weitere Unterstützungsleistungen**

Zusätzlich zu den monatlichen Pflegeleistungen gewährt die Pflegeversicherung, wie bereits angesprochen, weitere Unterstützungsleistungen. Der Zugang zu diesen weiteren Leistungen und auch deren Umfang wurde mit den letzten beiden Pflegereformen in den letzten Jahren deutlich erweitert und ergänzt, wie auch die Flexibilisierung und Substituierbarkeit von Leistungen erhöht wurden.

**Abbildung 3.26: Bezug von Leistungen der Pflegeversicherung: zusätzliche Leistungen 1998, 2010 und 2016 (%)**

Basis: Repräsentativerhebung, Pflegebedürftige in Privathaushalten



Studie zur Wirkung des PNG und PSG I – TNS Infratest Sozialforschung 2016

Diese weiteren Leistungen, wie unter anderem häusliche Verhinderungspflege und Kurzzeitpflege oder zusätzlicher Betreuungs- und Entlastungsleistungen und die Finanzierung von baulich-technischen Maßnahmen, sind hier nur kurz in ihrer Entwicklung dargestellt und werden in den folgenden Kapiteln im Detail erläutert. Gestiegen ist die Zahl derjenigen, die in den letzten zwölf Monaten eine Verhinderungspflege in Anspruch genommen haben, während bei der Kurzzeitpflege eine Stagnation bzw. ein Rückgang eingetreten sind (Abbildung 3.26). 2010 wurde die Zunahme der beiden Leistungsarten mit der gestiegenen Bekanntheit und dem Infrastrukturausbau begründet. Trifft dies zu, kann man annehmen, dass der Bedarf an Kurzzeitpflege mit 12 bis 14 Prozent gedeckt ist. Der Zuwachs bei der Inanspruchnahme von baulich-technischen Maßnahmen lässt sich – in Abhängigkeit von der Dauer der Pflegebedürftigkeit – mit der erheblich längeren Zeitspanne begründen, in der Maßnahmen umgesetzt werden konnten.

### 3.4.2 Pflegegeldleistungen

Fast 90 Prozent aller Leistungsbezieher der Pflegeversicherung in der häuslichen Pflege erhalten Pflegegeldleistungen. Drei Viertel der Geldleistungsbezieher beziehen ausschließlich Pflegegeld, während das andere Viertel die Geldzahlung vorwiegend mit dem Angebot der ambulanten Dienste kombiniert (Kombileistungen). Mit steigender Pflegestufe nimmt der Anteil der Pflegebedürftigen, die ihre Pflege ausschließlich mit Bezug von Pflegegeld organisieren, ab. Ein geringer Teil aller Pflegebedürftigen nimmt neben Geldleistungen auch teilstationäre Leistungen in Anspruch (Tabelle 3.13).

**Tabelle 3.13: Bezug von Pflegegeld und ggf. zusätzlichen Sachleistungen oder teilstationären Leistungen, 2016 (%)**

Basis: Repräsentativerhebung, Pflegebedürftige in Privathaushalten

	Ins- gesamt	Stufe 0	Stufe I	Stufe II	Stufe III
Bezug von Pflegegeld	89	77	90	89	86
<b>Kombination mit Sachleistung und teilstationärer Leistung</b>					
Ausschließlich Pflegegeld	66	67	70	59	56
Zusätzlicher Bezug von Sachleistungen und/oder teilstationären Leistungen (Kombileistungen)	23	10	20	30	30

Studie zur Wirkung des PNG und PSG I – TNS Infratest Sozialforschung 2016

#### Verwendung des Pflegegeldes

Das Pflegegeld wird in der Regel für verschiedene Zwecke verwendet. Am häufigsten dient es zur Deckung der durch die Pflege entstehenden laufenden Ausgaben (69%). Dies gilt für Pflegebedürftige in der Pflegestufe III mit 77 Prozent noch einmal mehr als in den anderen Pflegestufen. Oft wird von dem Pflegegeld auch eine Aufwandsentschädigung für pflegende Angehörige und Bekannte gezahlt (59%). 41 Prozent der Pflegebedürftigen nutzen das ausbezahlte Pflegegeld für Sachleistungen, die in der Pflegeversicherung nicht vorgesehen sind. Dieser Anteil steigt ebenfalls mit zunehmendem Pflegebedarf. Von Pflegebedürftigen der Pflegestufe III nutzen 60 Prozent das Pflegegeld zum Teil für diesen Zweck. Insgesamt betrachtet werden ehrenamtliche Betreuungskräfte und niedrighelufige Betreuungsangebote eher selten vom Pflegegeld finanziert, wobei auch für diesen Verwendungszweck ein Anstieg mit dem Grad der Pflegebedürftigkeit zu vermerken ist.

Auffällig ist, dass der von allen Pflegebedürftigen am häufigsten angegebene Verwendungszweck „Deckung der durch die Pflege entstandenen Kosten“ von Pflegebedürftigen der Pflegestufe 0 in geringerem Umfang angeführt wird. Pflegebedürftige, die in diese Pflegestufe eingruppiert sind, geben am häufigsten die Aufwandsentschädigung für die Hauptpflegeperson oder andere privat Pflegende an (Tabelle 3.14).

**Tabelle 3.14: Verwendung des Pflegegeldes, 2016 (Mehrfachnennungen, %)**

Basis: Repräsentativerhebung, Pflegebedürftige in Privathaushalten mit Bezug von Pflegegeld

	Insgesamt	Stufe 0	Stufe I	Stufe II	Stufe III
Als Aufwandsentschädigung für die private Hauptpflegeperson in der Familie oder für sonstige pflegende Angehörige oder Bekannte	59	68	61	53	64
Als Aufwandsentschädigung für ehrenamtliche Pflegekräfte	10	6	8	13	19
Für niedrigschwellige Betreuungsangebote wie Tagesangebote oder Einzelbetreuung durch Betreuungskräfte	10	14	9	11	14
Zur Deckung der durch die Pflege entstehenden laufenden Ausgaben	69	55	68	74	77
Für Sachleistungen, die in der Pflegeversicherung nicht vorgesehen sind	41	25	37	47	60
Für laufende Ausgaben zum Lebensunterhalt	28	14	28	29	44
Für Sonstiges	13	11	13	13	11

Studie zur Wirkung des PNG und PSG I – TNS Infratest Sozialforschung 2016

28 Prozent der Pflegebedürftigen verwenden das Geld nicht nur für Ausgaben, die in unmittelbarem Zusammenhang mit der Pflege stehen, sondern auch für laufende Ausgaben zum Lebensunterhalt. Dies trifft am häufigsten auf Pflegebedürftige der Pflegestufe III zu. Dabei ist davon auszugehen, dass das Pflegegeld hier zum Teil das fehlende Erwerbseinkommen der Hauptpflegeperson ersetzt, die aufgrund des Pflegeaufwands nicht oder nur eingeschränkt erwerbstätig ist.

Verglichen mit 2010 zeigt sich, dass in der aktuellen Repräsentativerhebung insgesamt weniger Verwendungsmöglichkeiten benannt wurden (Möglichkeit zur Mehrfachnennung), sodass der Anteil in allen Kategorien rückläufig ist (Tabelle 3.15). In diesem Licht betrachtet, signalisieren die auf gleichem Niveau gebliebenen Werte bei der Verwendung des Pflegegelds für ehrenamtliche Pflegekräfte und für niederschwellige Betreuung (mit je 10%) eine weitere Etablierung dieser Leistungsarten in den Pflegearrangements.



**Tabelle 3.15: Verwendung des Pflegegeldes 2010 und 2016 (Mehrfachnennungen, %)**  
Basis: Repräsentativerhebung, Pflegebedürftige in Privathaushalten mit Bezug von Pflegegeld

	2010	2016
Als Aufwandsentschädigung für die private Hauptpflegeperson in der Familie oder für sonstige pflegende Angehörige oder Bekannte	67	59
Als Aufwandsentschädigung für ehrenamtliche Pflegekräfte	10	10
Für niedrigschwellige Betreuungsangebote wie Tagesangebote oder Einzelbetreuung durch Betreuungskräfte	8	10
Zur Deckung der durch die Pflege entstehenden laufenden Ausgaben	80	69
Für Sachleistungen, die in der Pflegeversicherung nicht vorgesehen sind	47	41
Für laufende Ausgaben zum Lebensunterhalt	31	28
Für Sonstiges	24	13

Studie zur Wirkung des PNG und PSG I – TNS Infratest Sozialforschung 2016

### Gründe für den ausschließlichen Bezug von Pflegegeldleistungen

Wirft man einen Blick auf die Gründe für die Entscheidung, ausschließlich Pflegegeld in Anspruch zu nehmen, wird deutlich, dass – über alle Pflegestufen hinweg – der Grund „Pflegebedürftiger möchte nicht von Fremden gepflegt werden“ am häufigsten genannt wird (Tabelle 3.16). Für den ausschließlichen Bezug von Pflegegeld werden zwei weitere Argumente von knapp der Hälfte der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen genannt. So meinen über alle Pflegestufen hinweg zwischen 47 und 50 Prozent, dass die Betreuung der Pflegebedürftigen durch ausschließliches Pflegegeld angemessener umgesetzt werden kann, und zwischen 43 und 54 Prozent geben an, dass das Pflegegeld zur Deckung der entstehenden Ausgaben benötigt wird. In etwas mehr als einem Drittel der Fälle möchte die Hauptpflegeperson nicht, dass die pflegebedürftige Person von Fremden gepflegt wird. Dies trifft mit 62 Prozent in besonders hohem Maße bei Pflegebedürftigen der Pflegestufe 0 zu. Ebenfalls überdurchschnittlich ist der Anteil bei den Pflegebedürftigen der Pflegestufe III mit 49 Prozent. Dass auf Wunsch der Hauptpflegeperson keine Fremden in die Pflege einbezogen werden, tritt überwiegend dann auf, wenn auch die pflegebedürftige Person selbst eine Pflege durch Fremde ablehnt. Lediglich in 17 Prozent der Fälle, in denen die Hauptpflegeperson eine Betreuung durch Fremde ablehnt, trifft dies nicht auch für die pflegebedürftige Person zu. Zum Teil wird dabei das Gefühl einer moralischen Verpflichtung zur Pflege der Angehörigen eine Rolle spielen sowie die Wahrnehmung der Pflege als eine Privatangelegenheit, in die keine Fremden einbezogen werden sollten.

Darüber hinaus wird mit zunehmender Pflegestufe häufiger bemängelt, dass man bei den Pflegediensten keinen Einfluss auf die Art und Weise hat, wie die Leistung erbracht wird. Bei der Pflegestufe III wird dies mit 42 Prozent weitaus häufiger als bei den anderen Pflegestufen angegeben. Dass

mit dem Pflegegeld andere Leistungen ambulanter Pflegedienste finanziert werden können, die bei den Sachleistungen der Pflegeversicherung nicht vorgesehen sind, wird mit ebenfalls 42 Prozent am häufigsten von Leistungsbeziehern der Pflegestufe 0 angegeben. Dies weist darauf hin, dass die vorgesehenen Sachleistungen der Pflegeversicherung die Bedürfnisse der Pflegebedürftigen der Pflegestufe 0 nicht immer abdecken und hier individuelle Lösungen gefunden werden. Die Angaben zu den von Pflegebedürftigen selbst finanzierten Leistungen zeigen ferner, dass hier neben der Grundpflege und der hauswirtschaftlichen Versorgung u. a. auch solche Hilfen in Anspruch genommen werden, die bei den Sachleistungen der Pflegeversicherung zumindest bisher nicht vorgesehen sind: Hilfen bei der Tagesgestaltung und persönliche Betreuung im Alltag (vgl. Abschnitt 3.6.2).

Dass es keine ambulanten Pflegedienste in der Nachbarschaft gibt oder unbekannt ist, wie diese Dienste in Anspruch genommen werden können, ist hingegen nur für fünf Prozent der Pflegebedürftigen ein Grund dafür, ausschließlich Pflegegeld in Anspruch zu nehmen. Besorgniserregend ist hingegen, dass Pflegebedürftige der Pflegestufe III diesen Grund mit 14 Prozent überdurchschnittlich oft eingebracht haben. Ob diesem Defizit mit gezielter Information oder passgenauem Leistungsangebot der ambulanten Dienste entgegengewirkt werden kann, muss geprüft werden.

**Tabelle 3.16: Ausgewählte Gründe für den ausschließlichen Bezug von Geldleistungen, 2016 (Mehrfachnennungen, %)**

Basis: Repräsentativerhebung, Pflegebedürftige in Privathaushalten, die ausschließlich Pflegegeld in Anspruch nehmen

	Insgesamt	Stufe 0	Stufe I	Stufe II	Stufe III
Pflegebedürftige Person möchte nicht von Fremden gepflegt werden	69	85	69	65	63
Die Betreuung ist dadurch angemessener	49	49	49	47	50
Das Pflegegeld wird zur Deckung der entstehenden laufenden Ausgaben gebraucht	49	43	49	49	54
Hauptpflegeperson möchte nicht, dass die pflegebedürftige Person von Fremden gepflegt wird	36	62	33	34	49
Bei Pflegediensten besteht kein Einfluss auf die Art und Weise, wie die Leistung erbracht wird	31	28	29	33	42
Der Bezug der Geldleistung erlaubt es, auch andere als die vorgesehenen Sachleistungen in Anspruch zu nehmen	29	42	28	28	30

Auch im zeitlichen Verlauf hat der Hauptgrund für den ausschließlichen Bezug von Geldleistungen nicht an Bedeutung verloren. Der Wunsch der Pflegebedürftigen, nicht von Fremden gepflegt zu werden, liegt weiterhin an erster Stelle (Tabelle 3.17). Die Wichtigkeit des Pflegegeldes zur Deckung der laufenden Ausgaben hat ebenfalls nicht an Brisanz verloren. Zwar sind die Anteilswerte hier nicht direkt vergleichbar,<sup>14</sup> doch die Kernaussage bleibt bestehen.

**Tabelle 3.17: Ausgewählte Gründe für den ausschließlichen Bezug von Geldleistungen 2010 und 2016 (Mehrfachnennungen, %)**

Basis: Repräsentativerhebung, Pflegebedürftige in Privathaushalten, die ausschließlich Pflegegeld in Anspruch nehmen

	2010	2016
Pflegebedürftige Person möchte nicht von Fremden gepflegt werden	67	69
Die Betreuung ist dadurch angemessener	73	49
Das Pflegegeld wird zur Deckung der entstehenden laufenden Ausgaben gebraucht (2016)		49
Das Pflegegeld wird zur Deckung der durch die Pflege entstehenden laufenden Ausgaben gebraucht (2010)	83	
Geld wird für laufende Ausgaben zum Lebensunterhalt benötigt (2010)	22	
Hauptpflegeperson möchte nicht, dass die pflegebedürftige Person von Fremden gepflegt wird	47	36
Bei Pflegediensten besteht kein Einfluss auf die Art und Weise, wie die Leistung erbracht wird	37	31
Der Bezug der Geldleistung erlaubt es, auch andere als die vorgesehenen Sachleistungen in Anspruch zu nehmen	43	29

Studie zur Wirkung des PNG und PSG I – TNS Infratest Sozialforschung 2016

### 3.4.3 Pflegesachleistungen und Kombinationsleistungen

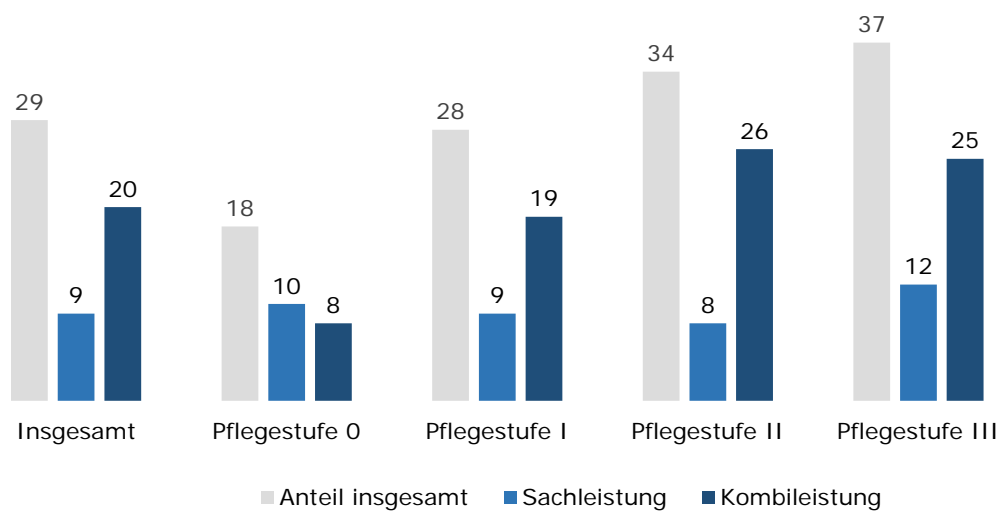
Insgesamt nehmen 29 Prozent der Leistungsbezieher der Pflegeversicherung die Hilfe von ambulanten Pflegediensten in Anspruch. Etwa ein Drittel der Sachleistungsbezieher erhält ausschließlich Sachleistungen. Zwei Drittel erhalten zusätzlich Pflegegeld und beziehen die Sachleistungen als sogenannte Kombileistung. Der Anteil der Pflegebedürftigen, die sich durch ambulante Dienste unterstützen lassen, wächst mit der Schwere der Pflegebedürftigkeit. In Pflegestufe I erhalten 28 Prozent Sachleistungen, in Pflegestufe III sind es 37 Prozent (Abbildung 3.27). Das Verhältnis von 2:1 beim

<sup>14</sup> 2010 wurde der finanzielle Aspekt in zwei getrennten Statements abgefragt, 2016 wurde dies in ein Statement zusammengeführt.

Vergleich von Kombileistungen zu Sachleistungen über alle Pflegestufen hinweg findet sich meist auch in den einzelnen Pflegestufen wieder. In Pflegestufe II ist der Anteil an Kombileistungen etwas höher, und in Pflegestufe 0 überwiegt der ausschließliche Bezug von Sachleistungen den Anteil der Kombileistungen. Dies dürfte daran liegen, dass aufgrund des geringeren Leistungsvolumens in Pflegestufe 0 bei regelmäßiger Hilfe durch ambulante Dienste kaum noch ein Betrag für die Zahlung als Pflegegeld übrig bleibt.

### Abbildung 3.27: Bezug von Pflegesachleistungen und Kombileistungen nach Pflegestufen, 2016 (%)

Basis: Repräsentativerhebung, Pflegebedürftige in Privathaushalten



Studie zur Wirkung des PNG und PSG I – TNS Infratest Sozialforschung 2016

### Gründe für ausschließliche Sachleistungen

Diejenigen, die ausschließlich Sachleistungen in Anspruch nehmen, geben mit 71 Prozent am häufigsten an, dass ohne die ambulanten Dienste die Pflege mit einer Überlastung der Angehörigen verbunden wäre. Auch halten 63 Prozent die professionelle Hilfe von Fachkräften für unverzichtbar. Weitere oft genannte Gründe sind: die Betreuung ist dadurch angemessener (59%), es sind keine oder nicht genügend private Pflegepersonen verfügbar (54%), und der MDK bzw. die Pflegekasse oder der Hausarzt haben die Inanspruchnahme eines Pflegedienstes empfohlen (44%, Tabelle 3.18). Die genannten Gründe weisen darauf hin, dass ambulante Pflegedienste oft erst dann in Anspruch genommen werden, wenn die Pflege ohne professionelle Hilfe nicht mehr sichergestellt werden kann. Eine detaillierte Auswertung nach Pflegestufen ist aufgrund der geringen Fallzahl nicht möglich.

**Tabelle 3.18: Ausgewählte Gründe für den ausschließlichen Bezug von Sachleistungen, 2016 (Mehrfachnennungen, %)**

Basis: Repräsentativerhebung, Pflegebedürftige in Privathaushalten, die ausschließlich Sachleistungen in Anspruch nehmen

	2010	2016
Pflege wäre sonst mit einer Überlastung der Angehörigen verbunden	73	71
Professionelle Hilfen von Fachkräften sind unverzichtbar	83	63
Die Betreuung ist dadurch angemessener	85	59
Keine oder nicht genügend private Pflegepersonen verfügbar	69	54
MDK bzw. die Pflegekasse oder der Hausarzt hat die Inanspruchnahme eines Pflegedienstes empfohlen	71	44
Pflegebedürftige Person will den Angehörigen oder Bekannten nicht noch mehr zur Last fallen	56	38

Studie zur Wirkung des PNG und PSG I – TNS Infratest Sozialforschung 2016

Zur Bewertung des Vergleichs mit 2010 ist voranzustellen, dass 2010 insgesamt mehr Gründe für einen Sachleistungsbezug benannt wurden, sodass die Anteilswerte 2010 höher ausfallen. Die Begrenzung der Überlastung der Angehörigen ist 2010 wie 2016 ein zentrales Argument. Der Anteil der Pflegebedürftigen, die sagen, dass keine oder nicht genügend private Pflegepersonen verfügbar sind und sie deshalb professionelle Hilfe für unverzichtbar halten, ist etwas zurückgegangen.

### Kombileistungen

Als Gründe für eine Entscheidung zu einer Kombination von Geld- und Sachleistungen geben 63 Prozent der Pflegebedürftigen oder deren Angehörige an, dass durch diese Kombination die Betreuung der Pflegebedürftigen angemessener ist. 56 Prozent sehen mehr Handlungsspielraum für die Pflege im Haushalt. Für 43 Prozent ist wichtig, dass so neben den Sachleistungen noch etwas Geld für die sonstigen laufenden Ausgaben im Haushalt zur Verfügung steht. Ein Drittel gibt als Grund für Kombileistungen an, dass so neben den Sachleistungen durch die ambulanten Dienste auch noch eine kleine Aufwandsentschädigung für die private Pflege vorhanden ist (Tabelle 3.19).

**Tabelle 3.19: Ausgewählte Gründe für den Bezug von Kombinationsleistungen, 2016 (Mehrfachnennungen, %)**

Basis: Repräsentativerhebung, Pflegebedürftige in Privathaushalten, die Kombileistungen in Anspruch nehmen

	Insgesamt <sup>1)</sup>	Stufe I	Stufe II	Stufe III
Die Betreuung ist dadurch angemessener	63	56	69	72
Mehr Handlungsspielraum für die Pflege im Haushalt	56	50	64	55
Neben den Sachleistungen steht noch etwas Geld für die sonstigen laufenden Ausgaben im Haushalt zur Verfügung	43	42	48	35
Zusätzlich zu den Sachleistungen noch eine kleine Aufwandsentschädigung für die private Pflege verfügbar	33	37	28	26

1) Pflegestufe 0 ist in der Kategorie „Insgesamt“ inkludiert, sie kann aufgrund der geringen Fallzahl nicht gesondert ausgewiesen werden.

Studie zur Wirkung des PNG und PSG I – TNS Infratest Sozialforschung 2016

Im zeitlichen Verlauf wird sichtbar, dass sich – trotz der Ausweitung der Kombileistungen insgesamt – an der Zusammensetzung der Gründe für den Bezug von Sachleistungen in Kombination mit Geldleistungen nicht viel geändert hat (Tabelle 3.20). Der Bezug von zusätzlichen Geldleistungen ist wichtig als Handlungsspielraum, aber auch, um laufende Ausgaben im Haushalt zu decken.

**Tabelle 3.20: Ausgewählte Gründe für den Bezug von Kombinationsleistungen 2010 und 2016 (Mehrfachnennungen, %)**

Basis: Repräsentativerhebung, Pflegebedürftige in Privathaushalten, die Kombileistungen in Anspruch nehmen

	2010	2016
Die Betreuung ist dadurch angemessener	73	63
Mehr Handlungsspielraum für die Pflege im Haushalt	57	56
Neben den Sachleistungen steht noch etwas Geld für die sonstigen laufenden Ausgaben im Haushalt zur Verfügung	41	43
Zusätzlich zu den Sachleistungen noch eine kleine Aufwandsentschädigung für die private Pflege verfügbar	41	33

Studie zur Wirkung des PNG und PSG I – TNS Infratest Sozialforschung 2016

## Ausbezahltes Pflegegeld

Bei Kombileistungen beziehen Pflegebedürftige neben den Sachleistungen durch ambulante Dienste oder ggf. teilstationäre Leistungen – anteilig entsprechend ihrer nicht verbrauchten Ansprüche – Pflegegeld. Dabei ist die Höhe der ausbezahlten Pflegegelder sehr unterschiedlich und unterscheidet sich nach Pflegestufe (Tabelle 3.21).

**Tabelle 3.21: Höhe des ausbezahlten Pflegegeldes, 2016 (%)**

Basis: Repräsentativerhebung, Pflegebedürftige in Privathaushalten, die Kombileistungen, ggf. auch zusätzliche teilstationäre Leistungen, in Anspruch nehmen

	Insgesamt	Stufe I	Stufe II	Stufe III
Bis unter 100 Euro	3	4	4	-
100 bis unter 200 Euro	9	5	10	7
200 bis unter 300 Euro	34	53	16	7
300 bis unter 400 Euro	11	13	10	4
400 und mehr Euro	18	-	42	45

Fehlend zu 100 = Keine Angabe

- 1) Pflegestufe 0 ist in der Kategorie „Insgesamt“ inkludiert, sie kann aufgrund der geringen Fallzahl nicht gesondert ausgewiesen werden.

Studie zur Wirkung des PNG und PSG I – TNS Infratest Sozialforschung 2016

## Gleichgeschlechtliche Pflege

Die Leistungen der Pflegeversicherung sollen den Pflegebedürftigen nach § 2 SGB XI trotz ihres Hilfebedarfs ein möglichst selbstständiges und selbstbestimmtes Leben ermöglichen, das der Würde des Menschen entspricht. Im Rahmen der Pflegereform 2008 wurde dieser Anspruch auf ein selbstbestimmtes Leben weiter konkretisiert. Absatz 2 sieht vor, dass der Wunsch der Pflegebedürftigen nach gleichgeschlechtlicher Pflege nach Möglichkeit zu berücksichtigen ist.

36 Prozent derjenigen, die Leistungen ambulanter Pflegedienste in Anspruch nehmen, möchten gerne von Personen ihres Geschlechts gepflegt werden. Dabei ist der Anteil unter den pflegebedürftigen Frauen mit 53 Prozent erheblich höher als bei den Männern, von denen nur sieben Prozent eine gleichgeschlechtliche Pflege wünschen. Damit ist der Anteil der Frauen, die diesen Wunsch äußern seit der Pflegestudie 2010 um fast zehn Prozentpunkte gestiegen.

Dem Wunsch nach gleichgeschlechtlicher Pflege wird in der Regel ganz (81%) oder doch weitgehend (17%) entsprochen. Nur ein Prozent hat angegeben, dass es trotz des Wunsches nach gleichgeschlechtlicher Pflege häufig zu einer Pflege durch eine Person des anderen Geschlechts kommt. In bestimmten Konstellationen scheint die Umsetzung der gleichgeschlechtlichen Pflege schwieriger realisierbar zu sein. Aufgrund der geringen Fallzahlen können hier keine gesicherten Erkenntnisse beschrieben werden. Aber es deutet sich an, dass die Umsetzung der gleichgeschlechtlichen Pflege in der Pflegestufe III, wie auch bei Männern, die dies wünschen, schwieriger ist.<sup>15</sup>

### **Pflege und Migrationshintergrund**

Werden Personen ohne Migrationshintergrund von ambulanten Pflegekräften betreut, deren Muttersprache nicht Deutsch ist, kann es zu Verständigungsproblemen kommen, die die Qualität der Pflege beeinträchtigen und insbesondere ältere Pflegebedürftige verunsichern. Ob solche Probleme im Einzelfall auftreten, ist natürlich davon abhängig, wie gut Pflegekräfte, deren Muttersprache nicht Deutsch ist, die deutsche Sprache beherrschen und ob sie gegebenenfalls trotz eines anderen kulturellen Hintergrundes auf die pflegebedürftige Person und ihre Bedürfnisse eingehen können.

Die Daten der Repräsentativerhebung zeigen, dass 73 Prozent der Pflegebedürftigen ohne Migrationshintergrund, die Leistungen ambulanter Pflegedienste nutzen, ausschließlich von Pflegekräften gepflegt werden, die dieselbe Muttersprache sprechen. Weitere 15 Prozent werden überwiegend von Pflegekräften mit derselben Muttersprache gepflegt, und bei neun Prozent werden etwa zu gleichen Teilen Pflegekräfte mit derselben und mit einer anderen Muttersprache eingesetzt. Bei nur zwei Prozent sprechen die Pflegepersonen des Pflegedienstes überwiegend oder ausschließlich nicht die Muttersprache des Pflegebedürftigen. Aufgrund der geringen Fallzahlen lassen sich keine Aussagen treffen, wie gut die Verständigung in diesen Fällen trotz der eventuellen Sprachbarrieren ist. Es finden sich jedoch keine Hinweise auf gravierende Probleme. Insgesamt betrachtet ist für die große Mehrheit der Pflegebedürftigen der Einsatz von nicht muttersprachlichen Pflegekräften offenbar kein relevantes Problem.

Pflegebedürftige mit Migrationshintergrund und Sachleistungsbezug sind in der Stichprobe der Repräsentativerhebung mit einer zu geringen Fallzahl vertreten, als dass die Frage nach der Zufriedenheit mit der Berücksichtigung kultureller und religiöser Bedürfnisse durch den Pflegedienst zuverlässig dargestellt werden kann. Insgesamt hat sich hierzu aber nur ein kleiner Teil unzufrieden äußert.

### **Gewalt in der ambulanten Pflege**

Ausgelöst durch einzelne Fälle, in denen professionelle Pflegekräfte gegenüber Pflegebedürftigen psychisch oder physisch gewalttätig geworden sind, ist das Thema „Gewalt in der Pflege“ zunehmend in den Blickpunkt der Öffentlichkeit geraten. Die Anwendung von Gewalt gegenüber Pflegebedürftigen ist nicht zuletzt deshalb so erschreckend, weil sich Pflegebedürftige gerade durch ihre Pflegebedürftigkeit und die damit einhergehenden körperlichen, geistigen oder psychischen Beeinträchtigungen oft nicht oder nicht ausreichend schützen können und der Gewalt unter Umständen hilflos ausgeliefert sind.

---

<sup>15</sup> Aufgrund der geringen Fallzahlen können keine detaillierteren Ergebnisse berichtet werden.



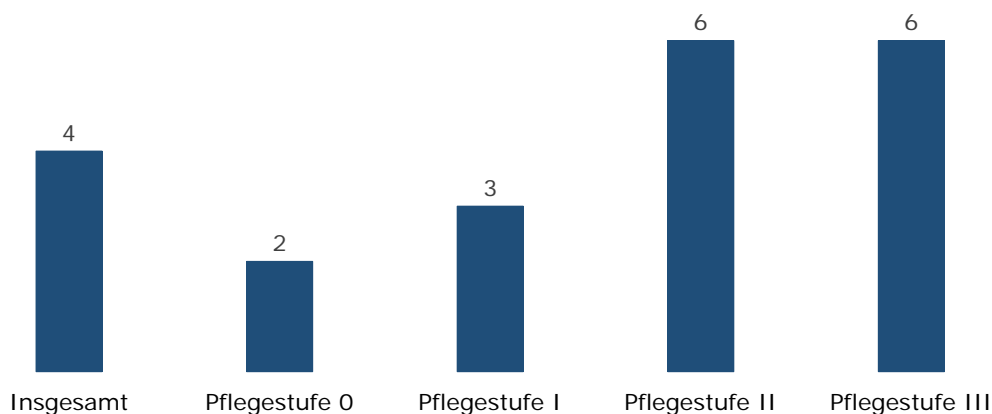
In der Repräsentativbefragung hat ein Prozent derjenigen, die Leistungen ambulanter Pflegedienste in Anspruch nehmen, angegeben, dass ein Mitarbeiter oder eine Mitarbeiterin des Pflegedienstes in den letzten zwölf Monaten der pflegebedürftigen Person oder einem Angehörigen gegenüber verbal oder körperlich gewalttätig geworden ist. In absoluten Zahlen entspricht dies sechs Fällen in der Stichprobe. Aufgrund der geringen Fallzahl ist keine quantitative Auswertung der Reaktionen der Pflegebedürftigen auf die Gewalterfahrung möglich. Von den sechs Betroffenen haben die meisten etwas unternommen, sei es in Form einer Beschwerde, den Wechsel des Pflegedienstes oder einer körperlichen Erwidern. Auch wenn dies eine kleine Zahl ist, so zeigen die sechs Fälle doch, dass es wichtig ist, das Thema „Gewalt in der Pflege“ weiter im Blick zu behalten und Präventionsmaßnahmen auszubauen.

### 3.4.4 Teilstationäre Leistungen

Unter teilstationärer Versorgung (Tages- und Nachtpflege) versteht man die zeitweise Betreuung im Tagesverlauf in einer Pflegeeinrichtung. 78 Tsd. pflegebedürftige Personen in privaten Haushalten (4%) nehmen regelmäßig teilstationäre Leistungen in Form von Tages- und Nachtpflege in Anspruch. Die Inanspruchnahme steigt mit der Schwere der Pflegebedürftigkeit an (Abbildung 3.28). Ein erheblicher Anteil erhält zusätzlich Pflegegeld und/oder Sachleistungen der Pflegeversicherung. Die teilstationäre Versorgung ist daher in einigen Fällen eine Ergänzung des individuellen Pflegearrangements.

**Abbildung 3.28: Inanspruchnahme von teilstationären Leistungen nach Pflegestufe, 2016 (%)**

Basis: Repräsentativerhebung, Pflegebedürftige in Privathaushalten



Studie zur Wirkung des PNG und PSG I – TNS Infratest Sozialforschung 2016

Als Gründe für die Wahl teilstationärer Leistungen geben die Pflegebedürftigen und ihre Angehörigen vorrangig die angemessenere Pflege der Pflegebedürftigen (55%, Tabelle 3.22) wie auch die andernfalls einsetzende Überlastung der Angehörigen an (49%). Dies weist darauf hin, dass eine häusliche

Pflege ohne diese Leistungen nicht möglich wäre und teilstationäre Angebote für diesen, wenn auch kleinen Kreis von Pflegebedürftigen eine sehr wichtige Leistung sind.

**Tabelle 3.22: Ausgewählte Gründe für die Inanspruchnahme von teilstationären Leistungen, 2016 (Mehrfachnennungen, %)**

Basis: Repräsentativerhebung, Pflegebedürftige in Privathaushalten, die teilstationäre Leistungen in Anspruch nehmen

	2016
Betreuung ist dadurch angemessener	55
Ausschließliche Pflege im Haushalt aufgrund der Überlastung der Angehörigen nicht möglich	49
MDK bzw. die Pflegekasse oder der Hausarzt hat die Inanspruchnahme von teilstationären Leistungen empfohlen	33
Keine oder nicht genügend Pflegepersonen verfügbar	30
Tagespflege ermöglicht es der Hauptpflegeperson, berufstätig zu sein	30
Leichtere Gewöhnung an einen anstehenden Umzug in ein Heim	24
Wohnung ist für die Pflege ungeeignet	10

Studie zur Wirkung des PNG und PSG I – TNS Infratest Sozialforschung 2016

Der größte Teil der Personen, die in einer Tagespflegeeinrichtung untergebracht sind, sind mit der Einrichtung alles in allem zufrieden oder sehr zufrieden. Nur zwölf Prozent äußern sich auch kritischer mit „mal so mal so“, weitere zehn Prozent wollen die Einrichtung nicht bewerten. Über Personen in Nachtpflegeeinrichtungen sind aufgrund zu geringer Fallzahlen in der Stichprobe keine Aussagen möglich.

### **Neuerung durch das Pflegestärkungsgesetz I**

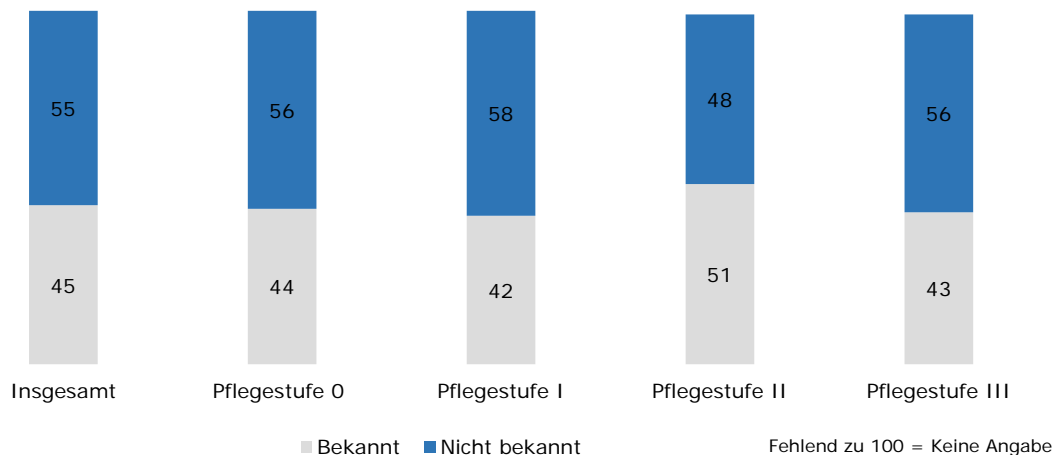
Bezüglich der teilstationären Leistungen der Tages- und Nachtpflege sind besonders durch das PSG I wesentliche Neuregelungen erfolgt. Die teilstationären Leistungen sind hierdurch vollständig von den anderen ambulanten Leistungen entkoppelt worden, so dass seit 2015 keinerlei Anrechnung mehr auf die Leistungsbeträge der Hauptleistungsarten erfolgt. Hierdurch können nun ambulante Pflegegeld- oder Sachleistungen und Tages-/Nachtpflege gleichzeitig mit jeweils den vollen Leistungshöhen in Anspruch genommen werden und es kann ein entsprechend verzahntes Versorgungssetting aufgebaut werden. Dieser doppelte Anspruch auf ambulante und teilstationäre Leistungen wurde in § 123 SGB XI auch analog auf die Personen der Pflegestufe 0 ausgedehnt.

Inwiefern dieser neue Leistungsanspruch bei den Leistungsbezieherinnen und Leistungsbeziehern der Pflegeversicherung bekannt ist, war Teil des Untersuchungsauftrags der Pflegestudie 2016. Hier zeigt sich, dass weniger als der Hälfte der Pflegebedürftigen oder deren Angehörigen diese neue Leistung

der Pflegeversicherung bekannt ist (45%). Während sich kaum Unterschiede nach Pflegestufe ausmachen lassen (Abbildung 3.29), zeigen sich jedoch Unterschiede, je nachdem, welche Befragungsperson die Frage im Interview beantwortet hat. Es wird deutlich, dass sich von allen drei Gruppen, die zur Beantwortung des Fragebogens zugelassen waren,<sup>16</sup> die Hauptpflegepersonen am besten mit den gesetzlichen Regelungen auskennen. Jedoch ist auch in der Gruppe der Hauptpflegepersonen gerade einmal die Hälfte über die Leistungsausweitung bezüglich zusätzlicher Inanspruchnahme von teilstationären Leistungen ohne Leistungskürzungen bei anderen Leistungen der Pflegeversicherung informiert. Den Pflegebedürftigen selbst, die Auskunft über ihre Situation gaben, war diese Neuerung nur zu einem Drittel bekannt.

**Abbildung 3.29: Bekanntheit: Pflegebedürftige Personen können seit 2015 teilstationäre Tages- und Nachtpflege zusätzlich zu ambulanten Pflegesachleistungen, Pflegegeld oder der Kombinationsleistung in Anspruch nehmen, ohne dass eine Anrechnung auf diese Ansprüche erfolgt (%)**

Basis: Repräsentativerhebung, Pflegebedürftige in Privathaushalten



Studie zur Wirkung des PNG und PSG I – TNS Infratest Sozialforschung 2016

Betrachtet man die Daten der BARMER GEK, ist durch die Gesetzesänderung zu erwarten, dass in Folge des PSG I im Jahre 2015 eine Steigerung der Inanspruchnahme bei Pflegebedürftigen erfolgt und ebenso in ähnlicher Form auch bei den erstmalig Leistungsberechtigten der Pflegestufe 0 eine Steigerung zu erkennen ist.

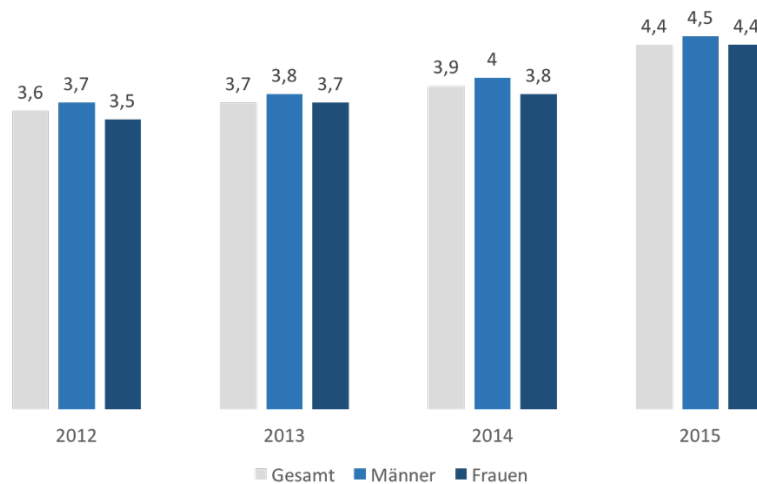
Abbildung 3.30 zeigt, dass es bereits seit dem Jahr 2012 zu einer leichten, aber kontinuierlichen Steigerung der Inanspruchnahme bei Pflegebedürftigen gekommen ist. Auch wenn der Leistungsbezug mit etwa 4 Prozent nur auf einem relativ geringen Niveau angesiedelt ist, steigt er von Jahr zu Jahr an. Auffällig ist dabei, dass es zwischen den Geschlechtern nur minimale Unterschiede gibt, was dafür spricht, dass teilstationäre Leistungen eher aus den Anforderungen der Pflegepersonen und

<sup>16</sup> Das Interview konnte von der Pflegeperson selbst, der Hauptpflegeperson oder einem anderen nahen Angehörigen im Haushalt geführt werden. Bedingung war, dass der Interviewpartner über die Pflegesituation im Haushalt Auskunft geben kann: In 53 Prozent war dies die Hauptpflegeperson, in 29 Prozent die pflegebedürftige Person und in 18 Prozent sonstige Haushaltsangehörige.

somit des Gesamtsettings denn aus speziellen Bedürfnissen der Pflegebedürftigen in Anspruch genommen werden. Der beschriebene Trend einer minimalen Steigerung von Jahr zu Jahr setzt sich im letzten Berichtsjahr 2015 nicht linear fort. Hier ist mit 0,5 Prozentpunkten eine Steigerung zu erkennen, die gegenüber denen der Vorjahre fast das Dreifache beträgt. Es kann daher davon ausgegangen werden, dass es sich um einen direkten Effekt aus den Neuregelungen des PSG I handelt. Durch die ungekürzte Fortzahlung in den Hauptleistungsarten ist die teilstationäre Pflege als zusätzliches Element eines komplexen Versorgungssettings attraktiver geworden.

**Abbildung 3.30: Anteil der Pflegebedürftigen (ohne PS 0), die innerhalb eines Monats teilstationäre Leistungen erhalten haben (%)**

Basis: Versicherte der BARMER GEK, Erfassung über den Durchschnitt der ersten neun Monate des Jahres, Hochrechnung auf die BRD

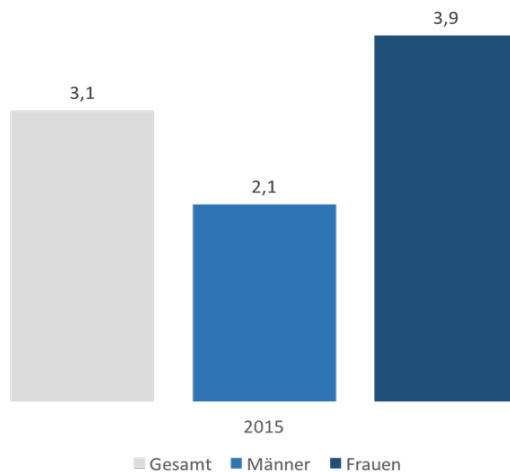


Studie zur Wirkung des PNG und PSG I – Universität Bremen 2016

Dies kann in leicht geringerem Umfang auch für die Leistungsempfänger der Pflegestufe 0 nachgewiesen werden. 3,1 Prozent dieser Personen beanspruchte bereits im ersten Jahr teilstationäre Leistungen, wobei der Anteil der weiblichen Leistungsnehmer fast doppelt so hoch ist wie der der männlichen (Abbildung 3.31). Dass die Inanspruchnahmequote leicht hinter den Anteilen der Pflegebedürftigen zurückliegt, kann sowohl mit einem noch verzögerten Einführungseffekt als auch mit den relativ geringen absoluten Leistungshöhen in Zusammenhang gebracht werden. Betrachtet man teilstationäre Leistungen eher als zusätzliches Element in der Versorgung, dann führt ihre Inanspruchnahme unter geringen Leistungsbeträgen unter Umständen trotzdem zu höheren finanziellen Belastungen der Leistungsnehmer und ihrer Pflegepersonen.

**Abbildung 3.31: Anteil der Leistungsempfänger in PS 0, die innerhalb eines Monats teilstationäre Leistungen erhalten haben (%)**

Basis: Versicherte der BARMER GEK, Erfassung über den Durchschnitt der ersten neun Monate des Jahres, Hochrechnung auf die BRD



Studie zur Wirkung des PNG und PSG I – Universität Bremen 2016

**3.4.5 Leistungen der „häuslichen Betreuung“, niedrigschwellige Hilfe sowie „zusätzliche Betreuungs- und Entlastungsleistungen“**

Die zusätzlichen Betreuungs- und Entlastungsleistungen (§ 45b SGB XI) wurden bereits 2008 für Menschen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz im Sinne von § 45a SGB XI in den Leistungskatalog der Pflegeversicherung aufgenommen. Aufgrund von demenzbedingten Fähigkeitsstörungen, geistigen Behinderungen oder psychischen Erkrankungen können Menschen in ihrer Alltagskompetenz auf Dauer erheblich eingeschränkt sein und dadurch besonders auf Betreuung und Beaufsichtigung angewiesen sein. Dieser zusätzliche Betreuungsbedarf wird von der Pflegeversicherung in besonderem Maße unterstützt. Je nach Umfang und Schwere der vorliegenden eingeschränkten Alltagskompetenz erhalten Betroffene und ihre Angehörigen eine Kostenerstattung in Höhe von bis zu 104 Euro (Grundbetrag) oder bis zu 208 Euro (erhöhter Betrag) monatlich, zweckgebunden für die Inanspruchnahme entsprechender Leistungen.

Auch Pflegebedürftige ohne erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz haben mit dem PSG I seit dem 1. Januar 2015 einen Anspruch auf zusätzliche Betreuungs- und Entlastungsleistungen in Höhe des Grundbetrages und können sich die hierfür entstehenden Kosten bis zu einer Höhe von 104 Euro im Monat erstatten lassen. Bei den zusätzlichen Betreuungs- und Entlastungsleistungen handelt es sich um qualitätsgesicherte Betreuungs- und Entlastungsleistungen in Form einer teilstationären Tages- oder Nachtpflege, einer Kurzzeitpflege, besonderer Angebote der allgemeinen Anleitung und Betreuung oder hauswirtschaftlichen Versorgung ambulanter Pflegedienste (nicht aber Leistungen der Grundpflege). Die Leistungen können auch in Form von niedrigschwelligen Betreuungs- und Entlastungsangeboten erbracht werden.

Ein Fünftel aller pflegebedürftigen Personen in Privathaushalten nimmt die zusätzlichen Betreuungs- und Entlastungsleistungen in Anspruch. 55 Prozent machen von ihrem Anspruch keinen Gebrauch, während fast ein Viertel der Pflegebedürftigen den Anspruch auf diese Leistung nicht kennt (Tabelle 3.23). Bei Pflegebedürftigen mit eingeschränkter Alltagskompetenz (PEA) – und damit der ursprünglichen Zielgruppe der Leistung – liegt der Anteil derer, die zusätzliche Betreuungs- und Entlastungsleistungen in Anspruch nehmen, unabhängig von der Pflegestufe bei 28 Prozent (Tabelle 3.24).

**Tabelle 3.23: Inanspruchnahme zusätzlicher Betreuungs- und Entlastungsleistungen, 2016 (%)**

Basis: Repräsentativerhebung, Pflegebedürftige in Privathaushalten

	Insgesamt	Stufe 0	Stufe I	Stufe II	Stufe III
Inanspruchnahme	20	22	18	22	31
Nicht in Anspruch genommen	55	56	57	56	46
Leistung nicht bekannt	24	22	25	21	22

Fehlende zu 100% = Keine Angabe

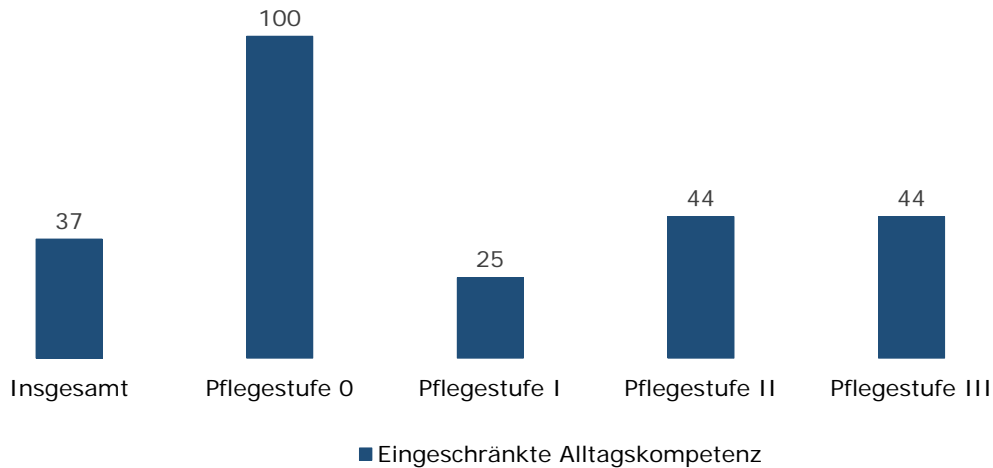
Studie zur Wirkung des PNG und PSG I – TNS Infratest Sozialforschung 2016

Der Anteil der pflegebedürftigen Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz ist je nach Pflegestufe unterschiedlich hoch: In Pflegestufe 0 ist der Anteil definitionsgemäß bei 100 Prozent, während er bei Stufe I bei 25 Prozent liegt. Pflegebedürftigen der Pflegestufen II und III wird jeweils zu 44 Prozent eine eingeschränkte Alltagskompetenz beschieden (Abbildung 3.32). Damit erklärt sich die unterschiedliche Inanspruchnahme der zusätzlichen Betreuungs- und Entlastungsleistungen nach Pflegestufen nur zum Teil. Es zeigt sich, dass die zusätzlichen Betreuungs- und Entlastungsleistungen in Pflegestufe II von 22 Prozent der Pflegebedürftigen in Anspruch genommen werden, in Stufe III sind es 31 Prozent. Dies mag weiter mit einem generell erhöhten Pflegebedarf und der damit einhergehenden größeren Belastung der privaten Pflegepersonen zusammenhängen, was wiederum dazu führt, mit größerer Bereitschaft zusätzliche Angebote zur Betreuung und Entlastung anzunehmen.

Bei Pflegebedürftigen mit eingeschränkter Alltagskompetenz oder deren Angehörigen ist der Anteil derer, die die zusätzlichen Betreuungs- und Entlastungsleistungen kennen, höher. Von ihnen beziehen 56 Prozent den erhöhten Betrag.

**Abbildung 3.32: Anteil der Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz nach Pflegestufen, 2016 (%)**

Basis: Repräsentativerhebung, Pflegebedürftige in Privathaushalten



Studie zur Wirkung des PNG und PSG I – TNS Infratest Sozialforschung 2016

**Tabelle 3.24: Zusätzliche Betreuungs- und Entlastungsleistungen und eingeschränkte Alltagskompetenz, 2016 (%)**

Basis: Repräsentativerhebung, Pflegebedürftige in Privathaushalten

	Insgesamt	Ohne eingeschränkte Alltagskompetenz	Mit eingeschränkter Alltagskompetenz
Inanspruchnahme	20	16	28
Nicht in Anspruch genommen	55	56	55
Leistung nicht bekannt	24	28	17

Fehlend zu 100 = Keine Angabe

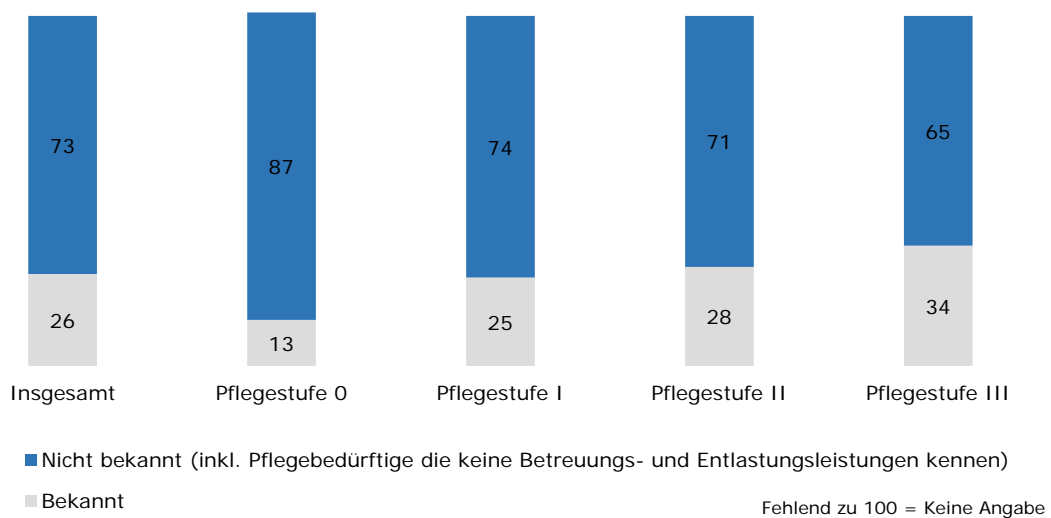
Studie zur Wirkung des PNG und PSG I – TNS Infratest Sozialforschung 2016

Ein wesentlicher Bestandteil der Änderung durch das PSG I bestand darin, die Leistungen der zusätzlichen Betreuung und Entlastung allen Leistungsbeziehern der Pflegeversicherung zugänglich zu machen. Im Vorgriff auf den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff des PSG II stehen die Leistungen nach § 45b SGB XI zusätzlich auch den Pflegebedürftigen ohne eingeschränkte Alltagskompetenz zur Verfügung. Wie vielen Pflegebedürftigen ist dies bekannt? Bezogen auf alle Pflegebedürftigen in Privat-

haushalten gibt ein Viertel an, die Ausweitung der Anspruchsberechtigten zu kennen (Abbildung 3.33). Der Anstieg der Bekanntheitsanteile mit ansteigender Pflegestufe kann als wachsender Bedarf an Unterstützung interpretiert werden.

**Abbildung 3.33: Bekanntheit: Zusätzliche Betreuungs- und Entlastungsleistungen können seit 2015 auch von Personen ohne eingeschränkte Alltagskompetenz in Anspruch genommen werden, 2016 (%)**

Basis: Repräsentativerhebung, Pflegebedürftige in Privathaushalten



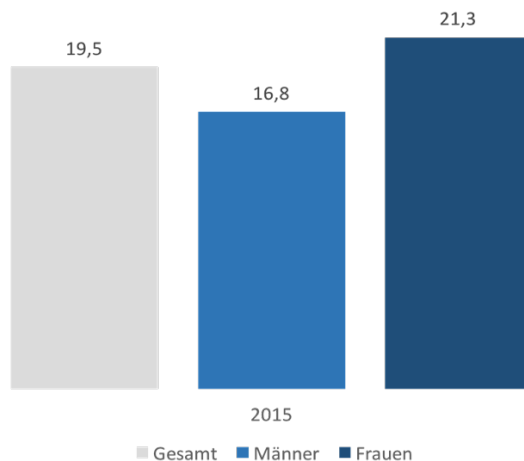
Studie zur Wirkung des PNG und PSG I – TNS Infratest Sozialforschung 2016

Auch die Daten der BARMER GEK zeigen (Abbildung 3.34), dass die zusätzlichen Betreuungs- und Entlastungsleistungen im ersten Jahr bereits von rund jedem fünften Pflegebedürftigen ohne eingeschränkte Alltagskompetenz in Anspruch genommen worden sind. Der auf dieser methodisch unterschiedlichen Grundlage ermittelte Anteil liegt sogar noch etwas höher als in der repräsentativen Querschnitterhebung. Insgesamt ist die Inanspruchnahme als sehr hoch zu bewerten, da die entsprechenden Leistungen nur über formal anerkannte Leistungserbringer in Anspruch genommen werden können, etwa zwei Drittel der ambulant versorgten Pflegebedürftigen jedoch in einem Pflegearrangement ohne die Beteiligung formeller Leistungserbringer leben. In der praktischen Umsetzung kann es jedoch auch so sein, dass in den Versorgungssettings, in denen bereits professionelle Dienstleister eingebunden sind, verstärkt auf die Inanspruchnahme der zusätzlichen Leistungen hingewirkt wird. In diesem Fall sind die zusätzlichen Leistungen für den Pflegebedürftigen eine Erweiterung der insgesamt abrufbaren zeitlichen und finanziellen Ressourcen, ohne dass ihm dafür ein zusätzlicher Verwaltungsaufwand entstehen würde.



**Abbildung 3.34: Anteil der Pflegebedürftigen ohne EA, die innerhalb eines Monats Betreuungs- und Entlastungsleistungen nach § 45b SGB XI erhalten haben (%)**

Basis: Versicherte der BARMER GEK, Erfassung über den Durchschnitt der ersten neun Monate des Jahres, Hochrechnung auf die BRD



Studie zur Wirkung des PNG und PSG I – Universität Bremen 2016

**Art der finanzierten Leistungen**

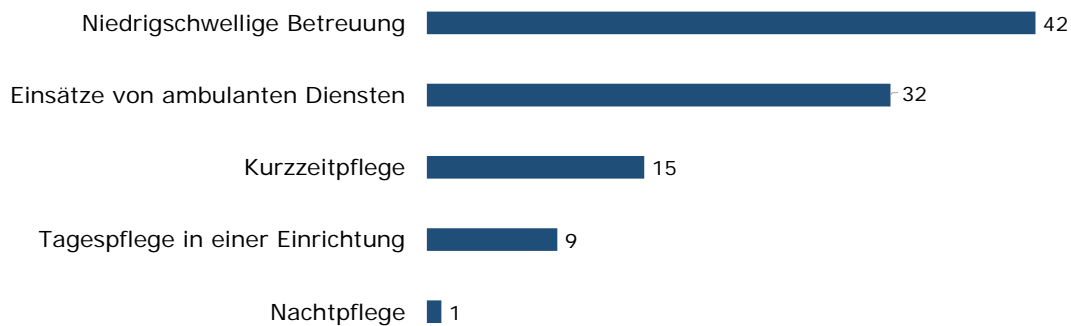
Aktuell nehmen Pflegebedürftige in Privathaushalten, die die Erstattung aufgrund von zusätzlichen Betreuungs- und Entlastungsleistungen nutzen, vor allem niedrigschwellige Betreuung (42%) in Anspruch. 32 Prozent bezahlen davon ambulante Pflegedienste, 15 Prozent setzen das Geld für Kurzzeitpflege und neun Prozent für Tagespflege ein (Abbildung 3.35). Nachtpflege spielt bei der Geldverwendung kaum eine Rolle, dafür geben 21 Prozent an, das Geld für weitere Leistungen aufzuwenden (ohne Abbildung) Wie bereits erwähnt, handelt es sich um zweckgebundene Leistungen, die primär zur Finanzierung von niedrigschwelligen Betreuungsangeboten, Angeboten der ambulanten Dienste oder für teilstationäre Hilfen genutzt werden. Von daher überrascht es nicht, dass diejenigen, die als Regelleistung der Pflegeversicherung teilstationäre Angebote nutzen, im Falle des Beanspruchens von zusätzlichen Betreuungs- und Entlastungsleistungen diese dann auch zu 61 Prozent als Tagespflege nutzen. Bezieher von ambulanten Sachleistungen und auch Kombileistungen nutzen durch die Erstattungen der zusätzlichen Betreuungsleistungen zu 44 Prozent weitere Einsätze von ambulanten Diensten.

Im Jahr 2010 ergab sich in der Repräsentativerhebung bei der Verwendungsstruktur der zusätzlichen Betreuungs- und Entlastungsleistungen ein anderes Bild. Allerdings ist dabei zu berücksichtigen, dass sich die Gruppe der Anspruchsberechtigten 2010 auf Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz beschränkte, während heute alle Pflegebedürftigen einbezogen sind. Vergleicht man für Pflegebedürftige mit eingeschränkter Alltagskompetenz die Verwendungsart für die beiden Zeitpunkte, wird ein Zuwachs bei Einsätzen der ambulanten Dienste sichtbar, wie auch ein Rückgang bei den stationären Einsätzen, sowohl in Form von Kurzzeitpflege als auch Tagespflege (Abbildung 3.36). Die Ausweitung des Kreises der Anspruchsberechtigten hat in erster Linie zu einem steigenden Einsatz der

ambulanten Dienste geführt. Pflegebedürftige ohne eingeschränkte Alltagskompetenz greifen vermehrt auf das Angebot der Pflegedienste zurück (40%) denn auf niedrigschwellige Betreuungs- und Entlastungsangebote.

**Abbildung 3.35: Verwendung der zusätzlichen Betreuungs- und Entlastungsleistungen in den letzten zwölf Monaten, 2016 (Mehrfachnennungen, %)**

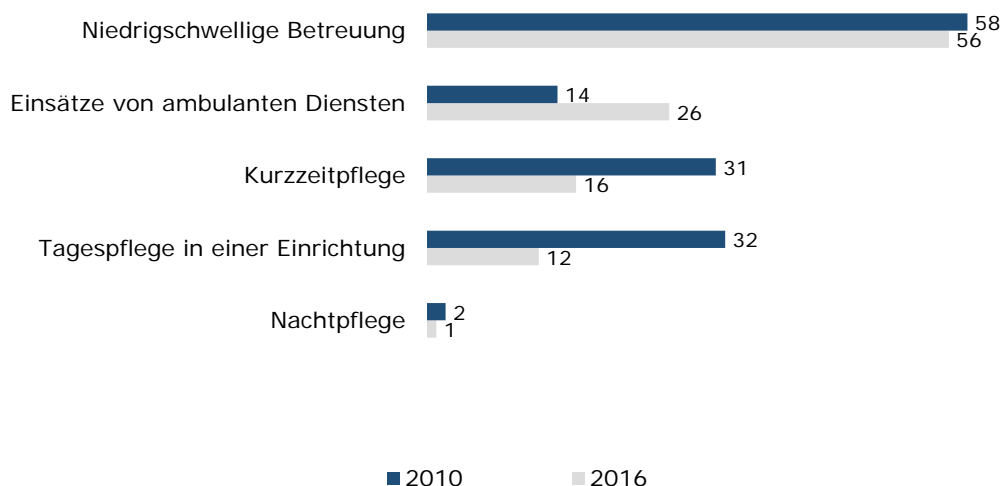
Basis: Repräsentativerhebung, Pflegebedürftige in Privathaushalten, die zusätzliche Betreuungs- und Entlastungsleistungen in Anspruch nehmen



Studie zur Wirkung des PNG und PSG I – TNS Infratest Sozialforschung 2016

**Abbildung 3.36: Verwendung der zusätzlichen Betreuungs- und Entlastungsleistungen in den letzten zwölf Monaten, 2010 und 2016 (Mehrfachnennungen, %)**

Basis: Repräsentativerhebung, Pflegebedürftige mit eingeschränkter Alltagskompetenz in Privathaushalten, die zusätzliche Betreuungs- und Entlastungsleistungen in Anspruch nehmen



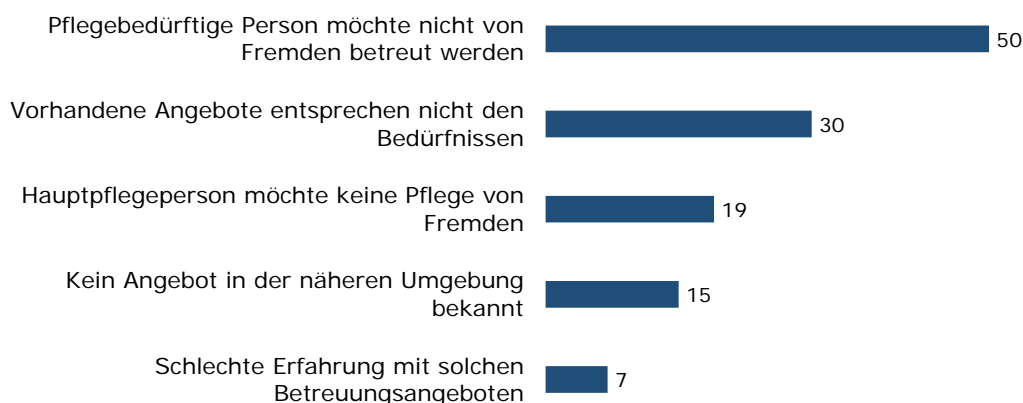
Studie zur Wirkung des PNG und PSG I – TNS Infratest Sozialforschung 2016

### Gründe für die Nicht-Inanspruchnahme

Nach den Ergebnissen der Repräsentativerhebung nutzen 55 Prozent aller Pflegebedürftigen keine der abrechnungsfähigen zusätzlichen Betreuungs- und Entlastungsleistungen, obwohl ihnen der Anspruch bekannt ist. Hinweise darauf, warum dies so ist, geben die Antworten auf die Frage, weshalb keine niedrigschwelligen Betreuungsangebote in Anspruch genommen werden. Als Hinderungsgründe werden von denjenigen, die das Betreuungsangebot kennen, jedoch keine niedrigschwelligen Betreuungs- und Entlastungsangebote nutzen, vor allem benannt, dass die pflegebedürftige Person nicht durch fremde Personen betreut werden möchte (50%) und dass die vorhandenen Angebote nicht ihren Bedürfnissen entsprechen (30%). Vorbehalte der Hauptpflegeperson gegenüber einer Betreuung durch Fremde werden hingegen in knapp einem Fünftel der Fälle als Grund für die Nicht-Inanspruchnahme angeführt. Etwa 15 Prozent kennen kein entsprechendes Angebot in der näheren Umgebung (Abbildung 3.37).

#### Abbildung 3.37: Ausgewählte Gründe für die Nicht-Inanspruchnahme von Betreuungs- und Entlastungsleistungen, 2016 (Mehrfachnennungen, %)

Basis: Repräsentativerhebung, Pflegebedürftige in Privathaushalten, denen zusätzliche Betreuungs- und Entlastungsleistungen bekannt sind und die keine niedrigschwelligen Betreuungsangebote in Anspruch nehmen



Studie zur Wirkung des PNG und PSG I – TNS Infratest Sozialforschung 2016

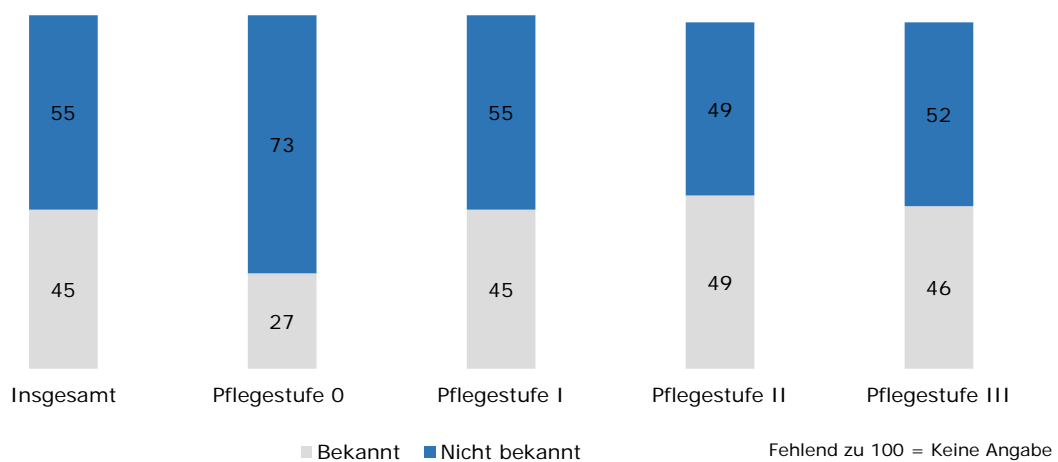
### Bekanntheit weiterer Neuerungen im Pflegestärkungsgesetz I

Das PSG I sieht Kombinationsmöglichkeiten zwischen den verschiedenen Leistungsarten vor und beabsichtigt, damit eine möglichst individuelle und passgenaue Versorgung für jeden Pflegebedürftigen in der häuslichen Pflege zu ermöglichen. Vorausgesetzt, die Grundpflege ist abgedeckt, kann derjenige, der seinen Anspruch auf ambulante Pflegesachleistungen nicht voll ausschöpft, den nicht für den Bezug von ambulanten Sachleistungen genutzten Betrag – aber maximal 40 Prozent des hierfür vorgesehenen Leistungsbetrages – für zusätzliche niedrigschwellige Betreuungs- und Entlastungsangebote verwenden. Ob den Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen diese Neuerung auch bekannt ist, wurde in der Repräsentativerhebung 2016 erfragt (Abbildung 3.38). 45 Prozent aller Pflegebedürftigen oder ihrer Angehörigen war dies bekannt. Elf Prozent aller Personen, die Kenntnis von

dieser Neuerung hatten, beziehungsweise fünf Prozent umgerechnet auf alle Pflegebedürftigen in Privathaushalten berichten, von der neuen Möglichkeit der Umwidmung Gebrauch gemacht zu haben.

**Abbildung 3.38: Bekanntheit der Leistungsumwidmung von bis zu 40 Prozent der Sachleistungen in zusätzliche Betreuungs- und Entlastungsleistungen, 2016 (%)**

Basis: Repräsentativerhebung, Pflegebedürftige in Privathaushalten

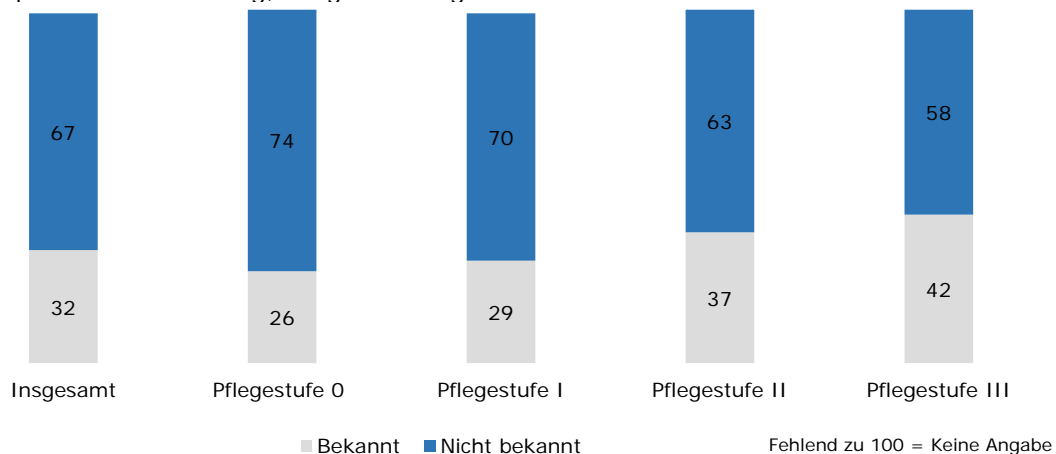


Studie zur Wirkung des PNG und PSG I – TNS Infratest Sozialforschung 2016

Zur weiteren Entlastung der Angehörigen wurde mit dem PSG I festgeschrieben, dass die zusätzlichen Betreuungs- und Entlastungsangebote auch zu diesem Zwecke in Anspruch genommen werden können bzw. Entlastungsangebote mit einer klaren Zielsetzung der Entlastung für Angehörige auszugestalten sind. Ein knappes Drittel der Pflegebedürftigen oder deren Angehörigen weiß von den Neuerungen in diesem Bereich (Abbildung 3.39). An dieser Stelle wäre es wichtig, die Informationen über dieses Leistungsangebot breit zu streuen, um die Angehörigen zu erreichen und sie und die Hauptpflegepersonen sinnvoll unterstützen zu können.

**Abbildung 3.39: Bekanntheit der Möglichkeit, auch solche zusätzlichen Betreuungs- und Entlastungsangebote in Anspruch zu nehmen, die gezielt auf die Pflegepersonen ausgerichtet sind und diese entlasten sollen, 2016 (%)**

Basis: Repräsentativerhebung, Pflegebedürftige in Privathaushalten



Studie zur Wirkung des PNG und PSG I – TNS Infratest Sozialforschung 2016

### 3.4.6 Kurzzeit- und Verhinderungspflege

Bei der häuslich organisierten Pflege können Situationen auftreten, in denen die Pflege nicht durch die private Pflegeperson erbracht werden kann. Für solche Fälle sieht das System der Pflegeversicherung in Deutschland kurzfristig zu organisierende Unterstützungsmöglichkeiten vor.

Ist eine pflegebedürftige Person für eine begrenzte Zeit auf vollstationäre Pflege angewiesen, zum Beispiel übergangsweise nach einem Krankenhausaufenthalt oder zur Bewältigung von Krisensituationen bei der häuslichen Pflege, kann sie Kurzzeitpflege in entsprechenden stationären Einrichtungen in Anspruch nehmen. Der Leistungsanspruch gegenüber der Pflegeversicherung besteht für acht Wochen im Kalenderjahr und wurde damit ab 2015 um vier Wochen erhöht. Er ist unabhängig von der Pflegestufe auf eine maximale Leistung von 1.612 € pro Kalenderjahr beschränkt. Insgesamt haben etwa zwölf Prozent der Pflegebedürftigen innerhalb der letzten zwölf Monate Kurzzeitpflege in Anspruch genommen. Mit steigender Pflegestufe steigt auch der Anteil der Pflegebedürftigen, die innerhalb des letzten Jahres in stationärer Kurzzeitpflege waren (Abbildung 3.40).

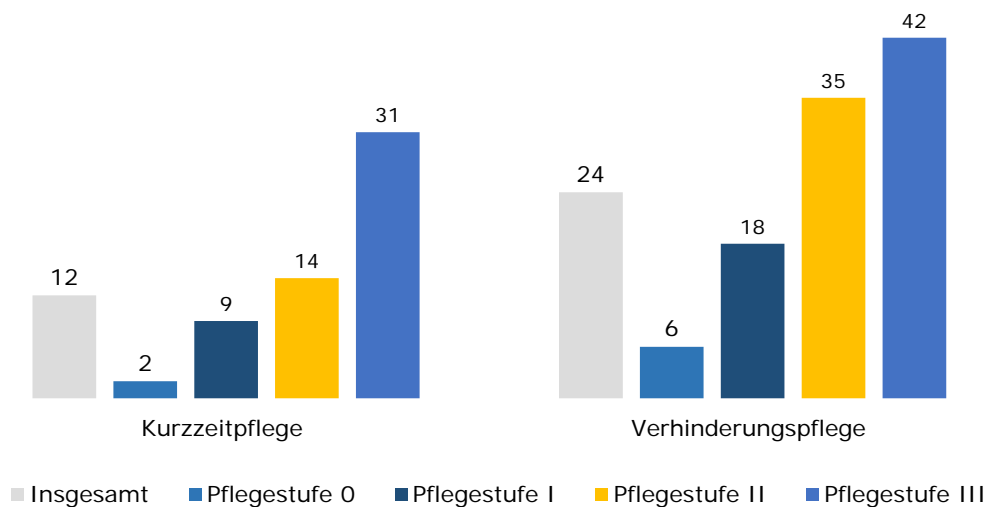
Ist die private Pflegeperson vorübergehend durch Krankheit oder Urlaub verhindert und kann daher die Pflege nicht selbst leisten, ist es möglich, Verhinderungspflege in Anspruch zu nehmen. Die Pflegeversicherung übernimmt die Kosten für diese Ersatzpflege für bis zu sechs Wochen pro Kalenderjahr – und damit ab dem 1. Januar 2015 für einen zwei Wochen längeren Zeitraum als früher. Auch hier ist die Kostenübernahme durch die Pflegeversicherung unabhängig von der Pflegestufe auf eine maximale Leistung von 1.612 € pro Kalenderjahr beschränkt.<sup>17</sup> Etwa ein Viertel der Pflegebedürftigen

<sup>17</sup> Aufgrund der Kombination von Kurzzeit- und Verhinderungspflege kann sich der bewilligte Leistungsbetrag erhöhen; hierauf wird am Ende des Unterkapitels eingegangen.

hat in den letzten zwölf Monaten Verhinderungspflege in Anspruch genommen. Auch hier steigt der Anteil der Pflegebedürftigen mit Verhinderungspflege mit der Pflegestufe (Abbildung 3.40). Wird Verhinderungspflege von einem knappen Fünftel der Pflegebedürftigen der Pflegestufe I in Anspruch genommen, so sind es bei Pflegebedürftigen der Pflegestufe III mehr als zwei Fünftel.

**Abbildung 3.40: Bezug von Kurzzeitpflege und Verhinderungspflege in den letzten zwölf Monaten nach Pflegestufe (%)**

Basis: Repräsentativerhebung, Pflegebedürftige in Privathaushalten

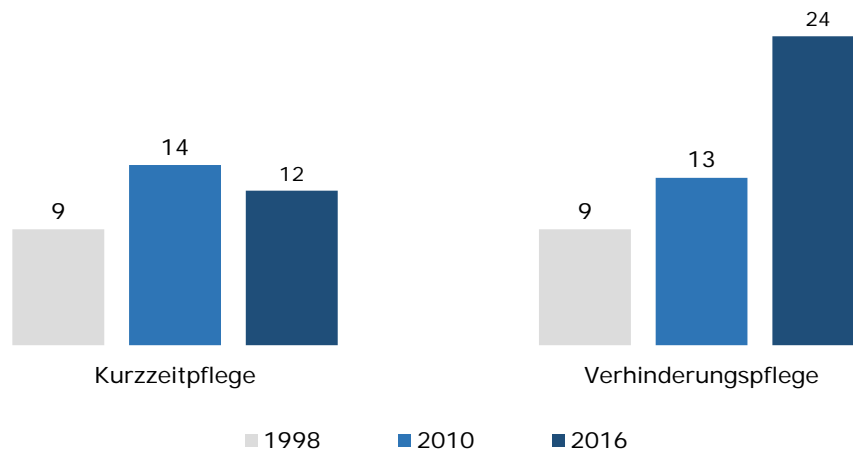


Studie zur Wirkung des PNG und PSG I – TNS Infratest Sozialforschung 2016

Im Trend zeigt sich, dass die Inanspruchnahme der Kurzzeitpflege über die letzten 18 Jahre vergleichsweise stabil auf einem Niveau um die zwölf Prozent geblieben ist, während der Anteil der Verhinderungspflege von neun Prozent 1998 auf 24 Prozent im Jahr 2016 gestiegen ist (Abbildung 3.41). Die Nutzung der Kurzzeitpflege in einer stationären Einrichtung scheint in erster Linie am Bedarf der Pflegebedürftigen selbst orientiert zu sein, während bei der Verhinderungspflege das komplette Pflegearrangement in den Blick kommt. Verteilt sich die Last der Pflege und Betreuung inzwischen auf weniger Schultern, sinkt also die Zahl der verfügbaren Betreuungspersonen, so müssen für Ausnahmesituationen und bei Verhinderung der Hauptpflegepersonen andere Lösungen gefunden werden. Die Verhinderungspflege bietet eine gute Möglichkeit, die Pflegebedürftigen in ihrer häuslichen Umgebung zu belassen und trotzdem die Pflege und Betreuung sicherzustellen.

**Abbildung 3.41: Kurzzeitpflege und Verhinderungspflege in den letzten zwölf Monaten 1998, 2010 und 2016 (%)**

Basis: Repräsentativerhebung, Pflegebedürftige in Privathaushalten



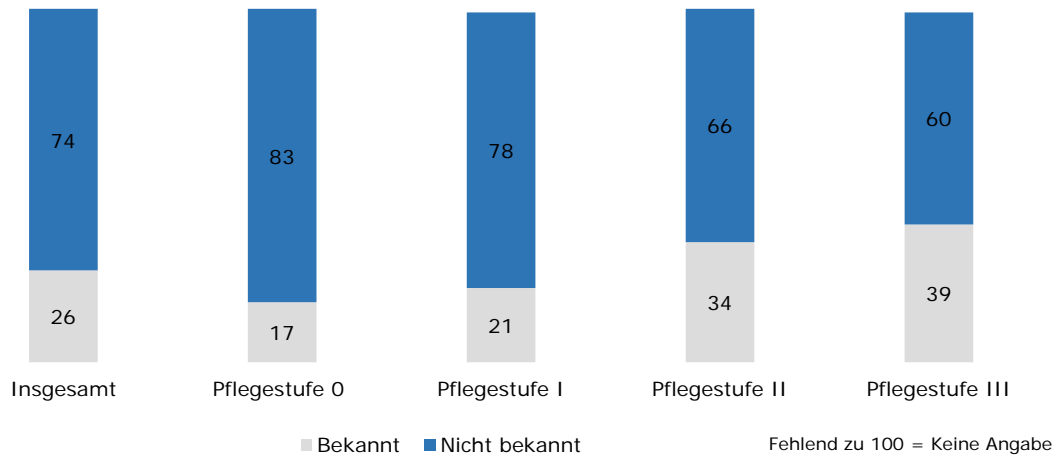
Studie zur Wirkung des PNG und PSG I – TNS Infratest Sozialforschung 2016

Um Pflegearrangements individuell zu unterstützen, verankert das PSG I einige Neuerungen im SGB XI im Bereich der Kurzzeit- und Verhinderungspflege, die zum 1.01.2015 in Kraft getreten sind. In der Repräsentativerhebung 2016 wurde erfragt, ob diese den Pflegebedürftigen oder deren Angehörigen bekannt sind.

Eine Änderung betrifft den Leistungszeitraum, der für Verhinderungspflege bzw. Kurzzeitpflege vorgesehen ist. Die Ausweitung des Leistungszeitraums bei der Kurzzeitpflege von vier auf acht Wochen je Kalenderjahr ist gut einem Viertel der Pflegebedürftigen oder deren Angehörigen bekannt. Überdurchschnittlich häufig wissen von dieser Leistungserweiterung Personen in Haushalten, in denen die pflegebedürftige Person innerhalb der letzten zwölf Monate in stationärer Kurzzeitpflege war (47%). Pflegebedürftige der Pflegestufe II und III sind ebenfalls überdurchschnittlich gut informiert (34% und 39%, Abbildung 3.42).

**Abbildung 3.42: Bekanntheit der Ausweitung des Leistungsumfangs seit Januar 2015 bei Kurzzeitpflege von vier auf acht Wochen, 2016 (%)**

Basis: Repräsentativerhebung, Pflegebedürftige in Privathaushalten



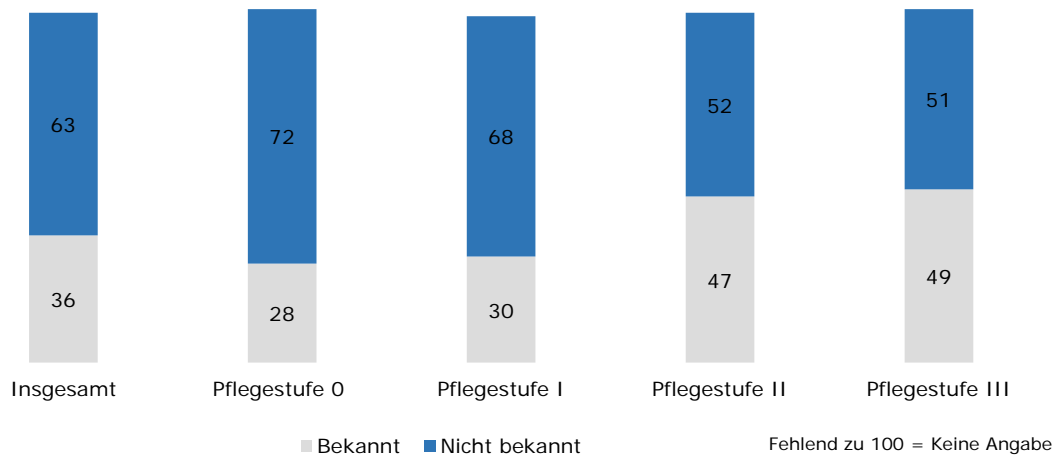
Studie zur Wirkung des PNG und PSG I – TNS Infratest Sozialforschung 2016

Die Erhöhung der Anspruchsdauer bei der Verhinderungspflege von vier auf sechs Wochen je Kalenderjahr ist 36 Prozent der Pflegebedürftigen oder deren Angehörigen bekannt. Auch hier sind Personen in Haushalten mit einer pflegebedürftigen Person der Pflegestufe II und III besser informiert (47% und 49%, Abbildung 3.43). Wurde in den letzten zwölf Monaten Verhinderungspflege in Anspruch genommen, so ist die Ausweitung der Leistungsdauer 61 Prozent der Pflegebedürftigen oder deren Angehörigen bekannt. Auch wenn der Informationsstand bei Haushalten, in denen mehr Pflege anfällt, höher ist, ist der Bedarf nach einer breiteren Information durch Pflegekassen und Beratungsstellen gegeben.



**Abbildung 3.43: Bekanntheit der Ausweitung des Leistungsumfangs seit Januar 2015 bei Verhinderungspflege von vier auf sechs Wochen, 2016 (%)**

Basis: Repräsentativerhebung, Pflegebedürftige in Privathaushalten



Studie zur Wirkung des PNG und PSG I – TNS Infratest Sozialforschung 2016

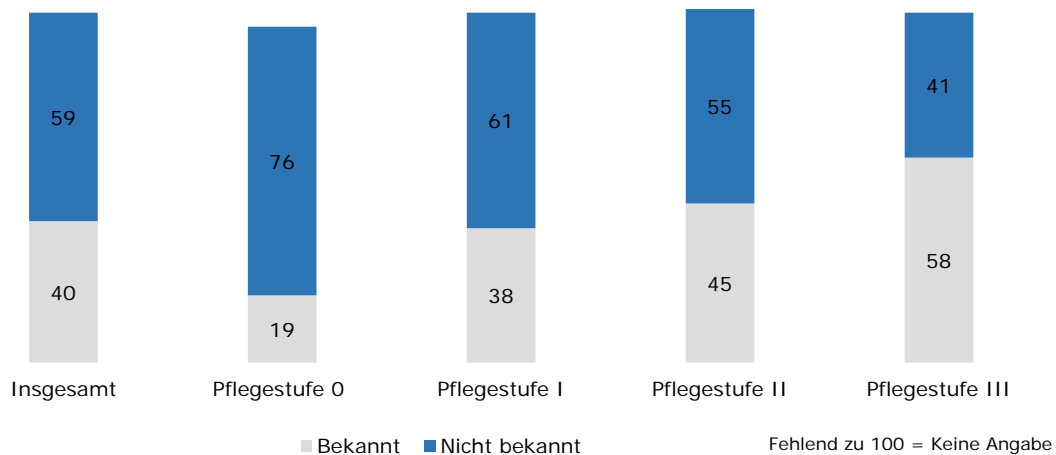
Das PSG I sieht weiter vor, dass die Leistungen der Verhinderungspflege und Kurzzeitpflege besser miteinander kombiniert werden können. Pflegenden Angehörigen sollen die Unterstützung wählen, die für sie am hilfreichsten ist. Unverbrauchte Ansprüche einer Leistungsart können in einem Kalenderjahr in die andere Unterstützungsart überführt werden. Das PSG I regelt, dass seit 2015 der gesamte Jahresbetrag, der für Verhinderungspflege zur Verfügung steht, auch für die Kurzzeitpflege eingesetzt werden kann. Damit kann sich die Leistung für Kurzzeitpflege maximal verdoppeln und beläuft sich dann auf maximal 3.224 Euro für acht Wochen Kurzzeitpflege. Der für die Verhinderungspflege in Anspruch genommene Erhöhungsbetrag wird auf den Leistungsbetrag für eine Kurzzeitpflege angerechnet.

Andersherum besteht seit Anfang 2015 auch die Möglichkeit, 50 Prozent des Jahresbetrags für die Kurzzeitpflege (bis zu 806 Euro) zusätzlich für Verhinderungspflege zu verwenden. Die Verhinderungspflege kann dadurch auf bis zu 150 Prozent des bisherigen Betrages ausgeweitet werden und sich auf jährlich 2.418 Euro belaufen. Der für die Kurzzeitpflege in Anspruch genommene Erhöhungsbetrag wird auf den Leistungsbetrag für eine Verhinderungspflege angerechnet.

Da aktuell die Zahl der Inanspruchnahmen dieser Umwandlungsmöglichkeiten noch nicht ermittelt werden kann, ist offen, ob Pflegebedürftige und ihre Angehörigen die Leistungsumwandlung nicht benötigen oder ob diese Regelung eventuell nicht bekannt ist. In der Repräsentativbefragung geben 40 Prozent der Pflegebedürftigen und ihre Angehörigen an, zu wissen, dass seit 2015 der gesamte Jahresbetrag, der für Verhinderungspflege zur Verfügung steht, auch für die Kurzzeitpflege eingesetzt werden kann (Abbildung 3.44). Etwa ein Drittel der Personen, die um diese Neuerung der Umwidmung von Verhinderungspflege in Kurzzeitpflege weiß, hat dies für sich schon in Anspruch genommen oder plant, es in diesem Jahr noch zu tun.

**Abbildung 3.44: Bekanntheit der Möglichkeit der Leistungsumwidmung von Verhinderungspflege in Kurzzeitpflege, 2016 (%)**

Basis: Repräsentativerhebung, Pflegebedürftige in Privathaushalten

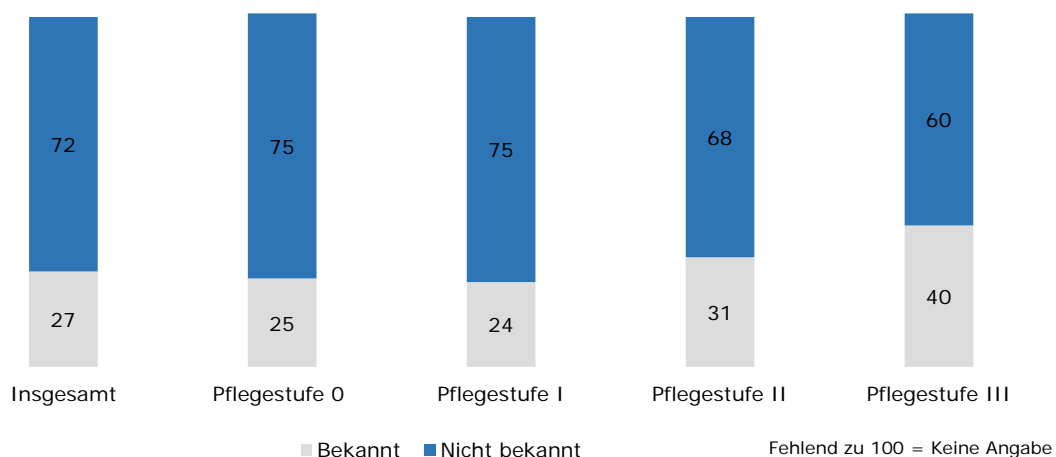


Studie zur Wirkung des PNG und PSG I – TNS Infratest Sozialforschung 2016

Auch sieht der Gesetzgeber vor, die Durchlässigkeit des Systems in die andere Richtung zu erhöhen: mit dem PSG I wurde Anfang 2015 eingeführt, dass 50 Prozent des Jahresbetrags für Kurzzeitpflege zusätzlich für Verhinderungspflege aufgewendet werden können, falls die Pflegebedürftigen und ihre Angehörigen dies wünschen. 27 Prozent der Pflegebedürftigen oder deren Angehörige geben an, diese Möglichkeit zu kennen (Abbildung 3.45).

**Abbildung 3.45: Bekanntheit der Leistungsumwidmung von 50 Prozent der Kurzzeitpflege in Verhinderungspflege, 2016 (%)**

Basis: Repräsentativerhebung, Pflegebedürftige in Privathaushalten

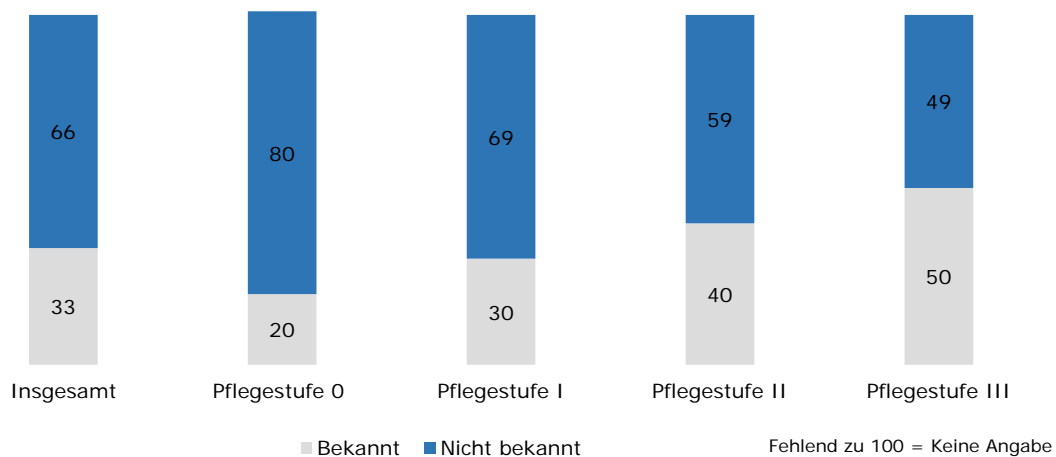


Studie zur Wirkung des PNG und PSG I – TNS Infratest Sozialforschung 2016

Ebenfalls seit Jahresbeginn 2013 (PNG) gilt, dass Pflegegeld für bis zu vier Wochen je Kalenderjahr hälftig weitergezahlt wird, wenn Kurzzeit- oder Verhinderungspflege in Anspruch genommen wird. Mit dieser Regelung wird der Tatsache Rechnung getragen, dass das Pflegegeld in den Haushalten als Einkommensbestandteil der Sicherung des Lebensunterhalts dient und damit die Entscheidung für die Inanspruchnahme von Kurzzeit- oder Verhinderungspflege noch eine einkommensrelevante Dimension bekommt. Die Regelung will helfen, diesen Konflikt zu entschärfen, aber nur einem Drittel aller Pflegebedürftigen ist dies bekannt (Abbildung 3.46). Haben die Pflegebedürftigen in den letzten zwölf Monaten Kurzzeitpflege oder Verhinderungspflege in Anspruch genommen, so liegt der Anteil derer, denen dies bekannt ist, bei 53 Prozent.

**Abbildung 3.46: Bekanntheit, dass Pflegegeld für bis zu vier Wochen je Kalenderjahr hälftig weitergezahlt wird, wenn Kurzzeit- oder Verhinderungspflege in Anspruch genommen wird, 2016 (%)**

Basis: Repräsentativerhebung, Pflegebedürftige in Privathaushalten

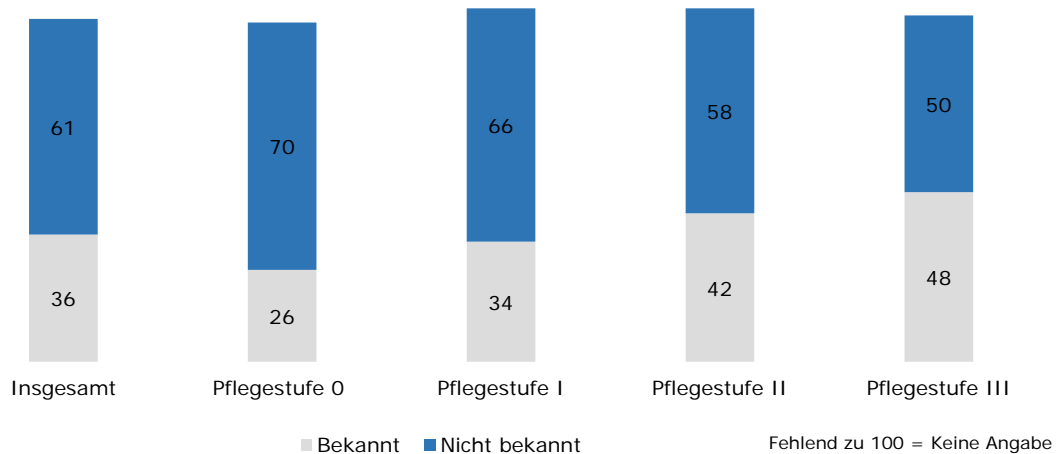


Studie zur Wirkung des PNG und PSG I – TNS Infratest Sozialforschung 2016

Seit 2015 (PSG I) besteht auch die Möglichkeit, Kurzzeitpflege auch in anderen geeigneten Einrichtungen einschließlich Einrichtungen der Hilfe für Menschen mit Behinderung – und das auch ohne Altersgrenze – in Anspruch zu nehmen. Davon hatten 36 Prozent aller Pflegebedürftigen in häuslicher Pflege Kenntnis (Abbildung 3.47). Enthielten die Pflegearrangements schon in der Vergangenheit Leistungselemente der Kurzzeitpflege, wie der Behindertspflege, sind die Pflegebedürftigen auch besser über gesetzliche Neuerungen in diesem Bereich informiert.

**Abbildung 3.47: Bekanntheit der Leistungsausweitung, dass Kurzzeitpflege auch in anderen geeigneten Einrichtungen einschließlich Einrichtungen der Hilfe für Menschen mit Behinderung, und das auch ohne Altersgrenze, in Anspruch genommen werden kann, 2016 (%)**

Basis: Pflegebedürftige in Privathaushalten



Studie zur Wirkung des PNG und PSG I – TNS Infratest Sozialforschung 2016

### Kurzzeitpflege

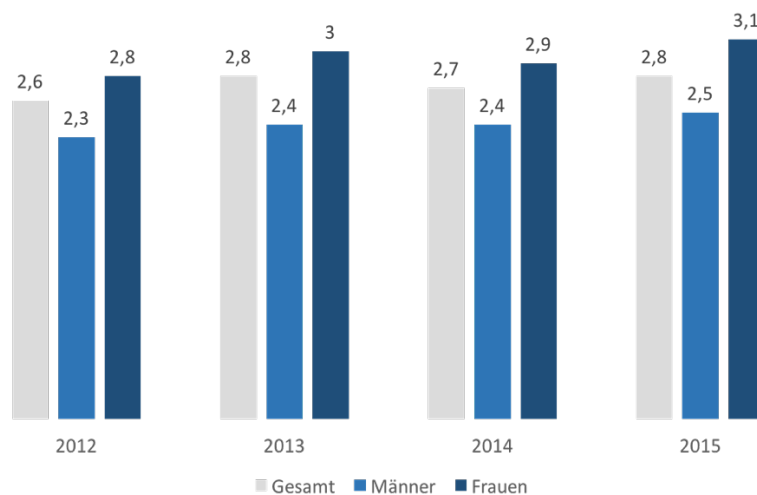
Bei der Kurzzeitpflege nach § 42 SGB XI handelt es sich um die vorübergehende vollstationäre Unterbringung einer Person, die regelhaft in einem ambulanten Pflegearrangement versorgt wird. Dabei sind hauptsächlich zwei Anlässe für die Inanspruchnahme ausschlaggebend. Erstens wird eine Kurzzeitpflege häufig durch Akutereignisse ausgelöst, infolge derer der Gesundheitszustand so beeinträchtigt ist, dass die rein ambulante Pflege nicht ausreichend ist. In Fällen, in denen dieser verschlechterte Gesundheitszustand reversibel ist, wird nach dieser Zeit meist die häusliche Pflege wieder aufgenommen. Bleibt der Zustand so, dass eine ambulante Versorgung dauerhaft nicht ausreichend gewährleistet werden kann, erfolgt aus der Kurzzeitpflege oft der Übergang in eine vollstationäre Pflegeeinrichtung. Zweitens kann Kurzzeitpflege auch in Anspruch genommen werden, wenn durch Abwesenheit oder Krankheit der Pflegeperson das normale häusliche Pflegesetting nicht zur Verfügung steht und auch nicht von einer anderen Pflegeperson vorübergehend aufrechterhalten werden kann. Die relevanten Gesetzesänderungen wurden bereits zu Beginn des Kapitels dargestellt.

Die Daten der BARMER GEK zeigen, dass monatlich über den gesamten Betrachtungszeitraum 2,6 Prozent bis 2,8 Prozent der Pflegebedürftigen Kurzzeitpflege in Anspruch nehmen (Abbildung 3.48). Es erfolgt dabei nur eine minimale Erhöhung des Anteils der Leistungsnehmer von 2012 auf 2013, danach bleibt dieser weitgehend konstant. Dabei weisen auch die Geschlechter eine weitgehende Konstanz auf, bei der rund drei Prozent der Frauen und rund 2,5 Prozent der Männer die Kurzzeitpflege nutzen. Da es sich – wie dargestellt – bei der Kurzzeitpflege um eine Nebenleistung handelt, die nicht fortlaufend, sondern aufgrund von konkreten Ereignissen nur zu wenigen Gelegenheiten innerhalb eines Jahres bezogen wird, ist es über die monatliche Betrachtung hinaus sinnvoll, auch zu überprüfen, welcher Anteil der Pflegebedürftigen Kurzzeitpflege innerhalb eines zwölfmonatigen Zeitraums in Anspruch nimmt. Hierzu zeigt Abbildung 3.49 eine ähnliche Verteilung wie Abbildung 3.48, jedoch auf einem knapp viermal so hohen Niveau. Demnach nahmen im Jahr 2012 bereits

9,9 Prozent der Betrachteten die Möglichkeit der Kurzzeitpflege wahr. Dieser Anteil erhöht sich im Jahr 2013 relativ stark auf 10,6 Prozent und fällt danach bis 2015 wieder leicht auf 10,4 Prozent. Dies legt nahe, dass es sich bei der Kurzzeitpflege nicht nur um eine reine Notfalllösung an der Schwelle zum Übergang in die vollstationäre Versorgung handelt, sondern diese für einen beträchtlichen Anteil der Pflegebedürftigen Teil eines ganzjährigen Pflegearrangements ist. Ein Effekt der gesetzlichen Veränderungen von PNG und PSG I im Sinne steigender Inanspruchnahmeanteile kann hingegen höchstens in geringem Umfang für die stärksten Steigerungen im Jahr 2013 bestätigt werden, die in direktem Zusammenhang mit der Fortzahlung des anteiligen Pflegegeldes gesehen werden können.

**Abbildung 3.48: Anteil der Pflegebedürftigen (ohne PS 0), die innerhalb eines Monats Kurzzeitpflege erhalten haben (%)**

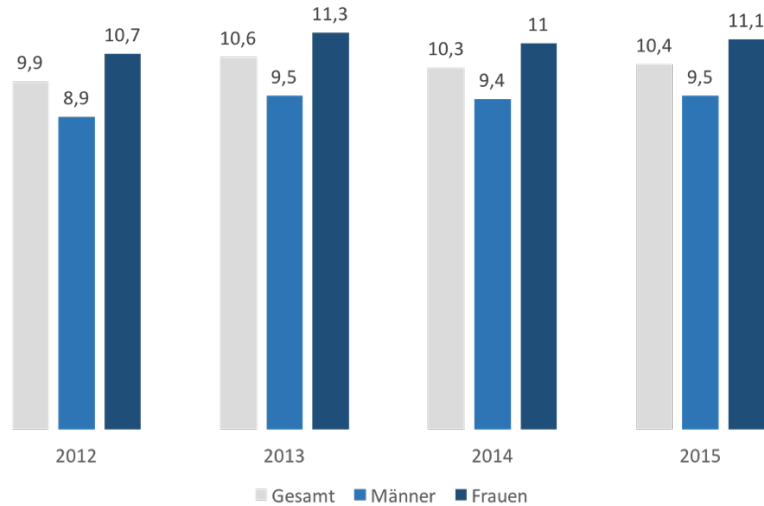
Basis: Versicherte der BARMER GEK, Erfassung über den Durchschnitt der ersten neun Monate des Jahres, Hochrechnung auf die BRD



Studie zur Wirkung des PNG und PSG I – Universität Bremen 2016

**Abbildung 3.49: Anteil der Pflegebedürftigen (ohne PS 0), die innerhalb von zwölf Monaten Kurzzeitpflege erhalten haben (%)**

Basis: Versicherte der BARMER GEK, Erfassung im September des Berichtsjahres und den zurückliegenden zwölf Monaten, Hochrechnung auf die BRD

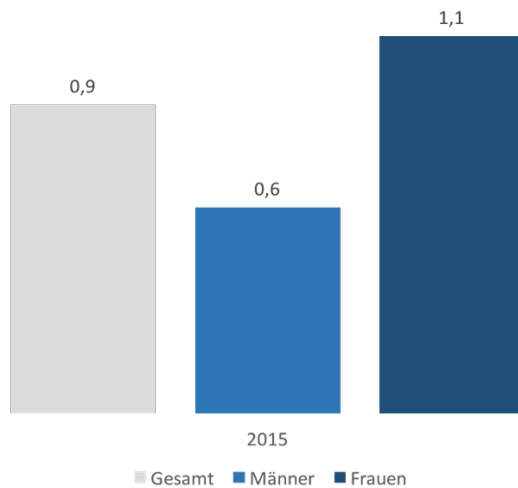


Studie zur Wirkung des PNG und PSG I – Universität Bremen 2016

Die Inanspruchnahmequote der Leistungsempfänger der Pflegestufe 0 beträgt etwa ein Drittel derer der Pflegebedürftigen und liegt in monatlicher Betrachtung bei 0,9 Prozent, wobei die Geschlechterdifferenz mit 1,1 Prozent bei Frauen und 0,6 Prozent bei Männern deutlich ausgeprägter ist (Abbildung 3.50). In der Betrachtung über das Jahr 2015 ergibt sich dann eine Inanspruchnahme von 3,7 Prozent (Abbildung 3.51). Auch hier zeigt sich zwischen dem monatlichen und jährlichen Bezugszeitraum ein Verhältnis von etwa eins zu vier. Dies impliziert, dass über das Jahr verteilt relativ viele verschiedene Personen die Kurzzeitpflege nutzen, und lässt vermuten, dass gerade bei den Personen der Pflegestufe 0 nicht wiederholte krankheitsbedingte Akutsituationen ausschlaggebend für Kurzzeitpflege sind. In Bezug auf die Regelungen des PSG I, die erstmalig den Leistungsbezug für diese Personengruppe einführen, kann gesagt werden, dass die Kurzzeitpflege auch von den Personen in Pflegestufe 0 angenommen wird, die Inanspruchnahmequoten aber noch nicht sehr hoch sind. Zu einer abschließenden Bewertung der Entwicklung ist auch hier die Auswertung der Folgejahre erforderlich.

**Abbildung 3.50: Anteil der Leistungsempfänger in PS 0, die innerhalb eines Monats Kurzzeitpflege erhalten haben (%)**

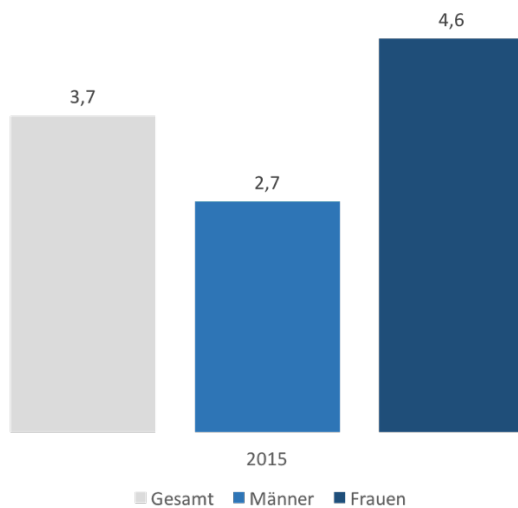
Basis: Versicherte der BARMER GEK, Erfassung über den Durchschnitt der ersten neun Monate des Jahres, Hochrechnung auf die BRD



Studie zur Wirkung des PNG und PSG I – Universität Bremen 2016

**Abbildung 3.51: Anteil der Leistungsempfänger in PS 0, die innerhalb von zwölf Monaten Kurzzeitpflege erhalten haben (%)**

Basis: Versicherte der BARMER GEK, Erfassung im September des Berichtsjahres und den zurückliegenden zwölf Monaten, Hochrechnung auf die BRD



Studie zur Wirkung des PNG und PSG I – Universität Bremen 2016

## Verhinderungspflege

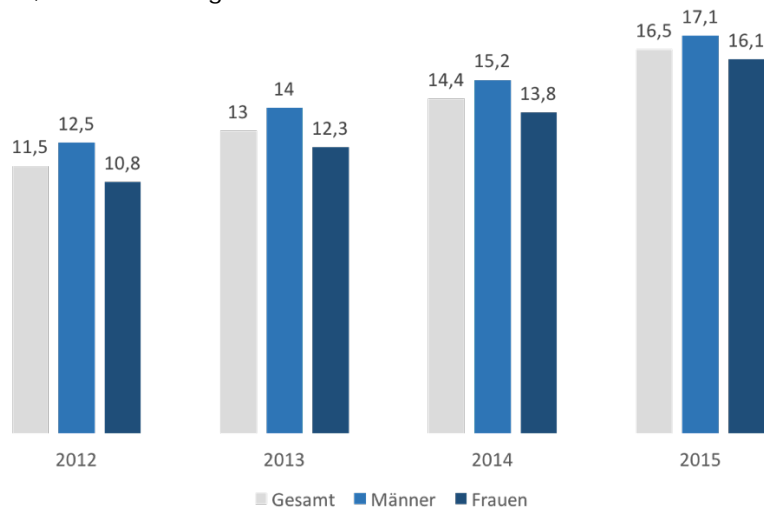
Verhinderungspflege ist eine Nebenleistung des SGB XI für Leistungsberechtigte, die in häuslicher Umgebung durch Angehörige versorgt werden. Ist diese Pflegeperson verhindert, etwa durch Urlaub, Krankheit oder Kuren, kann für die Zeit der Verhinderung ein ambulanter Pflegedienst oder eine andere private Pflegeperson das häusliche Pflegearrangement aufrechterhalten (§ 39 SGB XI). Im Gegensatz zur Kurzzeitpflege wird bei der Verhinderungspflege also nicht vorübergehend das Pflege-setting gewechselt, sondern das häusliche Setting nur durch eine andere Pflegeperson übernommen. Die Ausgestaltung der Gesetzesänderungen wurde bereits zu Beginn des Kapitels ausgeführt.

Pflegebedürftige nehmen Verhinderungspflege seit 2012 in kontinuierlich steigendem Ausmaß in Anspruch. Nach den Daten der BARMER GEK erhöht sich die Inanspruchnahmequote – monatlich betrachtet – im Betrachtungszeitraum Zeitraum von 11,5 Prozent auf 16,5 Prozent, wobei im Jahr 2015 die deutlichste Erhöhung zu verzeichnen ist (Abbildung 3.52). Die Unterschiede zwischen den Geschlechtern sind nur gering. Dabei haben Männer eine höhere Inanspruchnahme. Der Geschlechterunterschied sinkt aber im Zeitverlauf von 1,7 Prozentpunkten auf 1,0 Prozentpunkte. In der zwölfmonatlichen Betrachtung der Abbildung 3.53 zeigt sich, dass bei ebenfalls deutlichen und kontinuierlichen Steigerungen in 2015 ein Anteil von 28,7 Prozent der Pflegebedürftigen Verhinderungspflege in Anspruch nimmt. Verhinderungspflege dient der Entlastung der Pflegeperson und ermöglicht es diesen, das häusliche Pflegearrangement (länger) aufrechtzuerhalten. Die durch PNG und PSG I veränderten Regelungen des Leistungsrechts können dementsprechend als erfolgreich zur Förderung verzahnter ambulanter Pflegearrangements angesehen werden.



**Abbildung 3.52: Anteil der Pflegebedürftigen (ohne PS 0), die innerhalb eines Monats Verhinderungspflege erhalten haben (%)**

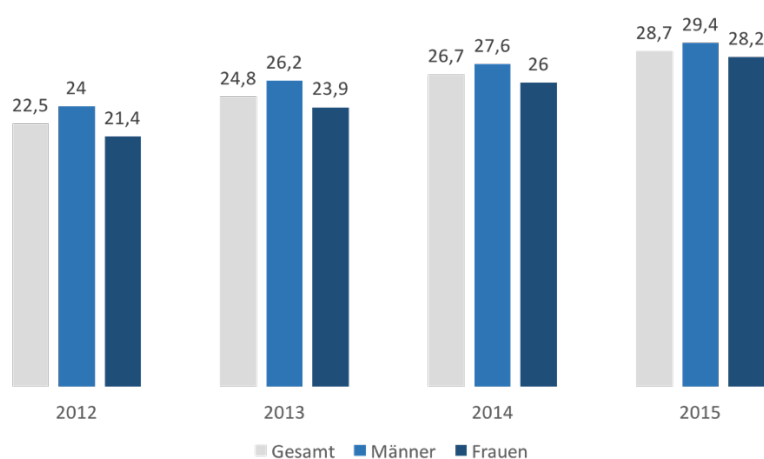
Basis: Versicherte der BARMER GEK, Erfassung über den Durchschnitt der ersten neun Monate des Jahres, Hochrechnung auf die BRD



Studie zur Wirkung des PNG und PSG I – Universität Bremen 2016

**Abbildung 3.53: Anteil der Pflegebedürftigen (ohne PS 0), die innerhalb von zwölf Monaten Verhinderungspflege erhalten haben (%)**

Basis: Versicherte der BARMER GEK, Erfassung im September des Berichtsjahres und den zurückliegenden zwölf Monaten, Hochrechnung auf die BRD



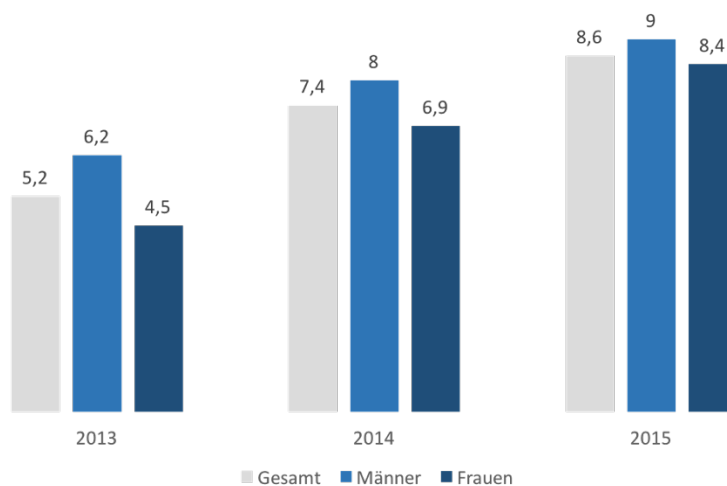
Studie zur Wirkung des PNG und PSG I – Universität Bremen 2016

Personen der Pflegestufe 0 haben seit dem PNG ebenfalls einen Anspruch auf Leistungen der Verhinderungspflege. Auch diese Personengruppe macht hiervon in deutlich und kontinuierlich steigendem Ausmaß Gebrauch. Lag die Inanspruchnahmequote in monatlicher Betrachtung 2013 noch bei 5,2 Prozent, stieg sie im Jahr 2014 stark auf 7,4 Prozent und dann etwas schwächer auf 8,6 Prozent im Jahr 2015 (Abbildung 3.54). Dass diese Quoten im absoluten Vergleich nur etwa halb so hoch

sind wie die Anteilswerte bei den Pflegebedürftigen, ist vermutlich darauf zurückzuführen, dass bei den primär kognitiv und sehr wenig somatisch beeinträchtigten Personen in geringerem Umfang die Notwendigkeit zur Verhinderungspflege gegeben ist. In der zwölfmonatigen Analyse zeigt sich, dass die Entwicklungen einen ähnlichen Trend aufzeigen, jedoch nicht völlig parallel verlaufen (Abbildung 3.55). So ist zwischen den Jahren 2014 und 2015 ein deutlich geringerer Unterschied zu erkennen, als dies bei gleichmäßiger Inanspruchnahme nach der monatlichen Auswertung zu erwarten wäre. Dies deutet darauf hin, dass die Leistungen der Verhinderungspflege von einer steigenden Zahl von Personen der Pflegestufe 0 mehrfach jährlich in Anspruch genommen werden und somit auch für diese Personengruppe feste Bestandteile eines komplexen Versorgungssettings sind. Die Einführung des Leistungsanspruchs im PNG zeigt somit deutliche Wirkung, wohingegen die Leistungsflexibilisierung im PSG I keinen zusätzlichen Steuerungsschub bewirkt.

**Abbildung 3.54: Anteil der Leistungsempfänger in PS 0, die innerhalb eines Monats Verhinderungspflege erhalten haben (%)**

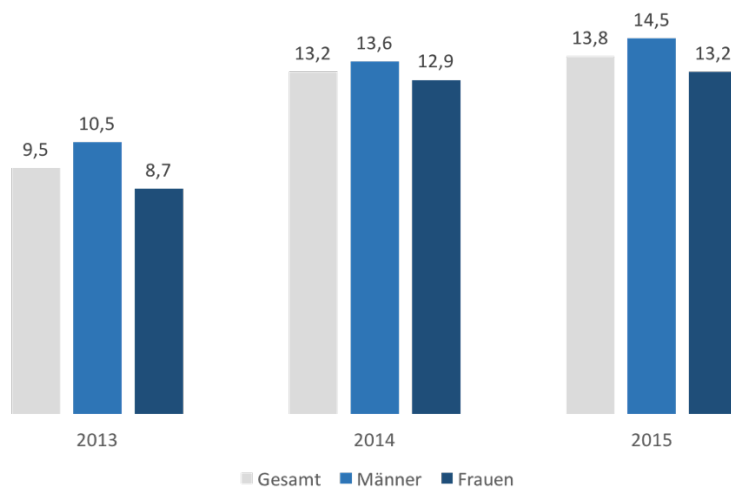
Basis: Versicherte der BARMER GEK, Erfassung über den Durchschnitt der ersten neun Monate des Jahres, Hochrechnung auf die BRD



Studie zur Wirkung des PNG und PSG I – Universität Bremen 2016

**Abbildung 3.55: Anteil der Leistungsempfänger in PS 0, die innerhalb von zwölf Monaten Verhinderungspflege erhalten haben (%)**

Basis: Versicherte der BARMER GEK, Erfassung im September des Berichtsjahres und den zurückliegenden zwölf Monaten, Hochrechnung auf die BRD



Studie zur Wirkung des PNG und PSG I – Universität Bremen 2016

### 3.4.7 Wohnumfeldverbessernde Maßnahmen

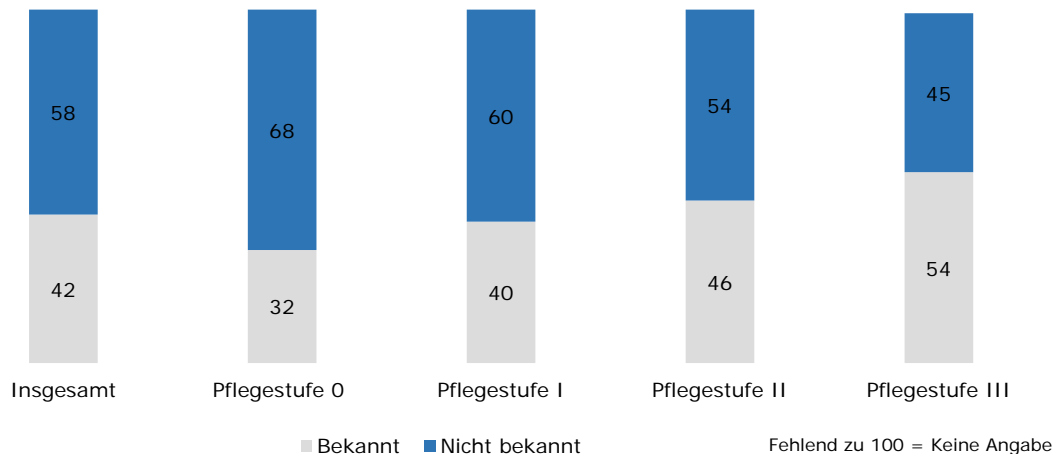
Werden Pflegebedürftige zu Hause betreut und gepflegt, kann es hilfreich sein, die häusliche Wohnsituation an die besonderen Bedürfnisse der pflegebedürftigen Person anzupassen. Eine der Zusatzleistungen der Pflegeversicherung ist es, finanzielle Zuschüsse für Maßnahmen zur Verbesserung des individuellen Wohnumfeldes des Pflegebedürftigen zu gewähren. So ist es zum Beispiel möglich, einen Treppenlift zu installieren oder die Dusche benutzergerecht umzubauen. Wohnumfeldverbessernde Maßnahmen werden dann gemäß § 40 SGB XI finanziert, wenn diese geeignet sind, dem Pflegebedürftigen den Aufenthalt in seiner regelmäßigen Wohnumgebung zu erleichtern. Hierbei muss es sich zwar nicht zwingend um einen eigenen Haushalt handeln, jedoch ist dies der übliche Fall. Entsprechende bauliche Maßnahmen dienen also vorrangig dazu, den Verbleib in der eigenen Wohnung zu ermöglichen. Ausgangspunkt für die Notwendigkeit solcher Maßnahmen sind dabei primär somatische Einschränkungen, welche im Zuge der Pflegebedürftigkeit die selbstständige Lebensführung beeinflussen. Zu nennen sind dabei vor allem Einschränkungen in der allgemeinen Mobilität oder die besonderen Anforderungen an sanitäre Anlagen im Sinne von Barrierefreiheit. Die in Bezug auf Betreuungserfordernisse relevanten – und in PNG und PSG I besonders beachteten – kognitiven Einschränkungen sind in Bezug auf wohnumfeldverbessernde Maßnahmen nachrangig, da diese nur in seltenen Fällen zu baulichen Erfordernissen führen. Der maximale Zuschuss je Maßnahme wurde 2015 mit dem PSG I von bisher 2.557 Euro auf aktuell 4.000 Euro angehoben.

Diese Anhebung der Zuschüsse für bauliche Maßnahmen der Pflegekassen ist nach den Ergebnissen der Repräsentativerhebung gut zwei Fünfteln der Pflegebedürftigen oder deren Angehörigen bekannt. Dabei steigt der Bekanntheitsgrad mit der Pflegestufe von 32 Prozent bei Pflegestufe 0 auf 54 Prozent bei Pflegestufe III an (Abbildung 3.56). Pflegebedürftige der Pflegestufe III sowie ihre Angehörigen

sind zur Erleichterung ihres Alltags in weitaus größerem Ausmaß auf bauliche Veränderungen angewiesen.

**Abbildung 3.56: Bekanntheit der Leistungserhöhung der Zuschüsse je baulich-technischer Maßnahme auf bis zu 4.000 Euro je Maßnahme, 2016 (%)**

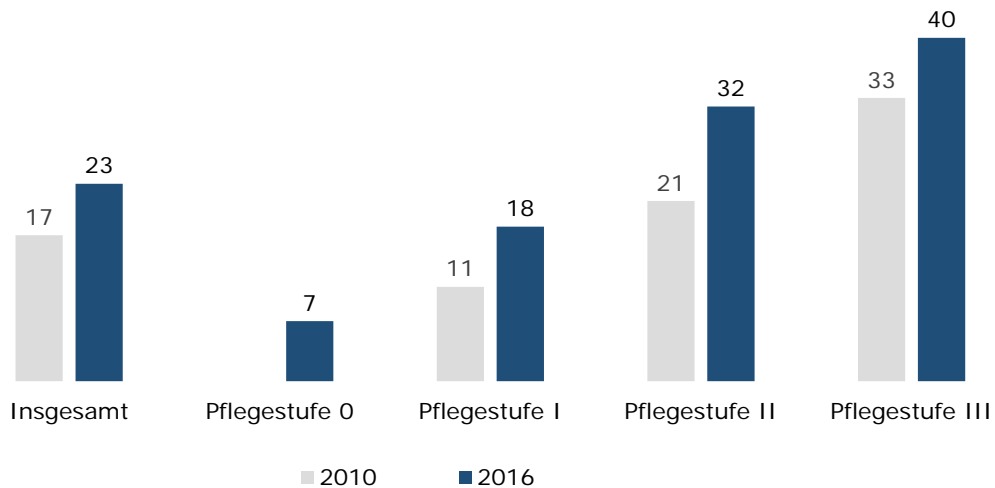
Basis: Repräsentativerhebung, Pflegebedürftige in Privathaushalten



Studie zur Wirkung des PNG und PSG I – TNS Infratest Sozialforschung 2016

Betrachtet man alle Zuschüsse, die den Pflegebedürftigen bisher gewährt wurden, zeigt sich, dass 2016 insgesamt fast ein Viertel aller pflegebedürftigen Personen schon jemals einen Zuschuss zu baulich-technischen Maßnahmen zur bedarfsgerechten Anpassung der Wohnung erhalten hat. Damit ist der Anteil der Pflegebedürftigen oder deren Angehörigen, denen die Pflegekasse Zuschüsse für ihre Umbauten gewährte, seit 2010 um sechs Prozentpunkte gewachsen (Abbildung 3.57). Mit steigender Pflegestufe steigt auch der Anteil an Pflegebedürftigen, die einen Zuschuss für baulich-technische Maßnahmen erhalten haben. Bei steigendem Pflegebedarf besteht in den Haushalten vermehrt Bedarf zu Veränderungen, und es werden aufgrund der Pflege Anpassungen in der eigenen Wohnung vorgenommen. Weitere vier Prozent der Pflegebedürftigen oder deren Angehörige haben bereits einen Antrag auf Zuschussbewilligung bei der Pflegekasse gestellt. Bei der einen Hälfte wurde dieser jedoch abgelehnt, während bei der anderen Hälfte noch nicht über den Antrag entschieden wurde.

**Abbildung 3.57: Bezug von Zuschüssen zu baulich-technischen Maßnahmen in der Wohnung 2010 und 2016 (%)**

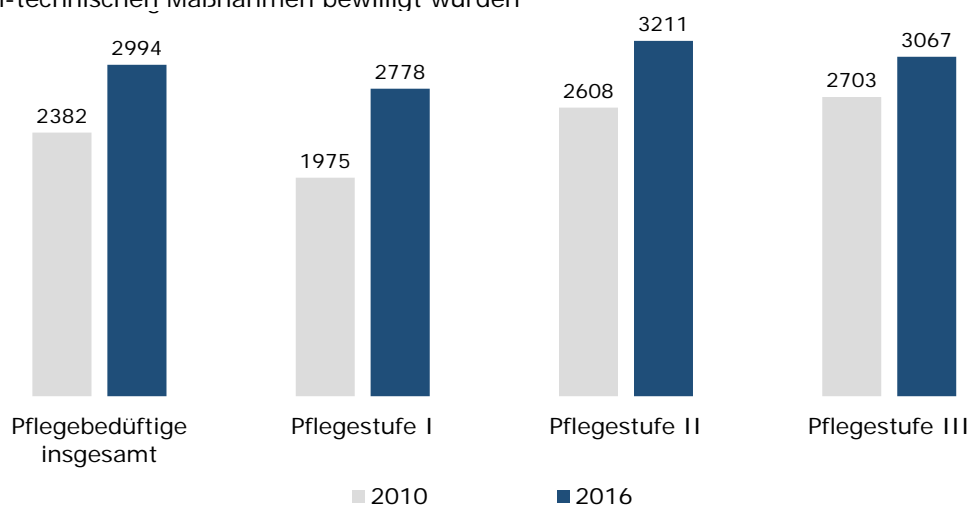


Studie zur Wirkung des PNG und PSG I – TNS Infratest Sozialforschung 2016

Diejenigen, denen Zuschüsse für eine oder mehrere bauliche Maßnahmen bewilligt wurden, haben im Durchschnitt für alle bislang bewilligten Maßnahmen zusammen insgesamt 2.994 Euro erhalten. Pflegebedürftige der Pflegestufe II erhalten im Durchschnitt mit 3.211 Euro die höchsten Zuschüsse (Abbildung 3.58).

**Abbildung 3.58: Durchschnittliche Höhe der Summe der bewilligten Zuschüsse zu baulich-technischen Maßnahmen je Pflegebedürftigem nach Pflegestufe (%)**

Basis: Repräsentativerhebung, Pflegebedürftige in Privathaushalten, denen bereits Zuschüsse zu baulich-technischen Maßnahmen bewilligt wurden

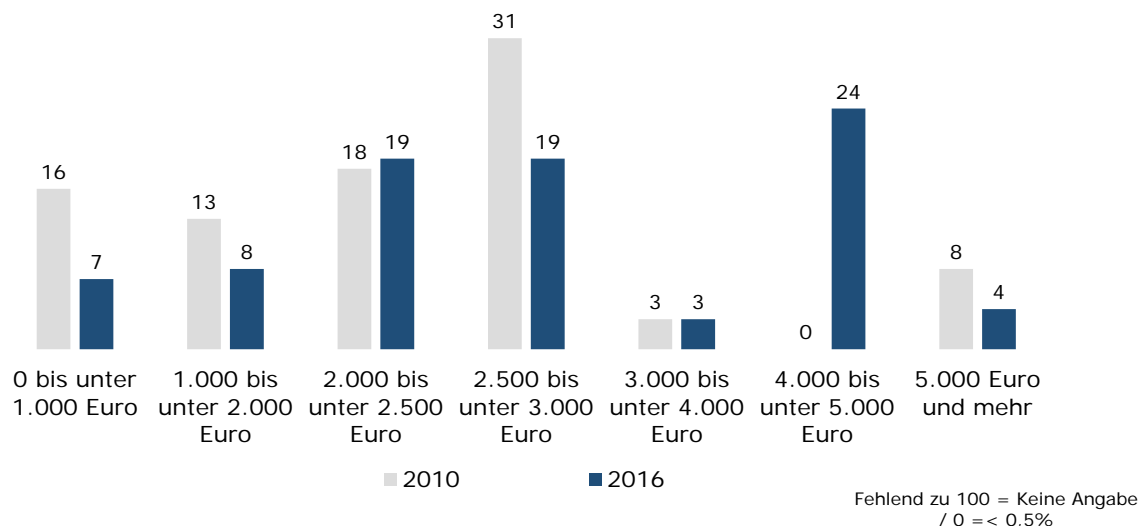


Studie zur Wirkung des PNG und PSG I – TNS Infratest Sozialforschung 2016

Fast ein Viertel der Pflegebedürftigen erhielt 4.000 bis unter 5.000 Euro. Hierbei handelt es sich überwiegend um den Höchstzuschuss von 4.000 Euro. Höhere Beträge in dieser Kategorie und Beträge über 5.000 Euro, die vier Prozent der Pflegebedürftigen bewilligt wurden, ergeben sich als Summe von Zuschüsse für zwei oder mehr baulich-technische Maßnahmen (Abbildung 3.59). 38 Prozent der Pflegebedürftigen bzw. ihre Angehörigen erhielten bisher zwischen 2.000 und 3.000 Euro und 15 Prozent weniger als 2000 Euro. Ein Teil der Pflegebedürftigen machten keine Angabe zur Höhe der Zuschüsse (15%).

**Abbildung 3.59: Höhe der Summe der Zuschüsse für baulich-technische Maßnahmen, 2016 (%)**

Basis: Repräsentativerhebung, Pflegebedürftige in Privathaushalten, denen bereits Zuschüsse zu baulich-technischen Maßnahmen bewilligt wurden



Studie zur Wirkung des PNG und PSG I – TNS Infratest Sozialforschung 2016

**Gründe, keinen Antrag auf Zuschüsse zu stellen**

Von 73 Prozent der Pflegebedürftigen wurde bisher kein Antrag auf Zuschuss für baulich-technische Maßnahmen gestellt, der Hauptgrund hierfür war, dass eine Umgestaltung der Wohnung (bisher) nicht erforderlich war. Dies traf in über zwei Drittel der Fälle zu (68%, Tabelle 3.25). Bei zehn Prozent der Pflegebedürftigen ohne bisherige Antragstellung würde die Höhe der Zuschüsse nicht ausreichen, den Umbau zu finanzieren, oder die baulichen Umgestaltungen der Wohnung sind nicht möglich (15%). Zwölf Prozent der Pflegebedürftigen oder deren Angehörige, die bisher keinen Antrag auf Zuschuss für baulich-technische Maßnahmen gestellt haben, geben als Grund dafür an, dass ihnen diese Leistungen nicht bekannt waren. Dies trifft überdurchschnittlich oft auf Pflegebedürftige der Pflegestufe II zu (16%) und am seltensten auf Personen der Pflegestufe III (5%).

**Tabelle 3.25: Gründe, keine Zuschüsse für baulich-technische Maßnahmen zu beantragen, 2016 (Mehrfachnennungen, %)**

Basis: Repräsentativerhebung, Pflegebedürftige in Privathaushalten, die keine Zuschüsse zu baulich-technischen Maßnahmen beantragt haben

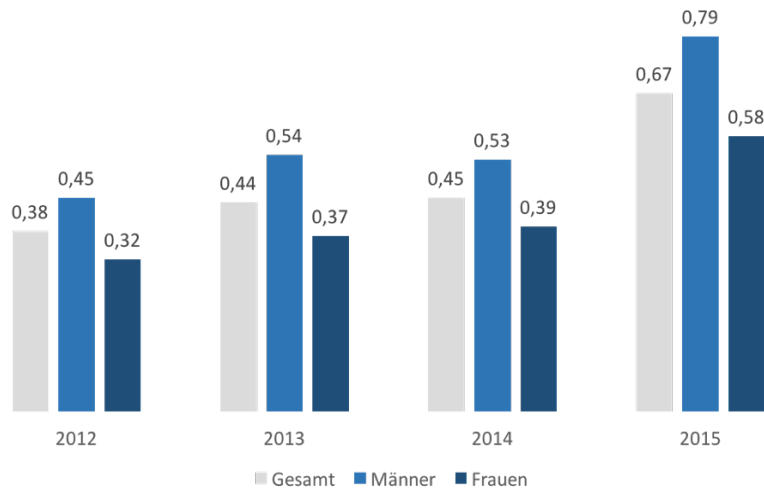
	Insgesamt
Weil es nicht erforderlich war	68
Weil die Höhe der Zuschüsse nicht ausreichen, um die Maßnahme bezahlen zu können	10
Weil bauliche Umgestaltungen nicht möglich sind	15
Das war uns nicht bekannt	12
Sonstiges	11

Studie zur Wirkung des PNG und PSG I – TNS Infratest Sozialforschung 2016

Da wohnumfeldverbessernde Maßnahmen Leistungen sind, die im Verlauf einer Pflegekarriere nur selten, in den meisten Fällen nur einmalig, durchgeführt werden, liegen die erkennbaren Inanspruchnahmequoten recht niedrig. Abbildung 3.60 zeigt auf Basis der Daten der BARMER GEK, dass diese bei Pflegebedürftigen in einer monatlichen Betrachtung konstant unterhalb von einem Prozent liegen. Dabei ist jedoch eine deutliche Steigerung im Zeitverlauf zu erkennen, in deren Zuge sich die Gesamtinanspruchnahme von 0,38 Prozent im Jahr 2012 auf 0,67 Prozent im Jahre 2015 nahezu verdoppelt. Dabei ist die deutlich stärkste Steigerung im Jahr 2015 zu erkennen, in dem eine nahezu 50-prozentige Erhöhung der Leistungsbeträge stattgefunden hat. Hier kann ein Effekt der Leistungsausweitung im PSG I vermutet werden, die die Zuzahlungsnotwendigkeit bei wohnumfeldverbessernden Maßnahmen deutlich reduziert hat. Die zweitstärkste Steigerung ist für das Jahr 2013 erkennbar, in dem durch das PNG erstmalig keine zwingenden Eigenanteile an den baulichen Maßnahmen mehr zu leisten waren. Beide Gesetze zeigen somit erkennbare Effekte.

**Abbildung 3.60: Anteil der Pflegebedürftigen (ohne PS 0), die innerhalb eines Monats Leistungen zu wohnumfeldverbessernden Maßnahmen erhalten haben (%)**

Basis: Versicherte der BARMER GEK, Erfassung über den Durchschnitt der ersten neun Monate des Jahres, Hochrechnung auf die BRD

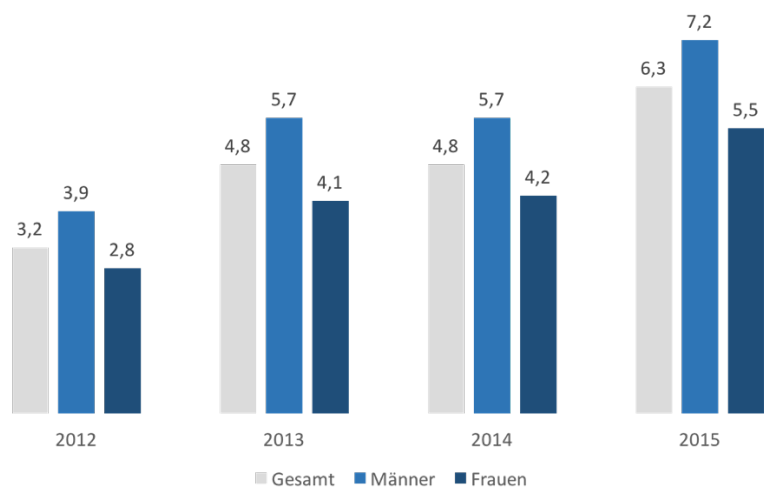


Studie zur Wirkung des PNG und PSG I – Universität Bremen 2016

Aufgrund der Tatsache, dass wohnumfeldverbessernde Maßnahmen keine kontinuierlichen sondern in der Regel einmalige Leistungen sind, ist zur Beurteilung der Inanspruchnahme die Betrachtung eines konkreten Jahres sinnvoll. Abbildung 3.61 zeigt hierbei für jeweils zwölf Monate, dass bei einer fast vollständig analogen Entwicklung zur monatlichen Betrachtung im Jahr 2015 6,3 Prozent der Pflegebedürftigen eine wohnumfeldverbessernde Maßnahme in Anspruch genommen haben.

**Abbildung 3.61: Anteil der Pflegebedürftigen (ohne PS 0), die innerhalb von zwölf Monaten Leistungen zu wohnumfeldverbessernden Maßnahmen erhalten haben (%)**

Basis: Versicherte der BARMER GEK, Erfassung im September des Berichtsjahres und den zurückliegenden zwölf Monaten, Hochrechnung auf die BRD



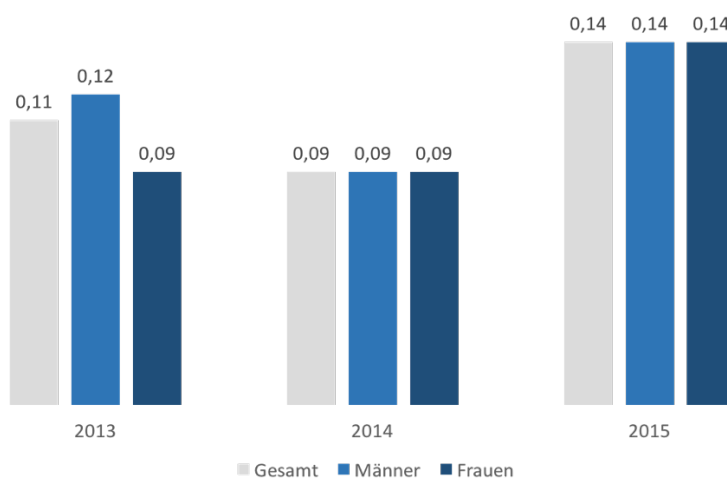
Studie zur Wirkung des PNG und PSG I – Universität Bremen 2016



Seit 2013 ist es auch für Personen der Pflegestufe 0 möglich, wohnumfeldverbessernde Leistungen in Anspruch zu nehmen. Wie Abbildung 3.62 in der monatlichen und Abbildung 3.63 in der zwölfmonatigen Betrachtung zeigen, beläuft sich das Niveau der Inanspruchnahme bei dieser Personen- gruppe auf nur rund ein Fünftel des Niveaus der Pflegebedürftigen. Der Effekt des PSG I ist aber auch hier erkennbar.

**Abbildung 3.62: Anteil der Leistungsempfänger in PS 0, die innerhalb eines Monats Leistungen zu wohnumfeldverbessernden Maßnahmen erhalten haben (%)**

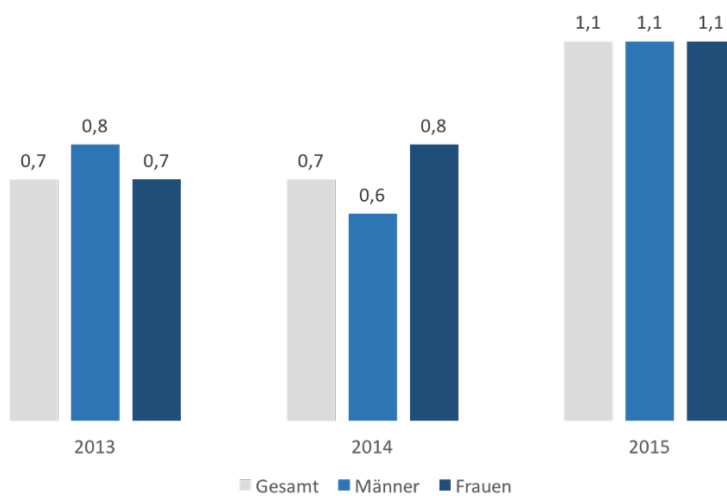
Basis: Versicherte der BARMER GEK, Erfassung über den Durchschnitt der ersten neun Monate des Jahres, Hochrechnung auf die BRD



Studie zur Wirkung des PNG und PSG I – Universität Bremen 2016

**Abbildung 3.63: Anteil der Leistungsempfänger in PS 0, die innerhalb von zwölf Monaten Leistungen zu wohnumfeldverbessernden Maßnahmen erhalten haben (%)**

Basis: Versicherte der BARMER GEK, Erfassung im September des Berichtsjahres und den zurückliegenden zwölf Monaten, Hochrechnung auf die BRD



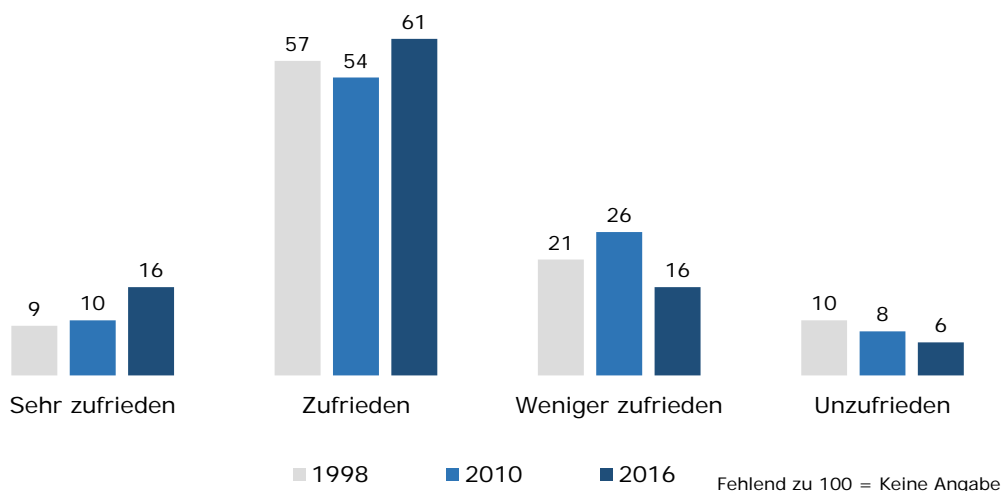
Studie zur Wirkung des PNG und PSG I – Universität Bremen 2016

### 3.4.8 Beurteilung der Leistungen der Pflegeversicherung durch die Leistungsbezieher

Um die Zufriedenheit der Leistungsbezieher mit dem Umfang der Pflegeleistungen einschätzen zu können, wurden diese gefragt, wie zufrieden sie alles in allem mit dem Umfang der gewährten Leistungen sind. Daraufhin geben fast 80 Prozent der Pflegebedürftigen oder ihre Angehörigen an, zufrieden oder sehr zufrieden zu sein. Der Trend zeigt sich in den letzten fast 20 Jahren weitgehend stabil. 2016 ist eine leichte Verschiebung hin zu einer höheren Zufriedenheit zu beobachten (Abbildung 3.64). Der Vergleich mit den letzten Repräsentativerhebungen ist jedoch mit Vorsicht zu betrachten, da 1998 und 2016 die Frage nach der Zufriedenheit mit dem Umfang der gewährten Leistungen auch mit der Leistungshöhe verknüpft war. Höhere Zufriedenheitswerte können auch auf die veränderte Abfrage zurückzuführen sein.

**Abbildung 3.64: Zufriedenheit mit dem Umfang der gewährten Leistungen der Pflegeversicherung 1998, 2010 und 2016 (%)**

Basis: Repräsentativerhebung, Pflegebedürftige in Privathaushalten

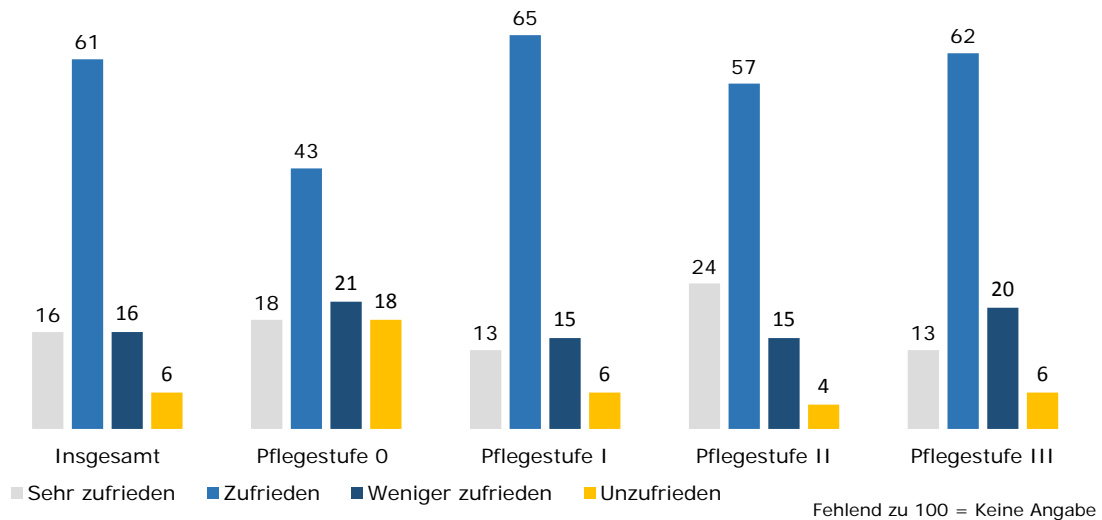


Studie zur Wirkung des PNG und PSG I – TNS Infratest Sozialforschung 2016

Fasst man die Angaben „weniger zufrieden“ und „unzufrieden“ zusammen und differenziert nach Pflegestufe zeigen sich die überdurchschnittlich eher unzufriedenen Pflegebedürftigen in Pflegestufe 0 und III (Abbildung 3.65). Bei Pflegebedürftigen der Stufe 0 lässt sich vermuten, dass sich die erst jüngst in die Regelleistungen integrierte Gruppe ein noch für sie passgenaueres Leistungsangebot wünschen würde. Bei Pflegestufe III liegt die Vermutung nahe, dass die schwere Pflege Grund für die Unzufriedenheit mit dem Leistungsumfang ist.

**Abbildung 3.65: Zufriedenheit mit dem Umfang der gewährten Leistungen der Pflegeversicherung nach Pflegestufen, 2016 (%)**

Basis: Repräsentativerhebung, Pflegebedürftige in Privathaushalten



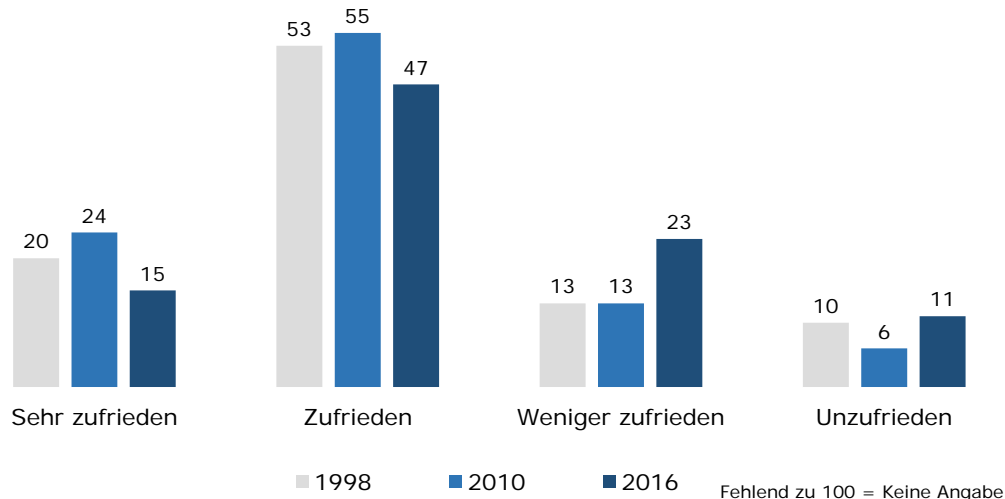
Studie zur Wirkung des PNG und PSG I – TNS Infratest Sozialforschung 2016

### Zufriedenheit mit der Beratung und Abwicklung der Leistungsansprüche durch die Pflegekasse

62 Prozent der Pflegebedürftigen bzw. ihrer Angehörigen sind insgesamt mit der Arbeit der Pflegekassen zufrieden oder sogar sehr zufrieden. Im Trend wird nach einem anfänglichen Anstieg der Zufriedenheitswerte seit 2010 ein Rückgang um 17 Prozentpunkte sichtbar (Abbildung 3.66). Dafür ist der Anteil der weniger Zufriedenen um zehn Prozentpunkte und der Unzufriedenen um fünf Prozentpunkte gewachsen. Besonders viele Unzufriedene finden sich in Pflegestufe 0. Hier liegt der Anteil der weniger Zufriedenen und Unzufriedenen sogar bei über der Hälfte.

**Abbildung 3.66: Zufriedenheit mit der Beratung und Abwicklung der Leistungsansprüche durch die Pflegekasse 1998, 2010 und 2016 (%)**

Basis: Repräsentativerhebung, Pflegebedürftige in Privathaushalten



Studie zur Wirkung des PNG und PSG I – TNS Infratest Sozialforschung 2016

### 3.4.9 Ambulant betreute Wohngruppen

Mit dem PNG sind zwei verschiedene Leistungsansprüche für Bewohner ambulant betreuter Wohngruppen eingeführt worden, die nachfolgend getrennt betrachtet werden. Diese galten zuerst nur für Pflegebedürftige, sind aber mit dem PSG I auch auf Personen der Pflegestufe 0 ausgeweitet worden. Bei den Leistungen handelt es sich erstens um laufende monatliche Zuschläge in Höhe von zuerst 200 Euro, ab 2015 in Höhe von 205 Euro nach § 38a SGB XI, die als zusätzlicher Anreiz dienen sollen, vollstationäre Pflege zu vermeiden. Zum zweiten kann zur Einrichtung ambulanter Wohngruppen nach § 45e SGB XI eine Anschubfinanzierung in Höhe von 2.500 Euro in Anspruch genommen werden. Durch das Zusammenlegen der Leistungen für mehrere Leistungsberechtigte kann die Anschubfinanzierung für eine einzelne Wohngruppe bis zum Betrag von 10.000 Euro bereitgestellt werden. Hierbei handelt es sich also um eine einmalige Zahlung, die nur der Gründung einer Wohngruppe dient.

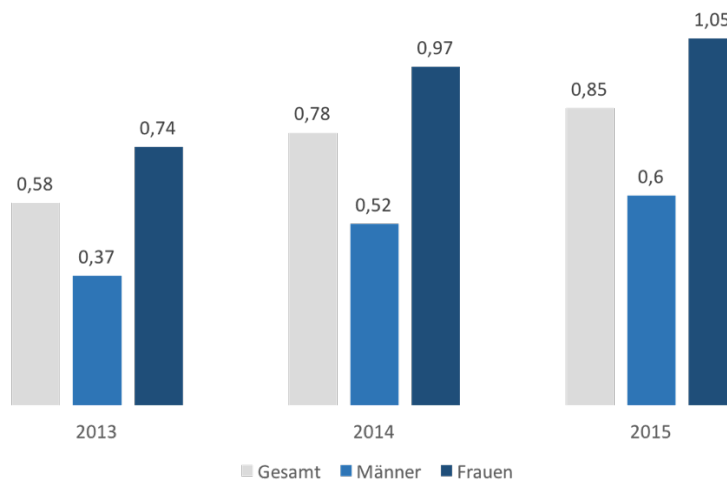
Die *laufenden Zuschläge* für Bewohner ambulant betreuter Wohngruppen werden seit ihrer Einführung zwar zunehmend in Anspruch genommen, jedoch nach wie vor nur von einer relativ kleinen Personenzahl. Im Rahmen der Repräsentativerhebung ist die Fallzahl zu gering, um für diesen Bereich der Betreuung und Versorgung von Pflegebedürftigen Aussagen machen zu können.

Mit den Daten der Versicherten der BARMER GEK liegt hierfür aber eine geeignete Quelle vor. Während im Jahr 2013 0,58 Prozent der Pflegebedürftigen diese Zuschüsse erhielten, waren es in 2015 schon 0,85 Prozent (Abbildung 3.67). Das entspricht einer relativen Steigerung von 50 Prozent. Die Zuschläge werden in rund zwei Dritteln der Fälle an Frauen ausgezahlt und zu einem Drittel an Männer. Das seit dem PNG neu geförderte Konzept der ambulant betreuten Wohngruppen wird somit von

den Pflegebedürftigen zwar angenommen, diese Wohnform selber scheint aber bisher nur für eine begrenzte Klientel eine Alternative zu häuslicher oder vollstationärer Pflege darzustellen. Dies gilt noch verstärkt für die Personen in Pflegestufe 0, die mit dem PSG I leistungsberechtigt wurden. Von ihnen nahm im ersten Jahr nur ein Anteil von 0,37 Prozent die Wohngruppenzuschläge in Anspruch, wobei ebenfalls Frauen zu einem höheren Anteil als Männer Zahlungsempfänger sind (Abbildung 3.68).

**Abbildung 3.67: Anteil der Pflegebedürftigen (ohne PS 0), die innerhalb eines Monats Zuschüsse für Wohngruppen erhalten haben (%)**

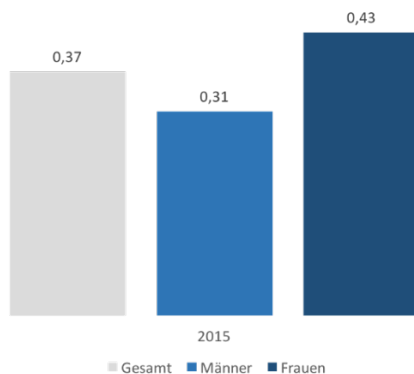
Basis: Versicherte der BARMER GEK, Erfassung über den Durchschnitt der ersten neun Monate des Jahres, Hochrechnung auf die BRD



Studie zur Wirkung des PNG und PSG I – Universität Bremen 2016

**Abbildung 3.68: Anteil der Leistungsempfänger in PS 0, die innerhalb eines Monats Zuschüsse für Wohngruppen erhalten haben (%)**

Basis: Versicherte der BARMER GEK, Erfassung über den Durchschnitt der ersten neun Monate des Jahres, Hochrechnung auf die BRD

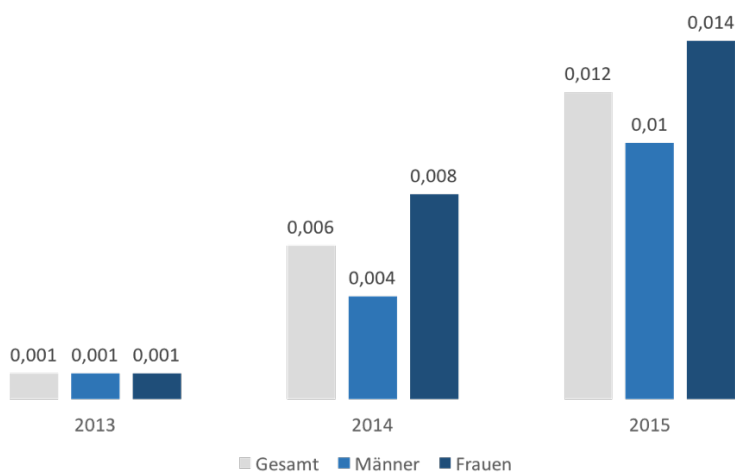


Studie zur Wirkung des PNG und PSG I – Universität Bremen 2016

Nochmals deutlich geringer fällt der Bezug für *Anschubfinanzierungen* ambulant betreuter Wohngruppen aus. Zwar steigerte sich auch hier die Inanspruchnahme unter den Pflegebedürftigen von lediglich 0,001 Prozent im Jahr der Einführung auf 0,012 Prozent im Jahr 2015 (Abbildung 3.69), jedoch entspricht dies in Absolutzahlen nur einem niedrigen dreistelligen Wert pro Monat. Davon ausgehend, dass es sich wie beschrieben bei der Anschubfinanzierung nur um eine einmalige Leistung handelt, ist für die Gesamtzahl der Leistungen im Jahr 2015 von einem niedrigen vierstelligen Wert auszugehen. Für die Personen der Pflegestufe 0, bei denen die Auswertung auf Basis der BARMER-GEK-Routinedaten für 2015 einen Leistungsbezug nur durch Frauen im Umfang von 0,012 Prozent ergibt (Abbildung 3.70), folgt bei der geringen Gesamtgröße der Population eine absolute Inanspruchnahme im knapp dreistelligen Bereich für das erste Jahr der Bezugsmöglichkeit. Zu beachten ist hierbei jedoch, dass die Abrechnung der Anschubfinanzierung, auch wenn seit dem PSG I die eigentlichen Baumaßnahmen schon vor oder zur Gründung der Wohngruppe erfolgen dürfen, immer erst nach Feststellung der Gründung erfolgen kann. Zudem ist nach § 45e SGB XI die Beantragung der Auszahlung bis zu einem Jahr nach Abschluss der Maßnahmen möglich. Hierdurch kann es zu einem deutlichen zeitlichen Verzug zwischen der eigentlichen Einrichtung der ambulant betreuten Wohngruppen und den entsprechenden Zahlungsvorgängen in den Routinedaten kommen. Dies wiederum kann dazu führen, dass in einer jahresbezogenen Betrachtung nur auf Basis der Leistungsdaten eine Unterschätzung der Personen entsteht, die die Gründung einer Wohngruppe tatsächlich durchführen. Zur endgültigen Beurteilung der Wirksamkeit der Anschubförderung ist deshalb – besonders bei den Personen der Pflegestufe 0 – eine längere Zeitreihe erforderlich.

**Abbildung 3.69: Anteil der Pflegebedürftigen (ohne PS 0), die innerhalb eines Monats eine Anschubfinanzierung für Wohngruppen erhalten haben (%)**

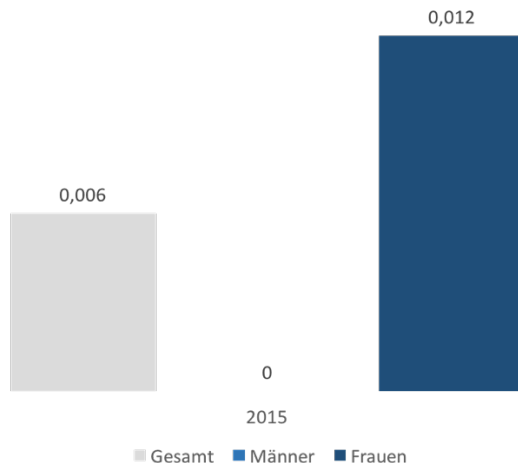
Basis: Versicherte der BARMER GEK, Erfassung über den Durchschnitt der ersten neun Monate des Jahres, Hochrechnung auf die BRD



Studie zur Wirkung des PNG und PSG I – Universität Bremen 2016

**Abbildung 3.70: Anteil der Leistungsempfänger in PS 0, die innerhalb eines Monats eine Anschubfinanzierung für Wohngruppen erhalten haben (%)**

Basis: Versicherte der BARMER GEK, Erfassung über den Durchschnitt der ersten neun Monate des Jahres, Hochrechnung auf die BRD



Studie zur Wirkung des PNG und PSG I – Universität Bremen 2016

### 3.4.10 Bezug von Heil- und Hilfsmitteln und Rehabilitation

Eines der Ziele der Pflegereformen seit 2008 ist die Stärkung von Prävention und Rehabilitation. Wo möglich, soll eine Pflegebedürftigkeit vermieden bzw. überwunden werden, oder es soll zumindest eine Verschlimmerung verhindert werden (§ 5 SGB XI). Stellt der MDK im Rahmen seiner Begutachtung oder im Rahmen von Nachuntersuchungen fest, dass Leistungen zur medizinischen Rehabilitation erforderlich und gleichzeitig für die pflegebedürftige Person zumutbar sind, so leitet die Pflegekasse nach § 31 Abs. 3 SGB XI die notwendigen Schritte ein. Die Pflegebedürftigen haben nach § 6 Abs. 2 SGB XI an den notwendigen Rehabilitationsmaßnahmen mitzuwirken. Die Rehabilitationsmaßnahmen sollen nach § 40 Abs. 1 SGB V vorrangig ambulant erfolgen. Erst wenn dies nicht ausreicht, um eine Behinderung oder Pflegebedürftigkeit abzuwenden, zu beseitigen, zu mindern oder auszugleichen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder ihre Folgen abzumildern, so übernimmt die Krankenkasse nach § 40 Abs. 2 SGB V die Kosten für eine stationäre Rehabilitation.

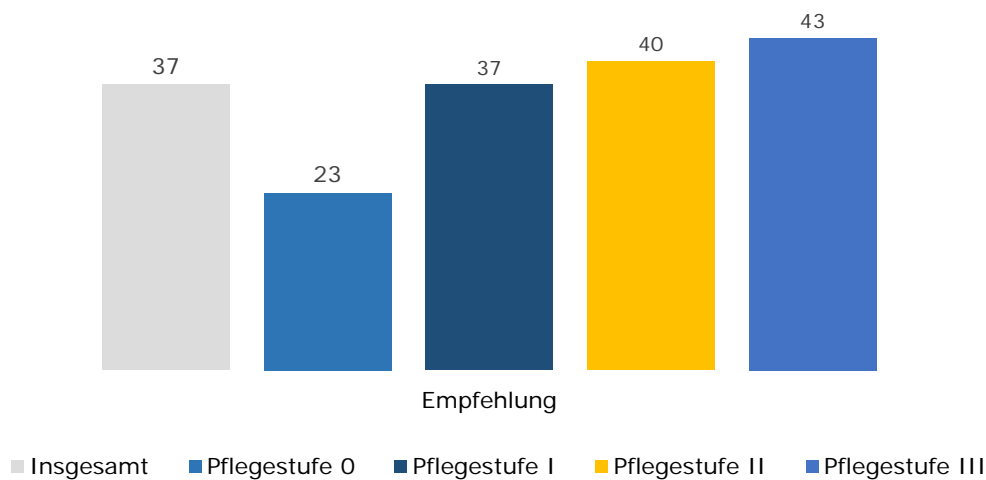
Neben den Rehabilitationsmaßnahmen können auch Heilmittel nach § 32 SGB V dazu beitragen, eine Pflegebedürftigkeit zu vermeiden oder zumindest zu mindern. Zu den Heilmitteln zählen nach den Richtlinien des gemeinsamen Bundesausschusses über die Verordnung von Heilmitteln in der vertragsärztlichen Versorgung (Heilmittel-Richtlinien) Maßnahmen der physikalischen Therapie, wie z. B. Krankengymnastik und Massage, Maßnahmen der Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie, der Ergotherapie und der podologischen Therapie.

Im Rahmen der Begutachtung und Feststellung der Pflegestufe durch den Medizinischen Dienst der Krankenkasse (MDK) gibt dieser auch Empfehlungen bezüglich Rehabilitationsmaßnahmen oder für Heil- und Hilfsmittel. 37 Prozent der Pflegebedürftigen haben im Rahmen der Begutachtung durch den MDK eine Empfehlung für Heilmittel, Hilfsmittel oder Rehabilitationsmaßnahmen erhalten. Am

häufigsten wurden entsprechende Maßnahmen bei Pflegebedürftigen der Pflegestufen II und III für erforderlich gehalten (Abbildung 3.71). Damit liegt der Anteil an Pflegebedürftigen mit MDK-Empfehlungen 2016 höher als 2010, hier erhielt etwa jeder Zehnte eine Reha-Empfehlung und 22 Prozent erhielten eine Empfehlung für mindestens ein Heilmittel. Diesmal wurden in die Abfrage nicht nur Empfehlungen zu Heilmitteln und Rehabilitationsmaßnahmen, sondern Reha-, Heil- und auch Hilfsmittlempfehlungen gemeinsam einbezogen, also alle Bereiche, zu denen der MDK Empfehlungen geben soll.

**Abbildung 3.71: Empfehlung von Heilmitteln, Hilfsmitteln und Rehabilitationsmaßnahmen durch den Medizinischen Dienst, 2016 (%)**

Basis: Repräsentativerhebung, Pflegebedürftige in Privathaushalten



Studie zur Wirkung des PNG und PSG I – TNS Infratest Sozialforschung 2016

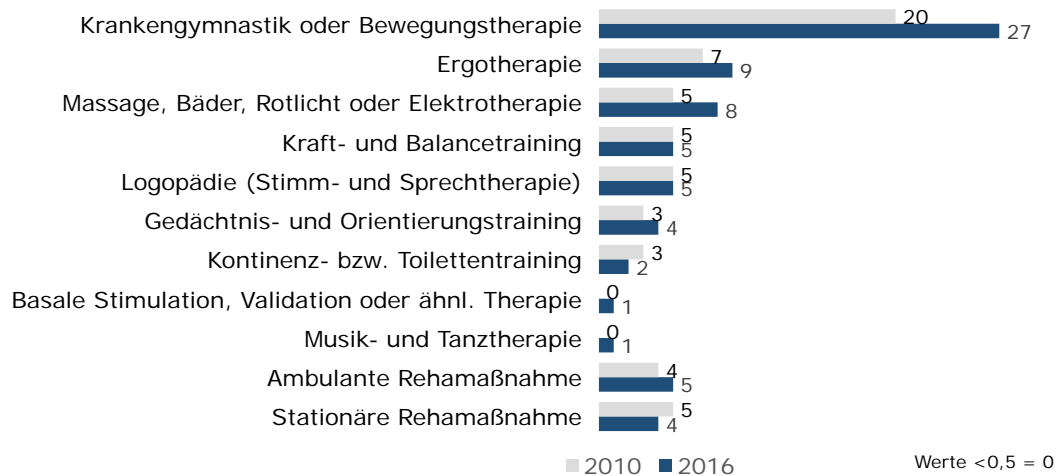
Gab es eine Empfehlung des MDK, wurde nachgefragt, ob die Pflegebedürftigen von der Pflegekasse eine schriftliche Empfehlung des Medizinischen Dienstes erhalten haben, die über einen möglichen Reha-Bedarf oder sinnvolle Heilmittel informiert. Ein solches Schreiben erhielten 37 Prozent der Pflegebedürftigen, die Heilmittel oder Reha-Maßnahmen empfohlen bekommen haben.

Dabei wurden Heilmittel weitaus häufiger als Rehabilitationsmaßnahmen empfohlen. In den meisten Fällen wurden Krankengymnastik oder Bewegungstherapie empfohlen, so erhielten 27 Prozent der Pflegebedürftigen eine entsprechende Empfehlung. Mit großem Abstand folgt die Empfehlung von Ergotherapie (9%) und Massagen, Bädern, Rotlicht oder Elektrotherapie (8%). Alle anderen Heil- und Hilfsmittel wurden in fünf Prozent der Fälle oder seltener empfohlen. Eine Empfehlung für Rehabilitationsmaßnahmen bekamen neun Prozent der Pflegebedürftigen in Privathaushalten, wobei der MDK in fünf Prozent der Fälle ambulante Maßnahmen empfahl und in vier Prozent stationäre. Die Unterschiede zwischen den Pflegestufen sind nur gering. Ein Vergleich mit 2010 zeigt eine Zunahme bei den Empfehlungen von Krankengymnastik oder Bewegungstherapie um sieben Prozentpunkte. Ebenso spricht der MDK heute mehr Empfehlungen für Ergotherapie und Massagen, Bäder usw. aus. Bei den anderen Maßnahmen sind kaum Änderungen festzustellen. Die Maßnahmen, die der MDK als notwendig erachtet hat, sind in Abbildung 3.72 dargestellt.



**Abbildung 3.72: Empfohlene Maßnahmen, 2010 und 2016 (Mehrfachnennungen, %)**

Basis: Repräsentativerhebung, Pflegebedürftige in Privathaushalten



Studie zur Wirkung des PNG und PSG I – TNS Infratest Sozialforschung 2016

Die Heilmittel, die der MDK empfohlen hat, wurden von den Pflegebedürftigen ganz überwiegend in Anspruch genommen. Lediglich ein kleiner Teil der Pflegebedürftigen hat die empfohlenen Maßnahmen nur teilweise oder gar nicht genutzt (Tabelle 3.26). Bei den empfohlenen Heilmitteln wurden 2016 mit jeweils über 85 Prozent Ergotherapie, logopädische Maßnahmen und Krankengymnastik bzw. Bewegungstherapie besonders häufig entsprechend der Empfehlung des MDK in Anspruch genommen. Massagen und weitere passive Heilmittel wurden zu 75 Prozent wie empfohlen genutzt, Kraft- und Balance-Training von nur 72 Prozent der Pflegebedürftigen. Auffällig ist, dass Gedächtnis- und Orientierungstraining nur von 51 Prozent der Pflegebedürftigen gemäß der Empfehlung des MDK durchgeführt wurden. Hier ist zudem der Anteil derjenigen, die die Maßnahme gar nicht in Anspruch genommen haben, mit 34 Prozent besonders hoch. Für das Kontinenz- bzw. Toilettentraining sowie Musik- und Tanztherapie und basale Stimulation bzw. Validation können aufgrund der geringen Fallzahlen leider keine detaillierten Analysen erfolgen.

**Tabelle 3.26: Inanspruchnahme empfohlener Rehabilitationsmaßnahmen und Heilmittel 2010 und 2016 (%)**

Basis: Repräsentativerhebung, Pflegebedürftige in Privathaushalten, denen der MDK das entsprechende Heilmittel bzw. die entsprechende Rehabilitationsmaßnahme empfohlen hat

	Ja	2010 Teil- weise	Nein	Ja	2016 Teil- weise	Nein
<b>Heilmittel</b>						
Krankengymnastik oder Bewegungstherapie	82	7	11	85	8	7
Ergotherapie	88	3	9	87	7	5
Massagen, Bäder, Rotlicht oder Elektrotherapie	79	13	8	75	15	10
Logopädie	73	21	5	87	8	5
Kraft- und Balancetraining	69	8	21	72	18	9
Gedächtnis- und Orientierungstraining	77	10	13	51	15	34
<b>Rehabilitationsmaßnahmen</b>						
Stationäre Rehabilitationsmaßnahmen	85	4	11	66	3	29
Ambulante Rehabilitationsmaßnahmen	73	6	20	58	18	24

Fehlende zu 100% = Keine Angabe

Studie zur Wirkung des PNG und PSG I – TNS Infratest Sozialforschung 2016

Bei den empfohlenen Rehabilitationsmaßnahmen ist der Anteil derer, die die Maßnahmen gar nicht durchführten, vergleichsweise hoch. Nur zwei Drittel der stationären Rehabilitationsmaßnahmen und 58 Prozent der ambulanten Rehabilitationsmaßnahmen wurden wie empfohlen durchgeführt. Auffällig ist jedoch die Veränderung zu 2010. Folgten damals noch 85 bzw. 73 Prozent der Pflegebedürftigen den Empfehlungen, sind es heute deutlich weniger. Mit Blick auf die Gründe für die Nichtinanspruchnahme der MDK-Empfehlungen lässt sich folgern, dass die Pflegebedürftigen selbst diese Maßnahmen nicht wollten.

Insgesamt wurden die Rehabilitationsmaßnahmen und Heilmittel, die der MDK empfohlen hat, von den Pflegebedürftigen ganz überwiegend in Anspruch genommen. Lediglich ein kleiner Teil der Pflegebedürftigen hat die empfohlenen Maßnahmen nur teilweise oder gar nicht genutzt. Als Grund dafür, dass empfohlene Rehabilitationsmaßnahmen oder Heilmittel nicht oder nur teilweise genutzt wurden,

wurde am häufigsten genannt, dass die pflegebedürftige Person dies nicht wollte und dass der Aufwand zu hoch gewesen wäre. Zwölf Prozent haben angegeben, dass sie nicht wussten, wie bzw. wo man die Maßnahme in Anspruch nehmen kann, und jedem Zehnten war der finanzielle Eigenbeitrag zu hoch (Abbildung 3.73). Verglichen mit 2010 ist die Zustimmung zum ersten Grund gestiegen: die Pflegebedürftigen nehmen wahr, was sie für sich wollen, und reagieren mit einer Nicht- oder nur teilweisen Inanspruchnahme der Empfehlung. Hingegen sind die Anteile bei den anderen Gründen zurückgegangen. Erfreulich ist, dass sich der Anteil der Pflegebedürftigen, die nicht wissen, wie und wo man den Anspruch einlösen kann, halbiert hat.

**Abbildung 3.73: Gründe für die (teilweise) Nichtinanspruchnahme von empfohlenen Heilmitteln und Rehabilitationsmaßnahmen 2010 und 2016 (Mehrfachnennungen, %)**

Basis: Repräsentativerhebung, Pflegebedürftige in Privathaushalten, die mindestens eine der vom MDK empfohlenen Heilmittel bzw. Rehabilitationsmaßnahmen nicht oder nur teilweise in Anspruch genommen haben.



Studie zur Wirkung des PNG und PSG I – TNS Infratest Sozialforschung 2016

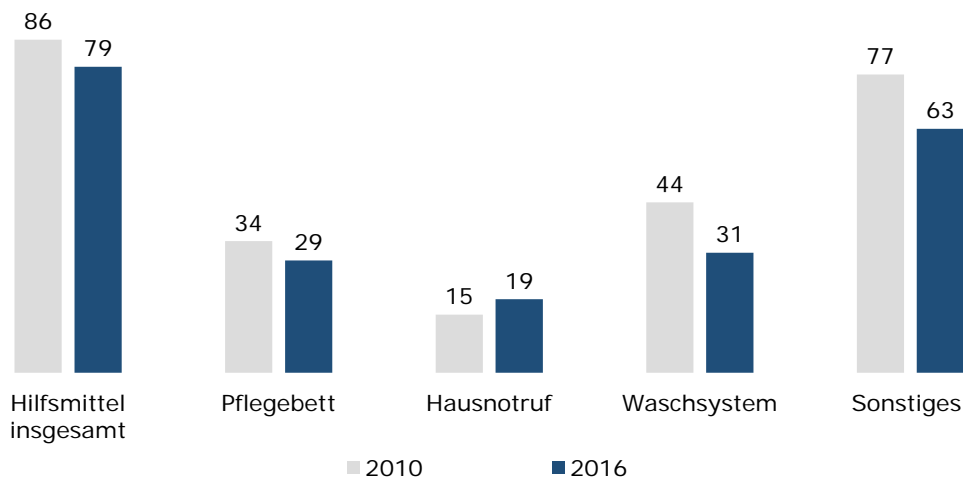
**Hilfsmittel**

Hilfsmittel werden nicht nur vom MDK empfohlen, sondern Pflegebedürftige bekommen Hilfsmittel von der Pflegekasse bewilligt und bereitgestellt. Spezielle Pflegebetten, Waschsyste me oder auch ein Hausnotruf sollen die Pflege in der häuslichen Umgebung erleichtern bzw. ermöglichen. 2016 haben vier Fünftel der Pflegebedürftigen mindestens ein Hilfsmittel erhalten (Abbildung 3.74). Etwas weniger als jeweils einem Drittel wurde ein Pflegebett oder ein Waschsyste m bereitgestellt. Fast ein Fünftel verfügt über einen Hausnotruf. 2010 wurden mit insgesamt 86 Prozent etwas mehr Hilfsmittel bewilligt oder zur Verfügung gestellt. Zum Teil ist der Rückgang der Hilfsmittel auf die Einbeziehung der Pflegebedürftigen der Pflegestufe 0 zurückzuführen, da diese weitaus seltener Hilfsmittel erhalten (Tabelle 3.27). Ohne Pflegebedürftige der Pflegestufe 0 liegt der Anteil der Hilfsmittelbezieherinnen

und Heilmittelbezieher 2016 bei 82 Prozent. Die Anteile bei Pflegebetten, Waschsystemen und sonstigen Hilfsmitteln gingen leicht zurück, während der Anteil beim Hausnotruf um vier Prozentpunkte anstieg (Abbildung 3.74).

**Abbildung 3.74: Bewilligung oder Bereitstellung von Hilfsmitteln, 2016  
(Mehrfachnennungen, %)**

Basis: Repräsentativerhebung, Pflegebedürftige in Privathaushalten



Studie zur Wirkung des PNG und PSG I – TNS Infratest Sozialforschung 2016

Differenziert nach Pflegestufe wird sichtbar, dass der Bedarf an Hilfsmitteln sowie auch die Bereitstellung mit der Schwere der Pflegebedürftigkeit zunehmen. Nahezu alle Pflegebedürftigen der Pflegestufe III haben Hilfsmittel bewilligt oder bereitgestellt bekommen. Am häufigsten handelt es sich dabei um ein Pflegebett (79%) sowie ein Waschsystem (45%). Ein Hausnotruf wird seltener eingesetzt als bei anderen Pflegestufen. Weiter fällt auf, dass der Bedarf von Pflegebedürftigen der Stufe 0 erstens nicht so hoch ist und zweitens meist nicht die klassischen Hilfsmittel umfasst. Pflegebetten und Waschsysteme werden kaum genannt (Tabelle 3.27).

**Tabelle 3.27: Bewilligung oder Bereitstellung von Hilfsmitteln, 2016  
(Mehrfachnennungen, %)**

Basis: Repräsentativerhebung, Pflegebedürftige in Privathaushalten

	Insgesamt	Stufe 0	Stufe I	Stufe II	Stufe III
<b>Hilfsmittel insgesamt</b>	79	37	76	91	96
Pflegebett	29	0	16	51	79
Hausnotrufsystem	19	11	19	21	16
Waschsystem	31	3	31	34	45
Sonstiges	63	26	60	73	77

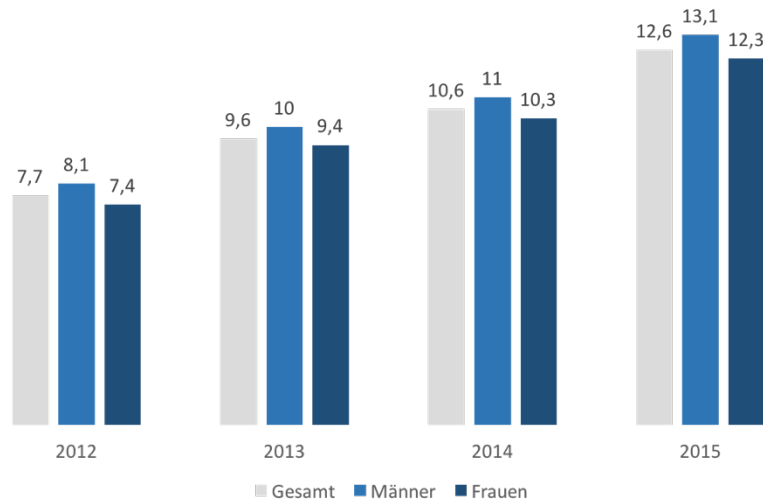
Studie zur Wirkung des PNG und PSG I – TNS Infratest Sozialforschung 2016

### Aktuelle Entwicklungen

Bei den Hilfsmitteln wird zwischen zwei unterschiedlichen Leistungen unterschieden. *Zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel*, etwa Pflegehandschuhe oder Desinfektionsmittel, werden mit einem Pauschalbetrag teilweise durch die Pflegeversicherung mitfinanziert. Es handelt sich hierbei also üblicherweise um laufende Kosten, die monatlich entstehen, um die fachgerechte Pflege im häuslichen Umfeld sicherzustellen. Der monatliche Leistungsbetrag wurde mit dem PSG I von 31 Euro auf 40 Euro angehoben.

Auf Basis der Daten der BARMER GEK lässt sich zeigen, dass diese Leistungen in stetig steigendem Maße von den Pflegebedürftigen in Anspruch genommen werden (Abbildung 3.75). Während im Jahr 2012 nur 7,7 Prozent aller Pflegebedürftigen Zahlungen für Pflegehilfsmittel erhielten, sind es im Jahr 2015 bereits 12,6 Prozent. Über diesen Zeitraum ist der Anstieg nahezu linear mit einem leichten Einbruch im Jahr 2014. Es können dementsprechend keine direkten Effekte aus der Leistungserhöhung des PSG I abgeleitet werden. Vielmehr scheint es sich hierbei um einen allgemeinen Trend zur steigenden Inanspruchnahme zu handeln, der allerdings weit ausgeprägter ist als das Wachstum der Zahl der Pflegebedürftigen.

**Abbildung 3.75: Anteil der Pflegebedürftigen (ohne PS 0), die innerhalb eines Monats Zahlungen für zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel erhalten haben (%)**  
Basis: Versicherte der BARMER GEK, Erfassung über den Durchschnitt der ersten neun Monate des Jahres, Hochrechnung auf die BRD



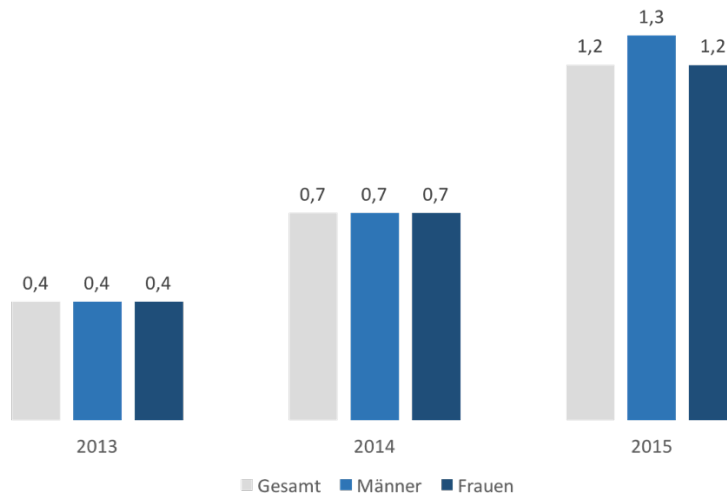
Studie zur Wirkung des PNG und PSG I – Universität Bremen 2016

Stark steigend, aber auf deutlich geringerem Niveau werden Zahlungen für Pflegehilfsmittel von Personen der Pflegestufe 0 in Anspruch genommen. Diesen wurde durch das PNG ab 2013 ebenfalls ein Leistungsanspruch gewährt. Die Anteile der Leistungsempfänger haben sich seitdem jährlich fast verdoppelt (Abbildung 3.76). Dass die Anteile trotz dieser sehr starken Entwicklung im Jahr 2015 dennoch nur etwa ein Zehntel des Wertes für Pflegebedürftige aufweisen, ist insbesondere darin begründet, dass Personen der Pflegestufe 0 nur sehr geringe Pflegebedarfe aufweisen und deshalb kaum Pflegehilfsmittel zum Verbrauch benötigt werden.

Im Gegensatz zu den Pflegehilfsmitteln zum Verbrauch handelt es sich bei den *technischen Hilfsmitteln* um langlebige Pflegehilfsmittel, etwa Pflegebetten, Rollatoren oder auch Hausnotrufgeräte. Zwar gibt es für diese Hilfsmittel auch die Möglichkeit, Anschaffungskosten mit einem Eigenanteil durch die Pflegekasse tragen zu lassen, üblicherweise werden diese Gegenstände jedoch leihweise überlassen. In diesen Fällen finden sich in den BARMER-GEK-Routinedaten monatliche Zahlungen, die den jeweiligen Mietkosten entsprechen. Das nachfolgend ausgewiesene Niveau unterschätzt also die tatsächliche Inanspruchnahme. Für die Beurteilung der Trends dürfte dieser Niveaueffekt keine Rolle spielen. Durch die hier evaluierten Gesetze sind keine Änderungen der Ansprüche erfolgt, mit der Ausnahme, dass seit dem PNG auch Personen der Pflegestufe 0 leistungsberechtigt sind.

**Abbildung 3.76: Anteil der Leistungsempfänger in PS 0, die innerhalb eines Monats Zahlungen für zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel erhalten haben (%)**

Basis: Versicherte der BARMER GEK, Erfassung über den Durchschnitt der ersten neun Monate des Jahres, Hochrechnung auf die BRD

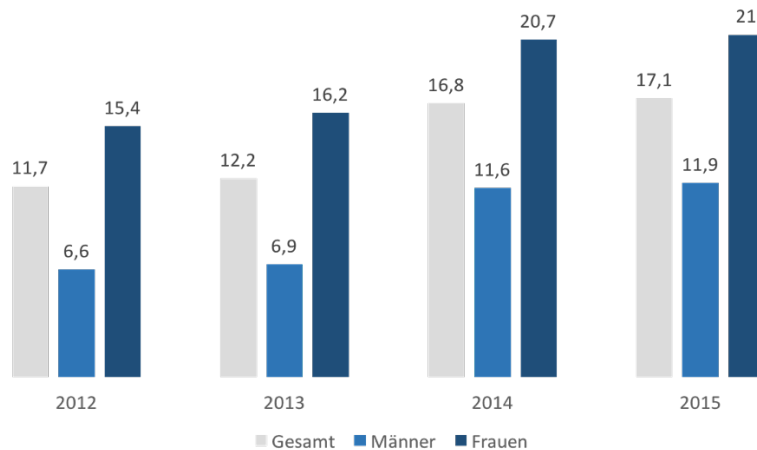


Studie zur Wirkung des PNG und PSG I – Universität Bremen 2016

Wie Abbildung 3.77 zeigt, nimmt auch die Zahl der Zahlungen für *technische Hilfsmittel* im Zeitverlauf deutlich zu. So ist für die Gesamtgruppe der Pflegebedürftigen eine Steigerung um fast 50 Prozent zwischen den Jahren 2012 und 2015 zu erkennen. Diese verläuft allerdings nicht linear, sondern geschieht zum allergrößten Teil zwischen den Jahren 2013 und 2014. Auffällig ist weiterhin eine deutliche Geschlechterdifferenz. Über den gesamten Beobachtungszeitraum liegt der Anteil der leistungsbeziehenden Frauen etwa doppelt so hoch wie die der Männer. Zu vermuten ist hierbei, dass dieser Unterschied daraus resultieren könnte, dass Frauen zu einem höheren Anteil auch bei leichter Pflegebedürftigkeit noch einen eigenen Haushalt führen und dann stärker Hilfsmittel wie etwa Rollatoren oder Hausnotrufsysteme in Anspruch nehmen.

**Abbildung 3.77: Anteil der Pflegebedürftigen (ohne PS 0), die innerhalb eines Monats Zahlungen für technische Hilfsmittel erhalten haben (%)**

Basis: Versicherte der BARMER GEK, Erfassung über den Durchschnitt der ersten neun Monate des Jahres, Hochrechnung auf die BRD

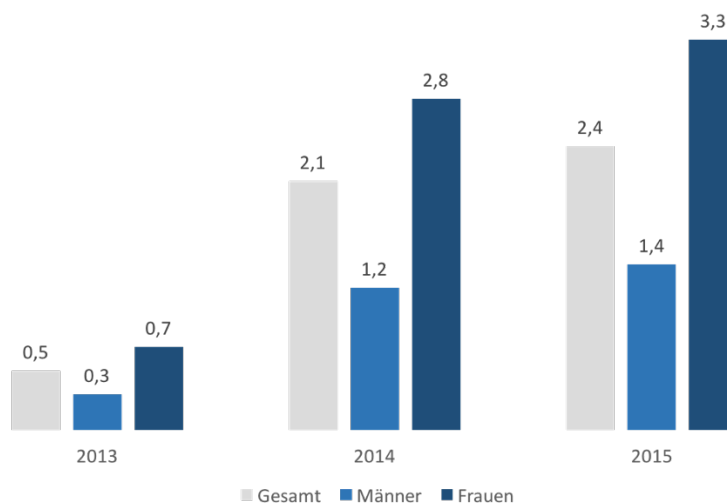


Studie zur Wirkung des PNG und PSG I – Universität Bremen 2016

Analog zu den Ergebnissen bei den Pflegehilfsmitteln zum Verbrauch liegt auch die Inanspruchnahme bei technischen Hilfsmitteln in der Gruppe der Personen in Pflegestufe 0 deutlich unter der Gruppe der Pflegebedürftigen. Auch hier zeigt sich eine deutliche Entwicklung, welche die Inanspruchnahme in den ersten drei Jahren nach Einführung um das Fünffache ansteigen lässt (Abbildung 3.78). Es kann also gesagt werden, dass auch diese Leistung von den Personen in Pflegestufe 0 angenommen wird, wenn auch auf einem geringeren Niveau, welches sich aber durch den geringeren Bedarf begründen lässt.

**Abbildung 3.78: Anteil der Leistungsempfänger in PS 0, die innerhalb eines Monats Zahlungen für technische Hilfsmittel erhalten haben (%)**

Basis: Versicherte der BARMER GEK, Erfassung über den Durchschnitt der ersten neun Monate des Jahres, Hochrechnung auf die BRD



Studie zur Wirkung des PNG und PSG I – Universität Bremen 2016



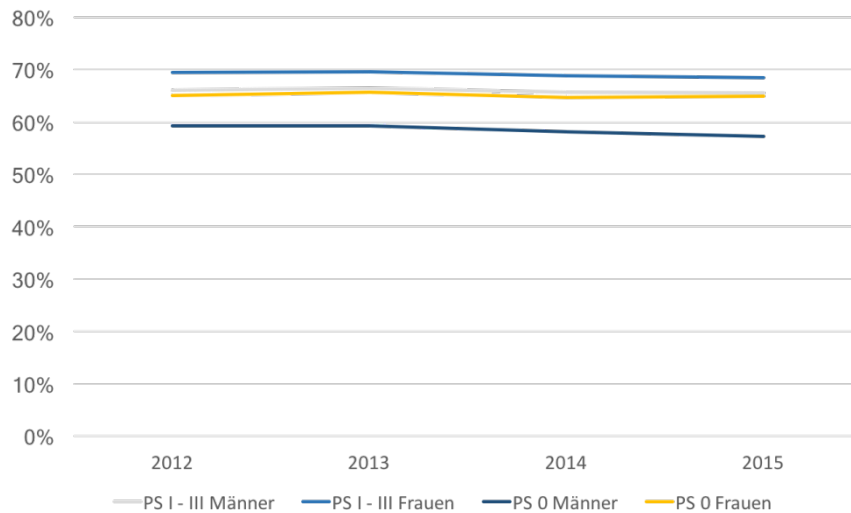
### 3.4.11 Ärztliche Versorgung

Die Versorgung pflegebedürftiger Personen mit haus-, fach- und zahnärztlichen Leistungen ist in den letzten Jahren ein eigenes Thema der Versorgungsforschung geworden. Auch wenn sich die meisten empirischen Ergebnisse zu dieser Thematik auf stationär versorgte Pflegebedürftige bezieht, ist allgemein davon auszugehen, dass mit zunehmender Pflegebedürftigkeit der Zugang zu ärztlichen Leistungen erschwert wird. Dies gilt insbesondere bei fachärztlichen Leistungen, die oftmals nicht außerhalb der Praxisräume erbracht werden können und somit bei einer eingeschränkten Mobilität nicht ausreichend genutzt werden können. Im Bereich der hausärztlichen Versorgung sind Hausbesuche demgegenüber deutlich weiter verbreitet und die meist vorhandene räumliche Nähe sorgt hier weiterhin für einen niedrigschwelligen Zugang. Zur Interpretation der nachfolgend dargestellten Behandlungsquoten muss an dieser Stelle noch einmal auf die hier verwendete Datenbasis hingewiesen werden. Da es sich bei den BARMER-GEK-Routinedaten im Wesentlichen um Abrechnungsdaten handelt, ist als Behandlungsfall jeder Arztkontakt erfasst, bei dem eine abrechenbare Leistung erfolgt ist. Dies schließt aber beispielsweise auch die Erstellung von Folgerezepten ein, die regelmäßig in der Arztpraxis angefordert werden.

Wie Abbildung 3.79 zeigt, führt dies zu einer hohen Versorgungsdichte von Pflegebedürftigen und Personen der Pflegestufe 0 mit Leistungen *der hausärztlichen Versorgung*. Demnach haben etwa zwei Drittel dieser Personen innerhalb eines Quartals einen Arztkontakt zu einem Allgemeinmediziner. Über den betrachteten Zeitraum von 2012 bis 2015 gibt es in keiner der vier einbezogenen Gruppen nennenswerte Veränderungen im Inanspruchnahmeverhalten. Auch wenn es sich hierbei um eine allgemein hohe Kontakthäufigkeit handelt, kann diese im Sinne einer dauerhaften ärztlichen und medikamentösen Versorgung bei vorliegenden somatischen und/oder kognitiven Einschränkungen angesehen werden. Dabei weisen Personen, die den Pflegestufen I bis III zugeordnet sind, häufigere Arztkontakte auf als die Leistungsempfänger der Pflegestufe 0. Dies kann auf die häufigeren und schwerwiegenderen somatischen Erkrankungen der ersten Gruppe erklärt werden, die wiederum Ausgangspunkt für die jeweilige Pflegestufe sind. In beiden Teilgruppen werden häufiger hausärztliche Leistungen von Frauen als von Männern bezogen. Es ist zu vermuten, dass es sich hierbei um einen allgemeinen Alterseffekt handelt, durch den sich das durchschnittliche Alter zwischen Männern und Frauen unterscheidet. Die mit steigendem Lebensalter wachsende Multimorbidität findet sich dann in gesteigertem Behandlungsbedarf abgebildet.

**Abbildung 3.79: Anteil der Versicherten nach PS im letzten Monat eines Quartals, die innerhalb des Quartals einen Behandlungsfall durch Allgemeinmediziner hatten (%)**

Basis: Versicherte der BARMER GEK, Hochrechnung auf die BRD, Erfassung über den Durchschnitt der Monate März, Juni, September des Berichtsjahres



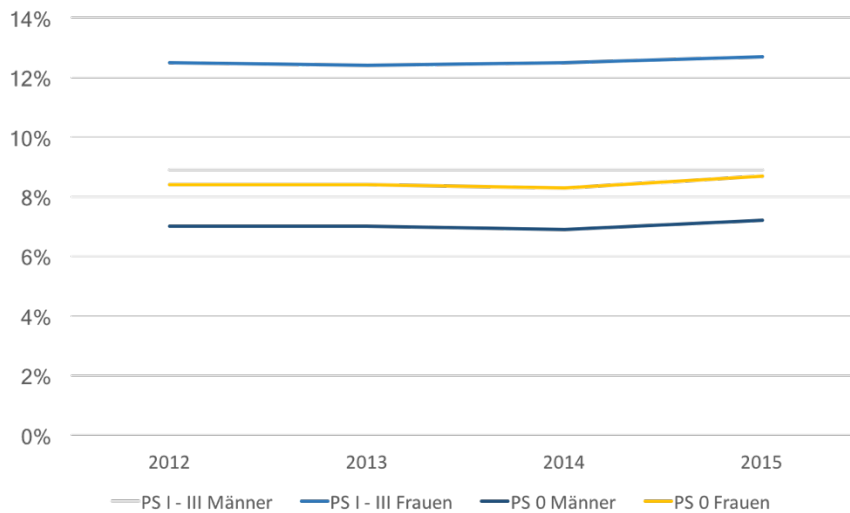
Studie zur Wirkung des PNG und PSG I – Universität Bremen 2016

Für die Einschätzung der fachärztlichen Versorgung wird nachstehend auf die insgesamt häufig vertretene Gruppe der Orthopäden und die gerade auch durch Pflegebedürftige häufig gebrauchten Nervenärzte abgestellt.

Die fachärztliche Versorgung durch *Orthopäden* in Abbildung 3.80 zeigt über den Betrachtungszeitraum nur minimale Steigerungen in der Häufigkeit der Behandlungsfälle. Auch hier liegt die Inanspruchnahme der Personen in den PS I bis III deutlich höher als die der Personen in Pflegestufe 0. Pflegebedürftige Frauen nehmen sogar fast doppelt so häufig orthopädische Leistungen in Anspruch wie Männer der Pflegestufe 0. Hierbei ist anzunehmen, dass wiederum die beiden vorgenannten Unterschiede zwischen den Personengruppen, die stärkeren Beeinträchtigungen Pflegebedürftiger und das höhere Alter der Frauen, die wesentlichen Faktoren für das unterschiedliche Inanspruchnahmeverhalten sind.

**Abbildung 3.80: Anteil der Versicherten nach PS im letzten Monat des Quartals, die innerhalb des Quartals einen Behandlungsfall durch Orthopäden hatten (%)**

Basis: Versicherte der BARMER GEK, Hochrechnung auf die BRD, Erfassung über den Durchschnitt der Monate März, Juni, September des Berichtsjahres

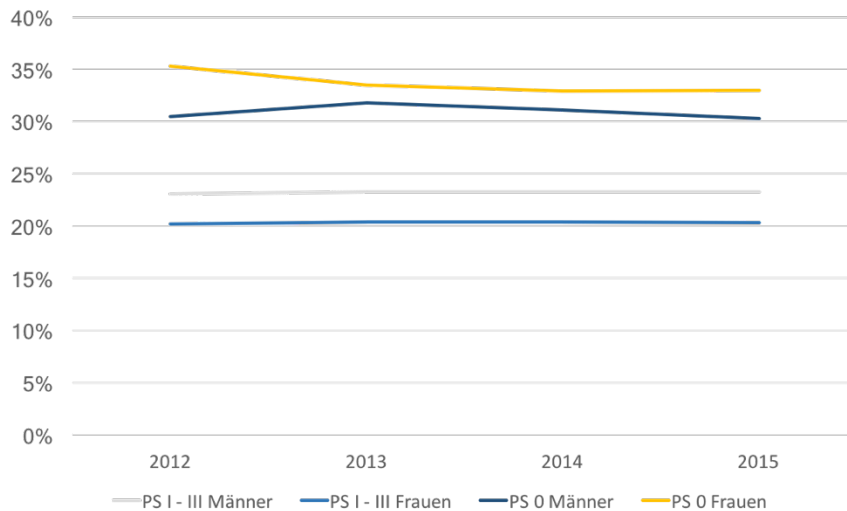


Studie zur Wirkung des PNG und PSG I – Universität Bremen 2016

Fachärztliche Leistungen von *Nervenärzten* werden sowohl von Pflegebedürftigen als auch von Personen der Pflegestufe 0 sehr häufig in Anspruch genommen. Für ein Fünftel der erstgenannten Gruppe und sogar ein Drittel der letztgenannten wird in den durchschnittlichen Leistungsdaten pro Quartal ein Behandlungsfall verzeichnet (Abbildung 3.81). Dabei ist für Frauen der Pflegestufe 0 eine leicht absinkende Inanspruchnahme, für die anderen Gruppen nahezu keine Veränderung im beobachteten Zeitraum zu erkennen. Erklärbar ist das hohe Inanspruchnahmeniveau wiederum durch die speziellen Charakteristika der betrachteten Personengruppen. Nervenärztliche Leistungen sind sowohl bei demenziellen Veränderungen als auch bei Erkrankungen mit neurologischen Auswirkungen, etwa Parkinson, indiziert. Personen der Pflegestufe 0 sind alle in ihrer Alltagskompetenz erheblich eingeschränkt, wobei dies im Großteil der Fälle auf demenzielle Veränderungen zurückzuführen ist. Sie weisen also grundsätzlich einen entsprechenden Versorgungsbedarf auf, der durch Nervenärzte regelhaft abzudecken ist. Etwa ein Drittel der Pflegebedürftigen in häuslicher Pflege hat ebenfalls erheblich eingeschränkte Alltagskompetenzen, so dass sich auch hier hohe Bedarfe ergeben.

**Abbildung 3.81: Anteil der Versicherten nach PS im letzten Monat des Quartals, die innerhalb des Quartals einen Behandlungsfall durch Nervenärzte hatten (%)**

Basis: Versicherte der BARMER GEK, Hochrechnung auf die BRD, Erfassung über den Durchschnitt der Monate März, Juni, September des Berichtsjahres

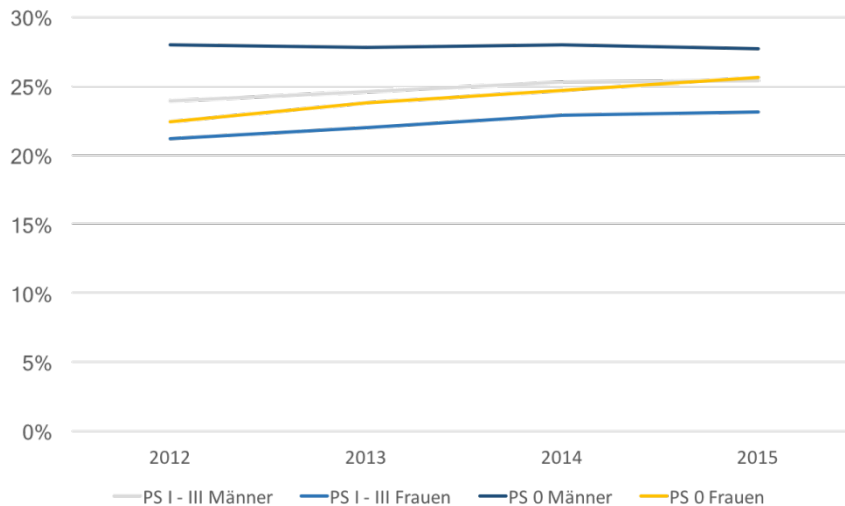


Studie zur Wirkung des PNG und PSG I – Universität Bremen 2016

Im Gegensatz zu den vorstehend ausgeführten haus- und fachärztlichen Leistungen, die keine Entwicklung der Versorgungsanspruchnahme erkennen lassen, können für den *zahnärztlichen Leistungsbereich* steigende Behandlungsquoten festgestellt werden (Abbildung 3.82). Dies gilt für alle Personengruppen mit Ausnahme der Männer der Pflegestufe 0. Zu erkennen ist jedoch auch für beide Geschlechter eine niedrigere Behandlungshäufigkeit der Pflegebedürftigen gegenüber den Personen in Pflegestufe 0. Dies steht wahrscheinlich in direkter Beziehung zu der bei Pflegebedürftigen regelmäßig stärker eingeschränkten Mobilität. Durch sie wird gerade die zahnärztliche Behandlung erschwert, da entsprechende Hausbesuche – trotz der gesetzlichen Maßnahmen in diese Richtung (Brandhorst et al. 2016) – noch selten angeboten werden.

**Abbildung 3.82: Anteil der Versicherten nach PS im letzten Monat des Quartals, die innerhalb des Quartals einen zahnärztlichen Behandlungsfall hatten (%)**

Basis: Versicherte der BARMER GEK, Hochrechnung auf die BRD, Erfassung über den Durchschnitt der Monate März, Juni, September des Berichtsjahres



Studie zur Wirkung des PNG und PSG I – Universität Bremen 2016

Zusammenfassend kann für den Bereich der ärztlichen Versorgung ambulant versorgter Pflegebedürftiger resümiert werden, dass durchgehend Niveauunterschiede zwischen den beiden betrachteten Gruppen der Pflegebedürftigen und der Personen in Pflegestufe 0 und auch zwischen den Geschlechtern festzustellen sind. Diese lassen sich sowohl für den hausärztlichen als auch für die ausgewählten fachärztlichen Leistungsbereiche weitgehend durch die Charakteristika der jeweiligen Gruppen erklären. Im Zeitverlauf sind die entsprechenden Inanspruchnahmequoten äußerst stabil und zeigen nahezu keine Veränderung auf. Aufgrund dieser Ergebnisse kann nicht auf eine Verbesserung der ärztlichen Versorgung in den Jahren 2012 bis 2015 geschlossen werden.

Ein leicht abweichendes Fazit kann lediglich für den zahnärztlichen Bereich gezogen werden. Hier zeigen sich im Zeitverlauf für drei der vier betrachteten Personengruppen Inanspruchnahmesteigerungen um teilweise über zehn Prozent. Hier kann – vor dem Hintergrund der nachgewiesenen unzureichenden Mundgesundheit Pflegebedürftiger (DMS V) – eine schon leicht steigende Versorgungsqualität durch die gesetzlichen Maßnahmen des PNG und anschließender Folgegesetze (ausführlich hierzu: Brandhorst et al. 2016) abgeleitet werden.

### 3.4.12 Pflegebedürftige ohne Leistungsbezug

In der Haushaltsbefragung der Pflegestudie sind nicht nur pflegebedürftige Personen mit Leistungsbezug der Pflegeversicherung einbezogen, sondern es haben auch Personen teilgenommen, die in Haushalten leben, in denen Personen mit Pflegebedarf, aber ohne Bezug von Leistungen der Pflegeversicherung leben. Die subjektive Einschätzung der Pflegebedürftigkeit wurde nach folgender Frage bestimmt: „Würden Sie mir bitte sagen, ob es in Ihrem Haushalt eine Person gibt, die aufgrund einer Krankheit oder Behinderung dauerhaft pflegebedürftig ist?“.

Dabei beziehen die Pflegebedürftigen aus unterschiedlichen Gründen keine Leistungen. Aus den Antworten auf die Frage, ob schon einmal ein Antrag auf Leistungen der Pflegeversicherung gestellt wurde, geht hervor, dass in 23 Prozent der Fälle ein Antrag gestellt wurde, dieser aber abgelehnt wurde. Weitere elf Prozent sind aktuell im Beantragungsverfahren und haben noch keinen endgültigen Bescheid. Sieben Prozent haben im Rahmen einer Neubegutachtung keine Pflegestufe mehr bewilligt bekommen. Die Hälfte hat jedoch bisher noch keinen Antrag gestellt. Am häufigsten sehen die Befragten, die noch keinen Antrag gestellt haben, keine Chance auf einen Leistungsbezug, da der Pflegebedarf nicht ausreichend ist (39%). Manche wollen keine Hilfe von außen und sagen, dass sie auch so gut zurechtkommen (35%). Ein weiteres Drittel hat sich mit der Thematik noch nicht auseinandergesetzt. Und jeder Zehnte meint, dass die gewährten Leistungen nichts nützen würden und der Aufwand zu groß sei.

Schaut man auf die Altersstruktur der Pflegebedürftigen ohne Leistungsbezug, wird deutlich, dass diese Gruppe deutlich jünger ist als Personen mit Leistungen der Pflegeversicherung. Fast zwei Fünftel sind unter 60 Jahre (Tabelle 3.28). Auf der anderen Seite sind 28 Prozent 80 Jahre und älter, im Vergleich zu fast der Hälfte der Leistungsbezieher. Die Pflegebedürftigen ohne Leistungsbezug leben zu einem höheren Anteil alleine oder unverheiratet mit Angehörigen.

**Tabelle 3.28 Pflegebedürftige ohne Leistungen der Pflegeversicherung (%)**

Basis: Repräsentativerhebung, Pflegebedürftige in Privathaushalten ohne Leistungen der Pflegeversicherung und mit Leistungen der Pflegeversicherung

	Pflegebedürftige ohne Leistungsbezug	Pflegebedürftige mit Leistungsbezug
<b>Alter</b>		
unter 60 Jahre	38	20
60 b. u. 80 Jahre	34	32
80 Jahre und älter	28	48
<b>Lebensform</b>		
Alleinlebend	39	34
Ehepaare	20	29
Ehepaare mit Angehörigen	9	7
Verwitwete mit Angehörigen	9	16
Sonstige Alleinstehende mit Angehörigen	17	11
Kinder unter 16 Jahren/Elternhaushalt	6	5

Zu einem Großteil werden körperliche Beeinträchtigungen als Grund für die Pflegebedürftigkeit angegeben (Tabelle 3.29). Gegebenenfalls kommen noch weitere Beeinträchtigungen hinzu, so werden zu etwa je einem Fünftel „starke Sinnesbehinderung“, „schwere geistige Behinderung“, „starker geistiger Abbau“ und „sonstige seelische Erkrankungen“ genannt.

**Tabelle 3.29: Gründe für die Pflegebedürftigkeit (Mehrfachnennungen, %)**

Basis: Repräsentativerhebung, Pflegebedürftige in Privathaushalten ohne Leistungen der Pflegeversicherung

Pflegebedürftige ohne Leistungsbezug	
Vorhandene körperliche Beeinträchtigungen	83
Starke Sinnesbehinderung	19
Schwere geistige Behinderung	18
Starker geistiger Abbau (Anleitungs-/Aufsichtsbedarf)	18
Sonstige seelische Erkrankung	20

Studie zur Wirkung des PNG und PSG I – TNS Infratest Sozialforschung 2016

Kommunen, Kirchen oder Wohlfahrtsverbände bieten häufig Programme für Seniorinnen und Senioren an, sei es zur Freizeitgestaltung oder zur Beratung der Pflegebedürftigen oder ihrer Angehörigen. Der größte Teil der Pflegebedürftigen ohne Leistungsbezug nimmt keine derartigen Leistungen in Anspruch (73%). Zwölf Prozent geben an, Beratungsleistungen beansprucht zu haben, und sieben Prozent nennen Freizeitangebote.

### 3.5 Informationsstand, Begutachtung und Beratung

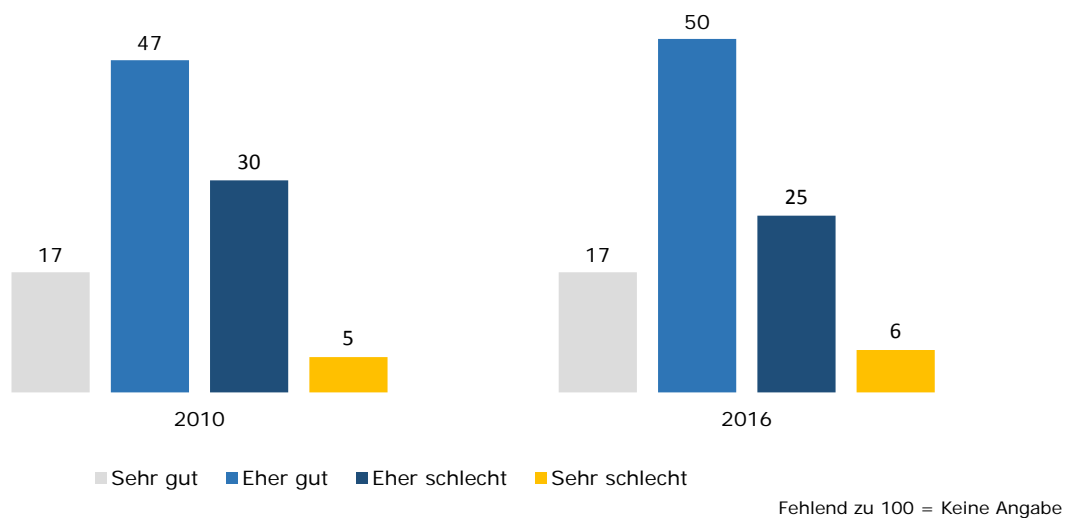
#### 3.5.1 Informationsstand zur Pflegeversicherung

Um die Leistungen der Pflegeversicherung in ihrer Vielfalt auf die individuelle Pflegesituation anwenden und nutzen zu können, ist es wichtig, die Regelungen und Neuerungen zu kennen. Daher ist das Thema Informationsstand und Beratung von besonderer Bedeutung. Zwei Drittel der Pflegebedürftigen oder deren Angehörige schätzen ihr Wissen über die Leistungen der Pflegeversicherung als gut oder sogar sehr gut ein. Etwas weniger als ein Drittel ist allerdings der Meinung, dass sie nicht so gut informiert sind. Damit entsprechen die Anteile von Informierten in etwa denen von 2010 (Abbildung 3.83). Zur Einschätzung des Wissensstandes gibt es zwischen den Pflegestufen kaum Unterschiede (Abbildung 3.84).

Pflegebedürftige, deren Antrag abgelehnt wurde oder die bisher keinen Antrag gestellt haben, fühlen sich weit weniger informiert über das Leistungsangebot der Pflegeversicherung. Sehr gut informiert fühlen sich elf bzw. vier Prozent und eher gut informiert 27 bzw. 25 Prozent.

**Abbildung 3.83: Einschätzung des eigenen Wissens über Leistungen der Pflegeversicherung 2010 und 2016 (%)**

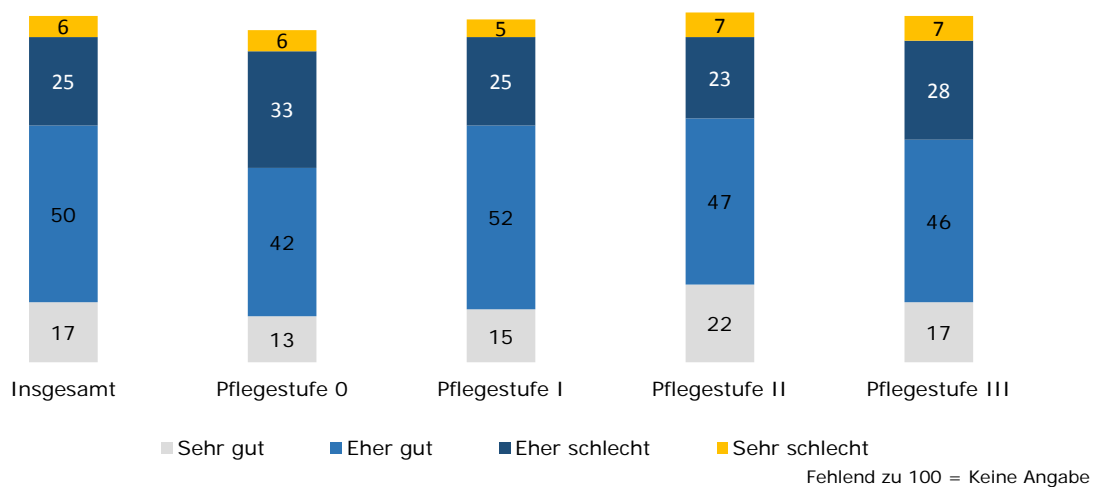
Basis: Repräsentativerhebung, Pflegebedürftige in Privathaushalten



Studie zur Wirkung des PNG und PSG I – TNS Infratest Sozialforschung 2016

**Abbildung 3.84: Einschätzung des eigenen Wissens über Leistungen der Pflegeversicherung nach Pflegestufen, 2016 (%)**

Basis: Repräsentativerhebung, Pflegebedürftige in Privathaushalten



Studie zur Wirkung des PNG und PSG I – TNS Infratest Sozialforschung 2016



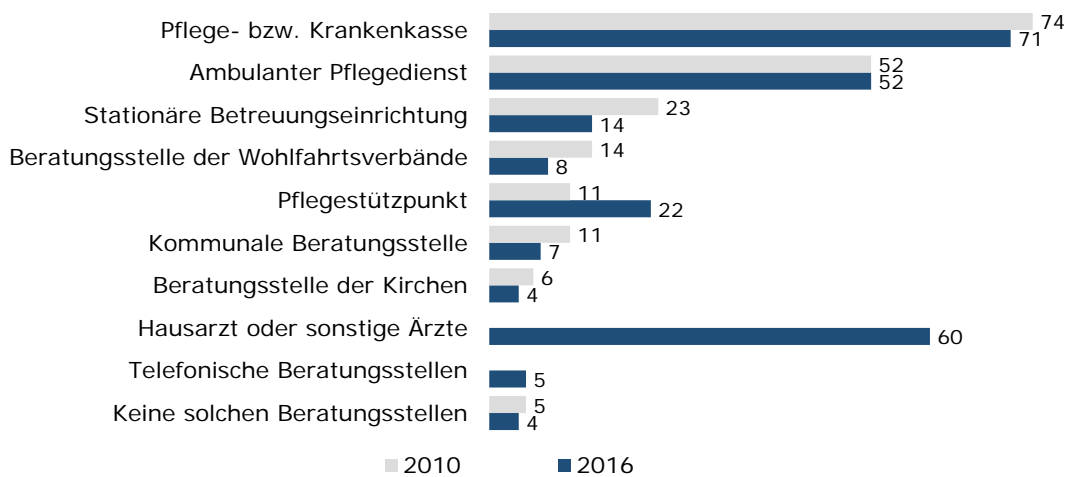
## Anlaufstellen zur Beratung

96 Prozent und damit fast alle Pflegebedürftigen oder deren Angehörige haben schon einmal auf Informations- oder Beratungsangebote zurückgegriffen, um sich über Fragen im Zusammenhang mit der Pflegebedürftigkeit zu informieren. 71 Prozent der Pflegebedürftigen oder deren Angehörige haben das Informationsangebot von Pflege- bzw. Krankenkassen genutzt. 60 Prozent wurden durch den Hausarzt oder einen anderen Arzt beraten. Die Hälfte der Pflegebedürftigen hat sich bei ambulanten Pflegediensten informiert. 22 Prozent haben sich in Pflegestützpunkten beraten lassen (Abbildung 3.85). Ist dieser Anteil 2010 noch vergleichsweise gering aufgefallen, da es noch kein flächendeckendes System von Pflegestützpunkten gab, sind die Pflegestützpunkte jetzt an vierter Stelle, wenn es um die genutzten Anlaufstellen geht.<sup>18</sup> Der Anteil der Beratungen in stationären Betreuungseinrichtungen wie auch Beratungsstellen, seien es Stellen der Wohlfahrtspflege oder auch kirchliche oder kommunale Beratungsstellen, ist in den letzten Jahren zurückgegangen. Telefonische Beratung, z. B. bei Compass, geben fünf Prozent der Pflegebedürftigen oder deren Angehörige an.

Pflegebedürftige ohne Leistungen der Pflegeversicherung nutzten die Anlaufstellen seltener. Der Anteil jener, die sich gar nicht beraten ließen, liegt bei 15 Prozent. Wurde kein Antrag gestellt, traf dies sogar auf ein Viertel zu. Jene, die bei einer Beratung waren, fanden die erhaltenen Informationen überdurchschnittlich häufig weniger oder sogar gar nicht hilfreich (30%), wobei auch die Pflegebedürftigen ohne Leistungsbezug angeben, dass die Informationen in verständlicher Sprache waren.

### Abbildung 3.85: Genutzte Anlaufstellen, um sich über Fragen im Zusammenhang mit der Pflegebedürftigkeit zu informieren, 2010 und 2016 (Mehrfachnennungen, %)

Basis: Repräsentativerhebung, Pflegebedürftige in Privathaushalten



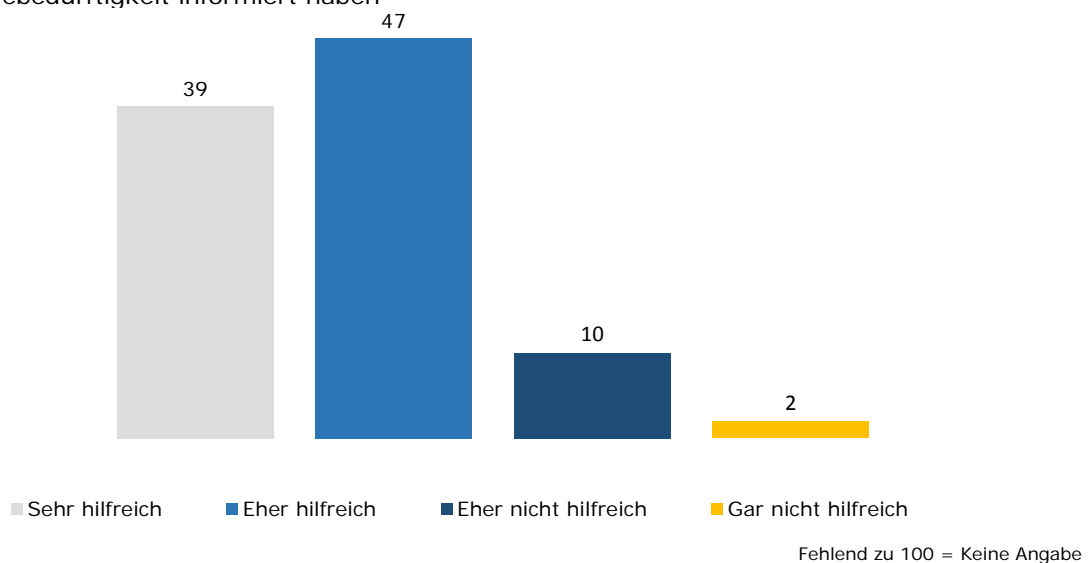
Studie zur Wirkung des PNG und PSG I – TNS Infratest Sozialforschung 2016

Die überwiegende Mehrheit der Pflegebedürftigen oder deren Angehörige fand die Informationen, die sie bei der jeweiligen Anlaufstelle erhalten hat, eher (47%) oder sogar sehr hilfreich (39%). Gar

<sup>18</sup> Die Kategorien „Beratungsstellen der Wohlfahrtsverbände“ und „Beratungsstellen der Kirchen“ sind nicht ganz trennscharf. So ist nicht auszuschließen, dass Befragte die Beratungsstellen der Diakonie und der Caritas zu den Beratungsstellen der Wohlfahrtsverbände und nicht zu den Beratungsstellen der Kirchen gezählt haben.

nicht hilfreich waren die Beratungen nur für zwei Prozent der Pflegebedürftigen. Pflegebedürftige der Stufe 0 stufen die Beratungen seltener als „sehr hilfreich“ ein als Personen der anderen Pflegestufen. (31%). Es fällt auch auf, dass sie mit neun Prozent den höchsten Anteil haben, die keine Angabe zu der Frage machen. Beide Ergebnisse deuten in die Richtung, dass die Anlaufstellen noch nicht so eingespielt sind mit dem Umgang der Pflegebedürftigen der Pflegestufe 0 (Abbildung 3.86).

**Abbildung 3.86: Beurteilung, wie hilfreich die erhaltenen Informationen waren, 2016 (%)**  
Basis: Repräsentativerhebung, Pflegebedürftige in Privathaushalten, die sich im Zusammenhang mit der Pflegebedürftigkeit informiert haben



Studie zur Wirkung des PNG und PSG I – TNS Infratest Sozialforschung 2016

Wenn Informationen einen Nutzen für die Person haben sollen, die sie einholt, ist es wichtig, dass sie in verständlicher Sprache transportiert werden. Dies trifft sowohl auf schriftliches Informationsmaterial wie auch auf Beratungsgespräche zu. Nahezu alle Pflegebedürftigen, die sich beraten ließen, erachteten die erhaltenen Informationen als eher bzw. sehr verständlich. Kaum Unterschiede bestehen zwischen den Pflegestufen. Auch macht es keinen Unterschied in der Beurteilung der Verständlichkeit, ob die Pflegebedürftigen einen Migrationshintergrund haben, oder ob sie selbst Auskunft geben oder die Hauptpflegeperson bzw. ein anderer Angehöriger.

Wurde keine Anlaufstelle zur Information genutzt, so wurde am häufigsten angegeben, dass die notwendigen Informationen auf anderem Wege beschafft wurden oder keine Information benötigt wurde und damit kein Beratungsbedarf gesehen wurde. Aber ein Teil der Pflegebedürftigen in Privathaushalten, die sich im Zusammenhang mit Pflegebedürftigkeit nicht informiert haben, gibt an, von einem Informationsangebot nichts gewusst zu haben. Da sich die meisten Pflegebedürftigen bei Anlaufstellen informierten, ist die Fallzahl zur Auswertung der Gründe zur Nichtinanspruchnahme einer Anlaufstelle zu gering, um im Detail dargestellt zu werden.

## Information über die Qualität der Pflege

Professionelle Pflege muss hohe Qualitätsstandards erfüllen, damit Pflegebedürftige angemessen betreut werden können. Darüber hinaus muss die Qualität der ambulanten Pflegedienste und der Pflegeheime aber auch für die Pflegebedürftigen und ihre Angehörigen transparent und nachvollziehbar sein. Nur so können sie Qualitätskriterien bei der Entscheidung für einen professionellen Pflegeanbieter einbeziehen.

In der Pflegestudie 2016 wurden alle Pflegebedürftigen bzw. ihre Angehörigen gefragt, wie leicht oder schwer sie es finden, sich über die Qualität bei den verschiedenen Pflegedienstleistern zu informieren. Beurteilt werden sollte die Qualität der Pflege bei ambulanten Diensten bzw. teilstationären Leistungen sowie bei der Kurzzeitpflege und in Pflegeheimen.<sup>19</sup>

Die Möglichkeiten, sich über die Qualität der Pflege der ambulanten Dienste zu informieren, werden gut beurteilt. Für die Beurteilung stand eine Skala von 1 bis 7 zur Verfügung, wobei 1 bedeutet, dass die Befragten es sehr schwierig finden, sich über die Qualität der Leistungen zu informieren, und 7, dass sie es sehr leicht finden. 44 Prozent sehen „gute bis sehr gute“ Möglichkeiten (5 bis 7), sich zu informieren. Der Durchschnitt beträgt 4,4. Bei teilstationären Diensten sind es dagegen nur 29 Prozent, die die Möglichkeiten zur Information über die Qualität der Angebote „gut bis sehr gut“ einschätzen. Der Durchschnitt beträgt hier 3,9. Geht es um die Beurteilung der Qualität von Pflegeheimen, finden es 22 Prozent „leicht bis sehr leicht“, sich Informationen zu beschaffen und diese zu bewerten. Hier liegt der Durchschnitt bei 3,6. Informationen zur Qualität der Kurzzeitpflege werden von 29 Prozent der Pflegebedürftigen oder deren Angehörigen als „gut bis sehr gut“ eingestuft. Folgt man den Einschätzungen der Pflegebedürftigen oder deren Angehörigen, so sind die Möglichkeiten, sich über die Qualität von Angeboten zu informieren, nach wie vor unbefriedigend.

### 3.5.2 Inanspruchnahme von Pflegeberatung

Seit 1.01.2009 haben Pflegebedürftige nach § 7a SGB XI einen Rechtsanspruch auf eine individuelle Pflegeberatung. Aufgabe des Pflegeberaters bzw. der Pflegeberaterin ist es insbesondere, einen individuellen Versorgungsplan zu erstellen, der nicht nur die Leistungen der Pflegeversicherung und gegebenenfalls weitere Sozialleistungen umfasst, sondern auch sonstige Hilfsangebote, die auf die Unterstützung von Menschen mit Pflege-, Versorgungs- oder Betreuungsbedarf ausgerichtet sind. Darüber hinaus soll der Pflegeberater bzw. die Pflegeberaterin die Umsetzung des Versorgungsplans begleiten, die Pflegebedürftigen bei der Einholung der Genehmigungen durch den jeweiligen Leistungsträger unterstützen und den Versorgungsplan im Fall einer Bedarfsänderung entsprechend anpassen. Ziel dieser neuen Regelung ist es, dass Pflegebedürftige und ihre Angehörigen das jeweils für sie passende Pflegearrangement finden und bei Bedarf und auf Wunsch auch bei der Umsetzung unterstützt werden. Der Rechtsanspruch auf eine individuelle Pflegeberatung war 2010 weniger als einem Drittel der Pflegebedürftigen oder deren Angehörigen bekannt, und nur zehn Prozent nutzten die Pflegeberatung.

---

<sup>19</sup> Teilweise fiel es den Befragten schwer zu beurteilen, wie leicht oder schwer man sich über die Qualität von Pflege informieren kann. Hier sind viele fehlende Anteile zu verzeichnen; dies gilt sowohl für teilstationäre Pflege wie auch für Heime.

2016 haben 29 Prozent der Pflegebedürftigen eine Pflegeberatung genutzt, wobei in diesem Anteil nicht ausschließlich Beratungen nach § 7 eingeschlossen sind, sondern auch Pflegeberatung im weiteren Sinne verstanden wurde. Wenn eine Pflegeberatung stattgefunden hat, dann in 62 Prozent der Fälle in der häuslichen Umgebung des Pflegebedürftigen oder weitaus seltener zuhause bei der Hauptpflegeperson, wenn diese nicht im selben Haushalt lebt. In 16 Prozent der Fälle wurde in einem Pflegestützpunkt beraten. Jeder Zehnte erhielt die Pflegeberatung direkt bei der Pflegekasse. Nur ein kleiner Teil der Pflegebedürftigen oder deren Angehörigen ließ sich in einer unabhängigen Beratungsstelle oder telefonisch beraten (Tabelle 3.30). In den meisten Fällen fand die Beratung der Pflegebedürftigen gemeinsam mit ihren Angehörigen statt (61%). Fast ein Viertel der Beratungen wurde mit Angehörigen ohne die pflegebedürftige Person durchgeführt. In zwölf Prozent der Fälle wurde ausschließlich die pflegebedürftige Person beraten. Die Hälfte der Beratungen erfolgte innerhalb von zwei Wochen nach Antragstellung. Betrachtet man den Zeitpunkt der Beratung nur für Pflegebedürftige, die seit Anfang 2013 Leistungen der Pflegeversicherung beziehen, erhöht sich der Anteil der Beratungen innerhalb von zwei Wochen nicht (51%). Um die Information und Beratung von Pflegebedürftigen sicherzustellen, führte das PNG ein, dass die Pflegekassen den Antragstellern innerhalb von zwei Wochen einen Ansprechpartner benennen müssen.

**Tabelle 3.30: Pflegeberatung, 2016 (%)**

Basis: Repräsentativerhebung, Pflegebedürftige in Privathaushalten, die eine Pflegeberatung in Anspruch genommen haben

	2016
<b>Wo fand die Beratung statt? (Mehrfachnennungen)</b>	
Bei der Pflegekasse	10
In einem Pflegestützpunkt	16
Bei einer unabhängigen Beratungsstelle mit Beratungsgutschein	2
Bei Compass telefonisch	2
Zuhause	62
Sonstiges	13
<b>Wer wurde beraten?</b>	
Nur pflegebedürftige Person	12
Angehörige ohne die pflegebedürftige Person	23
Pflegebedürftige Person gemeinsam mit den Angehörigen	61
Pflegebedürftige und Angehörige, aber getrennt	4
<b>Zeitpunkt der ersten Beratung (wenn angegeben)</b>	
Innerhalb von zwei Wochen nach Antragstellung	50
Zwischen zwei und fünf Wochen nach Antragstellung	24
Später als fünf Wochen nach Antragstellung	26

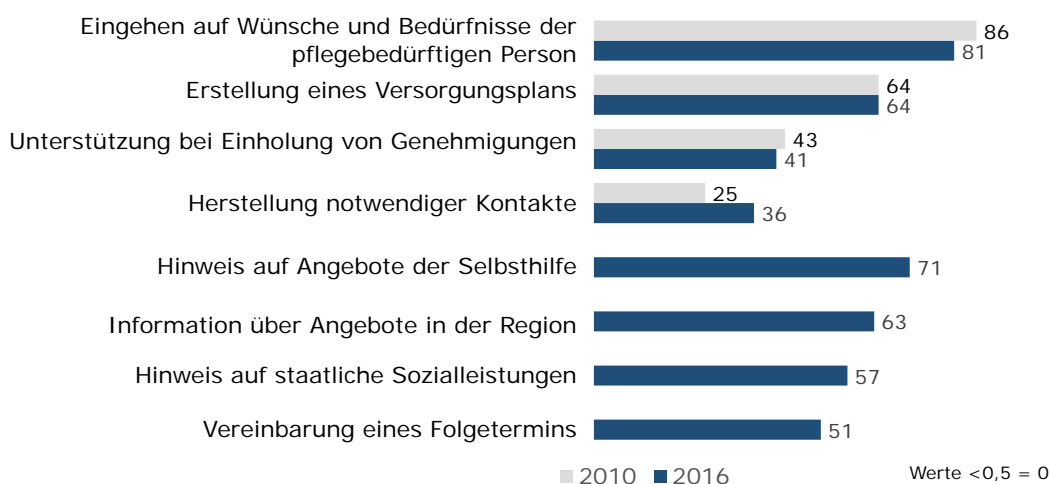
Diejenigen, bei denen der Leistungsbezug der Pflegeversicherung nach Anfang 2009, also als der Rechtsanspruch schon gültig war, eintrat, haben mit 30 Prozent etwas häufiger eine Pflegeberatung in Anspruch genommen als diejenigen, die bereits seit 2008 oder früher pflegebedürftig sind. Sie haben sich etwas häufiger mit 18 Prozent bei Pflegestützpunkten beraten lassen. Die Unterschiede sind allerdings geringer als erwartet.

Ein zentrales Element der Pflegeberatung ist die Erstellung eines Versorgungsplans, der die individuelle Situation der pflegebedürftigen Person berücksichtigt. Knapp zwei Drittel derjenigen, die eine Pflegeberatung in Anspruch genommen haben, berichten, dass der Pflegeberater bzw. die Pflegeberaterin einen solchen Versorgungsplan erstellt hat. Die Pflegebedürftigen wurden hierbei ganz überwiegend einbezogen (Abbildung 3.87).

Darüber hinaus hat der Pflegeberater bzw. die Pflegeberaterin überwiegend die Wünsche und Bedürfnisse der pflegebedürftigen Person berücksichtigt und Hinweise auf Angebote der Selbsthilfe, staatliche Sozialleistungen sowie Angebote in der Region gegeben. In der Hälfte der Fälle wurde ein Folgetermin vereinbart. Bei einem Drittel der Beratungen wurden auch notwendige Kontakte hergestellt. 41 Prozent der Pflegebedürftigen, die eine Beratung in Anspruch genommen haben, wurden von ihrem Pflegeberater bzw. ihrer Pflegeberaterin bei der Einholung von erforderlichen Genehmigungen unterstützt.

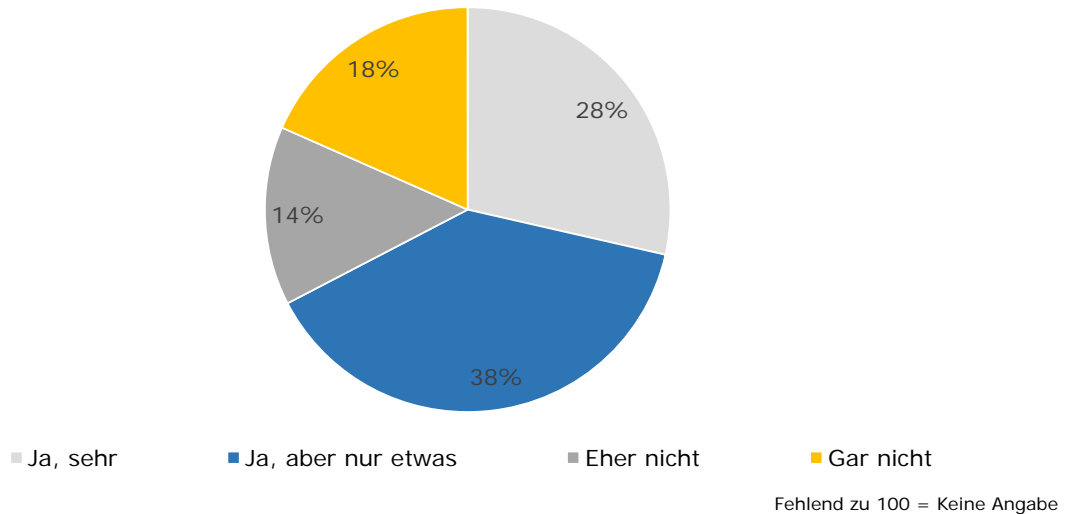
**Abbildung 3.87: Merkmale der individuellen Pflegeberatung 2010 und 2016 (Mehrfachnennungen, %)**

Basis: Repräsentativerhebung, Pflegebedürftige in Privathaushalten, die eine Pflegeberatung in Anspruch genommen haben



Studie zur Wirkung des PNG und PSG I – TNS Infratest Sozialforschung 2016

**Abbildung 3.88: Verbesserung der Pflegesituation durch die Pflegeberatung, 2016 (%)**  
Basis: Repräsentativerhebung, Pflegebedürftige in Privathaushalten, die eine Pflegeberatung in Anspruch genommen haben



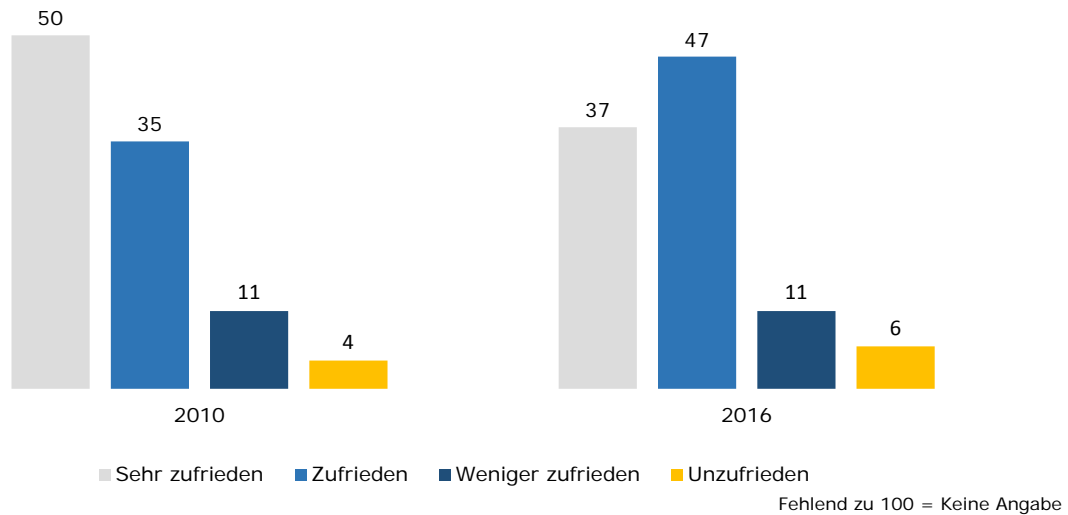
Studie zur Wirkung des PNG und PSG I – TNS Infratest Sozialforschung 2016

Insgesamt berichten zwei Drittel der Pflegebedürftigen, dass sich bei ihnen die Pflegesituation durch die Pflegeberatung verbessert hätte (Abbildung 3.88). 14 Prozent der Pflegebedürftigen sehen für sich eher keine Verbesserung der Pflegesituation, 18 Prozent sagen, dass dies gar nicht der Fall war.

2016 waren 37 Prozent derjenigen, die eine Pflegeberatung in Anspruch genommen haben, mit der Beratung sehr zufrieden. Weitere 47 Prozent waren zufrieden. 17 Prozent waren allerdings weniger zufrieden oder sogar unzufrieden. 2010 war noch die Hälfte der Pflegebedürftigen oder deren Angehörige sehr zufrieden mit der Pflegeberatung und weitere 35 Prozent waren zufrieden (Abbildung 3.89).

**Abbildung 3.89: Zufriedenheit mit der Pflegeberatung 2010 und 2016 (%)**

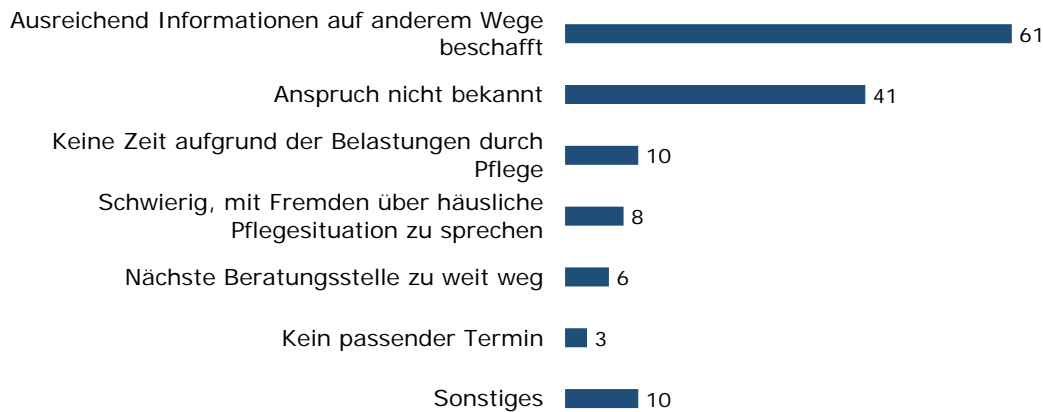
Basis: Repräsentativerhebung, Pflegebedürftige in Privathaushalten, die eine Pflegeberatung in Anspruch genommen haben



Studie zur Wirkung des PNG und PSG I – TNS Infratest Sozialforschung 2016

Zwei Fünftel der Pflegebedürftigen oder deren Angehörigen, die bisher keine Pflegeberatung in Anspruch genommen haben, war diese Leistung nicht bekannt (Abbildung 3.90). Aus den offenen Angaben wird deutlich, dass einige sich diese Information gewünscht hätten und es gut gefunden hätten, wenn aktiv auf sie zugegangen worden wäre. Zum Teil herrscht zusätzlich zur Unbekanntheit der Leistung aber auch die Meinung, bereits schon genügend über die Pflegesituation zu wissen. Dass bereits ausreichend Informationen über andere Wege beschafft wurden, ist für die große Mehrheit ein Argument, warum keine Beratungsleistungen in Anspruch genommen wurden (61%). Jeder Zehnte führt an, dass aufgrund der belastenden Pflegesituation keine Zeit für die Beratung ist. Acht Prozent der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen geben zu, Schwierigkeiten damit zu haben, mit Fremden über ihre häusliche Pflegesituation zu sprechen. Aber auch organisatorische Gründe wie „Beratungsstelle ist zu weit weg“ und „kein passender Termin“ werden angesprochen.

**Abbildung 3.90: Gründe für eine Nicht-Inanspruchnahme der Pflegeberatung, 2016 (%)**  
Basis: Repräsentativerhebung, Pflegebedürftige in Privathaushalten, die keine Pflegeberatung in Anspruch genommen haben



Studie zur Wirkung des PNG und PSG I – TNS Infratest Sozialforschung 2016

Die Ergebnisse der Repräsentativbefragung zeigen, dass mehr als zwei Drittel der Pflegebedürftigen oder deren Angehörigen keine Pflegeberatung in Anspruch genommen haben. 40 Prozent geben als Grund hierfür an, dass ihnen dieser Anspruch nicht bekannt war. Hier besteht noch ein Informationsdefizit, das es zu beheben gilt. Denn nur wenn den Betroffenen der Rechtsanspruch auf eine umfassende Beratung bekannt ist, haben sie überhaupt die Gelegenheit, diese Beratungsleistung auch zu nutzen und so das bestehende Pflegearrangement mit Unterstützung des Pflegeberaters oder der Pflegeberaterin optimal zu gestalten und alle hierfür zur Verfügung stehenden Leistungen der Pflegeversicherung oder anderer Träger in Anspruch zu nehmen.

Auf Frage nach den Gründen geben die meisten Pflegebedürftigen oder deren Angehörige an, dass die Beratung aus ihrer Sicht nicht notwendig war. Vielleicht waren aber auch die Inhalte der Pflegeberatung nicht hinreichend bekannt, so dass der Nutzen nicht richtig eingeschätzt werden konnte. Dies kann dazu geführt haben, dass die Kosten der Inanspruchnahme höher eingeschätzt wurden als der erwartete Nutzen. Zu den Kosten zählen dabei nicht nur Zeit oder Geld in Form von Fahrtkosten, sondern z. B. auch die Überwindung der Bedenken, mit einer fremden Person über Details der privaten Pflegesituation zu sprechen.

### 3.5.3 Begutachtung durch den MDK

Der Medizinische Dienst der Krankenkassen (MDK) wird von den Pflegekassen beauftragt, bei Pflegebedürftigen, die einen Antrag auf Leistungen der Pflegeversicherung gestellt haben, zu prüfen, ob die Voraussetzungen der Pflegebedürftigkeit erfüllt sind und welche Stufe der Pflegebedürftigkeit vorliegt. Drei Viertel der Pflegebedürftigen oder deren Angehörigen finden, dass der MDK die pflegebedürftige Person der richtigen Pflegestufe zugeordnet hat. Der Anteil derjenigen, die die bewilligte Pflegestufe als angemessen einstufen, ist seit 1998 bis 2010 leicht gestiegen und dann gleich geblieben (Abbildung 3.91). Ein Viertel der Pflegebedürftigen und ihre Angehörigen denken, dass eine höhere Pflegestufe angemessen wäre. Niemand ist der Meinung, dass die bewilligte Pflegestufe zu

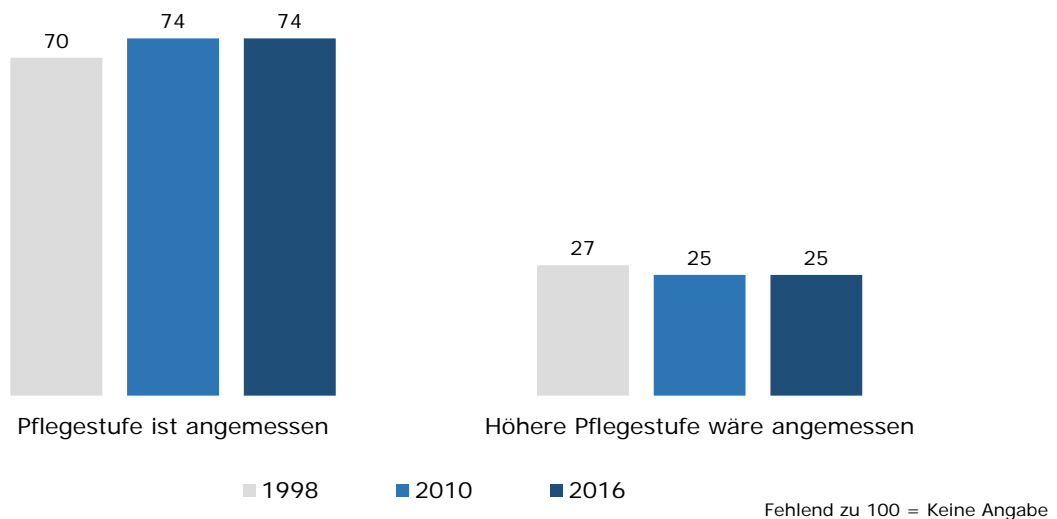


hoch ist. Pflegebedürftige der Pflegestufe III sind erwartungsgemäß am häufigsten mit der bewilligten Pflegestufe einverstanden. Jedoch denken auch elf Prozent von ihnen, dass eine noch höhere Pflegestufe angemessen wäre. Von Pflegebedürftigen oder deren Angehörigen mit der Pflegestufe I und II sind 27 bzw. 19 Prozent dieser Meinung. In der neu eingeführten Pflegestufe 0 empfindet sogar fast die Hälfte der Pflegebedürftigen die Einstufung als unangemessen niedrig.

Im Ost-West-Vergleich zeigen sich die bisher vorhandenen unterschiedlichen Zufriedenheiten mit der Einstufung 2016 nicht mehr. 2010, wie bereits 1998, hielten Pflegebedürftige oder deren Angehörige in den neuen Bundesländern die Einstufung in höherem Maße für angemessen.

**Abbildung 3.91: Zufriedenheit mit der Einstufung des MDK 1998, 2010 und 2016 (%)**

Basis: Repräsentativerhebung, Pflegebedürftige in Privathaushalten



#### Studie zur Wirkung des PNG und PSG I – TNS Infratest Sozialforschung 2016

Der Zeitraum zwischen Antragstellung auf Leistungen der Pflegeversicherung bis zur Zusendung des Leistungsbescheids durch die Pflegekassen ist unterschiedlich lang. 46 Prozent der Pflegebedürftigen in Privathaushalten geben an, den Leistungsbescheid innerhalb von vier Wochen erhalten zu haben. Personen, deren Antrag abgelehnt wurde, berichten von längeren Bearbeitungsdauern, nur 37 Prozent erhielten ihre Ablehnung innerhalb der ersten vier Wochen (Tabelle 3.31). Insgesamt ist es für viele Befragte schwierig, das Ereignis richtig einzuschätzen, und so macht etwa ein Fünftel keine Angaben. Dies trifft insbesondere zu, wenn der Beginn des Leistungsbezugs vor 2009 lag. So zeigen sich Pflegebedürftige mit Leistungsbezug in weitaus höherem Maße (sehr) zufrieden mit der Bearbeitungsdauer des Leistungsbescheids (77%) als Personen, deren Antrag auf Pflegeversicherung abgelehnt wurde (27%). Es ist zu vermuten, dass sich hier die allgemeine Unzufriedenheit mit dem Ausgang der Begutachtung in das Urteil über die Bearbeitungsdauer mischt.

**Tabelle 3.31: Begutachtung durch den MDK (Mehrfachnennungen, %)**

Basis: Repräsentativerhebung, Pflegebedürftige in Privathaushalten und sonstige Pflegebedürftige ohne Leistungsbezug mit abgelehntem Antrag auf Leistungen der Pflegeversicherung

	Pflegebedürftige in Privathaushalten mit Leistungsbezug der PV	Pflegebedürftige mit abgelehntem Antrag auf Leistungen der PV
<b>Zeitspanne zwischen Antragstellung und Zusendung des Leistungsbescheids</b>		
1 bis 4 Wochen	46	37
5 bis 8 Wochen	19	23
9 bis 12 Wochen	7	11
13 und mehr Wochen	6	9
Keine Angabe	22	20
<b>Zufriedenheit mit der Bearbeitungsdauer</b>		
Sehr zufrieden	25	2
Zufrieden	52	25
Weniger zufrieden	10	21
Unzufrieden	8	42
<b>Informiertheit über das Begutachtungsverfahren des MDK im Vorfeld der Begutachtung</b>		
Sehr gut informiert	18	5
Eher gut informiert	46	36
Eher schlecht informiert	20	28
Sehr schlecht informiert	12	27

Fehlend zu 100 = Keine Angabe

Studie zur Wirkung des PNG und PSG I – TNS Infratest Sozialforschung 2016

Es wird deutlich, dass die Antragsteller auf Pflegeleistungen sehr unterschiedlich über das Begutachtungsverfahren zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit und der Einstufung in eine Pflegestufe informiert sind. Antragsteller, deren Antrag auf Pflegeversicherung abgelehnt wurde, zeigen sich mit 55 Prozent eher schlecht bis sehr schlecht informiert. In dieser Personengruppe meinen nur fünf Prozent, im Vorfeld der Begutachtung, sehr gut über das Verfahren informiert gewesen zu sein. Bei Pflegebedürftigen, die eine Pflegestufe zuerkannt bekommen haben, ist fast ein Fünftel sehr gut informiert. Je später der Leistungsbezug erfolgte, desto besser fühlen sich die Pflegebedürftigen informiert.

### 3.6 Weitere Hilfebereiche

Weitere Unterstützung in der häuslichen Pflege kann nicht nur durch ambulante Dienste als Regelleistung der Pflegeversicherung oder zusätzliche Betreuungs- und Entlastungsleistungen gegeben werden, sondern die Pflegebedürftigen oder deren Angehörige können sich selbst Unterstützung organisieren und privat bezahlen. Des Weiteren können ehrenamtliche Helferinnen und Helfer bei der Betreuung und Unterstützung zur Entlastung der Pflegesituation beitragen.

#### 3.6.1 Ehrenamtliche Hilfen

Soziale Einrichtungen zum Beispiel der Wohlfahrtsverbände und Kirchen bieten Besuchsdienste für Kranke und pflegebedürftige Personen an. Ehrenamtlich erbrachte Hilfe durch Besuchsdienste kann daher auch im Kontext der häuslichen Pflege eine Unterstützung und Entlastung für die Pflegebedürftigen und ihre Angehörigen darstellen. Etwa jeder zehnte Pflegebedürftige in Privathaushalten erhält Unterstützung von ehrenamtlichen Helfern. Drei Prozent der Pflegebedürftigen erhalten ehrenamtliche Betreuung und Unterstützung regelmäßig, sechs Prozent ab und zu (Tabelle 3.32).

**Tabelle 3.32: Nutzung von ehrenamtlicher Betreuung und Unterstützung und Selbsthilfegruppen für Angehörige, 2016 (%)**

Basis: Repräsentativerhebung, Pflegebedürftige in Privathaushalten

	Insgesamt	Stufe 0	Stufe I	Stufe II	Stufe III
<b>Betreuung oder Unterstützung von ehrenamtlichen Helfern</b>					
Regelmäßig	3	9	3	4	3
Ab und an	6	1	5	6	10
Nein	91	90	92	90	87
<b>Selbsthilfegruppe zum Beispiel für pflegende Angehörige</b>					
Regelmäßig	3	-	3	4	7
Ab und an	2	6	1	3	5
Nein	94	93	95	92	92

Fehlend zu 100 = Keine Angabe

Das Zusammensein und der Austausch mit Gleichgesinnten kann ein entlastendes Moment darstellen. Selbsthilfegruppen z. B. für Angehörige werden nur von einem kleinen Teil der Pflegebedürftigen oder deren Angehörigen besucht. So gehen drei Prozent der Pflegebedürftigen bzw. ihrer Angehörigen regelmäßig in eine Selbsthilfegruppe. Weitere zwei Prozent geben an, ab und zu an einer solchen Gruppe teilzunehmen.

### 3.6.2 Selbst finanzierte Hilfen

28 Prozent der Pflegebedürftigen erhalten selbst finanzierte Unterstützungsleistungen im Haushalt. Damit liegt der Anteil 2016 deutlich höher als 2010. Vor sechs Jahren nahmen 17 Prozent Unterstützung von professionellen Helfern oder sozialen Diensten in Anspruch. Dies entspricht etwa dem Anteil von 1998 (16%). Zielte 2010 die Frageformulierung<sup>20</sup> in erster Linie auf Hilfe oder Pflege von professionellen Helfern oder sozialen Diensten, wurde 2016 etwas weiter nach Unterstützungsleistungen im Haushalt, die privat finanziert werden, gefragt. Eventuell ist durch die geänderte, breitere Formulierung bei den Befragten die Haushaltsführung stärker in den Blick gekommen, denn wie man sieht, ist dies 2016 die am häufigsten erbrachte Leistung und trägt dadurch wesentlich zum Anstieg der selbst finanzierten Hilfen bei.

Den höchsten Anteil an selbst finanzierten professionellen Hilfen nehmen pflegebedürftige Personen der Pflegestufe III in Anspruch (Tabelle 3.33). Dies deckt sich damit, dass Pflegebedürftige der Pflegestufe III häufiger als Verwendungszweck für das Pflegegeld angeben, damit Ausgaben für Sachleistungen, die in der Pflegeversicherung nicht vorgesehen sind, zu decken.

Pflegebedürftige, die Kombileistungen beziehen, nehmen häufiger selbst finanzierte Unterstützung in Anspruch als die anderen Leistungsbezieher, gefolgt von denjenigen, die ausschließlich Geldleistungen beziehen. Am seltensten nutzen Pflegebedürftige, die ausschließlich Sachleistungen beziehen, selbst finanzierte professionelle Unterstützung. Es hat demnach den Anschein, dass die Geldleistungen der Pflegeversicherung auch zur Finanzierung solcher Hilfeleistungen genutzt werden, die nicht als Sachleistung verfügbar sind und die von den Pflegebedürftigen oder deren Angehörigen deshalb gezielt dazugekauft werden.

Unterschiede zwischen den alten und den neuen Bundesländern bestehen hier nicht.

---

<sup>20</sup> Fragenformulierung:

2010: Erhält die pflegebedürftige Person – zusätzlich zu den Sachleistungen der Pflegeversicherung – Hilfe oder Pflege von professionellen Helfern oder sozialen Diensten? Bitte denken Sie dabei auch an solche Leistungen, die vom Pflegegeld bezahlt werden.

2016: Erhält die pflegebedürftige Person – zusätzlich zu den Sachleistungen der Pflegeversicherung – weitere Unterstützungsleistungen im Haushalt, die privat finanziert werden? Bitte denken Sie dabei auch an solche Leistungen, die vom Pflegegeld bezahlt werden.

**Tabelle 3.33: Inanspruchnahme selbst finanzierter professioneller Hilfen, 2016 (%)**

Basis: Repräsentativerhebung, Pflegebedürftige in Privathaushalten

Pro Zeile in Prozent	Ja	Nein
<b>Pflegestufe</b>		
Pflegestufe 0	26	69
Pflegestufe I	29	70
Pflegestufe II	24	76
Pflegestufe III	36	62
<b>Leistungsart</b>		
Ausschließlich Pflegegeld	28	71
Ausschließlich Sachleistungen	25	75
Kombileistungen	31	69
Teilstationäre Leistungen	23	72
<b>Region</b>		
Ost	28	71
West	28	70

Fehlend zu 100 = Keine Angabe

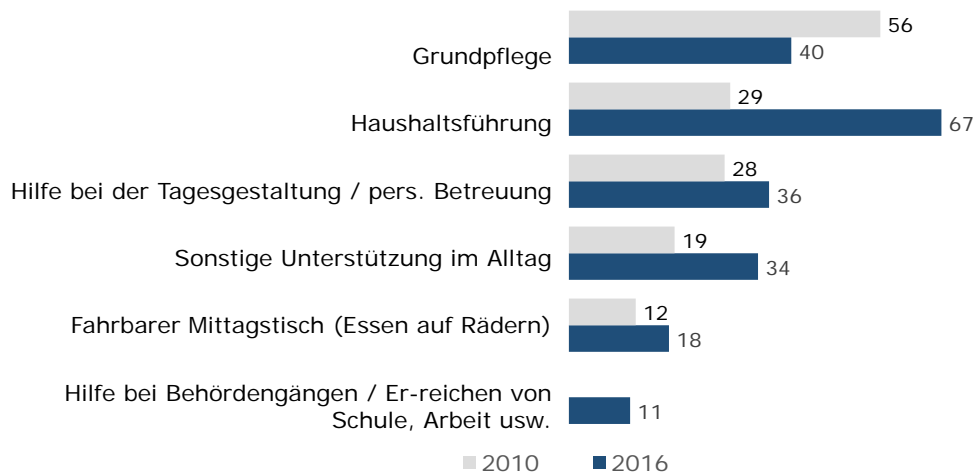
Studie zur Wirkung des PNG und PSG I – TNS Infratest Sozialforschung 2016

### Art der selbst finanzierten professionellen Hilfen

Betrachtet man die Art der selbst finanzierten Hilfen, so zeigt sich, dass es sich 2016 am häufigsten um Leistungen der Haushaltsführung (67%) handelt, also z. B. Einkaufen, Putzen und Kochen (Abbildung 3.92). Vor sechs Jahren war der Anteil der Grundpflege, also die Hilfe beim Waschen, Ankleiden usw., mit 56 Prozent an erster Stelle und ist zwischen 2010 und 2016 deutlich zurückgegangen. Die Grundpflege kommt 2016 mit 40 Prozent auf den zweiten Platz. 29 Prozent derjenigen, die selbst finanzierte professionelle Hilfen bei der Grundpflege in Anspruch nehmen, nutzen diese Leistung täglich (2010: 31%), weitere 21 Prozent ein- oder mehrmals wöchentlich (2010: 25%). Weitere häufig genutzte Leistungen sind 2016 Hilfen bei der Tagesgestaltung und persönlichen Betreuung wie auch sonstige Unterstützungen im Alltag. Auch diese Art der Unterstützung ist überdurchschnittlich angestiegen, eventuell liegt auch dieser Anstieg an einer etwas breiteren Formulierung der Antwortmöglichkeit: „Sonstige Assistenz im Alltag“ wurde 2016 durch „Sonstige Unterstützung im Alltag“ ersetzt.

**Abbildung 3.92: Selbst finanzierte professionelle Hilfen, Anteil derjenigen, die Hilfen mindestens einmal pro Woche in Anspruch nehmen, 2010 und 2016 (Mehrfachnennungen, %)**

Basis: Repräsentativerhebung, Pflegebedürftige in Privathaushalten, die selbst finanzierte Hilfen in Anspruch nehmen



Studie zur Wirkung des PNG und PSG I – TNS Infratest Sozialforschung 2016

Rechnet man diejenigen, die selbst finanzierte Hilfen in Anspruch nehmen, und diejenigen, die Sachleistungen der Pflegeversicherung beziehen, zusammen, so nutzt insgesamt die Hälfte der Pflegebedürftigen pflegerische, hauswirtschaftliche oder sonstige gewerbliche ambulante Dienstleistungsangebote. Dieser Anteil ist damit seit Einführung der Pflegeversicherung kontinuierlich gestiegen. War die Zunahme von 1998 bis 2010 auf 38 Prozent durch die gestiegene Inanspruchnahme von Sach- bzw. Kombileistungen bedingt, sind für die weitere Zunahme um mehr als zehn Prozentpunkte auch die privatfinanzierten Unterstützungsleistungen von Bedeutung.

Sonstige Pflegebedürftige, die keine Leistungen der Pflegeversicherung beziehen, da sie entweder bisher keinen Antrag gestellt haben, auf den Bescheid warten oder der Antrag abgelehnt wurde, nutzen seltener selbst finanzierte Unterstützungsleistungen im Haushalt als Pflegebedürftige mit Leistungsbezug: 17 Prozent geben an, Unterstützung zu bekommen, die sie selbst bezahlen. Am häufigsten werden hauswirtschaftliche Dienstleistungen in Anspruch genommen. Bei der Betreuung durch ehrenamtliche Helfer oder die Nutzung von Selbsthilfegruppen sind die Anteile auf vergleichbarem Niveau.

### Selbstgetragene Kosten im Zusammenhang mit der Pflege

Von allen regelmäßig im Zusammenhang mit der Pflege entstehenden Kosten werden im Durchschnitt 269 Euro von den Pflegebedürftigen selber getragen (Tabelle 3.34). Die Kosten sind umso höher, je höher die Pflegestufe ist. Werden in Pflegestufe I im Durchschnitt 226 Euro gezahlt, so sind es in Pflegestufe II bereits 330 Euro und in Pflegestufe III 482 Euro. In der neu eingeführten Pflegestufe 0 liegt der Betrag noch etwas niedriger bei 143 Euro.

**Tabelle 3.34: Höhe der regelmäßig im Monat privat getragenen Kosten, die im Zusammenhang mit der Pflegebedürftigkeit entstehen, 2016 (%)**

Basis: Repräsentativerhebung, Pflegebedürftige in Privathaushalten

	Insgesamt	Stufe 0	Stufe I	Stufe II	Stufe III
Keine eigenen Kosten	16	26	16	16	12
1 b. u. 100 Euro	9	12	10	6	3
100 b. u. 200 Euro	17	18	19	14	11
200 b. u. 300 Euro	14	9	15	12	21
300 b. u. 400 Euro	7	9	6	8	7
400 b. u. 500 Euro	4	7	3	5	4
500 b. u. 1.000 Euro	7	-	6	10	9
1.000 Euro und mehr	5	1	2	7	18
Keine Angabe	21	18	23	22	15
Durchschnitt in Euro	269	143	226	330	482
Nachrichtlich: Durchschnitt 2010 in Euro	247		204	298	337
Nachrichtlich: Durchschnitt 1998 in Euro	130		107	135	196

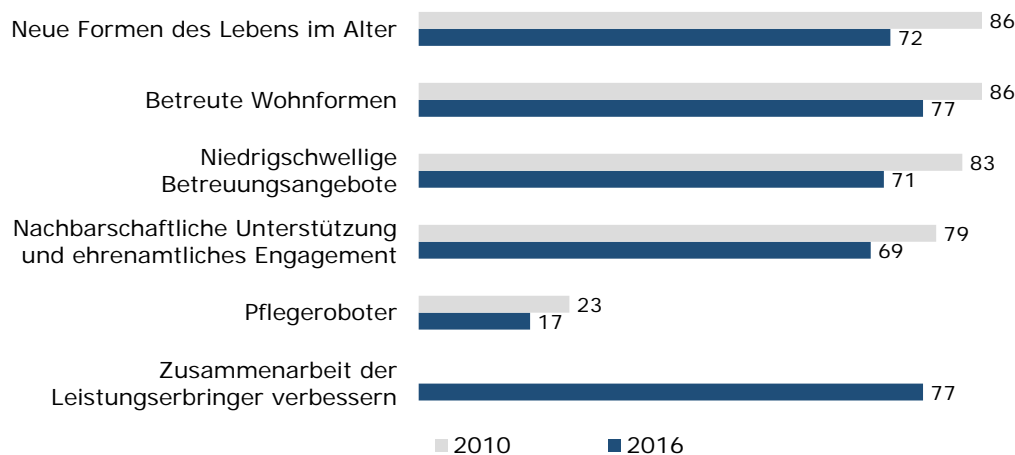
Studie zur Wirkung des PNG und PSG I – TNS Infratest Sozialforschung 2016

Im Vergleich zu 2010 mit insgesamt durchschnittlich 247 Euro (204 Euro in Stufe I, 298 Euro in Stufe II und 337 Euro in Stufe III) haben sich die berichteten Beträge damit um fast zehn Prozent erhöht. Real liegt jedoch kein Anstieg vor, da der Anstieg der selbst zu tragenden Kosten nicht oberhalb der Inflationsentwicklung liegt. Am stärksten stieg der durchschnittliche Betrag der privat getragenen Kosten für die Pflege in der Pflegestufe III an. Zu den Kosten zählen nicht nur die Aufwendungen für selbst finanzierte professionelle Hilfen, sondern alle Ausgaben, die im Zusammenhang mit der Pflege entstehen. Dies können zum Beispiel Mehrkosten für eine spezielle Ernährung sein, aber auch Aufwandsentschädigungen für eine Person aus der Nachbarschaft.

Zusätzlich zu den direkten Leistungen, die als Subjektförderung unmittelbar an die Pflegebedürftigen gehen, werden aber auch infrastrukturelle Faktoren sowie Initiativen, die sich auf eine Stärkung des sozialen Miteinanders in unserer Gesellschaft beziehen, befürwortet. Die Ergebnisse der Repräsentativbefragung zeigen, dass eine große Mehrheit der Pflegebedürftigen oder deren Angehörigen einen Ausbau bzw. eine Förderung neuer Lebensformen im Alter, betreuter Wohnformen, niedrigschwelliger Betreuungsangebote und nachbarschaftlicher und ehrenamtlicher Unterstützung befürwortet. Mehr als 70 Prozent sprechen sich dafür aus, diese Leistungen in Zukunft auszubauen (Abbildung 3.93). Hierbei sollte allerdings beachtet werden, dass damit zwar eine große Offenheit gegenüber diesen Angeboten signalisiert wird, aber noch keine Aussage darüber getroffen ist, ob die Befragten – seien es die pflegebedürftige Person selber oder ihre Angehörigen – diese Angebote auch in Anspruch nehmen würden. Pflegerobotern steht die Mehrheit der Befragten hingegen eher skeptisch gegenüber. Dies zeigt, dass Pflege und menschliche Zuwendung für die meisten eng miteinander verbunden sind. In welchen Bereichen der Einsatz unterstützender Technik von den Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen noch akzeptiert wird und als ethisch vertretbar gilt, lässt sich anhand der vorliegenden Daten nicht im Detail beurteilen.

**Abbildung 3.93: Leistungen, die zusätzlich angeboten bzw. erweitert werden sollten, 2010 und 2016 (Mehrfachnennungen, %)**

Basis: Repräsentativerhebung, Pflegebedürftige in Privathaushalten



Studie zur Wirkung des PNG und PSG I – TNS Infratest Sozialforschung 2016

Die offen gestellte Frage danach, welche sonstigen Leistungen zusätzlich angeboten oder erweitert werden sollten, wurde von einem sehr großen Teil der Befragten genutzt, um noch einmal explizit auf die hohe Belastung der Angehörigen hinzuweisen und für diesen Personenkreis mehr Unterstützung anzuregen. Dies betrifft insbesondere die finanzielle Honorierung der privaten Pflege, die auch im Vergleich mit den Beträgen, die für eine ambulante oder vollstationäre Pflege gezahlt werden, als zu niedrig eingestuft wurde.



### 3.7 Migrationshintergrund und Pflege

Man kann sich dem Thema „Migration und häusliche Pflege“ aus zwei verschiedenen Blickrichtungen nähern. Zum einen sind da die Menschen, die im Laufe ihres Lebens aus einem anderen Land nach Deutschland gekommen sind oder die als Kinder von Einwanderern in Deutschland aufgewachsen sind. Nicht alle von ihnen sprechen die deutsche Sprache und ein Teil von ihnen hat einen kulturellen bzw. religiösen Hintergrund, der sich von der christlichen Religion und der Kultur in Deutschland unterscheidet. Werden diese Menschen pflegebedürftig, so kann es für sie besonders schwierig sein, sich über die Leistungen der Pflegeversicherung zu informieren und die notwendigen Anträge zu stellen. Auch der Einsatz professioneller Pflegekräfte kann mit Problemen verbunden sein. Nicht nur Sprachbarrieren, sondern auch unterschiedliche religiöse und kulturelle Hintergründe können zu Missverständnissen und zu Grenzüberschreitungen seitens der Pflegekräfte führen, die diese aufgrund ihres mangelnden Wissens nicht als solche wahrnehmen. Das Thema „Migration in der Pflege“ kann aber auch Pflegebedürftige ohne Migrationshintergrund betreffen, wenn sie durch professionelle Pflegekräfte betreut werden, die nicht über umfassende Deutschkenntnisse verfügen oder die den religiösen und kulturellen Hintergrund der pflegebedürftigen Person nicht angemessen berücksichtigen können, da sie selber in einer anderen Kultur aufgewachsen sind. Auf diesen zweiten Aspekt wird in Abschnitt 3.4.3 eingegangen, in dem die Sachleistungen und ambulanten Dienste genauer dargestellt werden.

#### Pflegebedürftige mit Migrationshintergrund

Zu den Pflegebedürftigen mit Migrationshintergrund zählen im Rahmen der Repräsentativerhebung alle, die eine ausländische Staatsangehörigkeit besitzen, die selber nicht in Deutschland geboren sind oder die mindestens einen Elternteil haben, der nicht in Deutschland geboren ist. Nach dieser Abgrenzung haben zehn Prozent der Pflegebedürftigen einen Migrationshintergrund, wobei allerdings nur 18 Prozent dieser Migranten Ausländer ohne deutsche Staatsangehörigkeit sind. Zum Vergleich: Laut Mikrozensus 2015 haben 9,7 Prozent der Bevölkerung in Privathaushalten im Alter ab 65 Jahren sowie 7,6 Prozent der entsprechenden Bevölkerung ab 75 Jahren einen Migrationshintergrund. Nicht-deutsche Staatsbürger machen etwa 44 bzw. 32 Prozent hiervon aus (Statistisches Bundesamt 2016c, eigene Berechnungen). Bei älteren Migranten handelt es sich demnach überwiegend um Spätaussiedler mit deutscher Staatsangehörigkeit.

**Tabelle 3.35: Situation Pflegebedürftiger mit und ohne Migrationshintergrund, 2016 (%)**  
Basis: Repräsentativerhebung, Pflegebedürftige in Privathaushalten

	Pflegebedürftige mit Migrationshintergrund	Pflegebedürftige ohne Migrationshintergrund
<b>Alter</b>		
unter 60 Jahre	31	19
60 b. u. 80 Jahre	27	32
80 Jahre und älter	42	49
<b>Lebensform</b>		
Alleinlebend	23	35
Ehepaare	22	29
Ehepaare mit Angehörigen	10	6
Verwitwete mit Angehörigen	20	16
Sonstige Alleinstehende mit Angehörigen	17	10
Kinder unter 16 Jahren/Elternhaushalt	7	4
<b>Pflegestufe</b>		
Stufe 0	11	6
Stufe I	40	61
Stufe II	33	26
Stufe III	16	7

Studie zur Wirkung des PNG und PSG I – TNS Infratest Sozialforschung 2016

Pflegebedürftige mit Migrationshintergrund sind im Durchschnitt 66,0 Jahre alt und damit fast sechs Jahre jünger als Pflegebedürftige ohne Migrationshintergrund, deren Durchschnittsalter bei 71,9 Jahren liegt. Etwas häufiger als bei den Pflegebedürftigen ohne Migrationshintergrund handelt es sich um minderjährige Kinder, die von ihren Eltern gepflegt werden. Der Anteil Alleinlebender ist hingegen sehr viel niedriger (Tabelle 3.35).

Unterschiede zeigen sich auch bei der Eingruppierung in die Pflegestufen. So ist der Anteil der Pflegebedürftigen in Pflegestufe III bei Pflegebedürftigen mit Migrationshintergrund mit 16 Prozent um neun Prozentpunkte höher als bei denjenigen ohne Migrationshintergrund. Auch in der Pflegestufe II liegt der Anteil bei Pflegebedürftigen mit Migrationshintergrund höher (33% vs. 26%). Entsprechend weniger pflegebedürftige Migranten sind in Pflegestufe I eingruppiert.

**Tabelle 3.36: Informationen über die Pflegeversicherung nach Migrationshintergrund, 2016 (%)**

Basis: Repräsentativerhebung, Pflegebedürftige in Privathaushalten

	Pflegebedürftige mit Migrationshintergrund	Pflegebedürftige ohne Migrationshintergrund
Über das Leistungsangebot der Pflegeversicherung informiert		
Sehr gut	13	18
Eher gut	48	50
Eher schlecht	32	24
Sehr schlecht	5	6

Fehlend zu 100 = Keine Angabe

Studie zur Wirkung des PNG und PSG I – TNS Infratest Sozialforschung 2016

In ihrem Informationsverhalten unterscheiden sich Pflegebedürftige mit und ohne Migrationshintergrund nur geringfügig. So suchen Pflegebedürftige mit Migrationshintergrund und ihre Angehörigen etwas häufiger unterschiedliche Anlaufstellen auf. Von den Pflegebedürftigen mit Migrationshintergrund gibt nur ein Prozent an, keine Anlaufstelle genutzt zu haben. Bei deutschen Pflegebedürftigen sind es fünf Prozent. Bei der Frage danach, wie gut sich die Befragten informiert fühlen, tendieren Befragte mit Migrationshintergrund dazu einen etwas schlechteren Informationsstand anzugeben als Pflegebedürftigen ohne Migrationshintergrund (Tabelle 3.36). Dass die Unterschiede zwar in der erwarteten Richtung, aber nur auf einem sehr niedrigen Niveau bestehen, mag daran liegen, dass die meisten Pflegebedürftigen mit Migrationshintergrund schon viele Jahre in Deutschland leben und dass mit 66 Prozent für die große Mehrheit – insbesondere bei den Spätaussiedlern – sogar Deutsch als Muttersprache angegeben wird und damit zumindest die Sprachbarrieren bei der Informationsbeschaffung geringer ausfallen.<sup>21</sup>

Betrachtet man die in Anspruch genommenen Leistungsarten, so zeigen sich kaum Unterschiede zwischen Pflegebedürftigen mit und ohne Migrationshintergrund. Die Verteilungen der Anteile bei den Regelleistungen sind nahezu gleich (Tabelle 3.37). Bei den Zusatzleistungen gibt es kleinere Unterschiede: Kurzzeitpflege wird von Pflegebedürftigen mit Migrationshintergrund etwas seltener in Anspruch genommen, während häusliche Verhinderungspflege sowie Hilfsmittel häufiger zum Einsatz kommen als bei Pflegebedürftigen ohne Migrationshintergrund. Dies kann mit den höheren Pflegestufen, die Pflegebedürftige mit Migrationshintergrund haben, zusammenhängen. Die Umgestaltung des Wohnumfelds aufgrund baulich-technischer Maßnahmen wird in Haushalten von Personen mit Migrationshintergrund seltener durchgeführt.

<sup>21</sup> Pflegebedürftige mit Migrationshintergrund, die in Haushalten leben, in denen keine Person hinreichend Deutsch spricht, sind nicht in der Repräsentativerhebung vertreten, da die Befragung ausschließlich in deutscher Sprache durchgeführt wurde. Hierbei handelt es sich um eine Sondergruppe, deren Anteil auch bei den Haushalten mit pflegebedürftigen Migranten allerdings zur Zeit noch eher gering ist.

**Tabelle 3.37: Inanspruchnahme von Leistungen der Pflegeversicherung nach Migrationshintergrund, 2016 (%)**

Basis: Repräsentativerhebung, Pflegebedürftige in Privathaushalten

	Pflegebedürftige mit Migrationshintergrund	Pflegebedürftige ohne Migrationshintergrund
Ausschließlich Pflegegeld	64	66
Ausschließlich Sachleistungen	10	9
Kombileistungen	22	20
Teilstationäre Leistungen <sup>1)</sup>	2	4
Kurzzeitpflege	9	12
Häusliche Verhinderungspflege	31	23
Hilfsmittel	86	78
Zuschüsse für baulich-technische Maßnahmen	16	28

<sup>1)</sup> Fehlend zu 100 = Keine Angabe

Studie zur Wirkung des PNG und PSG I – TNS Infratest Sozialforschung 2016

Die Rangordnung der Gründe für die ausschließliche Inanspruchnahme von Pflegegeld ist bei Pflegebedürftigen mit und ohne Migrationshintergrund nahezu dieselbe (Tabelle 3.38). Die Einschätzung, dass kulturelle und religiöse Belange bei der Pflege nicht berücksichtigt werden, ist für etwa jeden zehnten Pflegebedürftigen mit Migrationshintergrund ein Argument für einen ausschließlichen Bezug von Pflegegeld.

**Tabelle 3.38: Gründe für die ausschließliche Inanspruchnahme von Geldleistungen nach Migrationshintergrund, 2016 (Mehrfachnennungen, %)**

Basis: Repräsentativerhebung, Pflegebedürftige in Privathaushalten, die Pflegegeld, aber keine Sachleistungen in Anspruch nehmen

	Pflegebedürftige mit Migrationshintergrund	Pflegebedürftige ohne Migrationshintergrund
Pflegebedürftige Person möchte nicht von Fremden gepflegt werden	69	69
Pflegegeld wird zur Deckung der durch die Pflege entstehenden laufenden Ausgaben benötigt	50	49
Die Betreuung ist dadurch angemessener	47	49
Hauptpflegeperson möchte nicht, dass die pflegebedürftige Person von Fremden gepflegt wird	41	36
Bei Pflegediensten besteht kein Einfluss auf die Art und Weise, wie die Hilfen erbracht werden	35	30
Pflegegeld erlaubt Inanspruchnahme anderer als der vorgesehenen Sachleistungen	31	29
In der Nachbarschaft gibt es keine Pflegedienste, wir wissen nicht, dass wir solche Leistungen in Anspruch nehmen können	4	14
Keine Berücksichtigung kultureller und religiöser Belange	10	– <sup>1)</sup>

<sup>1)</sup> Information wurde für diese Teilgruppe nicht erhoben.

Studie zur Wirkung des PNG und PSG I – TNS Infratest Sozialforschung 2016

Da in der Stichprobe lediglich zwölf Pflegebedürftige mit Migrationshintergrund ausschließlich Sachleistungen beziehen, können für diese Gruppe leider keine gesonderten Auswertungen erfolgen. In der Tendenz sind es aber auch hier die gleichen Motive wie bei Pflegebedürftigen ohne Migrationshintergrund, die zu einer Inanspruchnahme von Sachleistungen führen. In erster Linie werden Gründe, die in Zusammenhang mit einer Überlastung der Angehörigen stehen, genannt. Insgesamt betrachtet scheinen die Unterschiede zwischen Pflegebedürftigen mit und ohne Migrationshintergrund in Bezug auf die Beurteilung des Bedarfes und der Versorgung weitaus weniger groß, als möglicherweise zu vermuten gewesen ist.

Ein etwas anderes Bild zeigt sich, wenn man die Gruppe derjenigen, die keinen Antrag auf Leistungen der Pflegeversicherung gestellt haben, nach Migrationshintergrund differenziert. Hier ist der Anteil der Migrantinnen und Migranten mit 14 Prozent etwas höher als unter den Pflegebedürftigen (10%).

Beziehen Pflegebedürftige mit Migrationshintergrund keine Leistungen der Pflegeversicherung, schätzen sie ihr Wissen über die Leistungen der Pflegeversicherung auch schlechter ein als diejenigen Migrantinnen und Migranten, die Leistungen der Pflegeversicherung beziehen.<sup>22</sup> Dies weist darauf hin, dass die Beantragung von Leistungen der Pflegeversicherung für einen Teil der Menschen mit Migrationshintergrund schwierig sein könnte.

### 3.8 Zusammenfassung

Zur Analyse der aktuellen Situation in der häuslichen Pflege (vor Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs mit dem PSG II) sowie zur Evaluation der Wirkungen der beiden letzten Pflegereformen PNG (2012) und PSG I (2015) wurde im Rahmen der Studie eine repräsentative Erhebung bei Pflegebedürftigen in Privathaushalten durchgeführt. Ergänzend zur Repräsentativerhebung sind die wesentlichen Veränderungen im Leistungsrecht auch durch eine Sekundäranalyse von BARMER-GEK Routinedaten auf ihre Wirksamkeit überprüft worden. Einbezogen wurden hierbei explizit die Neuregelungen, die durch das PNG, das PSG I und das Gesetz zur besseren Vereinbarkeit von Familie, Pflege und Beruf wirksam wurden. Mittels der beschriebenen Datenbasis kann jeweils eine Analyse der Inanspruchnahme der entsprechenden Leistungen im Zeitverlauf von 2012 bis 2015 durchgeführt werden.

#### Pflege-Neuausrichtungsgesetz (PNG)

In der häuslichen Pflege bedeutet das **Pflege-Neuausrichtungsgesetz (PNG)** in erster Linie verbesserte Leistungen für **Menschen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz**. Viele Menschen, die ebenfalls regelmäßig Unterstützung brauchen, um weiter zu Hause leben zu können, benötigen in geringerem Umfang Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung und erhielten deshalb bisher keine regelmäßigen Leistungen der Pflegeversicherung. Daher wurden das System der Pflegestufen im Jahr 2013 um die sogenannte Pflegestufe 0 ergänzt und damit der Kreis der Anspruchsberechtigten auf Regelleistungen der Pflegeversicherung um Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz unterhalb der Pflegestufe I erweitert. Sie haben erstmals Zugang zu monatlichen Regelleistungen, wie auch zu Kurzzeit- und Verhinderungspflege. Durch die Einführung der Pflegestufe 0 beziehen heute mehr Menschen als früher Pflegeleistungen. 2016 waren sieben Prozent aller Leistungsbezieherinnen und Leistungsbezieher der Pflegeversicherung in diese neugeschaffene Pflegestufe 0 eingruppiert. Das entspricht etwa 148 Tsd. pflegebedürftigen Personen.

In den **Hauptleistungsarten** des ambulanten Bereichs, dem Pflegegeld und den Pflegesachleistungen, werden **Personen der Pflegestufe 0** demnach durch das PNG erstmalig zu Leistungsberechtigten. Für Pflegebedürftige entstehen mit Ausnahme der steigenden Leistungshöhen keine Veränderungen. Die Verteilung zwischen Pflegegeld und Pflegesachleistungen ist bei den pflegebedürftigen Personen stabil. Von diesen nehmen rund zwei Drittel ausschließlich Pflegegeld und ein Drittel Pflegesachleistungen oder Kombileistungen in Anspruch. Personen mit Pflegestufe 0 hatten zuerst etwas

---

<sup>22</sup> Die Unterschiede bei der Einschätzung des eigenen Wissens über die Leistungen der Pflegeversicherung bestehen allerdings auch bei Leistungsbeziehern und Nicht-Antragstellern ohne Migrationshintergrund.

häufiger Pflegegeld genutzt. Im zeitlichen Verlauf ist aber der Anteil der Sachleistungsbezieher angestiegen. Festzuhalten bleibt, dass der neue Leistungsanspruch für Pflegestufe 0 schon im ersten Jahr nach der Einführung von praktisch allen Leistungsberechtigten genutzt wurde.

Seit Jahresbeginn 2013 gilt, dass Pflegegeld für bis zu vier Wochen je Kalenderjahr hälftig weitergezahlt wird, wenn **Kurzzeit- oder Verhinderungspflege** in Anspruch genommen wird, aber nur einem Drittel aller Pflegebedürftigen ist dies bekannt. Haben die Pflegebedürftigen in den letzten zwölf Monaten Kurzzeitpflege oder Verhinderungspflege in Anspruch genommen, so liegt der Anteil derer, denen dies bekannt ist, bei 53 Prozent.

Wurde eine Pflegeberatung durchgeführt, geben über 70 Prozent der Pflegebedürftigen in Privathaushalten an, dass in dem Gespräch auf **Angebote der Selbsthilfe** hingewiesen wurde. Nur ein kleiner Teil der pflegenden Angehörigen nimmt an Selbsthilfegruppen teil. So nehmen drei Prozent regelmäßig und weitere zwei Prozent ab und zu an einer solchen Gruppe teil.

### **Pflegestärkungs-Gesetz (PSG I)**

Mit dem **ersten Pflegestärkungs-Gesetz (PSG I)** wurde das Leistungsspektrum für Pflegebedürftige und ihre Angehörigen weiter ausgeweitet. Neben der Erhöhung der Leistungsbeträge ist für Pflegebedürftige oder deren Angehörige vor allem die ausgebauten Flexibilität beim Einsatz der verschiedenen Leistungsarten wichtig, die den individuellen Bedürfnissen der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen entgegenkommen soll.

Ein wesentlicher Bestandteil der Änderung durch das PSG I bestand darin, die **Leistungen der zusätzlichen Betreuung und Entlastung** allen Leistungsbezieherinnen und Leistungsbeziehern der Pflegeversicherung zugänglich zu machen. Nur ein Viertel aller Pflegebedürftigen in Privathaushalten kennt diese Neuerung. Trotzdem wurden diese neuen Leistungen im ersten Jahr bereits von rund jeder fünften Person ohne eingeschränkte Alltagskompetenz in Anspruch genommen. In der Praxis kann es dabei so sein, dass in den Versorgungssettings, in denen bereits professionelle Dienstleister eingebunden sind, verstärkt auf die Inanspruchnahme der zusätzlichen Leistungen hingewirkt wird.

Die **teilstationären Leistungen** sind durch das PSG I vollständig von den anderen ambulanten Leistungen entkoppelt worden, so dass keine Anrechnung mehr auf die Leistungsbeträge der Hauptleistungsarten erfolgt. Dieser Anspruch wurde in § 123 SGB XI auch analog auf die Personen der Pflegestufe 0 ausgedehnt. Wie zu erwarten, steigt im Jahre 2015 die **Inanspruchnahme teilstationärer Leistungen** bei Pflegebedürftigen dreimal stärker als in den Vorjahren, während sie bei den neuen Leistungsempfängern der Pflegestufe 0 um etwa ein Viertel niedriger liegt. Durch die ungekürzte Fortzahlung in den Hauptleistungsarten ist die teilstationäre Pflege als zusätzliches Element eines komplexen Versorgungssettings attraktiver geworden.

Im Bereich der **Kurzzeitpflege** wurde bereits im PNG der Entfall von Pflegegeldzahlungen während des Bezugs aufgehoben. Es wird nun in halber Höhe weitergezahlt. Mit dem PSG I wurde die Inanspruchnahme in den Nebenleistungen flexibilisiert. Zudem kann Kurzzeitpflege nun über einen Zeitraum von bis zu acht Wochen, statt zuvor vier Wochen genutzt werden. Zusätzlich wurden diese Leistungsansprüche mit den Übergangsregelungen des § 123 SGB XI auch für Personen der Pflegestufe 0 zur Verfügung gestellt. In der Repräsentativerhebung 2016 wurde erfragt, ob diese Neuerung

gen bei den Pflegebedürftigen oder deren Angehörigen bekannt sind. Gut ein Viertel der Pflegebedürftigen oder deren Angehörigen gibt an, dass sie wissen, dass der Leistungszeitraum bei der Kurzzeitpflege von vier auf acht Wochen je Kalenderjahr erhöht worden ist. War die pflegebedürftige Person innerhalb der letzten zwölf Monate in stationärer Kurzzeitpflege, steigt der Anteil auf 47 Prozent. Bei den Pflegebedürftigen zeigt sich eine sehr konstante **Inanspruchnahme bei der Kurzzeitpflege** mit einer leichten Steigerung im Jahr 2013. Dies kann als Effekt der Weiterzahlung des anteiligen Pflegegeldes gedeutet werden. Die Inanspruchnahme bei den Personen in Pflegestufe 0 beträgt etwa ein Drittel der Quote der Pflegebedürftigen. Die Leistungen werden demnach schwächer angenommen, jedoch müssen zu einer wirklichen Beurteilung auch die Daten der Folgejahre einbezogen werden.

Sowohl die gesetzlichen Änderungen als auch die Ergebnisse im Bereich der **Verhinderungspflege** sind weitgehend analog zur Kurzzeitpflege. Auch hier entfällt seit dem PNG für die Bezugsdauer der Verhinderungspflege das Pflegegeld nicht komplett, sondern wird in halber Höhe weitergezahlt. Zudem wurde schon 2013 ein Leistungsanspruch für Personen der Pflegestufe 0 festgeschrieben. Seit dem PSG I kann durch eine Übertragung von bis zu 50 Prozent nicht genutzter Mittel der Kurzzeitpflege der Leistungsbetrag aufgestockt werden. Diese können für einen Zeitraum von bis zu sechs Wochen, statt zuvor vier Wochen, genutzt werden. Darüber hinaus kann der gesamte Jahresbetrag, der für Verhinderungspflege zur Verfügung steht, auch für Kurzzeitpflege genutzt werden. In der Repräsentativbefragung geben 40 Prozent der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen an, zu wissen, dass seit 2015 der gesamte Jahresbetrag der Verhinderungspflege auch für die Kurzzeitpflege eingesetzt werden kann. 27 Prozent der Pflegebedürftigen oder deren Angehörigen kennen die Möglichkeit, 50 Prozent des Jahresbetrags für Kurzzeitpflege stattdessen für die Verhinderungspflege aufzuwenden. Die Erhöhung der Anspruchsdauer bei der Verhinderungspflege von vier auf sechs Wochen je Kalenderjahr ist 36 Prozent der Pflegebedürftigen oder deren Angehörigen bekannt. Auch hier ist das Wissen um diese Neuregelung bei Pflegebedürftigen oder deren Angehörigen, die in den letzten zwölf Monaten Verhinderungspflege in Anspruch genommen haben, mit 61 Prozent deutlich höher. Bei den Pflegebedürftigen kann im Beobachtungszeitraum von 2012 bis 2015 ebenfalls eine Steigerung der **Inanspruchnahme von Verhinderungspflege** beobachtet werden. Besonders deutlich ist dies bei Pflegebedürftigen im Jahr 2015. Es kann davon ausgegangen werden, dass die Attraktivität der Verhinderungspflege durch die gesetzlichen Reformen gesteigert wurde.

Die Flexibilisierung der Leistungsansprüche durch das PSG I sieht auch vor, dass **40 Prozent der Sachleistungsansprüche in zusätzliche Betreuungs- und Entlastungsleistungen umgewidmet** werden können. 45 Prozent aller Pflegebedürftigen war dies bekannt, elf Prozent aller Personen, die Kenntnis von der Neuerung hatten, haben bisher davon Gebrauch gemacht.

Die Zuschüsse für **wohnumfeldverbessernde Maßnahmen** wurden mit dem PNG auf 2.557 Euro je Einzelmaßnahme festgesetzt und 2015 (PSG I) auf aktuell 4.000 Euro angehoben. Bekannt ist dies 42 Prozent der Pflegebedürftigen oder deren Angehörigen. Fast ein Viertel der Pflegebedürftigen hat bisher Zuschüsse für baulich-technische Maßnahmen erhalten. Bei diesen Maßnahmen wurde bereits mit dem PNG die zuvor zwingend geltende Eigenbeteiligung der Pflegebedürftigen aufgehoben. Zudem wurde ein Leistungsanspruch für die Personen in Pflegestufe 0 eingeführt. Bei den Pflegebedürftigen zeigen sich starke Steigerungen der Inanspruchnahme, die besonders in den Jahren 2013 und 2015 deutlich ausfallen. Hier kann von direkten Wirkungen der gesetzlichen Regelungen ausgegangen werden. Die Personen in Pflegestufe 0 zeigen zwar eine steigende Inanspruchnahme, jedoch auf sehr niedrigem Niveau. Dies liegt jedoch wahrscheinlich darin begründet, dass somatische Beeinträchtigungen, die bauliche Veränderungen erforderlich machen würden, bei diesen Personen nur



relativ selten vorliegen und eine Genehmigung der Leistungen somit nur schwer zu erreichen sein könnte.

Seit dem PNG sind sogenannte **ambulant betreute Wohngruppen** mit zwei Leistungsansprüchen hinterlegt. Diese galten zuerst nur für Pflegebedürftige, sind aber mit dem PSG I auch auf Personen der Pflegestufe 0 ausgeweitet worden. Erstens werden nach § 38a SGB XI monatliche Zuschläge in Höhe von zuerst 200 Euro, ab 2015 in Höhe von 205 Euro gewährt. Zweitens kann zur Einrichtung ambulanter Wohngruppen nach § 45e SGB XI eine Anschubfinanzierung in Höhe von 2.500 Euro in Anspruch genommen werden. Hierbei handelt es sich um eine einmalige Zahlung, die nur der Gründung einer Wohngruppe dient. In beiden Gruppen werden die laufenden Zuschläge zwar steigend abgerufen, jedoch von einer relativ kleinen Personenzahl. Ihr Anteil lag in 2015 bei 0,85 Prozent der Pflegebedürftigen und 0,37 Prozent der Personen in Pflegestufe 0. Nochmals deutlich geringer fällt der Bezug für *Anschubfinanzierungen* ambulant betreuter Wohngruppen aus. Zwar steigerte sich auch hier die Inanspruchnahme deutlich, jedoch ist hier nur von einer niedrigen vierstelligen Zahl von Anträgen im Jahr 2015 auszugehen. Es kann somit gesagt werden, dass im Anschluss an das PNG die ambulant betreuten Wohngruppen derzeit nur für einen sehr kleinen Teil der Leistungsberechtigten ein alternatives Wohn- und Pflegesetting darstellen.

Insgesamt hat der MDK im Rahmen der Begutachtung 37 Prozent der Pflegebedürftigen eine **Empfehlung für Heilmittel, Hilfsmittel oder Rehabilitationsmaßnahmen** ausgesprochen. Die Mehrheit von ihnen hat die Heilmittel und Rehabilitationsmaßnahmen entsprechend der Empfehlung in Anspruch genommen. Bei den Rehabilitationsmaßnahmen zeigt sich jedoch, dass mehr Pflegebedürftige als vor sechs Jahren diese nicht oder nur teilweise genutzt haben. Mit Blick auf die Gründe für die Nichtinanspruchnahme der MDK-Empfehlungen lässt sich folgern, dass die Pflegebedürftigen diese Maßnahmen meistens selber nicht nutzen wollten.

Bei den **Hilfsmitteln** wird zwischen zwei Leistungsarten unterschieden. Erstens werden zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel mit einem Pauschalbetrag durch die Pflegeversicherung mitfinanziert. Seit dem PNG haben auch Personen der Pflegestufe 0 Anspruch. Der monatliche Leistungsbeitrag wurde mit dem PSG I von 31 Euro auf 40 Euro angehoben. Diese Leistungen werden in stetig steigendem Maße von den Pflegebedürftigen und auch – auf deutlich niedrigerem Niveau – von den Personen der Pflegestufe 0 in Anspruch genommen. Es kann jedoch kein direkter Effekt aus der Leistungserhöhung des PSG I abgeleitet werden. Der Niveauunterschied erklärt sich darin, dass Personen der Pflegestufe 0 nur sehr geringe Pflegebedarfe aufweisen und deshalb kaum Pflegehilfsmittel zum Verbrauch benötigt werden. Zweitens können Kosten für technische Hilfsmittel, etwa Pflegebetten, Rollatoren oder auch Hausnotrufgeräte, übernommen werden. Üblicherweise werden diese Gegenstände leihweise überlassen und die jeweiligen Mietkosten durch die Pflegeversicherung getragen. Die hier evaluierten Gesetze sehen hier keine Änderungen der Ansprüche vor, mit der Ausnahme, dass seit dem PNG auch Personen der Pflegestufe 0 leistungsberechtigt sind. Für die Gesamtgruppe der Pflegebedürftigen ist im Beobachtungszeitraum eine Steigerung der Inanspruchnahme um fast 50 Prozent zu erkennen. Für Personen in Pflegestufe 0 steigt die Inanspruchnahme in den ersten drei Jahren nach Einführung um das Fünffache auf ein immer noch sehr niedriges Niveau an. Dies kann jedoch in einem sehr geringen Bedarf an technischen Hilfsmitteln begründet sein.

In der **ärztlichen Versorgung** häuslich versorgter Pflegebedürftiger sind durchgehend Niveauunterschiede zwischen den beiden betrachteten Gruppen der Pflegebedürftigen und der Personen in

Pflegestufe 0 festzustellen. Diese lassen sich sowohl für den hausärztlichen als auch für die ausgewählten fachärztlichen Leistungsbereiche weitgehend durch die Charakteristika der jeweiligen Gruppen erklären. Im Zeitverlauf sind die entsprechenden Inanspruchnahmequoten äußerst stabil und zeigen nahezu keine Veränderung auf. Aufgrund dieser Ergebnisse kann nicht auf eine Verbesserung der ärztlichen Versorgung in den Jahren 2012 bis 2015 geschlossen werden.

Anders stellt sich dies für den **zahnärztlichen Bereich** dar. Hier zeigen sich im Zeitverlauf für drei der vier betrachteten Personengruppen Inanspruchnahmesteigerungen um teilweise über zehn Prozent. Angesichts der u. a. in der 5. Deutschen Mundgesundheitsstudie nachgewiesenen unzureichenden Mundgesundheit Pflegebedürftiger kann dies als Steigerung der Versorgungsqualität durch die gesetzlichen Maßnahmen des PNG und anschließender Folgegesetze interpretiert werden.

Sofern Pflegebedürftige, die Sach- bzw. Kombinationsleistungen in Anspruch nehmen, eine **gleichgeschlechtliche Pflege** wünschen, wird dies in der Regel von den ambulanten Pflegediensten berücksichtigt. In einzelnen Fällen wurden Pflegebedürftige jedoch auch trotz ihres Wunsches nach gleichgeschlechtlicher Pflege überwiegend von Personen des anderen Geschlechts gepflegt.

### Pflegezeit und Familienpflegezeit

Nahe Angehörige von Pflegebedürftigen, die abhängig beschäftigt sind, können unter bestimmten Voraussetzungen eine bis zu **sechsmonatige Pflegezeit** in Anspruch nehmen. Nicht mehr als etwa zwei Prozent der erwerbstätigen Angehörigen haben dies bisher genutzt. Seit 2015 gilt ein Rechtsanspruch auf teilweise Freistellung von bis zu 24 Monaten, die sogenannte **Familienpflegezeit**. Hierbei ist die Reduktion der Arbeitszeit auf bis zu 15 Stunden pro Woche möglich, um die Erwerbsarbeit und die Pflege in häuslicher Umgebung besser verbinden zu können. 49 Prozent der Pflegebedürftigen mit erwerbstätigen Angehörigen geben an, dass ihnen dieser neue Anspruch auf Familienpflegezeit bekannt ist. Bisher in Anspruch genommen haben dies jedoch ebenfalls nur knapp zwei Prozent.

### Weitere strukturelle Veränderung

**Pflegebedürftige** leben heute häufiger als noch 1998 alleine in ihrem Haushalt. Galt dies 1998 erst für 22 Prozent, so sind es aktuell 34 Prozent der häuslich betreuten Pflegebedürftigen. Der Anteil ist seit 2010 in etwa konstant geblieben. Seit 2010 konstant geblieben ist auch der Anteil der Pflegebedürftigen, die nicht durch eine private Hauptpflegeperson unterstützt werden. Sieben Prozent der Pflegebedürftigen sind ausschließlich auf professionelle Unterstützung angewiesen, 1998 waren es nur vier Prozent. Lässt man die neu eingeführte Pflegestufe 0 unberücksichtigt, zeigt sich, dass der Anteil der Pflegebedürftigen, die Pflegestufe I haben, weiter gestiegen ist. 2016 haben 63 Prozent der Leistungsbezieherinnen und Leistungsbezieher der Pflegestufen I bis III die Pflegestufe I. Der Anteil der Männer an allen Pflegebedürftigen in Privathaushalten hat in den letzten Jahren zugenommen und beträgt 2016 40 Prozent.

Der Anteil der männlichen **Hauptpflegepersonen** ist seit 1998 von 20 über 28 Prozent 2010 auf 31 Prozent im Jahr 2016 gestiegen. Die Zahl der Hauptpflegepersonen im erwerbsfähigen Alter, die einer Erwerbstätigkeit nachgehen, stieg von 29 Prozent im Jahr 1998 auf 48 Prozent 2010 und liegt 2016 bei 54 Prozent.

Beim **Leistungsbezug** zeigt sich eine Entwicklung hin zur Inanspruchnahme von Kombinationsleistungen. Der Anteil derjenigen, die ausschließlich Pflegegeld in Anspruch nehmen, ist seit 1998 von 78 über 70 Prozent (2010) auf 66 Prozent zurückgegangen. Spätestens seit Mitte der 2000er-Jahre ist das Verhältnis zwischen Geld- und Sachleistungen allerdings weitgehend konstant geblieben. Häufiger als 1998 werden auch häusliche Verhinderungspflege und Kurzzeitpflege in Anspruch genommen, wobei die Inanspruchnahme bei der Kurzzeitpflege von 2010 auf 2016 wieder leicht rückläufig ist. Der Anteil der Pflegebedürftigen, der in den letzten zwölf Monaten Verhinderungspflege in Anspruch nahm, ist von 13 Prozent 2010 auf aktuell 24 Prozent gestiegen.

### Migration und Pflege

Zehn Prozent der Pflegebedürftigen haben einen Migrationshintergrund. Für 66 Prozent von ihnen ist Deutsch die Muttersprache. Entsprechend sind die Sprachbarrieren bei der Informationsbeschaffung meistens gering. Die noch im Jahr 2010 aufscheinende Distanz der Pflegebedürftigen mit **Migrationshintergrund** zur Nutzung professioneller Pflege scheint sich verloren zu haben. Im Vergleich zu pflegebedürftigen Personen ohne Migrationshintergrund bestehen kaum Unterschiede bei der Inanspruchnahme der verschiedenen Leistungsarten. Dass kulturelle und religiöse Belange bei ambulanten Pflegediensten nicht berücksichtigt werden, ist verhältnismäßig selten von Bedeutung. Der mit 14 Prozent allerdings überdurchschnittlich hohe Anteil von Migrantinnen und Migranten in der Gruppe derjenigen, die **keine Leistungen der Pflegeversicherung** beziehen, könnte darauf hinweisen, dass es unter den Migrantinnen und Migranten eine Gruppe gibt, für die die Beantragung von Leistungen der Pflegeversicherung mit Schwierigkeiten verbunden ist.

73 Prozent der Pflegebedürftigen ohne Migrationshintergrund, die **Leistungen ambulanter Pflegedienste** nutzen, werden ausschließlich und weitere 15 Prozent überwiegend von Pflegekräften mit derselben Muttersprache gepflegt. Neun Prozent werden jeweils zur Hälfte von Pflegekräften mit derselben und einer anderen Muttersprache gepflegt. Bei nur zwei Prozent sprechen die professionellen Pflegepersonen des Pflegedienstes überwiegend oder ausschließlich nicht die Muttersprache des Pflegebedürftigen. Auch dort, wo Nicht-Muttersprachler einbezogen sind, finden sich keine Hinweise auf gravierende Probleme.

### Fazit

Das Pflege-Neuausrichtungs-Gesetz und das Pflegestärkungs-Gesetz I haben für den Bereich der häuslichen Pflege wichtige Neuerungen gebracht, die in Richtung Flexibilisierung und individueller Ausgestaltung des Pflegearrangements zielen. Die Hilfen werden dadurch passgenauer und die häuslichen Pflegearrangements werden stabilisiert. Deutlich wird aber auch, dass bei dieser Vielfalt von Regelungen und Möglichkeiten Information und Beratung umso wesentlicher sind, um die Leistungen optimal einzusetzen und damit den individuellen Pflegesituationen gerecht werden zu können.

## 4 Ambulante Pflegedienste

### 4.1 Strukturmerkmale

#### 4.1.1 Größe und Träger der ambulanten Pflegedienste

Ambulante Pflegedienste sind nach § 71 Abs. 1 SGB XI selbstständig wirtschaftende Einrichtungen, die unter ständiger Verantwortung einer ausgebildeten Pflegefachkraft Pflegebedürftige in ihrer Wohnung pflegen und hauswirtschaftlich versorgen. Pflegedienste, die die erforderlichen Voraussetzungen nach § 72 Abs. 3 SGB XI erfüllen, haben einen Anspruch auf Abschluss eines Versorgungsvertrags.

Da die Stichprobe für die ambulanten Pflegedienste aus der Pflegedatenbank der BKK gezogen wurde, enthält sie ausschließlich ambulante Dienste mit Versorgungsvertrag.

#### Träger der Dienste

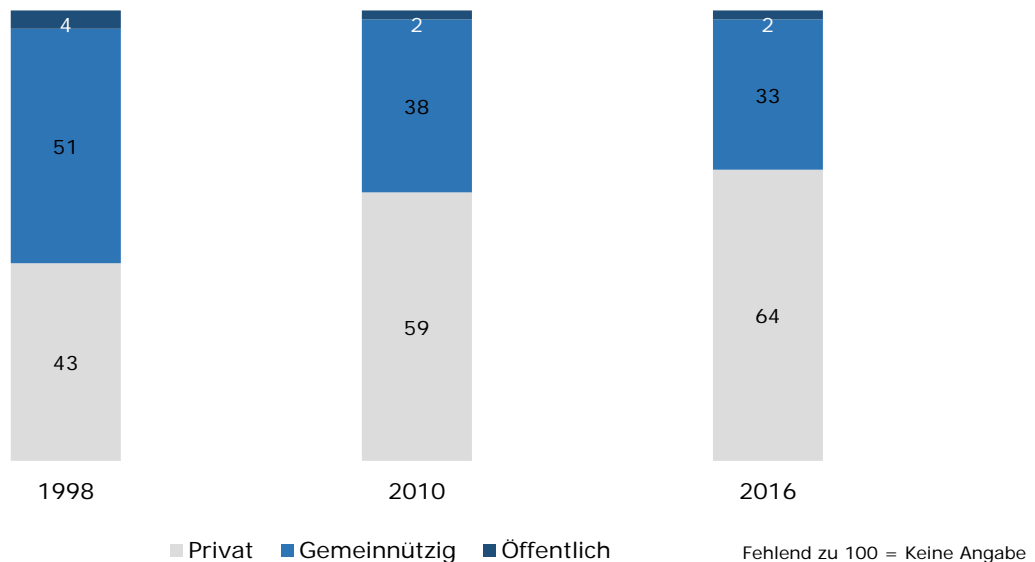
Die Mehrheit der ambulanten Dienste befindet sich 2016 in privater Trägerschaft (64 Prozent; Abbildung 4.1). Ein Drittel der Dienste werden in gemeinnütziger Trägerschaft geführt, zu denen vor allem die kirchlichen Träger (Diakonie und Caritas), die Arbeiterwohlfahrt, das Deutsche Rote Kreuz und Träger, die dem Paritätischen Wohlfahrtsverband angehören, zählen. Den Diensten mit öffentlichem Träger kommt hingegen quantitativ nur eine sehr geringe Bedeutung zu. Dies entspricht der Vorschrift des § 72 Abs. 3 SGB XI, nach dem Versorgungsverträge vorrangig mit freigemeinnützigen und privaten Trägern abgeschlossen werden sollen, sowie dem in § 11, Abs. 2 SGB XI noch einmal festgehaltenen Subsidiaritätsprinzip.

Betrachtet man die Trägerschaft der ambulanten Dienste im Zeitverlauf, so zeigt sich, dass der Anteil der Dienste in privater Trägerschaft zwischen 1998 und 2010 besonders stark gestiegen ist, während im gleichen Zeitraum der Anteil der Dienste in gemeinnütziger Trägerschaft deutlich gesunken ist. Im Jahr 2016 arbeiten ambulante Pflegedienste zu 64 Prozent in privater Trägerschaft, gemeinnützig betriebene Pflegedienste machen noch etwa ein Drittel aus und ambulante Pflegedienste in öffentlicher Trägerschaft spielen, wie schon 2010, praktisch kaum eine Rolle.

Der Anteil der Dienste in privater Trägerschaft ist in Ostdeutschland einschließlich Berlin mit 68 Prozent etwas höher als in Westdeutschland mit 63 Prozent. Dafür ist im Westen der Anteil der Dienste in gemeinnütziger Trägerschaft etwas höher.

**Abbildung 4.1: Trägerschaft der ambulanten Pflegedienste 1998, 2010 und 2016 (%)**

Basis: Repräsentativerhebung, Ambulante Pflegedienste mit Versorgungsvertrag



Studie zur Wirkung des PNG und PSG I – TNS Infratest Sozialforschung 2016

### Anteil der Leistungen der Pflegeversicherung

Das Leistungsspektrum der ambulanten Pflegedienste beschränkt sich nicht nur auf Leistungen der Pflegeversicherung nach dem SGB XI. Ein weiterer wichtiger Tätigkeitsbereich ist z. B. die medizinische Behandlungspflege, die mit den Krankenkassen abgerechnet wird.

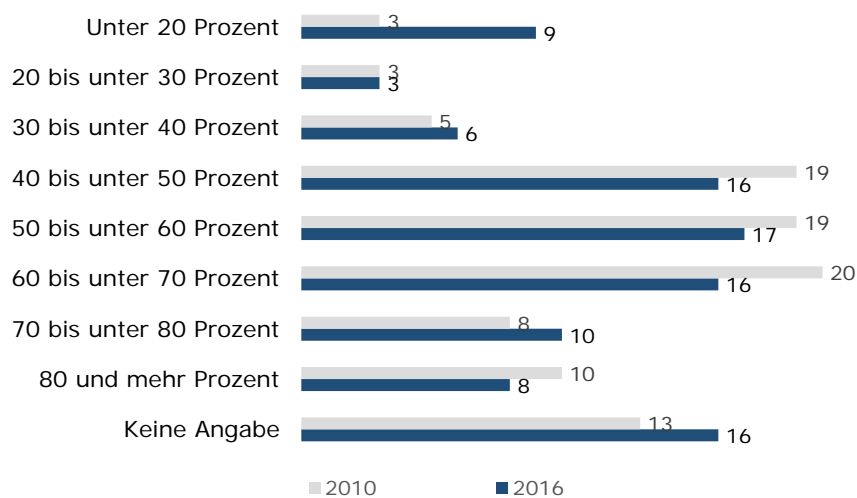
Nach Angaben der befragten Dienste entfallen im Durchschnitt 51 Prozent der Umsätze auf Leistungen im Rahmen der Pflegeversicherung (Abbildung 4.2). Dies sind vier Prozentpunkte weniger als 2010 und drei Prozentpunkte weniger als 1998 und zeigt, dass Leistungen außerhalb des SGB XI für die ambulanten Pflegedienste nach wie vor eine große Bedeutung haben, wenngleich sie zuletzt leicht rückläufig waren. Etwa ein Drittel der Dienste liegt mit seinem Umsatzanteil der Pflegeversicherungsleistungen relativ nah am Mittelwert (zwischen 40 und unter 60 Prozent). Bei einem weiteren Drittel machen Pflegeversicherungsleistungen zwischen 60 und 100 Prozent des Umsatzes aus (34%). Für 18 Prozent der Dienste, und damit mehr als 2010 (11%), macht der Anteil der SGB-XI-Leistungen allerdings weniger als 40 Prozent des Umsatzes aus. 16 Prozent der Dienste, und damit etwas mehr Dienste als 2010, konnten zum Umsatzanteil der Pflegeversicherungskosten keine Angabe machen (2010: 12%).

Bei Pflegediensten in gemeinnütziger Trägerschaft entfällt ein etwas höherer Anteil des Umsatzes auf Pflegeleistungen gem. SGB XI (56%), während der Umsatzanteil der Pflegeversicherungsleistungen bei privaten Trägern bei 49 Prozent liegt.

Im Vergleich zur Repräsentativerhebung 2010 geben im Jahr 2016 westdeutsche Pflegedienste einen geringeren Anteil an Umsätzen an, die auf die Pflegeversicherung entfallen. Auch private Träger rechnen einen geringeren Umsatz mit der Pflegeversicherung ab (2016: 49%, 2010: 55%). Nach Größe betrachtet sind die Pflegeversicherungsumsätze bei großen ambulanten Diensten geringer als noch im Jahr 2010.

**Abbildung 4.2: Umsatzanteil der Pflegeversicherungsleistungen bei ambulanten Pflegediensten, 2010 und 2016 (%)**

Basis: Repräsentativerhebung, Ambulante Pflegedienste mit Versorgungsvertrag



Studie zur Wirkung des PNG und PSG I – TNS Infratest Sozialforschung 2016

**Größe der Dienste**

Ein Maß, das die Größe der ambulanten Pflegedienste beschreibt, ist die Zahl der Beschäftigten. Diese Maßzahl wird im Folgenden verwendet. Damit Dienste mit unterschiedlichen Anteilen von Vollzeit- und Teilzeitbeschäftigten vergleichbar sind, wurden Teilzeitbeschäftigte in Vollzeitkräfte umgerechnet. Die ausgewiesene Zahl der Beschäftigten entspricht also im Folgenden nicht der tatsächlichen Anzahl der Beschäftigten, sondern der Zahl der Vollzeitstellen in der Einrichtung. Zu beachten ist, dass die Beschäftigten nicht ausschließlich Tätigkeiten nach dem SGB XI ausführen, sondern z. B. auch Leistungen der medizinischen Behandlungspflege erbringen. Eine getrennte Ausweisung des Personals ist allerdings in den meisten Diensten nicht möglich.

Im Durchschnitt beschäftigt eine ambulante Pflegeeinrichtung im Jahr 2016 16,9 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter. In Westdeutschland sind Dienste mit 1,3 Vollzeitstellen mehr ausgestattet als in Ostdeutschland, wo im Schnitt 16,1 Vollzeitkräfte arbeiten. Nach Träger betrachtet beschäftigen

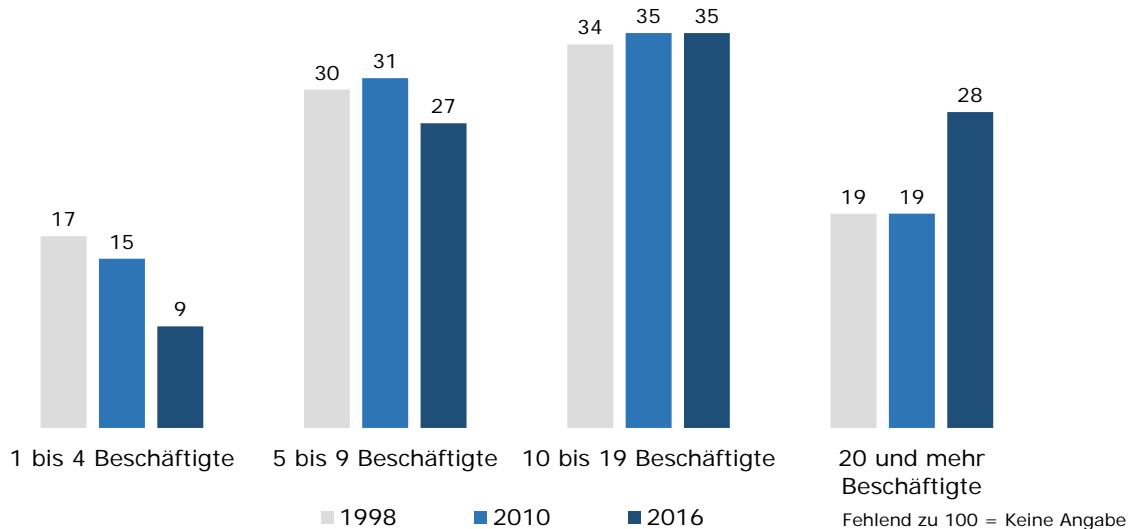
Dienste in gemeinnütziger Trägerschaft durchschnittlich 20,1 Vollzeitkräfte, private Träger haben im Schnitt 15,4 Vollzeitkräfte.<sup>23</sup>

Im Zeitverlauf betrachtet haben ambulante Dienste ihr Personal aufgestockt. Im Jahr 2010 waren 14,5 in Vollzeit Beschäftigte in ambulanten Diensten tätig, 1998 waren es 13. Wenngleich ambulante Dienste im Vergleich zu (voll-)stationären Pflegeeinrichtungen deutlich kleinere Einrichtungen sind, haben sie ihren Personalbestand doch gegenüber 1998 um knapp vier Vollzeitstellen aufgebaut.<sup>24</sup>

Stellt man die Beschäftigtenzahl gruppiert dar, wird deutlich, dass die Zahl kleiner Dienste mit weniger als 10 Beschäftigten 2016 deutlich niedriger ist als noch 2010 bzw. 1998 (Abbildung 4.3). Der Anteil sehr kleiner Pflegedienste mit weniger als fünf Beschäftigten hat sich im Vergleich zu 1998 sogar halbiert. Ambulante Dienste mit zehn bis 19 Beschäftigten machen, ähnlich wie 1998 und 2010, 35 Prozent aller Dienste aus. Deutlich höher ist der Anteil ambulanter Dienste mit 20 und mehr Beschäftigten. Machten diese großen Dienste 1998 und 2010 19 Prozent aller Dienste aus, beschäftigten im Jahr 2016 28 Prozent aller ambulanten Dienste 20 und mehr Personen. Der überwiegende Teil dieser Dienste hat zwischen 20 und 40 Beschäftigte. Nur sehr selten hat ein Pflegedienst mehr als 40 Beschäftigte.

**Abbildung 4.3: Ambulante Pflegedienste nach Zahl der Beschäftigten (in Vollzeit) 1998, 2010 und 2016 (%)**

Basis: Repräsentativerhebung, Ambulante Pflegedienste mit Versorgungsvertrag



Studie zur Wirkung des PNG und PSG I – TNS Infratest Sozialforschung 2016

<sup>23</sup> Aufgrund der sehr geringen Fallzahl von Diensten in öffentlicher Trägerschaft muss auf eine separate Darstellung dieser Ergebnisse im Folgenden verzichtet werden.

<sup>24</sup> Allerdings lässt die Entwicklung des Beschäftigungsvolumens keine Bewertung der Personalressourcen zu. Entscheidend hierfür ist das Beschäftigungsvolumen in Relation zur Anzahl der zu betreuenden Pflegebedürftigen. Hierauf wird später eingegangen.

Die Entwicklung der Beschäftigtenzahlen bei ambulanten Diensten vollzieht sich in Westdeutschland und Ostdeutschland auf einem ähnlichen Niveau. In Ost und West beschäftigen im Jahr 2016 jeweils neun Prozent der Pflegedienste weniger als fünf festangestellte Arbeitskräfte. Während in Ostdeutschland mehr Pflegedienste zwischen fünf und neun Beschäftigte haben (31%), sind 37 Prozent der westdeutschen Pflegedienste mit zehn bis unter 20 Mitarbeitern ausgestattet. Wiederum ein gleich hoher Anteil an Diensten gehört zu den großen Einrichtungen mit 20 und mehr Beschäftigten (West: 27%, Ost 28%).

Nach Trägerschaft betrachtet stellen sich die Strukturen deutlich differenzierter dar. Bereits die durchschnittliche Größe von gemeinnützigen und privaten Trägern offenbart unterschiedliche Größenverhältnisse. Gemeinnützige Träger haben im Schnitt 20,1 Beschäftigte, sind häufig also große Einrichtungen, während private Träger durchschnittlich 15,4 Beschäftigte haben. Gruppier dargestellt haben privat betriebene Pflegedienste zu 45 Prozent weniger als zehn festangestellte Beschäftigte, gemeinnützig betriebene Dienste haben dagegen zu 36 Prozent 20 und mehr Beschäftigte.

**Tabelle 4.1: Ambulante Pflegedienste nach Trägerschaft und Größe (Spaltenprozente)**

Basis: Repräsentativerhebung, Ambulante Pflegedienste mit Versorgungsvertrag

	Gesamt	Zahl der Beschäftigten (Vollzeit)			
		1 bis 4	5 bis 9	10 bis 19	20 und mehr
2016					
Öffentlich	2	0	1	3	1
Gemeinnützig	34	14	20	42	44
Privat	64	85	78	55	55
2010					
Öffentlich	2	1	2	2	1
Gemeinnützig	38	24	29	46	48
Privat	59	74	67	50	50
nachrichtlich: 1998					
Öffentlich	4	2	5	4	5
Gemeinnützig	51	39	34	59	78
Privat	43	57	60	37	15

Fehlend zu 100 = Keine Angabe



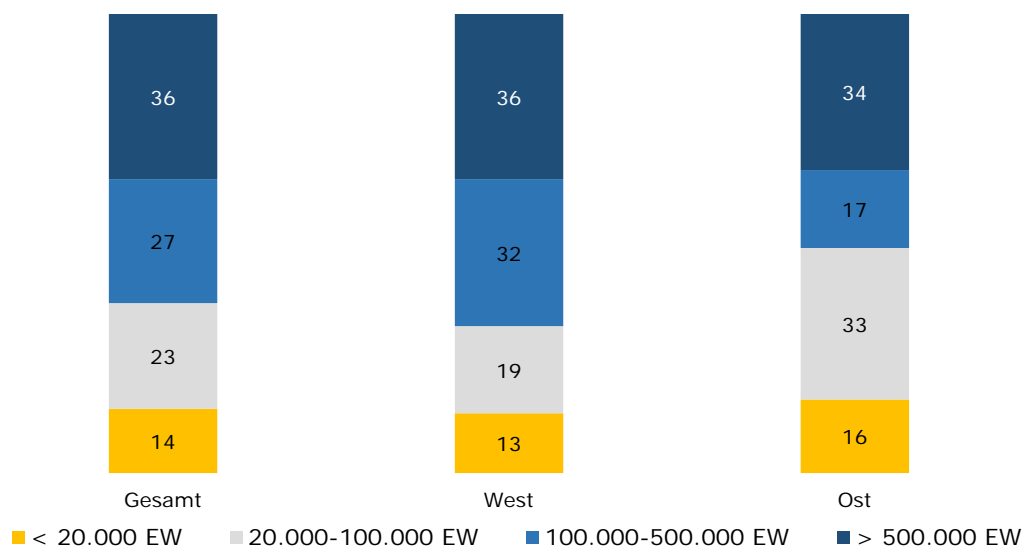
Die Differenzierung der Größenklassen nach Trägerschaft zeigt die im Zeitverlauf zunehmende Bedeutung der privaten Träger bei kleinen, mittleren und großen Pflegediensten (Tabelle 4.1). Dies gilt nicht nur für die kleineren Dienste mit bis zu 19 Beschäftigten, die bereits 1998 und 2010 überwiegend „in privater Hand“ waren, sondern auch für die größeren Dienste, die im Jahr 2016 zu jeweils 55 Prozent in privater Trägerschaft geführt werden.

#### 4.1.2 Regionale Verteilung

Von allen ambulanten Pflegediensten in Deutschland befinden sich 2016 71 Prozent in Westdeutschland und 29 Prozent in Ostdeutschland inklusive Berlin. Nach drei Regionen betrachtet sind ein Drittel der ambulanten Pflegedienste im Norden Deutschlands angesiedelt, 43 Prozent in der Mitte und 23 Prozent in Baden-Württemberg und Bayern.<sup>25</sup> Betrachtet man die regionale Verteilung etwas differenzierter nach Gemeindegrößenklassen, wird deutlich, dass 36 Prozent der ambulanten Dienste in Großstädten ab 500.000 Einwohner sowie in den Randgebieten dieser Großstädte angesiedelt sind (Abbildung 4.4). 27 Prozent der Dienste arbeiten in Gemeinden mit 100.000 bis unter 500.000 Einwohnern sowie in den Randgebieten dieser Städte. Die restlichen 37 Prozent der ambulanten Dienste in Deutschland sind in Gemeinden mit 20.000 bis unter 100.000 Einwohnern zu Hause sowie in ländlichen Gebieten mit Gemeinden unter 20.000 Einwohnern.

**Abbildung 4.4: Ambulante Dienste nach Gemeindegröße und West-Ost 2016 (%)**

Basis: Repräsentativerhebung, Ambulante Pflegedienste mit Versorgungsvertrag



Studie zur Wirkung des PNG und PSG I – TNS Infratest Sozialforschung 2016

<sup>25</sup> Dabei wurden die im norddeutschen Raum liegenden Bundesländer (Schleswig-Holstein, Hamburg, Niedersachsen, Bremen, Berlin, Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern und Sachsen-Anhalt) zur Region Nord zusammengefasst, Nordrhein-Westfalen, Hessen, Rheinland-Pfalz, Saarland, Thüringen und Sachsen zur Region Mitte und Baden-Württemberg und Bayern zur Region Süd.

Ähnlich wie bei stationären Pflegeeinrichtungen sind aufgrund der ländlicheren Strukturen in Ostdeutschland dort deutlich mehr ambulante Dienste in kleineren Gemeinden mit weniger als 100.000 Einwohnern angesiedelt als in Westdeutschland. Während im Osten knapp die Hälfte der ambulanten Dienste in Gemeinden mit weniger als 100.000 Einwohnern tätig ist, trifft dies im Westen auf 32 Prozent der Dienste zu. Besonders groß ist der West-Ost-Unterschied in der Größenklasse 20.000 bis unter 100.000 Einwohner. Hier befinden sich im Osten 33 Prozent der Pflegeeinrichtungen und im Westen nur 19 Prozent der ambulanten Dienste. In Westdeutschland ist dagegen der Großteil der Pflegeeinrichtungen in Gemeinden mit über 100.000 Einwohnern angesiedelt bzw. im Umland von Gemeinden dieser Größenordnung (68%). Allein 36 Prozent der westdeutschen Pflegedienste befinden sich in Gemeinden mit über 500.000 Einwohnern bzw. im Umland dieser Großstädte. Im Osten betrifft dies allein den Ballungsraum Berlin, wo allerdings 34 Prozent der Dienste tätig sind.

### 4.1.3 Leistungsprofile

Ambulante Pflegedienste mit Versorgungsvertrag bieten in der Regel nicht nur Grundpflege und hauswirtschaftliche Betreuung an, sondern auch eine Reihe weiterer Leistungen. Hierzu zählen einerseits spezielle Leistungen der Pflegeversicherung, wie z. B. teilstationäre Pflege, Kurzzeitpflege<sup>26</sup> oder die Anleitung und Betreuung von Menschen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz, aber auch Leistungen, die nicht über die Pflegeversicherung finanziert werden, wie z. B. die medizinische Behandlungspflege, die von den Krankenkassen getragen wird. Daneben gibt es auch Angebote wie den fahrbaren Mittagstisch (Essen auf Rädern), die die Pflegebedürftigen selber finanzieren müssen. Tabelle 4.2 gibt einen Überblick über die angebotenen Leistungen und die Entwicklung seit 1998, Tabelle 4.3 differenziert die angebotenen Leistungen noch einmal nach Einrichtungsgröße.

Viele der abgefragten Leistungen wurden im Jahr 2010 erheblich seltener angeboten als 1998. Das geringere Leistungsangebot 2010 hing wohl damit zusammen, dass im Zuge der Einführung der Pflegeversicherung zunächst ein relativ großes Leistungsspektrum angeboten wurde, dem aber zum Teil keine entsprechende Nachfrage seitens der Pflegebedürftigen gegenüberstand und das deshalb wieder eingeschränkt wurde. Gleichzeitig hatten sich die Pflegedienste offenbar zunehmend spezialisiert. Auch im Jahr 2016 bieten ambulante Pflegedienste mit durchschnittlich 10,5 Leistungen eine große Bandbreite an Pflege- und Betreuungsleistungen sowie weiteren Dienstleistungen im Bereich der Hauswirtschaft und Beratung an. Gleichzeitig haben sich im Zeitverlauf Leistungen herauskristallisiert, die zum „Standardangebot“ zählen, und solche, die inzwischen nur noch von wenigen Einrichtungen angeboten werden. Inwieweit dies dazu führt, dass Pflegebedürftige bestimmte ambulante Leistungen nicht in Anspruch nehmen können, weil sie in ihrem Umfeld nicht angeboten werden, lässt sich anhand der Daten nur eingeschränkt beurteilen. Nach Gemeindegrößenklasse betrachtet ergeben sich keine Hinweise auf ein geringeres Leistungsangebot, d. h. eine breite Versorgung und Betreuung pflegebedürftiger Menschen durch ambulante Dienste scheint in Ballungsräumen ebenso wie in ländlichen Gebieten sichergestellt zu sein.

Allerdings bieten größere Dienste häufig vielfältigere und in Summe mehr Leistungen an als kleinere Dienste. Die Gründe hierfür liegen auf der Hand: Gerade Dienste mit ein oder zwei Pflegekräften

---

<sup>26</sup> Die Leistungen „teilstationäre Pflege“ wie „Kurzzeitpflege“ wurden in der Repräsentativerhebung 2016 nicht abgefragt. Beide Leistungen wurden laut der Erhebungen 1998 und 2010 nur von wenigen ambulanten Diensten angeboten, da die Nachfrage recht gering ist. Beispielsweise wird die Kurzzeitpflege häufig von vollstationären Einrichtungen angeboten, die bereits über eine entsprechende Infrastruktur verfügen.

haben wenig Handlungsspielraum und können in der Regel nur wenige Leistungsarten anbieten. Je mehr Beschäftigte eine Einrichtung hat, desto flexibler können Einsätze und Leistungen erbracht werden und desto größer sind die Möglichkeiten, einzelne Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen in speziellen Bereichen fortzubilden oder bereits spezialisierte Pflegefachkräfte einzustellen.

Zu den Standardangeboten der meisten ambulanten Dienste werden medizinische Behandlungspflege, Hilfe im Haushalt und Beratungsleistungen angeboten, sowohl zur pflegerischen Versorgung, als auch für Angehörige sowie zur Inanspruchnahme von Sozialleistungen und (Pflege-) Hilfsmitteln. Alle diese Leistungen sind häufiger als im Jahr 2010 im Leistungsportfolio der Dienste. Urlaubspflege hatten im Jahr 2010 69 Prozent der ambulanten Pflegedienste angeboten und damit deutlich weniger Dienste als 1998. In der Erhebung 2016 geben wieder etwas mehr Pflegedienste an, Urlaubspflege zu übernehmen (74%). Im ländlichen Raum geben sogar 86 Prozent der Pflegedienste an, Pflegebedürftige bei vorübergehender Abwesenheit der privaten Pflegeperson ambulant zu versorgen.

Zwei Drittel der ambulanten Dienste bieten Nachsorge bei ambulanten Operationen an und übernehmen eine allgemeine Anleitung und Betreuung sowie soziale Betreuung.<sup>27</sup> Nachdem mit dem Pflege-Weiterentwicklungsgesetz 2008 der Personenkreis mit Anspruch auf Leistungen wegen erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz nach § 45b SGB XI erweitert und der Umfang der Leistungen erhöht wurde, hatten im Jahr 2010 drei Viertel der ambulanten Pflegedienste eine allgemeine Anleitung und Betreuung für Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz angeboten.

Mit dem PSG I haben nun alle Pflegebedürftigen seit 1.01.2015 Anspruch auf zusätzliche Betreuungs- und Entlastungsleistungen. Allerdings sehen im Jahr 2016 Pflegedienste, unabhängig von ihrer Größe, seltener eine „allgemeine Anleitung und Betreuung bzw. soziale Betreuung“ vor (Tabelle 4.3). Ob der geringere Anteil an Pflegediensten, die „soziale Betreuung“ anbieten, mit der festgestellten stärkeren Spezialisierung und Profilbildung oder aber vorrangig damit zusammenhängt, dass Pflegebedürftige allgemeine Betreuung inzwischen stärker bei Anbietern von niedrigschwelligen Betreuungsleistungen außerhalb von Pflegediensten nachfragen, kann an dieser Stelle nicht endgültig beantwortet werden.<sup>28</sup>

Für viele Pflegebedürftige und ihre Angehörigen ist die Möglichkeit einer Soforthilfe bei akuten Krisensituationen im Bereich der Pflege wichtig, insbesondere, wenn die Angehörigen weiter entfernt von der pflegebedürftigen Person leben. Auch diese Leistung ist im Zeitverlauf kontinuierlich rückläufig. Während im Jahr 1998 noch 91 Prozent der ambulanten Dienste Soforthilfe anboten, waren es 2010 noch 78 Prozent und 2016 sind es noch 64 Prozent. Ähnlich ist die Situation bei der Sterbebegleitung, die 59 Prozent der Pflegedienste im Jahr 2016 anbieten. Im Jahr 1998 hatten noch 87 Prozent der Dienste diese Leistung angeboten. Während kleine ambulante Dienste mit weniger als fünf Beschäftigten deutlich seltener Soforthilfe in akuten Krisensituationen anbieten als größere Dienste, wird eine Sterbebegleitung weitgehend unabhängig von der Einrichtungsgröße von gleich vielen Einrichtungen angeboten.

---

<sup>27</sup> Dieses Item lautete in der Erhebung 2010 „Allgemeine Anleitung und Betreuung für Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz nach § 45b SGB XI“.

<sup>28</sup> D.h. Pflegebedürftige können selbst eine geeignete soziale Betreuung organisieren.

Leistungen der häuslichen Betreuung, z. B. Unterstützung von Aktivitäten im häuslichen Umfeld zum Zweck der Kommunikation und Aufrechterhaltung sozialer Kontakte sowie Unterstützung bei der Gestaltung des häuslichen Alltags, werden bis zur Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffes ab Anfang 2017 mit dem zweiten Pflege-Neuausrichtungs-Gesetz (PSG II) im §124 SGB XI geregelt. Daher sollten die Pflegedienste in der aktuellen Repräsentativerhebung angeben, inwieweit pflegerische Betreuungsmaßnahmen nach §124 SGB XI angeboten werden. Knapp die Hälfte der ambulanten Pflegedienste bieten häusliche Betreuung nach §124 SGB XI an, besonders viele davon in Ostdeutschland. Kleinere Dienste mit unter zehn Mitarbeitern haben diese Leistung zu 42 Prozent im Angebot, Dienste mit zehn und mehr Mitarbeiter etwas häufiger (53%).

Grundsätzlich müssen ambulante Dienste eine Versorgung rund um die Uhr und damit auch an Wochenenden sicherstellen. Tatsächlich bieten nur ein Drittel der Dienste eine Rund-um-die-Uhr-Betreuung an und 59 Prozent eine Pflege am Wochenende. Insbesondere die Rund-um-die-Uhr-Betreuung ist seit dem Jahr 1998 stark rückläufig (1998: 77%, 2010: 54%, 2016: 33%). Die Wochenendpflege wird 2016 zu 59 Prozent und damit wieder häufiger als 2010 angeboten, liegt aber nach wie vor deutlich unter dem Niveau von 1998. Dass eine Rund-um-die-Uhr-Betreuung gerade für kleine Dienste mit ein oder zwei Pflegekräften kaum zu realisieren ist, liegt nahe. Doch selbst Dienste mit 20 und mehr Beschäftigten bieten nur zu 46 Prozent Rund-um-die-Uhr-Betreuung an. Diese Entwicklung mag damit zusammenhängen, dass entsprechende Leistungen eher selten nachgefragt werden. Sofern die Leistungen trotz des geringeren Angebots bei Bedarf zur Verfügung stehen, ist die Situation unproblematisch. Kritisch wäre es hingegen, wenn dadurch die bedarfsgerechte Versorgung von Pflegebedürftigen mit Leistungen der Pflegeversicherung gefährdet wäre.

Die Vermittlung von ehrenamtlichen Helfern oder sonstigen niederschweligen Hilfen hatten im Jahr 2010 46 Prozent der Dienste in ihrem Leistungsportfolio, im Jahr 2016 sind es 33 Prozent. D. h. obwohl Pflegebedürftige Teile ihrer Leistungsansprüche seit dem Jahr 2015 flexibler einsetzen können (z. B. für niederschwellige Betreuungs- und Entlastungsangebote), vermitteln weniger Pflegedienste entsprechende Leistungen.

Die häusliche Pflege ist für die privaten Pflegepersonen oft mit einer erheblichen Belastung verbunden. Um ihnen die Pflege zu erleichtern und die Belastung zu verringern, sollen die Pflegekassen nach § 45 SGB XI unentgeltliche Pflegekurse anbieten bzw. andere Dienste mit der Durchführung der Kurse beauftragen. 1998 hat noch etwas mehr als die Hälfte der ambulanten Pflegedienste solche Pflegekurse angeboten, im Jahr 2010 waren es 32 Prozent und 2016 bieten noch 29 Prozent der Dienste Pflegekurse an. Nach wie vor gilt, dass die Kurse umso häufiger angeboten werden, je größer die Einrichtung ist. Inwieweit der Rückgang auf eine Spezialisierung der ambulanten Pflegedienste oder auf eine Ausweitung des Angebots von Pflegekassen oder anderen Dienste zurückzuführen ist, lässt sich anhand der Daten nicht beurteilen. Möglicherweise hat auch die seltenere Inanspruchnahme von Pflegekursen durch die Hauptpflegeperson zu einer Verringerung des Angebots beigetragen (9%; vgl. Kapitel 3).<sup>29</sup>

Auch ein fahrbarer Mittagstisch (Essen auf Rädern) wird seltener als 1998 und 2010 von ambulanten Diensten angeboten; während Pflegedienste im Osten zu 36 Prozent das Mittagessen nach Hause

---

<sup>29</sup> Die Daten zur Haushaltsbefragung zeigen einen seit 1998 rückläufigen Anteil von Hauptpflegepersonen, die einen Pflegekurs absolvieren. Allerdings nehmen Hauptpflegepersonen von Pflegebedürftigen der Pflegestufe III im Jahr 2016 deutlich häufiger an Pflegekursen teil (21%), während 2010 die Unterschiede zwischen den drei Pflegestufen nur gering waren.

liefern, bieten diesen Service nur 23 Prozent der westdeutschen Dienste an. Auch Dienste in ländlichen Gebieten bieten häufiger einen fahrbaren Mittagstisch an als solche in dicht besiedelten Gebieten. Daneben spielt auch die Größe des Dienstes eine Rolle; nur elf Prozent der kleinen Dienste mit weniger als fünf Mitarbeitern (in Vollzeit umgerechnet) liefern das Mittagessen nach Hause, bei größeren Einrichtungen sind es zwischen einem Viertel und knapp einem Drittel der Pflegedienste.

Die Betreuung von Menschen mit Behinderung sowie von Menschen mit hochgradig veränderter Psyche wurde 1998 von jeweils gut der Hälfte der Pflegedienste angeboten und im Jahr 2016 von einem knappen Viertel der Einrichtungen. Beide Leistungen werden häufiger in Westdeutschland und seltener im Osten angeboten (27% bzw. 26%, jeweils 19% im Osten). Zudem gilt: Je größer der Pflegedienst, desto häufiger werden Menschen mit Behinderung bzw. Menschen mit hochgradig veränderter Psyche betreut. Anders ist die Situation nach Gemeindegröße. Während die Betreuung von Pflegebedürftigen mit Behinderung häufiger im ländlichen Raum angeboten wird, haben mehr Pflegedienste in Großstädten mit 500.000 Einwohnern und mehr sowie deren Umland die Betreuung von hochgradig psychisch Veränderten in ihrem Leistungsportfolio.

20 Prozent der Dienste haben spezielle Angebote für die Betreuung AIDS-Kranker, im Westen betreut ein Viertel der Dienste AIDS-Kranke, im Osten gibt es dieses Angebot nur bei zwölf Prozent der Pflegedienste. Services wie ein Fahrdienst oder ein Wäschedienst werden im Zeitverlauf ebenfalls immer seltener angeboten (21% bzw. 18%). In ländlichen Gebieten können Pflegebedürftige noch häufiger als in Großstädten Fahr- und Wäschedienste in Anspruch nehmen. Dies dürfte auch mit der in größeren Städten vorhandenen Infrastruktur für entsprechende Dienstleistungen zusammenhängen.

Pflegebedürftige haben nach § 40 SGB XI Anspruch auf Versorgung mit Pflegehilfsmitteln, die zur Erleichterung der Pflege oder zur Linderung von Beschwerden beitragen oder ihnen eine selbstständigere Lebensführung ermöglichen. Dabei sollen technische Pflegehilfsmittel vorrangig leihweise zur Verfügung gestellt werden. 1998 haben noch drei Viertel der ambulanten Dienste Pflegehilfsmittel zum Verleih angeboten, 2010 war es nur noch rund ein Viertel und im Jahr 2016 verleihen noch 15 Prozent der ambulanten Dienst Pflegehilfsmittel.

In der Erhebung 2010 wurden die Dienste erstmals gefragt, ob sie spezielle Angebote für Pflegebedürftige mit Migrationshintergrund haben (z. B. muttersprachlicher Pflegedienst). Dies war im Jahr 2010 zu sieben Prozent der Fall, im Jahr 2016 bieten acht Prozent der Pflegedienste diese Leistung an. Interessanterweise haben sechs Prozent der ostdeutschen Pflegedienste spezielle Angebote für Menschen mit Migrationshintergrund im Leistungsportfolio und damit nur etwas seltener als westdeutsche Dienste, obwohl im Westen deutlich mehr Menschen mit Migrationshintergrund leben. Wenig verwunderlich ist, dass in erster Linie Pflegedienste in Ballungsräumen mit 500.000 Einwohnern und mehr spezielle Angebote für pflegebedürftige mit Migrationshintergrund geschaffen haben, lebt doch der Großteil der Menschen mit Migrationshintergrund in größeren Städten.

**Tabelle 4.2: Leistungsangebot ambulanter Pflegedienste 1998, 2010 und 2016 (%)**

Basis: Repräsentativerhebung, Ambulante Pflegedienste mit Versorgungsvertrag

	1998	2010	2016
Medizinische Behandlungspflege	97	93	95
Beratung zur pflegerischen Versorgung (auch für Angehörige)	– <sup>1)</sup>	86	90
Haushaltshilfe	91	77	84
Beratung zur Inanspruchnahme von Sozialleistungen, (Pflege-)Hilfsmitteln usw.	48	73	82
Urlaubspflege	83	69	74
Nachsorge ambulanter Operationen	83	64	67
Allgemeine Anleitung und Betreuung/soziale Betreuung	– <sup>1)</sup>	76	66
Soforthilfe bei akuten Krisensituationen in der Pflege	91	78	64
Sterbebegleitung	87	64	59
Wochenendpflege	81	35	59
Pflegerische Betreuungsmaßnahmen nach §124 SGB XI	– <sup>1)</sup>	– <sup>2)</sup>	49
Rund-um-die-Uhr-Betreuung	77	54	33
Vermittlung von ehrenamtlichen Helfern oder sonstigen niedrigschwelligen Hilfen	– <sup>1)</sup>	46	33
Kurse für pflegende Angehörige	53	32	29
Fahrbarer Mittagstisch (Essen auf Rädern)	45	36	27
Behindertenbetreuung	53	22	24
Betreuung von hochgradig psychisch Veränderten	54	22	24
Fahrdienst	43	25	21
Betreuung von AIDS-Kranken	44	17	20
Wäschedienst	34	23	18
Verleihen von Pflegehilfsmitteln	75	24	15
Spezielle Angebote für Pflegebedürftige mit Migrationshintergrund (z. B. muttersprachlicher Pflegedienst)	– <sup>1)</sup>	7	8

1) Information wurde 1998 nicht erhoben.

2) Information wurde 2010 nicht erhoben.

**Tabelle 4.3: Leistungsangebot ambulanter Pflegedienste nach Einrichtungsgröße 2016 (%)**

Basis: Repräsentativerhebung, Ambulante Pflegedienste mit Versorgungsvertrag

	Gesamt	Zahl der Beschäftigten (Vollzeit)			
		1-4	5-9	10-19	20 und mehr
Medizinische Behandlungspflege	95	92	94	96	97
Beratung zur pflegerischen Versorgung (auch für Angehörige)	90	85	89	89	85
Haushaltshilfe	84	64	82	89	85
Beratung zur Inanspruchnahme von Sozialleistungen, (Pflege-)Hilfsmitteln usw.	82	73	80	86	80
Urlaubspflege	74	72	69	79	74
Nachsorge ambulanter Operationen	67	58	69	74	61
Allgemeine Anleitung und Betreuung/soziale Betreuung	66	51	59	74	69
Soforthilfe bei akuten Krisensituationen in der Pflege	64	42	60	72	68
Sterbebegleitung	59	58	57	65	55
Wochenendpflege	59	46	56	68	56
Pflegerische Betreuungsmaßnahmen nach §124 SGB XI	49	41	42	54	51
Rund-um-die-Uhr-Betreuung	33	32	27	28	46
Vermittlung von ehrenamtlichen Helfern oder sonstigen niedrigschwelligen Hilfen	33	12	27	40	39
Kurse für pflegende Angehörige	29	15	18	34	40
Fahrbarer Mittagstisch (Essen auf Rädern)	27	11	26	32	27
Behindertenbetreuung	24	11	19	24	32
Betreuung von hochgradig psychisch Veränderten	24	14	20	31	24
Fahrdienst	21	9	17	24	23
Betreuung von AIDS-Kranken	20	15	11	22	29
Wäschedienst	18	15	10	22	20
Verleihen von Pflegehilfsmitteln	15	11	14	19	14
Spezielle Angebote für Pflegebedürftige mit Migrationshintergrund (z. B. muttersprachlicher Pflegedienst)	8	2	4	9	11

## Kooperation mit anderen Stellen und Abstimmung mit Leistungsanbietern anderer Träger

87 Prozent der ambulanten Pflegedienste kooperieren mit anderen Stellen.<sup>30</sup> In Ostdeutschland kooperieren 90 Prozent der Pflegedienste und damit etwas mehr als im Westen, wo 85 Prozent der Dienste mit anderen Stellen kooperieren. Nach Trägerschaft und Größe des Pflegedienstes existieren kaum Unterschiede in der Frage, ob Kooperationen bestehen. Im Schnitt arbeiten Pflegedienste mit 3,4 anderen Stellen zusammen, je größer der Dienst, mit umso mehr Stellen wird kooperiert.

Am häufigsten kooperieren Pflegedienste mit anderen Leistungsanbietern, z. B. mit Ärztinnen und Ärzten oder Heilmittelerbringern (69%; Abbildung 4.5), darunter besonders oft Dienste in Ostdeutschland (80%). Gut die Hälfte der Pflegedienste kooperiert mit Pflegekassen (57%); wiederum arbeiten ostdeutsche Pflegedienste häufiger mit Pflegekassen zusammen als westdeutsche. Seltener kooperieren kleine Dienste mit Kassen (35%). Auch untereinander ist eine Kooperation weitverbreitet; fast die Hälfte der Pflegedienste tauscht sich untereinander aus. Seltener arbeiten Pflegedienste mit stationären Pflegeeinrichtungen zusammen (36%), auch mit kommunalen Stellen und Pflegestützpunkten ist eine Kooperation weniger üblich (32% bzw. 30%). Dienste in Westdeutschland kooperieren häufiger mit kommunalen Stellen und Pflegestützpunkten als solche im Osten. Immerhin ein Viertel der ambulanten Dienste arbeitet mit Anbietern von niedrigschwelligen Betreuungs- und Entlastungsleistungen zusammen, nur zu 15 Prozent kooperieren Pflegedienste mit Beratungsstellen der freien Wohlfahrtspflege.

### Abbildung 4.5: Ambulante Pflegedienste, die mit anderen Stellen kooperieren 2016 (%)

Basis: Repräsentativerhebung, Ambulante Pflegedienste mit Versorgungsvertrag



Studie zur Wirkung des PNG und PSG I – TNS Infratest Sozialforschung 2016

<sup>30</sup> In der Erhebung 2010 wurde nach Kooperation mit Beratungsstellen gefragt, in der Erhebung 2016 ging es um Kooperation mit „anderen Stellen“. Insofern sind die Ergebnisse nicht vergleichbar und werden nicht im Trend dargestellt.



## 4.2 Leistungserbringung

### 4.2.1 Betreute Personen

Im Durchschnitt betreut jeder ambulante Pflegedienst im Monat 67 Personen, die grundpflegerische Leistungen erhalten. 83 Prozent von ihnen, d. h. im Durchschnitt 56 Personen, beziehen Leistungen der Pflegeversicherung. Nur zwei Prozent der von den Pflegediensten betreuten Pflegebedürftigen leben in ambulanten Wohngruppen. Am Anteil der Personen, die Leistungen der Pflegeversicherung beziehen, hat sich, von kleineren Schwankungen abgesehen, wenig geändert (2010: 78% bzw. 1998: 80%). Allerdings versorgen ambulante Pflegedienste im Gegensatz zu den Jahren 1998 und 2010 deutlich mehr Personen, im Durchschnitt 67 Personen. Das bedeutet 15 Prozent mehr Pflegebedürftige als 2010, die grundpflegerische Leistungen erhalten. Dem erhöhten Personal, das im vorangehenden Kapitel bereits dargestellt wurde, steht also eine höhere Anzahl an Leistungsempfängern gegenüber.

Die Zahl der betreuten Personen mit Grundpflege variiert je nach Einrichtungsgröße erheblich. Während Dienste mit maximal vier Beschäftigten im Durchschnitt 18 Personen betreuen, sind es bei den Diensten mit 20 und mehr Beschäftigten 111. Der Größeneffekt erklärt auch die Unterschiede zwischen Diensten in gemeinnütziger und privater Trägerschaft. Unterschiede bestehen weiterhin auch zwischen Diensten in West- und Ostdeutschland, obwohl sie sich in der durchschnittlichen Größe (Beschäftigtenzahl) nur geringfügig unterscheiden. Während im Westen im Durchschnitt 70 Personen mit Grundleistungen betreut werden, sind es in den neuen Bundesländern 60. Dieser Unterschied lässt sich zum Teil dadurch erklären, dass ambulante Pflegedienste in Ostdeutschland im Durchschnitt 16,1 Beschäftigte haben, während es im Westen 17,3 Beschäftigte sind. Ein weiterer Grund könnten unterschiedliche Leistungsprofile sein. So bieten ambulante Pflegedienste in den neuen Bundesländern häufiger Haushaltshilfe, Fahr- und Wäschedienste an und mit 36 Prozent im Vergleich zu 23 Prozent im Westen deutlich häufiger Essen auf Rädern. Damit dürfte ein entsprechend geringerer Anteil der Personalkapazitäten für Pflegeleistungen zur Verfügung stehen.

Tabelle 4.4 weist die Zahlen der betreuten Pflegebedürftigen, also derjenigen, die Leistungen der Pflegeversicherung beziehen, nach Einrichtungsarten für die Jahre 2010 und 2016 aus. Ähnlich wie bei den Personen, die Grundpflege von den Pflegediensten erhalten, ist auch die Zahl der von den Pflegediensten versorgten Pflegebedürftigen im Jahr 2016 höher als 2010. Statt ehemals 45 Pflegebedürftige werden im Jahr 2016 durchschnittlich 56 Pflegebedürftige pro Monat versorgt. Sowohl in Westdeutschland wie im Osten Deutschlands ist die Zahl der Pflegebedürftigen in etwa gleichem Umfang gestiegen. Größere Unterschiede ergeben sich nach Trägerschaft. Gemeinnützige Träger versorgten bereits im Jahr 2010 deutlich mehr Pflegebedürftige als private Träger. Im Jahr 2016 liegt die Zahl der von ihnen versorgten Pflegebedürftigen allerdings fast doppelt so hoch wie die der privaten Träger.<sup>31</sup>

In kleinen Pflegediensten hat sich die pro Monat versorgte Zahl der Pflegebedürftigen im Jahr 2016 gegenüber dem Jahr 2010 kaum geändert. Statt ehemals 16 Personen werden im Jahr 2016 15 Pflegebedürftige versorgt. Dienste mit fünf bis neun Beschäftigten versorgen durchschnittlich drei

---

<sup>31</sup> Zum Betreuungsverhältnis, also der Zahl der Pflegebedürftigen in Relation zu den Beschäftigten, wird im Kapitel „Personal“ eingegangen.

Personen mehr als 2010, Dienste mit mehr als zehn Beschäftigten versorgen sechs Personen mehr als im Jahr 2010.

**Tabelle 4.4: Pro Monat durch ambulante Pflegedienste betreute Pflegebedürftige nach Einrichtungsarten 2010, 2016**

Basis: Repräsentativerhebung, Ambulante Pflegedienste mit Versorgungsvertrag

	2010	2016
Insgesamt	45	56
Gebiet		
Westdeutschland	48	60
Ostdeutschland	37	49
Träger		
Gemeinnützige Träger	58	83
Private Träger	36	42
Einrichtungsgröße: Zahl der Beschäftigten (Vollzeit)		
1 bis 4 Beschäftigte	16	15
5 bis 9 Beschäftigte	26	29
10 bis 19 Beschäftigte	49	55
20 und mehr Beschäftigte	90	96

Studie zur Wirkung des PNG und PSG I – TNS Infratest Sozialforschung 2016

### Pflegestufen

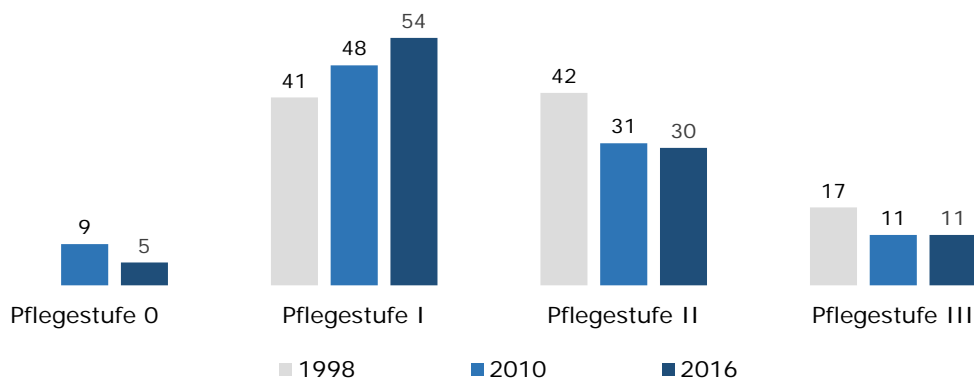
Betrachtet man die von ambulanten Pflegediensten betreuten Pflegebedürftigen nach Pflegestufen im Zeitverlauf, so zeigt sich, dass der Anteil der betreuten Pflegebedürftigen in Pflegestufe I seit 1998 kontinuierlich gestiegen ist. Die Anteile in den Pflegestufen II und III waren im Jahr 2010 gegenüber dem Jahr 1998 rückläufig; seither stagnieren sie auf dem Niveau von 2010 (Abbildung 4.6). Im Jahr 2016 sind fünf Prozent der von ambulanten Pflegediensten versorgten Pflegebedürftigen in Pflegestufe 0 eingruppiert. Die Mehrheit, 54 Prozent, hat Pflegestufe I und 30 Prozent der Pflegebedürftigen sind in Pflegestufe II eingruppiert. Ein gutes Zehntel der von Pflegediensten versorgten Menschen hat einen erheblichen Pflegebedarf gemäß Pflegestufe III (11%). Dies entspricht den im Kapitel 3 beschriebenen Strukturentwicklungen der Pflegebedürftigen in Privathaushalten insgesamt. Von ambulanten Pflegediensten versorgte Menschen sind etwas häufiger als alle in Privathaushalten lebende Pflegebedürftige in die Pflegestufen II und III eingruppiert und entsprechend seltener in eine geringere Pflegestufe. Allerdings sind diese Unterschiede im Jahr 2016 geringer als noch im Jahr 2010.

Nach Region, Einrichtungsgröße und Trägerschaft betrachtet sind die Unterschiede im Schweregrad der Pflegebedürftigkeit etwas größer als im Jahr 2010, aber nach wie vor recht gering. Nach West- und Ostdeutschland differenziert versorgen ambulante Dienste im Osten häufiger Pflegebedürftige mit Pflegestufe I und seltener solche mit Pflegestufe III. Keinen Unterschied gibt es bei der Pflegestufe 0 (5% bzw. 6%) und der Stufe II (jeweils 30%). Nach Trägerschaft differenziert haben private Träger seltener als gemeinnützige Träger Pflegebedürftige der Pflegestufe I und häufiger Menschen mit Pflegestufe III zu versorgen. Differenziert man den Anteil der Pflegestufen nach Einrichtungsgröße, sind nur geringfügige Unterschiede festzustellen. In allen Einrichtungen stellen Pflegebedürftige mit Pflegestufe I die Hälfte oder etwas mehr als die Hälfte der Klienten, sehr kleine Pflegedienste mit weniger als fünf Beschäftigten und große Einrichtungen mit 20 und mehr Beschäftigten betreuen und versorgen überdurchschnittlich viele Pflegebedürftige mit Pflegestufe III.

Da Pflegebedürftige der Pflegestufen II und III häufiger Sach- bzw. Kombileistungen in Anspruch nehmen als Pflegebedürftige mit Pflegestufe I, ist ihr Anteil an den von ambulanten Diensten betreuten Pflegebedürftigen überproportional hoch. Dies war bereits 2010 der Fall und gilt auch für das Jahr 2016.

**Abbildung 4.6: Von ambulanten Pflegediensten betreute Pflegebedürftige nach Pflegestufe 1998, 2010 und 2016 (%)**

Basis: Repräsentativerhebung, Ambulante Pflegedienste mit Versorgungsvertrag



Studie zur Wirkung des PNG und PSG I – TNS Infratest Sozialforschung 2016

Erstmals wurden die Leitungen der ambulanten Dienste in der aktuellen Repräsentativerhebung gebeten, innerhalb von Pflegestufen nach Personen mit und ohne erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz (Pflegestufen I bis III) zu unterscheiden (Tabelle 4.5). Ähnlich wie bei Pflegebedürftigen in stationären Einrichtungen steigt mit der Pflegestufe auch der Anteil der Pflegebedürftigen, bei denen durch den Gutachter des Medizinischen Dienstes oder durch den beauftragten Gutachter der Pflegekasse eine erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz festgestellt wurde. Allerdings haben, unabhängig von der Pflegestufe, die von ambulanten Pflegediensten versorgten Pflegebedürftigen

deutlich seltener eine erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz als solche in stationärer Pflege. Während bei 28 Prozent der von Pflegediensten versorgten Pflegebedürftigen in Pflegestufe I eine erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz festgestellt wurde, trifft dies auf 39 Prozent der Pflegebedürftigen in Pflegestufe II und 53 Prozent in Pflegestufe III zu. Im stationären Bereich sind die Bewohner etwa doppelt so häufig von einer erheblich eingeschränkten Alltagskompetenz betroffen als zu Hause lebende Pflegebedürftige (vgl. dazu Abschnitt 5.1.2).

**Tabelle 4.5: Pflegestufen der von ambulanten Pflegediensten versorgten Pflegebedürftigen sowie Anteil von PEA je Pflegestufe, 2016 (%)**

Basis: Repräsentativerhebung, Ambulante Pflegedienste mit Versorgungsvertrag

	2016
<b>Bewohner/-innen in Pflegestufe 0</b>	<b>5</b>
<b>Bewohner/-innen in Pflegestufe I</b>	<b>54</b>
- davon ohne erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz	72
- davon mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz	28
<b>Bewohner/-innen in Pflegestufe II</b>	<b>30</b>
- davon ohne erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz	61
- davon mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz	39
<b>Bewohner/-innen in Pflegestufe III</b>	<b>11</b>
- davon ohne erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz	47
- davon mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz	53

Fehlend zu 100 = keine Angabe.

## 4.2.2 Einsätze und Leistungen

### Sach- und Kombinationsleistungen

Nach § 38 SGB XI können Pflegebedürftige wählen, ob sie ausschließlich Pflegesachleistungen in Anspruch nehmen möchten oder ob sie lieber Sachleistungen und Pflegegeld miteinander kombinieren. Durchschnittlich nehmen 38 Prozent der von ambulanten Diensten betreuten Pflegebedürftigen ausschließlich Sachleistungen in Anspruch und 62 Prozent kombinieren Sachleistungen und Pflegegeld (Tabelle 4.6). Das Verhältnis von Sach- zu Kombinationsleistungen hat sich gegenüber dem Jahr 2010 zugunsten der Kombinationsleistungen verschoben. Im Jahr 2010 nahmen 43 Prozent Sach- und 57 Prozent Kombinationsleistungen in Anspruch (1998: 42% bzw. 58%).<sup>32</sup>

Pflegebedürftige, die von Diensten in gemeinnütziger Trägerschaft versorgt werden, kombinieren zu 67 Prozent ihre Leistungen, während dies nur für 59 Prozent der Pflegebedürftigen in privater Trägerschaft gilt. Kein Unterschied existiert mehr nach West- und Ostdeutschland, nachdem 2016 deutlich mehr Pflegebedürftige im Osten Kombinationsleistungen beziehen als im Jahr 2010. Pflegebedürftige, die von großen Einrichtungen mit 20 und mehr Beschäftigten versorgt werden, nehmen seltener Kombinationsleistungen in Anspruch als solche, die von mittleren oder kleinen Diensten betreut werden.

Seit dem Jahr 2015 haben Pflegebedürftige nach §45b Absatz 3 SGB XI die Möglichkeit, bis zu 40 Prozent des Sachleistungsbetrags für zusätzliche Betreuungs- und Entlastungsleistungen einzusetzen, vorausgesetzt, die Grundpflege und die hauswirtschaftliche Versorgung sind sichergestellt. Von dieser Möglichkeit machen bisher sechs Prozent der Pflegebedürftigen, die von ambulanten Pflegediensten versorgt werden, Gebrauch (Tabelle 4.6). In Westdeutschland sind es mit sieben Prozent deutlich mehr Personen als im Osten (4%). Auch Pflegebedürftige, die von Diensten in privater Trägerschaft versorgt werden, nutzen häufiger Umwandlungsleistungen als solche, die von Diensten in gemeinnütziger Trägerschaft betrieben werden. Ebenso wandeln Pflegebedürftige, die von kleinen Diensten mit weniger als fünf Mitarbeitern versorgt werden, seltener einen Teil ihres Sachleistungsbetrags in zusätzliche Betreuungs- und Entlastungsleistungen um als Pflegebedürftige, die von mittelgroßen Diensten versorgt werden.<sup>33</sup>

---

<sup>32</sup> Auch Pflegebedürftige in Privathaushalten nehmen im Jahr 2016 häufiger Kombinationsleistungen als Sachleistungen in Anspruch, während der Anteil von Sach- und Kombinationsleistungen im Jahr 2010 noch recht ausgeglichen war.

<sup>33</sup> Nicht alle ambulanten Pflegedienste haben Kenntnis davon, ob ihre Klienten Sachleistungen in zusätzliche Betreuungs- und Entlastungsleistungen umwandeln. Von daher ist diese Angabe mit einer gewissen Unsicherheit behaftet.

**Tabelle 4.6: Inanspruchnahme von Sach- und Kombinationsleistungen bei ambulanten Pflegediensten nach Einrichtungsart, 2016 (%)**

Basis: Repräsentativerhebung, Ambulante Pflegedienste mit Versorgungsvertrag

	Sachleistungen	Kombileistungen	Umwandlungsleistungen
Insgesamt	38	62	6
Gebiet			
Westdeutschland	38	62	7
Ostdeutschland	39	61	4
Träger			
Gemeinnütziger Träger	33	67	4
Privater Träger	41	59	7
Einrichtungsgröße: Zahl der Beschäftigten (Vollzeit)			
1 bis 4 Beschäftigte	37	63	3
5 bis 9 Beschäftigte	40	60	7
10 bis 19 Beschäftigte	41	59	7
20 und mehr Beschäftigte	55	45	5

Studie zur Wirkung des PNG und PSG I – TNS Infratest Sozialforschung 2016

### Einsätze pro Monat

Da die Struktur des Schweregrads der Pflegebedürftigkeit in den unterschiedenen Einrichtungsarten nur wenig variiert, bestimmt im Wesentlichen die jeweilige Verteilung der Pflegebedürftigen hinsichtlich der Inanspruchnahme von Pflegesach- und Kombinationsleistungen die Zahl der Pflegeeinsätze, die von den Diensten pro Monat für jeden Pflegebedürftigen geleistet werden. Dabei ist zu berücksichtigen, dass das Verhältnis von Geld- zu Sachleistungen von den Beziehern von Kombinationsleistungen sehr unterschiedlich gestaltet werden kann.

In der Repräsentativerhebung 2016 wurden die Pflegedienste um eine etwas differenziertere Angabe der Einsätze pro Monat gebeten als in der Erhebung 2010. So sollte zum einen die im letzten Monat durchgeführte Anzahl der Einsätze nach SGB V angegeben werden, also Leistungen, die mit den Krankenkassen abzurechnen sind. Außerdem wurden die Pflegedienste um die Anzahl der nach SGB XI durchgeführten Einsätze gebeten sowie um die Anzahl der Einsätze, die nach SGB V und SGB XI in

Kombination durchgeführt wurden. Sofern es für die Pflegedienste zutrifft, sollte auch die Anzahl der privat von den Pflegebedürftigen finanzierten Einsätze genannt werden.<sup>34</sup>

Insgesamt absolvierten die Pflegedienste im der Befragung vorangegangenen Monat durchschnittlich 3.452 Einsätze (Tabelle 4.7). Pflegedienste im Osten sind durchschnittlich 3.623 mal im Monat im Einsatz, Pflegedienste im Westen 3.381 mal. Wenig verwunderlich ist, dass Pflegedienste in gemeinnütziger Trägerschaft sehr viel mehr Einsätze pro Monat absolvieren als Dienste in privater Trägerschaft. Schließlich erbringen sie bei fast doppelt so vielen Personen grundpflegerische Leistungen bzw. versorgen fast doppelt so viele Pflegebedürftige mit Leistungen der Pflegeversicherung wie private Träger. Ebenfalls nachvollziehbar ist, dass die Anzahl der Einsätze mit der Anzahl der Beschäftigten ansteigt.

**Tabelle 4.7: Durch ambulante Pflegedienste erbrachte Pflegeeinsätze im der Befragung vorangegangenen Monat nach Einrichtungsart, 2016 (Anzahl im letzten Monat)**

Basis: Repräsentativerhebung, Ambulante Pflegedienste mit Versorgungsvertrag

	Gesamt	Nach SGB V	Nach SGB XI	Nach SGB V / XI in Komb.	Privat finanziert
Insgesamt	3.452	1.401	1.245	716	90
Gebiet					
Westdeutschland	3.381	1.351	1.245	692	93
Ostdeutschland	3.623	1.520	1.245	775	83
Träger					
Gemeinnütziger Träger	4.832	2.059	1.677	931	166
Privater Träger	2.636	1.017	978	594	47
Einrichtungsgröße: Zahl der Beschäftigten (Vollzeit)					
1 bis 4 Beschäftigte	888	352	310	217	9
5 bis 9 Beschäftigte	1.590	649	555	363	23
10 bis 19 Beschäftigte	3.483	1.411	1.283	717	72
20 und mehr Beschäftigte	6.100	2.519	2.124	1.247	210

Studie zur Wirkung des PNG und PSG I – TNS Infratest Sozialforschung 2016

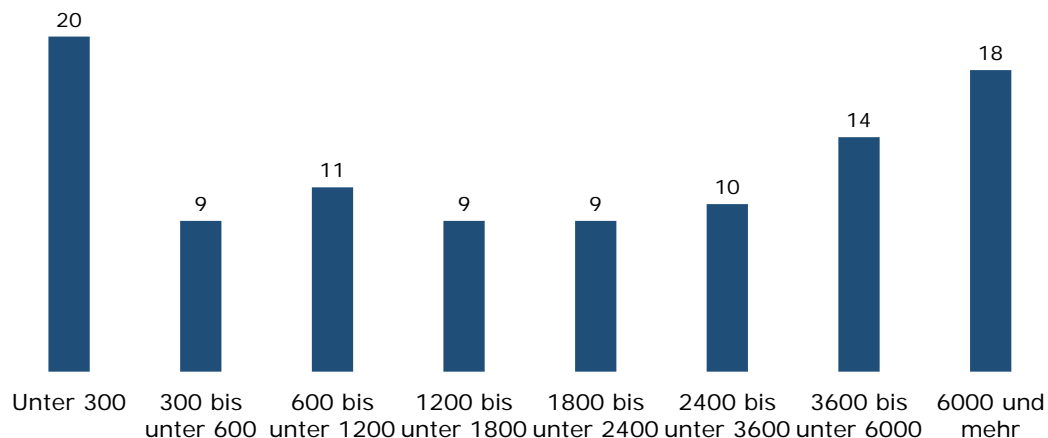
<sup>34</sup> Aufgrund von mehr Beschäftigten und mehr zu versorgenden Pflegebedürftigen ist davon auszugehen, dass auch die Zahl der Einsätze seit 2010 zugenommen hat. Die differenziertere Abfrage im Vergleich zu 2010 führt allerdings dazu, dass kein direkter Vergleich zu den Ergebnissen 2010 hergestellt werden kann.

Von der Gesamtzahl der Einsätze entfallen 41 Prozent auf Einsätze nach SGB V, 36 Prozent der Einsätze wurden nach SGB XI durchgeführt und in 21 Prozent der Fälle wurden Einsätze nach SGB V und SGB XI in Kombination durchgeführt. Nur drei Prozent der Einsätze werden privat von den Pflegebedürftigen finanziert. Die Unterschiede nach Einsatzart sind recht gering. Gemeinnützige Pflegedienste haben etwas häufiger Einsätze nach SGB V als Dienste in privater Trägerschaft. Dafür absolvieren privat betriebene Pflegedienste häufiger Einsätze nach SGB XI und nach SGB V/XI in Kombination. Auch nach Pflegedienstgröße unterscheiden sich die Einsatzarten nur geringfügig. Kleinere Pflegedienste haben einen etwas höheren Anteil an der kombinierten Leistungsart (SGB V/XI), große Pflegedienste einen etwas kleineren, führen dafür aber mehr privat finanzierte Einsätze durch, die bei kleinen Einrichtungen fast keine Rolle spielen.

Unterstellt man, dass die Anzahl der Einsätze, die für den der Befragung vorangegangenen Monat angegeben werden sollte, repräsentativ für einen Durchschnittsmonat ist, ist die Bandbreite an Einsätzen pro Monat sehr groß. Sie reicht von unter 300 Einsätzen bis über 6.000 Einsätze. Abbildung 4.7 zeigt, dass 20 Prozent der Pflegedienste weniger als 300 Einsätze pro Monat erbringen. Diesen eher kleinen Pflegediensten steht ein etwa genauso hoher Anteil von Diensten gegenüber, die 6.000 und mehr Einsätze pro Monat absolvieren. Die restlichen 60 Prozent der Pflegedienste leisten etwa zur Hälfte zwischen 300 und unter 1.800 Einsätze bzw. zwischen 1.800 bis unter 6.000 Einsätze.

**Abbildung 4.7: Ambulante Pflegedienste nach Zahl der gesamten Einsätze 2016 (%)**

Basis: Repräsentativerhebung, Ambulante Pflegedienste mit Versorgungsvertrag



Fehlend zu 100 = Keine Angabe



Wenngleich kein direkter Vergleich zu den Ergebnissen 2010 möglich ist, zeigt sich dennoch ein Anstieg der durchschnittlichen Einsatzzahlen, was angesichts von mehr Personal bei den Pflegediensten und mehr Pflegebedürftigen, die von den Diensten versorgt werden, zu erwarten ist. Die größere Zahl von Diensten mit 20 und mehr Mitarbeitern führt außerdem dazu, dass mehr Pflegedienste eine sehr hohe Zahl von Einsätzen verzeichnen.

Betrachtet man die Entwicklung der Zahl der Pflegeeinsätze in den letzten sechs Monaten, so berichten 44 Prozent der Dienste einen Anstieg der Einsätze, in etwa gleich vielen Diensten ist die Zahl der Einsätze in etwa gleich geblieben und nur acht Prozent der Dienste haben einen Rückgang zu verzeichnen (Tabelle 4.8).<sup>35</sup> In kleinen Diensten mit bis zu vier Beschäftigten ist die Zahl der Pflegeeinsätze überdurchschnittlich gesunken, während die Zahl der Pflegeeinsätze bei den größeren Diensten mit 10 und mehr Beschäftigten mit 48 bzw. 47 Prozent gestiegen ist. Auffällig ist, dass ostdeutsche Pflegedienste zu 52 Prozent eine Zunahme der Einsätze angeben, während dies nur 41 Prozent der westdeutschen Dienste für die zurückliegenden sechs Monate tun. Nennenswerte Unterschiede zwischen Diensten in gemeinnütziger und privater Trägerschaft bestehen nicht.

**Tabelle 4.8: Entwicklung der Zahl der Pflegeeinsätze in ambulanten Pflegediensten nach Einrichtungsgröße in den letzten sechs Monaten (%)**

Basis: Repräsentativerhebung, Ambulante Pflegedienste mit Versorgungsvertrag

	Insgesamt	Zahl der Beschäftigten (Vollzeit)			
		1-4	5-9	10-19	20 und mehr
Zugenommen	44	27	44	48	47
Etwa gleichgeblieben	45	56	44	46	42
Abgenommen	8	14	9	4	10

Fehlend zu 100 = Keine Angabe

Studie zur Wirkung des PNG und PSG I – TNS Infratest Sozialforschung 2016

<sup>35</sup> Ein Vergleich zu den Ergebnissen von 2010 ist nicht möglich, da damals die Entwicklung der Einsätze auf die letzten 12 Monate bezogen werden sollte.

## Leistungskomplexe

Es ist relativ schwierig, mit einer Primärerhebung die Inanspruchnahme von Leistungen durch die Pflegebedürftigen zu strukturieren und zu quantifizieren. Dies gilt umso mehr, als zwar die Mehrheit der Länder für die Abrechnung der ambulanten Leistungen ein Leistungskomplexsystem verwendet, die Abgrenzung der einzelnen Leistungskomplexe aber durchaus zwischen den Ländern variiert.

In den Erhebungen von 1998 und 2010 wurden die Pflegedienste gebeten, ihren gesamten Zeitaufwand für Leistungen, die durch die Pflegeversicherung finanziert werden, neun Leistungskomplexen zuzuordnen. Diese Positionen stellen eine Zusammenfassung der Empfehlungen der Spitzenverbände der Pflegekassen vom 8. November 1998 dar, die insgesamt 24 Leistungskomplexe vorsehen. Dabei ist zu berücksichtigen, dass der Zeitaufwand, der den Diensten für prophylaktische Maßnahmen zur Vorbeugung gegen Sekundärerkrankungen, für Vor- und Nachbereitung des Pflegebereichs und für die Dokumentation entsteht, Bestandteil der Leistungskomplexe und damit in der jeweiligen Vergütung enthalten ist. Gleiches gilt auch für die Fahrtzeiten zwischen Einrichtung und Pflegebedürftigem. Aus Gründen der Vergleichbarkeit wurde die 1998 und 2010 verwendete Einteilung in Leistungskomplexe auch in der Repräsentativbefragung 2016 beibehalten. Ergänzt wird die Liste seit dem Jahr 2010 um den Punkt „Allgemeine Anleitung und Betreuung bei erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz nach § 45b Abs. 1 SGB XI“ sowie seit dem Jahr 2016 um „Pflegerische Betreuungsmaßnahmen (§124 SGB XI)“.

Die Abfrage des Zeitaufwands für die elf Leistungskomplexe entspricht nicht direkt der in den Diensten vorhandenen Dokumentation. Von daher ist es verständlich, dass nicht alle Dienste Angaben zum Zeitaufwand in der geforderten Untergliederung liefern konnten. Die Dienste haben in der Regel die Zeitwerte aus ihren Abrechnungen abgeleitet; sie können daher nur als Schätzwerte interpretiert werden. Gleichzeitig ist aber auch darauf hinzuweisen, dass die Varianz der Angaben zwischen den unterschiedlichen Einrichtungsarten und auch im Zeitablauf nur relativ gering ausfällt und die Ergebnisse insofern durchaus als weitgehend stabil bezeichnet werden können.

Knapp die Hälfte des Zeitaufwands entfällt auf die **kleine und große Morgen-/Abendtoilette** (45%, Tabelle 4.9). Die kleine Morgen-/Abendtoilette, die grundsätzlich zweimal täglich abgerechnet werden kann, beinhaltet

- An-/Auskleiden
- Teilwaschen
- Mund-/Zahnpflege

und – je nach Punktzahl – gegebenenfalls

- Kämmen/Rasieren
- Hilfe beim Aufsuchen oder Verlassen des Bettes.

Die große Morgen-/Abendtoilette kann ebenfalls zweimal täglich abgerechnet werden und sieht im Unterschied zum Teilwaschen eine Ganzkörperwaschung bzw. Duschen oder Baden vor.

Das PSG I erweiterte den Leistungsanspruch auf zusätzliche Betreuungsleistungen von ehemals Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz (PEA) auf alle Pflegebedürftigen, unabhängig vom Vorliegen eines erheblichen allgemeinen Betreuungsbedarfes (§45b, Abs. 1a). Nunmehr können

alle von ambulanten Diensten versorgten Menschen mit Pflegebedarf oder deren Angehörige **Betreuungs- und Entlastungsleistungen** nach § 45b SGB XI in Anspruch nehmen. Dieses Angebot wird ausdrücklich von den Leistungen der Grundpflege und hauswirtschaftlichen Versorgung abgegrenzt. Im Jahr 2016 ist der hierfür bei den Pflegediensten anfallende Zeitaufwand mit 13 Prozent deutlich höher als im Jahr 2010 (5%). Dies relativiert den bereits dargelegten Befund, dass gleichzeitig weniger Pflegedienste diese Leistung anbieten als im Jahr 2010.

An dritter Stelle steht die **hauswirtschaftliche Versorgung** mit elf Prozent. Hierzu zählen im Einzelnen folgende Tätigkeiten:

- Beheizen der Wohnung
- Reinigung der Wohnung
- Waschen/Pflege der Wäsche und Kleidung
- Wechseln der Bettwäsche
- Vorratseinkauf
- Besorgungen (z. B. Einkauf von Lebensmitteln)
- Zubereitung von Mahlzeiten.

Zehn Prozent des Zeitaufwands entfallen auf die **Hilfe/Unterstützung beim Toilettengang**, wobei nur die Unterstützung berücksichtigt wird, die nicht im Zusammenhang mit der Morgen-/Abendtoilette erbracht wird.

**Spezielle Lagerungsmaßnahmen** können nur bei schwerster Bettlägerigkeit (Immobilität) abgerechnet werden. Entsprechend machen sie mit fünf Prozent einen eher geringen Anteil am Zeitaufwand aus und im Zeitverlauf betrachtet einen abnehmenden. Ähnlich niedrig ist mit vier Prozent der Zeitanteil für **Hilfe bei der Nahrungsaufnahme**, und noch einmal geringer ist der Anteil für **Hilfen beim Verlassen der Wohnung** (2%).

Wird der ambulante Pflegedienst erstmalig mit der Betreuung eines Pflegebedürftigen beauftragt, ist im Rahmen eines **Erstbesuchs** u. a. anderem eine

- Anamnese
- Pflegeplanung
- Beratung bei der Auswahl der Leistungskomplexe

durchzuführen. Hierfür wenden die ambulanten Pflegedienste rund vier Prozent ihres Zeitbudgets für die Betreuung von Pflegebedürftigen auf.

Für die **Beratungseinsätze** nach § 37 Abs. 3 SGB XI wenden die ambulanten Pflegedienste fünf Prozent ihres Zeitbudgets für die Betreuung von Pflegebedürftigen auf.

Pflegerische Betreuungsmaßnahmen nach § 124 SGB XI können in der Übergangszeit bis zum Inkrafttreten des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs Anfang 2017 (PSG II) geltend gemacht werden. Sie umfassen Leistungen der häuslichen Betreuung, wie Unterstützung von Aktivitäten im häuslichen Umfeld zum Zweck der Kommunikation und Aufrechterhaltung sozialer Kontakte sowie Unterstützung bei der Gestaltung des häuslichen Alltags und machen lediglich zwei Prozent des Zeitaufwands der ambulanten Dienste aus.

**Tabelle 4.9: Zeitaufwand der ambulanten Pflegedienste nach Leistungskomplexen 1998, 2010 und 2015 (%)**

Basis: Repräsentativerhebung, Ambulante Pflegedienste mit Versorgungsvertrag

	1998	2010	2016
Erstbesuche	3	5	4
Kleine Morgen-/Abendtoilette	20	21	20
Große Morgen-/Abendtoilette	33	28	25
Spezielle Lagerung bei Bettlägerigkeit	8	6	5
Hilfe bei der Nahrungsaufnahme	6	5	4
Hilfe/Unterstützung beim Toilettengang	9	12	10
Hilfe/Begleitung beim Verlassen der Wohnung	3	3	2
Hauswirtschaftliche Versorgung	13	10	11
Beratungseinsätze bei Pflegegeldbeziehern § 37, Abs. 3 SGB XI)	4	5	5
Allgemeine Anleitung und Betreuung (§ 45b SGB XI)	- <sup>1)</sup>	5	13
Pflegerische Betreuungsmaßnahmen (§ 124 SGB XI)	- <sup>2)</sup>	- <sup>2)</sup>	2

<sup>1)</sup> Leistung wurde erst 2002 eingeführt.

<sup>2)</sup> Leistung gilt übergangsweise bis zum Inkrafttreten des PSG II.

Studie zur Wirkung des PNG und PSG I – TNS Infratest Sozialforschung 2016

### Zusätzliche von den Pflegebedürftigen selbst finanzierte Leistungen

Neben den Sachleistungen, die die Pflegeversicherung für die jeweilige Pflegestufe vorsieht, können die Pflegebedürftigen zusätzlich selbst finanzierte Leistungen der ambulanten Pflegedienste in Anspruch nehmen. Dabei kann es sich um weitere SGB-XI-Leistungen handeln, aber auch um Leistungen, die im Rahmen der Pflegeversicherung nicht vorgesehen sind. Bei den im Folgenden genannten Zahlen ist zu beachten, dass sich die zugrunde liegenden Angaben in den meisten Fällen auf die Inanspruchnehmer von Sach- oder Kombileistungen, die mit den Pflegekassen direkt abgerechnet werden, beziehen. Bei Pflegebedürftigen mit Geldleistungen, die gegebenenfalls weitere Hilfen anwerben und direkt abrechnen, ist es für den ambulanten Dienst nicht immer ersichtlich, ob es sich um einen Leistungsbezieher der Pflegeversicherung oder um einen sonstigen Privathaushalt handelt, der z. B. „Essen auf Rädern“ in Anspruch nimmt.

23 Prozent der von ambulanten Pflegediensten betreuten Pflegebedürftigen nehmen zusätzlich selbst finanzierte SGB-XI-Leistungen in Anspruch (Tabelle 4.10). Mit 27 Prozent ist der Anteil in Ostdeutschland höher als in Westdeutschland, wo 21 Prozent der Pflegebedürftigen selbst finanzierte SGB-XI-Leistungen nutzen. Der höhere Anteil von selbst finanzierten SGB-XI-Leistungen im Vergleich zu

2010 rührt von ostdeutschen Pflegebedürftigen her, die mehr als doppelt so häufig wie 2010 Zuzahlungen zu Leistungen nach SGB XI finanzieren. Auch bei Pflegediensten mit zehn und mehr Beschäftigten ist der Anteil von Zuzahlern höher als 2010.

**Tabelle 4.10: Anteil der durch ambulante Pflegedienste versorgten Pflegebedürftigen mit selbst finanzierten SGB-XI-Leistungen nach Einrichtungsart 2010, 2016**

Basis: Repräsentativerhebung, Ambulante Pflegedienste mit Versorgungsvertrag

	2010	2016
Insgesamt	17	23
Gebiet		
Westdeutschland	20	21
Ostdeutschland	12	27
Träger		
Gemeinnützige Träger	18	23
Private Träger	17	22
Einrichtungsgröße: Zahl der Beschäftigten (Vollzeit)		
1 bis 4 Beschäftigte	13	13
5 bis 9 Beschäftigte	16	18
10 bis 19 Beschäftigte	20	24
20 und mehr Beschäftigte	19	28

Studie zur Wirkung des PNG und PSG I – TNS Infratest Sozialforschung 2016

Sonstige Leistungen, die nicht im SGB XI vorgesehen sind, werden 2016 von zehn Prozent der Pflegebedürftigen genutzt (Tabelle 4.11). Die Unterschiede zwischen West- und Ostdeutschland waren diesbezüglich bereits 2010 recht gering, und auch im Jahr 2016 finanziert ein etwa gleich hoher Anteil der von Pflegediensten betreuten Pflegebedürftigen Leistungen außerhalb des SGB XI selbst. Pflegebedürftige, die von großen Diensten bzw. von solchen in gemeinnütziger Trägerschaft betreut werden, nehmen häufiger selbst finanzierte Leistungen in Anspruch. Grund hierfür könnte das größere Leistungsspektrum bei großen bzw. gemeinnützigen Trägern sein, das entsprechende Leistungen erst verfügbar macht.

**Tabelle 4.11: Anteil der durch ambulante Pflegedienste versorgten Pflegebedürftigen mit selbst finanzierten Leistungen außerhalb des SGB XI nach Einrichtungsart 2010, 2016<sup>36</sup>**  
Basis: Repräsentativerhebung, Ambulante Pflegedienste mit Versorgungsvertrag

	2010	2016
Insgesamt	11	10
Gebiet		
Westdeutschland	10	10
Ostdeutschland	12	11
Träger		
Gemeinnützige Träger	14	12
Private Träger	9	9
Einrichtunggröße: Zahl der Beschäftigten (Vollzeit)		
1 bis 4 Beschäftigte	8	3
5 bis 9 Beschäftigte	10	7
10 bis 19 Beschäftigte	11	11
20 und mehr Beschäftigte	13	14

Studie zur Wirkung des PNG und PSG I – TNS Infratest Sozialforschung 2016

#### 4.2.3 Gleichgeschlechtliche Pflege

Die Leistungen der Pflegeversicherung sollen den Pflegebedürftigen nach § 2 SGB XI trotz ihres Hilfebedarfs ein möglichst selbstständiges und selbstbestimmtes Leben ermöglichen, das der Würde des Menschen entspricht. Im Rahmen der Pflegereform 2008 wurde dieser Anspruch auf ein selbstbestimmtes Leben weiter konkretisiert. Absatz 2 sieht vor, dass der Wunsch der Pflegebedürftigen nach gleichgeschlechtlicher Pflege nach Möglichkeit zu berücksichtigen ist. Die Daten der Repräsentativbefragung in Haushalten zeigen, dass über die Hälfte der Frauen, die ambulante Pflegedienstleistungen in Anspruch nehmen, gerne von weiblichen Pflegekräften gepflegt werden möchten (und damit mehr als 2010). Bei den Männern legen hingegen nur sieben Prozent Wert auf eine gleichgeschlechtliche Pflege. Aus der Sicht der Pflegebedürftigen oder deren Angehöriger nimmt der Pflegedienst hierauf zu 81 Prozent voll und ganz Rücksicht, d. v. h. die pflegebedürftige Person wird zu 81 Prozent ausschließlich von Personen ihres Geschlechts gepflegt, und in 17 Prozent der Fälle kann die Pflege überwiegend gleichgeschlechtlich erfolgen (vgl. Kapitel 3).

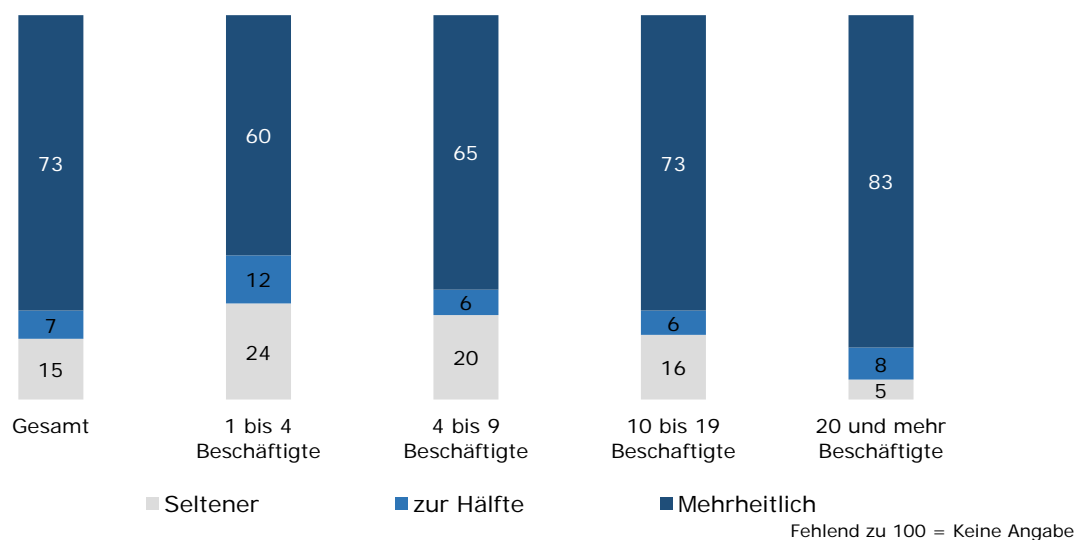
<sup>36</sup> Die Frage nach der Inanspruchnahme zusätzlicher, selbst finanzierter Leistungen differenzierte 1998 noch nicht nach SGB-XI- und sonstigen Leistungen und ist deshalb nicht direkt mit den aktuellen Zahlen vergleichbar. Damals nahmen 18 Prozent der von ambulanten Diensten betreuten Pflegebedürftigen selbst finanzierte Leistungen in Anspruch.

Die Einschätzung der Pflegedienste fällt etwas zurückhaltender aus, entspricht aber im Großen und Ganzen der Bewertung der Pflegebedürftigen oder deren Angehöriger. Demnach können 73 Prozent der ambulanten Pflegedienste dem Wunsch nach gleichgeschlechtlicher Pflege mehrheitlich entsprechen und weitere sieben Prozent können dies zumindest zur Hälfte (Abbildung 4.8). 15 Prozent und damit etwas mehr Einrichtungen als 2010 berichten, dass sie seltener eine gewünschte gleichgeschlechtliche Pflege realisieren können (2010: 10%). Für kleine Dienste mit weniger als zehn Beschäftigten gilt dies noch einmal stärker als bei den Diensten mit zehn Beschäftigten und mehr. Unterschiede zwischen Diensten in gemeinnütziger und privater Trägerschaft bestehen kaum.

Im Vergleich zu den Ergebnissen 2010 können gemeinnützige wie auch private Träger seltener „mehrheitlich“ einer gleichgeschlechtlichen Pflege entsprechen. Im Jahr 2010 war dies noch zu 83 Prozent bzw. 84 Prozent der Fall, im Jahr 2016 ist bei 71 Prozent der gemeinnützigen Träger und 74 Prozent der privaten Träger eine gleichgeschlechtliche Pflege sichergestellt. Möglicherweise hängt dies mit dem zunehmenden Wunsch nach gleichgeschlechtlicher Pflege bei Frauen zusammen, von denen inzwischen mehr als die Hälfte von weiblichen Pflegekräften versorgt werden möchten. Gleichzeitig sind die personellen Ressourcen im Pflegebereich sehr eng, sodass auf den Wunsch der pflegebedürftigen Person, was das Geschlecht des Pflegers angeht, nicht immer Rücksicht genommen werden kann. Besonders bemerkbar macht sich dies bei ambulanten Diensten mit weniger als zehn Mitarbeitern, und noch einmal stärker bei sehr kleinen Einrichtungen mit weniger als fünf Mitarbeitern. Große Einrichtungen mit 20 und mehr Mitarbeitern können in etwa gleichem Umfang wie im Jahr 2010 eine gleichgeschlechtliche Pflege garantieren.

**Abbildung 4.8: Realisierung des Wunsches nach gleichgeschlechtlicher Pflege bei ambulanten Pflegediensten nach Einrichtunggröße, 2016 (%)**

Basis: Repräsentativerhebung, Ambulante Dienste mit Versorgungsvertrag



#### 4.2.4 Migrationshintergrund in der Pflege

Das Thema Pflege und Migration kann bei den ambulanten Pflegediensten aus zwei Perspektiven betrachtet werden. Auf der einen Seite haben im Durchschnitt zehn Prozent der ambulant betreuten Pflegebedürftigen einen Migrationshintergrund, d. h. sie haben eine ausländische Staatsangehörigkeit, sind selber im Ausland geboren oder haben mindestens einen Elternteil, der im Ausland geboren ist.<sup>37</sup> Wenn diese Menschen nicht gut Deutsch verstehen und sprechen und das Pflegepersonal wiederum nicht die Muttersprache dieser Menschen spricht, kann es zu Verständigungsproblemen kommen, die die Qualität der Pflege beeinträchtigen. Weitere Probleme können entstehen, wenn die Pflegekräfte aus Unkenntnis religiöse oder kulturelle Empfindungen dieser Menschen nicht ausreichend berücksichtigen.

Auf der anderen Seite haben im Durchschnitt 16 Prozent der Pflegekräfte in den ambulanten Pflegediensten einen Migrationshintergrund.<sup>38</sup> Dies bietet unter Umständen die Möglichkeit, diese Pflegekräfte gezielt für Pflegebedürftige mit demselben Migrationshintergrund einzusetzen, um so sprachlich und kulturell bedingte Missverständnisse zu vermeiden. In der Regel werden die Pflegekräfte mit Migrationshintergrund aber auch bei Pflegebedürftigen ohne Migrationshintergrund eingesetzt. Sprechen die Pflegekräfte nicht sehr gut Deutsch oder können sie sich aufgrund eines unterschiedlichen religiösen oder kulturellen Hintergrunds nicht hinreichend in die Pflegebedürftigen hineinversetzen, so kann es auch hier zu Problemen kommen, die die Qualität der Pflege und das Vertrauen der Pflegebedürftigen in die Pflegekräfte beeinträchtigen.

#### Pflege von Menschen mit Migrationshintergrund

68 Prozent der ambulanten Pflegedienste versorgen Pflegebedürftige mit Migrationshintergrund, bei 32 Prozent der Dienste ist dies im Jahr 2016 nicht der Fall (Abbildung 4.9). Im Durchschnitt sind zehn Prozent der Pflegebedürftigen im Ausland geboren, haben eine ausländische Staatsangehörigkeit oder haben ein Elternteil, das im Ausland geboren wurde, d. h., wenngleich die Mehrheit der ambulanten Pflegedienste Menschen mit Migrationshintergrund versorgen, ist ihr Anteil an allen von Pflegediensten versorgten Pflegebedürftigen nach wie vor gering. In 30 Prozent der Dienste machen Pflegebedürftige mit Migrationshintergrund weniger als zehn Prozent aus, nur in gut zehn Prozent stellen sie 30 Prozent der Pflegebedürftigen und mehr.

---

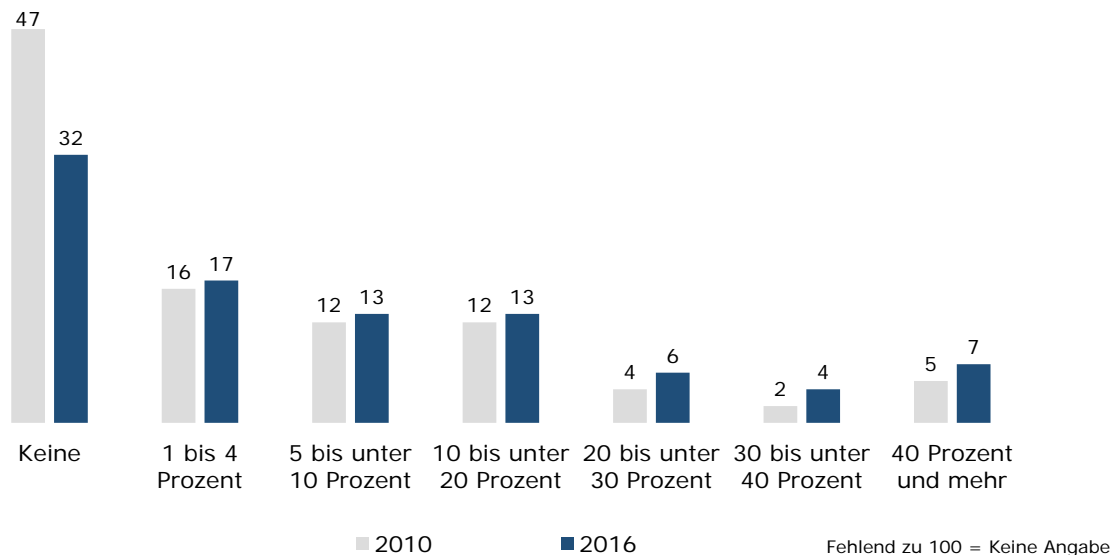
<sup>37</sup> Über den Anteil der betreuten Pflegebedürftigen mit Migrationshintergrund werden bei den ambulanten Pflegediensten keine Statistiken geführt. Die Anteile wurden jeweils von den einzelnen Einrichtungen geschätzt.

<sup>38</sup> Auch hierbei handelt es sich um eine Schätzung der ambulanten Pflegedienste.



**Abbildung 4.9: Anteil der Pflegebedürftigen mit Migrationshintergrund an allen von ambulanten Pflegediensten versorgten Pflegebedürftigen, 2010 und 2016 (%)**

Basis: Repräsentativerhebung, Ambulante Pflegedienste mit Versorgungsvertrag



Studie zur Wirkung des PNG und PSG I – TNS Infratest Sozialforschung 2016

Der Anteil der Dienste, die keine Pflegebedürftigen mit Migrationshintergrund betreuen, ist in Ostdeutschland mit 58 Prozent sehr viel höher als im Westen, wo dies lediglich auf 21 Prozent der Dienste zutrifft. Je größer die Einrichtung ist, desto seltener werden gar keine Pflegebedürftigen mit Migrationshintergrund betreut. Das ist zum einen ein Größeneffekt; daneben befinden sich größere Dienste häufiger in Städten, wo der Anteil von Menschen mit Migrationshintergrund höher ist als auf dem Land. Aus diesem Grund ist auch der Anteil der Pflegebedürftigen mit Migrationshintergrund bei Diensten mit 20 und mehr Beschäftigten mit 13 Prozent überdurchschnittlich hoch.

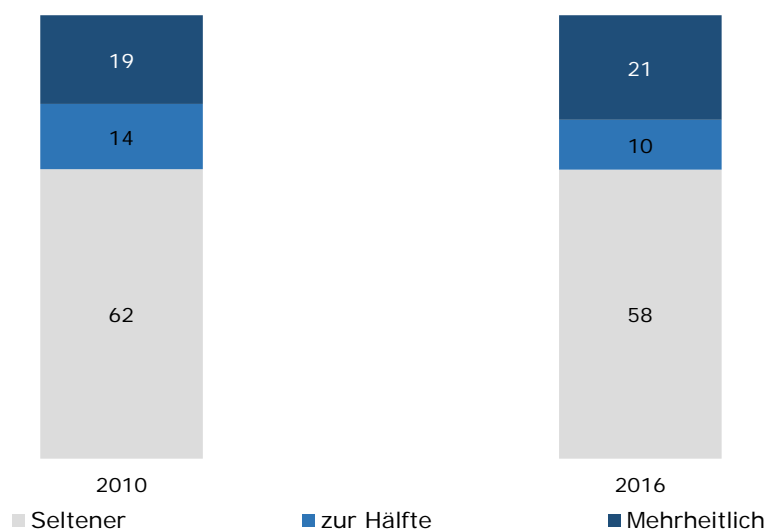
Im Vergleich zur Repräsentativerhebung 2010 haben mehr ambulante Pflegedienste angegeben, Pflegebedürftige mit Migrationshintergrund zu versorgen. Damals war dies bei 47 Prozent der Dienste der Fall, aktuell versorgen nur 32 Prozent der Pflegedienste nach eigenen Angaben keine Personen mit Migrationshintergrund. Diese Entwicklung ist im Wesentlichen der Tatsache geschuldet, dass immer mehr Menschen mit Migrationserfahrung ins Pflegealter kommen. Allerdings handelt es sich, ähnlich wie im stationären Bereich, zum großen Teil nicht um Personen aus den typischen Gastarbeiterländern. Die Daten der Repräsentativbefragung in Haushalten zeigen vielmehr, dass Pflegebedürftige, die zu Hause gepflegt werden, zu 66 Prozent mit Deutsch als Muttersprache aufgewachsen sind. Es dürfte sich bei einem Großteil der Pflegebedürftigen mit Migrationshintergrund also um Menschen handeln, die in den ehemaligen deutschen Ostgebieten geboren wurden bzw. deren Eltern von dort stammen. Nur ein Drittel der Pflegebedürftigen in Privathaushalten ist mit einer anderen Sprache als Deutsch aufgewachsen (20%) oder mit Deutsch und einer anderen Sprache (13%).

21 Prozent der ambulanten Dienste, die Pflegebedürftige mit Migrationshintergrund betreuen, können bei der Pflege mehrheitlich Pflegekräfte mit derselben Muttersprache einsetzen, weiteren zehn

Prozent gelingt dies zumindest zur Hälfte. 58 Prozent von ihnen gelingt es allerdings seltener (Abbildung 4.10).<sup>39</sup> Hier werden die Pflegebedürftigen überwiegend von Personen betreut, die nicht ihre Muttersprache sprechen.<sup>40</sup> Ob auch in diesen Fällen eine gute Pflege und Betreuung erfolgt, hängt davon ab, wie gut die Pflegebedürftigen Deutsch sprechen und verstehen und wie gut die Pflegekräfte gegebenenfalls andere religiöse und kulturelle Werte und Normen in der Pflege berücksichtigen können.

**Abbildung 4.10: Betreuung von Pflegebedürftigen mit Migrationshintergrund durch Pflegekräfte, die dieselbe Muttersprache sprechen, 2010 und 2016 (%)**

Basis: Repräsentativerhebung, Ambulante Dienste mit Versorgungsvertrag



Studie zur Wirkung des PNG und PSG I – TNS Infratest Sozialforschung 2016

Acht Prozent aller ambulanten Pflegedienste verweisen auf spezielle Angebote für Pflegebedürftige mit Migrationshintergrund. Betrachtet man nur die Pflegedienste, die Pflegebedürftige mit Migrationshintergrund betreuen, so liegt der Anteil bei nicht mehr als elf Prozent, d. h., eine steigende Zahl von Pflegebedürftigen mit Migrationshintergrund führt nicht zu einer Ausweitung spezieller Angebote für diese Gruppe. Allerdings sind für einen großen Teil dieser Gruppe mit deutscher Muttersprache spezielles Personal mit entsprechender Muttersprache oder separate Angebote von Seiten des Pflegedienstes nicht nötig.

<sup>39</sup> Elf Prozent konnten dies nicht einschätzen, besonders Pflegediensten in Ostdeutschland fiel eine Einschätzung schwer.

<sup>40</sup> Auch in der Haushaltsbefragung 2016 ist die Fallzahl der pflegebedürftigen Migranten, die Sachleistungen der Pflegeversicherung beziehen, sehr gering. Daher können hierzu keine weiteren Ergebnisse vorgelegt werden. Wie schon im Jahr 2010 weisen die Daten aber darauf hin, dass Pflegebedürftige mit Migrationshintergrund zumindest mehrheitlich von professionellen Kräften gepflegt werden, die die gleiche Sprache sprechen.

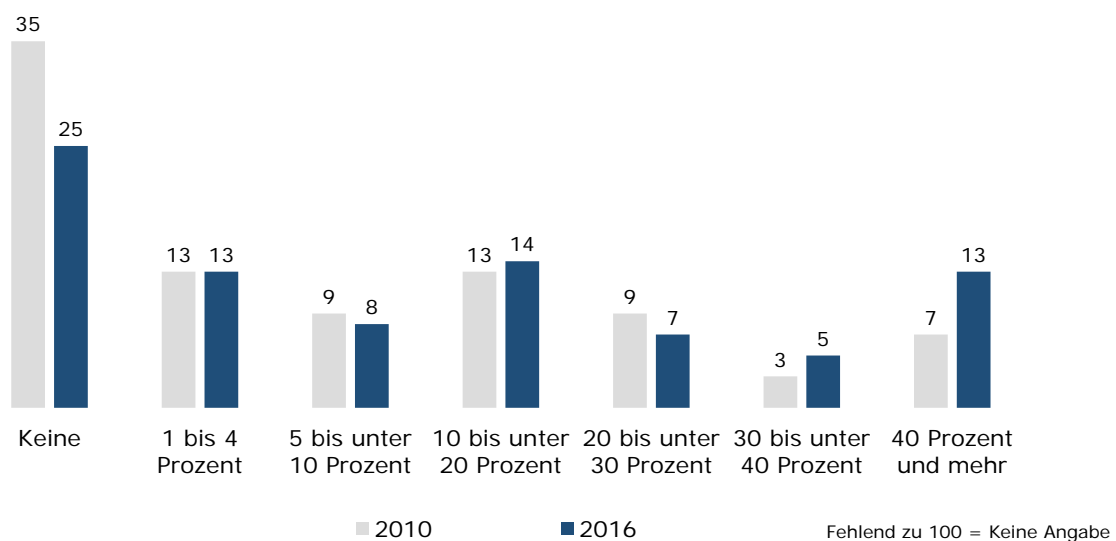
## Pflege von Pflegebedürftigen ohne Migrationshintergrund

Nicht nur der Anteil der ambulanten Dienste, die Pflegebedürftige mit Migrationshintergrund versorgen, ist höher als im Jahr 2010. Es arbeiten auch in mehr ambulanten Diensten als 2010 Pflegekräfte mit Migrationshintergrund. 75 Prozent der Pflegedienste beschäftigten 2016 Pflegekräfte mit Migrationshintergrund, im Jahr 2010 war dies bei 65 Prozent der ambulanten Dienste der Fall. Im Durchschnitt haben 2016 16 Prozent der Pflegekräfte in ambulanten Pflegediensten einen Migrationshintergrund (2010: 11%).

In 21 Prozent der Dienste haben bis zu neun Prozent der Pflegekräfte einen Migrationshintergrund, weitere 14 Prozent der Dienste beschäftigen 10 bis 19 Prozent Pflegekräfte mit Migrationshintergrund (Abbildung 4.11). Dienste, die mehr als 40 Prozent Pflegekräfte mit Migrationshintergrund beschäftigen, machen 13 Prozent aller Dienste aus, haben ihren Anteil im Vergleich zum Jahr 2010 aber fast verdoppelt. 15 Prozent der Dienste konnten 2016 den Anteil nicht schätzen und haben an dieser Stelle keine Angabe gemacht.

### Abbildung 4.11: Anteil der Pflegekräfte mit Migrationshintergrund in ambulanten Pflegediensten, 2010 und 2016 (%)

Basis: Repräsentativerhebung, Ambulante Pflegedienste mit Versorgungsvertrag



Studie zur Wirkung des PNG und PSG I – TNS Infratest Sozialforschung 2016

In Ostdeutschland beschäftigen 46 Prozent der ambulanten Pflegedienste keine Pflegekräfte mit Migrationshintergrund, in Westdeutschland trifft dies hingegen nur noch auf 16 Prozent zu. Auch der Anteil der Pflegekräfte mit Migrationshintergrund differiert deutlich zwischen West und Ost. In Einrichtungen mit Pflegekräften, die einen Migrationshintergrund haben, liegt ihr Anteil im Westen bei 19 Prozent, im Osten bei acht Prozent. Je größer die Einrichtung ist, desto seltener werden gar keine Pflegekräfte mit Migrationshintergrund beschäftigt. Wie bereits erwähnt ist dies in erster Linie darauf zurückzuführen, dass sich größere Dienste überwiegend in Städten befinden und dort mehr Menschen

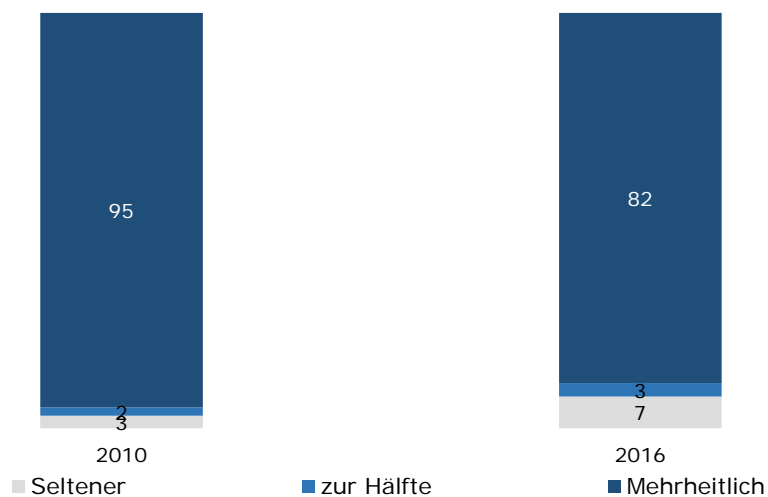
mit Migrationshintergrund leben als in ländlichen Gegenden. Sofern Einrichtungen Pflegekräfte mit Migrationshintergrund beschäftigen, spielt die Einrichtungsgröße kaum eine Rolle für ihren Anteil an allen Pflegekräften.

Pflegebedürftige ohne Migrationshintergrund werden bei 82 Prozent der ambulanten Pflegedienste mehrheitlich von Pflegekräften betreut, deren Muttersprache Deutsch ist oder die sehr gut Deutsch sprechen. Bei weiteren drei Prozent der Dienste ist dies immerhin zur Hälfte der Fall (Abbildung 4.12). Sieben Prozent der ambulanten Pflegedienste haben angegeben, dass Pflegebedürftige ohne Migrationshintergrund seltener als zur Hälfte von Pflegekräften betreut werden, deren Muttersprache Deutsch ist bzw. die sehr gut Deutsch sprechen. Dieser Anteil ist, wenngleich er nach wie vor recht gering ist, doppelt so hoch wie im Jahr 2010 und wird zumindest für einen Teil der Pflegebedürftigen eine schwierige und verunsichernde Situation sein. Um solche Situationen zu vermeiden, ist anzustreben, dass alle Pflegekräfte über gute Deutschkenntnisse verfügen und bei Bedarf entsprechende Kurse besuchen.

Diese Angaben decken sich mit den Befunden aus der Repräsentativerhebung. Die Pflegebedürftigen oder deren Angehörige berichteten dort, dass 88 Prozent der Pflegebedürftigen ohne Migrationshintergrund ausschließlich oder überwiegend von professionellen Pflegekräften, die die gleiche Sprache sprechen, betreut werden (73% ausschließlich, 15% überwiegend).

**Abbildung 4.12: Betreuung von Pflegebedürftigen ohne Migrationshintergrund durch Pflegekräfte, deren Muttersprache Deutsch ist oder die sehr gut Deutsch sprechen (%)**

Basis: Repräsentativerhebung, Ambulante Dienste mit Versorgungsvertrag



#### 4.2.5 Qualitätsprüfung und Beratung durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen bzw. den PKV-Prüfdienst

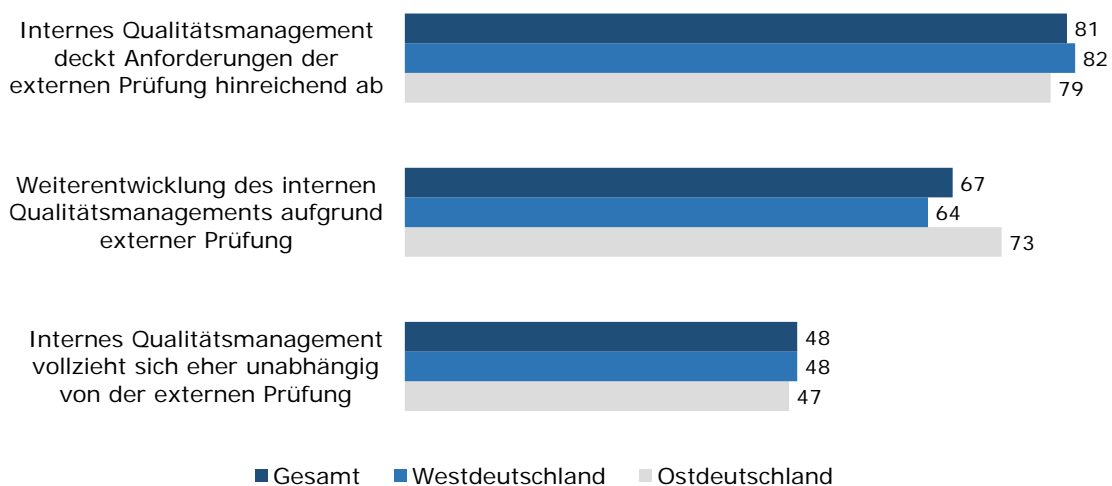
Der Medizinische Dienst (MDK) prüft regelhaft einmal im Jahr die Pflegequalität von allen stationären Pflegeeinrichtungen und von allen ambulanten Pflegediensten. Den Auftrag für eine Prüfung bekommt der MDK von den Verbänden der Pflegekassen im jeweiligen Bundesland. Die von den Pflegeeinrichtungen erbrachten Leistungen und ihre Qualität werden in Form von Noten bewertet und die Ergebnisse im Internet und durch Aushang in der Pflegeeinrichtung veröffentlicht.

Die Pflegedienstleitungen sollten erstmals im Jahr 2016 die Bedeutung der jährlichen Qualitätsprüfung für ihren ambulanten Dienst angeben. In der überwiegenden Anzahl der ambulanten Dienste deckt das interne Qualitätsmanagement die Anforderungen der externen Prüfung hinreichend ab (81%, Abbildung 4.13). Für die ambulanten Dienste gilt dies umso mehr, je größer der Dienst ist, also je mehr Beschäftigte er hat. Auch das Qualitätsmanagement von Einrichtungen in gemeinnütziger Trägerschaft, die gleichzeitig über mehr Personal verfügen, deckt die Anforderungen der externen Prüfung häufiger ab als das von Diensten in privater Trägerschaft.

Ein Großteil der Pflegedienste, darunter besonders viele ostdeutsche Einrichtungen, nutzt die externe Prüfung, um das interne Qualitätsmanagement weiterzuentwickeln (67%). In knapp der Hälfte der Einrichtungen vollzieht sich das interne Qualitätsmanagement eher unabhängig von der externen Prüfung, was für besonders viele kleine ambulante Dienste gilt.

**Abbildung 4.13: Bedeutung der jährlichen Qualitätsprüfung durch den MDK bzw. den PKV-Prüfdienst für internes Qualitätsmanagement, 2016 (Zustimmung in %)**

Basis: Repräsentativerhebung, Ambulante Pflegedienste mit Versorgungsvertrag



Die Bedeutung, die die jährliche Qualitätsprüfung durch den MDK- bzw. den PKV-Prüfdienst für das interne Qualitätsmanagement und für die Qualitätsentwicklung hat, ist in ambulanten Diensten und in stationären Einrichtungen ähnlich groß. Sowohl stationäre Pflegeeinrichtungen als auch ambulante Dienste nutzen in ganz ähnlichem Umfang die externe Prüfung, um ihr internes Qualitätsmanagement weiterzuentwickeln. Auch hinsichtlich der Frage, ob sich das interne Qualitätsmanagement eher unabhängig von der externen Prüfung vollzieht, stimmen Pflegedienste und stationäre Pflegeeinrichtungen weitgehend überein. Eine Ausnahme stellen kleine ambulante Dienste dar.

## **4.3 Personal**

### **4.3.1 Personelle Ausstattung**

Der folgende Abschnitt beschreibt die Personalsituation in den ambulanten Diensten. Die Zahlen beziehen sich dabei ausschließlich auf die Festangestellten – auf Honorar- bzw. Abrechnungsbasis Beschäftigte sowie von Zeitarbeitsfirmen ausgeliehenes Personal sind nicht eingeschlossen. Über diesen Teil der Beschäftigten wird am Ende des Abschnitts gesondert berichtet.

Durchschnittlich umfasst der Personalbestand in ambulanten Pflegediensten 2016 16,9 festangestellte Beschäftigte, wobei die Beschäftigungsverhältnisse für Teilzeitbeschäftigte und geringfügig Beschäftigte in Vollzeitstellen umgerechnet sind (Tabelle 4.12). Der überwiegende Teil der Vollzeitstellen ist im Bereich Pflege und Betreuung angesiedelt (14,2), die restlichen 2,7 Vollzeitstellen stehen für therapeutisches und sozialpädagogisches Personal, für Bufdis, hauswirtschaftliches sowie Verwaltungspersonal zur Verfügung.

**Tabelle 4.12: Beschäftigte in ambulanten Pflegediensten nach Berufsgruppen und Beschäftigungsumfang (in Vollzeit umgerechnet), 2016** <sup>41</sup>

Basis: Repräsentativerhebung, Ambulante Pflegedienste mit Versorgungsvertrag

	Beschäftigte insgesamt	davon: Vollzeitbeschäftigte (ab 35 Std.)	Teilzeitbeschäftigte (15 b. u. 35 Std.)	Geringfügig Beschäftigte (< 15 Std.)
Pflegepersonal	14,2	7,7	5,7	0,8
Therapeut/innen u. Sozialarbeiter/innen	0,1	0,1	0,0	0,0
Bundesfreiwilligendienstler/FSJ	0,1	0,1	0,0	0
Hauswirtschaftliches Personal	1,4	0,6	0,6	0,2
Verwaltungspersonal	1,1	0,7	0,4	0,0
Personal insgesamt	16,9	9,2	6,7	1,0

Studie zur Wirkung des PNG und PSG I – TNS Infratest Sozialforschung 2016

Wie schon im Jahr 2010 hat der überwiegende Teil des Personals der ambulanten Pflegedienste keine Vollzeitstelle. Etwa 46 Prozent der Beschäftigten arbeiten in Teilzeit, d. h. sie sind mindestens 15, aber unter 35 Stunden tätig (Abbildung 4.14). Weitere 16 Prozent sind geringfügig tätig, d. h. mit einem Umfang von maximal 15 Stunden. Lediglich 38 Prozent des Personals sind vollzeitbeschäftigt und arbeiten mindestens 35 Stunden pro Woche.<sup>42</sup> Insgesamt betrachtet gibt es im Vergleich zum Jahr 2010 relativ wenig Veränderung beim Beschäftigungsumfang des Personals von Pflegediensten.

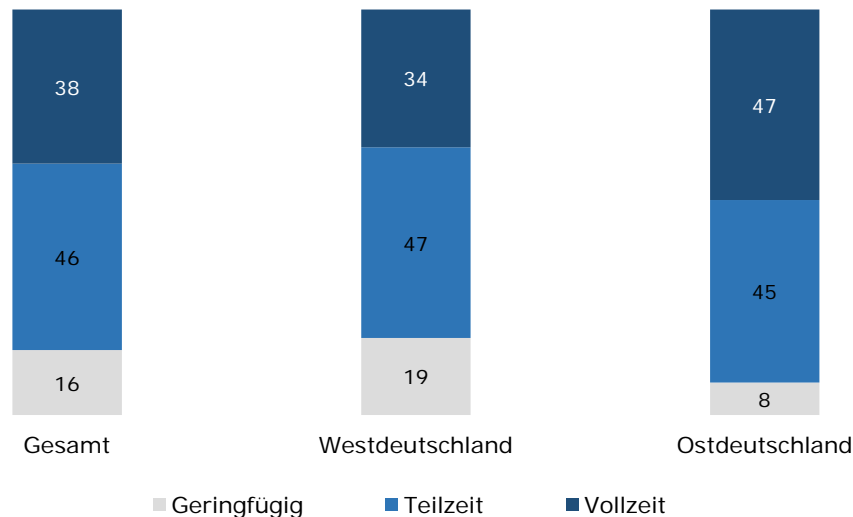
Nach West- und Ostdeutschland differenziert fällt auch im Jahr 2016 der bereits in der letzten Repräsentativerhebung hohe Anteil von geringfügig Beschäftigten in Westdeutschland auf, der allerdings im Vergleich zu 2010 etwas geringer ausfällt (2016: 19%, 2010: 23%). Dafür ist fast die Hälfte der ostdeutschen Beschäftigten bei ambulanten Diensten in Vollzeit tätig, während dies nur für ein Drittel des westdeutschen Personals gilt. Ähnlich viele Personen arbeiten in West und Ost in Teilzeit. Im Vergleich zu 2010 sind in den ostdeutschen Bundesländern kaum Veränderungen im Beschäftigungsumfang des Personals bei ambulanten Pflegediensten zu beobachten.

<sup>41</sup> Die abgefragten Personalkategorien blieben weitgehend unverändert gegenüber der Repräsentativerhebung 2010. Das „sonstige Pflegepersonal“ wurde um „sonstiges Pflege- und Betreuungspersonal (nicht exam.)“ ergänzt, um die Abgrenzung zum examinierten Personal deutlich zu machen. Beim Pflegepersonal in Ausbildung sind auch die Umschüler eingeschlossen. Mit der Aussetzung der Wehrpflicht im Jahr 2011 wurde auch der Zivildienst abgeschafft. Um einen Teil des dadurch wegfallenden Personals v. a. im sozialen Bereich zu ersetzen, wurde im Juli 2011 der Bundesfreiwilligendienst eingeführt. Er steht allen Menschen offen, egal welchem Geschlecht, Alter oder welcher Nationalität sie angehören. Die neue Kategorie „Bufdis“ wurde um FSJler, also um Personen, die ein freiwilliges soziales Jahr leisten, ergänzt in „Bundesfreiwilligendienstler („Bufdis“)/FSJler“.

<sup>42</sup> Das Personal in ambulanten Pflegediensten hat allerdings mehr Vollzeitbeschäftigte als stationäre Pflegeeinrichtungen (amb.: 38%, stat. Einr. 33%). Gleichzeitig arbeiten in ambulanten Pflegediensten mehr geringfügig Beschäftigte als in stationären Pflegeeinrichtungen.

**Abbildung 4.14: Personal der ambulanten Pflegedienste nach Beschäftigungsumfang und West- bzw. Ostdeutschland, 2016 (%)**

Basis: Repräsentativerhebung, Ambulante Pflegedienste mit Versorgungsvertrag



Studie zur Wirkung des PNG und PSG I – TNS Infratest Sozialforschung 2016

Besonders hoch ist der Umfang der Vollzeit-Beschäftigten in Pflegediensten in privater Trägerschaft (45%), gemeinnützige Träger beschäftigen dagegen überproportional viele Teilzeitkräfte (61%).

Ähnlich wie in stationären Einrichtungen ist ein großer Teil des hauswirtschaftlichen Personals geringfügig beschäftigt, allerdings arbeiten weniger Personen dort auf geringfügiger Basis als im Jahr 2010. Der Anteil ist von 50 Prozent in 2010 auf 31 Prozent gesunken. 16 Prozent des Pflegepersonals ist geringfügig beschäftigt und stellt mit 77 Prozent die Mehrheit aller geringfügig Beschäftigten.

### Personalbestand im Zeitvergleich

Zusätzlich zu den beschäftigten Personen wurde das in „Vollarbeitskräfte“ umgerechnete Personal erhoben. Diese Maßzahl wird im Folgenden für die Analyse von Personalbesetzungen und Betreuungsrelationen verwendet.

Durchschnittlich umfasste der Personalbestand in ambulanten Pflegediensten im Jahr 2010 14,5 in Vollzeit umgerechnete festangestellte Beschäftigte. Im Jahr 2016 sind 16,9 festangestellte Beschäftigte in ambulanten Pflegediensten tätig (Tabelle 4.13), d. h., ambulante Pflegedienste beschäftigen im Schnitt 2,4 Vollzeitarbeitskräfte mehr als im Jahr 2010, was angesichts der größeren Zahl an zu versorgenden Pflegebedürftigen zu erwarten war. Davon entfallen zwei Vollzeitstellen auf das Pflege- und Betreuungspersonal, eine knappe halbe Stelle mehr als 2010 steht für das hauswirtschaftliche Personal zur Verfügung. Innerhalb der anderen Beschäftigtengruppen haben sich geringfügige Veränderungen ergeben, die sich letztlich ausgleichen. Ähnlich wie in den stationären Pflegeeinrichtungen spielen im Jahr 2016 Bundesfreiwilligendienstler bzw. andere Freiwillige kaum eine Rolle beim



Personal; allerdings war bereits im Jahr 2010 nur eine Drittelstelle mit Zivis besetzt. Für die Verwaltung sind 2016 1,1 Vollzeitstellen vorgesehen, 2010 war es noch eine knappe Vollzeitstelle.

**Tabelle 4.13: Beschäftigte in ambulanten Pflegediensten nach Berufsgruppen und Beschäftigungsumfang, 2010 und 2016 (in Vollzeit umgerechnet)**

Basis: Repräsentativerhebung, Ambulante Pflegedienste mit Versorgungsvertrag

	2010	2016
Pflegepersonal	12,1	14,2
Therapeut/innen u. Sozialarbeiter/innen	0,2	0,1
Zivis/Bundesfreiwilligendienstler/FSJ	0,3	0,1
Hauswirtschaftliches Personal	1,0	1,4
Verwaltungspersonal	0,9	1,1
<b>Personal insgesamt</b>	<b>14,5</b>	<b>16,9</b>

1) Zusätzliche Betreuungskräfte werden erst seit Inkrafttreten des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes eingesetzt.

Studie zur Wirkung des PNG und PSG I – TNS Infratest Sozialforschung 2016

### Berufsgruppenstruktur im Zeitvergleich

Die hohe Zahl an Pflege- und Betreuungspersonal bei den ambulanten Diensten weist bereits darauf hin, dass der überwiegende Anteil der Vollarbeitskräfte in diesem Bereich beschäftigt ist. Von den durchschnittlich 16,9 Vollarbeitskräften zählen im Jahr 2016 85,2 Prozent zum Pflegepersonal (Tabelle 4.14). Dieser Anteil ist etwas niedriger als 2010, aber weiterhin höher als im Jahr 1998, damals waren knapp drei Viertel der Vollarbeitskräfte Pflegekräfte.

Hauswirtschaftliches und Verwaltungspersonal machen 7,3 Prozent bzw. 6,3 Prozent der Vollarbeitskräfte und damit einen etwas höheren Anteil als 2010 aus. Nur ein geringer Beschäftigtenanteil arbeitet im (sozial-)therapeutischen Bereich oder als Bufdis bzw. FSJler. Bereits im Jahr 2010 waren wesentlich weniger Zivildienstleistende in ambulanten Pflegediensten im Einsatz als 1998. Parallel dazu war der Anteil des Pflegepersonals angestiegen. Nachdem im Jahr 2011 der Zivildienst ausgesetzt wurde und der Bundesfreiwilligendienst eingeführt wurde, können nunmehr sog. Bufdis Tätigkeiten von ehemals Zivis übernehmen. Diese Möglichkeit wird offenbar nicht im selben Maße wie noch zu Zeiten des Zivildienstes genutzt; nur 0,4 Prozent des Personals in Pflegediensten bestehen aus Bufdis oder anderen Freiwilligen.

**Tabelle 4.14: Berufsgruppenstruktur der Vollarbeitskräfte in ambulanten Pflegediensten 1998 und 2010 (%)**

Basis: Repräsentativerhebung, Ambulante Pflegedienste mit Versorgungsvertrag

	1998	2010	2016
Pflegepersonal	73,9	85,9	85,2
Therapeut/innen und Sozialarbeiter/innen	1,5	0,9	0,7
Zivis/Bundesfreiwilligendienstler/FSJler	9,4	1,5	0,4
Hauswirtschaftliches Personal	8,5	6,2	7,3
Verwaltungspersonal	6,7	5,5	6,3
Summe	100,0	100,0	100,0

Abweichungen von 100 rundungsbedingt

Studie zur Wirkung des PNG und PSG I – TNS Infratest Sozialforschung 2016

Nach West- und Ostdeutschland differenziert ist im Osten zum einen der Anteil des Pflegepersonals an allen Vollzeitkräften im Jahr 2016 höher als in Westdeutschland (West: 84%, Ost: 88%). Auch der Anteil des (sozial-)therapeutischen Personals ist im Osten höher als im Westen (West: 0,7%, Ost: 0,9%). Dafür sind im Westen anteilig mehr Bufdis angestellt, außerdem mehr hauswirtschaftliches Personal und etwas mehr Verwaltungspersonal.

Nach Trägerschaft differenziert sind bei privaten Trägern anteilig etwas mehr Pflegekräfte und (sozial-)therapeutisches Personal beschäftigt, bei gemeinnützigen Trägern haben Bufdis und das hauswirtschaftliche Personal einen höheren Anteil. Wenn man unterstellt, dass Bufdis, wie zuvor Zivis, überwiegend pflegerische Tätigkeiten übernehmen, ist der Anteil des Pflegepersonals inkl. Bufdis in Diensten mit privater und gemeinnütziger Trägerschaft ausgeglichen.

Ähnlich wie im Jahr 2010 beschäftigen kleinere Dienste fast ausschließlich Pflegekräfte, die neben der Pflege oft auch hauswirtschaftliche Tätigkeiten und Verwaltungsarbeiten übernehmen. Größere Dienste haben hier eine weitaus differenziertere Beschäftigtenstruktur. Entsprechend niedriger ist der Anteil des Pflegepersonals (mehr als 20 Beschäftigte: 84% Pflegepersonal).

## „Betreuungsrelationen“

Die im (voll-)stationären Bereich üblichen und sinnvollen Berechnungen von Betreuungsrelationen (Zahl der Pflegebedürftigen je Pflege- und Betreuungskraft) sind im ambulanten Bereich nur sehr begrenzt aussagefähig, weil

- das Personal nicht nur Leistungen der Pflegeversicherung übernimmt,
- durch die Betreuungsrelation nicht deutlich wird, wie jeweils die Struktur der Pflegebedürftigkeit der Betreuten aussieht,
- nicht deutlich wird, in welchem Verhältnis die betreuten Pflegebedürftigen ausschließlich Pflegesach- oder Kombinationsleistungen in Anspruch nehmen,
- offen bleibt, in welchem Umfang bei Pflegebedürftigen mit Kombinationsleistungen die Anteile von Pflegesachleistungen und Geldleistungen variieren,
- die Zahl der Pflegebedürftigen einen unterschiedlichen Zeitbezug (z. B. Tag oder Monat) haben kann.

Unabhängig von diesen Einschränkungen sollen nachfolgend Betreuungsrelationen für die ambulanten Pflegedienste dargestellt werden, um einen ersten Eindruck von dem Verhältnis der mit Leistungen der Pflegeversicherung Betreuten und dem Personal der ambulanten Pflegedienste zu vermitteln. Dabei wird hinsichtlich der Zahl der Pflegebedürftigen von denjenigen ausgegangen, die von den Diensten als monatliche Durchschnittsgröße angegeben wurden. Darüber hinaus wird das Personal bei der Berechnung nur in dem Umfang berücksichtigt, der dem Umsatz der Pflegeversicherungsleistungen in der jeweiligen Einrichtung entspricht. So gehen z. B. bei einer Einrichtung mit zehn Vollarbeitskräften und einem Umsatzanteil für die im Rahmen der Pflegeversicherung finanzierten Leistungen von 45 Prozent nur 4,5 Vollarbeitskräfte in die Berechnung ein.

Unter diesen Voraussetzungen ergibt sich, dass im Bundesdurchschnitt 9,4 Pflegebedürftige auf eine Vollarbeitskraft im Bereich der Pflege entfallen. Damit fällt die Betreuungsrelation leicht besser aus als im Jahr 2010 (10,0; Tabelle 4.15). Zwar versorgen die Dienste mehr pflegebedürftige Personen, anteilig steht jedoch auch mehr Personal zur Verfügung.

Die Betreuungsrelation bei ambulanten Pflegediensten hat sich in Westdeutschland wie auch in Ostdeutschland im Vergleich zu 2010 leicht verbessert, ist im Osten aber nach wie vor etwas günstiger als im Westen. Im Osten kommen 8,3 Pflegebedürftige auf eine Pflegekraft, im Westen ist das Verhältnis 9,9 zu 1. Deutlich besser als 2010 ist die Betreuungsrelation bei Diensten in gemeinnütziger Trägerschaft, sodass im Jahr 2016 sowohl bei gemeinnützigen Trägern als auch bei privaten Trägern neun Pflegebedürftige auf eine Pflegekraft kommen.

Verbessert hat sich die Betreuungsrelation in ambulanten Diensten mit fünf bis neun Beschäftigten. Versorgte im Jahr 2010 eine Pflegekraft 12,4 pflegebedürftige Personen, ist das Verhältnis im Jahr 2016 10,7 zu 1. Besonders gut ist die Betreuungsrelation in kleinen ambulanten Diensten und in großen Einrichtungen mit 20 und mehr Beschäftigten (7,9 zu 1 bzw. 7,6 zu 1).

**Tabelle 4.15: Pflegebedürftige je Vollzeitkraft in ambulanten Pflegediensten nach Einrichtungsart, 2010 und 2016 (Anzahl)**

Basis: Repräsentativerhebung, Ambulante Pflegedienste mit Versorgungsvertrag

	2010	2016
Insgesamt	10,0	9,4
Gebiet		
Westdeutschland	10,4	9,9
Ostdeutschland	9,1	8,3
Träger		
Gemeinnütziger Träger	12,1	9,1
Privater Träger	9,1	9,2
Einrichtungsgröße: Zahl der Beschäftigten (Vollzeit)		
1 bis 4 Beschäftigte	9,4	7,9
5 bis 9 Beschäftigte	12,4	10,7
10 bis 19 Beschäftigte	9,2	10,2
20 und mehr Beschäftigte	8,2	7,6

Studie zur Wirkung des PNG und PSG I – TNS Infratest Sozialforschung 2016

### Entlohnung festangestellter Mitarbeiter auf Basis von Tarifverträgen

Erstmals wurde 2016 gefragt, ob die ambulanten Pflegedienste ihre festangestellten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter nach einem Tarifvertrag entlohnen. Insgesamt werden die festangestellten Mitarbeiter in 39 Prozent der Pflegedienste nach Tarif entlohnt. In 25 Prozent der Pflegedienste gilt der Verbandstarifvertrag, in 14 Prozent der Fälle wird nach einem Haustarifvertrag entlohnt. Die Mehrheit der Einrichtungen bezahlt ihre Beschäftigten ohne tarifliche Bindung (59%; Tabelle 4.16).

Während 41 Prozent der Dienste in Westdeutschland nach Tarif bezahlen, trifft dies für 36 Prozent der ostdeutschen Pflegeeinrichtungen zu. Im Westen bezahlen 28 Prozent der Dienste nach Verbandstarif, weitere 13 Prozent nach Haustarif. Im Osten zahlen 19 Prozent der Einrichtungen nach Verbandstarif, 17 Prozent nach Haustarif.

Besonders groß sind die Unterschiede nach Trägerschaft. Ähnlich wie bei stationären Einrichtungen bezahlt ein sehr großer Teil der Dienste in gemeinnütziger Trägerschaft seine Mitarbeiter nach Tarif (80%), die meisten davon nach Verbandstarif, während nur 17 Prozent der Einrichtungen in privater Trägerschaft nach tariflicher Bindung entlohnen. 81 Prozent der privat betriebenen Pflegedienste bezahlen ohne tarifliche Bindung. Sofern Pflegedienste in privater Trägerschaft nach Tarif bezahlen,

geschieht dies in aller Regel nach einem Haustarif und nur in Ausnahmefällen nach Verbandstarif. Für die öffentlichen Träger zeichnet sich ebenfalls eine hohe Tarifbindung ab.

**Tabelle 4.16: Entlohnung der fest angestellten Mitarbeiter nach Tarifvertrag, 2016 (%)**

Basis: Repräsentativerhebung, Ambulante Pflegedienste mit Versorgungsvertrag

	Ja, nach Ver- bandstarifver- trag	Ja, nach Haustarifver- trag	Nein, Entlohnung ohne tarifliche Bindung
Insgesamt	25	14	59
Gebiet			
Westdeutschland	28	13	57
Ostdeutschland	19	17	62
Träger			
Gemeinnütziger Träger	60	20	18
Privater Träger	5	12	81
Einrichtungsgröße: Zahl der Be- schäftigten (Vollzeit)			
1 bis 4 Beschäftigte	13	2	81
5 bis 9 Beschäftigte	15	17	67
10 bis 19 Beschäftigte	33	13	52
20 und mehr Beschäftigte	30	18	52

Fehlend zu 100 = Keine Angabe.

#### Studie zur Wirkung des PNG und PSG I – TNS Infratest Sozialforschung 2016

Von Einrichtungen mit 20 und mehr festangestellten Mitarbeitern bezahlt knapp die Hälfte nach Tarif (48%). In Einrichtungen mit unter fünf Mitarbeitern nur 15 Prozent, in Diensten mit fünf bis unter zehn Mitarbeitern immerhin 32 Prozent.

Auffällig ist die im Vergleich mit stationären Pflegeeinrichtungen deutlich seltenere Tarifbindung von ambulanten Diensten, unabhängig davon, wo der Pflegedienst besteht, wie viele Mitarbeiter er hat oder in welcher Trägerschaft er sich befindet.

## Beschäftigte auf Honorar- bzw. Abrechnungsbasis und Leiharbeitskräfte

In 16 Prozent der ambulanten Pflegedienste sind Personen auf Honorar- bzw. Abrechnungsbasis beschäftigt (Tabelle 4.17). Dieser Anteil ist in Ostdeutschland und bei gemeinnützigen Trägern etwas niedriger als im Westen bzw. bei privaten Trägern. Kleine Pflegedienste mit weniger als fünf festangestellten Mitarbeitern beschäftigen mit 23 Prozent deutlich häufiger auf Honorar- und Abrechnungsbasis Beschäftigte, bei größeren Dienste ist dies seltener der Fall. Sofern Pflegedienste Honorarkräfte einsetzen, handelt es sich im Schnitt um 7,1 Personen, wobei die Zahl mit der Größe der Dienste zunimmt. Die Beschäftigten werden überwiegend in der Pflege eingesetzt. Ähnlich wie bei den stationären Pflegeeinrichtungen sind zum einen in weniger Pflegediensten als 2010 auf Honorar- und Abrechnungsbasis tätige Personen eingesetzt. Außerdem ist die Zahl der beschäftigten Honorarkräfte geringer als im Jahr 2010 (2010: durchschnittlich neun Personen).

**Tabelle 4.17: Ambulante Dienste mit auf Honorar- und Abrechnungsbasis Beschäftigten und von Zeitarbeitsfirmen entliehenem Personal nach Einrichtungsart, 2016 (%)**

Basis: Repräsentativerhebung, Ambulante Pflegedienste mit Versorgungsvertrag

	Anteil Beschäftigte auf Honorar- und Abrechnungsbasis (%)	Anteil von Zeitarbeitsfirmen entl. Personals
Insgesamt	16	6
Gebiet		
Westdeutschland	16	6
Ostdeutschland	14	5
Träger		
Gemeinnütziger Träger	14	7
Privater Träger	17	4
Einrichtungsgröße: Zahl der Beschäftigten (Vollzeit)		
1 bis 4 Beschäftigte	23	0
5 bis 9 Beschäftigte	14	2
10 bis 19 Beschäftigte	17	3
20 und mehr Beschäftigte	13	8
Durchschnittliche Anzahl	7,1	1,9

Von Zeitarbeitsfirmen ausgeliehenes Personal spielt bei den ambulanten Pflegediensten nur eine geringe Rolle. Zum Zeitpunkt der Befragung waren lediglich in sechs Prozent der Dienste Leiharbeitskräfte tätig; das ist zwar häufiger als noch 2010 (3%), allerdings eine Steigerung auf sehr geringem Niveau. Gerade anders herum als bei den Honorarkräften beschäftigen insbesondere große Pflegedienste mit 20 und mehr Beschäftigten Leiharbeitskräfte; kleine Dienste setzen dagegen keine bzw. nur sehr selten Leiharbeitskräfte ein. Auch bei Diensten in gemeinnütziger Trägerschaft ist der Anteil mit sieben Prozent etwas höher als bei privaten Trägern. Im Schnitt sind knapp zwei Personen als Leiharbeiter/-innen in ambulanten Diensten tätig.

#### 4.3.2 Qualifikationsstruktur

Wie bereits dargestellt beschäftigen ambulante Pflegedienste ganz überwiegend Pflegepersonal, während andere Berufsgruppen nur einen geringen Anteil der Beschäftigten ausmachen. Aber auch das Pflegepersonal ist keine homogene Gruppe, sondern unterscheidet sich in seiner Qualifikation. Tabelle 4.18 differenziert die Beschäftigten im Pflegebereich nach den unterschiedlichen Qualifikationen. Die Mehrheit des in Vollzeitkräfte umgerechneten Pflegepersonals sind Gesundheits- und Krankenpfleger/-innen sowie Altenpfleger/-innen und weiteres examiniertes Fachpersonal (2 – 3 Jahre). Altenpflegehelfer/-innen oder vergleichbares Personal (exam., 1 Jahr) macht elf Prozent des Pflegepersonals aus, und jede fünfte Vollzeitkraft im Pflegebereich gehört zum nicht examinierten sonstigen Pflegepersonal. Wenngleich ein zunehmender Anteil des Pflegepersonals eine Ausbildung bzw. Umschulung absolviert, macht dieser Teil des Personals sieben Prozent des Pflegepersonals aus.<sup>43</sup>

**Tabelle 4.18: Qualifikationsstruktur des Pflegepersonals in ambulanten Pflegediensten**  
Basis: Repräsentativerhebung, Ambulante Pflegedienste mit Versorgungsvertrag

	Beschäftigte insgesamt	Umgerechnet in Vollarbeitskräfte
Gesundheits- und Krankenpfleger/-innen	7,1	4,5
Altenpfleger/-innen, gerontopsychiatrische Fachkräfte, sonstiges examiniertes Fachpersonal (2 – 3 Jahre)	6,0	4,3
Altenpflegehelfer/-innen, vergleichbares Personal (examiniert, 1 Jahr)	2,5	1,6
Pflegepersonal in Ausbildung/Umschulung	1,1	1,0
Sonstiges Pflegepersonal (nicht exam.)	4,7	2,8
Summe	21,4	14,2

Studie zur Wirkung des PNG und PSG I – TNS Infratest Sozialforschung 2016

<sup>43</sup> Zum Vergleich: In stationären Pflegeeinrichtungen macht das Pflegepersonal in Ausbildung im Jahr 2016 zwölf Prozent aus.

Vergleicht man die Qualifikationsstrukturen im Zeitverlauf, so zeigt sich, dass der Anteil der Gesundheits- und Krankenpfleger und -pflegerinnen seit 1998 kontinuierlich zurückgegangen ist (Tabelle 4.19). Waren im Jahr 1998 noch die Hälfte des Personals Gesundheits- und Krankenpfleger/-innen, trifft dies im Jahr 2016 noch auf ein Drittel zu. Der Anteil der Altenpfleger und -pflegerinnen sowie des sonstigen Fachpersonals – hierzu zählen z. B. gerontopsychiatrische Fachkräfte und Heilerziehungspfleger und -pflegerinnen – war 2010 mit 28 Prozent deutlich höher als 1998, im Jahr 2016 sind 29 Prozent des Pflegepersonals Altenpfleger/-innen sowie sonstiges Fachpersonal. Mit mehr Altenpflegefachpersonal sind Pflegedienste besser auf den speziellen Pflegebedarf von älteren Menschen und solchen mit besonderem Betreuungsbedarf bei Demenzerkrankungen eingestellt als noch im Jahr 1998.

Ähnlich wie im stationären Bereich, aber auf niedrigerem Niveau, hat der Anteil der Altenpflegehelfer/-innen bzw. dem vergleichbaren Personal ohne fachspezifische Ausbildung (exam., 1 Jahr) zunächst abgenommen und war 2016 wieder deutlich höher als 2010. Positiv zu bewerten ist, dass mehr Personal als 1998 und 2010 in Ausbildung bzw. in Umschulung tätig ist. Wie bei den stationären Pflegeeinrichtungen werden auch bei den ambulanten Pflegediensten die Bemühungen sichtbar, durch Ausbildung Fachpersonal für die in Zukunft steigende Zahl von Pflegebedürftigen zu sichern.

Ein weiteres Fünftel des Pflegepersonals zählt zu den Pflegekräften ohne formale pflegerische Qualifikation. Diese Anteile nehmen im Zeitverlauf leicht zu. Bezogen auf die Zahl des sonstigen Pflegepersonals (in Vollzeit umgerechnet) bedeutet dies für das Jahr 2016, dass durchschnittlich 2,8 Vollzeitkräfte als sonstiges Pflegepersonal pro Pflegedienst beschäftigt sind, während es im Jahr 2010 noch 2,1 Vollzeitkräfte waren.

**Tabelle 4.19: Qualifikationsstruktur des Pflegepersonals in ambulanten Pflegediensten 1998, 2010 und 2016 (%)**

Basis: Repräsentativerhebung, Ambulante Pflegedienste mit Versorgungsvertrag

	1998	2010	2016
Gesundheits- u. Krankenpfleger/innen	52	41	33
Altenpfleger/innen, gerontopsychiatrische Fachkräfte, sonst. Fachpersonal (exam., 2 – 3 Jahre)	17	28	29
Altenpflegehelfer/-innen, vergleichbares Personal (examiniert, 1 Jahr)	10	8	12
Pflegepersonal in Ausbildung/Umschulung	2	3	5
Sonstiges Pflegepersonal (nicht exam.)	19	20	21
Summe	100,0	100,0	100,0

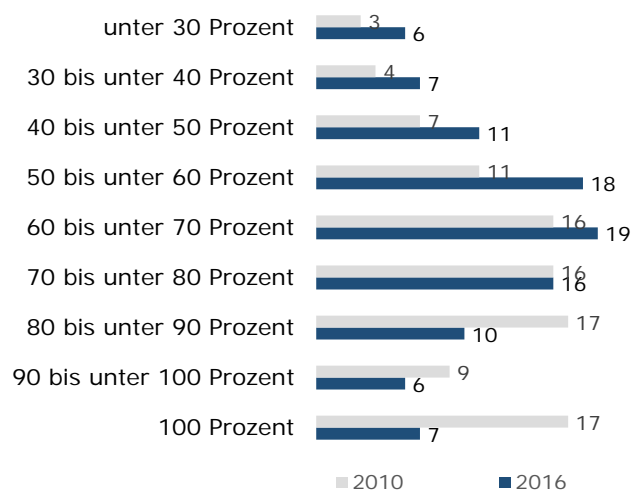


Ein möglicher Indikator zur Darstellung des Pflegepersonals ist der Anteil der Fachkräfte mit 2- oder 3-jähriger Ausbildung an der Gesamtzahl der in der Pflege Beschäftigten. Dieser Anteil ist, wie bereits gesehen, in den ambulanten Pflegediensten recht hoch. Dies gilt unabhängig davon, ob alle beschäftigten Pflegepersonen, nur die vollzeitbeschäftigten Pflegepersonen oder die in Vollarbeitskräfte umgerechneten Pflegepersonen berücksichtigt werden. Da jedoch im Jahr 2016 der Anteil der Gesundheits- und Krankenpfleger/innen niedriger ist als 2010, ohne dass dafür mehr Altenpfleger/innen oder vergleichbares Fachpersonal eingestellt worden wäre, fällt die Pflegefachquote (bezogen auf die Vollarbeitskräfte) im Jahr 2016 mit 64 Prozent deutlich niedriger aus als 2010 und 1998. Im Jahr 2010 betrug der Anteil der Pflegefachkräfte 74 Prozent<sup>44</sup> und erreichte damit nahezu das Niveau von 1998 (77%).

Wie schon im Jahr 2010 ist der Anteil der Pflegefachkräfte in Westdeutschland mit 67 Prozent höher als in Ostdeutschland mit 58 Prozent. Die Unterschiede zwischen Diensten in gemeinnütziger und privater Trägerschaft sind hingegen nur gering (gemeinnützig: 66%, privat: 63%). Deutliche Unterschiede zeigen sich bei der Größe der Einrichtung. Ähnlich wie im Jahr 2010 haben kleine Einrichtungen mit weniger als fünf festangestellten Mitarbeitern eine äußerst hohe Fachkräftequote von 80 Prozent, solche mit fünf und mehr Mitarbeitern beschäftigen zwischen 60 und 64 Prozent Pflegefachkräfte.

**Abbildung 4.15: Einrichtungsbezogene Fachkraftquoten in ambulanten Pflegediensten, 2010 und 2016 (%)**

Basis: Repräsentativerhebung, Ambulante Pflegedienste mit Versorgungsvertrag



Studie zur Wirkung des PNG und PSG I – TNS Infratest Sozialforschung 2016

<sup>44</sup> Die dargestellte Quote bezieht sich ausschließlich auf das Pflegepersonal im engeren Sinne. Das therapeutische und sozialpädagogische Fachpersonal bleibt hier ausgeklammert.

Trotz des hohen durchschnittlichen Anteils an Fachkräften gibt es eine Reihe von Diensten, in denen weniger als die Hälfte des Pflegepersonals (in Vollarbeitskräften) Fachkräfte sind; dies betrifft mit 24 Prozent der Pflegedienste deutlich mehr Einrichtungen als 2010 und 1998 (jeweils 14%; Abbildung 4.15). Die geringere Anzahl von kleinen Pflegediensten mit weniger als fünf Mitarbeitern führt gleichzeitig dazu, dass weniger Pflegedienste hohe Pflegefachquoten von über 80 Prozent haben.

### Qualifikation der Pflegedienstleitung und der Einrichtungsleitung

Nach § 71 Abs. 1 SGB XI muss die Betreuung der Pflegebedürftigen unter ständiger Verantwortung einer ausgebildeten Pflegefachkraft erfolgen. Zu den ausgebildeten Pflegefachkräften zählen nach Absatz 3

- Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpfleger und -pflegerinnen
- Altenpfleger und -pflegerinnen
- nach Landesrecht ausgebildete Heilerziehungspfleger und -pflegerinnen, sofern die Einrichtung überwiegend behinderte Menschen pflegt und betreut.

Mit 69 Prozent hat die Mehrheit der Pflegedienstleitungen einen Berufsabschluss als Gesundheits- und Krankenpfleger bzw. -pflegerin. Dieser hohe Anteil erklärt sich nicht zuletzt daraus, dass die überwiegende Zahl der ambulanten Dienste auch medizinische Behandlungspflege anbietet. Allerdings sind weniger Pflegedienstleitungen als im Jahr 2010 Gesundheits- und Krankenpfleger; stattdessen gaben mehr Pflegedienstleitungen als beruflichen Abschluss Altenpfleger bzw. -pflegerin an (2016: 28%, 2010: 18%). In 30 Prozent der Dienste hat die Pflegedienstleitung einen anderen Abschluss. Häufig wurden hier eine Weiterbildung zur Pflegedienstleitung oder ein pflegewissenschaftliches Studium genannt. Jede vierte Pflegedienstleitung hat mehr als einen beruflichen Abschluss.

Neben dem beruflichen Abschluss wurde in der Repräsentativerhebung 2016 auch nach einem abgeschlossenen Studium der Pflegedienstleitung gefragt.<sup>45</sup> 22 Prozent der Pflegedienstleitungen haben einen Studiengang erfolgreich abgeschlossen, 78 Prozent der Pflegedienstleitungen haben neben ihrer beruflichen Ausbildung kein Studium absolviert. Auch die Ergebnisse der Repräsentativerhebung 2010 zeigen, dass andere Qualifikationen oder Weiterbildungslehrgänge bei den PDL weiter verbreitet sind als ein wissenschaftlicher Werdegang. Sofern die Pflegedienstleitungen studierten, haben sie zu jeweils 22 Prozent ein betriebswirtschaftliches Studium oder ein Studium im Sozialwesen abgeschlossen. 35 Prozent der PDL haben ein pflegewissenschaftliches Studium absolviert. Unter den vielen offenen Nennungen waren Abschlüsse als Sozialwirt, im Pflegemanagement, als Fachwirt oder im Gesundheitswesen.

Pflegedienstleitungen in Ostdeutschland haben etwas häufiger ein Studium absolviert als solche in Westdeutschland (West: 21%, Ost: 24%). Sofern Pflegedienstleitungen im Osten ein Studium absolviert haben, war dies meist mit einem pflegewissenschaftlichen Hintergrund (40%) oder im Bereich Sozialwesen (20%). Pflegedienstleitungen in Westdeutschland haben dagegen zu 30 Prozent ein betriebswirtschaftliches Studium absolviert, weitere 32 Prozent haben ein pflegewissenschaftliches Studium abgeschlossen und 22 Prozent haben im Bereich Sozialwesen studiert.

---

<sup>45</sup> Im Jahr 2010 sollten die Pflegedienstleitungen angeben, ob die PDL bestimmte *Qualifikationen* erfolgreich abgeschlossen hat, darunter ein Studium, Weiterbildungslehrgänge in der Gesundheits-, Kranken- oder Altenpflege. Die Änderung der Fragestellung und Antwortkategorien hat zur Folge, dass diese Frage nicht im Zeitvergleich zu 2010 dargestellt werden kann.

Im Gegensatz zur Pflegedienstleitung ist der erforderliche berufliche Abschluss der Leitung einer ambulanten Pflegeeinrichtung nicht gesetzlich geregelt. Doch auch von den Einrichtungsleitungen haben 65 Prozent einen Abschluss als Gesundheits- und Krankenpfleger bzw. -pflegerin und weitere 23 Prozent einen Abschluss als Altenpfleger bzw. -pflegerin. Häufig wurden Studienabschlüsse der Pädagogik, Betriebswirtschaft und Pflegewissenschaft sowie kaufmännische Ausbildungsabschlüsse und die Ausbildung zur Pflegedienstleitung genannt.

### 4.3.3 Personalfuktuation

In den stationären Pflegeeinrichtungen wie auch in ambulanten Pflegediensten wird bereits seit Längerem und zunehmend der Fachkräftemangel diskutiert. Doch nicht nur ein Mangel an Fachkräften, sondern auch eine hohe Personalfuktuation kann die Qualität in der Pflege beeinträchtigen. Aus diesem Grund wurden bei der Befragung der ambulanten Pflegedienste in den Jahren 2016, 2010 und 1998 für das jeweils zurückliegende Jahr, also 2015, 2009 und 1997, Informationen zur Personalfuktuation erhoben. Die Einrichtungsleitungen sollten für die Beschäftigtengruppen examiniertes Pflegepersonal, nicht examiniertes Pflegepersonal, therapeutisches Pflegepersonal und Betreuungspersonal angeben, wie viele Festangestellte jeweils eingestellt und ausgeschieden sind. Sofern Mitarbeiter ausgeschieden sind, sollte erstmals im Jahr 2016 die Zahl der davon verrenteten bzw. altersbedingt ausgeschiedenen Personen angegeben werden.<sup>46</sup>

#### Examierte Fachkräfte

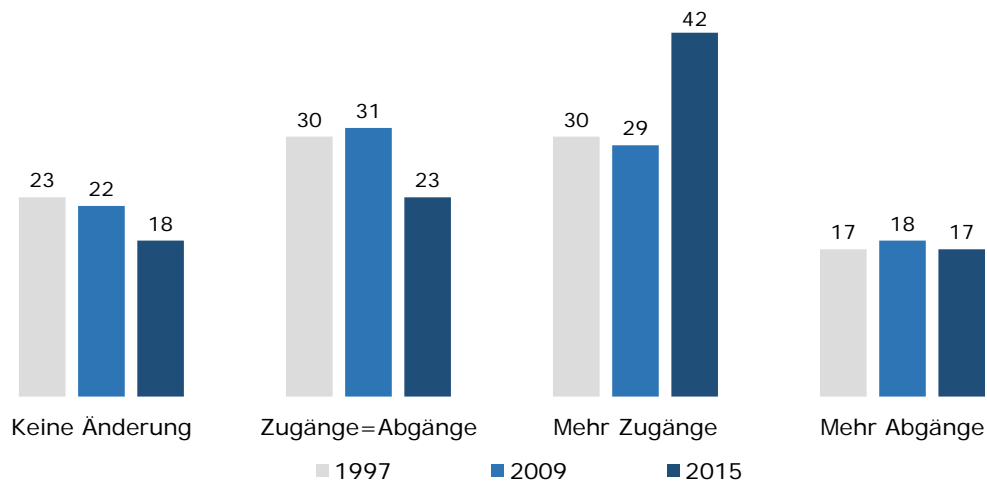
Betrachtet man zunächst auf der Ebene der einzelnen ambulanten Dienste die Zu- und Abgänge bei den examinierten Pflegekräften, einschließlich derjenigen mit 1-jähriger Ausbildung, so zeigt sich, dass es 2015 lediglich in 18 Prozent der ambulanten Dienste keine Veränderungen gab (Abbildung 4.16), d. h. es wurden weder examinierte Pflegekräfte neu eingestellt noch haben solche die Einrichtung verlassen. In 23 Prozent der ambulanten Dienste hielten sich Neueinstellungen und Abgänge die Waage, in 42 Prozent der Einrichtungen hat sich die Zahl der examinierten Pflegekräfte erhöht und in 17 Prozent verringert. Zu beachten ist, dass diese Zahlen nur etwas über die Entwicklung der Zahl der Beschäftigten, nicht jedoch über die Entwicklung des Beschäftigungsvolumens aussagen. Während sich die Personalsituation bei den examinierten Pflegekräften 2009 und 1997 durch etwa gleich viele Zu- und/oder Abgänge bzw. durch Konstanz auszeichnete, war die Situation im Jahr 2015 von mehr Personalbewegungen gekennzeichnet. In erster Linie sind damit Bewegungen in die ambulanten Dienste hinein gemeint, d. h. eine höhere Zahl von Pflegediensten hat mehr Personal eingestellt als sie durch Abgänge verloren haben. Eine im Zeitverlauf etwa konstant hohe Zahl von Pflegediensten musste mehr Abgänge verzeichnen als sie Personal hinzugewinnen konnten.

---

<sup>46</sup> Aufgrund der geringen Beschäftigtenzahlen im (sozial-)therapeutischen Bereich sowie im Bereich Betreuung können diese Zahlen nicht ausgewertet bzw. ausgewiesen werden.

**Abbildung 4.16: Entwicklung der Zahl der examinierten Pflegekräfte in ambulanten Pflegediensten 1997, 2009 und 2015 (%)**

Basis: Repräsentativerhebung, ambulante Pflegedienste mit Versorgungsvertrag



Studie zur Wirkung des PNG und PSG I – TNS Infratest Sozialforschung 2016

Der Anteil der ambulanten Dienste, bei denen es 2015 keine Änderungen beim examinierten Personal gab, ist bei den kleinen Diensten mit bis zu vier Beschäftigten (in Vollzeit) mit 39 Prozent überdurchschnittlich hoch, während von den Diensten mit 20 und mehr Beschäftigten nur zehn Prozent keinerlei Änderungen beim examinierten Pflegepersonal berichten (Tabelle 4.20). Wie schon im Jahr 2009 ist auch im Jahr 2015 der Anteil der großen Pflegedienste überdurchschnittlich hoch, die mehr examinierte Pflegekräfte eingestellt haben als ausgeschieden sind. Der Anstieg der Dienste mit mehr Zugängen als Abgängen seit 2010 ist allerdings auf kleinere Dienste zurückzuführen, die erheblich öfter als 2010 einen positiven Saldo an Zugängen verzeichnen.

**Tabelle 4.20: Zahl der examinieren Pflegekräfte in ambulanten Pflegediensten 2015 nach Zahl der Beschäftigten in Vollzeit (%)**

Basis: Repräsentativerhebung, Ambulante Pflegedienste mit Versorgungsvertrag

	Zahl der Beschäftigten (in Vollzeit)				Ambulante Dienste insgesamt
	1 – 4	5 – 9	10 – 19	20 und mehr	
Keine Änderung	39	24	13	10	18
Zugänge = Abgänge	23	26	27	16	23
Mehr Zugänge	27	36	40	56	42
Mehr Abgänge	11	14	20	18	17

Studie zur Wirkung des PNG und PSG I – TNS Infratest Sozialforschung 2016

Sofern examinierter Personal im Jahr 2015 ausgeschieden war, spielten Altersgründe bzw. eine Verrentung lediglich in zwölf Prozent der Fälle die entscheidende Rolle. In Ostdeutschland verließen 16 Prozent der ausscheidenden examinieren Beschäftigten aus Altersgründen den Pflegedienst, im Westen waren es elf Prozent. Auch bei gemeinnützigen Trägern und in größeren Einrichtungen (was häufig miteinander in Zusammenhang steht) ging ein überdurchschnittlich hoher Anteil des examinieren Personals in Rente (17% bzw. 15%).

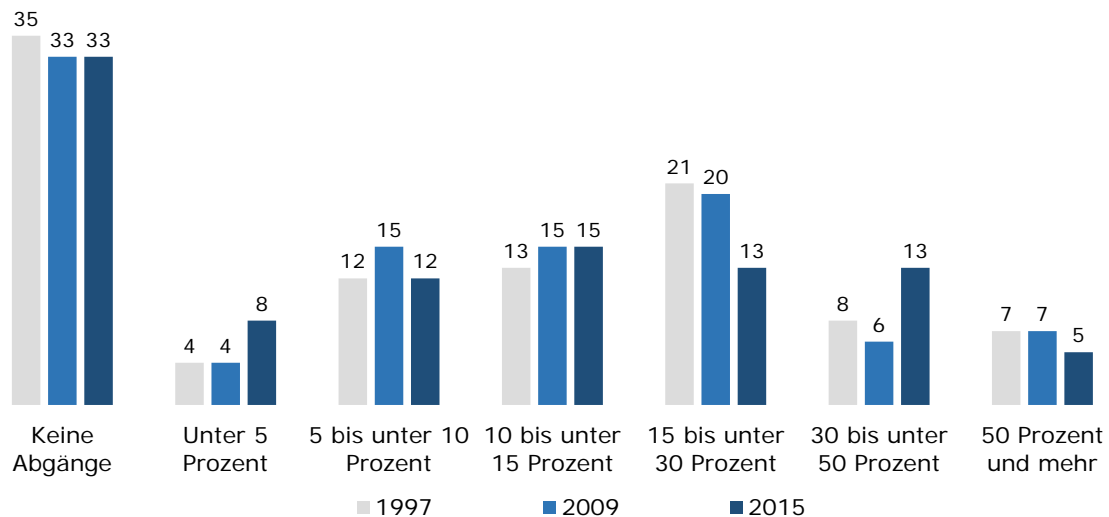
Im Folgenden wird die Fluktuation der examinieren Pflegekräfte noch etwas differenzierter betrachtet. Dabei wird die Fluktuation definiert als der Anteil der examinieren Pflegekräfte, die in den Jahren 2015, 2009 bzw. 1997 ausgeschieden sind, an allen examinieren Pflegekräften im jeweiligen ambulanten Dienst zum Zeitpunkt der Erhebung.

In 33 Prozent der ambulanten Dienste sind 2015 keine examinieren Pflegekräfte ausgeschieden (Abbildung 4.17). In weiteren 20 Prozent beträgt die Fluktuation unter zehn Prozent. Auf der anderen Seite haben immerhin 13 Prozent der Einrichtungen 2015 zwischen 30 Prozent und unter 50 Prozent ihrer examinieren Pflegekräfte verloren, weitere fünf Prozent sogar mehr als 50 Prozent.

Im Zeitvergleich betrachtet nehmen insbesondere die Fluktuationsquoten von 30 bis unter 50 Prozent zu. Besonders mittelgroße und große Pflegedienste verloren im Jahr 2015 einen höheren Anteil ihres examinieren Pflegepersonals.

**Abbildung 4.17: Anteil an examinieren Pflegekräften, die 1997, 2009, 2015 ausgeschieden sind, an allen exam. Pflegekräften zum Befragungszeitpunkt (%)**

Basis: Repräsentativerhebung, Ambulante Pflegedienste mit Versorgungsvertrag



Studie zur Wirkung des PNG und PSG I – TNS Infratest Sozialforschung 2016

Der Anteil der ambulanten Pflegedienste, die 2015 keine Fluktuation bei den examinieren Pflegekräften berichtet haben, ist bei den kleinen Diensten erwartungsgemäß höher als in den größeren Unternehmen (Tabelle 4.21). 56 Prozent der Pflegedienste mit maximal vier Beschäftigten in Vollzeit haben keine Weggänge zu verzeichnen. Bei den Einrichtungen mit 20 und mehr Beschäftigten trifft dies nur auf 19 Prozent zu. Gleichzeitig sind in knapp einem Fünftel der kleinen Pflegedienste 30 Prozent oder mehr der examinieren Pflegekräfte ausgeschieden. Dies hat weniger mit einer hohen Wechselbereitschaft in kleinen Diensten zu tun, sondern damit, dass ein Weggang bei kleinen Diensten prozentual stärker ins Gewicht fällt. Im Vergleich zum Jahr 2010 hat die Fluktuation bei größeren Pflegediensten zugenommen. Dies weist darauf hin, dass es offenbar eine größere Bereitschaft von examinierendem Pflegepersonal gibt, den Arbeitsplatz zu wechseln. Ähnlich wie bei den stationären Pflegeeinrichtungen dürfte die erhöhte Fluktuation zum Teil dem Fachkräftemangel geschuldet sein, der einen Arbeitgeberwechsel vereinfacht.

**Tabelle 4.21: Fluktuation der examinieren Pflegekräfte in ambulanten Pflegediensten 2015 nach Zahl der Beschäftigten in Vollzeit (%)**

Basis: Repräsentativerhebung, Ambulante Pflegedienste mit Versorgungsvertrag

	Zahl der Beschäftigten (in Vollzeit)				Ambulante Dienste insgesamt
	1 – 4	5 – 9	10 – 19	20 und mehr	
Keine Abgänge unter 5 Prozent	56	41	31	19	33
5 b. u. 10 Prozent	–	–	6	21	8
10 b. u. 15 Prozent	–	6	15	20	12
15 b. u. 30 Prozent	6	15	18	13	15
30 b. u. 50 Prozent	19	12	14	14	14
50 Prozent und mehr	11	21	9	13	13
	8	5	7	0	5

Studie zur Wirkung des PNG und PSG I – TNS Infratest Sozialforschung 2016

### Nicht examinierter Pflegepersonal

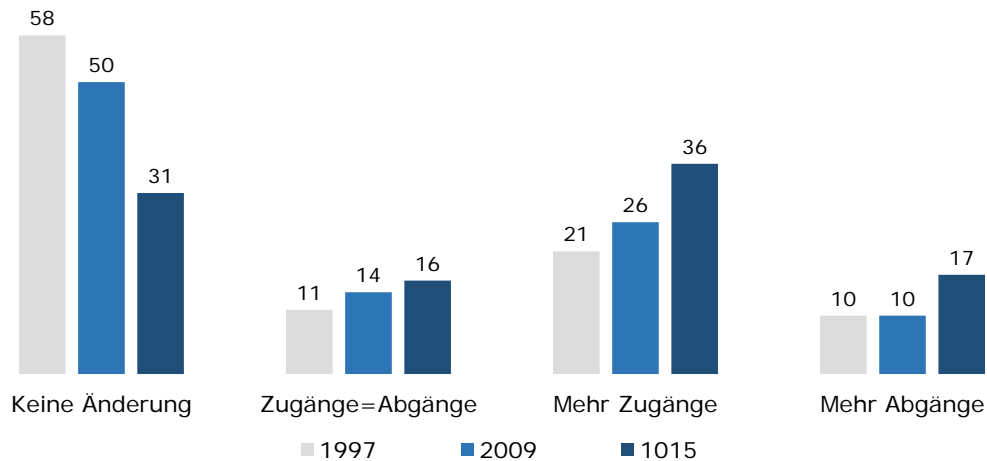
Auch beim nicht examinieren Personal ist der Anteil der Pflegedienste, die für das Jahr 2015 keine Personaländerungen meldeten, geringer als 1997 und 2009. Keinerlei Personalfuktuation melden für das Jahr 2015 31 Prozent der ambulanten Dienste, 2010 war dies bei der Hälfte der Pflegedienste der Fall, im Jahr 1998 sogar bei 58 Prozent (Abbildung 4.18).<sup>47</sup> Bei 16 Prozent der Pflegedienste halten sich Neueinstellungen und Abgänge beim nicht examinieren Personal die Waage, bei 36 Prozent der Dienste ist die Zahl der Pflegekräfte ohne Examen gestiegen und in 17 Prozent ist sie gesunken.

Einen positiven Saldo an Einstellungen verzeichnen ambulante Dienste in Ostdeutschland; dort haben 45 Prozent der ambulanten Dienste mehr Pflegekräfte ohne Examen eingestellt, als solche den Dienst verließen. Etwas mehr Dienste berichten außerdem von mehr Abgängen als Zugängen (20%). Nur in 20 Prozent der ostdeutschen Dienste gab es keinerlei Änderungen im Personal. Im Westen herrschte in 2015 mehr Stabilität beim Personal, dort gab es in 36 Prozent der Dienste weder Zu- noch Abgänge. 33 Prozent der westdeutschen Dienste konnten allerdings auch nicht examinierter Personal hinzugewinnen. Nach Träger differenziert sind die Unterschiede sehr gering.

<sup>47</sup> Die nachfolgenden Ergebnisse beziehen sich auf Pflegedienste, die nicht examinierte Pflegekräfte beschäftigen. Dies trifft auf eine im Zeitverlauf zunehmende Zahl von ambulanten Diensten zu. Waren im Jahr 1997 in der Hälfte der ambulanten Dienste keine examinieren Pflegekräfte tätig, traf dies im Jahr 2010 auf 39 Prozent der Dienste zu und 2016 noch auf 27 Prozent.

**Abbildung 4.18: Entwicklung der Zahl der nicht examinieren Pflegekräfte in ambulanten Pflegediensten 1997, 2009 und 2015 (%)**

Basis: Repräsentativerhebung, Ambulante Pflegedienste mit Versorgungsvertrag



Studie zur Wirkung des PNG und PSG I – TNS Infratest Sozialforschung 2016

Auch bei den nicht examinieren Pflegekräften sind es eher die kleinen Pflegedienste, die überdurchschnittlich häufig weder Neueinstellungen noch Abgänge zu verzeichnen haben (Tabelle 4.22). Allerdings ist auch hier die Zahl der Pflegedienste rückläufig, in denen weder examinierte Pflegekräfte die Einrichtung verlassen noch welche neu eingestellt wurden. Der insgesamt höhere Anteil von Pflegediensten, die mehr Pflegekräfte ohne Examen einstellten als die Einrichtung verließen, geht auf Dienste mit 5 und mehr Beschäftigten zurück. Die großen Pflegedienste mit 20 und mehr Vollzeitbeschäftigten haben 2015 sogar zu 50 Prozent einen positiven Saldo an nicht examinieren Pflegekräften zu verzeichnen.



**Tabelle 4.22: Zahl der nicht examinieren Pflegekräfte in ambulanten Pflegediensten 2015 nach Zahl der Beschäftigten in Vollzeit (%)**

Basis: Repräsentativerhebung, Ambulante Pflegedienste mit Versorgungsvertrag

	Zahl der Beschäftigten (in Vollzeit)				Ambulante Dienste insgesamt
	1 – 4	5 – 9	10 – 19	20 und mehr	
Keine Änderung	55	38	27	24	31
Zugänge = Abgänge	26	16	17	10	16
Mehr Zugänge	15	31	33	50	36
Mehr Abgänge	4	15	23	16	17

Studie zur Wirkung des PNG und PSG I – TNS Infratest Sozialforschung 2016

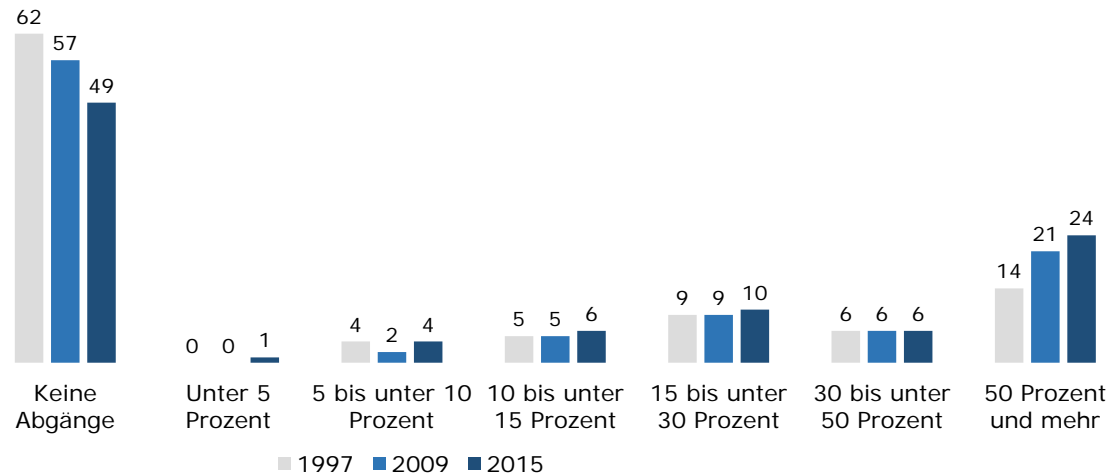
Sofern nicht examinierter Personal im Jahr 2015 ausgeschieden war, spielten Altersgründe bzw. eine Verrentung lediglich in neun Prozent der Fälle eine Rolle. In Ostdeutschland verließen zehn Prozent der ausscheidenden Beschäftigten aus Altersgründen den Pflegedienst, im Westen waren es neun Prozent. Besonders hoch war der Anteil des verrenteten nicht examinieren Pflegepersonals bei gemeinnützigen Trägern und in Einrichtungen mit zehn bis unter 20 Beschäftigten. Dort gingen 17 Prozent bzw. 15 Prozent des ausscheidenden Personals in den Ruhestand.

Der Anteil der Pflegedienste, bei denen 2015 keine nicht examinieren Pflegekräfte ausgeschieden sind, ist wie auch bei den examinieren Pflegekräften in den kleinen Diensten überdurchschnittlich hoch (67%, Tabelle 4.23). Gleichzeitig haben in 31 Prozent der kleinen Einrichtungen 50 Prozent und mehr Beschäftigte den Pflegedienst verlassen.

Die hohe Fluktuation bei kleinen Diensten, aber auch in den anderen Beschäftigtengruppen, hängt mit dem geringen Anteil nicht examinieren Pflegekräfte an allen Pflegekräften in ambulanten Diensten zusammen. Ihr Anteil beträgt lediglich 21 Prozent. Gerade in den kleinen ambulanten Diensten sind – wenn überhaupt – oft nur ein oder zwei nicht examinieren Pflegekräfte beschäftigt. Wenn eine von ihnen den ambulanten Dienst verlässt, so beträgt die Fluktuationsquote 100 bzw. 50 Prozent.

**Abbildung 4.19: Anteil an nicht examinieren Pflegekräften, die 1997, 2009 und 2015 ausgeschieden sind, an allen nicht exam. Pflegekräften zum Befragungszeitpunkt (%)**

Basis: Repräsentativerhebung, Ambulante Pflegedienste mit Versorgungsvertrag



Studie zur Wirkung des PNG und PSG I – TNS Infratest Sozialforschung 2016

**Tabelle 4.23: Fluktuation der nicht examinieren Pflegekräfte in ambulanten Pflegediensten 2015 nach Zahl der Beschäftigten in Vollzeit (%)**

Basis: Repräsentativerhebung, Ambulante Pflegedienste mit Versorgungsvertrag

	Zahl der Beschäftigten (in Vollzeit)				Ambulante Dienste insgesamt
	1 – 4	5 – 9	10 – 19	20 und mehr	
Keine Abgänge	67	57	45	43	49
unter 5 Prozent	–	–	–	3	1
5 b. u. 10 Prozent	–	–	2	10	4
10 b. u. 15 Prozent	–	1	6	10	6
15 b. u. 30 Prozent	1	7	15	8	10
30 b. u. 50 Prozent	1	5	6	9	6
50 Prozent und mehr	31	30	26	17	24

Studie zur Wirkung des PNG und PSG I – TNS Infratest Sozialforschung 2016

Die Personalentwicklung bei den ambulanten Diensten ähnelt derjenigen im stationären Bereich. Pflegedienste sind verstärkt mit Personalwechselln und einer erhöhten Fluktuation konfrontiert, was maßgeblich mit dem Fachkräftemangel im Pflegebereich zusammenhängt. Allerdings sind dort weit mehr Einrichtungen von Personalwechselln betroffen als im ambulanten Bereich. Da die Pflegeeinrichtungen im stationären Bereich in der Regel größer sind als die ambulanten Dienste, ist allerdings das Risiko von Personalveränderungen dort auch größer.

#### 4.3.4 Die Situation der Beschäftigten aus Sicht der Einrichtungsleitungen

Die Pflegedienstleitungen hatten im Rahmen der Repräsentativerhebung die Möglichkeit, anhand von vier Aussagen die gegenwärtige Situation der Beschäftigten zu beurteilen. Dabei zeigt sich, dass die fehlende Anerkennung der Tätigkeit der Pflegekräfte aus ihrer Sicht nach wie vor zu den größten Problemen zählt. Fasst man die Ausprägungen „Die Aussage trifft voll zu“ und „Die Aussage trifft überwiegend zu“ zusammen, so sind 82 Prozent der Pflegedienstleitungen der Ansicht, dass die Arbeit der Pflegekräfte in der Gesellschaft nicht die gebührende Anerkennung findet (Tabelle 4.24). Dieses Urteil teilen Pflegedienstleitungen über alle Einrichtungsgrößen hinweg, unabhängig von Träger und West- bzw. Ostdeutschland. Auch im Vergleich mit der Einschätzung von Einrichtungsleitungen stationärer Pflegeeinrichtungen zeigen sich nur geringfügige Unterschiede. Beide Einrichtungsarten betonen in der Studie 2016 noch stärker als im Jahr 2010 die fehlende Anerkennung, indem sie der Aussage „voll und ganz“ häufiger zustimmen. Gleichzeitig sind die Pflegedienste der Meinung, dass die Angehörigen größtenteils zufrieden mit den Leistungen der Mitarbeiter von Pflegediensten sind (65%). Überwiegend zufrieden sind 29 Prozent der Angehörigen. Mit den Leistungen der Pflegekräfte unzufriedene Angehörige werden kaum genannt (2%).

Neben der Wertschätzung und Anerkennung für die Pflegekräfte wurde auch gefragt, ob den Mitarbeitern zu wenig Zeit für die Betreuung der Pflegebedürftigen bzw. für Schulungsmaßnahmen bleibt. Über die Hälfte der Pflegedienstleitungen geben an, dass den Pflegekräften zu wenig Zeit für die Betreuung der Pflegebedürftigen bleibt (58%). Im Vergleich zur Repräsentativerhebung 2010 fällt die Einschätzung zur verfügbaren Betreuungszeit der Pflegedienste etwas positiver aus. Ähnlich ist es bei der Zeit für Schulungsmaßnahmen der Mitarbeiter/-innen. Auch hier sind etwas mehr Pflegedienste der Meinung, dass genügend Zeit für Schulungen zur Verfügung steht. Allerdings ist nach wie vor knapp die Hälfte der Einrichtungsleitungen der Meinung, dass dies nicht der Fall ist (48%).

Aus Sicht der ambulanten Dienste besteht demnach erheblicher Bedarf, sowohl die allgemeine Wertschätzung und damit auch das Berufsprestige der Pflegekräfte zu erhöhen, als auch konkrete Maßnahmen zu ergreifen, die Arbeitsbedingungen in der Pflege zu verbessern, damit mehr Zeit für die Pflegebedürftigen bleibt. Wertschätzung und gesellschaftliches Berufsprestige korrelieren mit der Entlohnung: Neben anderen Faktoren ist die Höhe des mit der Tätigkeit erzielbaren Einkommens ein wesentliches Element bei der Bemessung des gesellschaftlichen Prestiges, den ein Beruf genießt. Mehr Zeit für die Pflege zielt hingegen darauf ab, die gewährten Leistungen abrechnungsseitig höher zu bewerten oder aber bestimmte Elemente (Wegezeiten, Dokumentation, Zeit für Weiterbildung etc.) stärker zu gewichten. Diese Sichtweise kommt auch in der Gesamtbewertung der wirtschaftlichen Situation der Einrichtung zum Ausdruck.

**Tabelle 4.24: Situation des Personals in ambulanten Pflegediensten 2010, 2016 (%)**

Basis: Repräsentativerhebung, Ambulante Pflegedienste mit Versorgungsvertrag

	2010	2016
Zu wenig Zeit für Betreuung		
Trifft voll zu	33	22
Trifft überwiegend zu	39	36
Trifft überwiegend nicht zu	20	26
Trifft nicht zu	6	13
Zu wenig Zeit für Schulungen		
Trifft voll zu	17	14
Trifft überwiegend zu	37	34
Trifft überwiegend nicht zu	27	29
Trifft nicht zu	18	20
Angehörige sind mit den Leistungen der Mitarbeiter nicht zufrieden		
Trifft voll zu	0	1
Trifft überwiegend zu	1	1
Trifft überwiegend nicht zu	26	29
Trifft nicht zu	71	65
Tätigkeit findet in unserer Gesellschaft nicht die gebührende Anerkennung		
Trifft voll zu	50	55
Trifft überwiegend zu	31	27
Trifft überwiegend nicht zu	12	11
Trifft nicht zu	6	4

Fehlende Werte zu 100 = Keine Angabe.

## Gewalt in der Pflege

Das Thema „Gewalt in der Pflege“ – sei es durch pflegende Angehörige oder auch professionelle Pflegekräfte – ist, bedingt durch öffentlich gewordene Einzelfälle, zunehmend in den Blickpunkt gerückt. Aus diesem Grund wurde auch erfragt, ob sich die ambulanten Pflegedienste in den letzten zwölf Monaten von Beschäftigten trennen mussten, die gegenüber den betreuten Pflegebedürftigen gewalttätig geworden sind. Der Begriff „gewalttätig“ wurde dabei ausdrücklich nicht nur auf körperliche Gewalt beschränkt, sondern umfasste auch verbale und psychische Gewalt. Vier Prozent der Dienste haben die Frage bejaht; im Jahr 2010 hatten dies noch 2,5 Prozent bejaht. Dies zeigt einerseits, dass Gewalt gegenüber Pflegebedürftigen zumindest in einem Teil der Einrichtungen kein Tabuthema ist und dass bei unangemessenem Verhalten gegenüber Pflegebedürftigen die notwendigen Konsequenzen gezogen werden. Als Konsequenz wurde das Arbeitsverhältnis von im Schnitt 1,2 Mitarbeitern beendet.

Auf der anderen Seite zeigt dieses Ergebnis aber auch, wie notwendig es ist, die Einrichtungen für das Problem der Gewaltanwendung durch Pflegekräfte zu sensibilisieren und im Hinblick auf präventive Maßnahmen zu schulen. Auch Supervisionsangebote können helfen, kritische Situationen im Arbeitsalltag zu bewältigen, und so einen Beitrag zur Vermeidung von Gewalt leisten. Solche präventiven Angebote werden mittlerweile von den meisten ambulanten Pflegediensten angeboten, entweder in Form von Fallbesprechungen und Supervision (66%), regelmäßigen Fortbildungen zum Thema (35%) oder durch die Installation eines „Gewaltbeauftragten“, also eines Ansprechpartners in Fällen von (drohender) Gewalt (4%). 22 Prozent der Pflegedienste bieten keine Angebote zur Gewaltprävention. Ähnlich wie im stationären Pflegebereich bieten vor allem kleine Einrichtungen mit einem bis vier Mitarbeitern keine Maßnahmen zur Gewaltprävention an (43%). Auch Pflegedienste in Westdeutschland haben zu 24 Prozent keine Angebote zur Gewaltprävention, in Ostdeutschland haben 18 Prozent der Dienste keine Präventionsangebote.

## 4.4 Wirtschaftliche Situation

### 4.4.1 Vergütung

Mit der Pflegeversicherung wurde ein duales Finanzierungssystem eingeführt, das neben die Aufgaben der Pflegeversicherung die Investitionsaufgaben der Länder stellt. Nach § 9 SGB XI sind die Länder verantwortlich für die Vorhaltung einer leistungsfähigen, zahlenmäßig ausreichenden und wirtschaftlichen pflegerischen Versorgungsstruktur.

Die Länder haben bei der Investitionskostenförderung unterschiedliche Wege beschritten, wobei aber kein Land die Investitionskosten vollständig übernimmt. Insgesamt werden im Jahr 2016 17 Prozent der ambulanten Dienste mit öffentlichen Mitteln gefördert (Tabelle 4.25). Wengleich die Förderung in allen Einrichtungsarten gegenüber dem Jahr 2010 rückläufig ist, bleiben die damals schon existenten Unterschiede größtenteils bestehen. So werden Dienste in Westdeutschland nach wie vor häufiger gefördert als solche in Ostdeutschland. Wie bereits 1998 und 2010 erhalten Dienste in gemeinnütziger Trägerschaft häufiger öffentliche Mittel als Dienste privater Träger. Die 1998 und 2010 bestehende positive Korrelation zwischen der Einrichtungsgröße und der Förderquote zeigt sich im

Jahr 2016 nur noch ganz leicht, wobei große Einrichtungen mit 20 und mehr Beschäftigten mittlerweile etwas seltener Finanzmittel erhalten als solche mit 10 bis 19 Mitarbeitern.

Über nunmehr drei Erhebungszeitpunkte wird deutlich, dass die finanzielle Förderung der Pflegedienste durch die Länder kontinuierlich zurückgeht. Erhielten im Jahr 1998 noch 43 Prozent aller ambulanten Dienste eine Förderung, waren es im Jahr 2010 noch 24 Prozent. Im Jahr 2016 geben nur noch 17 Prozent der Pflegedienste an, Investitionskostenzuschüsse zu erhalten.

**Tabelle 4.25: Anteil der ambulanten Dienste mit öffentlicher Förderung nach Einrichtungsarten, 2010 und 2016 (%)**

Basis: Repräsentativerhebung, Ambulante Pflegedienste mit Versorgungsvertrag

	2010	2016
Insgesamt	24	17
Gebiet		
Westdeutschland	30	22
Ostdeutschland	11	5
Träger		
Gemeinnütziger Träger	33	25
Privater Träger	19	12
Einrichtungsgröße: Zahl der Beschäftigten (Vollzeit)		
1 bis 4 Beschäftigte	19	14
5 bis 9 Beschäftigte	24	15
10 bis 19 Beschäftigte	26	19
20 und mehr Beschäftigte	28	17

Studie zur Wirkung des PNG und PSG I – TNS Infratest Sozialforschung 2016

Soweit die Betriebskosten nicht durch öffentliche Förderung gedeckt sind, kann die Pflegeeinrichtung gemäß § 82 Abs. 3 SGB XI mit Zustimmung der zuständigen Landesbehörde den Pflegebedürftigen diese Kosten gesondert berechnen. Nach Absatz 4 ist diese Zustimmung bei nicht geförderten Diensten nicht erforderlich. Von der Möglichkeit einer gesonderten Berechnung der Investitionskosten machen 45 Prozent der ambulanten Pflegedienste Gebrauch (Tabelle 4.26). Damit hat sich der Anteil seit 1998 mehr als verdreifacht. Damals haben lediglich 13 Prozent der ambulanten Pflegedienste den Pflegebedürftigen betriebsnotwendige Investitionsaufwendungen gesondert berechnet (2010: 36%).

Ambulante Pflegedienste in Ostdeutschland stellen den Pflegebedürftigen weitaus häufiger Investitionskosten in Rechnung als Dienste in Westdeutschland. Dass ostdeutsche Dienste zu 81 Prozent Investitionsaufwendungen in Rechnung stellen, ist angesichts des sehr geringen Anteils an öffentlich geförderten Einrichtungen nachvollziehbar (5%). Allerdings werden auch westdeutsche Dienste nur zu 22 Prozent gefördert und verlangen dennoch nur zu 30 Prozent Zuzahlungen von Pflegebedürftigen.

Dagegen berechnen Pflegedienste differenziert nach Trägerschaft in ähnlichem Umfang Investitionsaufwendungen. 52 Prozent der gemeinnützigen und 42 Prozent der privaten Träger stellen ihren Pflegebedürftigen entsprechende Zuzahlungen in Rechnung.

Wenngleich die öffentliche Förderung größerer und kleinerer Dienste nur geringfügig differiert, nimmt der Anteil der Dienste, die Investitionsaufwendungen separat berechnen, mit der Einrichtungsgröße zu. Pflegebedürftige, die von kleinen Diensten mit weniger als fünf Mitarbeitern versorgt werden, leisten zu 33 Prozent Zuzahlungen, solche, die von Diensten mit 20 und mehr Beschäftigten gepflegt werden, müssen in über der Hälfte der Fälle Zuzahlungen leisten (56%).

**Tabelle 4.26: Anteil der ambulanten Dienste, die den Pflegebedürftigen Investitionsaufwendungen berechnen, nach Einrichtungsarten, 2010 und 2016 (%)**

Basis: Repräsentativerhebung, Ambulante Pflegedienste mit Versorgungsvertrag

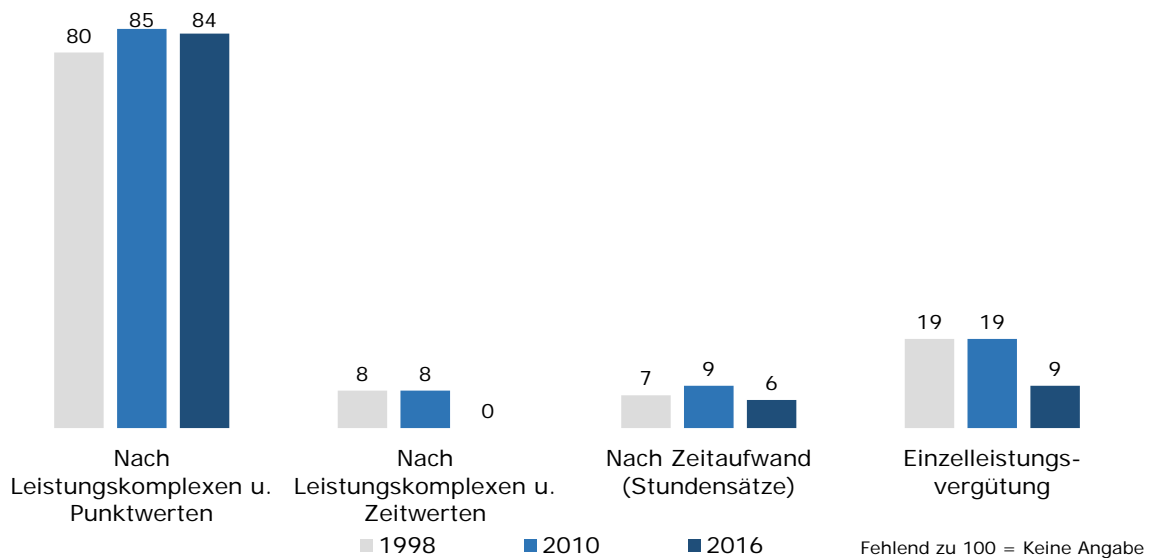
	2010	2016
Insgesamt	36	45
Gebiet		
Westdeutschland	26	30
Ostdeutschland	61	81
Träger		
Gemeinnütziger Träger	40	52
Privater Träger	33	42
Einrichtungsgröße: Zahl der Beschäftigten (Vollzeit)		
1 bis 4 Beschäftigte	28	33
5 bis 9 Beschäftigte	29	41
10 bis 19 Beschäftigte	42	43
20 und mehr Beschäftigte	41	56

Die Vergütung der ambulanten Pflegeleistungen und der hauswirtschaftlichen Versorgung im Rahmen der Pflegeversicherung wird zwischen dem Träger der Einrichtung und den Leistungsträgern nach einheitlichen Gesichtspunkten vereinbart. Nach § 89 Abs. 1 SGB XI muss die Vergütung einem Pflegegedienst bei wirtschaftlicher Betriebsführung ermöglichen, seinen Versorgungsauftrag zu erfüllen.

Wie bereits 1998 und 2010 erfolgt die Vergütung auch 2016 überwiegend nach Leistungskomplexen und Punktwerten (Abbildung 4.20).<sup>48</sup> Andere Vergütungsformen werden vergleichsweise selten genannt. Dies gilt noch einmal mehr für die ostdeutschen Bundesländer, in denen mit 94 Prozent fast alle Dienste nach Leistungskomplexen und Punktwerten abrechnen.

**Abbildung 4.20: Vergütung der ambulanten Pflegeleistungen und der hauswirtschaftlichen Versorgung im Rahmen der Pflegeversicherung 1998, 2010 und 2016 (%)**

Basis: Repräsentativerhebung, Ambulante Pflegedienste mit Versorgungsvertrag



Studie zur Wirkung des PNG und PSG I – TNS Infratest Sozialforschung 2016

Die Dienste wurden gebeten zu beurteilen, ob die Vergütung der ambulanten Pflegeleistungen „kostendeckend“ oder „überwiegend nicht kostendeckend“ ist und im Falle einer negativen Einschätzung nach den Gründen gefragt. Aus den Angaben wird deutlich, dass der Begriff „kostendeckend“ nicht immer streng betriebswirtschaftlich verstanden wurde. Vielmehr subsumierten die Dienste hierunter auch, wenn aus Kostengründen weniger qualifizierte Kräfte eingestellt werden oder wenn bestimmte Leistungen, die sinnvoll und wünschenswert wären, nicht im Rahmen der Vergütung erbracht werden können. In den meisten Fällen spielen die betriebswirtschaftlichen Kennzahlen aber die entscheidende Rolle bei der Bewertung der Frage.

<sup>48</sup> In der Erhebung 2016 wurde die Kategorie „Vergütung nach Leistungskomplexen und Zeitwerten“ nicht abgefragt und daher in der Abbildung mit 0% abgebildet.



Knapp die Hälfte der Dienste gibt an, dass die Vergütungen für die ambulanten Pflegedienstleistungen nicht kostendeckend sind (49%; Tabelle 4.27), 45 Prozent der Pflegedienste können mit den Vergütungen ihre Kosten decken und sechs Prozent konnten dazu keine Angabe machen. Im Jahr 2010 gaben 50 Prozent der Dienste an, nicht kostendeckend arbeiten zu können, während es 1998 noch 59 Prozent waren.

Während ostdeutsche ambulante Pflegedienste in den Jahren 1998 und 2010 die Vergütung etwas positiver einschätzten als die Dienste im Westen, gibt im Jahr 2016 die Hälfte der Pflegedienste in beiden Landesteilen an, überwiegend nicht kostendeckend arbeiten zu können. Nach wie vor sehen die Dienste in gemeinnütziger Trägerschaft die Vergütungssituation kritischer als solche in privater Trägerschaft, wobei die Unterschiede geringer sind als noch im Jahr 2010. 55 Prozent der Dienste in gemeinnütziger Trägerschaft sind der Meinung, dass die Vergütung nicht kostendeckend ist. Bei den privaten Trägern schätzen 47 Prozent ihre finanzielle Lage kritisch ein. Im Gegensatz zur Erhebung 2010 steigt mit der Einrichtungsgröße der Anteil der Dienste, die den Betrieb ihres Dienstes als nicht kostendeckend einstufen.

**Tabelle 4.27: Ambulante Dienste mit der Angabe „überwiegend nicht kostendeckende Vergütung“, 2010 und 2016 (%)**

Basis: Repräsentativerhebung, Ambulante Pflegedienste mit Versorgungsvertrag

	2010	2016
Insgesamt	50	49
Gebiet		
Westdeutschland	52	49
Ostdeutschland	44	50
Träger		
Gemeinnütziger Träger	59	55
Privater Träger	44	47
Einrichtungsgröße: Zahl der Beschäftigten (Vollzeit)		
1 bis 4 Beschäftigte	51	41
5 bis 9 Beschäftigte	52	46
10 bis 19 Beschäftigte	49	51
20 und mehr Beschäftigte	48	54

Die von den Pflegediensten genannten Gründe für die nicht kostendeckenden Vergütungen decken sich im Wesentlichen mit den im Jahr 2010 genannten Gründen. Außerdem stimmen sie teilweise mit den Angaben der stationären Pflegeeinrichtungen zum Thema „Herausforderungen im Zusammenhang mit der Pflegeversicherung“ überein.

Die häufigsten Einzelnennungen zu den Zeitvorgaben lassen sich wie folgt zusammenfassen:

- Die Zeitvorgaben sind grundsätzlich zu gering.
- Die individuelle Situation wird bei den Zeitvorgaben nicht berücksichtigt („Die Pflege von alten, gebrechlichen Menschen kann nicht nach der Stoppuhr gemacht werden“).
- Spezielle Gruppen von Pflegebedürftigen haben einen erhöhten Betreuungs- und Pflegeaufwand, der bei der Vergütung nicht berücksichtigt wird (z. B. an Demenz erkrankte Personen, Personen mit Multimorbidität, Personen mit hohem Übergewicht).
- Der Pflegeaufwand ist höher als die finanzielle Vergütung der Einzelleistungen.
- Die Punktwerte sind zu niedrig.
- Die Vergütung reicht nur für eine rein körperliche Pflege, eine ganzheitliche menschliche Betreuung ist nicht möglich.
- Zeiten für Fortbildungen, Dienstbesprechungen, Fallbesprechungen, Dokumentation der Pflege und Beratung sind nicht abgedeckt.

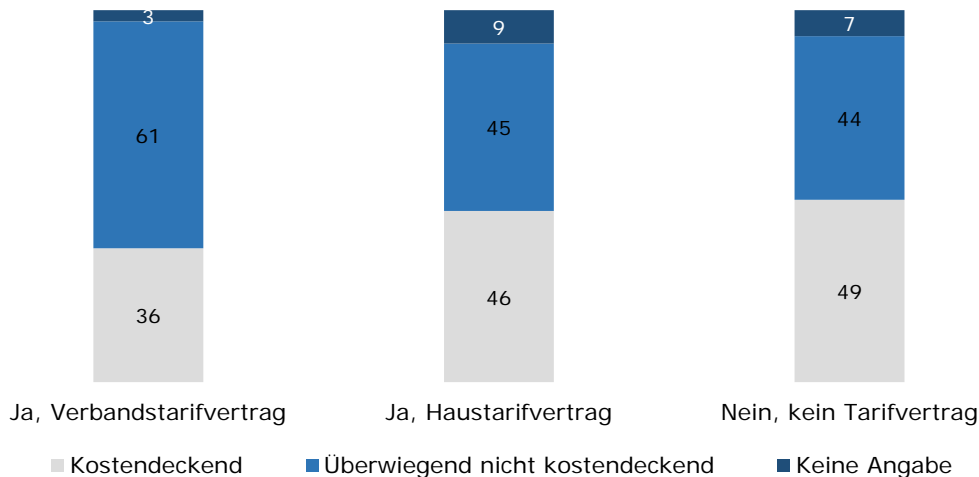
Bei den zu hohen Personalkosten wurde häufig genannt:

- Das Pflegepersonal kostet mehr als die Pflegeversicherung zahlt.
- Die (tarifvertraglich geregelten) Gehälter lassen sich nicht mit den Vergütungssätzen der Pflegeversicherung finanzieren.
- Die Vergütung deckt nicht die Kosten für qualifiziertes Fachpersonal. Eine Kostendeckung ist nur mit geringfügig beschäftigtem Personal und bei Beschäftigung von Hilfskräften möglich. Gerade für die Palliativversorgung ist aber qualifiziertes Personal nötig.
- Die Personalkosten sind gestiegen, die Vergütung aber nicht.
- Eine angemessene Vergütung der Pflegefachkräfte ist nicht möglich.
- Das Prinzip der Abrechnung nach Leistungskomplexen ist völlig undurchdacht und unterbezahlt.

Die Schwierigkeit einer angemessenen Bezahlung von qualifiziertem Personal wird deutlich, wenn man die Bewertung dieser Frage nach Pflegediensten betrachtet, die nach Verbandstarifvertrag bzw. nach Haustarif oder ohne tarifliche Bindung zahlen (Abbildung 4.21). Pflegedienste, die ihre Beschäftigten nach Verbandstarif bezahlen, können zu 61 Prozent überwiegend nicht kostendeckend arbeiten. Ob ein Pflegedienst nach Haustarif bezahlt oder ohne tarifliche Bindung, spielt bei der Betrachtung der Kostendeckung praktisch keine Rolle. Bei der Bewertung der Frage nach einer kostendeckenden Vergütung spielt die Bezahlung nach Tarif nicht die alleinige Rolle; dennoch korrelieren die Einschätzung zur Kostendeckung und die Bezahlung nach Tarif auf signifikante Weise miteinander.

**Abbildung 4.21: Kostendeckende Vergütung nach Pflegediensten mit und ohne Tarifbindung, 2016 (%)**

Basis: Repräsentativerhebung, Ambulante Pflegedienste mit Versorgungsvertrag



Studie zur Wirkung des PNG und PSG I – TNS Infratest Sozialforschung 2016

Daneben haben Dienste, aus deren Sicht die Vergütung nicht kostendeckend ist, als Grund häufig den hohen Verwaltungs- und Dokumentationsaufwand genannt. Ein Teil der Dienste verwies auch auf den hohen Aufwand, der speziell mit dem Qualitätsmanagement verbunden ist. Bei der abschließenden allgemeinen Frage nach Schwierigkeiten im Zusammenhang mit der ambulanten Pflege wurde von einem Teil der ambulanten Pflegedienste noch einmal auf den hohen Zeitaufwand für die Dokumentation verwiesen, der nicht gesondert von den Pflegeversicherungen vergütet wird.

Als ein weiterer Grund für die nicht kostendeckenden Vergütungssätze wird genannt, dass die Anfahrtskosten nicht hinreichend berücksichtigt werden. Dies betrifft sowohl die hohen Benzinkosten als auch den zeitlichen Aufwand, der im ländlichen Raum durch lange Anfahrtswege und in der Stadt zu Hauptverkehrszeiten durch Staus bedingt ist.

Häufig genannt wurde auch, dass Pflegebedürftige und Angehörige erforderliche Leistungen, die nicht durch die Pflegeversicherung abgedeckt werden, nicht aus eigenen Mitteln finanzieren können (oder wollen) und dass deshalb unbezahlte Leistungen erbracht werden, um eine ausreichende Versorgung der Pflegebedürftigen zu gewährleisten.

Darüber hinaus spiegelt sich der Fachkräftemangel in den Anmerkungen zu allgemeinen Schwierigkeiten im Zusammenhang mit ambulanten Pflegeleistungen wider: Ein Teil der Dienste gab an, dass zu wenig qualifiziertes Personal verfügbar sei.

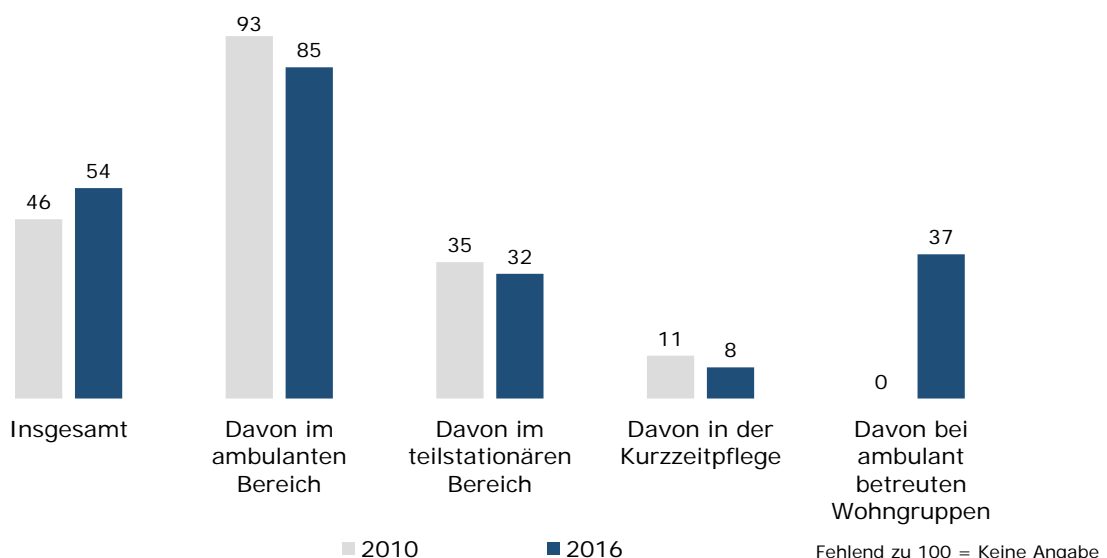
#### 4.4.2 Kapazitätsentwicklung

Die Zahl der Pflegedienste, die ihre Pflegekapazitäten in den nächsten drei Jahren erweitern möchten, ist seit 1998 kontinuierlich gestiegen. Insgesamt 54 Prozent der ambulanten Dienste möchten ihre Pflegekapazitäten in den nächsten drei Jahren erweitern (Abbildung 4.22). Im Jahr 2010 planten 46 Prozent der ambulanten Dienste eine Kapazitätserhöhung, die sie ja, wie die Analysen zur Mitarbeiterzahl und der Zahl der betreuten und versorgten Pflegebedürftigen zeigen, auch (teilweise) umgesetzt haben. Im Jahr 1998 gaben lediglich 34 Prozent der Dienste an, mehr pflegebedürftige Personen versorgen zu wollen.

Pflegedienste, die laut eigenen Angaben nicht kostendeckend arbeiten, möchten ihre Pflegekapazitäten zu 57 Prozent erhöhen, kostendeckend arbeitende Dienste planen zu 53 Prozent eine Kapazitätserhöhung. Die überwiegende Zahl der Pflegedienste plant eine Erweiterung der Kapazitäten im ambulanten Pflegedienst (85%). 32 Prozent der ambulanten Pflegedienste mit teilstationärer Pflege planen aber auch, die Kapazitäten im teilstationären Bereich zu erweitern, und acht Prozent der Einrichtungen, die Kurzzeitpflege anbieten, planen ebenfalls die Erweiterung ihres Kurzzeitpflegeangebots. In der Repräsentativerhebung 2016 wurden die ambulanten Dienste erstmals gefragt, ob sie ihre Plätze im Bereich der ambulant betreuten Wohngruppen erhöhen möchten. Eine Erhöhung in diesem Bereich planen 37 Prozent der Pflegedienste, die ambulant betreute Wohngruppen anbieten. Bei weiteren 29 Prozent wurde diesbezüglich noch keine Entscheidung getroffen und ein Drittel dieser Dienste schließt eine zukünftige Erweiterung vorerst aus.

**Abbildung 4.22: Kapazitätsentwicklung bei ambulanten Pflegediensten, 2010 und 2016 (%)**

Basis: Repräsentativerhebung, Ambulante Pflegedienste mit Versorgungsvertrag



## 4.5 Zusammenfassung

### Pflegestärkungsgesetz I (PSG I)

Das PSG I erweiterte den Leistungsanspruch bezüglich zusätzlicher Betreuungsleistungen von ehemals Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz (PEA) auf alle Pflegebedürftige. Seit dem Jahr 2015 können damit alle von ambulanten Diensten versorgten Menschen mit Pflegebedarf zusätzliche Betreuungsleistungen nach § 45b SGB XI in Anspruch nehmen. Dieses Angebot wird ausdrücklich von den Leistungen der Grundpflege und der hauswirtschaftlichen Versorgung abgegrenzt. Entsprechend ist im Jahr 2016 der hierfür bei den Pflegediensten anfallende Zeitaufwand mit 13 Prozent deutlich höher als im Jahr 2010 (5%). Dies relativiert den ebenfalls ermittelten Befund, dass gleichzeitig weniger Pflegedienste diese Leistung anbieten als im Jahr 2010.

Darüber hinaus können Pflegebedürftige seit Anfang 2015 bis zu 40 Prozent des Sachleistungsbetrags in zusätzliche Betreuungs- und Entlastungsleistungen umwandeln (§45b Abs 3 SGB XI). Von dieser Möglichkeit machten in den sechs Monaten vor der Befragung lediglich sechs Prozent der von ambulanten Pflegediensten versorgten Pflegebedürftigen Gebrauch. Insgesamt geben elf Prozent der Pflegebedürftigen oder deren Angehörige an, diese Neuregelung schon einmal genutzt zu haben. Allerdings zeigt die Erhebung auch, dass lediglich 45 Prozent der zu Hause betreuten Pflegebedürftigen oder deren Angehörigen diese Möglichkeit bekannt ist. Das Potenzial für die Umwandlung von Sachleistungen in zusätzliche Betreuungs- und Entlastungsleistungen ist von daher möglicherweise deutlich höher, als aus dem Anteil der Nutzer gegenwärtig hervorgeht.

### Weitere strukturelle Entwicklungen

Seit 2010 ist der Anteil der ambulanten Pflegedienste in privater **Trägerschaft** weiter gestiegen, wenn auch nicht so stark wie zwischen 1998 und 2010. 64 Prozent der Pflegedienste befinden sich mittlerweile in privater Trägerschaft. Auch größere Dienste mit zehn und mehr Beschäftigten befinden sich nun mehrheitlich in privater Trägerschaft, während sie 1998 noch überwiegend in gemeinnütziger Trägerschaft waren.

Ähnlich wie im stationären Bereich sind ambulante Dienste im Jahr 2016 größer, d. h. beschäftigen durchschnittlich gut zwei Vollzeitkräfte mehr als 2010. Dies wirkt sich in besonderem Maße bei den großen Pflegediensten mit 20 und mehr **Beschäftigten** aus: Waren in den Jahren 1998 und 2010 in durchschnittlich 19 Prozent der Pflegedienste 20 und mehr Beschäftigte tätig, so trifft dies im Jahr 2016 auf 28 Prozent aller Pflegedienste zu. Parallel dazu ist auch die **Zahl der betreuten und von Pflegediensten versorgten Pflegebedürftigen** 2016 höher als noch im Jahr 2010. Durchschnittlich 56 pflegebedürftige Personen erhielten im der Befragung vorangegangenen Monat grundpflegerische Leistungen von den Pflegediensten; im Jahr 2010 waren es noch 45 Personen.

Ähnlich wie bei Pflegebedürftigen in stationären Einrichtungen steigt mit der Pflegestufe auch der Anteil der Pflegebedürftigen, bei denen eine **erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz** festgestellt wurde. Allerdings haben, unabhängig von der Pflegestufe, die von ambulanten Pflegediensten versorgten Pflegebedürftigen deutlich seltener eine erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz als solche in stationärer Pflege. Während bei 28 Prozent der von Pflegediensten versorgten Pflegebedürftigen in Pflegestufe I eine erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz festgestellt wurde, trifft dies auf 39 Prozent der Pflegebedürftigen in Pflegestufe II und 53 Prozent in Pflegestufe III zu.

Durchschnittlich nehmen 38 Prozent der von ambulanten Diensten betreuten Pflegebedürftigen ausschließlich Sachleistungen in Anspruch und 62 Prozent kombinieren Sachleistungen und Pflegegeld. Das Verhältnis von **Sach- zu Kombinationsleistungen** hat sich gegenüber dem Jahr 2010 weiter zugunsten der Kombinationsleistungen verschoben.

Durchschnittlich umfasst der **Personalbestand** in ambulanten Pflegediensten 2016 16,9 festangestellte Beschäftigte (in Vollzeit umgerechnet). Im Jahr 2010 umfasste der Personalbestand in ambulanten Pflegediensten durchschnittlich 14,5 in Vollzeit umgerechnete festangestellte Beschäftigte, d. h., ambulante Pflegedienste beschäftigen 2016 im Schnitt 2,4 Vollzeitkräfte mehr als im Jahr 2010, was angesichts der größeren Zahl an zu versorgenden Pflegebedürftigen nachvollziehbar ist.

Der Anteil der Fachkräfte mit 2- oder 3-jähriger Ausbildung an der Gesamtzahl der in der Pflege Beschäftigten ist bei ambulanten Pflegediensten recht hoch. Dies gilt unabhängig davon, ob alle beschäftigten Pflegepersonen, nur die vollzeitbeschäftigten Pflegepersonen oder die in Vollarbeitskräfte umgerechneten Pflegepersonen berücksichtigt werden. Da jedoch im Jahr 2016 der Anteil der Gesundheits- und Krankenpfleger/-innen niedriger ist als 2010, ohne dass dafür mehr Altenpfleger/-innen oder vergleichbares Fachpersonal eingestellt worden wäre, fällt die **Pflegefachquote** (bezogen auf die Vollarbeitskräfte) im Jahr 2016 mit 64 Prozent deutlich niedriger aus als 2010 und 1998 (2010: 74%, 1998: 77%).

Ähnlich wie im stationären Bereich, wenngleich auf etwas niedrigerem Niveau, ist die **Personalsituation** im ambulanten Bereich von mehr Personalbewegungen als 2010 gekennzeichnet.<sup>49</sup> In erster Linie sind damit Bewegungen in die ambulanten Dienste hinein gemeint, d. h. eine höhere Zahl von Pflegediensten hat mehr examiniertes und nicht examiniertes Pflegepersonal eingestellt als durch Abgänge verloren.

Im Hinblick auf die Situation des Pflegepersonals wird von den ambulanten Diensten ähnlich wie in 2010 auch weiterhin häufig kritisiert (58%), dass zu wenig Zeit für die Betreuung der Pflegebedürftigen bleibt und dass die Tätigkeit der Pflegekräfte in der Gesellschaft nicht die gebührende Anerkennung findet.

---

<sup>49</sup> Zu beachten ist, dass diese Zahlen nur etwas über die Entwicklung der Zahl der Beschäftigten, nicht jedoch über die Entwicklung des Beschäftigungsvolumens aussagen.

Knapp die Hälfte der Dienste verweist darüber hinaus darauf, dass die **Vergütungen** für die ambulanten Pflegedienstleistungen nicht kostendeckend seien (49%), 45 Prozent der Pflegedienste geben an, dass sie mit den Vergütungen ihre Kosten decken können und sechs Prozent haben dazu keine Angabe gemacht. Die von den ambulanten Diensten hierfür benannten Gründe haben sich im Zeitverlauf kaum geändert: Neben den zu knappen Zeitvorgaben, die keine angemessene, den Menschen berücksichtigende Pflege ermöglichen, werden zu hohe Personalkosten für qualifiziertes Personal genannt. Pflegedienste, die nach Verbandstarif bezahlen, können nach eigenen Angaben seltener kostendeckend arbeiten, als solche, die nicht nach Tarif bzw. nach Haustarif bezahlen. Daneben tragen hohe Dokumentationspflichten und lange (teils unbezahlte) Anfahrtswege zu einer Kostenunterdeckung bei. Nichtsdestotrotz plant die Mehrheit der ambulanten Dienste eine Aufstockung ihrer Kapazitäten, in erster Linie im ambulanten Bereich. Ein Drittel der Dienste mit teilstationären Angeboten möchte in diesem Bereich erweitern, 37 Prozent im Bereich der ambulant betreuten Wohngruppen.

## Fazit

Insgesamt betrachtet erscheint der Stand des inzwischen erzielten Ausbaus in der ambulanten professionellen Pflegeinfrastruktur in etwa angemessen. Es finden sich keine Befunde, die darauf hindeuten würden, dass Pflegebedürftige die ihnen zustehenden professionellen Hilfeleistungen mangels Angebot nicht nutzen könnten. Beklagt werden nach wie vor eine als zu gering erachtete finanzielle Vergütung sowie der zeitliche Druck, unter dem Pflegekräfte arbeiten müssen.

Mit 66 Prozent nimmt die große Mehrheit der häuslich betreuten Pflegebedürftigen ausschließlich die Geldleistungen der Pflegeversicherung als monatliche Regelleistung in Anspruch. Der Anteil ist allerdings auch weiterhin leicht rückläufig (2010: 70%, 1998: 78%). Angestiegen ist vor allem die Kombileistung, sprich die kombinierte Inanspruchnahme von Geld und Sachleistungen (2016: 20% zzgl. weiteren 4% mit teilstationären Leistungen), während eine reine Inanspruchnahme der monatlichen Regelleistungen der Pflegeversicherung in Form von Sachleistungen als Einsätze von Pflegediensten (2016: 9%) nach wie vor die Ausnahme bleibt (siehe dazu insgesamt Kapitel 3.4.1).

## 5 Pflegebedürftige in stationären Einrichtungen

Neben der einrichtungsbezogenen Befragung der Heimleitungen wurden in jeder der zufällig ausgewählten stationären Pflegeeinrichtungen sechs bewohnerbezogene Interviews durchgeführt (möglichst aus dem vollstationären Teil der Einrichtung).<sup>50</sup> In der Regel wurden die (Haupt-)Pflegerkräfte der zufällig ausgewählten Bewohnerinnen und Bewohner befragt. Die in diesem Abschnitt dargestellten Ergebnisse basieren ganz überwiegend auf den Ergebnissen dieser bewohnerbezogenen Repräsentativerhebung. Sofern Daten aus der einrichtungsbezogenen Befragung der Heimleitungen einbezogen werden, wird hierauf ausdrücklich hingewiesen. Weiterhin werden ergänzend Auswertungen aus den Routinedaten der BARMER GEK herangezogen.

### 5.1 Personelle Merkmale

#### 5.1.1 Alter und Geschlecht

Wie bereits 1999 und 2010 leben auch 2016 deutlich mehr Frauen als Männer in vollstationären Pflegeeinrichtungen. Allerdings ist der Männeranteil mit 29 Prozent im Jahr 2016 deutlich höher als 1998 und 2010, als 21 Prozent bzw. 23 Prozent der Bewohner Männer waren (Tabelle 5.1). Der zunehmende Männeranteil ist ein Indiz dafür, dass verstärkt diejenige Männergeneration ins Pflegealter kommt, die während des 2. Weltkriegs noch Kinder und Jugendliche waren und seltener dem Krieg zum Opfer fielen.

Daneben gilt, dass Frauen nach wie vor eine im Durchschnitt höhere Lebenserwartung haben und hochaltrige Männer seltener pflegebedürftig sind als Frauen derselben Altersgruppen. Nach wie vor groß ist der Unterschied in der Gruppe der 90-Jährigen und Älteren, allerdings sind mittlerweile in dieser Altersgruppe mehr Männer als 2010 pflegebedürftig (52 Prozent der Männer, aber 68 Prozent der Frauen, Amtliche Pflegestatistik 2013). Im Jahr 2010 waren noch 39 Prozent der über 90-jährigen Männer, aber 69 Prozent der Frauen in dieser Altersgruppe pflegebedürftig (Amtliche Pflegestatistik 2007).

Zieht man an dieser Stelle die Daten aus der einrichtungsbezogenen Befragung der Heimleitungen hinzu, so zeigt sich, dass auch 2016 lediglich in fünf Prozent der Einrichtungen mehr Männer als Frauen leben (2010: 5%). Allerdings weisen nur noch 18 Prozent der Einrichtungen einen Frauenanteil von 80 Prozent und mehr auf; 2010 war dies noch bei 47 Prozent der Einrichtungen der Fall. In der Hälfte der Einrichtungen liegt der Frauenanteil mittlerweile bei 74 Prozent oder darunter.

---

<sup>50</sup> Nur in Einzelfällen konnten nicht alle vorgesehenen personenbezogenen Interviews durchgeführt werden.



**Tabelle 5.1: Strukturmerkmale der Bewohnerinnen und Bewohner von vollstationären Pflegeeinrichtungen 1998, 2010 und 2016 (%)**

Basis: Repräsentativerhebung, Pflegebedürftige in vollstationären Pflegeeinrichtungen

	1998	2010	2016
<b>Geschlecht</b>			
Männer	21	23	29
Frauen	79	77	71
<b>Altersgruppen</b>			
Unter 60 Jahre	6	5	9
60 bis unter 75 Jahre	16	14	13
75 bis unter 90 Jahre	58	57	53
90 Jahre und älter	20	23	24
Durchschnittsalter	81	82	81
<b>Familienstand</b>			
Verheiratet		12	17
Verwitwet		66	58
Geschieden		7	8
Ledig		14	16
In eingetragener Lebenspartnerschaft lebend		0	0
<b>Kinder</b>			
Nein		29	30
Ja		70	68
1 Kind		42	45
2 Kinder		38	39
3 Kinder		14	11
4 Kinder und mehr		6	5
Durchschnitt		1,9	1,8

Fehlend zu 100 = Keine Angabe.

Die Bewohnerinnen und Bewohner in den Pflegeheimen sind im Schnitt 81 Jahre alt (2010: 82 Jahre). Frauen sind durchschnittlich 84 Jahre alt und damit erheblich älter als Männer, bei denen das Durchschnittsalter „nur“ 75 Jahre beträgt. Die Altersstruktur hat sich im Vergleich zu 2010 nur hinsichtlich der Altersgruppe „unter 60 Jahre“ verändert. Waren 2010 noch fünf Prozent der Pflegebedürftigen in vollstationären Pflegeeinrichtungen unter 60 Jahre alt, waren es 2016 neun Prozent. Die allermeisten dieser „jüngeren“ Pflegebedürftigen sind zwischen 40 und 59 Jahre alt, außerdem befinden sich unter den bis 60-jährigen Pflegebedürftigen viermal mehr Männer als Frauen.

Die Mehrheit der Bewohnerinnen und Bewohner sind verwitwet (58%), ein etwa gleich großer Anteil ist verheiratet bzw. ledig (17% bzw. 16%) und acht Prozent sind geschieden. 30 Prozent der Pflegebedürftigen haben keine Kinder, sofern sie Kinder haben, sind es im Durchschnitt 1,8 Kinder (2010: 1,9).

Am Versicherungsstatus der Bewohnerinnen und Bewohner haben sich im Vergleich zu 2010 keine Veränderungen ergeben. Wie im Jahr 2010 sind aktuell 93 Prozent der Bewohnerinnen und Bewohner in der sozialen Pflegeversicherung versichert und 6 Prozent in der privaten Pflegeversicherung. Wie auch bei den Pflegebedürftigen in Privathaushalten ist der Anteil derjenigen, die eine private Pflegezusatzversicherung abgeschlossen haben, mit zwei Prozent nach wie vor sehr niedrig.<sup>51</sup> Der geringe Anteil könnte mit dem überdurchschnittlich hohen Alter der Bewohnerinnen und Bewohner von vollstationären Pflegeeinrichtungen zusammenhängen.

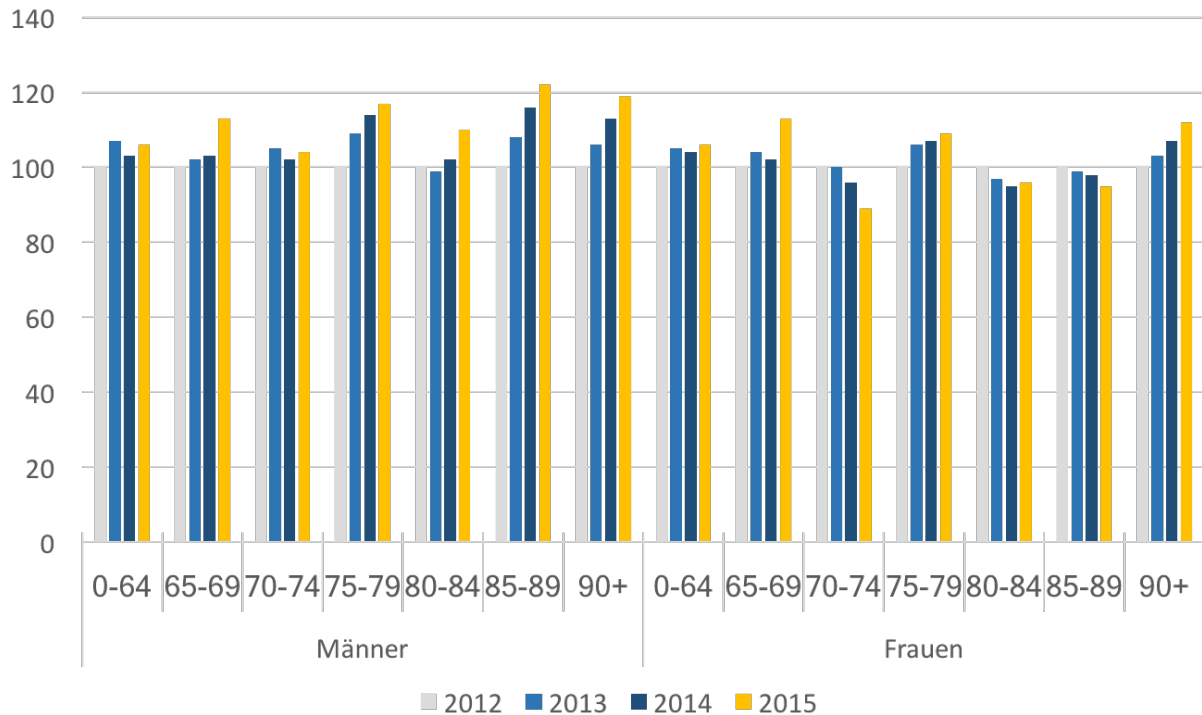
Die Erkenntnisse zum Geschlecht und Alter der Pflegebedürftigen in vollstationären Pflegeeinrichtungen decken sich dabei sowohl mit Auswertungen von BARMER-GEK-Routinedaten als auch mit Analysen langer Zeitreihen aus der Pflegestatistik (Rothgang et al. 2013: 184 ff.). Dabei zeigen erstere Daten, dass das Alter bei Heimeintritt von 2000 bis 2011 für beide Geschlechter keinerlei Veränderungen aufweist, die Schwere der Pflegebedürftigkeit im gleichen Zeitraum jedoch deutlich abnimmt. Die Pflegebedürftigen weisen somit im Zeitverlauf beim Heimeintritt durchschnittlich eine geringere Pflegestufe auf. Unterstützt wird dies durch die Pflegestatistiken der Jahre 1999 bis 2011, die ebenfalls für beide Geschlechter zeigen, dass die bevölkerungsstandardisierte Altersverteilung der Heimbewohner nahezu keine Veränderungen über die Zeit erkennen lässt.

In den aktuellen Analysen auf Basis der BARMER-GEK-Routinedaten (Abbildung 5.1) zeigen sich jedoch deutliche Verschiebungen in den Altersklassen der stationär versorgten Pflegebedürftigen. So weisen vor allem bei den Männern die meisten Altersklassen deutliche Steigerungen auf.

---

<sup>51</sup> Für 10 Prozent der Bewohnerinnen und Bewohner fehlt diese Angabe.

**Abbildung 5.1: Index auf Basis der Hochrechnung der Pflegebedürftigen (inkl. PS 0) in vollstationärer Pflege nach Alterskategorien und Geschlecht zum Basisjahr 2012**  
Basis: Versicherte der BARMER GEK, Hochrechnung auf die BRD, Erfassung über den Durchschnitt der ersten neun Monate des Jahres



Studie zur Wirkung des PNG und PSG I – Universität Bremen 2016

### Dauer des Aufenthaltes

Im Durchschnitt leben die Bewohnerinnen und Bewohner vollstationärer Pflegeeinrichtungen zum Befragungszeitpunkt seit 42 Monaten (3,5 Jahren) in der Einrichtung. Damit ist die durchschnittliche Aufenthaltsdauer seit 2010 um fünf Monate zurückgegangen. Betrachtet man den Zeitraum 1998 bis 2016, hat sie sich um insgesamt zehn Monate reduziert.<sup>52</sup> Während Pflegebedürftige mit Pflegestufe I im Schnitt 2,8 Jahre im Heim wohnen, leben Personen mit Pflegestufe II seit 3,8 Jahren dort und Personen mit Pflegestufe III seit 4,4 Jahren. Je höher die Pflegestufe, desto länger leben die Bewohnerinnen und Bewohner schon in der Pflegeeinrichtung.

<sup>52</sup> Diese im Querschnitt erhobenen Daten dürfen aber nicht mit der tatsächlichen Verweildauer vom Einzug bis zum Auszug bzw. Ableben der Bewohnerinnen und Bewohner verwechselt werden. Aufgrund der extrem unterschiedlichen Verweildauern, die die Bewohnerinnen und Bewohner aufweisen, lässt eine Querschnitterhebung zu einem bestimmten Stichtag keinen Rückschluss auf die tatsächliche zeitliche Belegungsstruktur über einen längeren Zeitraum zu. Tatsächlich würde bei einer Interpretation der Querschnittsdauer als Verweildauer der Anteil derjenigen, die nur sehr kurz, z. B. im Laufe eines Jahres, in der Einrichtung leben und deren Plätze im Zeitverlauf viel häufiger neu belegt werden, deutlich unterschätzt. Fragen zur Verweildauer wurden in der aktuellen Repräsentativerhebung nicht von den Einrichtungsleitungen erfragt.

## Heimübertritt

Die Wohnsituation von Bewohnerinnen und Bewohnern vor dem Einzug in die Pflegeeinrichtung stellt sich unterschiedlich dar. In den allermeisten Fällen – und unabhängig von der Pflegestufe – ziehen pflegebedürftige Personen aus einem Privathaushalt in eine vollstationäre Pflegeeinrichtung (81%, Tabelle 5.2), neun Prozent wohnten zuvor in Altenwohnheimen, anderen Pflegeheimen, ambulant betreuten Wohngruppen oder sonstigen Wohnformen.<sup>53</sup> Im Vergleich zu 2010 geben 2016 etwas weniger Menschen an, von Privathaushalten in die Pflegeeinrichtung gezogen zu sein (2010: 85%); stattdessen erfolgte der Umzug häufiger von anderen Wohnformen ins Heim.

Die Hälfte der Bewohnerinnen und Bewohner von Pflegeeinrichtungen wohnte vor dem Umzug in die Pflegeeinrichtung alleine in einem Haushalt (51%), 30 Prozent lebten in einem Haushalt mit mehreren Personen. Pflegebedürftige der Pflegestufe I ziehen häufiger aus Ein-Personen-Haushalten ins Heim als Pflegebedürftige der Stufen II und III, die zuvor öfter in Mehr-Personen-Haushalten lebten. Interpretiert man diese Befunde zur Herkunft im Verlauf, gilt nach wie vor, dass Alleinleben im Alter im Falle einer auftretenden Pflegebedürftigkeit einen erheblichen Risikofaktor für einen Heimübergang darstellt.

**Tabelle 5.2: Wohnort vor Aufnahme in die vollstationäre Pflegeeinrichtung nach Pflegestufe (%)**

Basis: Repräsentativerhebung, Pflegebedürftige in vollstationären Pflegeeinrichtungen

	Bewohner/innen insgesamt	Pflegestufe I	darunter: Pflegestufe II	Pflegestufe III
Im Privathaushalt, allein	51	57	49	44
Im Privathaushalt, mehrere Personen	30	25	32	37
In einem Altenwohnheim/Altenheim	2	2	3	2
In einer Einrichtung der Behindertenhilfe	1	1	1	0
In einer ambulant betreuten Wohngruppe	2	2	1	2
In einem anderen Pflegeheim	4	3	3	6
Sonstiges	3	4	2	2

Fehlend zu 100 = Keine Angabe.

Studie zur Wirkung des PNG und PSG I – TNS Infratest Sozialforschung 2016

<sup>53</sup> Für sieben Prozent der Pflegebedürftigen konnte die Pflegekraft keine Angabe zum vorherigen Wohnort machen.

Pflegebedürftige der Pflegestufe III sind zudem besonders häufig aus einer anderen Pflegeeinrichtung in die jetzige Einrichtung gekommen. Hierbei dürfte es sich zum Teil um einen Wechsel in eine Einrichtung handeln, die sich auf die Betreuung von Schwerstpflegebedürftigen spezialisiert hat. Aus einer ambulant betreuten Wohngruppe wechselten lediglich zwei Prozent der Bewohnerinnen und Bewohner ins Heim.

Häufig kommen Bewohnerinnen und Bewohner direkt aus einem Krankenhaus oder einer Übergangseinrichtung in die Pflegeeinrichtung. Die meisten wurden zuvor in einem Akutkrankenhaus behandelt (27%), weitere neun Prozent kamen aus einer Fachklinik (psychiatrische Klinik, Rehabilitationsklinik; Tabelle 5.3). In einer Übergangseinrichtung bzw. in der Kurzzeitpflege waren zuvor nur drei Prozent der Pflegebedürftigen untergebracht. Nur sehr vereinzelt kamen die Bewohnerinnen und Bewohner aus einer Einrichtung für chronisch Kranke in die Pflegeeinrichtung (0,3%, gerundet 0%). Für acht Prozent der Pflegebedürftigen wusste die Pflegefachkraft 2016 nicht, ob sie von einem Krankenhaus in die Einrichtung kam. Gut die Hälfte der Bewohnerinnen und Bewohner ist ohne unmittelbar vorangegangenen Krankenhausaufenthalt in das Pflegeheim gezogen (2016: 52%). Nennenswerte Unterschiede zwischen den einzelnen Pflegestufen bestehen nicht.

Der Anteil der Bewohnerinnen und Bewohner, die aus einem Akutkrankenhaus in eine Pflegeeinrichtung gewechselt sind, war nach den Ergebnissen der Erhebungen „Möglichkeiten und Grenzen selbstständiger Lebensführung in Einrichtungen“ (MuG II: 1994, MuG IV: 2005) vor allen Dingen zwischen 1994 und dem Jahr 2005 angestiegen. Im Jahr 1994 wechselten 19 Prozent von einem Akutkrankenhaus ins Heim, 2005 waren es 24 Prozent (Schneekloth & Wahl, 2009). Im Jahr 2016 macht der Anteil der Pflegebedürftigen, die von einem Akutkrankenhaus in die Pflegeeinrichtung wechselte, 27 Prozent aus. Der Anteil derjenigen, die aus Reha-Kliniken oder einer psychiatrischen Klinik direkt in ein Heim wechselten, entwickelte sich (auf niedrigem Niveau) unterschiedlich. Zwischen 1994 und 2005 war der Anteil angestiegen, im Jahr 2010 dann in etwa konstant geblieben. Im Jahr 2016 liegt dieser mit neun Prozent nun wieder etwas niedriger.

Umgekehrt betrachtet kamen 1994 noch 70 Prozent der Bewohnerinnen und Bewohner nicht direkt aus einem Krankenhaus in die Einrichtung, 2005 nur noch 59 Prozent. Bezogen auf die Pflegebedürftigen waren es in 2010 nur noch 54 Prozent und in 2016 dann 52 Prozent, die nicht aus einem Krankenhaus in eine vollstationäre Pflegeeinrichtung gewechselt sind. Dieser Effekt dürfte vor allen Dingen mit der systematischen Verkürzung der Aufenthaltsdauer in einem Krankenhaus sowie der Verringerung von Fehlbelegungen insbesondere in psychiatrischen Kliniken und Übergangseinrichtungen zusammenhängen.

**Tabelle 5.3: Übergang aus einem Krankenhaus in vollstationäre Pflegeeinrichtungen im Zeitverlauf (%)**

Basis: Repräsentativerhebung, Pflegebedürftige in vollstationären Pflegeeinrichtungen

	1994 (MuG II) <sup>1)</sup>	2005 (MuG IV) <sup>1)</sup>	2010	2016
Kein Übergang aus einem Krankenhaus	70	59	54	52
Akutkrankenhaus	19	24	26	27
Psychiatrische Klinik	6	5	6	4
Rehabilitationsklinik	1	6	6	5
Übergangseinrichtung/Kurzzeitpflege <sup>2)</sup>			2	3
Einrichtung für chronisch Kranke			0	0
Sonstiges	1	2	-	-
Keine Angabe	-	-	5	8

<sup>1)</sup> Basis: Alle Bewohnerinnen und Bewohner

<sup>2)</sup> Erstmals 2016 erhoben.

Studie zur Wirkung des PNG und PSG I – TNS Infratest Sozialforschung 2016

### Sozialhilfebezug

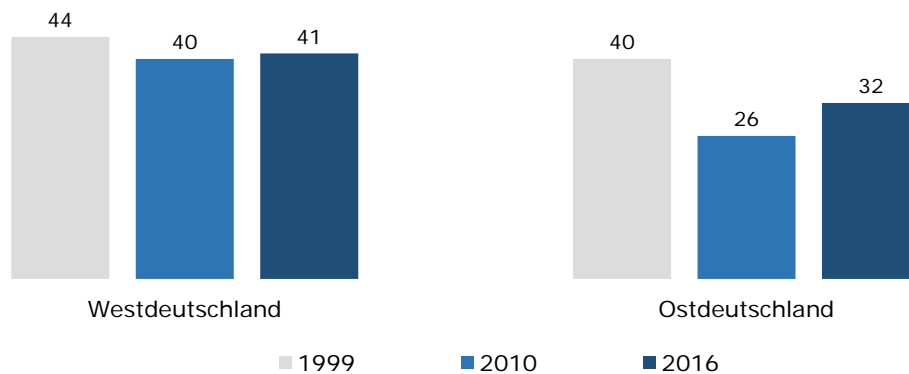
Nicht alle Pflegebedürftigen in vollstationären Pflegeeinrichtungen können die selbst zu tragenden Kosten aus eigenen Mitteln finanzieren. Bezieht man sich an dieser Stelle auf alle pflegebedürftigen Personen mit Pflegestufe I bis III, dann sind 40 Prozent der Pflegebedürftigen auf anteilige oder komplette Übernahme der Kosten durch das Sozialamt bzw. die Kriegsopferfürsorge angewiesen. In Ostdeutschland betrifft dies 32 Prozent der Pflegebedürftigen, im Westen 41 Prozent (Abbildung 5.2).<sup>54</sup>

<sup>54</sup> 51 Prozent sind Selbstzahler und für neun Prozent der Bewohner liegt hierzu keine Angabe vor. Die Erhebungsergebnisse weichen von den auf Basis der Statistik der Sozialhilfe errechneten Anteilen ab. Teilt man die Anzahl der Empfänger von Hilfe zur Pflege in Einrichtungen durch die in der Pflegestatistik ausgewiesene Zahl der Pflegebedürftigen in stationären Einrichtungen, so ergibt sich eine Quote von rund 36 Prozent (vgl. dazu Kapitel 1.2.2). Abgesehen davon, dass hierbei die rd. 10 Tsd. Empfänger von Hilfe zur Pflege im Rahmen der Kriegsopferfürsorge nicht enthalten sind, können diese Abweichungen auch durch unterschiedliche Zeitbezüge zustande kommen. Lt. Statistik der Sozialhilfe (Statistisches Bundesamt 2015c) erhielten im Jahr 2013 insgesamt 320 Tsd. Personen Hilfe zur Pflege in Einrichtungen. Für das Jahresende werden hingegen 244 Tsd. ausgewiesen. Weitere 76 Tsd. erhielten hingegen im Jahresverlauf 2013 ebenfalls Hilfe zur Pflege, wobei der Bezug aber während des Jahres beendet wurde (davon 37 Prozent mit einem Bezug von weniger als einem Jahr).

Besonders häufig übernimmt das Sozialamt bzw. die Kriegsopferfürsorge für Pflegebedürftige der Stufe III die Kosten für die Unterbringung in einer Pflegeeinrichtung (50%), in Pflegestufe II zu 34 Prozent und in Pflegestufe I zu 40 Prozent (Abbildung 5.3).

**Abbildung 5.2: Pflegebedürftige mit Sozialhilfebezug in vollstationären Einrichtungen nach West- und Ostdeutschland 1999, 2010 und 2016 (%)**

Basis: Repräsentativerhebung, Pflegebedürftige in vollstationären Pflegeeinrichtungen



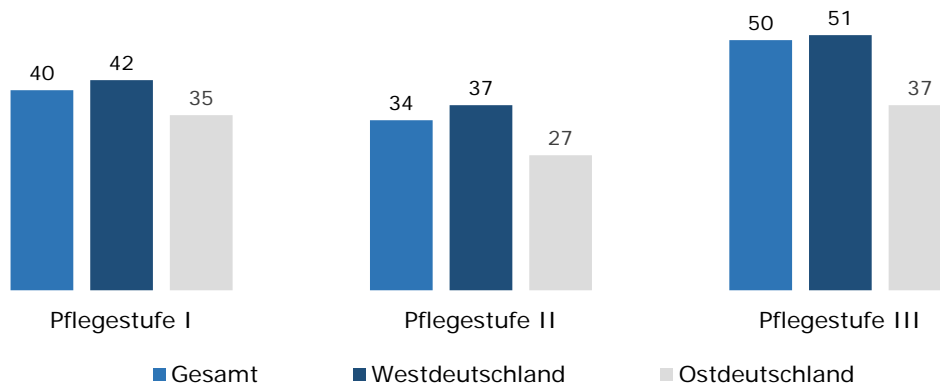
Studie zur Wirkung des PNG und PSG I – TNS Infratest Sozialforschung 2016

Vergleicht man die aktuellen Ergebnisse mit denjenigen der zwei vorangegangenen Repräsentativerhebungen, so sind im Jahr 2016 mit 44 Prozent inzwischen wieder etwas mehr Pflegebedürftige der Stufen I bis III auf staatliche finanzielle Unterstützung angewiesen als mit 43 Prozent im Jahr 1999, also relativ zu Beginn der Einführung der Pflegeversicherung. In Westdeutschland liegt der Anteil höher als in 1999, in Ostdeutschland hingegen momentan noch etwas niedriger. Von 1999 auf 2010 war der Anteil der Sozialhilfebezieher vor allem in Ostdeutschland deutlich und in Westdeutschland noch leicht gesunken. Seitdem hat sich die Entwicklung aber spürbar umgekehrt. Ein Aufenthalt in einer stationären Pflegeeinrichtung ist inzwischen wieder bei fast jeder zweiten pflegebedürftigen Person mit einem Bezug von Sozialhilfe verbunden.

Waren im Jahr 1999, also relativ zu Beginn der Einführung der Pflegeversicherung, nach den Ergebnissen der Repräsentativerhebungen 43 Prozent der Pflegebedürftigen auf staatliche Unterstützung angewiesen, traf dies im Jahr 2010 auf 37 Prozent der Heimbewohner mit Pflegestufe I bis III zu – ein deutlicher Effekt der Pflegeversicherung, die das Ziel hatte, den Anteil der Sozialhilfeabhängigkeit im Fall einer Pflegebedürftigkeit zu verringern. Im Jahr 2016 sind mit 40 Prozent allerdings etwas mehr Pflegebedürftige auf Sozialhilfe angewiesen als im Jahr 2010, was insbesondere auf die Entwicklung in Ostdeutschland zurückzuführen ist (Abbildung 5.2). In Westdeutschland beziehen relativ konstant 41 Prozent der Heimbewohner (anteilig) Sozialhilfe.

**Abbildung 5.3: Pflegebedürftige der Pflegestufen I bis III mit Sozialhilfebezug in vollstationären Einrichtungen, 2016 (%)**

Basis: Repräsentativerhebung, Pflegebedürftige in vollstationären Pflegeeinrichtungen



Studie zur Wirkung des PNG und PSG I – TNS Infratest Sozialforschung 2016

### 5.1.2 Pflegestufen

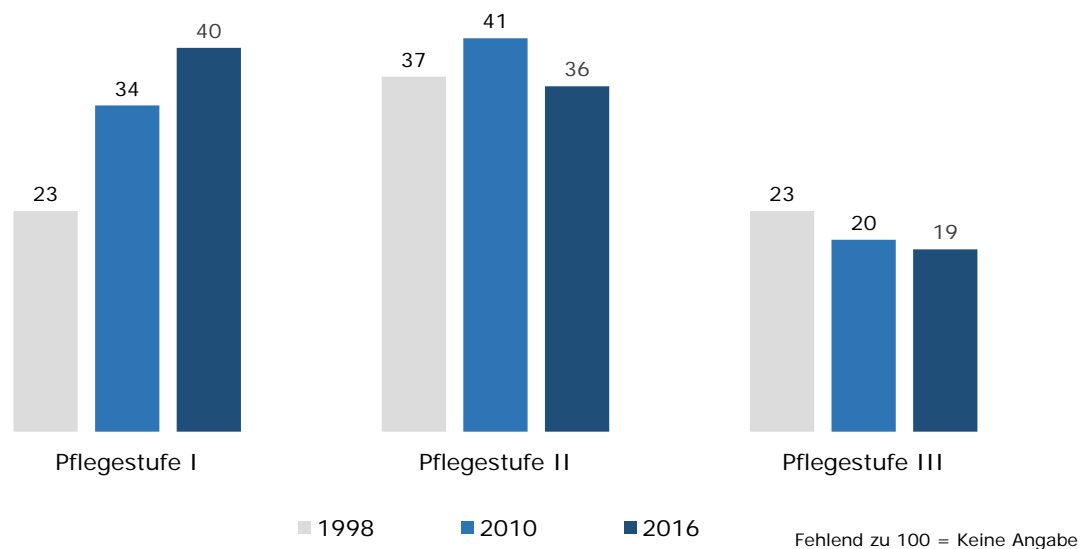
Die allermeisten Bewohnerinnen und Bewohner von Pflegeeinrichtungen beziehen Leistungen der Pflegeversicherung (95%). Nur fünf Prozent der Bewohnerinnen und Bewohner sind nicht pflegebedürftig im Sinne der §§ 14 und 15 SGB XI. 1998 waren es noch 17 Prozent (Abbildung 5.4). Als Grund hierfür wird darauf verwiesen, dass sonstige Wohnformen wie betreutes Wohnen, Wohnen mit Service und Wohngemeinschaften für ältere Menschen seit Einführung der Pflegeversicherung zunehmend in einem eigenen und dem ambulanten Sektor zuzuordnenden Segment angeboten werden (Schneekloth & Wahl 2009).

Drei Viertel der Bewohnerinnen und Bewohner sind den Pflegestufen I (40%) und II (36%) zugeordnet. Etwa ein Fünftel der Bewohnerinnen und Bewohner ist in Pflegestufe III eingestuft. Im Zeitverlauf betrachtet sind 2016 deutlich mehr Bewohnerinnen und Bewohner der Pflegestufe I zugeordnet; ihr Anteil lag 1998 noch bei 23 Prozent und 2016 bei 40 Prozent. Von allen männlichen Leistungsempfängern ist fast die Hälfte in Pflegestufe I eingestuft, bei den Frauen sind es 40 Prozent. In Pflegestufe II befinden sich 2016 – nach einem höheren Anteil in 2010 – in etwa gleich viele Pflegebedürftige wie 1998 (36%). Ähnlich wie im Jahr 2010 ist 2016 knapp jeder fünfte Bewohner in Pflegestufe III eingruppiert (2016: 19%). Sowohl in Pflegestufe II als auch III sind etwas mehr Frauen als Männer eingestuft, d. h. Frauen sind – wohl auch aufgrund ihres im Schnitt höheren Alters – nicht nur insgesamt häufiger pflegebedürftig, sondern benötigen auch etwas häufiger als Männer intensivere Pflege.



**Abbildung 5.4: Pflegestufen der Bewohnerinnen und Bewohner von vollstationären Pflegeeinrichtungen 1998, 2010 und 2016 (%)**

Basis: Repräsentativerhebung, Pflegebedürftige in vollstationären Pflegeeinrichtungen

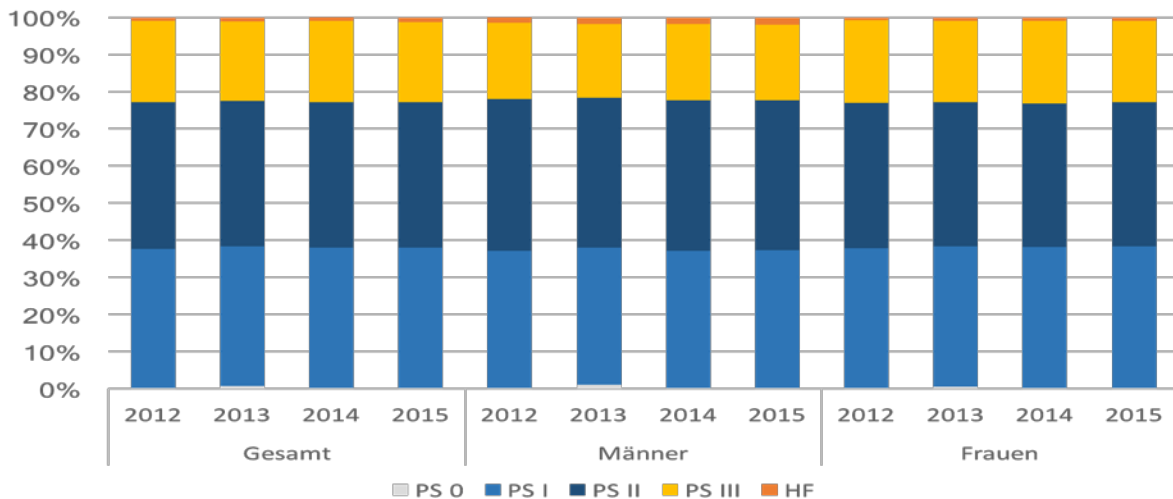


Studie zur Wirkung des PNG und PSG I – TNS Infratest Sozialforschung 2016

Eine sehr ähnliche Verteilung der Pflegestufen ergibt sich bei der Betrachtung der bundesweiten Pflegestufenstruktur auf Basis der Routinedaten der BARMER GEK. Die für das Jahr 2015 ausgewiesenen Werte zeigen mit 38 Prozent in Pflegestufe I, rund 39 Prozent in Pflegestufe II und 22 Prozent in Pflegestufe III (Abbildung 5.5) nur eine maximale Abweichung von drei Prozentpunkten. Auffällig ist jedoch, dass der Anteil der Bewohner in Pflegestufe 0 in diesem Fall in allen Jahren unterhalb von einem Prozent liegt und für 2015 nur noch 0,1 Prozent beträgt.

### Abbildung 5.5: Verteilung nach Pflegestufen in vollstationärer Pflege

Basis: Versicherte der BARMER GEK, Erfassung über den Durchschnitt der ersten neun Monate des Jahres, Hochrechnung auf die BRD



Studie zur Wirkung des PNG und PSG I – Universität Bremen 2016

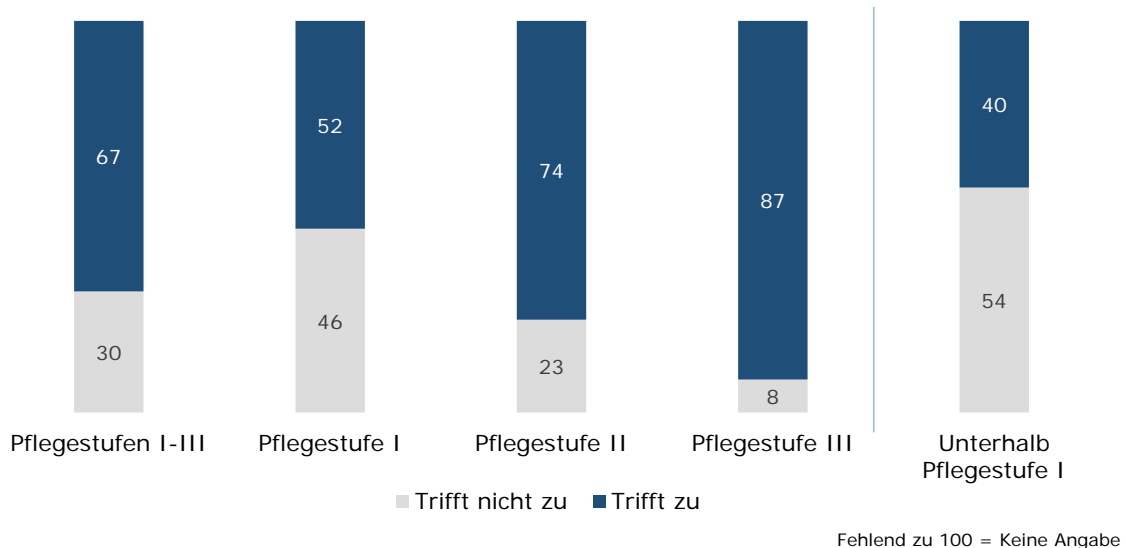
Darüber hinaus zeigt sich deutlich, dass die Pflegestufenstruktur innerhalb vollstationärer Einrichtungen in den betrachteten vier Jahren 2012 bis 2015 äußerst stabil geblieben ist. Es zeigen sich nur marginale Veränderungen von unter einem Prozentpunkt im Jahresvergleich zwischen den einzelnen Pflegestufen. Nahezu keine Unterschiede lassen sich auch im Geschlechtervergleich erkennen. Über alle Pflegestufen betrachtet weisen Männer und Frauen nahezu identische Anteilswerte auf. Lediglich zwischen Pflegestufe II und Pflegestufe III liegt eine geringe Differenz vor. Hier zeigen Frauen um rund 1,5 Prozentpunkte niedrigere Anteile in PS II, dafür jedoch höhere Anteile in Pflegestufe III in etwa demselben Umfang.

### Erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz nach § 45a SGB XI

Eine erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz liegt vor, wenn eine Person auf Grund von demenzbedingten Fähigkeitsstörungen, einer geistigen Behinderung oder von psychischen Erkrankungen in der Ausführung der Aktivitäten des täglichen Lebens auf Dauer beeinträchtigt ist und deshalb regelmäßig und dauerhaft beaufsichtigt und betreut werden muss. Insgesamt betrachtet bekamen zwei von drei Leistungsempfängern der Pflegeversicherung eine erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz nach § 45a anerkannt (Abbildung 5.6). Je höher die Pflegestufe ist, desto höher ist auch der Anteil an Personen, die die entsprechenden Kriterien für die Anerkennung einer erheblich eingeschränkten Alltagskompetenz erfüllen: In Pflegestufe III trifft dies sogar auf 87 Prozent der Bewohnerinnen und Bewohner von Pflegeeinrichtungen zu. Immerhin 40 Prozent derjenigen Personen, die keine Leistungen der Pflegeversicherung beziehen, aber einen Hilfebedarf im Bereich der Grundpflege und hauswirtschaftlichen Versorgung haben, bekamen eine erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz (§ 45a) anerkannt. Männer sind von einer eingeschränkten Alltagskompetenz häufiger betroffen als Frauen (72% bzw. 65%).

**Abbildung 5.6: Anerkennung einer erheblich eingeschränkten Alltagskompetenz nach § 45a, 2016 (%)**

Basis: Repräsentativerhebung, Pflegebedürftige in vollstationären Pflegeeinrichtungen



Studie zur Wirkung des PNG und PSG I – TNS Infratest Sozialforschung 2016

### Neu- bzw. Folgebegutachtung durch den MDK und Einstufung in niedrigere Pflegestufe

Die Mehrheit der Bewohnerinnen und Bewohner von Pflegeeinrichtungen haben zum Erhebungszeitpunkt keine Neu- bzw. Folgebegutachtung durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen erhalten (61%, Tabelle 5.4). In 36 Prozent der Fälle hat eine Neubegutachtung stattgefunden, meist wurde die pflegebedürftige Person im Zuge der Neubegutachtung nicht in eine niedrigere Pflegestufe eingestuft. Vier Prozent aller Pflegebedürftigen wurden daraufhin in eine niedrigere Pflegestufe eingruppiert. Bezogen auf alle Begutachtungsfälle konnten zehn Prozent der Bewohnerinnen und Bewohner in eine niedrigere Pflegestufe eingruppiert werden.

Nach Pflegestufe betrachtet fanden bei Pflegebedürftigen der Pflegestufen II und III die meisten Neubegutachtungen statt (46% bzw. 44%). Dagegen wurden nur 23 Prozent der Personen in Pflegestufe I und 14 Prozent der Personen ohne Leistungen der Pflegeversicherung Neubegutachtet. Eine Einstufung in eine niedrigere Pflegestufe war bei Pflegebedürftigen der Pflegestufe III in der Regel nicht möglich, oder aber die Neueinstufung war zum Befragungszeitpunkt bereits umgesetzt und die Person befand sich bereits in der niedrigeren Pflegestufe. Vier Prozent der zum Befragungszeitpunkt in Pflegestufe II befindlichen Personen konnten nach der Neubegutachtung in eine niedrigere Stufe eingestuft werden und sechs Prozent der in Stufe I befindlichen. Betrachtet man lediglich die neu begutachteten Fälle, waren sieben Prozent der Pflegebedürftigen in Pflegestufe II und 21 Prozent der Pflegebedürftigen in Pflegestufe I einer niedrigeren Pflegestufe zugeordnet worden.

**Tabelle 5.4: Neu- bzw. Folgebegutachtung durch MDK und Einstufung in niedrigere Pflegestufe (%)**

Basis: Repräsentativerhebung, Pflegebedürftige in vollstationären Pflegeeinrichtungen

	Pflege- stufen I – III	Pflege- stufe I	Pflege- stufe II	Pflege- stufe III
<b>Einstufung in eine niedrigere Pflegestufe im Rahmen einer Neubegutachtung</b>				
Nein, eine Begutachtung hat bisher nicht stattgefunden	61	75	50	53
Nein, die Person wurde begutachtet, jedoch in keine niedrigere Pflegestufe eingestuft	32	17	42	43
Ja, Person wurde begutachtet und in eine niedrigere Pflegestufe eingruppiert	4	6	4	1
Keine Angabe	3	2	4	3

Studie zur Wirkung des PNG und PSG I – TNS Infratest Sozialforschung 2016

Sofern pflegebedürftige Personen vom MDK in eine niedrigere Pflegestufe eingestuft werden, erhält die Einrichtung von der Pflegekasse hierfür eine Bonuszahlung in Höhe von (zum Berichtszeitpunkt) 1.597 Euro für erfolgreiche aktivierende oder rehabilitierende Maßnahmen. Der Erhalt der Bonuszahlung wurde für 65 Prozent der neu eingestuften Fälle bestätigt, davon in den meisten Fällen innerhalb der letzten zwölf Monate (77%). In 35 Prozent der Fälle war die Zahlung (noch) nicht erfolgt.

## 5.2 Pflegerische Versorgung und Betreuung

### 5.2.1 Leistungen im Bereich der pflegerischen Versorgung und der Hauswirtschaft

Die Einstufung in eine der drei Pflegestufen ist abhängig vom Bedarf an Unterstützung in den Bereichen Grundpflege (Körperpflege, Ernährung, Mobilität) und hauswirtschaftliche Versorgung. Im Einzelnen muss folgender Hilfebedarf vorliegen, damit die pflegebedürftige Person der entsprechenden Pflegestufe zugeordnet wird:

- Pflegestufe I:  
mindestens einmal täglich Hilfen bei wenigstens zwei Verrichtungen aus einem oder mehreren Bereichen der Grundpflege (Körperpflege, Ernährung oder Mobilität) sowie mehrfach in der Woche Hilfen bei der hauswirtschaftlichen Versorgung. Der Zeitaufwand muss im Durchschnitt mindestens 90 Minuten täglich betragen, auf die Grundpflege müssen davon mehr als 45 Minuten entfallen.

- Pflegestufe II:  
mindestens dreimal täglich zu verschiedenen Tageszeiten Hilfen bei der Grundpflege (Körperpflege, Ernährung oder Mobilität) und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfen bei der hauswirtschaftlichen Versorgung. Der Zeitaufwand muss im Durchschnitt mindestens drei Stunden täglich betragen; hiervon müssen auf die Grundpflege mindestens zwei Stunden entfallen
- Pflegestufe III:  
rund um die Uhr, auch nachts, Hilfen der Grundpflege und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfen bei der hauswirtschaftlichen Versorgung. Der Zeitaufwand muss mindestens fünf Stunden betragen; hierbei müssen auf die Grundpflege mindestens vier Stunden entfallen.

Das Ausmaß, in dem Pflegebedürftige Hilfe- und Pflegeleistungen erhalten, spiegelt die Voraussetzungen der einzelnen Pflegestufen wider. Die Mehrzahl der Pflegebedürftigen erhält mehrfach täglich Unterstützung bei der bei der Körperpflege (79%), bei der Zubereitung von Mahlzeiten (77%), beim Toilettengang (65%), bei der nächtlichen Betreuung (61%) sowie bei der medizinischen Behandlungspflege (53%, Tabelle 5.5). Je höher die Pflegestufe, desto mehr Pflegebedürftige benötigen in der Regel Unterstützung: Während nur 59 Prozent der Pflegebedürftigen der Pflegestufe I mehrfach täglich Hilfen bei der Körperpflege bekommen, gilt dies für fast alle Pflegebedürftigen der Pflegestufe III (99%). Besonders stark differiert der Hilfebedarf nach Pflegestufen bei der Nahrungsaufnahme (50% insgesamt mit mehrmals täglichem Hilfebedarf). Hier benötigt nur knapp jeder vierte Pflegebedürftige mit Pflegestufe I mehrfach täglich Unterstützung (24%), aber 90% der Pflegebedürftigen mit Pflegestufe III. Auch bei der nächtlichen Unterstützung wird mit steigender Pflegestufe ein höherer Hilfe- und Betreuungsbedarf deutlich (45% mehrfache Hilfe in der Nacht in Pflegestufe I, 81% mehrmalige Hilfe in der Nacht in Pflegestufe III).

Dagegen ist bei der medizinischen Behandlungspflege der Umfang des Hilfe- und Pflegebedarfs in allen drei Pflegestufen ähnlich stark ausgeprägt. 46 Prozent der Personen mit Pflegestufe I benötigen mehrmals am Tag Hilfe, bei den Personen mit Pflegestufe III sind es 59 Prozent.<sup>55</sup> Vergleicht man die Angaben der Einrichtungsleitungen zum Umfang der wöchentlich erbrachten medizinischen Behandlungspflege mit den Angaben der Pflegekräfte, ergeben sich kaum Differenzen: Laut Einrichtungsleitungen erhalten 70 Prozent der Bewohnerinnen und Bewohner wöchentlich medizinische Behandlungspflege; die Pflegekräfte gaben an, dass 69 Prozent der Pflegebedürftigen mindestens einmal wöchentlich medizinische Behandlungspflege erhalten.

---

<sup>55</sup> In diesem Punkt ist auch der Unterschied zwischen Pflegebedürftigen mit und ohne Leistungen der Pflegeversicherung weniger stark ausgeprägt als bei anderen Hilfe- und Pflegeleistungen.

**Tabelle 5.5: Von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der vollstationären Pflegeeinrichtung erhaltene Hilfe- und Pflegeleistungen nach Pflegestufe (%)**

Basis: Repräsentativerhebung, Pflegebedürftige in vollstationären Pflegeeinrichtungen

	Mehrfach täglich	Einmal täglich	Ein- oder mehrmals wöchent- lich	Seltener bzw. nie/ trifft nicht zu
<b>Körperpflege (z. B. Waschen, Ankleiden usw.)</b>				
Pflegebedürftige insgesamt	79	12	4	4
Pflegestufe I	59	25	7	8
Pflegestufe II	91	5	2	1
Pflegestufe III	99	0	0 <sup>1)</sup>	0
<b>Unterstützung beim Essen</b>				
Pflegebedürftige insgesamt	50	2	1	46
Pflegestufe I	24	1	0 <sup>1)</sup>	71
Pflegestufe II	57	2	1	38
Pflegestufe III	90	0	1	7
<b>Hilfe beim Toilettengang</b>				
Pflegebedürftige insgesamt	65	3	1	29
Pflegestufe I	38	4	3	42
Pflegestufe II	83	3	1	11
Pflegestufe III	87	2	-	11
<b>Medizinische Behandlungspflege</b>				
Pflegebedürftige insgesamt	53	12	4	26
Pflegestufe I	46	15	4	32
Pflegestufe II	57	11	5	22
Pflegestufe III	59	10	5	21
<b>Mahlzeiten zubereiten</b>				
Pflegebedürftige insgesamt	77	2	1	18
Pflegestufe I	65	3	2	28
Pflegestufe II	84	3	1	12
Pflegestufe III	91	-	-	9
<b>Putzen oder Einkaufen</b>				
Pflegebedürftige insgesamt	20	31	12	31
Pflegestufe I	16	29	16	34
Pflegestufe II	21	32	10	30
Pflegestufe III	25	34	6	26

(Fortsetzung Tabelle 5.5)

	Mehrfach täglich	Einmal täglich	Ein- oder mehrmals wöchent- lich	Seltener bzw. nie/ trifft nicht zu
<b>Besuche außerhalb der Einrichtung machen</b>				
Pflegebedürftige insgesamt	2	1	12	84
Pflegestufe I	1	2	14	82
Pflegestufe II	2	1	13	85
Pflegestufe III	4	1	5	89
<b>Hilfe bei Behördengängen oder Ähnlichem</b>				
Pflegebedürftige insgesamt	2	0 <sup>1)</sup>	1	91
Pflegestufe I	1	1	2	93
Pflegestufe II	2	0 <sup>1)</sup>	2	90
Pflegestufe III	3	0 <sup>1)</sup>	0	88
<b>Soziale Betreuung</b>				
Pflegebedürftige insgesamt	44	25	15	11
Pflegestufe I	37	28	19	14
Pflegestufe II	47	24	15	10
Pflegestufe III	53	23	9	9
<b>Zusätzliche Betreuung nach § 87b</b>				
Pflegebedürftige insgesamt	39	25	13	17
Pflegestufe I	27	26	16	25
Pflegestufe II	45	24	12	12
Pflegestufe III	55	26	8	9
<b>Betreuung in der Nacht</b>				
Pflegebedürftige insgesamt	61	14	0	20
Pflegestufe I	45	23	1	28
Pflegestufe II	68	8	0	18
Pflegestufe III	81	7	0 <sup>1)</sup>	7

<sup>1)</sup> Nennungen unter 0,5 Prozent.

Fehlend zu 100 = keine Angabe.

Studie zur Wirkung des PNG und PSG I – TNS Infratest Sozialforschung 2016

Mindestens einmal täglich erhalten die Pflegebedürftigen Hilfe beim Putzen und Einkaufen (51%). Da die Zimmer der Pflegebedürftigen üblicherweise durch hauswirtschaftliches Personal der Pflegeeinrichtungen oder auch durch ein externes Reinigungsunternehmen geputzt werden, ist davon auszugehen, dass der Anteil der Pflegebedürftigen, die diese Leistungen erhalten, von den Auskunft gebenden Pflegekräften eher unterschätzt wird.

Weit über die Hälfte der Pflegebedürftigen erhalten mindestens einmal pro Tag soziale Betreuung (69%) sowie Unterstützung durch eine zusätzliche Betreuungskraft nach § 87b (64%). Auch bei den Betreuungsleistungen gilt, dass mit steigender Pflegestufe auch die Häufigkeit der Leistungserbringung ansteigt. Allerdings profitieren auch die Pflegebedürftigen der Pflegestufe I mehrheitlich mindestens einmal pro Tag von sozialer Betreuung sowie zusätzlicher Betreuung nach § 87b SGB XI (65% bzw. 53%).

Regelmäßige Unterstützung bei Besuchen außerhalb der Einrichtung oder Behördenbesuchen spielen bei den Leistungen nach wie vor kaum eine Rolle.

Im Vergleich zu 2010 sind die berichteten Häufigkeiten zu den professionell erbrachten Hilfen rückläufig. Je nach Hilfebereich liegt der Anteil der Pflegebedürftigen, die mehrfach täglich oder täglich entsprechende Hilfen bekommen, im Bereich von drei bis sieben Prozentpunkten unter den Angaben von 2010. Etwas häufiger betrifft dies Pflegebedürftige mit Pflegestufen I und in etwas geringerer Ausprägung auch die Pflegestufe II. Aus unserer Sicht sollten diese Ergebnisse aber nicht überbewertet werden. Ein möglicher Grund hierfür könnte auch darin liegen, dass in der aktuellen Stichprobe inzwischen mehr Einrichtungen mit besonderen Betreuungskonzepten jenseits der klassischen vollstationären Pflege einbezogen sind. Derartige Konzepte basieren darauf, Hilfen weniger routinisiert und stattdessen individueller und zielgenauer vorzusehen. Dies kann im positiven Fall dazu führen, dass aus der Sicht der professionellen Pflegekräfte der tatsächliche Unterstützungsbedarf in bestimmten Bereichen differenzierter eingeschätzt wird oder sogar weniger häufig erforderlich ist.

Bemerkenswerterweise gilt der berichtete Rückgang in den professionell gewährten Hilfeleistungen nicht für die soziale Betreuung insgesamt. In 2010 erhielten 52 Prozent der Pflegebedürftigen mehrfach täglich, weitere 15 Prozent einmal täglich, sowie 15 Prozent ein- bis mehrfach pro Woche Hilfen zur sozialen Betreuung. In 2016 sind es ebenfalls 52 Prozent, die mehrfach täglich, hingegen weitere 27 Prozent, die täglich, sowie zehn Prozent, die ein- bis mehrfach pro Woche soziale Betreuung (inkl. zusätzliche Betreuung nach § 87b) erhalten. Dieser Anstieg dürfte hauptsächlich darauf zurückzuführen sein, dass inzwischen und vor dem Hintergrund des PSG I die Zahl der zusätzlichen Betreuungskräfte in den Einrichtungen weiter erhöht werden konnte, so dass deutlich mehr Pflegebedürftige in Einrichtungen davon profitieren können.

### **5.2.2 Zusätzliche Betreuungskräfte nach § 87b SGB XI**

Mit dem Pflege-Weiterentwicklungsgesetz wurden Mitte 2008 die Leistungen der gesetzlichen Pflegeversicherung für Menschen mit demenzbedingten Fähigkeitsstörungen, geistiger Behinderung oder psychischen Erkrankungen ausgeweitet und in den Folgejahren weiterentwickelt. So besteht seit 2013 auch für teilstationäre Einrichtungen die Möglichkeit, zusätzliche Betreuungskräfte einzusetzen. Ferner haben mit dem PSG I alle Bewohner stationärer Pflegeeinrichtungen Anspruch auf Betreuung und Aktivierung durch zusätzliche Betreuungskräfte nach § 87b SGB XI und nicht nur solche mit

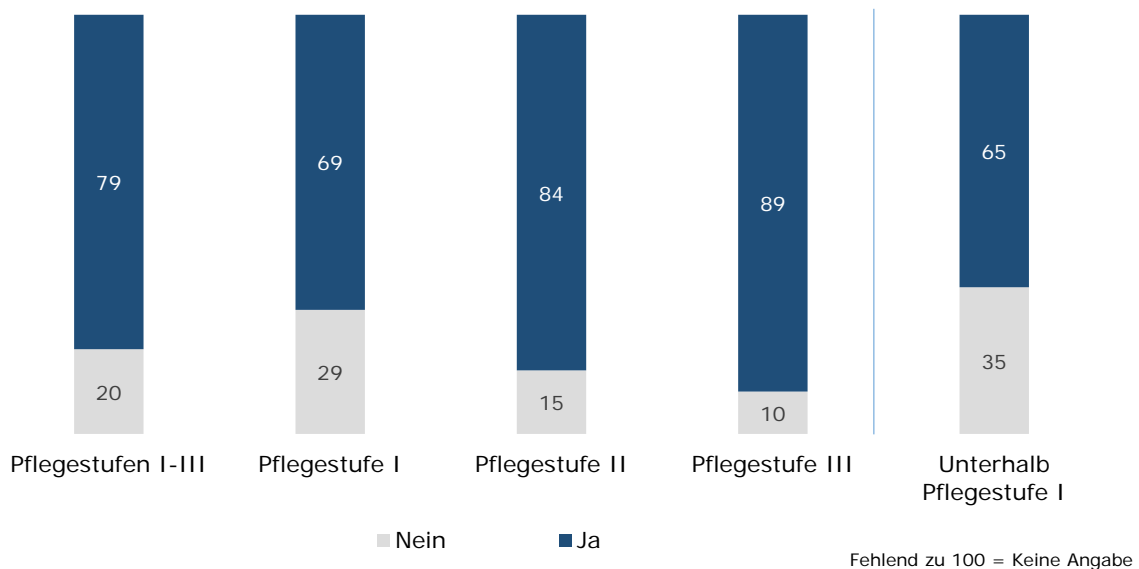


einem anerkannten erheblichen Bedarf an allgemeiner Betreuung und Aktivierung. Stationäre Pflegeeinrichtungen können hierfür zusätzliches sozialversicherungspflichtiges Betreuungspersonal einstellen und Zuschläge zur Pflegevergütung erhalten. Wurden bei Einführung des Gesetzes zunächst für jeweils 25 Pflegebedürftige mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz die Kosten für eine zusätzliche Betreuungskraft (Vollzeit) übernommen, kann seit 2015 für jeweils 20 Pflegebedürftige (dabei nun auch ohne erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz) eine zusätzliche Betreuungskraft finanziert werden. Aufgabe der Betreuungskräfte ist es u. a., in enger Kooperation mit den Pflegekräften bei alltäglichen Aktivitäten wie Spaziergängen, Gesellschaftsspielen, Lesen, Basteln usw. zu begleiten und zu unterstützen.

Ein großer Teil der Pflegebedürftigen in vollstationären Pflegeeinrichtungen wird von zusätzlichen Betreuungskräften nach § 87b unterstützt (79%, Abbildung 5.7). Je höher die Pflegestufe, desto häufiger werden die Pflegebedürftigen bei alltäglichen Aktivitäten von zusätzlichen Betreuungskräften unterstützt. So erhalten in Pflegestufe I 69 Prozent der Pflegebedürftigen entsprechende Begleitung, in Pflegestufe II profitieren 84 Prozent der Bewohnerinnen und Bewohner von zusätzlichen Betreuungskräften und in Pflegestufe III sind es 89 Prozent. Von denjenigen Bewohnerinnen und Bewohnern unterhalb der Pflegestufe I, also ohne Regelleistungen der Pflegeversicherung, erhalten 65 Prozent Unterstützung nach § 87b SGB XI.

**Abbildung 5.7: Unterstützung durch zusätzliche Betreuungskräfte nach § 87b SGB XI, 2016 (%)**

Basis: Repräsentativerhebung, Pflegebedürftige in vollstationären Pflegeeinrichtungen



Studie zur Wirkung des PNG und PSG I – TNS Infratest Sozialforschung 2016

Im Vergleich zu 2010 profitieren heute noch deutlich mehr Bewohnerinnen und Bewohner von Hilfen durch zusätzliche Betreuungskräfte. Damals erhielt zusammengenommen die Hälfte der Pflegebedürftigen (51%) Unterstützung durch zusätzliche Betreuungskräfte (Abbildung 5.8). Differenziert nach vorhandenem Betreuungsbedarf traf dies mit 89 Prozent aber bereits in 2010 auf die große

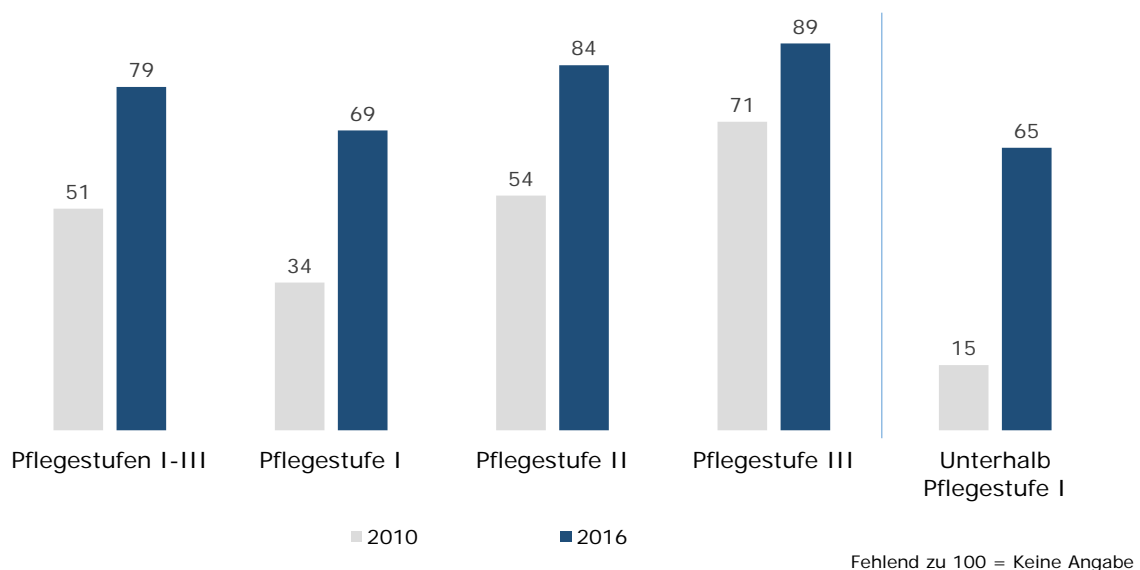
Mehrheit derjenigen mit erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf (nach § 45a SGB XI) zu. Zum damaligen Zeitpunkt hatten stationäre Pflegeeinrichtungen nur für pflegebedürftige Heimbewohner mit erheblichem Bedarf an allgemeiner Beaufsichtigung und Betreuung einen Anspruch auf Vergütungszuschläge für zusätzliche Betreuung (§ 87b, alte Fassung). Mit dem PSG I von 2015 wurde der Anspruch inzwischen aber auf alle Bewohnerinnen und Bewohner, die einen Anspruch auf Grundpflege und hauswirtschaftliche Betreuung, ggf. auch unterhalb der Pflegestufe I, haben, ausgeweitet.

Als Ergebnis dieser Ausweitung des Kreises der Anspruchsberechtigten beziehen in 2016 nun 79 Prozent der Pflegebedürftigen (im Vergleich zu 51% in 2010) sowie 65 Prozent derjenigen Bewohnerinnen und Bewohner ohne Leistungen der Pflegeversicherung (im Vergleich zu 15% in 2010) Hilfen durch zusätzliche Betreuungskräfte. Pflegebedürftige mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz erhalten zu 90 Prozent Hilfen durch zusätzliche Betreuungskräfte, Pflegebedürftige ohne erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz hingegen ebenfalls zu 56 Prozent (im Vergleich zu 37% in 2010).

Vor allem Pflegebedürftige ohne erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz und hierbei insbesondere in den Pflegestufen I und II sowie Personen ohne Leistungen der Pflegeversicherung profitieren in besonders hohem Maße, wobei natürlich auch in der Pflegestufe III der Anteil derjenigen mit Hilfen durch zusätzliche Betreuungskräfte angestiegen ist. Die einrichtungsbezogene Erhebung zeigt, dass 39 Prozent der stationären Pflegeeinrichtungen in den kommenden drei Jahren zusätzliche Betreuungskräfte nach § 87b SGB XI einstellen wollen, um möglichst allen Pflegebedürftigen eine Unterstützung durch zusätzliche Betreuungskräfte nach § 87b SGB XI zukommen lassen zu können (vgl. dazu Abschnitt 6.4.3).

**Abbildung 5.8: Unterstützung durch zusätzliche Betreuungskräfte nach § 87b, 2010 und 2016 (%)**

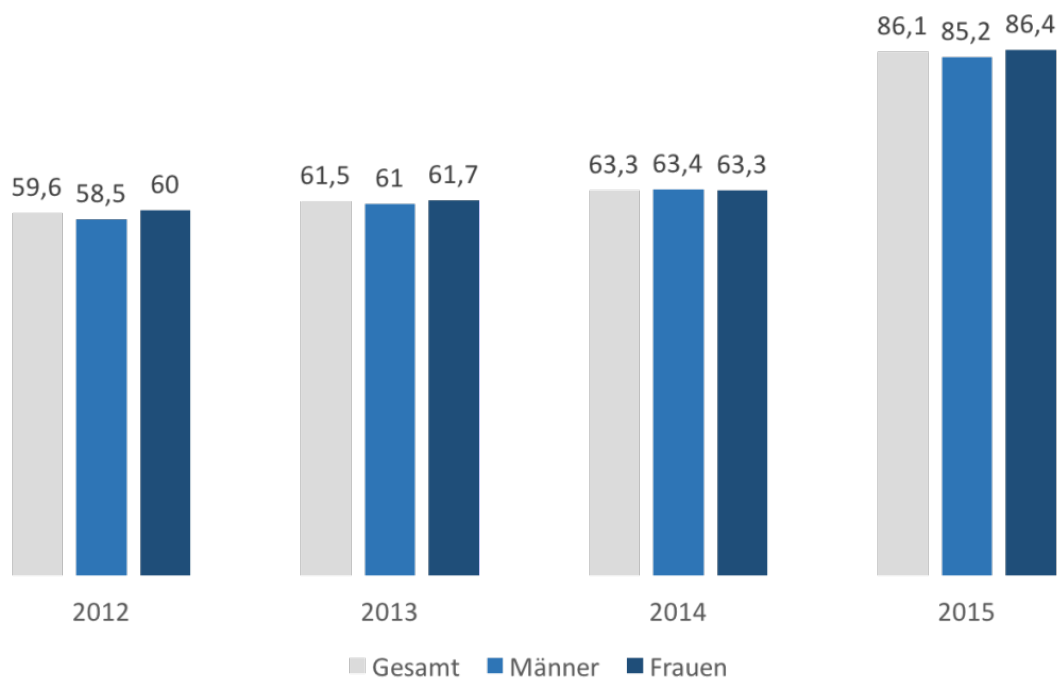
Basis: Repräsentativerhebung, Pflegebedürftige in stationären Pflegeeinrichtungen



Auf Basis der BARMER-GEK-Daten wird im jahresvergleichenden Zeitverlauf klar erkennbar, dass es sich bei dem aufgezeigten Trend um einen direkten Effekt der Regelungen des PSG I handelt, nach dem die Betreuungsleistungen nach § 87b SGB XI erst ab 2015 auch von Personen ohne eingeschränkte Alltagskompetenz in Anspruch genommen werden können (Abbildung 5.9).

**Abbildung 5.9: Anteil der Pflegebedürftigen (ohne PS 0), die innerhalb eines Monats Leistungen nach § 87b SGB XI erhalten haben (%)**

Basis: Versicherte der BARMER GEK, Erfassung über den Durchschnitt der ersten neun Monate des Jahres, Hochrechnung auf die BRD



Studie zur Wirkung des PNG und PSG I – Universität Bremen 2016

In den Jahren 2012 bis 2014 zeigt sich eine sehr stabile Inanspruchnahme von Betreuungsleistungen nach § 87b SGB XI von etwa 60 Prozent. Dies entspricht in etwa dem durchschnittlichen Anteil von PEA innerhalb der stationären Bewohnerschaft (vgl. hierzu etwa Rothgang et al 2015: 78), so dass bei einer nachgewiesenen Konstanz des Pflegestufen-Mixes (Abbildung 5.5) davon auszugehen ist, dass fast alle vollstationär versorgten PEA auch die Betreuungsleistungen in Anspruch genommen haben. Der deutliche Anstieg der Leistungsanspruchnahme im Jahr 2015 zeigt daher, in welchem Umfang die Leistungsausweitung auf Personen ohne eingeschränkte Alltagskompetenz bereits erfolgt ist. Hier zeigt sich, dass etwa die Hälfte der Personen ohne EA bereits in den ersten neun Monaten nach Einführung des PSG I Betreuungsleistungen nach § 87b SGB XI in Anspruch nehmen konnten. Ein im Zeitverlauf weiterer Anstieg dieses Anteils kann vermutet werden, wenn mehr vollstationäre Einrichtungen strukturell und personell einen weiteren Ausbau der Betreuungsleistungen umsetzen können.

### 5.2.3 Gleichgeschlechtliche Pflege

Die Leistungen der Pflegeversicherung sollen den Pflegebedürftigen nach § 2 SGB XI trotz ihres Hilfebedarfs ein möglichst selbstständiges und selbstbestimmtes Leben ermöglichen, das der Würde des Menschen entspricht. Im Rahmen der Pflegereform 2008 wurde dieser Anspruch auf ein selbstbestimmtes Leben weiter konkretisiert. Absatz 2 sieht vor, dass der Wunsch der Pflegebedürftigen nach gleichgeschlechtlicher Pflege nach Möglichkeit zu berücksichtigen ist.

14 Prozent der Pflegebedürftigen mit Pflegestufe I bis III möchten laut der befragten Pflegekräfte ausschließlich von Pflegepersonen ihres Geschlechts betreut werden. Die gleichgeschlechtliche Pflege ist den Frauen wichtiger als den Männern. 18 Prozent der Frauen, und damit etwas mehr als 2010 (16%), möchten ausschließlich von weiblichen Pflegekräften versorgt werden, während nur zwei Prozent der Männer Wert auf eine männliche Pflegeperson legen (2010: 3%). Dem Wunsch der Pflegebedürftigen nach gleichgeschlechtlicher Pflege kann in den meisten Fällen und auch häufiger als im Jahr 2010 entsprochen werden. 81 Prozent derjenigen, die laut Einschätzung der Pflegekräfte eine gleichgeschlechtliche Pflege wünschen, werden ausschließlich durch Pflegepersonen des eigenen Geschlechts betreut (2010: 73%), und weitere 18 Prozent zumindest überwiegend (2010: 13%). Dass eine Person trotz ihres Wunsches nach gleichgeschlechtlicher Pflege überwiegend durch Pflegekräfte des anderen Geschlechts betreut wird, kommt praktisch nicht vor (0,1%). Die Pflegekräfte waren 2016 häufiger als 2010 in der Lage, die Wünsche der Pflegebedürftigen hinsichtlich des bevorzugten Geschlechts der Pflegeperson einzuschätzen; lediglich vier Prozent der Pflegekräfte konnten keine Angabe zum Wunsch nach gleichgeschlechtlicher Pflege machen (2010: 13%).

Erstaunlich ist in diesem Zusammenhang der Unterschied zwischen der Einschätzung der Pflegekräfte einerseits und den Aussagen der Pflegebedürftigen und ihrer privaten Pflegepersonen in Privathaushalten andererseits. In Privathaushalten geben 53 Prozent der Frauen und sieben Prozent der Männer, die Sach- bzw. Kombinationsleistungen in Anspruch nehmen, an, dass sie ausschließlich von Pflegekräften des gleichen Geschlechts betreut werden möchten. Dieses Ergebnis spricht dafür, dass das Bedürfnis nach gleichgeschlechtlicher Pflege in den Pflegeeinrichtungen von den an dieser Stelle Auskunft gebenden Pflegekräften offenbar unterschätzt wird.

### 5.2.4 Migrationshintergrund in der Pflege

Neun Prozent der Pflegebedürftigen mit Pflegestufe I bis III haben nach der bewohnerbezogenen Erhebung einen Migrationshintergrund, d. h. sie haben eine ausländische Staatsangehörigkeit (1%), sind selber nicht in Deutschland geboren (5%) oder haben einen Elternteil, der nicht in Deutschland geboren ist (3%, Abbildung 5.10). Erwartungsgemäß leben in Westdeutschland mehr Personen mit Migrationshintergrund als dies in Ostdeutschland der Fall ist (West: 10%, Ost: 6%).<sup>56</sup> Die Schätzung der Einrichtungsleitungen in der einrichtungsbezogenen Erhebung fällt mit vier Prozent deutlich niedriger aus. Dabei ist davon auszugehen, dass der Migrationshintergrund für die Einrichtungsleitung

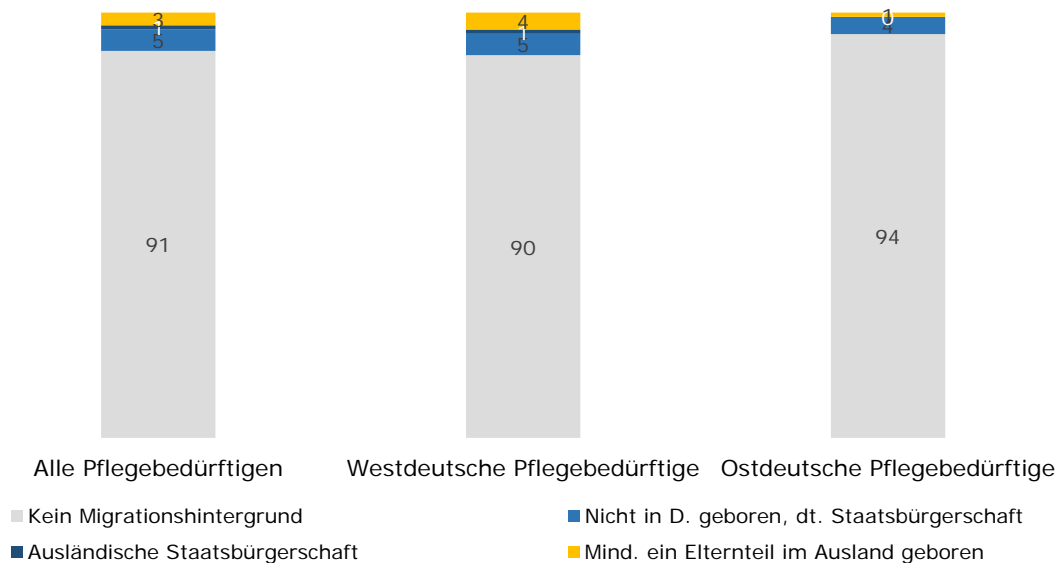
---

<sup>56</sup> Bewohnerinnen und Bewohner, bei denen die Auskunft gebende Pflegekraft zwar wusste, dass die Person selber in Deutschland geboren ist und die deutsche Staatsangehörigkeit hat, aber keine Aussage zum Geburtsland der Eltern machen konnte, wurden zu denjenigen ohne Migrationshintergrund gezählt. Dies betrifft 36 Prozent der Bewohnerinnen und Bewohner, die die deutsche Staatsangehörigkeit haben und in Deutschland geboren sind. Möglicherweise wird der Anteil der Personen mit Migrationshintergrund hierdurch leicht unterschätzt.

nicht immer ersichtlich ist und der Anteil von ihnen deshalb eher unterschätzt wird. Entsprechende Statistiken werden bei den Pflegeeinrichtungen in der Regel nicht geführt.

### Abbildung 5.10: Migrationshintergrund von Pflegebedürftigen, 2016 (%)

Basis: Repräsentativerhebung, Pflegebedürftige in vollstationären Pflegeeinrichtungen



Studie zur Wirkung des PNG und PSG I – TNS Infratest Sozialforschung 2016

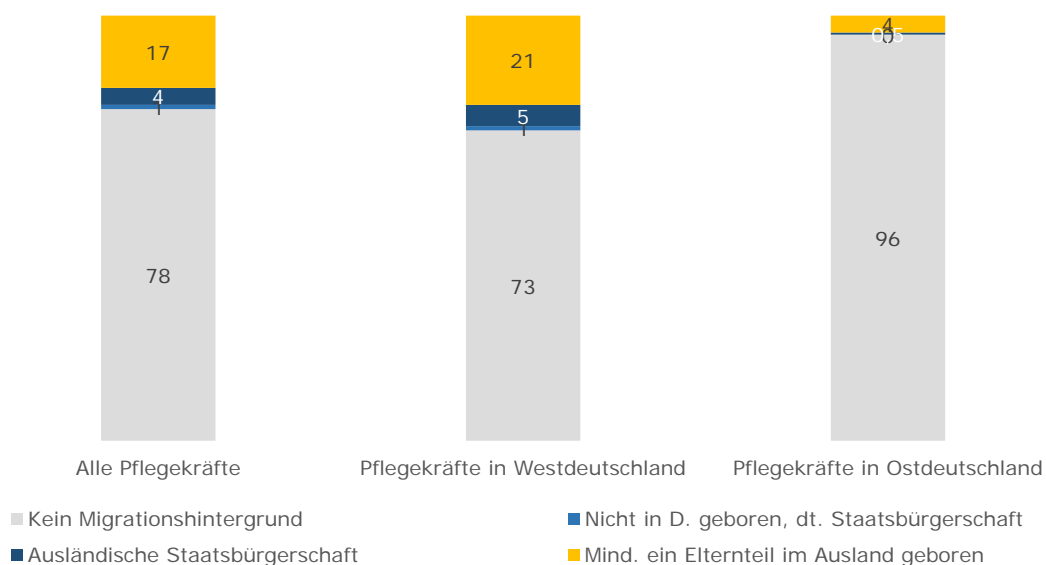
Für die im Ausland geborenen Pflegebedürftigen oder solche, die keinen deutschen Pass haben, wurde von den Pflegekräften das Geburtsland bzw. die Staatsangehörigkeit erfragt. Die meisten dieser Pflegebedürftigen sind in osteuropäischen Ländern (Polen, Tschechien, Rumänien) bzw. Russland, der Ukraine oder Weißrussland zur Welt gekommen oder besitzen die entsprechende Staatsangehörigkeit. In 28 Prozent der Fälle lautet das Geburtsland Polen bzw. war die Staatsangehörigkeit polnisch, jeder vierte Pflegebedürftige ist in einem anderen osteuropäischen Land (außer Polen) geboren (v.a. Tschechien, Rumänien).<sup>57</sup> In 15 Prozent der Fälle stammt die Person aus Russland, der Ukraine oder Weißrussland. Fast jeder zehnte im Ausland geborene oder ausländische Pflegebedürftige ist im ehemaligen Jugoslawien geboren oder hat eine entsprechende Staatsangehörigkeit. Nur insgesamt sieben Prozent der im Ausland geborenen Pflegebedürftigen in vollstationären Einrichtungen stammen aus den Gastarbeiterherkunftsländern Türkei, Italien und Griechenland. Während die Angaben zur Staatsangehörigkeit und zum Herkunftsland der Pflegebedürftigen weitgehend ohne fehlende Angaben vorliegen, fiel es den Pflegekräften deutlich schwerer, das Geburtsland der Eltern der Pflegebedürftigen anzugeben. In 42 Prozent der Fälle konnte hier keine Angabe gemacht werden.

<sup>57</sup> Wie im nächsten Abschnitt zur Sprache noch erläutert wird, hat ein hoher Anteil an Personen, die in osteuropäischen Ländern geboren wurden, Deutsch als Muttersprache angegeben. Dies deutet darauf hin, dass viele Personen aus den ehemaligen deutschen Ostgebieten stammen und nach Kriegsende ins heutige Bundesgebiet kamen.

Nicht nur ein Teil der Pflegebedürftigen hat einen Migrationshintergrund, sondern auch ein Teil der Pflegekräfte in vollstationären Pflegeeinrichtungen. Am Ende der einwohnerbezogenen Befragung wurden die Pflegekräfte gebeten, Angaben zu ihrer Herkunft zu machen (Herkunftsland, Staatsangehörigkeit, ob die Elternteile in Deutschland oder dem Ausland geboren wurden). Erfreulicherweise waren fast alle Pflegekräfte bereit, entsprechende Angaben zu machen. 22 Prozent der Pflegekräfte haben eine ausländische Staatsangehörigkeit, sind im Ausland geboren oder haben mindestens einen Elternteil, der im Ausland geboren ist (Abbildung 5.11). Die Mehrheit der Pflegekräfte mit Migrationshintergrund ist in Deutschland geboren und hat die deutsche Staatsbürgerschaft, hat aber mindestens ein Elternteil, das im Ausland geboren wurde. Sofern die Pflegekraft im Ausland geboren ist stammt sie mehrheitlich aus Osteuropa oder den Nachfolgestaaten der ehemaligen Sowjetunion, wobei etwa jede dritte im Ausland geborene Pflegekraft aus Polen stammt. Ähnlich wie beim Migrationshintergrund der Pflegebedürftigen arbeiten in Ostdeutschland kaum Pflegekräfte mit Migrationshintergrund, und wenn doch, ist die Pflegekraft in Deutschland geboren und hat die deutsche Staatsangehörigkeit und mindestens ein Elternteil ist im Ausland geboren.

**Abbildung 5.11: Migrationshintergrund der Auskunft gebenden Pflegekräfte, 2016 (%)**

Basis: Repräsentativerhebung, Pflegekräfte in vollstationären Pflegeeinrichtungen



Studie zur Wirkung des PNG und PSG I – TNS Infratest Sozialforschung 2016

Die Daten aus der personenbezogenen Befragung weisen darauf hin, dass die Einrichtungsleitungen den Anteil der Pflegekräfte mit Migrationshintergrund eher unterschätzen. Nach Angaben der Heimleitungen in der einrichtungbezogenen Befragung haben im Durchschnitt 17 Prozent der Pflegekräfte in Pflegeeinrichtungen einen Migrationshintergrund. In 20 Prozent der Pflegeeinrichtungen sind nach Auskunft der Einrichtungsleitung keine Pflegekräfte mit Migrationshintergrund beschäftigt. In 25 Prozent der Einrichtungen haben unter zehn Prozent der Pflegekräfte einen Migrationshintergrund. In immerhin elf Prozent der Einrichtungen haben mehr als die Hälfte der Pflegekräfte einen Migrationshintergrund. In Westdeutschland sind nach Einschätzung der Einrichtungsleitungen deutlich mehr

Pflegekräfte mit Migrationshintergrund beschäftigt als in Ostdeutschland (West: 21%, Ost: 3%). Umgekehrt betrachtet beschäftigen in Westdeutschland nur elf Prozent der Heime ausschließlich Pflegekräfte ohne Migrationshintergrund, während in Ostdeutschland knapp über die Hälfte der Pflegeeinrichtungen ausschließlich Pflegekräfte ohne Migrationshintergrund angestellt haben. Die etwas niedrigere Einschätzung der Heimleitungen könnte aber auch damit zusammenhängen, dass bei den Pflegekräften mit Migrationshintergrund, deren Muttersprache Deutsch ist, der Migrationshintergrund zum Teil gar nicht wahrgenommen wird.

### **Sprache und Kulturkreis**

Sofern die pflegebedürftige Person entweder im Ausland geboren ist, eine ausländische Staatsbürgerschaft besitzt oder mindestens ein Elternteil im Ausland geboren ist, wurde nach der Muttersprache gefragt. Für mehr als die Hälfte der Pflegebedürftigen mit Migrationshintergrund ist Deutsch die Muttersprache (56%), ein Fünftel ist zweisprachig (mit Deutsch als einer Muttersprache) erzogen worden und ein weiteres Fünftel wuchs mit einer anderen Sprache als Muttersprache auf. Pflegebedürftige Personen, die mit Deutsch als Muttersprache oder zweisprachig aufwuchsen, besitzen erwartungsgemäß ein fast durchgängig „sehr gutes“ oder „gutes“ deutsches Sprachverständnis (91%). Aber auch solche Personen, die nicht mit Deutsch als Muttersprache aufgewachsen waren, verstehen mehrheitlich die deutsche Sprache „sehr gut“ oder „gut“ (54%). Allerdings haben 31 Prozent der Nicht-Muttersprachler Probleme, die deutsche Sprache zu verstehen („schlechtes“, „sehr schlechtes“ oder „gar kein“ deutsches Sprachverständnis).

Neben dem Sprachverständnis wurden auch die Sprechkenntnisse der pflegebedürftigen Personen erfragt, die nicht mit Deutsch als einziger Muttersprache aufwuchsen. Dabei wurde berücksichtigt, dass im Fall mangelnden Sprechvermögens auch pathologische Gründe hierfür ursächlich sein können. Männer sind von einem Sprechverlust deutlich häufiger betroffen als Frauen. Lässt man diese Personengruppe unberücksichtigt, verbleiben 64 Prozent der zweisprachig aufgewachsenen Pflegebedürftigen, die die deutsche Sprache „sehr gut“ oder „gut“ sprechen, weitere 26 Prozent sprechen die deutsche Sprache „mittelmäßig“, und nur jeder Zehnte spricht „schlecht“ oder „gar nicht“ Deutsch. Pflegebedürftige, die mit einer anderen Muttersprache aufwuchsen, sprechen zu 40 Prozent „sehr gut“ oder „gut“ Deutsch, 14 Prozent können sich „mittelmäßig“ deutsch ausdrücken und 45 Prozent haben erhebliche Probleme, sich in deutscher Sprache zu artikulieren („schlecht“, „sehr schlecht“ oder „gar nicht“).

Unabhängig von der Sprache kann es für Pflegebedürftige mit Migrationshintergrund wichtig sein, dass zumindest eine der Pflegekräfte denselben kulturellen bzw. religiösen Hintergrund hat und so im Idealfall aus der eigenen kulturellen Erfahrung heraus ein tieferes Verständnis für die pflegebedürftige Person und ihre Bedürfnisse mitbringt. Mehrheitlich können die Auskunft gebenden Pflegekräfte einschätzen, ob die pflegebedürftige Person von mindestens einer Pflegekraft mit demselben religiösen bzw. kulturellen Hintergrund betreut wird, wie sie der Pflegebedürftige besitzt. In 48 Prozent der Fälle ist dies bei Pflegebedürftigen mit Migrationshintergrund der Fall, bei 19 Prozent kann keine Pflegekraft eingesetzt werden, die denselben kulturellen bzw. religiösen Hintergrund hat. Für fast ein Drittel der Pflegebedürftigen ist eine Angabe hierzu allerdings nicht möglich. Bezieht man die zusätzlichen Betreuungskräfte nach § 87b SGB XI mit ein, so haben 64 Prozent der Pflegebedürftigen mit Migrationshintergrund eine professionelle Bezugsperson in der Einrichtung, die denselben kulturellen bzw. religiösen Hintergrund hat.

## Pflegebedürftige mit Deutsch als Muttersprache

Pflegebedürftige mit Deutsch als Muttersprache, unabhängig davon, ob sie einen Migrationshintergrund haben oder nicht, werden zu 92 Prozent durch mindestens eine Pflegekraft betreut, die ebenfalls mit der deutschen Sprache aufgewachsen ist. Auf zwei Prozent von ihnen trifft dies nicht zu und für sechs Prozent hat die Auskunft gebende Person an dieser Stelle keine Angabe gemacht.

14 Prozent der Pflegebedürftigen mit Deutsch als Muttersprache werden aber auch durch mindestens eine Pflegekraft betreut, deren Muttersprache nicht Deutsch ist. In diesen Fällen wurde danach gefragt, wie die Auskunft gebende Person die Verständigung beurteilt. In 79 Prozent der Fälle wurde die Verständigung als sehr gut oder gut bezeichnet, in vier Prozent der Fälle als eher oder sehr schlecht und in 14 Prozent der Fälle als mal gut, mal schlecht. Dies weist darauf hin, dass für Pflegebedürftige, deren Muttersprache Deutsch ist, die sprachliche Verständigung mit dem Pflegepersonal überwiegend unproblematisch ist, dass es andererseits aber durchaus auch eine Minderheit von Pflegekräften gibt, deren Deutschkenntnisse für eine Verständigung mit den Pflegebedürftigen nicht ausreichen.

Bezogen auf zusätzliche Betreuungskräfte nach § 87b SGB XI erhalten ähnlich viele Pflegebedürftige ohne Migrationshintergrund sowie mit Migrationshintergrund und Deutsch als Muttersprache Unterstützung durch mindestens eine Betreuungskraft, die ihre Muttersprache spricht. Auf zwei Prozent trifft dies nicht zu und für acht Prozent konnte die Auskunft gebende Person hierzu keine Angabe machen. 28 Prozent von ihnen, und damit deutlich mehr Pflegebedürftige als 2010 (15%), werden jedoch auch mindestens durch eine zusätzliche Betreuungskraft betreut, die nicht dieselbe Muttersprache spricht. In diesen Fällen wurde ebenfalls danach gefragt, wie die Auskunft gebende Pflegekraft die Verständigung einschätzt. Trotz deutlich mehr Betreuungskräften in 2016, die nicht dieselbe Muttersprache wie die pflegebedürftige Person sprechen, wird die Verständigung besser beurteilt als im Jahr 2010: In 84 Prozent der Fälle „sehr gut“ oder „gut“ (2010: 77%), in einem Prozent „sehr schlecht“ oder „eher schlecht“ und in acht Prozent der Fälle als „teils gut, teils schlecht“.<sup>58</sup> Dies zeigt, dass auch die Verständigung mit den zusätzlichen Betreuungskräften für die deutschsprachigen Pflegebedürftigen zwar weitgehend problemlos ist, dass die Deutschkenntnisse der Betreuungskräfte aber nicht in allen Fällen für eine Kommunikation mit den Pflegebedürftigen ausreichen.

Auch für Pflegebedürftige ohne Migrationshintergrund ist es wichtig, dass sie mindestens von einer Pflegekraft betreut werden, die denselben kulturellen bzw. religiösen Hintergrund hat. Für 65 Prozent von ihnen hat die Auskunft gebende Pflegekraft dies bejaht, für ein Prozent von ihnen verneint. Dass die Einschätzung des kulturellen bzw. religiösen Hintergrunds für die Pflegekräfte schwierig ist, zeigt sich an dem hohen Anteil fehlender Angaben zu dieser Frage (2016: 34%). In der Tat können sich die kulturellen bzw. religiösen Hintergründe auch zwischen einer 80-jährigen Pflegebedürftigen und einer 20-jährigen Pflegekraft erheblich voneinander unterscheiden, selbst wenn beide keinen Migrationshintergrund haben. Hier im Einzelfall zu entscheiden, ob der kulturelle und religiöse Hintergrund derselbe ist, dürfte den Pflegekräften nicht leicht gefallen sein.

---

<sup>58</sup> Sieben Prozent der Pflegekräfte haben keine Angabe gemacht.



### 5.3 Medizinische Versorgung

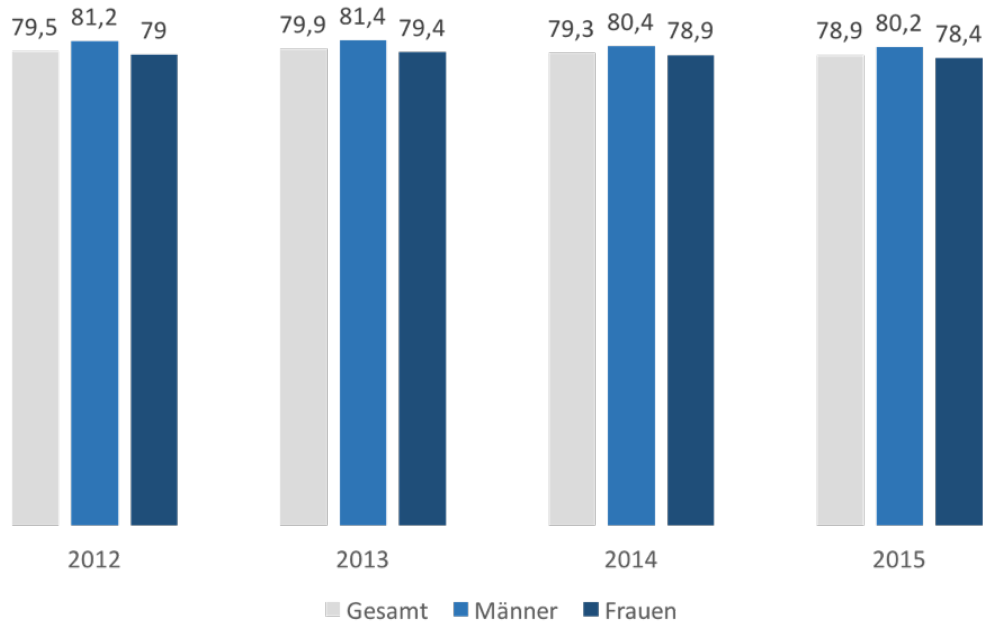
Zu einer angemessenen Versorgung der Bewohnerinnen und Bewohner der vollstationären Pflegeeinrichtungen zählt auch die Sicherstellung der medizinischen Versorgung. In der Regel erfolgt diese, laut Auskunft der Einrichtungsleitungen, durch niedergelassene Ärzte (96%). Angestellte Ärzte oder solche, die in der Einrichtung ihre Praxis betreiben, gibt es praktisch nicht. Allerdings haben 20 Prozent der Einrichtungen Vereinbarungen mit niedergelassenen Ärzten getroffen, um eine regelmäßige medizinische Versorgung zu gewährleisten. Nur in wenigen Fällen ist die Pflegeeinrichtung räumlich und organisatorisch mit einem Krankenhaus verbunden (4%).

#### 5.3.1 Ärztliche Versorgung

Laut der Auskunft gebenden Pflegekraft waren 98 Prozent der Bewohnerinnen und Bewohner von vollstationären Pflegeeinrichtungen in den letzten zwölf Monaten ärztlich untersucht worden. Eine ärztliche Untersuchung erfolgt in allen Fällen durch einen Hausarzt bzw. eine Hausärztin (Allgemeinmediziner, Internist o. Ä.), unabhängig von der Pflegestufe und dem Geschlecht der Pflegebedürftigen. Außerdem waren 41 Prozent der Bewohnerinnen und Bewohner in den zurückliegenden zwölf Monaten bei einem Zahnarzt bzw. einer Zahnärztin in Behandlung und 31 Prozent bei einem Facharzt bzw. einer Fachärztin. Männer und Pflegebedürftige mit Pflegestufe II waren häufiger bei einem Facharzt in Behandlung als Frauen und Pflegebedürftige in den Stufen I und III.

Der hohe Versorgungsgrad mit hausärztlichen Leistungen findet sich in den Routinedaten der BAR-MER GEK bestätigt (Abbildung 5.12). Unabhängig vom Geschlecht der Pflegebedürftigen weisen etwa 80 Prozent dieser Personen durchschnittlich innerhalb eines Quartals einen entsprechenden Behandlungsfall auf. Dieses hohe Leistungsniveau zeigt sich dabei über alle einbezogenen Jahre konstant. Da in diesen Werten die ärztlichen Leistungen durch Internisten nicht enthalten sind, kann davon ausgegangen werden, dass auf das jeweilige Berichtsjahr bezogen ebenfalls eine fast vollständige Versorgung aller Pflegebedürftigen gewährleistet ist.

**Abbildung 5.12: Anteil der Pflegebedürftigen (ohne PS 0) im letzten Monat des Quartals, die innerhalb des Quartals einen Behandlungsfall durch Allgemeinmediziner hatten (%)**  
Basis: Versicherte der BARMER GEK, Hochrechnung auf die BRD, Erfassung über den Durchschnitt der Monate März, Juni, September des Berichtsjahres



Studie zur Wirkung des PNG und PSG I – Universität Bremen 2016

Die Inanspruchnahme fachärztlicher Leistungen ist in den Daten der BARMER GEK auch bei vollstationär versorgten Pflegebedürftigen je nach medizinischem Fachgebiet sehr heterogen (Tabelle 5.6). Gegenüber der ärztlichen Versorgung ambulant versorgter Pflegebedürftiger (siehe Kapitel 3.4.11) ist hier zu beobachten, dass orthopädische Leistungen deutlich seltener, nervenärztliche Leistungen hingegen noch häufiger in Anspruch genommen werden. Vor allem letztere Tatsache begründet sich in den speziellen Charakteristika der vollstationären Pflegebedürftigen, die einen hohen Anteil von Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz, somit Dementen, aufweisen. Gerade diese Pflegebedürftigen müssen regelmäßig fachärztlich betreut und mit entsprechenden Medikamenten versorgt werden. Sowohl bei den orthopädischen als auch bei den nervenärztlichen Leistungen sind im Laufe der vier betrachteten Jahre nur geringe Steigerungen der Inanspruchnahme zu beobachten. Gerade in Bezug auf die orthopädische Versorgung ist hierbei unklar, inwieweit hierdurch eine bedarfsgerechte Versorgung sichergestellt ist, da die Inanspruchnahme nicht nur hinter den ambulant versorgten Pflegebedürftigen zurückbleibt, sondern auch im Vergleich zur Gesamtbevölkerung (vgl. Rothgang et al. 2016: 190). Diese deutliche Differenz in der Inanspruchnahme wird durch die leichte, nur etwa zehnpromtente Steigerung von 2012 bis 2015 nur geringfügig verkleinert.

**Tabelle 5.6: Anteil der Pflegebedürftigen (ohne PS 0) im letzten Monat des Quartals, die innerhalb des Quartals fachärztliche Leistungen erhalten haben (%)**

Basis: Versicherte der BARMER GEK, Hochrechnung auf die BRD, Erfassung über den Durchschnitt der Monate März, Juni, September des Berichtsjahres

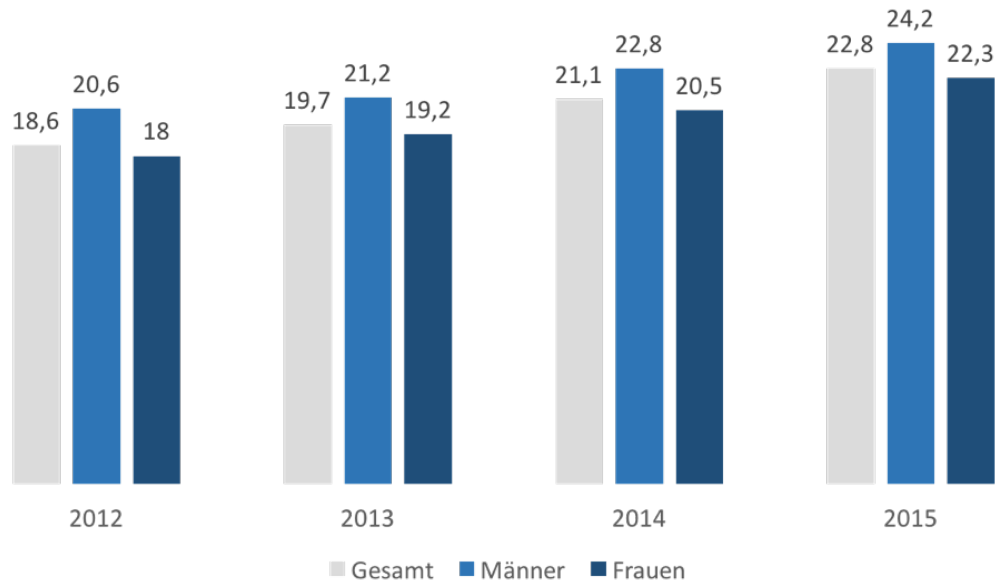
	2012	2013	2014	2015
<b>Durch Orthopäden</b>				
Gesamt	4,2	4,4	4,4	4,6
Männer	3,7	3,9	3,9	4,2
Frauen	4,4	4,5	4,6	4,7
<b>Durch Nervenärzte</b>				
Gesamt	40,7	41,8	42,3	42,2
Männer	44,3	45,4	45,5	45,5
Frauen	39,6	40,7	41,2	41,1

Studie zur Wirkung des PNG und PSG I – Universität Bremen 2016

Wesentlich deutlicher verläuft die entsprechende Entwicklung im Bereich *zahnärztlicher* Leistungen für vollstationär versorgte Pflegebedürftige. Diese wurde bereits Ende der 2010er-Jahre als verbesserungsbedürftig anerkannt und entsprechende gesetzliche Maßnahmen wurden ergriffen (für eine genaue Darstellung der Gesetzeskaskade siehe auch Brandhorst et al. 2016). So wurden bereits mit dem 2008 in Kraft getretenen Pflege-Weiterentwicklungsgesetz Kooperationsverträge zwischen stationären Einrichtungen und niedergelassenen Zahnärzten ermöglicht. Diese Regelungen wurden mit dem PNG um eine Berichtspflicht der Einrichtungen über die Organisation der zahnärztlichen Versorgung gegenüber den Landesverbänden der Pflegekassen erweitert. Parallel hierzu wurden mit § 87 Abs. 2i und 2j auch entsprechende Vergütungspositionen geschaffen, durch welche die Versorgung in stationären Einrichtungen für die Zahnärzte attraktiver gestaltet wurde. Ebenfalls mit dem PNG wurde der Kreis der Anspruchsberechtigten auch auf die Bewohner in Pflegestufe 0 mit eingeschränkter Alltagskompetenz ausgeweitet. Dass die intendierte Verbesserung gerade der zahnärztlichen Versorgung vollstationär versorgter Pflegebedürftiger erreicht werden kann, zeigt Abbildung 5.13.

**Abbildung 5.13: Anteil der Pflegebedürftigen (ohne PS 0) im letzten Monat des Quartals, die innerhalb des Quartals einen zahnärztlichen Behandlungsfall hatten (%)**

Basis: Versicherte der BARMER GEK, Hochrechnung auf die BRD, Erfassung über den Durchschnitt der Monate März, Juni, September des Berichtsjahres



Studie zur Wirkung des PNG und PSG I – Universität Bremen 2016

Im Anschluss an das PNG erhöht sich der Versorgungsgrad mit zahnärztlichen Leistungen für beide Geschlechter um etwa 20 Prozent. Hierbei zeigt sich bei Männern eine durchgehend höhere Inanspruchnahme als bei Frauen. Dies ist insbesondere auffällig, als in der Gesamtbevölkerung Frauen deutlich besser versorgt werden. Dennoch handelt es sich bei den deutlich steigenden Inanspruchnahmequoten in stationären Einrichtungen auch noch immer um einen Aufholeffekt, der auf den äußerst geringen Ausgangsquoten des Jahres 2012 beruht (vgl. Rothgang et al. 2016: 192).

In der Repräsentativerhebung sollten die Pflegekräfte auch darüber Auskunft geben, ob die Pflegebedürftigen in den letzten zwölf Monaten stationär, d. h. für mindestens eine Nacht, in einem Krankenhaus untergebracht waren. Für 24 Prozent der Bewohnerinnen und Bewohner konnte die Pflegekraft hierzu keine Aussage machen. Berücksichtigt man nur die Fälle, für die die Pflegekräfte eine Angabe zum Krankenhausaufenthalt machen konnten, verbrachten 51 Prozent der Pflegebedürftigen mindestens eine Nacht in einem Krankenhaus. Die meisten Pflegebedürftigen waren eine Nacht dort untergebracht (59%), 20 Prozent wurden zwei Nächte versorgt und weitere 20 Prozent mussten zwischen drei und zehn Nächten im Krankenhaus verbringen. Nur selten wurden Pflegebedürftige mehr als zehn Nächte im Krankenhaus behandelt.

### 5.3.2 Heil- und Hilfsmittel, Rehabilitationsmaßnahmen, Prävention

Eines der Ziele der Pflegereform 2008 war die Stärkung von Prävention und Rehabilitation. Wenngleich die nach § 5 SGB XI angestrebte Überwindung der Pflegegebedürftigkeit bei Pflegebedürftigen in vollstationären Pflegeheimen eher die Ausnahme ist, so ist es doch oft möglich, mit Heilmitteln oder Rehabilitationsmaßnahmen eine Verschlimmerung der Pflegebedürftigkeit zu verhindern oder zumindest hinauszuzögern und die Lebensqualität der Pflegebedürftigen zu erhöhen. Eine im Rahmen der Pflegereform 2008 neu eingeführte Regelung in § 87a Abs. 4 SGB XI sieht vor, dass Pflegeheime eine Bonuszahlung erhalten, wenn die pflegebedürftige Person nach der Durchführung aktivierender oder rehabilitativer Maßnahmen für mindestens sechs Monate in eine niedrigere Pflegestufe zurückgestuft werden kann oder eine Zurückstufung von erheblicher zu nicht erheblicher Pflegebedürftigkeit möglich ist.<sup>59</sup> Die Höhe der Bonuszahlung war zunächst mit 1.536 Euro angesetzt und beläuft sich im Berichtszeitraum auf 1.597 Euro. Damit soll für die Pflegeheime nicht zuletzt ein Anreiz geschaffen werden, vom MDK bzw. von Ärztinnen und Ärzten empfohlene Maßnahmen umzusetzen. Im Gegenzug müssen die Krankenkassen für jede verordnete Maßnahme, die nicht innerhalb von sechs Monaten nach Verordnung erbracht wird, 1.597 Euro an die Pflegekassen zahlen, sofern die Gründe von der jeweiligen Krankenkasse zu vertreten sind (§ 40 Abs. 3 SGB V).

Für Pflegebedürftige in vollstationären Einrichtungen werden vom MDK bzw. von Ärzten vor allem Heilmittel bzw. bestimmte präventive Maßnahmen empfohlen oder verordnet (z. B. Krankengymnastik, Massagen, Logopädie, verschiedene Trainings). Der Anteil der Pflegebedürftigen in vollstationären Pflegeeinrichtungen, denen in den vergangenen zwölf Monaten mindestens eine Maßnahme empfohlen bzw. verordnet wurde, liegt bei 59 Prozent (Abbildung 5.14). In 2010 waren es 54 Prozent.<sup>60</sup> In den Pflegestufen II und III werden deutlich häufiger Maßnahmen empfohlen als in Pflegestufe I. So bekommen Pflegebedürftige mit Pflegestufe III zu 63 Prozent (2010: 55%) und Pflegebedürftige mit Pflegestufe II zu 64 Prozent (2010: 60%) mindestens eine Maßnahme empfohlen bzw. verordnet. In Pflegestufe I erhält etwas mehr als die Hälfte der Pflegebedürftigen (53%) eine Empfehlung bzw. Verordnung für mindestens eine Maßnahme (2010: 52%).

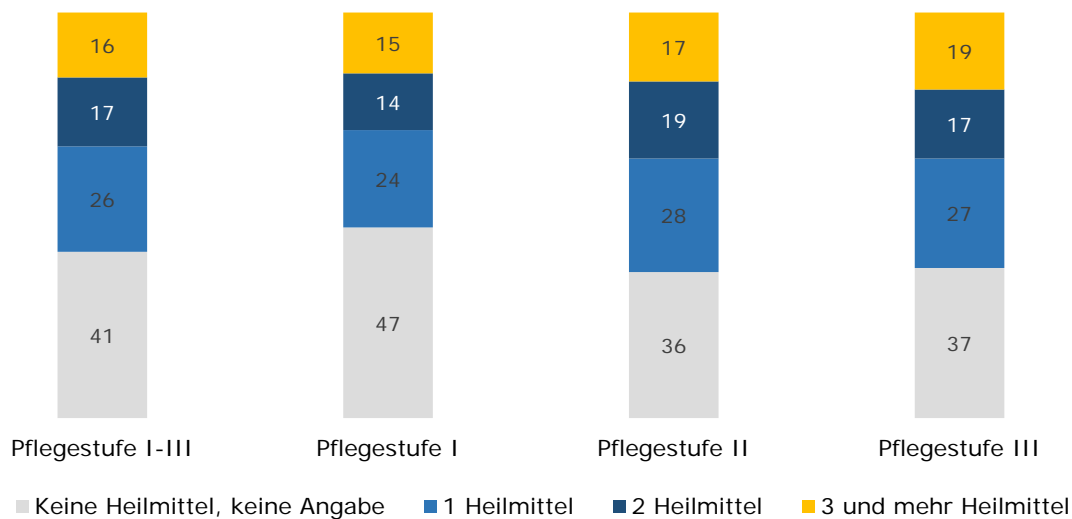
---

<sup>59</sup> Wie im Kapitel zu den Pflegestufen erläutert konnten neun Prozent der neu vom MDK begutachteten Personen in eine niedrigere Pflegestufe eingruppiert werden.

<sup>60</sup> Nur Fälle mit gültigen Angaben. In 2016 konnten die Auskunft gebenden Pflegekräfte angeben, dass sie die Gutachten von MDK bzw. Ärzten nicht kannten und daher keine Angabe machen können; dies war bei 14 Prozent der Pflegebedürftigen der Fall.

**Abbildung 5.14: Empfehlung von Maßnahmen durch MDK oder Verordnung durch Arzt/Ärztin, 2016 (%)**

Basis: Repräsentativerhebung, Pflegebedürftige in vollstationären Pflegeeinrichtungen mit gültigen Angaben



Studie zur Wirkung des PNG und PSG I – TNS Infratest Sozialforschung 2016

26 Prozent aller Pflegebedürftigen bekamen ein Heilmittel/eine Maßnahme empfohlen oder verordnet, weiteren 17 Prozent wurden zwei Maßnahmen und 16 Prozent drei oder mehr Maßnahmen empfohlen bzw. verordnet. Pflegebedürftige in Pflegestufe III bekamen zu 27 Prozent eine Maßnahme, zu 17 Prozent zwei Maßnahmen oder Heilmittel und zu 19 Prozent drei und mehr Maßnahmen empfohlen bzw. verordnet.

An der Spitze der empfohlenen Heilmittel steht Krankengymnastik oder Bewegungstherapie (Tabelle 5.7). 44 Prozent der Pflegebedürftigen in vollstationären Pflegeeinrichtungen haben eine entsprechende Empfehlung bzw. Verordnung erhalten (2010: 36%). Pflegebedürftige der Pflegestufe III erhalten häufiger als Pflegebedürftige der Stufen I und II Krankengymnastik oder Bewegungstherapie. Zudem profitieren sie häufiger von empfohlenen bzw. verordneten mobilisierenden Maßnahmen als 2010 (Pflegestufe III 2010: 36%, 2016: 51%).

Darüber hinaus wurden insbesondere solche präventiven Maßnahmen empfohlen bzw. verordnet, die zu einer besseren Bewältigung des alltäglichen Lebens beitragen. Hierzu zählen Gedächtnis- oder Orientierungstraining, Kraft- und Balancetraining zur Sturzprophylaxe sowie Kontinenz- bzw. Toiletentraining. Während das Kraft- und Balancetraining zur Sturzprophylaxe ähnlich häufig empfohlen bzw. verordnet wurde wie in 2010, ist die Bereitschaft des MDK bzw. der Ärzte, ein Gedächtnis- oder Orientierungstraining und/oder auch ein Kontinenz- bzw. Toiletentraining zu empfehlen bzw. zu verordnen, inzwischen geringer als 2010. Diese beiden Maßnahmen wurden 2010 noch zu 26 Prozent und 22 Prozent empfohlen, 2016 erhielten nur noch 19 Prozent und 17 Prozent der Pflegebedürftigen eine entsprechende Empfehlung bzw. Verordnung. Hiervon waren alle Pflegestufen, wenn auch in unterschiedlich starkem Umfang, betroffen.

Auch Ergotherapie und therapeutische Maßnahmen für Demenzkranke wie z. B. basale Stimulation und Validation wurden 2016 etwas seltener als 2010 empfohlen bzw. verordnet. Damals erhielten jeweils 14 Prozent der Pflegebedürftigen hierfür eine Empfehlung, 2016 waren es zwölf Prozent der Pflegebedürftigen, denen Ergotherapie empfohlen bzw. verordnet wurde und zehn Prozent, die basale Stimulation, Validation oder ähnliche Maßnahmen erhalten sollten. Musik und Tanztherapie ist mit Verordnungen für etwa sechs Prozent der Pflegebedürftigen auf einem etwas niedrigerem Niveau als in 2010 (8%). Logopädische Maßnahmen sowie passive Therapieformen wie Massagen, Bäder, Rotlicht oder Elektrotherapie wurden nur jeweils für sechs bzw. drei Prozent der Pflegebedürftigen empfohlen bzw. verordnet.

Komplexe ambulante oder stationäre Reha-Maßnahmen werden hingegen nach wie vor nur ein bis zwei Prozent der Pflegebedürftigen gewährt.

**Tabelle 5.7: Vom MDK bzw. einer Ärztin oder einem Arzt in den letzten zwölf Monaten empfohlene Maßnahmen nach Pflegestufe (%)**

Basis: Repräsentativerhebung, Pflegebedürftige in vollstationären Pflegeeinrichtungen mit gültigen Angaben

	Insgesamt	Stufe I	Stufe II	Stufe III
Krankengymnastik oder Bewegungstherapie	44	38	47	51
Massagen, Bäder, Rotlicht oder Elektrotherapie	3	3	3	2
Kraft- und Balancetraining (Sturzprophylaxe)	18	20	21	10
Logopädie (Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie)	6	4	7	11
Ergotherapie	12	9	12	18
Musik- oder Tanztherapie (speziell für Demenzkranke)	6	4	8	4
Kontinenz- bzw. Toilettentraining	17	17	19	16
Gedächtnis- oder Orientierungstraining	19	19	20	17
Basale Stimulation, Validation oder ähnliche therapeutische Maßnahmen für Demenzkranke	10	7	10	17
Ambulante Reha-Maßnahmen	2	2	0	3
Stationäre Reha	1	2	1	0

<sup>1)</sup> Nennungen unter 0,5 Prozent sind mit 0 ausgewiesen.

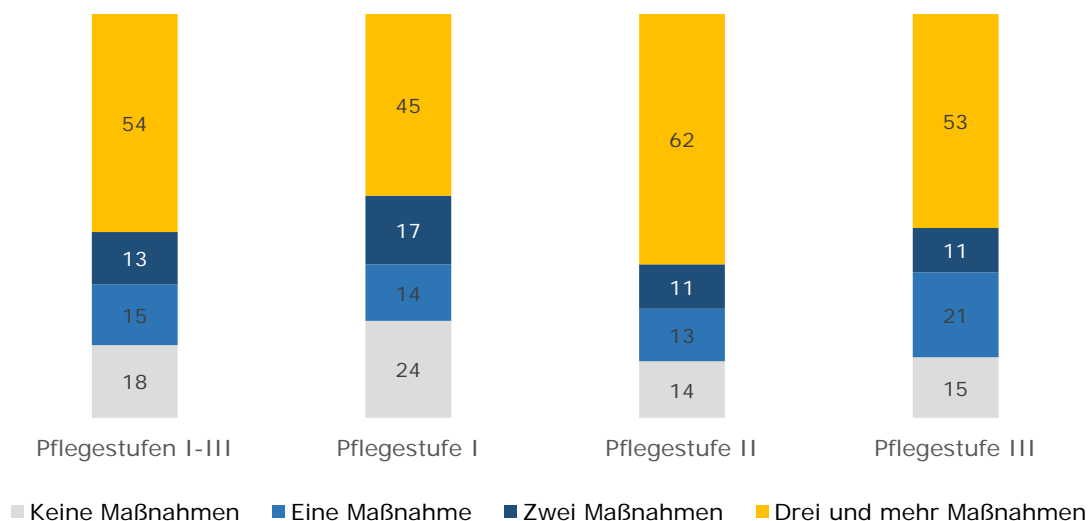
Auch unabhängig davon, ob, und wenn ja, welche Maßnahmen der MDK empfohlen oder ein Arzt bzw. eine Ärztin verordnet hat, wurde im Rahmen der Repräsentativbefragung für alle Pflegebedürftigen erfasst, welche Maßnahmen sie in den letzten zwölf Monaten tatsächlich erhalten haben.

Mit 82 Prozent ist der Anteil der Pflegebedürftigen in Heimen, die in diesem Zeitraum mindestens ein Heilmittel bzw. eine Maßnahme erhalten haben (Abbildung 5.15), erheblich höher als der Anteil, dem solche Maßnahmen vom MDK empfohlen bzw. von einem Arzt unmittelbar verordnet wurden (59%). Dies hängt damit zusammen, dass ein nicht unwesentlicher Teil an Maßnahmen insbesondere für Demenzkranke direkt vom Personal der Einrichtungen als Teil der Pflege und Betreuung erbracht wird.

Am häufigsten erhalten Pflegebedürftige der Pflegestufe II präventive Maßnahmen (86%). Pflegebedürftige in Pflegestufe II haben nicht nur insgesamt am häufigsten Heilmittel erhalten, sie kamen darüber hinaus auch häufiger in den Genuss von mehr als drei Therapien als Pflegebedürftige der Stufen I und III (62%). Pflegebedürftige in Pflegestufe III erhalten zu 85 Prozent eine präventive Maßnahme, etwa die Hälfte aller Pflegebedürftigen in Pflegestufe III drei oder mehr Maßnahmen (53%). Immerhin drei von vier Pflegebedürftigen in Pflegestufe I hatten in den letzten zwölf Monaten mindestens ein Heilmittel erhalten, 14 Prozent bzw. 17 Prozent ein bzw. zwei Maßnahmen, 45 Prozent erhielten drei oder mehr Heilmittel.

**Abbildung 5.15: Erhalt von Maßnahmen in den letzten 12 Monaten, 2016 (%)**

Basis: Repräsentativerhebung, Pflegebedürftige in vollstationären Pflegeeinrichtungen



Studie zur Wirkung des PNG und PSG I – TNS Infratest Sozialforschung 2016

Am häufigsten (56%) erhalten Pflegebedürftige Gedächtnis- und Orientierungstraining. In der Regel findet dieses Training mindestens einmal pro Woche statt (54%, Tabelle 5.8). Personen der Pflegestufen I und II nehmen besonders häufig am Gedächtnis- und Orientierungstraining teil (52% bzw.



64% mindestens einmal pro Woche). Pflegebedürftige der Stufe III haben in den letzten zwölf Monaten zu 44 Prozent mindestens einmal in der Woche am Gedächtnis- und Orientierungstraining teilgenommen, gut die Hälfte der Personen mit Stufe III nimmt dagegen gar nicht an einem Gedächtnis- und Orientierungstraining teil. Im Vergleich zur Repräsentativerhebung 2010 (59%) haben Pflegebedürftige 2016 etwas seltener Gedächtnis- und Orientierungstrainings besucht, auch die Frequenz war geringer (seltener „mehrmals wöchentliche“ Trainings).

47 Prozent der Pflegebedürftigen erhalten Krankengymnastik oder Bewegungstherapie (2010: 47%), etwa genauso viele Kraft- und Balancetraining zur Sturzprophylaxe (46%). 2010 waren es hingegen erst 34 Prozent, für die dies berichtet wurde. An der Krankengymnastik oder einer Bewegungstherapie nehmen etwa gleich viele Pflegebedürftige pro Pflegestufe teil, während das Kraft- und Balancetraining zur Sturzprophylaxe von deutlich mehr Pflegebedürftigen der Pflegestufen I und II besucht wird. Zwei Drittel der Personen in Stufe III erhalten kein Kraft- und Balancetraining.

Eine weitere häufig genutzte Maßnahme ist das Kontinenz- bzw. Toilettentraining. 42 Prozent der Pflegebedürftigen erhalten dieses Training (2010: 46%), wobei knapp die Hälfte der Pflegebedürftigen in Pflegestufe II mehrmals pro Woche ein Kontinenz- und Toilettentraining absolviert (49%).<sup>61</sup> Pflegebedürftige der Stufen I und III haben dieses Training in den letzten 12 Monaten mehrheitlich nicht erhalten (66% bzw. 60%).

Die bisher genannten Trainings sollen der Erleichterung des alltäglichen Lebens dienen und haben präventiven oder rehabilitierenden Charakter. Eine regelmäßige Anwendung bzw. ein regelmäßiges wöchentliches Training, wie die Regel ist, erscheint daher sinnvoll.

Basale Stimulation, Validation oder ähnliche Maßnahmen für Demenzkranke werden von 33 Prozent der Pflegebedürftigen in Anspruch genommen (2010: 37%). Mit 51 Prozent ist der Anteil in der Gruppe der Pflegebedürftigen mit Pflegestufe III besonders hoch, allerdings geringer als 2010 (2010: 57%). Ähnliches gilt für die Teilnahme an ergotherapeutischen Maßnahmen, die im Durchschnitt 19 Prozent aller Pflegebedürftigen, aber 26 Prozent derjenigen mit Pflegestufe III erhalten.

Musik- oder Tanztherapie (speziell für Demenzkranke) nutzen 24 Prozent der Pflegebedürftigen insgesamt (2010: 24%); auch diese Maßnahme nahmen überdurchschnittlich oft Pflegebedürftige der Pflegestufe II wahr (30%).

Massagen und weitere passive Maßnahmen haben nur sieben Prozent der Pflegebedürftigen erhalten (2010: 9%), weitgehend unabhängig von der Pflegestufe. Logopädische Maßnahmen werden ebenfalls nur zu sieben Prozent genutzt (2010: 5%), aber von 13 Prozent der Pflegebedürftigen in Pflegestufe III.

---

<sup>61</sup> Bereits im Jahr 2010 haben überproportional viele Pflegebedürftige der Pflegestufe II an diesem Training mehrmals pro Woche teilgenommen.

**Tabelle 5.8: In den letzten 12 Monaten erhaltene Maßnahmen nach Pflegestufe, 2016 (%)**

Basis: Repräsentativerhebung, Pflegebedürftige in vollstationären Pflegeeinrichtungen

	Insgesamt	Stufe I	Stufe II	Stufe III
<b>Krankengymnastik oder Bewegungstherapie</b>				
Mehrmals wöchentlich	27	24	27	34
1-mal in der Woche	17	18	18	13
Seltener	3	3	3	3
Nie	51	52	50	49
<b>Massagen, Bäder, Rotlicht oder Elektrotherapie</b>				
Mehrmals wöchentlich	2	1	2	3
1-mal in der Woche	3	3	3	2
Seltener	2	2	3	1
Nie	92	91	92	93
<b>Kraft- und Balancetraining (Sturzprophylaxe)</b>				
Mehrmals wöchentlich	27	27	30	22
1-mal in der Woche	16	18	19	7
Seltener	3	3	3	4
Nie	53	50	48	68
<b>Logopädie (Stimm- und Sprechtherapie)</b>				
Mehrmals wöchentlich	3	1	2	7
1-mal in der Woche	3	1	4	6
Seltener	1	1	1	0
Nie	91	93	91	87
<b>Ergotherapie</b>				
Mehrmals wöchentlich	9	7	10	12
1-mal in der Woche	8	7	7	12
Seltener	2	1	2	2
Nie	80	82	80	74
<b>Musik- oder Tanztherapie (Speziell für Demenz- kranke)</b>				
Mehrmals wöchentlich	9	6	12	11
1-mal in der Woche	12	9	15	11
Seltener	3	3	3	3
Nie	75	80	70	74

(Fortsetzung Tabelle 5.8)

	Insgesamt	Stufe I	Stufe II	Stufe III
<b>Kontinenz- bzw. Toilettentraining</b>				
Mehrmals wöchentlich	37	27	49	36
1-mal in der Woche	3	2	5	1
Seltener	2	2	2	3
Nie	56	66	44	60
<b>Gedächtnis- oder Orientierungstraining</b>				
Mehrmals wöchentlich	37	32	46	33
1-mal in der Woche	17	20	18	11
Seltener	2	1	2	4
Nie	42	44	34	53
<b>Basale Stimulation, Validation oder ähnliche therapeutische Maßnahmen für Demenzkranke</b>				
Mehrmals wöchentlich	23	12	28	36
1-mal in der Woche	6	4	6	12
Seltener	4	3	4	3
Nie	66	79	61	49

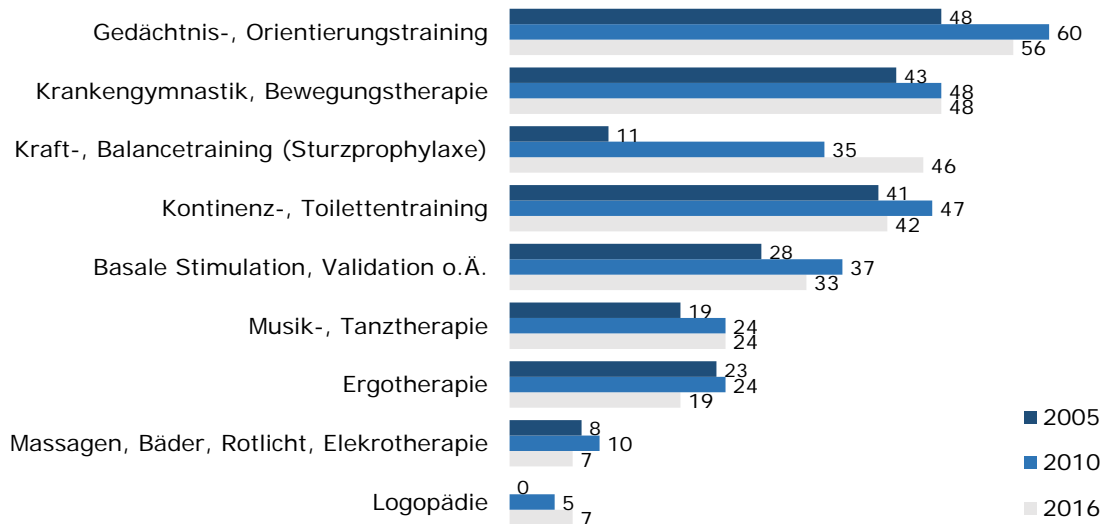
Fehlend zu 100 = keine Angabe.

Studie zum Pflege-Weiterentwicklungsgesetz – TNS Infratest Sozialforschung 2016

Der Erhalt von Heilmitteln und Maßnahmen kann nunmehr zu drei Erhebungszeitpunkten miteinander verglichen werden (MuG-IV-Studie 2005, Studie zum Pflege-Weiterentwicklungsgesetz 2010 und Evaluationsstudie 2016). Vergleicht man die Ergebnisse der ersten beiden Erhebungen, waren 2010 deutlich mehr Pflegebedürftige in den Genuss von Heilmitteln oder Maßnahmen gekommen als im Jahr 2005 (Abbildung 5.16). Ein besonders hoher Anstieg zeigte sich 2010 beim Kraft- und Balancetraining. Hier hatte sich der Anteil derjenigen, die diese Maßnahme in Anspruch genommen haben, mehr als verdreifacht. Auch beim Gedächtnis- und Orientierungstraining und bei der basalen Stimulation, Validation und ähnlichen Maßnahmen für Demenzkranke waren erhebliche Zunahmen zu verzeichnen. Die Entwicklung im Zeitablauf wies darauf hin, dass der in § 87a Abs. 4 SGB XI neu geschaffene Anreiz für die Pflegeeinrichtungen zur Stärkung der Rehabilitation an dieser Stelle erste positive Wirkungen zeigte. Zwischen 2010 und 2016 war die Entwicklung weniger einheitlich. Kontinenz- und Toilettentraining, Gedächtnis- und Orientierungstraining, basale Stimulation, Validation o. Ä. sowie Ergotherapie haben weniger Pflegebedürftige erhalten. Das Kraft- und Balancetraining zur Sturzprophylaxe ist hingegen nochmals deutlich angestiegen.

**Abbildung 5.16: Erhaltene Heilmittel und Maßnahmen 2005, 2010, 2016 (%)**

Basis: Repräsentativerhebung, Pflegebedürftige in vollstationären Pflegeeinrichtungen\*



\*2005: MuG IV: Bewohnerinnen und Bewohner insgesamt

#### Studie zur Wirkung des PNG und PSG I – TNS Infratest Sozialforschung 2016

Betrachtet man hingegen die Heilmittel, die den Pflegebedürftigen vom MDK empfohlen oder von Ärzten in den letzten zwölf Monaten verordnet wurden, so zeigt sich, dass die Bewohnerinnen und Bewohner diese ganz überwiegend im Jahresverlauf auch erhalten haben. Bei einem Teil wurden die Empfehlungen allerdings auch nicht umgesetzt. Der Prozentsatz reicht von vier Prozent bei der Musik- bzw. Tanztherapie bis hin zu 30 Prozent bei Massagen und weiteren passiven Heilmitteln (Tabelle 5.9).

Welche Gründe im Einzelnen dafür verantwortlich sind, dass Pflegebedürftige die empfohlenen bzw. verordneten Heilmittel oder Maßnahmen nicht erhalten haben, lässt sich anhand der Daten nicht eindeutig klären. Neben einer mangelnden Bereitschaft der Pflegebedürftigen zur Teilnahme an den empfohlenen Maßnahmen ist nicht auszuschließen, dass auch organisatorische Hindernisse innerhalb der Einrichtung dazu beigetragen haben, dass empfohlene bzw. verordnete Maßnahmen nicht genutzt wurden. Daneben mag ein Teil der Empfehlungen aber auch erst kurze Zeit zurückliegen und deshalb noch nicht umgesetzt sein.

**Tabelle 5.9: Erhalt der empfohlenen Rehabilitationsmaßnahmen und Heilmittel (%)**

Basis: Repräsentativerhebung, Pflegebedürftige in vollstationären Pflegeeinrichtungen, denen die jeweilige Maßnahme vom MDK empfohlen bzw. von einer Ärztin oder einem Arzt verordnet wurde

	Mehrmals wöchentlich	1-mal in der Woche	Seltener	Nie
Krankengymnastik oder Bewegungstherapie	53	30	2	15
Massagen, Bäder, Rotlicht oder Elektrotherapie	24	37	10	30
Kraft- und Balancetraining (Sturzprophylaxe)	48	36	2	12
Logopädie (Stimm- und Sprechtherapie)	33	42	2	22
Ergotherapie	41	42	2	15
Musik- oder Tanztherapie (speziell für Demenzkranke)	46	46	4	4
Kontinenz- bzw. Toilettentraining	81	9	1	8
Gedächtnis- oder Orientierungstraining	64	27	1	7
Basale Stimulation, Validation oder ähnliche therapeutische Maßnahmen für Demenzkranke	59	16	2	21

Fehlend zu 100 = keine Angabe

Studie zur Wirkung des PNG und PSG I – TNS Infratest Sozialforschung 2016

#### 5.4 Unterstützung durch weitere Personen

Viele Pflegebedürftige erhalten neben der Unterstützung durch das professionelle Pflegepersonal der Einrichtung auch Hilfe von weiteren Personen. Neben Familienangehörigen sind dies Freunde und Bekannte von außerhalb der Einrichtung, andere Bewohnerinnen und Bewohner derselben Einrichtung oder ehrenamtliche Helferinnen und Helfer. Die Hilfen können sich auf den pflegerischen und hauswirtschaftlichen Bereich oder den Bereich der sozialen Betreuung beziehen.

Insgesamt 71 Prozent der Pflegebedürftigen in Heimen erhalten mindestens von einer der genannten Personengruppen pflegerische und hauswirtschaftliche Hilfen. Bei Hilfen zur sozialen Betreuung können 87 Prozent der Pflegebedürftigen auf Angehörige, Freunde und Bekannte, andere Bewohner oder ehrenamtliche Helferinnen und Helfer zählen.

Zählt man diese beiden Arten der Unterstützung zusammen, erhalten 88 Prozent der Pflegebedürftigen Hilfen durch nicht-professionelles Personal, sechs Prozent der Bewohnerinnen und Bewohner benötigen laut ihrer Pflegekraft keine entsprechende Unterstützung.<sup>62</sup>

#### 5.4.1 Unterstützung im pflegerischen und hauswirtschaftlichen Bereich durch weitere Personen

Familienangehörige spielen auch eine wichtige Rolle, wenn es um pflegerische und hauswirtschaftliche Hilfen für die Pflegebedürftigen geht. Dies gilt nach wie vor und unabhängig davon, dass diese Hilfeleistungen standardmäßig vom Personal der Einrichtung erbracht werden.

Insgesamt 40 Prozent der Pflegebedürftigen erhalten ab und zu in der Woche oder regelmäßig am Tag durch Familienangehörige Unterstützung, etwa ein Drittel davon regelmäßig am Tag (Abbildung 5.17). Weitere 16 Prozent der Pflegebedürftigen erhalten seltener als ab und an in der Woche Unterstützung in pflegerischen und hauswirtschaftlichen Belangen und 43 Prozent erhalten keine Hilfen durch Familienangehörige.

Mindestens hin und wieder in der Woche erhalten zehn Prozent der Pflegebedürftigen auch pflegerische oder hauswirtschaftliche Unterstützung von Freunden oder Bekannten außerhalb der Einrichtung, wobei die Unterstützung meist unregelmäßig, also ab und an in der Woche oder seltener, geleistet wird. Noch etwas mehr Pflegebedürftige erhalten Hilfeleistungen pflegerischer oder hauswirtschaftlicher Art durch andere Bewohnerinnen und Bewohner der Pflegeeinrichtung (15%). Im Gegensatz zu den Hilfeleistungen von externen Freunden oder Bekannten sind andere Bewohnerinnen und Bewohner eher in der Lage, „regelmäßig am Tag“ Hilfeleistungen im pflegerischen und hauswirtschaftlichen Bereich zu leisten. Zehn Prozent der Bewohner profitieren in diesem Sinne von einer regelmäßig am Tag stattfindenden pflegerischen und hauswirtschaftlichen Unterstützung durch andere Bewohnerinnen und Bewohner. In weiteren fünf Prozent der Fälle sind andere Bewohner ab und an in der Woche füreinander da.

Bei einem Teil der Pflegebedürftigen (16%) sind auch ehrenamtlich Tätige bei pflegerischer und hauswirtschaftlicher Unterstützung regelmäßig mit eingebunden. In der Regel werden diese Hilfeleistungen ab und an in der Woche (14%) oder seltener erbracht (13%), nur sehr selten regelmäßig am Tag (2%).

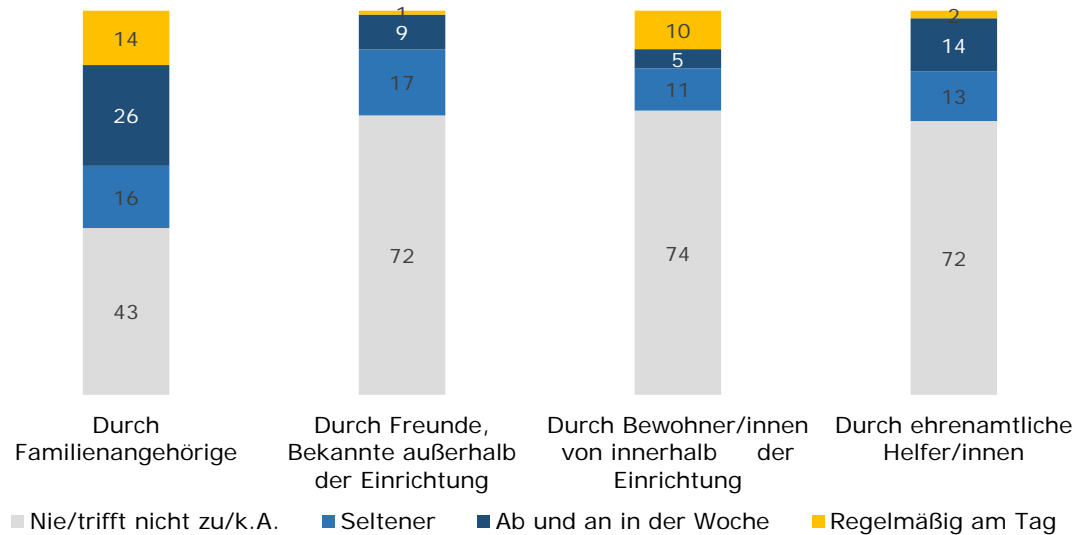
Im Vergleich zu 2010 ist der Umfang der von Familienangehörigen gewährten Hilfen, was den pflegerischen und hauswirtschaftlichen Bereich angeht, von 37 Prozent in 2010 auf derzeit 40 Prozent leicht angestiegen, wobei etwas mehr Pflegebedürftige regelmäßig am Tag Hilfe von Familienangehörigen bekamen. Die von Freunden oder Bekannten von außerhalb der Einrichtung erbrachten Hilfen im pflegerischen und hauswirtschaftlichen Bereich sind in etwa vergleichbar (2010: 12% im Vergleich zu derzeit 10%). Leicht rückläufig von 19 Prozent in 2010 auf derzeit 15 Prozent sind hingegen in diesem Bereich die regelmäßigen Hilfen von Bewohnerinnen und Bewohnern von innerhalb der Einrichtung sowie mit 22 Prozent in 2010 auf derzeit 16 Prozent die von ehrenamtlichen Helferinnen und Helfern.

---

<sup>62</sup> Für die verbleibenden sechs Prozent der Pflegebedürftigen konnten die Pflegekräfte keine Angaben zu Unterstützungsleistungen durch Familie, Freunde, Bekannte oder ehrenamtliche Helferinnen und Helfer machen.

**Abbildung 5.17: Pflegerische und hauswirtschaftliche Unterstützung der Pflegebedürftigen durch weitere Personen, 2016 (%)**

Basis: Repräsentativerhebung, Pflegebedürftige in vollstationären Pflegeeinrichtungen



Studie zur Wirkung des PNG und PSG I – TNS Infratest Sozialforschung 2016

#### 5.4.2 Hilfen zur sozialen Betreuung durch weitere Personen

Zusätzliche Hilfen zur sozialen Betreuung erhalten insgesamt 86 Prozent der Pflegebedürftigen durch weitere nicht professionell in der Einrichtung tätige Personen, am häufigsten durch Familienangehörige (Abbildung 5.18).

Insgesamt 70 Prozent der Pflegebedürftigen werden von Familienangehörigen unterstützt. 30 Prozent erhalten keine soziale Betreuung von Familienangehörigen, auch deshalb, weil keine (engeren) Angehörigen mehr vorhanden sind oder weil keine Kontakte bestehen. Am häufigsten werden die Pflegebedürftigen ab und an in der Woche (34%) oder sogar regelmäßig am Tag sozial betreut (17%). 2010 wurde allerdings für 77 Prozent der Pflegebedürftigen soziale Betreuung durch Familienangehörige berichtet (regelmäßig am Tag: 13%, ab und an in der Woche: 40%, seltener: 24%).

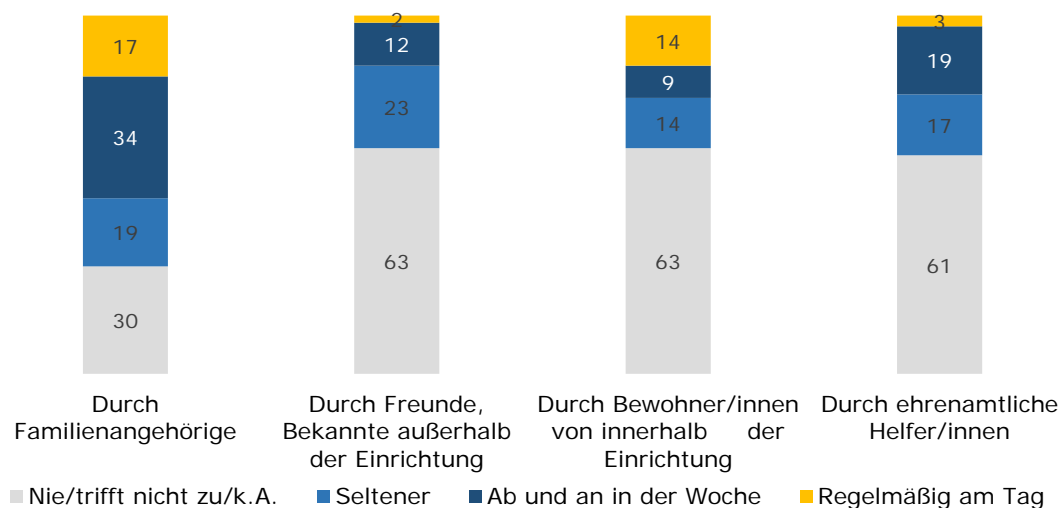
Durch Freunde oder Bekannte von außerhalb der Einrichtung erhalten 37 Prozent der Pflegebedürftigen Hilfen zur sozialen Betreuung, davon zwei Prozent regelmäßig am Tag, zwölf Prozent ab und an in der Woche und weitere 23 Prozent seltener als ab und an in der Woche. 2010 waren es 40 Prozent (davon ein Prozent regelmäßig am Tag, 14 Prozent ab und an in der Woche, 25 Prozent seltener).

Unterstützung kommt bei den Hilfen zur sozialen Betreuung auch von Seiten der anderen Bewohnerinnen und Bewohner der Pflegeeinrichtung. 37 Prozent der Pflegebedürftigen erhalten von ihnen soziale Betreuung, 14 Prozent sogar regelmäßig am Tag, und weitere neun Prozent ab und an in der Woche. Damit stellen andere Bewohnerinnen und Bewohner in der Einrichtung eine wichtige Bereicherung des sozialen Lebens füreinander dar. 2010 betrug der Anteil 42 Prozent (regelmäßig am Tag: 16%, ab und an in der Woche: 11%, seltener: 15%).

Auch ehrenamtliche Helferinnen und Helfer sind in vollstationären Pflegeeinrichtungen im Einsatz und verbringen Zeit mit den Bewohnerinnen und Bewohnern. 39 Prozent der Pflegebedürftigen werden von ehrenamtlichen Helferinnen und Helfern in der Regel sozial betreut, meist ab und an in der Woche (19%) oder seltener (17%, weitere 3% regelmäßig am Tag). 2010 erhielten Pflegebedürftige zu 46 Prozent Hilfen zur sozialen Betreuung durch Ehrenamtliche.

**Abbildung 5.18: Hilfen zur sozialen Betreuung der Pflegebedürftigen durch weitere Personen, 2016 (%)**

Basis: Repräsentativerhebung, Pflegebedürftige in vollstationären Pflegeeinrichtungen



Studie zur Wirkung des PNG und PSG I – TNS Infratest Sozialforschung 2016

Der Umfang der Unterstützung durch Familienangehörige, Freunde und Bekannte sowie durch die übrigen Heimbewohner und -bewohnerinnen hatte sich laut den Ergebnissen der Vorläuferstudie zwischen dem Jahr 2005 (MuG IV-Studie) und der Repräsentativerhebung 2010 kaum geändert, angestiegen war hingegen die Bedeutung von ehrenamtlichen Helferinnen und Helfern (Schmidt & Schneekloth 2010).

In der aktuellen Erhebung geben die Pflegekräfte allerdings an, dass etwas weniger Bewohnerinnen und Bewohner von nahestehenden Personen bzw. anderen Pflegebedürftigen sozial betreut werden und auch der Anteil der Ehrenamtlichen ist leicht gesunken. Die Ursachen für diese Entwicklung



lassen sich im Rahmen der Studie nicht genauer klären. Die Gründe dürften je nach Gruppe unterschiedlich sein. Die rückläufige Betreuung durch Familienangehörige oder auch Freunde oder Bekannte von außerhalb der Einrichtung dürfte auch damit zusammenhängen, dass vor allem hochalt-rige Pflegebedürftige, die in vollstationäre Einrichtungen wechseln, häufig über keine engeren Angehörigen oder Bekannten in der Nähe verfügen.

Die Einbeziehung anderer Bewohnerinnen und Bewohner der Einrichtung in die soziale Betreuung ist hingegen, in Anbetracht des hohen Pflegebedarfs, eher hoch. Der leichte Rückgang beim Ehrenamt könnte hingegen damit zusammenhängen, dass freiwilliges Engagement sich heute häufiger ungebunden und damit jenseits eines institutionellen Rahmens vollzieht. Inwieweit dabei allerdings auch von den Einrichtungen möglicherweise vorhandene Möglichkeiten zur Einbeziehung von Freiwilligen nicht ausgeschöpft werden, kann an dieser Stelle nicht weiter aufgeklärt werden.

Nach den vorliegenden Ergebnissen wird die rückläufige Einbeziehung von Angehörigen, Bekannten und Ehrenamtlichen bei der sozialen Betreuung durch die zusätzlichen Betreuungskräfte (nach § 87b SGB XI) kompensiert. Dies unterstreicht noch einmal die Bedeutung der mit dem PSG I neu eingeführten Regelung, mit der nun auch Pflegebedürftige ohne erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz von der Tätigkeit von zusätzlichen Betreuungskräften profitieren können.

## 5.5 Zusammenfassung

### Pflege-Neuausrichtungsgesetz (PNG)

Das PNG hatte u. a. das Ziel, die **medizinische Versorgung** in Pflegeeinrichtungen zu verbessern. Laut der Auskunft gebenden Pflegekraft waren 98 Prozent der Bewohnerinnen und Bewohner von vollstationären Pflegeeinrichtungen in den letzten zwölf Monaten ärztlich untersucht worden. Eine ärztliche Untersuchung erfolgt in allen Fällen durch einen Hausarzt bzw. eine Hausärztin (Allgemeinmediziner, Internist o. Ä.), unabhängig von der Pflegestufe und dem Geschlecht der Pflegebedürftigen.

Der hohe Versorgungsgrad mit hausärztlichen Leistungen findet sich in den **Routinedaten der BAR-MER GEK** bestätigt. Unabhängig vom Geschlecht der Pflegebedürftigen weisen etwa 80 Prozent dieser Personen durchschnittlich innerhalb eines Quartals einen entsprechenden Behandlungsfall auf. Dieses hohe Leistungsniveau zeigt sich dabei über alle einbezogenen Jahre konstant. Da in diesen Werten die ärztlichen Leistungen durch Internisten nicht enthalten sind, kann davon ausgegangen werden, dass auf das jeweilige Berichtsjahr bezogen ebenfalls eine fast vollständige Versorgung aller Pflegebedürftigen gewährleistet ist.

### Pflegestärkungsgesetz I (PSG I)

Ein großer Teil der Pflegebedürftigen in vollstationären Pflegeeinrichtungen wird von **zusätzlichen Betreuungskräften nach § 87b** unterstützt (79%). Seit dem PSG I haben inzwischen alle Bewohnerinnen und Bewohner mit Bedarf an Grundpflege und hauswirtschaftlicher Hilfe, auch unabhängig von der Schwelle der Pflegestufe I, einen Anspruch auf Hilfen von zusätzlichen Betreuungskräften.

Je höher die Pflegestufe, desto häufiger erhalten die Pflegebedürftigen Hilfen von zusätzlichen Betreuungskräften. In Pflegestufe I erhalten 69 Prozent Unterstützung, in Pflegestufe II profitieren 85 Prozent von zusätzlichen Betreuungskräften und in Pflegestufe III sind es 89 Prozent. Von den Bewohnerinnen und Bewohnern unterhalb der Pflegestufe I, also ohne Regelleistungen der Pflegeversicherung, erhalten ebenfalls 65 Prozent Hilfen von zusätzlichen Betreuungskräften. Pflegebedürftige mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz erhalten zu 90 Prozent Hilfen durch zusätzliche Betreuungskräfte, Pflegebedürftige ohne erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz inzwischen ebenfalls seit dem Jahr 2015 zu 56 Prozent.

Im Vergleich zu früher profitieren von daher vor allem Pflegebedürftige ohne erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz und hierbei insbesondere in den Pflegestufen I und II sowie Personen unterhalb der Pflegestufe I in hohem Maße von zusätzlichen Betreuungskräften, wobei aber auch in der Pflegestufe III der Anteil derjenigen mit Hilfen durch zusätzliche Betreuungskräfte angestiegen ist. Damit erhalten nicht nur mehr Bewohnerinnen und Bewohner vollstationärer Pflegeeinrichtungen zusätzliche Betreuung, sondern diese erhalten damit auch insgesamt häufiger (täglich oder sogar mehrfach täglich) Hilfen zur sozialen Betreuung (inkl. zusätzlicher Betreuung nach § 87b).

Die einrichtungsbezogene Erhebung zeigt, dass 39 Prozent der vollstationären Pflegeeinrichtungen in den kommenden drei Jahren zusätzliche Betreuungskräfte nach § 87b SGB XI einstellen wollen, um möglichst allen Pflegebedürftigen noch mehr an Unterstützung durch zusätzliche Betreuungskräfte zukommen lassen zu können.

### Weitere strukturelle Entwicklungen

Wie bereits 1999 und 2010 leben auch 2016 deutlich **mehr Frauen als Männer** in vollstationären Pflegeeinrichtungen. Allerdings ist der Männeranteil mit 29 Prozent im Jahr 2016 deutlich höher als 1998 und 2010. Der zunehmende Männeranteil ist ein Indiz dafür, dass verstärkt diejenige Männergeneration ins Pflegealter kommt, die während des 2. Weltkriegs noch Kinder und Jugendliche waren und seltener dem Krieg zum Opfer fielen. Daneben gilt, dass Frauen nach wie vor eine im Durchschnitt höhere Lebenserwartung haben und hochaltrige Männer seltener pflegebedürftig sind als Frauen derselben Altersgruppen. Die Bewohnerinnen und Bewohner in den Pflegeheimen sind im Schnitt 81 Jahre alt (2010: 82 Jahre). Frauen sind durchschnittlich 84 Jahre alt und damit erheblich älter als Männer, bei denen das Durchschnittsalter „nur“ 75 Jahre beträgt.

Die Erkenntnisse zum Geschlecht und Alter der Pflegebedürftigen in vollstationären Pflegeeinrichtungen decken sich dabei sowohl mit Auswertungen von **BARMER-GEK-Routinedaten** als auch mit Analysen langer Zeitreihen aus der Pflegestatistik. In den aktuellen Analysen auf Basis der BARMER-GEK-Routinedaten zeigen sich zudem Verschiebungen in den Altersklassen der vollstationär versorgten Pflegebedürftigen. So weisen vor allem bei den Männern die meisten Altersklassen deutliche Steigerungen auf.

Die allermeisten Bewohnerinnen und Bewohner von Pflegeeinrichtungen beziehen **Leistungen der Pflegeversicherung** (95%). Nur fünf Prozent der Bewohnerinnen und Bewohner sind nicht pflegebedürftig im Sinne der §§ 14 und 15 SGB XI. Drei Viertel der Bewohnerinnen und Bewohner sind den Pflegestufen I (40%) und II (36%) zugeordnet. Etwa ein Fünftel der Bewohnerinnen und Bewohner ist in Pflegestufe III eingestuft. Im Zeitverlauf betrachtet sind 2016 deutlich mehr Bewohnerinnen

und Bewohner der Pflegestufe I zugeordnet. In Pflegestufe II befinden sich 2016 – nach einem höheren Anteil in 2010 – in etwa gleich viele Pflegebedürftige wie 1998 (36%). Ähnlich wie im Jahr 2010 ist 2016 knapp jeder fünfte Bewohner in Pflegestufe III eingruppiert (2016: 19%). Zwei von drei Leistungsempfängern der Pflegeversicherung bekamen eine **erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz nach § 45a** anerkannt. Je höher die Pflegestufe ist, desto höher ist auch der Anteil an Personen, die die entsprechenden Kriterien für die Anerkennung einer erheblich eingeschränkten Alltagskompetenz erfüllen.

Mit 82 Prozent ist der Anteil der Pflegebedürftigen in Heimen, die mindestens ein **Heilmittel bzw. eine Maßnahme** erhalten haben, erheblich höher als der Anteil, dem solche Maßnahmen vom MDK empfohlen bzw. von einem Arzt unmittelbar verordnet wurden (59%). Dies hängt damit zusammen, dass ein nicht unwesentlicher Teil an Maßnahmen insbesondere für Demenzkranke direkt vom Personal der Einrichtungen als Teil der Pflege und Betreuung erbracht wird. Pflegebedürftige der Pflegestufe II erhalten zu 86 Prozent präventive Maßnahmen, Pflegebedürftige der Pflegestufe III zu 85 Prozent. Pflegebedürftige in Pflegestufe II kamen darüber hinaus auch häufiger in den Genuss von mehr als drei Therapien als Pflegebedürftige der Stufen I und III. Immerhin drei von vier Pflegebedürftigen in Pflegestufe I hatten in den letzten zwölf Monaten mindestens ein Heilmittel erhalten.

Insgesamt 71 Prozent der Pflegebedürftigen in vollstationären Einrichtungen erhalten mindestens von weiteren Personen (außer dem professionellen Pflegepersonal) **pflegerische und hauswirtschaftliche Hilfen**. Bei **Hilfen zur sozialen Betreuung** können 82 Prozent der Pflegebedürftigen auf Angehörige, Freunde und Bekannte, andere Bewohner oder ehrenamtliche Helferinnen und Helfer zählen. Zählt man diese beiden Arten der Unterstützung zusammen, erhalten 86 Prozent der Pflegebedürftigen Hilfen durch nicht-professionelles Personal, neun Prozent der Bewohnerinnen und Bewohner benötigen laut ihrer Pflegekraft keine entsprechende Unterstützung. Im Vergleich zu 2010 ist der Anteil mit Hilfen von Angehörigen, Verwandten und Bekannten allerdings leicht rückläufig.

Nicht alle Pflegebedürftigen in vollstationären Pflegeeinrichtungen können die selbst zu tragenden Kosten aus eigenen Mitteln finanzieren. Vergleicht man die aktuellen Ergebnisse mit denjenigen der zwei vorangegangenen Repräsentativerhebungen, so sind im Jahr 2016 mit 40 Prozent inzwischen etwas mehr Pflegebedürftige der Stufen I bis III auf anteilige oder komplette Übernahme der Kosten durch das **Sozialamt bzw. die Kriegsopferfürsorge** angewiesen als 2010 (37%). Im Vergleich mit dem Jahr 1999, also relativ kurz nach der Einführung der Pflegeversicherung, sind allerdings nach wie vor weniger Pflegebedürftige in vollstationären Pflegeeinrichtungen auf Fürsorgeleistungen angewiesen (1999: 43%). Im Vergleich zur Situation vor Einführung der Pflegeversicherung, als mehr als zwei Drittel aller stationär Gepflegten auf ergänzende Hilfe zur Pflege angewiesen war, ist der Entlastungseffekt der Pflegeversicherung aber nach wie vor deutlicher zu spüren.

## Fazit

Auch Pflegebedürftige in vollstationären Pflegeeinrichtungen haben von den Leistungsausweitungen und der Flexibilisierung bei der Inanspruchnahme profitiert. Insbesondere die deutliche personelle Erweiterung der Kapazitäten durch zusätzliche Betreuungskräfte (nach § 87b SGB XI) sowie die Ausweitung des damit verbundenen Anspruchs auf zusätzliche Betreuungsleistungen für alle Bewohnerinnen und Bewohner mit Hilfebedarf, und hierbei auch unterhalb der Schwelle der Pflegestufe I, haben zu spürbaren Verbesserungen geführt. Positive Effekte ergeben sich auch bei der medizinischen Versorgung.

## 6 Stationäre Pflegeeinrichtungen

Stationäre Pflegeeinrichtungen sind nach § 71 Abs. 2 SGB XI selbstständig wirtschaftende Einrichtungen, in denen Pflegebedürftige unter der Verantwortung einer ausgebildeten Pflegefachkraft gepflegt werden und in denen sie entweder voll- oder teilstationär untergebracht und verpflegt werden können.

In der aktuellen Repräsentativerhebung 2016 wurden neben vollstationären Einrichtungen (Heimen), die Dauerpflege und ggf. auch Kurzzeitpflege oder teilstationäre Pflege anbieten, erstmals auch Wohneinrichtungen befragt, die ausschließlich Kurzzeitpflege oder teilstationäre Pflege (Tages- oder Nachtpflege) anbieten.<sup>63</sup> Bei diesen Einrichtungen handelt es sich so gut wie immer um kleine Pflegeeinrichtungen, die unter 50 Bewohnerinnen und Bewohner versorgen. Maßgeblich für die Anerkennung als Pflegeeinrichtung war, dass die stationäre Einrichtung einen Versorgungsvertrag mit einer Pflegekasse abgeschlossen hatte und mit dieser die erbrachten Leistungen abrechnet (§ 72 SGB XI).

In der Regel werden zunächst die Ergebnisse 2016 für alle stationären Einrichtungen dargestellt. Sofern Zeitvergleiche mit den Repräsentativerhebungen 1998 und 2010 angestellt werden, erfolgen diese meist auf Basis vollstationärer Pflegeeinrichtungen, um eine einheitliche Datengrundlage zu verwenden und damit aussagekräftige Ergebnisse zu erhalten.<sup>64</sup>

### 6.1 Strukturmerkmale

#### 6.1.1 Träger und Größe der Einrichtungen

Die Mehrheit der stationären Pflegeeinrichtungen wird von gemeinnützigen Trägern betrieben (53%, Abbildung 6.1). Dabei ist der Anteil der Pflegeheime in gemeinnütziger Trägerschaft zu allen drei Erhebungszeitpunkten nahezu unverändert hoch. Einrichtungen in privater Trägerschaft haben 1998 36 Prozent der stationären Pflegeheime betrieben, 2016 waren es 41 Prozent. Der Anteil von Einrichtungen in öffentlicher Trägerschaft war bereits 1998 mit zehn Prozent eher gering; im Jahr 2010 unterstanden sechs Prozent der Heime einem öffentlichen Träger, 2016 sind es noch vier Prozent, d. h. die stationären Pflegeeinrichtungen werden zum ganz überwiegenden Teil durch gemeinnützige oder private Träger betrieben, öffentliche Träger sind mittlerweile nur noch selten aktiv.

Diese Strukturentwicklung zur Verteilung nach dem Träger ergibt sich vor dem Hintergrund der Vorschrift des § 72 Abs. 3 SGB XI, wonach Versorgungsverträge vorrangig mit freigemeinnützigen und privaten Trägern abgeschlossen werden sollen, sowie aus dem in § 11 Abs. 2 SGB XI noch einmal festgehaltenen Subsidiaritätsprinzip.

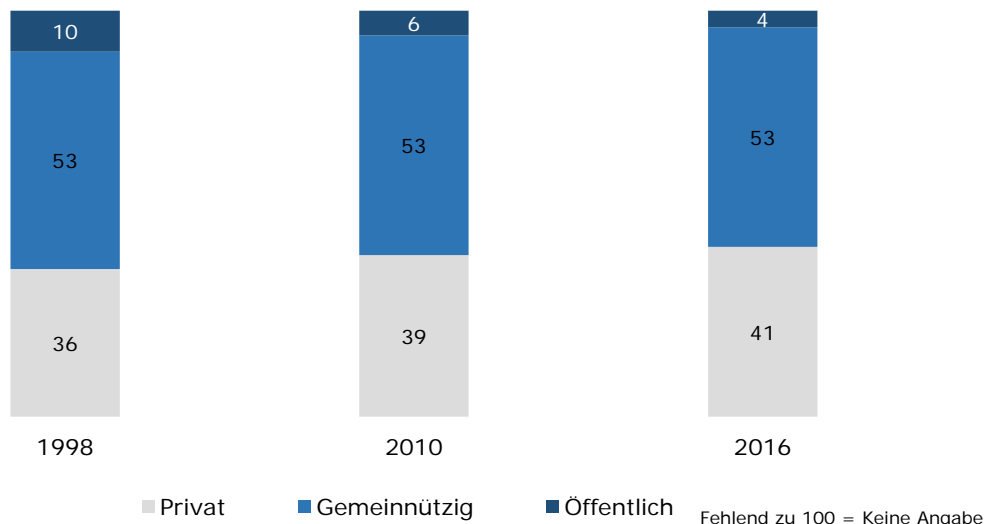
---

<sup>63</sup> In der Folge sind deutlich mehr Einrichtungen in der Stichprobe vertreten, die Tagespflege anbieten (2010: 12%, 2016: 31%). Der Anteil von Einrichtungen mit Kurzzeitpflege und Nachtpflege erhöhte sich nur leicht.

<sup>64</sup> Sofern keine inhaltlichen Unterschiede zwischen stationären und vollstationären Einrichtungen in 2016 bestehen, werden die Ergebnisse für die stationären Pflegeeinrichtungen dargestellt (z. B. bei der Trägerschaft im Zeitvergleich).

**Abbildung 6.1: Trägerschaft der stationären Pflegeeinrichtungen 1998, 2010 und 2016 (%)**

Basis: Repräsentativerhebung, stationäre Pflegeeinrichtungen



Studie zur Wirkung des PNG und PSG I – TNS Infratest Sozialforschung 2016

Von der jeweiligen Trägerschaft einer Einrichtung ist abhängig, ob und ggf. in welcher Höhe die Investitionskosten der Einrichtung ganz oder teilweise mit öffentlichen Mitteln gefördert werden. Die Hälfte der Einrichtungen erhalten keine Förderung (51%), ein Drittel kann zumindest teilweise auf Förderungen mit öffentlichen Mitteln zurückgreifen (34%) und nur in acht Prozent der Einrichtungen werden die Investitionskosten komplett mit öffentlichen Mitteln gefördert (nicht grafisch oder tabellarisch ausgewiesen).<sup>65</sup> Einrichtungen in öffentlicher Trägerschaft erhalten am häufigsten eine Förderung. Zu 24 Prozent werden ihre Investitionskosten komplett mit öffentlichen Mitteln gefördert, ein gutes Drittel dieser Einrichtungen wird zumindest teilweise gefördert und nur 26 Prozent erhalten keine Förderung der Investitionskosten. Bei Einrichtungen in gemeinnütziger Trägerschaft können die Investitionskosten zu neun Prozent ganz und zu 43 Prozent teilweise gefördert werden, bei 41 Prozent der gemeinnützig betriebenen Pflegeeinrichtungen ist dies nicht der Fall. Am seltensten können Pflegeeinrichtungen in privater Trägerschaft auf die Förderung der Investitionskosten durch öffentliche Mittel hoffen. Für 66 Prozent der Einrichtungen ist dies nicht möglich, 21 Prozent erhalten teilweise eine Investitionskostenförderung und nur sechs Prozent der privat betriebenen Pflegeeinrichtungen erhalten ihre kompletten Investitionskosten durch öffentliche Mittel.

<sup>65</sup> Sieben Prozent der Einrichtungen machten bei dieser Frage keine Angabe.

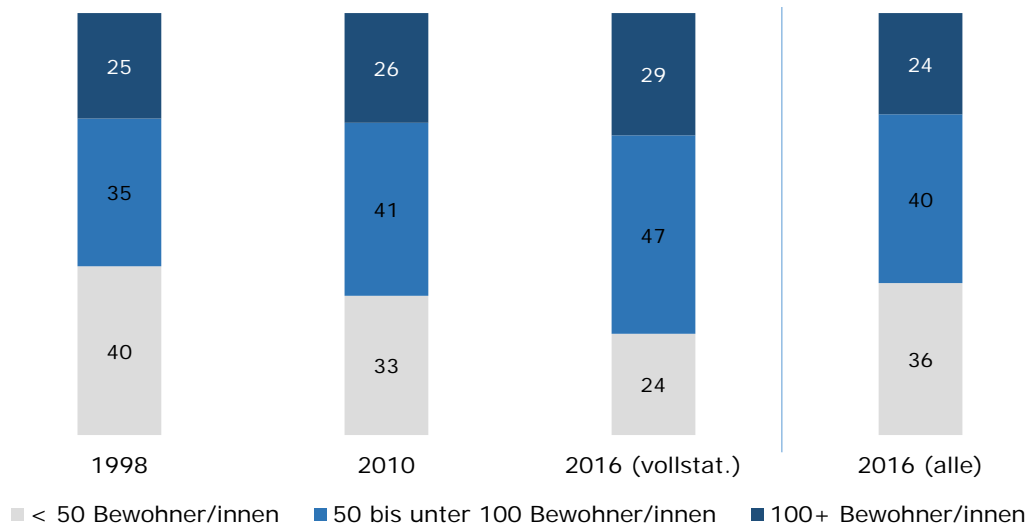
## Größe der Einrichtung

Im Jahr 2016 leben in stationären Pflegeeinrichtungen durchschnittlich 74,3 Personen, ostdeutsche Pflegeeinrichtungen beherbergen 75,5 Personen, in westdeutschen Einrichtungen leben durchschnittlich 73,9 Personen. In Einrichtungen in gemeinnütziger Trägerschaft leben im Schnitt 77,2 Personen, bei privaten Trägern leben etwas weniger Personen (67,6).

Folgt man der hier gewählten Differenzierung der Einrichtungen in kleine Pflegeeinrichtungen (weniger als 50 Bewohnerinnen und Bewohner), mittlere Pflegeeinrichtungen (50 bis unter 100 Bewohnerinnen und Bewohner) und große Pflegeeinrichtungen (100 und mehr Bewohnerinnen und Bewohner), so zeigt sich für das Jahr 2016, dass der Anteil der kleinen Einrichtungen bei 36 Prozent liegt (Abbildung 6.2; alle Einrichtungen). Etwa 40 Prozent beherbergen zwischen 50 und unter 100 Bewohnerinnen und Bewohner. Der Anteil größerer Einrichtungen ab 100 Bewohnern beträgt etwa ein Viertel (24%). Bei der Betrachtung der Bewohnerzahlen macht sich die um Einrichtungen mit Kurzzeit- und teilstationärer Pflege erweiterte Grundgesamtheit bemerkbar, da diese Einrichtungen allesamt kleinere Einrichtungen mit unter 50 Bewohnern sind. Daher wird an dieser Stelle auch die Größenverteilung der vollstationär betriebenen Einrichtungen dargestellt.

### Abbildung 6.2: Größe der (voll-)stationären Pflegeeinrichtungen 1998, 2010 und 2016 (%)

Basis: Repräsentativerhebung, vollstationäre Pflegeeinrichtungen bzw. stationäre Pflegeeinrichtungen (2016)



Studie zur Wirkung des PNG und PSG I – TNS Infratest Sozialforschung 2016

Bezogen auf vollstationäre Einrichtungen zeigt sich für die drei Größenklassen keine gegenläufige Entwicklung der Größenverhältnisse seit 2010, sondern eine ähnliche Entwicklung wie bereits zwischen 1998 und 2010. Der Anteil kleiner Heime ist mit 24 Prozent im Jahr 2016 nochmals geringer als 2010, als ein Drittel der vollstationären Pflegeeinrichtungen unter 50 Bewohnerinnen und Bewohner versorgte. Dagegen bieten inzwischen 47 Prozent der vollstationären Einrichtungen Platz für 50

bis unter 100 Bewohnerinnen und Bewohner und damit deutlich mehr als 2010. Insbesondere der Anteil von Heimen mit 50 bis unter 75 Bewohnern ist höher als 2010 (2010: 21%, 2016: 27%). Etwas häufiger als 2010 sind die Einrichtungen mittlerweile für 100 Bewohner und mehr ausgelegt (29%).

Unterteilt man die vollstationären Einrichtungen mit bis unter 50 Bewohnerinnen und Bewohner auf bis unter 20 Bewohner und auf 20 bis unter 50 Bewohner, zeigt sich, dass der Anteil der sehr kleinen Heime bis unter 20 Bewohner besonders stark zurückgegangen ist. Sie machen 2016 zwei Prozent der vollstationär betriebenen Pflegeeinrichtungen aus, während ihr Anteil 1998 noch bei zwölf Prozent und 2010 bei sechs Prozent lag. Auch der Anteil von Heime mit 20 bis unter 50 Bewohnern ist kleiner als 2010, ihr Anteil liegt 2016 bei 22 Prozent (2010: 27%).

Die durchschnittliche Zahl der Bewohnerinnen und Bewohner im vollstationären Bereich liegt höher als im stationären Bereich, zu dem auch die kleinen Einrichtungen der Tagespflege zählen. Heime beherbergten in den Jahren 1998 und 2010 durchschnittlich 75 Personen, im Jahr 2016 leben 83 Personen in vollstationären Pflegeeinrichtungen. Besonders private Träger, die 2010 im Schnitt 60 Menschen versorgten, können im Jahr 2016 mehr Personen beherbergen (72). In Heimen in gemeinnütziger Trägerschaft leben im Durchschnitt 78 Personen und damit sechs Personen weniger als 2010. Auch in öffentlich betriebenen Heimen leben etwas weniger Personen als 2010.<sup>66</sup>

Ein genauere Blick auf die Größe der vollstationären Pflegeeinrichtungen innerhalb der einzelnen Trägergruppen zeigt, dass im Jahr 2010 knapp über die Hälfte der privaten Träger kleine Einrichtungen bis unter 50 Bewohner betrieben (Abbildung 6.3). Im Jahr 2016 liegt der Anteil kleiner Einrichtungen in privater Trägerschaft nur noch bei einem Drittel (34%). Dafür sind deutlich mehr private vollstationäre Pflegeeinrichtungen für 50 bis unter 100 Bewohner (40%) und über 100 Bewohner (26%) ausgelegt.

Gemeinnützige Träger waren bereits 2010 eher auf Heime mittlerer Größe spezialisiert, die 47 Prozent ihrer vollstationären Einrichtungen ausmachten. Im Jahr 2016 betreiben sie 54 Prozent ihrer Einrichtungen für 50 bis unter 100 Bewohnerinnen und Bewohnern. Nur noch 17 Prozent der gemeinnützigen Einrichtungen haben bis unter 50 Bewohner.

Diese Ergebnisse decken sich mit den in der Repräsentativerhebung 2010 geäußerten Planungen der privat betriebenen Heime. Damals planten insbesondere private Träger, die gleichzeitig ein deutlich geringeres Platzangebot hatten als die gemeinnützigen und öffentlichen Träger, eine Aufstockung ihrer Kapazitäten. Dies hatten sie bis 2016 zumindest teilweise umgesetzt.

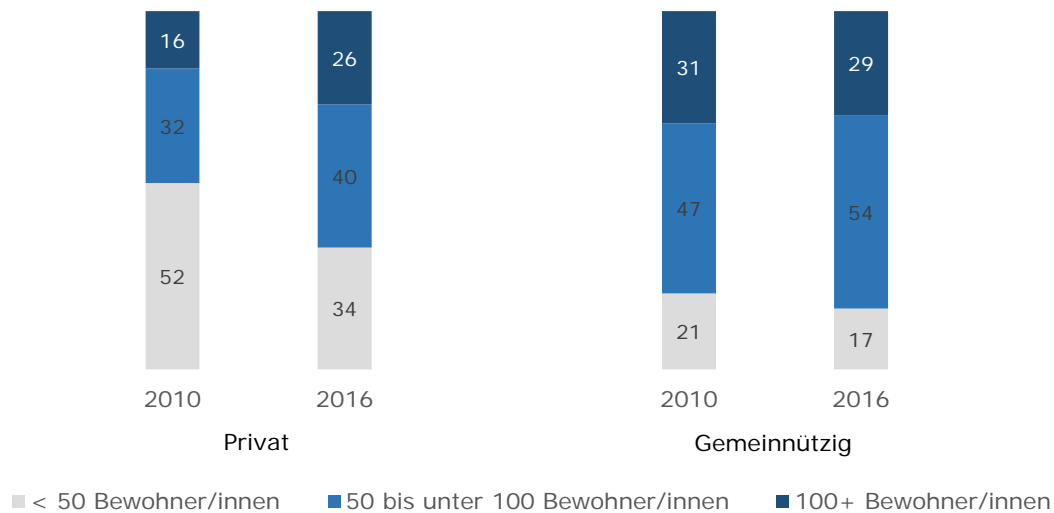
Bei den privaten Trägern haben sich im Zeitverlauf demnach die größten Veränderungen in der Größenstruktur ergeben.

---

<sup>66</sup> Einrichtungen in öffentlicher Trägerschaft sind nur in sehr geringem Umfang in der Stichprobe vertreten und werden im Folgenden nicht tabellarisch oder in Abbildungen dargestellt. Es ist allerdings festzustellen, dass auch etwa die Hälfte der Einrichtungen in öffentlicher Trägerschaft zu den großen Einrichtungen mit 100 und mehr Bewohnern zählen, nur ganz wenige Einrichtungen in öffentlicher Trägerschaft haben weniger als 50 Bewohner.

### Abbildung 6.3: Trägerschaft der vollstationären Pflegeeinrichtungen nach Größe, 2016 (%)

Basis: Repräsentativerhebung, vollstationäre Pflegeeinrichtungen



Studie zur Wirkung des PNG und PSG I – TNS Infratest Sozialforschung 2016

### Angebotene Platzzahl und Auslastung der stationären Einrichtungen

Im Durchschnitt bieten stationäre Pflegeeinrichtungen im Jahr 2016 79,7 Plätze an (Tabelle 6.1). Auf diese knapp 80 Plätze kommen im Durchschnitt 74,3 Bewohnerinnen und Bewohner, die zum Befragungszeitraum in der Einrichtung lebten. Insgesamt betrachtet sind damit 93 Prozent der zur Verfügung stehenden Plätze belegt.<sup>67</sup>

In Ostdeutschland werden pro Einrichtung etwas mehr Plätze angeboten als in Westdeutschland, allerdings ist der Unterschied recht gering. Auch in der Bewohnerzahl unterscheiden sich stationäre Einrichtungen der Westen und Osten kaum, sodass die Auslastungsquote in beiden Landesteilen bei 93 Prozent liegt.

Unterschiede in der Bewohnerzahl und Auslastung zeigen sich auch nach Träger. Gemeinnützige Träger haben durchschnittlich 82 Plätze zur Verfügung, worauf 77 Bewohnerinnen und Bewohner kommen. Hier liegt die Auslastung mit 94 Prozent knapp über dem Durchschnitt. Privat betriebene Einrichtungen können durchschnittlich 73,8 Personen aufnehmen, sind aber mit 67,6 Personen belegt. Mit 92 Prozent fällt die Auslastung bei Einrichtungen in privater Trägerschaft knapp unterdurchschnittlich aus. Für Einrichtungen in öffentlicher Trägerschaft zeichnet sich eine überdurchschnittlich hohe Auslastung ab.

<sup>67</sup> Die Auslastung von Pflegeeinrichtungen wird immer wieder diskutiert, z. B. wenn es um die Wirtschaftlichkeit von Einrichtungen geht. Sie errechnet sich durch Bewohner in Relation zur angebotenen Platzzahl.



Nach Einrichtungsgröße betrachtet beherbergen kleinere Einrichtungen naturgemäß weniger Menschen als größere Einrichtungen. Die Auslastung kleinerer Pflegeeinrichtungen ist mit 91 Prozent zum Befragungszeitpunkt etwas niedriger als die mittelgroßer und großer Einrichtungen.

**Tabelle 6.1: Plätze und Bewohnerinnen und Bewohner von stationären Pflegeeinrichtungen im Durchschnitt sowie Auslastung 2016 (durchschnittliche Anzahl pro Einrichtung)**

Basis: Repräsentativerhebung, stationäre Pflegeeinrichtungen

	Plätze	Bewohner/ innen	Auslastungs- quote in %
Insgesamt	79,7	74,3	93
Region			
Westdeutschland	79,2	73,9	93
Ostdeutschland	81,5	75,5	93
Träger			
Gemeinnützig	82,2	77,2	94
Privat	73,8	67,6	92
Bewohnerzahl			
Unter 50 Bewohner/innen	38,0	34,7	91
50 bis unter 75 Bewohner/innen	71,4	67,4	94
75 bis unter 100 Bewohner/innen	103,3	94,6	92
100 und mehr Bewohner/innen	148,9	140,3	94

Studie zur Wirkung des PNG und PSG I – TNS Infratest Sozialforschung 2016

Für einen Vergleich zur Repräsentativerhebung 2010 werden im Folgenden nur die 2016 befragten vollstationären Einrichtungen herangezogen. Vollstationäre Einrichtungen haben im Jahr 2010 im Durchschnitt 80 Plätze angeboten, in der Repräsentativerhebung 2016 standen laut Einrichtungsleitungen 89,5 Plätze in der Einrichtung zu Verfügung. D. h. die vollstationären Einrichtungen haben im Jahr 2016 um zwölf Prozent höhere Kapazitäten gegenüber dem Jahr 2010.

Der Kapazitätserhöhung steht eine Erhöhung der Bewohnerzahlen um elf Prozent im Vergleich zu 2010 gegenüber (2016: 83,1 Bewohnerinnen und Bewohner). Kleine Einrichtungen mit bis unter 50 Bewohner haben ihre Platzzahl sogar um im Schnitt 33 Prozent erhöht, je größer die Einrichtung, desto geringer fiel die Kapazitätserhöhung aus. Da kleinere Einrichtung häufiger von privaten Träger

betrieben werden, passt, dass auf Trägerebene besonders private Träger mehr Plätze anbieten. Regional betrachtet haben vollstationäre Einrichtungen in Westdeutschland ihre Kapazitäten um 19 Prozent erhöht, solche in Ostdeutschland im Schnitt um neun Prozent.

Da der Kapazitätserhöhung in 2016 eine entsprechende Erhöhung der Bewohnerzahl gegenübersteht liegt die Auslastung im vollstationären Bereich im Jahr 2016 nahezu unverändert gegenüber dem Jahr 2010 bei 93 Prozent. D.h. die Auslastung ist in Heimen und stationären Pflegeeinrichtungen 2016 gleich hoch. Wenngleich die Auslastung in der Gesamtbetrachtung weitgehend stabil ist, sind auch bei Heimen nach Bewohnerzahl, Trägerschaft und Region durchaus Unterschiede zu erkennen. Während private Träger insgesamt ihre Auslastung von 88 Prozent auf 91 Prozent steigern konnten, fiel die Auslastung in kleinen Heimen, die ihre Bewohnerzahl um im Schnitt 33 Prozent erhöht hatten, von 91 Prozent auf 88 Prozent. Westdeutsche Heime, die mit 96 Prozent 2010 noch eine überdurchschnittlich hohe Auslastung berichteten, waren 2016 im Schnitt zu 92 Prozent ausgelastet. Auch für Einrichtungen in öffentlicher Trägerschaft ist eine höhere Auslastung als 2010 zu erkennen.

### **Größe und Träger der teilstationären Pflegeeinrichtungen bzw. der Kurzzeitpflege**

Viele Einrichtungen bieten, neben der vollstationären Pflege, oder auch ohne vollstationäre Pflege im Leistungskatalog zu haben, Plätze für Tages-, Nacht- oder Kurzzeitpflege an. Kurzzeitpflege bezeichnet eine zeitlich befristete stationäre Ganztagsbetreuung pflegebedürftiger Menschen, die ansonsten in ihrem eigenen Haushalt gepflegt werden. Unter Einrichtungen der Tages- oder Nachtpflege versteht man Einrichtungen, in denen pflegende Angehörige ihre pflegebedürftigen Familienmitglieder tagsüber oder nachts betreuen lassen können. Bei der Tagespflege erhalten die Pflegebedürftigen Beschäftigungsangebote, außerdem kümmern sich Pflegekräfte ggf. um Grund- und Behandlungspflege.<sup>68</sup>

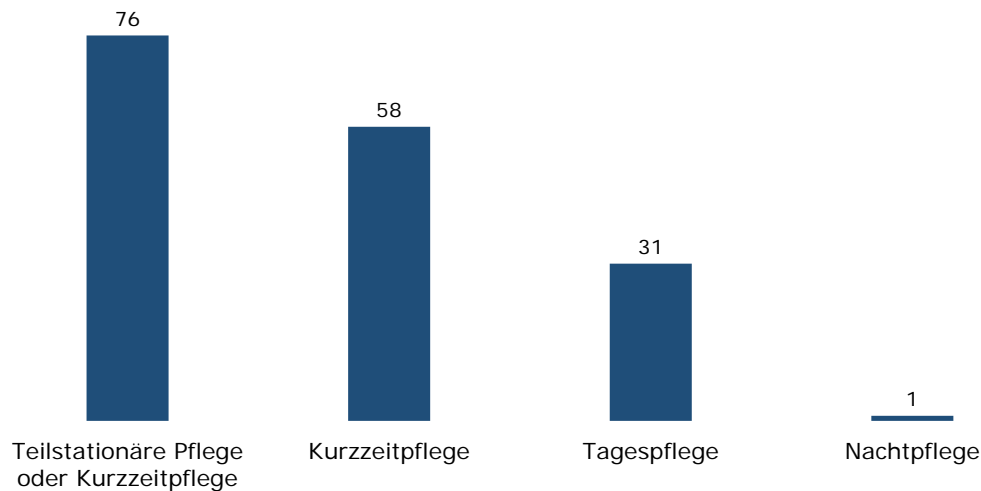
Insgesamt 76 Prozent der Pflegeeinrichtungen erbringen teilstationäre Pflege oder Kurzzeitpflegeleistungen (Abbildung 6.4). Die Kurzzeitpflege spielt mit großem Abstand die wichtigste Rolle: 58 Prozent aller stationären Einrichtungen bieten Kurzzeitpflege an. 31 Prozent der Einrichtungen bieten Tagespflegeplätze an und eine Nachtpflege wird nur von einem Prozent der Einrichtungen angeboten.

---

<sup>68</sup> Aufgrund der äußerst geringen Fallzahlbasis muss auf Auswertungen für die Nachtpflege verzichtet werden. In den nachfolgenden Auswertungen werden nur die Ergebnisse für Kurzzeitpflege und Tagespflege dargestellt.

**Abbildung 6.4: Ausgewählte Angebote stationärer Pflegeeinrichtungen, 2016 (%)**

Basis: Repräsentativerhebung, stationäre Pflegeeinrichtungen



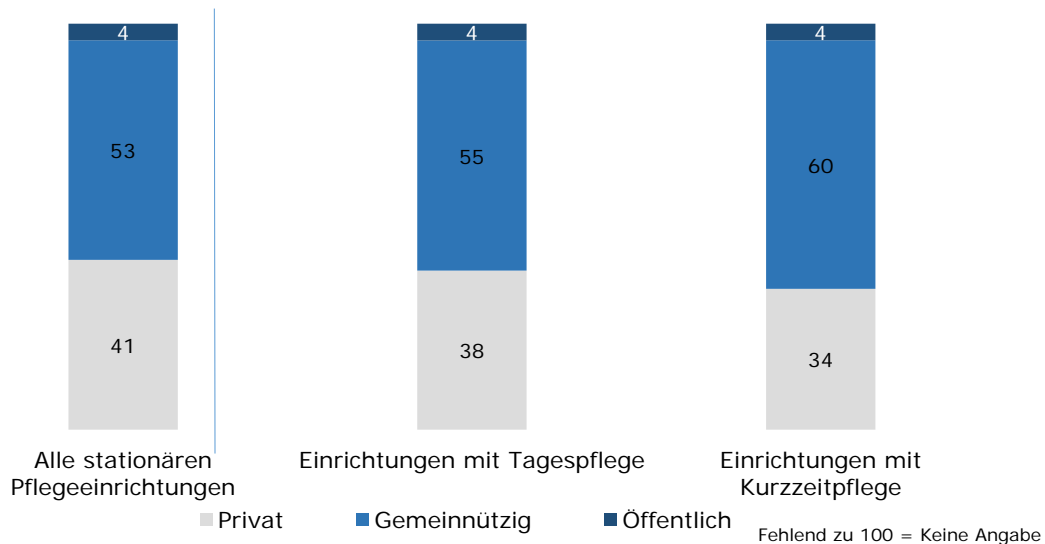
Studie zur Wirkung des PNG und PSG I – TNS Infratest Sozialforschung 2016

Vollstationäre Pflegeheime haben sich, aufgrund ihrer bestehenden Infrastruktur, auf Kurzzeitpflegeangebote spezialisiert. In zwei von drei Heimen können pflegebedürftige Personen für eine begrenzte Zeit rund um die Uhr versorgt und betreut werden (67%). 18 Prozent der Heime haben zudem eine Tagespflege in ihrem Leistungsportfolio. Allerdings sind hierfür nur wenige Plätze vorgesehen bzw. nur sehr wenige Pflegebedürftige nutzen die Tagespflege in vollstationären Einrichtungen (durchschnittlich 2,75 Personen). In der Regel wird Tagespflege durch spezielle Tagespflegeeinrichtungen angeboten, die zum Befragungszeitpunkt durchschnittlich 27,8 Bewohner versorgen.

Vergleicht man die Struktur der Trägerschaft aller stationären Einrichtungen mit Einrichtungen, die teilstationäre Pflege und Kurzzeitpflege anbieten, sind die Unterschiede recht gering (Abbildung 6.5). Einrichtungen mit Tagespflege werden etwas häufiger in gemeinnütziger Trägerschaft geführt und etwas seltener als alle Pflegeeinrichtungen in privater Trägerschaft. Einrichtungen mit Kurzzeitpflegeangeboten befinden sich zu 60 Prozent in gemeinnütziger Trägerschaft und zu 34 Prozent in privater Trägerschaft.

**Abbildung 6.5: Trägerschaft der Pflegeeinrichtungen mit teilstationärer Pflege und Kurzzeitpflege, 2016 (%)**

Basis: Repräsentativerhebung, Pflegeeinrichtungen mit teilstationärer Pflege und Kurzzeitpflege

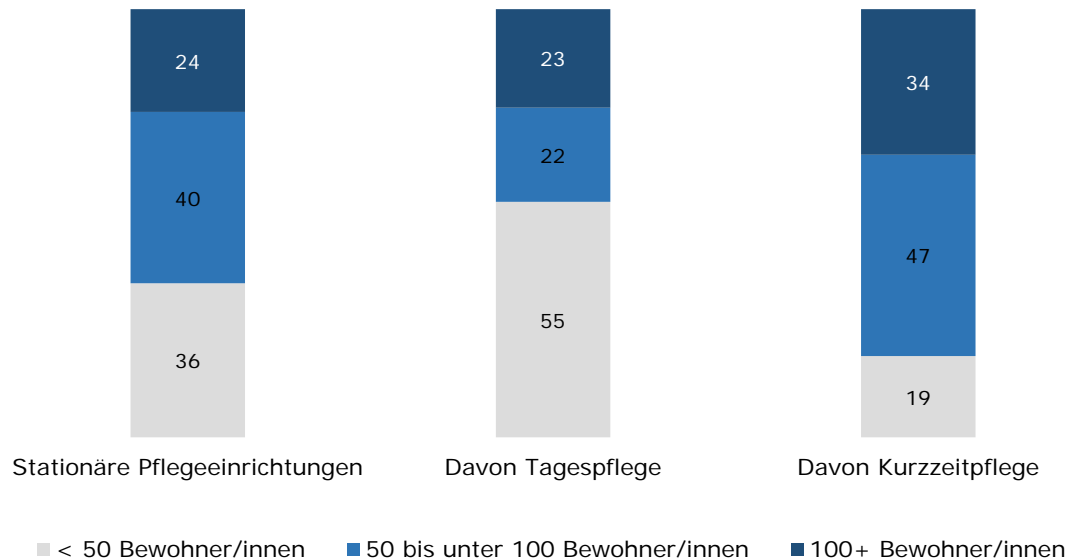


Studie zur Wirkung des PNG und PSG I – TNS Infratest Sozialforschung 2016

In Bezug auf die Bewohnerzahl sind die Unterschiede zwischen allen stationären Einrichtungen und solchen mit ausschließlich Tages- oder Kurzzeitpflege deutlicher (Abbildung 6.6). Wie bereits erläutert sind Einrichtungen der Tagespflege mehrheitlich kleine Einrichtungen mit unter 50 Bewohnerinnen und Bewohnern, darunter fast alle mit 20 bis unter 50 Bewohnern. Nur 22 Prozent sind auf 50 bis unter 100 Bewohner ausgelegt, ein fast ebenso großer Anteil auf 100 und mehr Bewohner. Hierbei handelt es sich im Wesentlichen um vollstationäre Einrichtungen, die zusätzlich Tagespflege anbieten. Bei der Kurzzeitpflege stellt sich die Größenverteilung komplett anders dar. Hier dominieren die mittelgroßen Einrichtungen mit 50 bis unter 100 Bewohnern, die zu 47 Prozent Kurzzeitpflege anbieten. Etwas mehr als die Hälfte davon sind Einrichtungen mit 50 bis unter 75 Bewohnern und 45 Prozent beherbergen 75 bis unter 100 Bewohner. Etwa jede dritte Einrichtung mit Kurzzeitpflegeangeboten zählt zu den großen Einrichtungen mit 100 Bewohnern und mehr. Unter den Einrichtungen mit Kurzzeitpflegeangeboten beherbergen nur 19 Prozent unter 50 Bewohner.

**Abbildung 6.6: Größe der Pflegeeinrichtungen mit Tagespflege und Kurzzeitpflege, 2016 (%)**

Basis: Repräsentativerhebung, stationäre Pflegeeinrichtungen



Studie zur Wirkung des PNG und PSG I – TNS Infratest Sozialforschung 2016

### Kurzzeitpflege und eingestreute Kurzzeitpflege

Plätze für Kurzzeitpflege bieten 58 Prozent der Pflegeeinrichtungen an. Bezogen auf diejenigen Einrichtungen, die Kurzzeitpflege anbieten, stehen hierfür im Schnitt 10,4 Plätze pro Einrichtung zur Verfügung. In Westdeutschland werden etwas mehr Plätze angeboten als im Osten (10,7 Plätze bzw. 8,9 Plätze). Je größer die Einrichtung, umso mehr Kurzzeitpflegeplätze plant sie für die Kurzzeitpflege ein. Kleine Pflegeeinrichtungen mit unter 50 Bewohnerinnen und Bewohnern halten durchschnittlich 7,3 Plätze für die Kurzzeitpflege vor, Einrichtungen mit 50 bis unter 75 Bewohnern 8,6 Plätze, in der nächst höheren Bewohnergruppe (75 bis unter 100 Personen) sind es 10,3 Plätze, und Einrichtungen mit 100 und mehr Bewohnern haben 13,6 Plätze für die Kurzzeitpflege zur Verfügung.

Neben „echten“ Kurzzeitpflegeplätzen, die von auf Kurzzeitpflege spezialisierten Einrichtungen angeboten werden, bieten auch vollstationäre Pflegeeinrichtungen Plätze an, die variabel für die Dauerpflege oder für die Kurzzeitpflege genutzt werden. In diesen Fällen spricht man von „eingestreuter Kurzzeitpflege“. Von den insgesamt 10,7 Plätzen für die Kurzzeitpflege entfallen im Jahr 2016 6,9 Plätze auf die eingestreute Kurzzeitpflege (65%). Da der überwiegende Teil der Einrichtungen, die Kurzzeitpflege anbieten, vollstationäre Pflegeeinrichtungen sind, verwundert der hohe Anteil eingestreuter Kurzzeitpflegeplätze nicht. Wie bei der Kurzzeitpflege insgesamt steigt mit der Einrichtungsgröße auch die Zahl der eingestreuten Kurzzeitpflegeplätze.

## Mitgliedschaften in Verbänden

Die Einrichtungsleitung sollte ferner Auskunft darüber geben, ob ihre Einrichtung in einem Verband Mitglied ist. Dies trifft für 83 Prozent der Einrichtungen zu, in Ostdeutschland sind mit 89 Prozent der Einrichtungen deutlich mehr in Verbänden organisiert als im Westen (82%). Mit Abstand am häufigsten sind Pflegeeinrichtungen Mitglied im Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e.V. (bpA). Außerdem wurden Verbandsmitgliedschaften im Landesverband für (Haus-)Krankenpflege (LVHK/LfK), beim Diakonischen Werk, im Paritätischen Wohlfahrtsverband e. V., im Deutschen Berufsverband für Pflegeberufe e. V. (DBfK), bei der Caritas sowie weiteren Verbänden genannt.

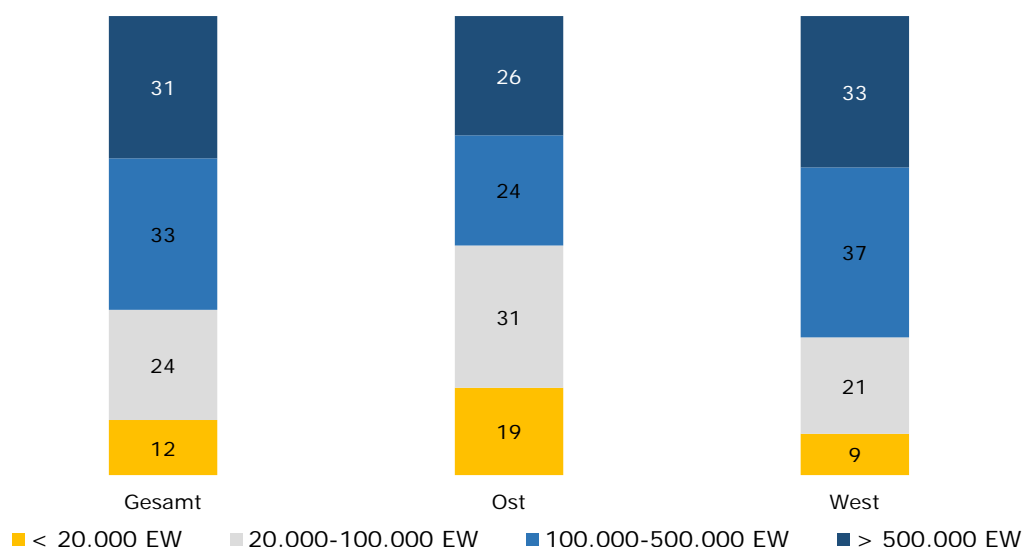
### 6.1.2 Regionale Verteilung

Von den zum Zeitpunkt Ende 2015 hochgerechneten 13.792 stationären Pflegeeinrichtungen in Deutschland befinden sich 77 Prozent in Westdeutschland (10.588) und 23 Prozent in Ostdeutschland (inkl. Berlin, entspricht 3.204 Einrichtungen).

Stationäre Pflegeeinrichtungen sind nach den Ergebnissen der Repräsentativerhebung zu 31 Prozent in großen Gemeinden ab 500.000 Einwohnern und deren Umland angesiedelt (Abbildung 6.7). Jede dritte Pflegeeinrichtung befindet sich in Gemeinden mit 100.000 bis 500.000 Einwohnern und deren Umland. In Gemeinden mit 20.000 bis 100.000 Einwohnern sind 24 Prozent der Pflegeeinrichtungen angesiedelt und zwölf Prozent befinden sich in Gemeinden mit weniger als 20.000 Einwohnern.

**Abbildung 6.7: Stationäre Pflegeeinrichtungen nach Gemeindegröße, 2016 (%)**

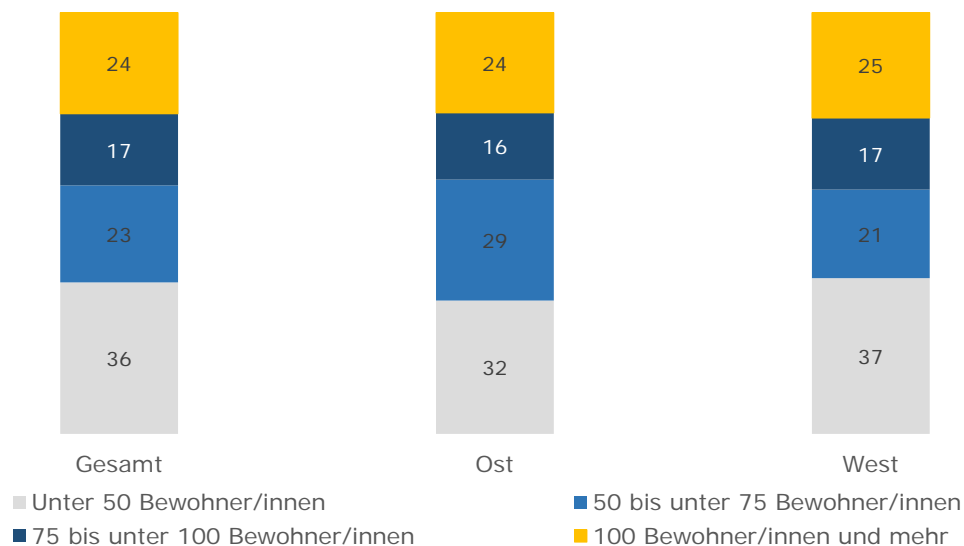
Basis: Repräsentativerhebung, stationäre Pflegeeinrichtungen



Aufgrund der ländlicheren Strukturen in Ostdeutschland ist dort fast jede fünfte Pflegeeinrichtung in kleineren Gemeinden mit weniger als 20.000 Einwohner angesiedelt, in Westdeutschland nur neun Prozent (Ost: 19%, West: 9%). Auch in den Größenklassen 20.000 bis unter 50.000 Einwohner und 50.000 bis unter 100.000 Einwohner befinden sich zusammengenommen im Osten 31 Prozent der Pflegeeinrichtungen und im Westen 21 Prozent. In Westdeutschland sind 70 Prozent der Pflegeeinrichtungen in Gemeinden mit über 100.000 Einwohnern angesiedelt bzw. im Umland von Gemeinden dieser Größenordnung. Allein jede dritte westdeutsche Pflegeeinrichtung befindet sich in Gemeinden mit über 500.000 Einwohnern bzw. im Umland dieser Großstädte. Im Osten hat allein der Ballungsraum Berlin über 500.000 Einwohner; dort sind 26 Prozent der stationären Pflegeeinrichtungen angesiedelt.

Wenngleich eine hohe Zahl von Pflegeeinrichtungen in Ostdeutschland in eher ländlichen Gebieten liegen, heißt das nicht, dass ostdeutsche Pflegeeinrichtungen weniger Bewohnerinnen und Bewohner versorgen als westdeutsche. Wie bereits dargelegt werden in Ostdeutschland im Schnitt 75,5 Bewohnerinnen und Bewohner von einer Pflegeeinrichtung versorgt bzw. betreut, in Westdeutschland sind es durchschnittlich 73,9 Bewohner.<sup>69</sup> Nach Bewohnerkategorien bedeutet dies: Etwa gleich viele Pflegeeinrichtungen im Osten und im Westen beherbergen 100 und mehr Bewohnerinnen und Bewohner (24% bzw. 25%, Abbildung 6.8). Weitere 16 Prozent im Osten und 17 Prozent im Westen versorgen zwischen 75 und unter 100 Pflegebedürftige. Die Mehrzahl der Bewohner wird im Osten und Westen in Heimen mit unter 75 Personen versorgt, wobei im Westen kleine Einrichtungen mit unter 50 Bewohnern mit 37 Prozent häufiger vorkommen als im Osten (32%).

**Abbildung 6.8: Größe der stationären Pflegeeinrichtungen nach West-Ost, 2016 (%)**  
Basis: Repräsentativerhebung, stationäre Pflegeeinrichtungen



Studie zur Wirkung des PNG und PSG I – TNS Infratest Sozialforschung 2016

<sup>69</sup> Auch wenn man nur die vollstationären Pflegeeinrichtungen berücksichtigt, werden in Ostdeutschland im Durchschnitt mehr Pflegebedürftige versorgt als im Westen (85 Personen im Osten, 82 Personen im Westen).

Was die Unterschiede in der Trägerschaft zwischen Einrichtungen in Ost- und Westdeutschland angeht, sind nur geringe Unterschiede festzustellen. Zudem ist die Angleichung der Unterschiede seit dem Jahr 2010 weiter fortgeschritten.<sup>70</sup> Waren 2010 noch 34 Prozent der ostdeutschen Pflegeeinrichtungen in privater Trägerschaft, sind es 2016 38 Prozent (Westdeutschland: 42%). Gemeinnützige Pflegeeinrichtungen machen in Ost- und Westdeutschland jeweils 53 Prozent aller stationären Heime aus, in Ostdeutschland waren es 2010 noch 59 Prozent aller Einrichtungen. Öffentliche Träger spielen mit vier Prozent Anteil im Westen und fünf Prozent im Osten nur eine untergeordnete Rolle.

Nach drei Regionen (Nord, Mitte, Süd) in Deutschland betrachtet, offenbaren sich deutlichere Unterschiede in den Trägerstrukturen.<sup>71</sup> Was die Bedeutung der privaten Träger angeht, zeigt sich ein Nord-Süd-Gefälle. Im Norden Deutschlands werden über die Hälfte der Pflegeeinrichtungen in privater Trägerschaft betrieben (54%), während sich in der Mitte Deutschlands 37 Prozent der Pflegeeinrichtungen in privater Trägerschaft befinden und in Bayern und Baden-Württemberg nur 31 Prozent. In der Mitte und im Süden Deutschlands haben dagegen die gemeinnützigen Träger eine größere Bedeutung (57% bzw. 58%); außerdem werden in der Mitte und im Süden mehr Pflegeeinrichtungen durch die öffentliche Hand betrieben (5% bzw. 7%).<sup>72</sup>

### 6.1.3 Betreute Personen

Neben der Abfrage soziodemografischer Angaben in der bewohnerbezogenen Befragung gaben auch die Leitungen stationärer Einrichtungen die Anzahl betreuter Männer und Frauen und die Altersverteilung der betreuten Personen an.<sup>73</sup>

Der Männeranteil in stationären Einrichtungen liegt laut Einrichtungsleitung bei 29 Prozent im Jahr 2016, Frauen machen 71 Prozent der Bewohner aus (Tabelle 6.2). Im Jahr 2010 waren noch 23 Prozent der Bewohner Männer und 77 Prozent Frauen. Der höhere Männeranteil, der auch durch die bewohnerbezogene Erhebung bestätigt wird, ist zum einen darauf zurückzuführen, dass Männer eine zunehmende Lebenserwartung haben, wengleich Frauen nach wie vor eine höhere Lebenserwartung haben als Männer. Außerdem kommt nunmehr eine Männergeneration ins Pflegealter, die während des 2. Weltkriegs noch Kinder und Jugendliche waren und somit seltener dem Krieg zum Opfer fielen. Daher werden sich die Geschlechteranteile in stationären Pflegeeinrichtungen zukünftig weiter einander angleichen.

Die Mehrheit der Bewohnerinnen und Bewohner stationärer Pflegeeinrichtungen ist zwischen 75 und 90 Jahre alt (57%), ein Viertel ist 90 Jahre und älter. 14 Prozent der Bewohner sind zwischen 60 und 74 Jahre alt und nur vier Prozent sind unter 60 Jahre. Damit ist der Anteil der ab 90-Jährigen etwas

---

<sup>70</sup> Bei der Trägerschaft existieren kaum Unterschiede zwischen vollstationären und stationären Pflegeeinrichtungen. Daher wird an dieser Stelle der Vergleich mit allen stationären Pflegeeinrichtungen gezogen.

<sup>71</sup> Hierbei wurden die im norddeutschen Raum liegenden Bundesländer (Schleswig-Holstein, Hamburg, Niedersachsen, Bremen, Berlin, Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern und Sachsen-Anhalt) zur Region Nord zusammengefasst, Nordrhein-Westfalen, Hessen, Rheinland-Pfalz, Saarland, Thüringen und Sachsen zur Region Mitte und Baden-Württemberg und Bayern zur Region Süd.

<sup>72</sup> Auch bei der Betrachtung nach Regionen spielt es keine Rolle, ob man alle Pflegeeinrichtungen betrachtet oder nur die vollstationären Einrichtungen.

<sup>73</sup> Die Geschlechter- und Altersanteile weichen 2016 zwischen vollstationären und nicht-vollstationären Einrichtungen kaum ab, weswegen für 2016 die Zahlen der stationären Einrichtungen angegeben sind.



höher als im Jahr 2010 und der der 75- bis unter 90-Jährigen etwas niedriger als 2010. Die Altersverteilung entspricht, bis auf die jüngste Altersgruppe, der bewohnerbezogenen Erhebung. Dort gaben die Pflegekräfte an, dass neun Prozent der Pflegebedürftigen unter 60 Jahre alt sind, die Heimleitungen schätzen den Anteil in dieser Altersgruppe auf vier Prozent.

**Tabelle 6.2: Geschlechteranteil im (voll-)stationären Bereich (%)**

Basis: Repräsentativerhebung, (voll-)stationäre Pflegeeinrichtungen

	2010	2016
<b>Geschlecht</b>		
Männer	23	29
Frauen	77	71
<b>Altersgruppen</b>		
Unter 60 Jahre	3	4
60 bis unter 75 Jahre	15	14
75 bis unter 90 Jahre	61	57
90 Jahre und älter	20	24

Studie zur Wirkung des PNG und PSG I – TNS Infratest Sozialforschung 2016

### Pflegestufen im stationären und teilstationären Bereich

Die Einrichtungsleitung wurde gebeten, für den stationären Teil der Einrichtung, für die ein stationärer Versorgungsvertrag besteht, die Anzahl der Pflegebedürftigen nach Pflegestufen inkl. Differenzierung nach eingeschränkter Alltagskompetenz (PEA) anzugeben. Sofern die Einrichtung über Plätze verfügte, die nicht zu den vollstationären Dauerpflegeplätzen nach § 43 SGB XI zählen, sollte in einem zweiten Schritt die Anzahl der Personen nach Pflegestufen inkl. Differenzierung nach PEA im Bereich der Kurzzeitpflege und im teilstationären Bereich angegeben werden.<sup>74</sup>

Im stationären Teil der Einrichtungen sind sechs Prozent der Bewohnerinnen und Bewohner nicht pflegebedürftig im Sinne der §§ 14 und 15 SGB XI (Tabelle 6.3, Spalte stationär). Davon ist die Hälfte der Pflegestufe 0 zugeordnet, d. h. in diesen Fällen besteht ein Betreuungsbedarf, der unterhalb der im SGB XI definierten Schwelle des erheblichen Pflegebedarfs liegt. Da bei diesen Personen trotzdem mehr oder weniger regelmäßig pflegerische Hilfeleistungen bzw. Maßnahmen der sozialen Betreuung anfallen, wird auch hier eine Pflegeklasse, die sogenannte Vergütungsklasse 0, als Entgelt berechnet. Bei der anderen Hälfte handelt es sich um Personen, die nur in der Einrichtung wohnen,

<sup>74</sup> Die Unterschiede der Pflegestufen (inkl. PEA) zwischen vollstationären und stationären Einrichtungen sind äußerst gering; dennoch werden beide Ergebnisse für 2016 tabellarisch dargestellt.

aber keinen Pflegebedarf haben („reines Wohnen“). In Pflegestufe I sind 40 Prozent der Bewohnerinnen und Bewohner von stationären Pflegeeinrichtungen eingruppiert, weitere 37 Prozent haben die Pflegestufe II und 17 Prozent haben einen erheblichen Pflegebedarf gemäß Pflegestufe III. Davon zählen fünf Prozent zu den sogenannten Härtefällen (§ 43,3 SGB XI), d. h. bei diesen Personen ist ein außergewöhnlich hoher und intensiver Pflegeaufwand erforderlich, der das übliche Maß der Pflegestufe III weit übersteigt.

Die Entwicklung der Pflegestufen zwischen 2010 und 2016 deckt sich im Wesentlichen mit den Ergebnissen der bewohnerbezogenen Erhebung (vgl. dazu Kapitel 5.1.2). Laut Einrichtungsleitung sind 2016 mehr Pflegebedürftige in der Pflegestufe I eingruppiert als noch 2010. Dagegen liegt der Anteil der Pflegebedürftigen in Pflegestufe II etwas unter dem Anteil 2010. Etwa gleich viele Pflegebedürftige sind in Pflegestufe III eingruppiert wie 2010, wobei der Anteil im vollstationären Bereich etwas höher ist als für alle stationären Einrichtungen. Je höher die Pflegestufe, desto höher ist der Anteil der Pflegebedürftigen, bei denen durch den Gutachter des Medizinischen Dienstes oder durch den beauftragten Gutachter der Pflegekasse eine erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz festgestellt wurde (Tabelle 6.3). Während bei 60 Prozent der stationär betreuten Personen in Pflegestufe I eine erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz festgestellt wurde, trifft dies auf 73 Prozent der Bewohner in Pflegestufe II und 88 Prozent der Bewohner in Pflegestufe III zu.

**Tabelle 6.3: Pflegestufen der Bewohnerinnen und Bewohner sowie Anteil von PEA je Pflegestufe, 2010 und 2016 (%)**

Basis: Repräsentativerhebung, (voll-)stationäre Pflegeeinrichtungen

	2010	Vollstat. 2016	Stat. 2016
Bewohner/innen ohne Pflegebedürftigkeit (reines Wohnen)	2	3	3
<b>Bewohner/innen in Pflegestufe 0</b>	<b>5</b>	<b>2</b>	<b>3</b>
<b>Bewohner/innen in Pflegestufe I</b>	<b>36</b>	<b>39</b>	<b>40</b>
- davon ohne erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz	1)	42	40
- davon mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz	1)	58	60
<b>Bewohner/-innen in Pflegestufe II</b>	<b>40</b>	<b>36</b>	<b>37</b>
- davon ohne erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz	1)	27	27
- davon mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz	1)	73	73
<b>Bewohner/-innen in Pflegestufe III</b>	<b>18</b>	<b>19</b>	<b>17</b>
- davon ohne erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz	1)	12	12
- davon mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz	1)	88	88
darunter sog. Härtefälle (§ 43,3 SGB XI)	1	5	5

1) 2010 nicht erhoben.

Vergleicht man diese Ergebnisse mit denen der bewohnerbezogenen Erhebung, fällt nur die etwas unterschiedliche Einschätzung der PEA in Pflegestufe I auf. Die Pflegekräfte geben an, dass 52 Prozent der pflegebedürftigen Personen in Stufe I eine erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz anerkannt bekommen haben, die Einrichtungsleitungen schätzen den Anteil der Personen mit PEA im stationären Bereich hingegen im Durchschnitt auf 60 Prozent.<sup>75</sup>

In der Tagespflege bzw. in der Kurzzeitpflege verteilen sich die Bewohnerinnen und Bewohner in unterschiedlichem Umfang über die Pflegestufen.<sup>76</sup> Bei der Kurzzeitpflege wird zwischen der eingestreuten und der solitären Kurzzeitpflege unterschieden. Fast die Hälfte der in Tagespflege betreuten Personen ist in Pflegestufe I eingruppiert (48%, Tabelle 6.4). Ein etwa gleich hoher Anteil wie im stationären Bereich, nämlich 38 Prozent der Tagespflegegäste, sind in Pflegestufe II eingestuft, aber nur neun Prozent der Tagespflegegäste in Pflegestufe III (stationärer Bereich: 17%). D. h. Pflegebedürftige, die Tagespflegeangebote nutzen, haben insgesamt betrachtet einen geringeren Pflegebedarf als Pflegebedürftige insgesamt. Aussagen zur eingeschränkten Alltagskompetenz sind aufgrund der geringen Fallzahlen nur eingeschränkt möglich und daher nicht tabellarisch ausgewiesen. Sichtbar ist, dass Tagespflegegäste in Pflegestufe I häufiger eine eingeschränkte Alltagskompetenz haben als Pflegebedürftige im stationären Bereich, während Tagespflegegäste mit Pflegestufe III seltener als im stationären Bereich einen erheblichen Bedarf an allgemeiner Beaufsichtigung und Betreuung haben.

**Tabelle 6.4: Pflegestufen der Pflegebedürftigen in teilstationärer oder Kurzzeitpflege, 2016 (%)**

Basis: Repräsentativerhebung, Pflegeeinrichtungen mit Kurzzeitpflege und teilstationärer Pflege

	Tages- pflege	eingestreuete Kurzzeit- pflege	Solitäre Kurzzeit- pflege
Bewohner/innen in Pflegestufe 0	5	16	13
Bewohner/innen in Pflegestufe I	48	49	57
Bewohner/innen in Pflegestufe II	38	31	27
Bewohner/innen in Pflegestufe III	9	4	3

Fehlend zu 100 = keine Angabe.

Studie zur Wirkung des PNG und PSG I – TNS Infratest Sozialforschung 2016

Im Bereich der Kurzzeitpflege wird ein deutlich höherer Anteil an Personen mit Pflegestufe 0 betreut als bei der Tagespflege. Dies betrifft die eingestreute Kurzzeitpflege (16%) ebenso wie die solitäre

<sup>75</sup> Diese Abweichungen sind der unterschiedlichen Erhebungslogik geschuldet. Bei der bewohnerbezogenen Befragung handelt es sich um eine Zufallsauswahl von Personen, für die die entsprechenden Informationen erhoben werden. Die Heimleitungen geben hingegen für ihre jeweilige Einrichtung die Gesamtzahl der jeweiligen Personen an.

<sup>76</sup> Wie bereits erläutert können aufgrund der niedrigen Fallzahl im Bereich der Nachtpflege diese Ergebnisse nicht ausgewiesen und kommentiert werden. Ebenso muss auf die Differenzierung zwischen PEA und ohne PEA verzichtet werden.

Kurzzeitpflege (13%). Im Bereich der solitären Tagespflege werden 57 Prozent der Pflegebedürftigen mit Pflegestufe I versorgt und damit mehr Personen als bei der eingestreuten Kurzzeitpflege oder bei der Tagespflege. Da ein großer Teil der Pflegebedürftigen in Kurzzeitpflege in Pflegestufe 0 oder I eingestuft sind, werden entsprechend weniger Pflegebedürftige mit Pflegestufe II und mit Pflegestufe III versorgt und betreut: Pflegestufe II haben 31 Prozent der Pflegebedürftigen in der eingestreuten Kurzzeitpflege und 27 Prozent in der solitären Kurzzeitpflege. Nur vereinzelt haben Pflegebedürftige in der Kurzzeitpflege einen erheblichen Pflegebedarf gemäß Pflegestufe III (4% bzw. 3%).

Auch für die Kurzzeitpflege gilt, dass mit ansteigender Pflegestufe auch mehr Pflegebedürftige mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz versorgt werden. Allerdings sind die Anteile der Kurzzeitpflegegäste mit PEA deutlich geringer als im stationären Bereich und auch geringer als bei der Tagespflege.

## 6.2 Leistungserbringung

### 6.2.1 Leistungsprofile

Stationäre Pflegeeinrichtungen bieten eine Vielzahl von Leistungen an. Neben vollstationärer Pflege und teilstationären Angeboten können dies z. B. ambulante Pflege, betreutes Wohnen, ein stationärer oder fahrbarer Mittagstisch sowie Beratungsangebote oder Seniorencafés sein. Im Schnitt bieten stationäre Einrichtungen im Jahr 2016 2,7 Leistungen an, wobei Pflegeeinrichtungen in Westdeutschland knapp drei Leistungen anbieten. Einrichtungen im Osten bieten im Schnitt zwei Leistungen an, die Größe der Einrichtung spielt kaum eine Rolle. Außerdem bieten kleinere Einrichtungen insgesamt etwas weniger Leistungen an als größere Häuser.

In den meisten Fällen umfasst das Leistungsangebot der stationären Einrichtungen eine vollstationäre Pflege der Bewohnerinnen und Bewohner. 84 Prozent der Pflegeeinrichtungen, unabhängig davon, ob in West- oder Ostdeutschland, bieten ihren Bewohnerinnen und Bewohner vollstationäre Pflege (Tabelle 6.5). Bei 58 Prozent der Pflegeeinrichtungen können Pflegebedürftige Kurzzeitpflege nach § 42 SGB XI in Anspruch nehmen, also eine vorübergehende Pflege z. B. in Folge eines Krankenhausaufenthalts oder wenn die pflegenden Angehörigen im Urlaub sind. Die Kurzzeitpflege gehört für 64 Prozent der westdeutschen Einrichtungen zum Leistungsumfang, in Ostdeutschland bieten nur 39 Prozent der stationären Pflegeeinrichtungen Kurzzeitpflege an.

Neben vollstationärer und Kurzzeitpflege ist die Tagespflege zu 31 Prozent im Leistungsportfolio der stationären Einrichtungen enthalten. Am häufigsten bieten kleine Pflegeeinrichtungen mit unter 50 Bewohnern Tagespflege an (45%), darunter befinden sich viele teilstationäre Einrichtungen, die sich auf Tagespflege spezialisiert haben. Auch im Bereich der Tagespflege unterscheiden sich die Leistungsanteile zwischen West- und Ostdeutschland deutlich (33% im Westen, 22% im Osten).

22 Prozent aller Einrichtungen bieten Betreutes Wohnen bzw. Seniorenwohnplätze, Appartements an. Insbesondere Einrichtungen mit 50 und mehr Bewohnerinnen und Bewohnern haben betreutes Wohnen, Appartements und Seniorenwohnplätze in ihrem Leistungsangebot, kleinere Einrichtungen

bieten dies seltener an. In 22 Prozent der Pflegeeinrichtungen können Pflegebedürftige einen stationären Mittagstisch nutzen, 14 Prozent der Einrichtungen liefern das Mittagessen zu Pflegebedürftigen nach Hause („Fahrbarer Mittagstisch“).

Ambulante Pflege wird von 15 Prozent der stationären Pflegeeinrichtungen angeboten. Der Anteil der Einrichtungen mit Altentagesstätte bzw. Seniorencafé liegt 2016 bei acht Prozent. Sieben Prozent der Einrichtungen verfügen über eine allgemeine Beratungsstelle für Seniorinnen und Senioren. Als neues Leistungsangebot konnten die Pflegeeinrichtungen 2016 „Ambulant betreute Wohngruppen“ angeben; dies wird allerdings nur von drei Prozent der Einrichtungen angeboten. Am seltensten wird die Nachtpflege angeboten, nur ein Prozent der stationären Pflegeeinrichtungen bieten diese Leistung an, ausschließlich in Westdeutschland.

**Tabelle 6.5: Leistungsspektrum der stationären Pflegeeinrichtungen nach West- und Ostdeutschland, 2016 (%)**

Basis: Repräsentativerhebung, stationäre Pflegeeinrichtungen

	Gesamt	West	Ost
Vollstationäre Pflege	84	84	83
Kurzzeitpflege	58	64	39
Tagespflege	31	33	22
Appartements/Seniorenwohnplätze/Betreutes Wohnen	22	25	14
Stationärer Mittagstisch	22	25	11
Ambulante Pflege	15	16	12
Fahrbarer Mittagstisch (Essen auf Rädern)	14	16	8
Altentagesstätte/Seniorinnen- und Seniorencafé	8	9	5
Allgemeine Beratungsstelle für Seniorinnen und Senioren	7	9	2
Ambulant betreute Wohngruppen	3	4	1
Nachtpflege	1	1	-
Sonstiges	5	6	2
Summe Mehrfachnennungen	2,7	2,9	2,0

Studie zur Wirkung des PNG und PSG I – TNS Infratest Sozialforschung 2016

Vergleicht man das Leistungsspektrum der vollstationären Einrichtungen im Zeitvergleich, fällt auf, dass Heime im Jahr 2016 mehr Leistungen als 2010 und 1998 anbieten (Tabelle 6.6). Hatten vollstationäre Einrichtungen im Jahr 2010 durchschnittlich 2,7 Leistungen angeboten, waren es im Jahr 2016 drei Leistungen. Insbesondere im Bereich der Kurzzeitpflege, Tagespflege und in den Bereichen Altentagesstätte/Seniorencafé sowie Appartements/Seniorenwohnplätze/betreutes Wohnen haben vollstationäre Einrichtungen ihre Leistungen ausgeweitet. Heime mit 50 bis unter 75 Bewohnerinnen

und Bewohnern haben häufiger als 2010 betreutes Wohnen, Appartements und Seniorenwohnplätze in ihrem Leistungsangebot. Aber auch große Einrichtungen mit über 100 Bewohnerinnen und Bewohnern haben in diesem Punkt ihr Leistungsangebot im Vergleich zu 2010 aufgestockt. Im Zeitverlauf stark rückläufig ist die Nachtpflege, die 1998 noch von neun Prozent der vollstationären Einrichtungen angeboten wurde, 2016 nur noch von einem Prozent.

**Tabelle 6.6: Leistungsspektrum der vollstationären Pflegeeinrichtungen 1998, 2010 und 2016 (%)**

Basis: Repräsentativerhebung, vollstationäre Pflegeeinrichtungen

	1998	2010	2016
Vollstationäre Pflege	100	100	100
Kurzzeitpflege	58	55	67
Stationärer Mittagstisch	28	27	26
Appartements/Seniorenwohnplätze/Betreutes Wohnen	23	17	26
Ambulante Pflege	17	11	15
Fahrbarer Mittagstisch (Essen auf Rädern)	16	16	15
Tagespflege	16	12	18
Nachtpflege	9	2	1
Altentagesstätte/Seniorinnen- und Seniorencafé	5	8	10
Allgemeine Beratungsstelle für Seniorinnen und Senioren	1)	10	8
Summe Mehrfachnennungen	-	2,7	3,0

1) Leistung wurde nicht erhoben.

Studie zur Wirkung des PNG und PSG I – TNS Infratest Sozialforschung 2016

## Wohnsituation

Ein Aufenthalt in einer stationären Pflegeeinrichtung bedeutet für die Bewohnerinnen und Bewohner, dass sie im Gegensatz zu einem zeitlich befristeten Krankenhausaufenthalt hier in der Regel den letzten Teil ihres Lebensabends verbringen. Neben der Pflege kommt damit auch den sozialen und wohnlichen Faktoren eine große Bedeutung zu. Ein Ein-Bett-Zimmer kann dabei generell als Indikator für die Lebenssituation begriffen werden.

Aktuell leben 61 Prozent der Bewohnerinnen und Bewohner in stationären Pflegeeinrichtungen in einem Ein-Bett-Zimmer bzw. in einem Appartement (Tabelle 6.7). Weitere neun Prozent bewohnen ein einfaches Ein-Bett-Zimmer ohne sanitäre Einrichtungen, davon doppelt so viele im Westen wie im Osten. Auch die Zahl an Zwei-Bett-Zimmern ist 2016 insgesamt etwas niedriger als 2010. Damit hat sich die Wohnsituation in Westdeutschland etwas verbessert, nachdem sie sich 2010 im Osten

erheblich verbesserte und an westdeutsche Verhältnisse angeglichen hatte. Erstmals konnten die Einrichtungsleitungen 2016 angeben, ob sie über Drei- und mehr-Bett-Zimmer in speziellen Wohnkonzepten für Demenzzranke verfügen. Eine solche Zimmerart haben bisher erst zwei Prozent der Pflegeeinrichtungen eingeführt, ausschließlich kleine Einrichtungen mit unter 50 Bewohnerinnen und Bewohnern. Sonstige Drei- und mehr Bett-Zimmer existieren in vier Prozent der Einrichtungen, darunter häufiger im Westen als im Osten.

**Tabelle 6.7: Bewohnerinnen und Bewohner in stationären Pflegeeinrichtungen nach Art der belegten Zimmer (%)**

Basis: Repräsentativerhebung, stationäre Pflegeeinrichtungen

	Gesamt	West	Ost
Ein-Bett-Zimmer / Appartement mit Dusche/Bad und WC	61	59	64
Einfaches Ein-Bett-Zimmer	9	10	5
Zwei-Bett-Zimmer mit Dusche/Bad und WC	20	19	23
Einfaches Zwei-Bett-Zimmer	5	5	4
Drei- und mehr Bett-Zimmer in speziellen Wohnkonzepten für Demenzzranke	2	2	1
Sonstige Drei- und mehr Bett-Zimmer	4	5	1

Studie zur Wirkung des PNG und PSG I – TNS Infratest Sozialforschung 2016

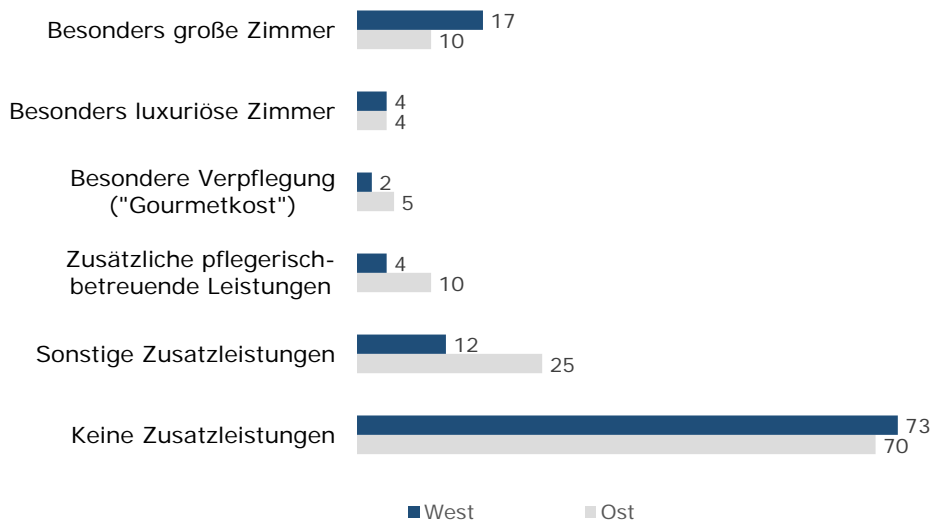
### Zusatzleistungen

Eine weitere Möglichkeit für stationäre Einrichtungen, sich von anderen Einrichtungen abzuheben, besteht darin, gesondert berechnungsfähige Zusatzleistungen wie z. B. besonders große Zimmer, eine besondere Verpflegung oder zusätzliche pflegerisch-betreuende Leistungen anzubieten. In 28 Prozent der stationären Pflegeeinrichtungen können Pflegebedürftige Zusatzleistungen in Anspruch nehmen, in 27 Prozent der Einrichtungen in Westdeutschland und in 30 Prozent der Einrichtungen im Osten (Abbildung 6.9). Häufig werden „besonders große Zimmer“ oder „sonstige Zusatzleistungen“ angeboten. Nur wenige Einrichtungen offerieren „besonders luxuriöse Zimmer“, „zusätzliche pflegerisch-betreuende Leistungen“ oder „Gourmetkost“.

Während in Westdeutschland 17 Prozent der stationären Einrichtungen „besonders große Zimmer“ anbieten, sind es im Osten zehn Prozent. In ostdeutschen Einrichtungen können dagegen häufiger als in Einrichtungen im Westen „sonstige Zusatzleistungen“ in Anspruch genommen werden, z. B. Fahrdienste, die Begleitung Pflegebedürftiger zum Arzt, Telefon- bzw. Antennenanschluss, Tierpflege oder die Ausrichtung von Familienfeiern. Auch „zusätzliche pflegerisch-betreuende Leistungen“ werden in ostdeutschen Heime häufiger angeboten als im Westen. Als Beispiele wurden „Einzelbetreuung“, „Begleitdienste“, „Kosmetik“ genannt.

**Abbildung 6.9: Angebot an gesondert berechnungsfähigen Zusatzleistungen in stationären Pflegeeinrichtungen nach West- und Ostdeutschland, 2016 (%)**

Basis: Repräsentativerhebung, stationäre Pflegeeinrichtungen



Studie zur Wirkung des PNG und PSG I – TNS Infratest Sozialforschung 2016

Sofern stationäre Einrichtungen Zusatzleistungen anbieten, werden sie von den Bewohnerinnen und Bewohnern meist angenommen. Nur in 16 Prozent der stationären Einrichtungen trifft das Angebot auf keinerlei Nachfrage. In kleinen Heimen mit unter 50 Bewohnern ist dies besonders oft der Fall. Hier nimmt ein Viertel der Bewohnerinnen und Bewohner keine Zusatzleistungen in Anspruch (26%), obwohl dort nur geringfügig weniger Zusatzleistungen angeboten werden als in größeren Einrichtungen. Im Westen nehmen 18 Prozent der Pflegebedürftigen keine gesondert berechnungsfähige Zusatzleistung in Anspruch, im Osten zehn Prozent. Hier ist auch die Anzahl der Pflegebedürftigen pro Einrichtung, die Zusatzleistungen in Anspruch nehmen, höher als im Westen.

### Hilfe und Pflegeleistungen im Bereich der Grundpflege und hauswirtschaftlicher Bereich

Stationäre Pflegeeinrichtungen bieten vielfältige Hilfe- oder Pflegeleistungen an, von der Körperpflege, Unterstützung beim Essen und beim Toilettengang über die medizinische Behandlungspflege, die soziale Betreuung bis hin zur Hilfe bei Behördengängen.

Der Umfang, in dem Hilfe- und Pflegeleistungen erbracht werden, wurde in der bewohnerbezogenen Erhebung erfragt. An dieser Stelle werden daher auf die bewohnerbezogenen Ergebnisse Bezug genommen.

Die Mehrzahl Pflegebedürftiger erhält mehrmals täglich Unterstützung bei der Körperpflege (79%), bei der Zubereitung von Mahlzeiten (78%), beim Toilettengang (65%), bei der nächtlichen Betreuung (61%) sowie bei der medizinischen Behandlungspflege (53%). Je höher die Pflegestufe, desto mehr Pflegebedürftige benötigen in der Regel Unterstützung: Während nur 59 Prozent der Pflegebedürftigen der Pflegestufe I mehrmals täglich Hilfen bei der Körperpflege bekommen, gilt dies für fast alle



Pflegebedürftigen der Pflegestufe III (99%). Besonders stark differiert der Hilfebedarf nach Pflegestufen bei der Nahrungsaufnahme. Hier benötigt nur etwa jeder vierte Pflegebedürftige mit Pflegestufe I mehrmals täglich Unterstützung (25%), aber 91 Prozent der Pflegebedürftigen mit Pflegestufe III. Auch bei der nächtlichen Unterstützung nimmt mit steigender Pflegestufe der Hilfe- und Betreuungsbedarf zu (44% mehrmalige Hilfe in der Nacht in Pflegestufe I, 82 Prozent mehrmalige Hilfe in der Nacht in Pflegestufe III).

Bezüglich der medizinischen Behandlungspflege haben in allen drei Pflegestufen ähnlich viele Pflegebedürftige Hilfe- und Pflegebedarf. 45 Prozent der Personen mit Pflegestufe I benötigen mehrmals am Tag Hilfe, bei den Personen mit Pflegestufe III sind es 59 Prozent.<sup>77</sup> Vergleicht man die Angaben der Heimleitungen zum Umfang der wöchentlich erbrachten medizinischen Behandlungspflege mit den Angaben der Pflegekräfte, ergeben sich kaum Differenzen: Laut Heimleitungen erhalten 70 Prozent der Bewohnerinnen und Bewohner wöchentlich medizinische Behandlungspflege; die Pflegekräfte gaben an, dass 71 Prozent der Pflegebedürftigen mindestens einmal wöchentlich medizinische Behandlungspflege erhalten.

Mindestens einmal täglich erhalten die Pflegebedürftigen Hilfe beim Putzen und Einkaufen (50%). Da die Zimmer der Pflegebedürftigen üblicherweise durch hauswirtschaftliches Personal der Pflegeeinrichtungen oder auch durch ein externes Reinigungsunternehmen geputzt werden, ist davon auszugehen, dass der Anteil der Pflegebedürftigen, die diese Leistungen erhalten, von den Auskunft gebenden Pflegekräften eher unterschätzt wird.

Neu erfasst wurde neben dem Umfang der „Sozialen Betreuung“ auch die „Zusätzliche Betreuung (§ 87b)“. Weit über die Hälfte der Pflegebedürftigen erhalten mindestens einmal pro Tag soziale Betreuung (69%) oder Unterstützung durch eine zusätzliche Betreuungskraft nach § 87b (65%). Auch bei den Betreuungsleistungen gilt, dass mit steigender Pflegestufe auch die Häufigkeit der Leistungserbringung ansteigt. Allerdings profitieren auch die Pflegebedürftigen der Pflegestufe I mehrheitlich mindestens einmal pro Tag von sozialer Betreuung sowie zusätzlicher Betreuung nach § 87b (65% bzw. 53%).

Regelmäßige Unterstützung bei Besuchen außerhalb der Einrichtung oder Behördenbesuchen spielen bei den Leistungen nach wie vor kaum eine Rolle.

## 6.2.2 Therapie und Prävention

Eine Möglichkeit, sich im Rahmen der stationären Pflege von anderen Einrichtungen zu unterscheiden, besteht für die Einrichtungen in der spezifischen Struktur des vorgehaltenen Therapie- und Präventionsangebots. Tabelle 6.8 zeigt für eine Reihe ausgewählter Leistungen, wie hoch jeweils der Anteil der stationären Pflegeeinrichtungen ist, die entsprechende Leistungen anbieten, getrennt nach West- und Ostdeutschland.

---

<sup>77</sup> In diesem Punkt ist auch der Unterschied zwischen Pflegebedürftigen mit und ohne Leistungen der Pflegeversicherung weniger stark ausgeprägt als bei anderen Hilfe- und Pflegeleistungen.

Gedächtnis- und Orientierungstraining sowie Kontinenz- bzw. Toilettentraining werden von fast allen Einrichtungen angeboten (94% bzw. 93%). Diesen beiden Trainings gehören in fast allen Einrichtungen, unabhängig von Region (West- bzw. Ostdeutschland) und Einrichtungsgröße, zum Standardangebot. Kraft- und Balancetraining (Sturzprophylaxe), basale Stimulation, Krankengymnastik und Validation werden in ähnlichem Umfang angeboten wie spezielle Verköstigungsformen (Diät, Sonderkostform), Fußpflege und Friseure (jeweils zwischen 80% und 90% der Einrichtungen).

**Tabelle 6.8: Therapie- und Präventionsangebote sowie sonstige Angebote der stationären Pflegeeinrichtungen nach West- und Ostdeutschland, 2016 (%)**

Basis: Repräsentativerhebung, stationäre Pflegeeinrichtungen

	Gesamt	West	Ost
Gedächtnis-/Orientierungstraining	94	95	91
Kontinenz-/Toilettentraining	93	93	94
Kraft- und Balancetraining (Sturzprophylaxe)	86	87	82
Basale Stimulation	84	84	87
Friseure	84	81	92
Krankengymnastik oder Bewegungstherapie	83	82	86
Diät/Sonderkostform	83	85	77
Fußpflege	82	81	86
Validation	80	82	76
Musik- oder Tanztherapie (speziell für Demenzkranke)	72	72	72
Ergotherapie	69	66	78
Logopädie (Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie)	51	52	49
Massagen, Bäder, Rotlicht oder Elektrotherapie	26	25	30
Verhaltenstraining	19	18	22
Psychotherapie	7	7	8
Sonstiges	11	9	16
Summe Mehrfachnennungen	10,3	10,2	10,5

Studie zur Wirkung des PNG und PSG I – TNS Infratest Sozialforschung 2016

Musik- und Tanztherapie, insbesondere für Demenzkranke, wird von 72 Prozent der Einrichtungen angeboten, d. h. diese im Jahr 2010 noch vergleichsweise junge Therapierichtung hat sich fest im Leistungskatalog stationärer Pflegeeinrichtungen etabliert. Mehr als zwei Drittel der Einrichtungen bieten 2016 Ergotherapie an, Pflegebedürftige in Ostdeutschland erhalten sogar in 78 Prozent der stationären Pflegeeinrichtungen Ergotherapie. Logopädie (Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie) wird von der Hälfte der Einrichtungen angeboten (51%). Massagen, Bäder, Rotlicht oder Elektrotherapie werden von einem Viertel der Einrichtungen angeboten (26%); in Ostdeutschland häufiger als im

Westen. Verhaltenstraining können Bewohner in 19 Prozent der Einrichtungen erhalten, Psychotherapie dagegen nur in sieben Prozent.

Die Darstellung macht deutlich, dass stationäre Pflegeeinrichtungen im Durchschnitt gut zehn Therapie- und Präventionsangebote haben und damit über ein umfassendes Leistungs- und Therapieangebot verfügen, das den hohen Stellenwert der Prävention deutlich macht. Selbst kleinere Einrichtungen mit weniger als 50 Bewohnerinnen und Bewohnern bieten durchschnittlich 9,4 Leistungen an, Einrichtungen mittlerer Größe bieten elf Leistungen an und große Einrichtungen durchschnittlich 10,4.

Im Folgenden werden diejenigen Leistungsarten, die auch 1998 und 2010 erfasst wurden, mit den Ergebnissen 2016 verglichen (geordnet nach den Zahlen 2016). Hierfür werden wiederum die vollstationären Einrichtungen als Auswertungsbasis herangezogen (Tabelle 6.9).

**Tabelle 6.9: Therapie- und Präventionsangebote sowie sonstige Angebote der vollstationären Pflegeeinrichtungen 1998, 2010 und 2016 (%)**

Basis: Repräsentativerhebung, vollstationäre Pflegeeinrichtungen

	1998	2010	2016
Gedächtnis-/Orientierungstraining	81	95	95
Kontinenz-/Toilettentraining	89	95	94
Friseur	1)	93	90
Kraft- und Balancetraining (Sturzprophylaxe)	1)	82	89
Fußpflege	1)	93	89
Basale Stimulation	1)	83	88
Diät/Sonderkostform	91	94	88
Krankengymnastik oder Bewegungstherapie	74	84	87
Validation	1)	77	81
Ergotherapie	87	71	75
Musik- oder Tanztherapie (speziell für Demenzkranke)	1)	67	73
Logopädie (Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie)	21	53	56
Massagen, Bäder, Rotlicht oder Elektrotherapie	31	34	30
Verhaltenstraining	2)	28	20
Psychotherapie	2)	13	9
Summe Mehrfachnennungen		11,0	10,8

1) 1998 nicht erhoben.

2) 1998 wurden Verhaltenstraining und Psychotherapie zusammen erhoben. 17 Prozent der vollstationären Einrichtungen hatten ein entsprechendes Angebot.

Vollstationäre Einrichtungen hatten ihr Therapie- und Präventionsangebot im Jahr 2010 gegenüber dem Jahr 1998 ausgebaut; parallel dazu hatten im Jahr 2010 deutlich mehr Pflegebedürftige ein Heilmittel oder eine Therapie erhalten als im Jahr 1998. Auch im Jahr 2016 ist das Angebot an therapeutischen und präventiven Maßnahmen groß, durchschnittlich 10,8 Leistungen werden von vollstationären Einrichtungen angeboten, im Jahr 2010 waren es 11,0 Leistungen (Tabelle 6.9).

Während einige präventive Angebote bereits 1998 von den meisten Einrichtungen angeboten wurden und nach wie vor im Leistungskatalog der meisten Einrichtungen enthalten sind (z. B. Gedächtnis-/Orientierungstraining, Kontinenz-/Toilettentraining, Diät/Sonderkostform), bieten weniger Einrichtungen als 1998 ergotherapeutische Leistungen in ihren Einrichtungen an. Ausgebaut wurden Angebote im Bereich der Krankengymnastik oder Bewegungstherapie, das Kraft- und Balancetraining, die basale Stimulation, Validation und die Logopädie; letztere ist in mittlerweile 56 Prozent der Leistungskataloge von stationären Pflegeeinrichtungen enthalten. Im Jahr 1998 boten noch 21 Prozent der Heime Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie an. Auch die Musik- oder Tanztherapie (speziell für Demenzkranke) wird häufiger als 2010 angeboten.

Einige Leistungen werden aber auch seltener angeboten (z. B. Massagen, Bäder, Rotlicht und Elektrotherapie). Außerdem haben weniger vollstationäre Einrichtungen Verhaltenstraining, Psychotherapie, Diät/Sonderkostform im Angebot.

### 6.2.3 Aktivitäts- und Betreuungsangebote

Wichtig für das Wohlbefinden der Bewohnerinnen und Bewohner stationärer Pflegeeinrichtungen sind nicht nur die therapeutischen und präventiven Angebote, sondern auch die Möglichkeiten der Freizeitgestaltung und die darüber hinausgehende soziale Betreuung. Dies gilt umso mehr für diejenigen, die selber nicht mehr mobil sind oder die keine Kontakte zu Angehörigen oder Freunden außerhalb der Pflegeeinrichtung haben.

Neben den Betreuungskräften nach § 87b, die Pflegebedürftige bei alltäglichen Aktivitäten wie Spaziergängen, Gesellschaftsspielen, Lesen, Basteln usw. begleiten und unterstützen, verbringt auch das Pflegepersonal Zeit mit den Bewohnerinnen und Bewohnern und betreut sie im Rahmen sozialer Aktivitäten. Laut Einrichtungsleitungen stehen dem Pflegepersonal durchschnittlich 17 Prozent seiner Arbeitszeit für soziale Betreuung zur Verfügung. Bei einer Vollzeit arbeitenden Pflegekraft entspricht dies pro Tag etwa einer Stunde und 22 Minuten.<sup>78</sup> Im Vergleich zur Erhebung 2010 kann das Pflegepersonal ca. zehn Minuten mehr für soziale Betreuung aufwenden. In kleinen Einrichtungen unter 50 Bewohnerinnen und Bewohner steht Pflegekräften mit 25 Prozent deutlich mehr Zeit für soziale Betreuung zur Verfügung als Pflegekräften in Einrichtungen mit 50 bis unter 100 Bewohnern (13%) oder großen Einrichtungen mit 100 und mehr Bewohnern (10%).

Tabelle 6.10 nennt für eine Reihe von Angeboten die Anteile der Einrichtungen, die die jeweiligen Aktivitäten anbieten, getrennt nach West- und Ostdeutschland. Neu erfragt wurde in der aktuellen Erhebung die Aktivität „Spezielle Betreuungskonzepte für Menschen mit Demenz“, außerdem wurden die „Religiösen Angebote für Menschen muslimischen Glaubens“ ersetzt durch „Kultursensible oder

---

<sup>78</sup> 19 Prozent der Einrichtungsleitungen können diesen Anteil der Arbeitszeit nicht einschätzen und ließen diese Frage unbeantwortet.

religiöse Angebote“. „Psychosoziale Betreuung in schwierigen Lebenslagen“ ersetzt das Item „Seelsorgerische Betreuung“, der Punkt „Sterbebegleitung“ wurde 2016 nicht abgefragt.

Die Betreuungsangebote lassen sich wie folgt zusammenfassen:

Gemeinsame Aktivitäten im Haus, Gymnastik bzw. Altsport, Hilfe bei der Alltagsgestaltung gehören weiterhin zum Standardangebot stationärer Pflegeeinrichtungen und sind in fast allen Pflegeeinrichtungen etabliert, weitgehend unabhängig davon, ob sie sich in West- oder Ostdeutschland befinden und wie viele Bewohnerinnen und Bewohner die Einrichtung hat.

Auch gemeinsame Aktivitäten außer Haus und kulturelle Veranstaltungen werden von weit über 80 Prozent der Einrichtungen angeboten. Allerdings verfügen weniger Einrichtungen in Ostdeutschland über die Möglichkeit, gemeinsame Aktivitäten außer Haus anzubieten, als solche im Westen. Auch kleinere Einrichtungen bieten außerhäusliche Aktivitäten etwas seltener an als größere Häuser.

In vielen Einrichtungen werden inzwischen drei verschiedene Aktivitäten für Menschen mit Demenz angeboten: Spezielle Betreuungskonzepte für Menschen mit Demenz können in drei von vier stationären Einrichtungen genutzt werden (74%). Besonders in größeren Einrichtungen mit 75 und mehr Bewohnerinnen und Bewohnern und in westdeutschen Einrichtungen gibt es spezielle Betreuungskonzepte für Menschen mit Demenz. Weitgehend unabhängig von der Bewohnergröße werden gesonderte Tagesgruppen mit spezieller Betreuung für Demenzkranke angeboten. Deutlich seltener wird ein „Nachtcafé oder Ähnliches“ für Demenzkranke angeboten (26%), wobei ein Drittel der Einrichtungen ab 75 Bewohner ein nächtliches Betreuungsangebot in Form eines Nachtcafés haben. Kleine Einrichtungen und solche in Ostdeutschland bieten dieses spezielle Angebot seltener an.

Zwei Drittel der Einrichtungen haben gesonderte Angebote für männliche und weibliche Bewohner sowie kultursensible oder religiöse Angebote, westdeutsche Einrichtungen nennen diese Angebote häufiger als ostdeutsche Einrichtungen.

Psychosoziale Betreuung in schwierigen Lebenslagen bieten 62 Prozent der Einrichtungen an, 59 Prozent verfügen über eine Bibliothek, wobei Bewohner großer Häuser mit 100 und mehr Bewohnern deutlich häufiger die Möglichkeit haben, direkt in der Pflegeeinrichtung Bücher auszuleihen, als solche in kleinen Einrichtungen. Etwa die Hälfte der Einrichtungen bietet Begleitung bei Behördengängen (51%) sowie bei privaten Aktivitäten an (47%).

**Tabelle 6.10: Soziale Aktivitäten und Betreuungsangebote in stationären Pflegeeinrichtungen, 2016 (%)**

Basis: Repräsentativerhebung, stationäre Pflegeeinrichtungen

	Gesamt	West	Ost
Gemeinsame Aktivitäten im Haus (Gesprächskreise, Basteln etc.)	99	99	98
Gymnastik/Altensport	98	98	96
Hilfe bei der Alltagsgestaltung (Vorlesen, kleinere Besorgungen etc.)	97	98	92
Gemeinsame Aktivitäten außer Haus	87	90	78
Filmvorführungen/Veranstaltungen/Kultur im Haus	85	85	84
Spezielle Betreuungskonzepte für Menschen mit Demenz	74	76	69
Gesonderte Angebote speziell für männliche oder weibliche Bewohner (Männerabende, Damentreffs, Kaffeeklatsch ...)	68	70	59
Gesonderte Tagesgruppe mit spezieller Tagesbetreuung für Demenzkranke	66	65	68
Kultursensible oder religiöse Angebote	66	67	63
Psychosoziale Betreuung in schwierigen Lebenslagen	62	64	56
Eine Bibliothek	59	59	60
Begleitung bei Behördengängen	51	50	51
Begleitung bei privaten Aktivitäten	47	47	48
„Nachtcafé“ oder Ähnliches für Demenzkranke	26	27	22
Gesonderte Beschäftigungs- und Betreuungsangebote speziell für ausländische Bewohner/innen und Migrant/innen	7	8	6
Sonstiges	12	11	18
Summe Mehrfachnennungen	10,0	10,1	9,7

Studie zur Wirkung des PNG und PSG I – TNS Infratest Sozialforschung 2016

Weiterhin sind spezielle Angebote für ausländische Menschen sowie solche mit Migrationshintergrund eher selten. Nur sieben Prozent der Einrichtungen haben spezielle Beschäftigungs- und Betreuungsangebote für diesen Personenkreis; obwohl Einrichtungen in Ostdeutschland wesentlich seltener ausländische Pflegebedürftige bzw. solche mit Migrationshintergrund versorgen, haben dort sechs Prozent der Einrichtungen entsprechende Angebote.

Im Vergleich zu 1998 und 2010 zeigt sich, dass viele der bereits 1998 oder 2010 bestehenden Angebote entweder weiterhin in einem ähnlichen Umfang bestehen oder ausgebaut wurden. Wie schon

im Jahr 2010 werden auch 2016 im Durchschnitt zehn Aktivitäten pro Einrichtung angeboten, wobei die Größe der Einrichtung kaum eine Rolle spielt. Selbst in kleinen Einrichtungen mit weniger als 50 Bewohnerinnen und Bewohnern werden durchschnittlich neun verschiedene Aktivitäten angeboten.

An geschlechterspezifischen Angeboten scheint ein besonderer Bedarf zu bestehen; 2010 boten 42 Prozent der Einrichtungen diese Aktivität an, 2016 sind es 68 Prozent. Möglicherweise hängt der Ausbau dieses Angebots auch mit dem gestiegenen Männeranteil in den Einrichtungen zusammen. Seltener als 2010 wird die Begleitung bei Behördengängen oder bei privaten Aktivitäten angeboten, unabhängig davon, ob man alle Einrichtungen oder nur vollstationäre Einrichtungen betrachtet.

#### **6.2.4 Medizinische Versorgung und medizinische Behandlungspflege**

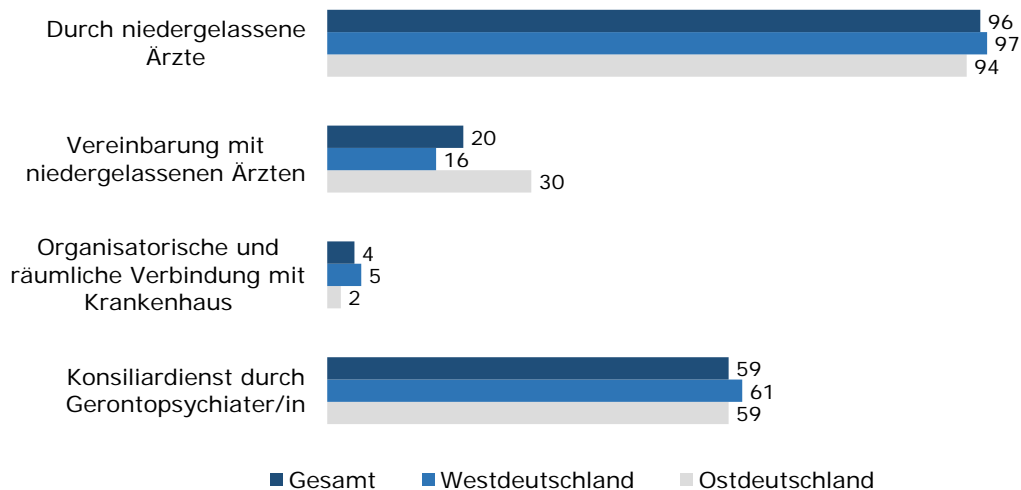
Zu einer angemessenen Versorgung der Bewohnerinnen und Bewohner von stationären Pflegeeinrichtungen zählt auch die Sicherstellung der medizinischen Versorgung. Nach § 12 Abs. 2 SGB XI sollen die Pflegekassen zur Sicherstellung der haus-, fach- und zahnärztlichen Versorgung der Pflegebedürftigen darauf hinwirken, dass die vollstationären Pflegeeinrichtungen Kooperationen mit niedergelassenen Ärzten eingehen oder – wenn auf diesem Wege die ärztliche Versorgung nicht sichergestellt werden kann – ein Arzt in der Pflegeeinrichtung angestellt wird (§ 119b SGB V).

In der Praxis erfolgt die ärztliche Versorgung in 96 Prozent der Einrichtungen durch niedergelassene Ärzte, unabhängig davon, wie viele Bewohner in der Einrichtung leben (Abbildung 6.10). In Ostdeutschland ist dies etwas seltener der Fall (94%), dafür haben dort doppelt so viele Einrichtungen zur Sicherstellung der ärztlichen Versorgung feste Vereinbarungen mit niedergelassenen Ärzten getroffen. Insgesamt betrachtet haben 20 Prozent der Einrichtungen entsprechende Vereinbarungen geschlossen, durchschnittlich mit 4,6 Ärzten. Einrichtungen in Ostdeutschland haben mit 5,3 Ärzten eine Vereinbarung geschlossen, Einrichtungen im Westen mit 4,2 Ärzten. Weiterhin sehr selten, aber im Zeitvergleich in zunehmendem Umfang, ist die Pflegeeinrichtung organisatorisch und räumlich mit einem Krankenhaus verbunden. Angestellte Ärzte oder die Praxis eines niedergelassenen Arztes in der Einrichtung sichern wie bereits 2005 und 2010 die ärztliche Versorgung nur in Ausnahmefällen (<1%, nicht in der Abbildung dargestellt).

In über der Hälfte der Einrichtungen (59%) gibt es eine regelmäßige Beratung oder einen regelmäßigen Konsiliardienst durch eine Gerontopsychiaterin oder einen Gerontopsychiater bzw. eine Ärztin oder einen Arzt mit gerontopsychiatrischer Erfahrung. Vergleicht man das Ergebnis der vollstationären Einrichtungen 2016 mit denen der letzten zwei Erhebungen, bieten etwas mehr Heime als im Jahr 2010 einen Konsiliardienst durch entsprechendes Fachpersonal an.

**Abbildung 6.10: Organisation der ärztlichen Versorgung in stationären Pflegeeinrichtungen, 2016 (%)**

Basis: Repräsentativerhebung, stationäre Pflegeeinrichtungen



Studie zur Wirkung des PNG und PSG I – TNS Infratest Sozialforschung 2016

Eine weitere Möglichkeit zur Sicherstellung der ärztlichen Versorgung der Bewohnerinnen und Bewohner ist der Abschluss von Kooperationsverträgen mit Fachärzten. 64 Prozent der stationären Einrichtungen haben mindestens einen Kooperationsvertrag mit einem Zahnarzt oder einem Facharzt abgeschlossen, wobei dies bei der großen Mehrheit der vollstationären Einrichtungen der Fall ist (75%), bei teilstationären Einrichtungen dagegen nur sehr selten (5%).

Am häufigsten schließen Einrichtungen mit Zahnärzten Kooperationsverträge, gefolgt von Kooperationen mit Palliativmedizinern, Neurologen oder Gerontopsychiatern (Tabelle 6.11). Eher selten bestehen Kooperationen zwischen Einrichtungen und Chirurgen, Gynäkologen oder Orthopäden. In aller Regel sind mit einer Kooperation auch Hausbesuche in der Pflegeeinrichtung verbunden.

Neben der Möglichkeit, mit Ärzten Kooperationsverträge abzuschließen, nutzen 86 Prozent der stationären Pflegeeinrichtungen die Möglichkeit, mit Apotheken zu kooperieren. Während praktisch alle vollstationären Einrichtungen Kooperationsverträge mit Apotheken abgeschlossen haben, sind Kooperationsverträge zwischen Apotheken und teilstationären Einrichtungen eher selten. Lediglich 17 Prozent der teilstationären Einrichtungen ohne vollstationäre Pflege kooperieren vertraglich mit Apotheken.



**Tabelle 6.11: Abschluss von Kooperationsverträgen mit Zahn- bzw. Fachärzten, 2016 (%)**

Basis: Repräsentativerhebung, stationäre Pflegeeinrichtungen

	Nein	Ja	Ja, mit Hausbesuchen
Zahnärzte	43	55	49
Palliativmediziner	65	33	29
Dermatologen	83	16	15
Chirurgen	90	9	8
Gerontopsychiater	72	26	23
Schmerztherapeuten	81	17	15
Neurologen	67	31	28
Orthopäden	91	8	7
Urologen	77	21	20
Augenärzte	86	13	11
HNO-Ärzte	84	15	14
Gynäkologen	90	9	8
Internisten	83	16	15

Fehlend zu 100 = Keine Angabe.

Studie zur Wirkung des PNG und PSG I – TNS Infratest Sozialforschung 2016

### Medizinische Behandlungspflege

Stationäre Pflegeeinrichtungen erbringen neben pflegerischen und betreuenden Leistungen auch Leistungen der medizinischen Behandlungspflege.

Durchschnittlich bedürfen 70 Prozent der Pflegebedürftigen in stationären Einrichtungen der medizinischen Behandlungspflege, z. B. versorgen Pflegekräfte Wunden, wechseln Verbände, verabreichen Medikamente und messen Blutdruck und Blutzucker. In Pflegeeinrichtungen mit 50 bis unter 100 Bewohnern bedürfen etwa 80 Prozent der Pflegebedürftigen medizinischer Behandlungspflege. In stationären Einrichtungen mit weniger als 50 Bewohnern ist der Bedarf an medizinischer Behandlungspflege etwas geringer als in größeren Einrichtungen, ebenso in teilstationären Einrichtungen. Hoch ist der Anteil an Pflegebedürftigen, die medizinische Behandlungspflege erhalten, in ostdeutschen Einrichtungen (88%).

Damit sind die einrichtungsbezogenen Ergebnisse zur medizinischen Behandlungspflege weitgehend deckungsgleich mit den Angaben der Pflegekräfte. Diese geben an, dass 69 Prozent der Pflegebedürftigen mindestens einmal pro Woche medizinische Behandlungspflege erhalten.

Die Einrichtungsleitungen sollten außerdem angeben, wie viele Stunden je Woche pro Bewohner mit medizinischer Behandlungspflege anfallen. Im Wochenschnitt sind sieben Stunden medizinische Behandlungshilfe erforderlich. Dabei ist es unerheblich, ob es sich um kleine, mittlere oder große Pflegeeinrichtungen handelt. In Ostdeutschland fallen durchschnittlich acht Stunden pro Woche an, im Westen sechs Stunden pro Woche.<sup>79</sup>

### 6.2.5 Gleichgeschlechtliche Pflege

Neben den Pflegekräften sollten auch die Einrichtungsleitungen angeben, ob bzw. inwieweit in der Einrichtung dem Wunsch nach gleichgeschlechtlicher Pflege entsprochen werden kann.

Gut jede zehnte Einrichtung gibt an, dass das Thema gleichgeschlechtliche Pflege nicht zutreffend für sie ist. Dies gilt vor allem für teilstationäre Einrichtungen, aber auch in kleinen vollstationären Einrichtungen mit weniger als 50 Bewohnern wird es häufiger als „nicht zutreffend“ bezeichnet. Dagegen sind sich die größeren Pflegeeinrichtungen des Themas gleichgeschlechtliche Pflege bewusst.

Wird der Wunsch nach gleichgeschlechtlicher Pflege geäußert, können 79 Prozent der Einrichtungen diesem Wunsch mehrheitlich entsprechen. Jeweils fünf Prozent der Einrichtungen können „etwa zur Hälfte“ oder „seltener“ eine gleichgeschlechtliche Pflege sicherstellen. Vergleicht man die Einschätzung der Einrichtungsleitungen mit dem der Pflegekräfte, zeigt sich eine weitgehende Übereinstimmung in der Bewertung in dieser Frage. Sofern der Wunsch nach gleichgeschlechtlicher Pflege geäußert wird, kann diesem Wunsch zu 81 Prozent voll entsprochen werden, in weiteren 18 Prozent der Fälle wird die pflegebedürftige Person überwiegend von Personen ihres Geschlechts gepflegt. Aufgrund der hohen Anzahl weiblicher Pflegekräfte ist es allerdings manchmal schwierig, eine ausschließlich gleichgeschlechtliche Pflege bei männlichen Bewohnern sicherzustellen.

### 6.2.6 Migrationshintergrund in der Pflege

Laut Einrichtungsleitungen leben in etwa 60 Prozent der stationären Pflegeeinrichtungen Personen mit Migrationshintergrund, d. h. entweder besitzt die Person eine ausländische Staatsangehörigkeit, ist im Ausland geboren oder hat mindestens ein Elternteil, das im Ausland geboren ist (Tabelle 6.12). In Ostdeutschland versorgt die Hälfte der stationären Pflegeeinrichtungen ausschließlich Personen ohne Migrationshintergrund, wobei diese Einrichtungen größtenteils im ländlichen Raum liegen. In Westdeutschland leben in deutlich mehr Pflegeeinrichtungen Personen mit Migrationshintergrund (67%). Allerdings beträgt im Westen der Anteil an Pflegebedürftigen mit Migrationshintergrund laut Einrichtungsleitung nur 4,7 Prozent, in Ostdeutschland liegt er bei 1,2 Prozent.<sup>80</sup> Über alle Einrichtungen hinweg liegt der Migrantenanteil bei durchschnittlich 3,9 Prozent.

<sup>79</sup> Allerdings konnten hierzu 23 Prozent der Einrichtungen keine Angabe machen.

<sup>80</sup> Aus der bewohnerbezogenen Erhebung ist bekannt, dass ein Großteil dieser Pflegebedürftigen mit Migrationshintergrund aus Polen bzw. Osteuropa oder Russland kommt und mehrheitlich Deutsch als Muttersprache angegeben hat oder aber zweisprachig erzogen wurde. Man kann daher davon ausgehen, dass die meisten dieser Personen aus den ehemaligen deutschen Ostgebieten stammen und keinen klassischen Migrationshintergrund besitzen.

In jeder dritten Pflegeeinrichtung beträgt der Anteil von Menschen mit Migrationshintergrund ein bis vier Prozent. In 23 Prozent der Einrichtungen leben 5 bis 15 Prozent Personen mit Migrationshintergrund. Anteile über 16 Prozent werden nur in fünf Prozent der westdeutschen Einrichtungen genannt.

Einen Migrationshintergrund korrekt einzuschätzen ist schwierig, da ein solcher nicht immer auf den ersten Blick zu erkennen ist, besonders wenn die pflegebedürftige Person mit der deutschen Sprache aufgewachsen ist bzw. schon lange in Deutschland lebt. Es ist daher nicht verwunderlich, dass die Einrichtungsleitungen den Migrationshintergrund in ihrer Einrichtung eher unterschätzen. Darauf deuten die Ergebnisse der bewohnerbezogenen Erhebung hin. Dort gaben die Pflegekräfte für neun Prozent der Pflegebedürftigen einen Migrationshintergrund an.

**Tabelle 6.12: Anteil der Bewohnerinnen und Bewohner stationärer Pflegeeinrichtungen mit Migrationshintergrund, 2016 (%)**

Basis: Repräsentativerhebung, stationäre Pflegeeinrichtungen

	Gesamt	West	Ost
Kein Migrationshintergrund	34	28	52
Unter 5%	33	33	34
5% bis 9%	8	10	3
10% bis 15%	15	19	2
16% und mehr	4	5	0
Keine Angabe	6	5	9
Durchschnittlicher Migrationshintergrund	3,9	4,7	1,2

Studie zur Wirkung des PNG und PSG I – TNS Infratest Sozialforschung 2016

Die Einrichtungsleitungen sollten außerdem angeben, wie häufig für Personen mit Migrationshintergrund eine Pflegekraft zur Verfügung steht, die dieselbe Muttersprache spricht. In 42 Prozent der Einrichtungen, in denen Menschen mit Migrationshintergrund leben, steht für Pflegebedürftige mit Migrationshintergrund mehrheitlich eine muttersprachliche Pflegekraft zur Verfügung, 17 Prozent der Einrichtungen können dies zur Hälfte gewährleisten und 41 Prozent seltener. Für Einrichtungen in Ostdeutschland, die einen sehr geringen Migrantenanteil haben, ist es deutlich schwieriger als für solche in Westdeutschland, eine (passende) muttersprachliche Pflegekraft vorzuhalten.

Umgekehrt ist es auch für Pflegebedürftige, die mit Deutsch als Muttersprache aufgewachsen sind, wichtig, von Pflegekräften versorgt zu werden, deren Muttersprache Deutsch ist oder die zumindest so gut Deutsch sprechen, dass eine Verständigung problemlos möglich ist. In 89 Prozent der Einrichtungen, und damit in den meisten Einrichtungen, ist eine muttersprachliche oder zumindest sehr gut

Deutsch sprechende Pflegekraft mehrheitlich gewährleistet. In sechs Prozent der Einrichtungen können Pflegebedürftige mit Deutsch als Muttersprache zur Hälfte oder seltener durch eine deutschsprachige Pflegekraft versorgt werden.

Nicht nur ein Teil der Pflegebedürftigen hat einen Migrationshintergrund, sondern auch ein Teil der Pflegekräfte. Nach Angaben der Heimleitungen gilt dies für 17 Prozent von ihnen (2010: 15%). In 20 Prozent der Heime sind nach Auskunft der Heimleitung keine Pflegekräfte mit Migrationshintergrund beschäftigt (2010: 14%), in weiteren 25 Prozent der Einrichtungen haben unter zehn Prozent der Pflegekräfte einen Migrationshintergrund (2010: 39%). In immerhin elf Prozent der Einrichtungen haben mehr als die Hälfte der Pflegekräfte einen Migrationshintergrund.

Der Anteil der Pflegekräfte mit Migrationshintergrund ist in ostdeutschen Einrichtungen mit drei Prozent erheblich niedriger als in den alten Ländern mit durchschnittlich 21 Prozent (2010: 17% bzw. 4%). Über die Hälfte der Einrichtungsleitungen in Ostdeutschland hat angegeben, dass in ihrer Einrichtung keine Pflegekräfte mit Migrationshintergrund tätig sind (52%). Hier ist allerdings zu berücksichtigen, dass elf Prozent der Leitungen den Anteil der Pflegekräfte mit Migrationshintergrund nicht einschätzen konnten oder aus sonstigen Gründen keine Antwort gegeben haben. In Westdeutschland gilt dies nur für fünf Prozent.

Der höhere Anteil an Pflegekräften mit Migrationshintergrund im Jahr 2016 geht demnach auf mehr entsprechendes Personal in Westdeutschland zurück. In Ostdeutschland ist im Vergleich zum Jahr 2010 ein etwa gleich hoher Anteil an Pflegekräften mit Migrationshintergrund beschäftigt.

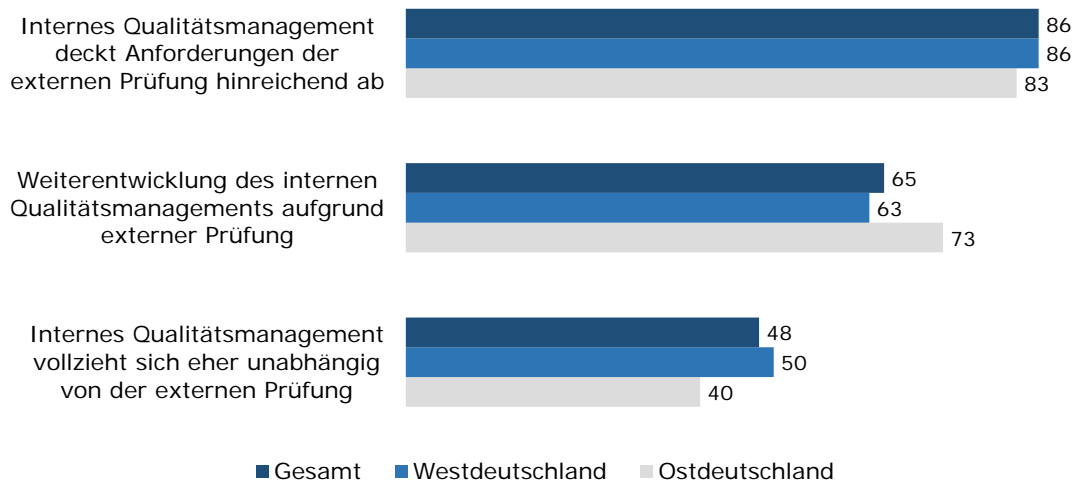
### **6.2.7 Qualitätsprüfung und Beratung durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen bzw. den PKV-Prüfdienst**

Der Medizinische Dienst (MDK) prüft regelhaft einmal im Jahr die Pflegequalität von allen stationären Pflegeeinrichtungen und von allen ambulanten Pflegediensten. Den Auftrag für eine Prüfung bekommt der MDK von den Verbänden der Pflegekassen im jeweiligen Bundesland. Die von den Pflegeeinrichtungen erbrachten Leistungen und ihre Qualität werden in Form von Noten bewertet und die Ergebnisse im Internet und durch Aushang in der Pflegeeinrichtung veröffentlicht.

Die Einrichtungsleitungen sollten erstmals im Jahr 2016 die Bedeutung der jährlichen Qualitätsprüfung für ihre Einrichtung angeben. In der überwiegenden Anzahl stationärer Pflegeeinrichtungen deckt das interne Qualitätsmanagement die Anforderungen der externen Prüfung hinreichend ab (86%, Abbildung 6.11). Dennoch nutzt ein Großteil der Einrichtungen, darunter besonders viele ostdeutsche Einrichtungen und Einrichtungen in privater Trägerschaft, die externe Prüfung, um das interne Qualitätsmanagement weiterzuentwickeln (65%). In knapp der Hälfte der Einrichtungen vollzieht sich das interne Qualitätsmanagement eher unabhängig von der externen Prüfung, weitgehend unabhängig von der Größe der Einrichtung.

**Abbildung 6.11: Bedeutung der jährlichen Qualitätsprüfung durch den MDK bzw. den PKV-Prüfdienst für internes Qualitätsmanagement, 2016 (%)**

Basis: Repräsentativerhebung, stationäre Pflegeeinrichtungen



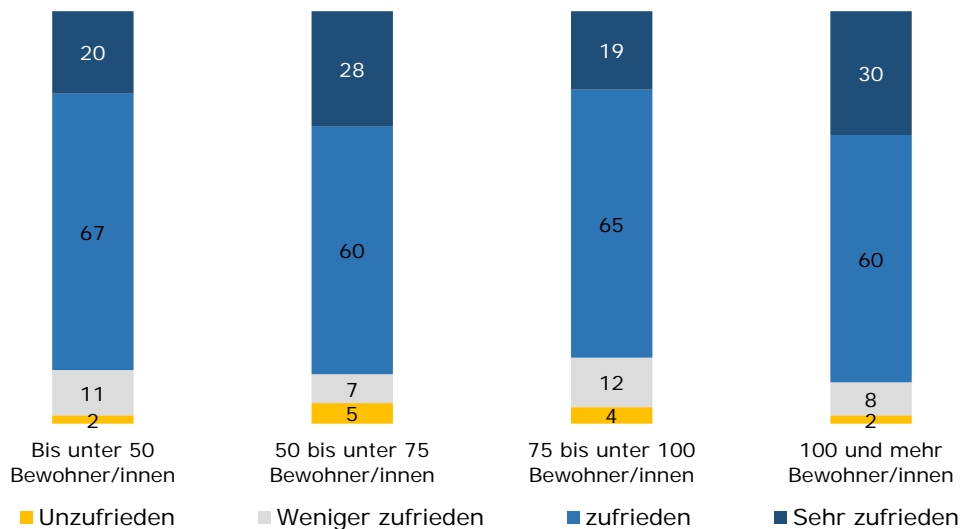
Studie zur Wirkung des PNG und PSG I – TNS Infratest Sozialforschung 2016

Die Einrichtungen wurden außerdem gefragt, wie zufrieden sie mit der Beratung durch den MDK bzw. den PKV-Prüfdienst waren. Acht Prozent der Einrichtungen konnten keine Bewertung abgeben, die meisten davon, weil eine Beratung nicht erforderlich war. In Ostdeutschland und in kleinen Einrichtungen hat häufiger als im Westen und in größeren Einrichtungen aus sonstigen Gründen keine Beratung stattgefunden.

Sofern eine Beratung stattgefunden hat, war die überwiegende Zahl der Einrichtungen zufrieden (63%) oder sehr zufrieden (24%) mit der Beratung. Große Einrichtungen mit 100 und mehr Bewohnern sowie Einrichtungen mit 50 bis unter 75 Bewohnern zeigten sich überdurchschnittlich zufrieden mit der Beratung, kleine Einrichtungen sowie solche mit 75 bis unter 100 Bewohnern übten etwas häufiger Kritik an der Beratung (Abbildung 6.12). Einrichtungen in Ostdeutschland äußerten sich zu 91 Prozent zufrieden oder sehr zufrieden, im Westen trifft dies auf 86 Prozent zu. Hier wurden vereinzelt auch unzufriedene Stimmen laut, was im Osten nicht der Fall war.

**Abbildung 6.12: Zufriedenheit mit der Beratung durch den MDK bzw. PKV-Prüfdienst im Rahmen der Qualitätsprüfung, 2016 (%)**

Basis: Repräsentativerhebung, stationäre Pflegeeinrichtungen



## 6.3 Personal der stationären Pflegeeinrichtungen

### 6.3.1 Personelle Ausstattung

Der folgende Abschnitt beschreibt die Personalsituation in den stationären Pflegeeinrichtungen.<sup>81</sup> Die Zahlen beziehen sich dabei ausschließlich auf die Festangestellten – auf Honorar- bzw. Abrechnungsbasis Beschäftigte sowie von Zeitarbeitsfirmen ausgeliehenes Personal sind nicht eingeschlossen. Über diesen Teil der Beschäftigten wird am Ende des Abschnitts gesondert berichtet.

Durchschnittlich umfasst der Personalbestand in stationären Pflegeeinrichtungen 2016 40,9 festangestellte Beschäftigte, wobei die Beschäftigungsverhältnisse für Teilzeitbeschäftigte und geringfügig Beschäftigte in Vollzeitstellen umgerechnet sind (Tabelle 6.13). Insgesamt 28,4 Vollzeitstellen sind im Bereich Pflege und Betreuung besetzt, eine Vollzeitstelle steht für therapeutisches und sozialpädagogisches Personal zur Verfügung. Zusätzliche Betreuungskräfte nach § 87b SGB XI sind im Umfang von insgesamt 3,4 Vollzeitstellen in stationären Pflegeeinrichtungen tätig, wobei die meisten zusätzlichen Betreuungskräfte in Teilzeit arbeiten. Dasselbe trifft fürs hauswirtschaftliche Personal

<sup>81</sup> Die abgefragten Personalkategorien blieben weitgehend unverändert gegenüber der Repräsentativerhebung 2010. Das „sonstige Pflegepersonal“ wurde um „sonstiges Pflege- und Betreuungspersonal (nicht exam., NICHT nach § 87b)“ ergänzt, um zum einen die Abgrenzung zum examinierten Personal und zum anderen zum Betreuungspersonal nach § 87b deutlich zu machen. Beim Pflegepersonal in Ausbildung sind auch die Umschüler eingeschlossen. Mit der Aussetzung der Wehrpflicht im Jahr 2011 wurde auch der Zivildienst abgeschafft. Um einen Teil des dadurch wegfallenden Personals v.a. im sozialen Bereich zu ersetzen wurde im Juli 2011 der Bundesfreiwilligendienst eingeführt. Die neue Kategorie „Bufdis“ wurde um FSJler, also um Personen, die ein freiwilliges soziales Jahr leisten, ergänzt in „Bundesfreiwilligendienstler („Bufdis“)/FSJler“.

zu, das zusammengenommen mit sechs Vollzeitarbeitsplätzen besetzt ist. Für Verwaltungstätigkeiten stehen 1,7 Vollzeitstellen zur Verfügung, für Bufdis inkl. FSJler 0,4 Vollzeitstellen.

**Tabelle 6.13: Beschäftigte in stationären Pflegeeinrichtungen nach Berufsgruppen und Beschäftigungsumfang (pro Einrichtung in Vollzeitarbeitsplätze umgerechnet), 2016**

Basis: Repräsentativerhebung, stationäre Pflegeeinrichtungen

	Beschäftigte insgesamt	davon: Vollzeit-beschäftigte (ab 35 Std.)	Teilzeit-beschäftigte (15 b. u. 35 Std.)	Geringfügig Beschäftigte (< 15 Std.)
Pflege- und Betreuungspersonal	28,4	14,7	13,0	0,6
Therapeut/innen u. Sozialarbeiter/innen	1,0	0,6	0,3	0
Zusätzliche Betreuungskräfte nach § 87b SGB XI	3,4	0,8	2,6	0,1
Bundesfreiwilligendienstleistende/FSJler	0,4	0,4	0	0
Hauswirtschaftliches Personal	6,0	1,8	4,1	0,1
Verwaltungspersonal	1,7	0,9	0,8	0
Personal insgesamt	40,9	19,2	20,8	0,9

Studie zur Wirkung des PNG und PSG I – TNS Infratest Sozialforschung 2016

Unterschiede im Beschäftigungsumfang zwischen West- und Ostdeutschland sind 2016 gering. In Westdeutschland arbeiten im Schnitt 41,1 Vollzeitarbeitskräfte in stationären Einrichtungen, in Ostdeutschland sind es 40,8 Vollzeitarbeitskräfte (Tabelle 6.14). Etwa gleich viele Beschäftigte sind in Ost und West in den Bereichen Pflege und Betreuung tätig, auch für zusätzliche Betreuungskräfte (§ 87b SGB XI) und für das Verwaltungspersonal sind in West und Ost etwa gleich viele Vollzeitstellen vorgesehen. Während im Westen mehr hauswirtschaftliches Personal zur Verfügung steht als im Osten, verfügen die ostdeutschen Einrichtungen im therapeutischen Bereich durchschnittlich über eine halbe Stelle mehr als westdeutsche Pflegeeinrichtungen.

**Tabelle 6.14: Beschäftigte in stationären Pflegeeinrichtungen nach West-, Ostdeutschland und Beschäftigungsumfang (pro Einrichtung in Vollzeitarbeitsplätze umgerechnet), 2016**

Basis: Repräsentativerhebung, stationäre Pflegeeinrichtungen

	Beschäftigte insgesamt	Westdeutschland	Ostdeutschland
Pflege- und Betreuungspersonal	28,4	28,4	28,2
Therapeut/innen u. Sozialarbeiter/innen	1,0	0,9	1,5
Zusätzliche Betreuungskräfte nach § 87b SGB XI	3,4	3,4	3,7
Bundesfreiwilligendienstleistende/FSJler	0,4	0,5	0,3
Hauswirtschaftliches Personal	6,0	6,5	4,5
Verwaltungspersonal	1,7	1,7	1,8
Personal insgesamt	40,9	41,1	40,8

Studie zur Wirkung des PNG und PSG I – TNS Infratest Sozialforschung 2016

Ein Vergleich der Beschäftigtenzahlen zwischen der letzten Repräsentativerhebung 2010 und der aktuellen Erhebung 2016 ist aus dem bereits genannten Grund der veränderten Grundgesamtheit nur auf Basis von vollstationären Einrichtungen möglich. Auf dieser Vergleichsbasis zeigt sich, dass 2016 in vollstationären Einrichtungen 1,5 Vollzeitstellen mehr besetzt sind als im Jahr 2010 (2016: 47 Vollzeitstellen, 2010: 45,5 Vollzeitstellen). In ostdeutschen Heimen, wo im Jahr 2010 im Schnitt knapp sechs Vollzeitstellen weniger besetzt waren als im Westen, steht 2016 deutlich mehr Personal zur Verfügung als 2010. In der Folge verfügen vollstationäre Einrichtungen in Ostdeutschland nunmehr über eine halbe Stelle mehr als vollstationäre Einrichtungen im Westen. Allerdings lässt der Umfang des Beschäftigungsvolumens keine Bewertung der Personalressourcen zu. Entscheidend hierfür ist das Beschäftigungsvolumen in Relation zur Anzahl der zu betreuenden Pflegebedürftigen. Hierauf wird später eingegangen.

Der überwiegende Teil des Personals in stationären Pflegeeinrichtungen ist im Jahr 2016 in Teilzeit beschäftigt (59%, Abbildung 6.13).<sup>82</sup> Dies gilt unabhängig davon, ob man die stationären oder nur die vollstationären Einrichtungen heranzieht. Aus diesem Grund erfolgt der Zeitvergleich für 2016 auf Basis von allen in stationären Einrichtungen arbeitenden Personen. Für Teilzeitkräfte beträgt die wöchentliche Arbeitszeit mindestens 15, aber weniger als 35 Stunden. Weitere acht Prozent sind geringfügig beschäftigt, also mit einem Umfang von weniger als 15 Stunden. 33 Prozent des Personals haben eine Vollzeitstelle und sind mindestens 35 Stunden pro Woche tätig. Damit hat sich der

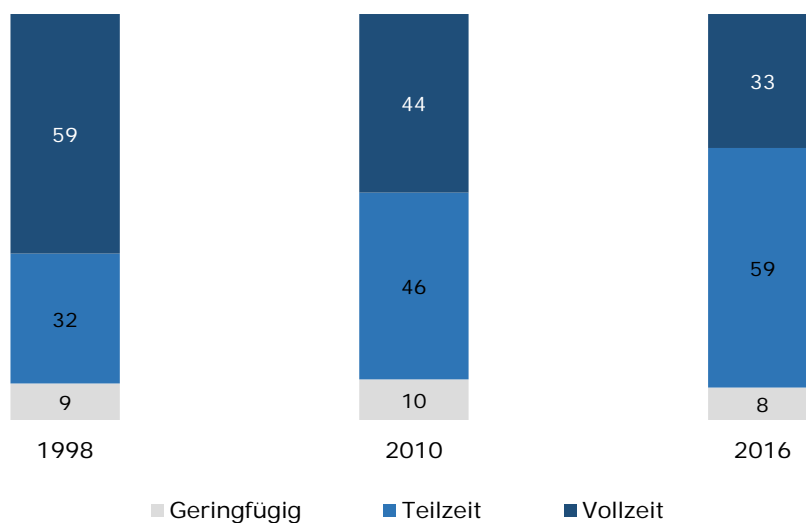
<sup>82</sup> Für die Auswertungen zum Beschäftigungsumfang wurde die Anzahl der Beschäftigten (Köpfe) herangezogen, nicht die in Vollzeit umgerechneten Arbeitsstellen.



Anteil der Vollzeit und Teilzeit arbeitenden Beschäftigten im Vergleich zu 1998 umgekehrt. Im Jahr 1998 arbeiteten noch 59 Prozent der Beschäftigten in Vollzeit und 32 Prozent in Teilzeit.<sup>83</sup>

**Abbildung 6.13: Personal der stationären Pflegeeinrichtungen nach Beschäftigungsumfang 1998, 2010, 2016 (%)**

Basis: Repräsentativerhebung, (voll-)stationäre Pflegeeinrichtungen



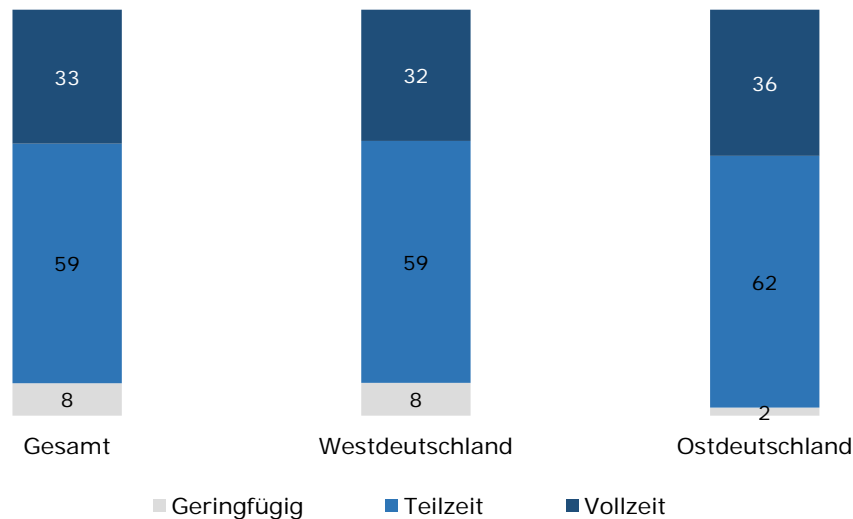
Studie zur Wirkung des PNG und PSG I – TNS Infratest Sozialforschung 2016

Nach West- und Ostdeutschland differenziert zeigt sich, dass der überwiegende Teil der geringfügig Beschäftigten nach wie vor in den alten Bundesländern beschäftigt ist (Abbildung 6.14). In Ostdeutschland haben nur zwei Prozent der Beschäftigten ein geringfügiges Beschäftigungsverhältnis, dafür arbeiten dort mehr Menschen in stationären Pflegeeinrichtungen Vollzeit (36%) oder Teilzeit (62%). Sowohl in West- als auch in Ostdeutschland ist inzwischen über die Hälfte des Personals teilzeitbeschäftigt; etwas mehr Personen arbeiten im Osten Vollzeit als im Westen.

<sup>83</sup> Allerdings ist beim Vergleich zur Erhebung 1998 zu beachten, dass erst ab der Repräsentativerhebung 2010 der Stundenumfang maßgeblich für die Unterscheidung in Voll- oder Teilzeit ist. In der Erhebung 1998 wurden noch keine Stundenvorgaben für eine Vollzeitätigkeit gemacht. Die Ergebnisse von vollstationären und allen stationären Einrichtungen sind für 2016 identisch.

**Abbildung 6.14: Personal der stationären Pflegeeinrichtungen nach Beschäftigungsumfang und West- bzw. Ostdeutschland, 2016 (%)**

Basis: Repräsentativerhebung, stationäre Pflegeeinrichtungen



Studie zur Wirkung des PNG und PSG I – TNS Infratest Sozialforschung 2016

Ein hoher Anteil an Teilzeitbeschäftigten besteht, wie schon im Jahr 2010, beim hauswirtschaftlichen Personal. Dort arbeiten 70 Prozent der Festangestellten zwischen 15 und unter 35 Stunden, 13 Prozent sind geringfügig beschäftigt und 17 Prozent der Festangestellten arbeiten 35 Stunden und mehr pro Woche. Auch die zusätzlichen Betreuungskräfte nach § 87b SGB XI sind ganz überwiegend in Teilzeit beschäftigt (82%). Der im Vergleich zu 2010 deutlich höhere Teilzeitanteil insgesamt ist ganz wesentlich auf den hohen Teilzeitanteil der zusätzlichen Betreuungskräfte nach § 87b SGB XI zurückzuführen. Sie sind nicht nur häufiger als 2010 in Teilzeit beschäftigt, stationäre Pflegeeinrichtungen haben im Zuge des Pflege-Neuausrichtungsgesetzes deutlich mehr zusätzliche Betreuungskräfte nach § 87b SGB XI eingestellt, um möglichst vielen pflegebedürftigen Personen zusätzliche Betreuung nach § 87b SGB XI zukommen lassen zu können.<sup>84</sup>

Bei den Pflegekräften arbeitet etwas mehr als die Hälfte zwischen 15 und unter 30 Stunden (54%), 39 Prozent sind in Vollzeit beschäftigt. Geringfügige Beschäftigungen spielen im Bereich Pflege und Betreuung nur eine untergeordnete Rolle (3%). Das therapeutische und sozialpädagogische Personal ist zu 60 Prozent in Teilzeit und zu 40 Prozent in Vollzeit tätig. Gerade kleineren Einrichtungen ist es oft nicht möglich, verschiedene Therapeuten als Vollzeitbeschäftigte einzustellen. Das entsprechende Versorgungsangebot wird in den Einrichtungen deshalb häufig durch Teilzeitbeschäftigungsverhältnisse gewährleistet. Der Anteil an Teilzeitstellen ist damit 2016 in allen Beschäftigtengruppen höher als 2010.

<sup>84</sup> Waren im Jahr 2010 pro Heim 1,6 Vollzeitstellen mit einer zusätzlichen Betreuungskraft nach § 87b SGB XI besetzt, sind Einrichtungen im Jahr 2016 mit 3,4 Vollzeitarbeitsstellen für zusätzliche Betreuungskräfte nach § 87b SGB XI ausgestattet.

Die Personalressourcen (in Vollzeit umgerechnet) verteilen sich in unterschiedlichem Umfang auf die verschiedenen Tätigkeitsbereiche. Über zwei Drittel der Festangestellten in stationären Pflegeeinrichtungen sind im Bereich „Pflege und Betreuung“ tätig (70,3%, Tabelle 6.15). Das hauswirtschaftliche Personal macht 12,6 Prozent der Beschäftigten aus, zusätzliche Betreuungskräfte nach § 87b SGB XI stellen 8,9 Prozent des Gesamtpersonals, und das Verwaltungspersonal macht 4,5 Prozent der Beschäftigten aus. Im therapeutischen Bereich bzw. in der Sozialarbeit arbeiten 2,3 Prozent der Festangestellten und 1,4 Prozent sind Bundesfreiwilligendienstler bzw. FSJler. Nach Ost- und Westdeutschland differenziert ist der Anteil des Pflege- und Betreuungspersonals im Osten höher als im Westen, im Bereich des hauswirtschaftlichen Personals stehen in Westdeutschland mehr Ressourcen zur Verfügung als in Ostdeutschland. Dies war 2010 bereits der Fall und daran hat sich auch 2016 nichts geändert.

Insgesamt haben sich die Personalressourcen zwischen Ost und West im Vergleich zur Erhebung 2010 einander angeglichen.<sup>85</sup> Für beide Landesteile gilt, dass der Anteil des Pflege- und Betreuungspersonals etwas geringer ist als 2010. Allerdings sind auch mehr Pflegebedürftige in Pflegestufe I und weniger in Pflegestufe II eingruppiert, d.h. der Pflege- und Versorgungsaufwand ist etwas geringer als im Jahr 2010. Der Anteil der zusätzlichen Betreuungskräfte nach § 87b SGB XI ist dagegen erheblich höher als 2010.

**Tabelle 6.15: Anteil der Vollzeitbeschäftigten nach Berufsgruppen in stationären Pflegeeinrichtungen in West- und Ostdeutschland. 2016 (%)**

Basis: Repräsentativerhebung, stationäre Pflegeeinrichtungen

	Gesamt	West- deutschland	Ostdeutsch- land
Pflege- und Betreuungspersonal	70,3	69,3	73,5
Therapeut/innen u. Sozialarbeiter/innen	2,3	2,1	2,8
Zusätzliche Betreuungskräfte (§ 87b SGB XI)	8,9	8,9	9,0
Bundesfreiwilligendienstler/FSJler	1,4	1,4	1,1
Hauswirtschaftliches Personal	12,6	13,7	9,1
Verwaltungspersonal	4,5	4,5	4,4
Summe	100,0	100,0	100,0

Studie zur Wirkung des PNG und PSG I – TNS Infratest Sozialforschung 2016

<sup>85</sup> Dies gilt unabhängig davon, ob man ausschließlich vollstationäre Einrichtungen oder stationäre Einrichtungen (inkl. teilstationäre Einrichtungen) betrachtet.

## Bewertung der Personalressourcen

Entscheidend für eine Bewertung der Personalressourcen ist weniger die absolute Anzahl der Köpfe bzw. der Beschäftigungsumfang als vielmehr der Beschäftigungsumfang in Relation zur Anzahl der zu pflegenden und betreuenden Personen.

Bezieht man die Anzahl der Vollzeitkräfte auf die Bewohnerinnen und Bewohner im stationären Bereich, so kommen 2016 auf 100 Bewohner 58,5 Vollzeitkräfte (Tabelle 6.16). Berücksichtigt man nur das Pflege- und Betreuungspersonal, ergibt sich ein Betreuungsverhältnis von 40,7 Vollzeitkräften auf 100 Bewohnerinnen und Bewohner. Zusätzliche Betreuungskräfte nach § 87b SGB XI stellen knapp fünf Vollzeitkräfte pro 100 Bewohner. Wesentlich geringer ist die Personalrelation beim therapeutischen und sozialpädagogischen Personal. Hier kommen 1,5 Vollzeitkräfte auf 100 Pflegebedürftige. Im hauswirtschaftlichen Bereich ist die Relation 8,2 Festangestellte auf 100 Bewohner, beim Verwaltungspersonal 2,6 zu 100.

Während in Westdeutschland auf 100 Bewohnerinnen und Bewohner 59,6 Vollzeitkräfte kommen, ist das Verhältnis in Ostdeutschland 55,2 zu 100. Wie zuvor gesehen haben die stationären Einrichtungen in Ostdeutschland inzwischen fast genauso viel Personal wie Einrichtungen im Westen. Da sie im Schnitt mehr Pflegebedürftige versorgen als Einrichtungen im Westen, fällt die Personalrelation im Osten weiterhin ungünstiger aus als in Westdeutschland. Groß ist der Unterschied beim hauswirtschaftlichen Personal, aber auch im Bereich Pflege und Betreuung haben stationäre Einrichtungen in Ostdeutschland knapp eine Vollzeitkraft weniger für 100 Bewohnerinnen und Bewohner zur Verfügung als Einrichtungen im Westen.

**Tabelle 6.16: Vollzeitkräfte je 100 Bewohner/innen in stationären Pflegeeinrichtungen nach Berufsgruppen, 2016 (Beschäftigte pro Einrichtung)**

Basis: Repräsentativerhebung, stationäre Pflegeeinrichtungen

	Gesamt	Westdeutsch- land	Ostdeutsch- land
Pflege- und Betreuungspersonal	40,7	40,9	40,0
Therapeut/innen u. Sozialarbeiter/innen	1,5	1,4	1,8
Zusätzliche Betreuungskräfte	4,9	4,9	4,9
Bundesfreiwilligendienstler, FSJler	0,7	0,7	0,5
Hauswirtschaftliches Personal	8,2	9,1	5,7
Verwaltungspersonal	2,6	2,7	2,4
<b>Vollarbeitskräfte insgesamt</b>	<b>58,5</b>	<b>59,6</b>	<b>55,2</b>

Studie zur Wirkung des PNG und PSG I – TNS Infratest Sozialforschung 2016

Personelle Ressourcenunterschiede ergeben sich auch nach Einrichtungsgröße (Tabelle 6.17). In kleinen stationären Einrichtungen unter 50 Bewohner kommen auf 100 Bewohnerinnen und Bewohner 50,6 Vollzeitkräfte, während die Personalrelation in größeren Einrichtungen deutlich besser ist. So stehen in Einrichtungen mit 50 bis unter 75 Bewohnern 67,6 Vollzeitkräfte 100 Bewohnern gegenüber, in Einrichtungen mit 75 bis unter 100 Bewohnern kommen 62 Vollzeitkräfte auf 100 Bewohner. In großen Einrichtungen mit 100 und mehr Bewohnerinnen und Bewohnern stehen 58,9 Vollzeitkräfte 100 Bewohner gegenüber.

Am ungünstigsten ist das Verhältnis Pflege- und Betreuungspersonal je 100 Bewohner in kleinen Einrichtungen unter 50 Bewohner. Hier stehen 36,1 Pflege- und Betreuungskräfte 100 Bewohnern gegenüber. Deutlich besser ist dieses Verhältnis in Einrichtungen zwischen 50 und 100 Bewohnern. Ab 100 Bewohner kommen wieder weniger Pflege- und Betreuungskräfte auf 100 Bewohner. An dieser Stelle macht sich die niedrigere Betreuungsrelation in teilstationären Einrichtungen bemerkbar. Lässt man Einrichtungen unbeachtet, die ausschließlich teilstationäre Pflege anbieten, und betrachtet lediglich vollstationäre Einrichtungen, ist die Betreuungsrelation in der Gruppe der Einrichtungen bis unter 50 Bewohner deutlich höher.<sup>86</sup> Nunmehr kommen insgesamt 67,5 Vollarbeitskräfte auf 100 Bewohnerinnen und Bewohner. Im Bereich Pflege und Betreuung versorgen in vollstationären kleinen Einrichtungen 46,9 Pflegekräfte 100 Bewohner. Für vollstationäre Einrichtungen gilt: Je kleiner die Einrichtung, desto mehr Vollzeitkräfte kommen auf 100 Bewohner. Hierbei spielen allerdings auch Effizienzeffekte in größeren Einrichtungen eine Rolle.

**Tabelle 6.17: Vollzeitkräfte je 100 Bewohner/innen nach Berufsgruppen und Einrichtungsgröße, 2016 (Beschäftigte pro Einrichtung)**

Basis: Repräsentativerhebung, stationäre Pflegeeinrichtungen

	Bis unter 50 Bewohner <sup>1</sup>	50 bis unter 75 Bewoh- ner	75 bis unter 100 Bewoh- ner	100 und mehr Be- wohner
Pflege- und Betreuungspersonal	36,1	46,1	43,9	39,6
Therapeut/innen u. Sozialarbei- ter/innen	1,2	1,9	1,1	1,8
Zusätzliche Betreuungskräfte	4,3	5,4	5,4	4,9
Bundesfreiwilligendienstler, FSJler	0,7	0,5	0,7	0,7
Hauswirtschaftliches Personal	5,8	10,7	8,3	9,7
Verwaltungspersonal	2,5	3,1	2,7	2,6
<b>Vollarbeitskräfte insgesamt</b>	<b>50,6</b>	<b>67,6</b>	<b>62,0</b>	<b>58,9</b>

Studie zur Wirkung des PNG und PSG I – TNS Infratest Sozialforschung 2016

<sup>86</sup> In den größeren Einrichtungen ändert sich an der Personalzahl zu 100 Bewohnern nichts, da die befragten teilstationären Einrichtungen alle weniger als 50 Bewohner haben.

Nach Trägerschaft differenziert kommen bei gemeinnützigen Trägern 60,6 Vollarbeitszeitkräfte auf 100 Bewohner, bei privaten Trägern ist das Verhältnis mit 56,3 Vollarbeitszeitkräften für 100 Bewohner etwas ungünstiger.<sup>87</sup>

Eine Bewertung der Personalrelation im Zeitverlauf ist nur möglich, wenn man für 2016 ausschließlich Einrichtungen heranzieht, die vollstationäre Pflege anbieten. Tabelle 6.18 zeigt die Anzahl der in Vollzeit umgerechneten Arbeitskräfte pro 100 Bewohner für die Erhebungszeitpunkte 1998, 2010 und 2016 in vollstationären Einrichtungen. Zwischen 1998 und 2010 sind erhebliche Unterschiede in der Personalrelation zu erkennen, insbesondere beim Pflegepersonal. Kamen 1998 32,1 Pflegekräfte auf 100 Bewohnerinnen und Bewohner, so waren es 2010 44,9 Pflegekräfte. Dabei ist allerdings zu berücksichtigen, dass sich in diesem Zeitraum die Struktur der Bewohnerinnen und Bewohner der Pflegeheime geändert hat. So war insbesondere der Anteil derjenigen mit Pflegestufe 0 zwischen 1998 und 2010 erheblich zurückgegangen, während die Anteile mit Pflegestufe I und II angestiegen waren. Somit hatte sich der durchschnittliche Betreuungsaufwand je Bewohnerin bzw. Bewohner zwischen 1998 und 2010 deutlich erhöht.

**Tabelle 6.18: Vollzeitarbeitskräfte je 100 Bewohner/innen in vollstationären Pflegeeinrichtungen nach Berufsgruppen 1998, 2010, 2016 (Beschäftigte pro Einrichtung)**

Basis: Repräsentativerhebung, vollstationäre Pflegeeinrichtungen

	1998	2010	2016
Pflegepersonal	32,1	44,9	44,3
Therapeut/innen u. Sozialarbeiter/innen	1,2	2,1	1,7
Zusätzliche Betreuungskräfte	<sup>1)</sup>	2,2	5,2
Zivildienstleistende/Bufdis, FSJler	2,2	1,1	0,7
Hauswirtschaftliches Personal	10,4	9,5	9,5
Verwaltungspersonal	2,6	2,8	2,9
<b>Vollarbeitskräfte insgesamt</b>	<b>48,5</b>	<b>62,6</b>	<b>64,4</b>

<sup>1)</sup> Zusätzliche Betreuungskräfte werden erst seit Inkrafttreten des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes eingesetzt.

Studie zur Wirkung des PNG und PSG I – TNS Infratest Sozialforschung 2016

<sup>87</sup> Aufgrund der geringen Datenbasis bei öffentlichen Trägern muss auf eine Darstellung der Ergebnisse auch in diesem Abschnitt verzichtet werden. Es deutet sich allerdings an, dass die Personalressourcen ähnlich denen der gemeinnützigen Trägern sind.

Vergleicht man die Beschäftigtenanteile 2016 und 2010, ist eine leicht positive Tendenz zu erkennen. Kamen im Jahr 2010 auf 100 Bewohner 62,6 Vollzeitkräfte, sind es im Jahr 2016 64,4 Vollzeitkräfte. Diese positive Entwicklung ist allein auf die höhere Zahl von zusätzlichen Betreuungskräften nach § 87b SGB XI zurückzuführen. Während im Jahr 2010 2,2 in Vollzeit beschäftigte zusätzliche Betreuungskräfte auf 100 Bewohnerinnen und Bewohner im vollstationären Bereich kamen, entfielen 2016 bereits 5,2 Vollzeitstellen auf 100 Bewohnerinnen und Bewohner. An dieser Stelle wird bereits deutlich, wie stark die Einrichtungen (insbesondere die vollstationären Pflegeheime) die Leistungsausweitungen des ersten Pflegestärkungsgesetzes bereits genutzt haben, um mehr zusätzliche Betreuungskräfte nach § 87b SGB XI einzustellen.

### **Pflege- und Betreuungsrelationen im vollstationären Bereich**

Im vorangegangenen Abschnitt wurden die Personalressourcen ausgewiesen und bewertet, im Folgenden soll die Pflege- und Betreuungsrelation betrachtet werden. Denn ein wichtiger Aspekt der Gewährleistung und Sicherstellung der Qualität der Pflege und Betreuung ist die Bereitstellung von ausreichendem Personal. Üblicherweise wird dafür die Maßzahl „Zahl der Pflegebedürftigen je Pflege- und Betreuungskraft“ (Summe aus Pflegekräften und therapeutischem Personal) verwendet. Zusätzlich wird auch eine Maßzahl mit der Anzahl der zusätzlichen Betreuungskräfte nach § 87b SGB XI berechnet, die aber getrennt dargestellt wird.<sup>88</sup>

Die nachfolgenden Ergebnisse basieren jeweils auf einer Berechnung, bei der das Personal in Vollzeitkräften berücksichtigt wird und bei der bei den Pflegebedürftigen auch die Bewohnerinnen und Bewohner mit Pflegestufe 0 einbezogen sind. Unberücksichtigt bleiben hingegen die Bewohnerinnen und Bewohner, die nicht pflegebedürftig sind und ausschließlich in der Einrichtung wohnen. Aufgrund der bereits weiter vorne dargestellten unterschiedlichen Bewohnerstrukturen in ausschließlich teilstationären Einrichtungen erfolgt die Darstellung der Betreuungsrelationen 2016 auf Basis vollstationärer Einrichtungen. Somit ist auch ein direkter Vergleich zu den Ergebnissen von 2010 möglich.

Auf der Basis der Maßzahl „Zahl der Pflegebedürftigen je Pflege- und Betreuungskraft“ ergibt sich eine Betreuungsrelation von

- 2,4 Pflegebedürftigen (Stufe 0 bis III) je fest angestellter Pflege- und Betreuungskraft, ohne zusätzliche Betreuungskräfte nach § 87b SGB XI, bzw.
- 2,1 Pflegebedürftigen (Stufe 0 bis III) je fest angestellter Pflege- und Betreuungskraft inklusive zusätzliche Betreuungskräfte nach § 87b SGB XI.

Die Pflege- und Betreuungsrelation 2016 von 2,4 bedeutet, dass auf 2,4 Pflegebedürftige eine Pflege- bzw. Betreuungskraft kommt (ohne zus. Betreuungskraft; Tabelle 6.19). In Westdeutschland liegt das Verhältnis bei 2,3 Pflegebedürftigen zu einer Pflege- und Betreuungskraft, in Ostdeutschland bei 2,4 zu 1. Auch die Unterschiede nach Träger sind gering. In gemeinnützigen Einrichtungen werden 2,4 Bewohnerinnen und Bewohner durchschnittlich von einer Pflege- und Betreuungskraft versorgt,

---

<sup>88</sup> Zu Zeiten des Zivildienstes wurden in die Quote auch Zivildienstleistende einbezogen. 2016 arbeiteten allerdings nur sehr wenige Bufdis in (voll-)stationären Einrichtungen. Daher ist der Unterschied zwischen der Betreuungsrelation mit und ohne Bufdis 2016 äußerst gering. Es wird daher auf die Darstellung der Betreuungsrelation inklusive Bufdis verzichtet.

in privaten Einrichtungen sind es durchschnittlich 2,3 Bewohner, die von einer Pflege- und Betreuungskraft versorgt werden. Kleinere Pflegeheime haben ein besseres Betreuungsverhältnis als größere.

Berücksichtigt man die zusätzlichen Betreuungskräfte, ergibt sich eine günstigere Relation von 2,1 Pflegebedürftigen zu einer Pflege- und Betreuungskraft, wobei in Westdeutschland 2,1 Pflegebedürftige auf eine Pflege- und Betreuungskraft kommen, im Osten ist das Verhältnis 2,2 zu 1. Wie auch bei der Relation ohne zusätzliche Betreuungskräfte nach § 87b SGB XI gilt, je kleiner die Einrichtung, desto günstiger ist die Pflege- und Betreuungsrelation.

**Tabelle 6.19: Zahl der Pflegebedürftigen (Stufe 0 bis III) je Pflege- und Betreuungskraft in vollstationären Einrichtungen nach Einrichtungsart, 2016 (Quote)**

Basis: Repräsentativerhebung, vollstationäre Pflegeeinrichtungen

	Ohne zus. Betreuungskräften (§ 87 SGB XI)	Mit zus. Betreuungskräften (§ 87 SGB XI)
Insgesamt	2,4	2,1
Region		
Westdeutschland	2,3	2,1
Ostdeutschland	2,4	2,2
Träger		
Gemeinnütziger Träger	2,4	2,1
Privater Träger	2,3	2,0
Bewohnerzahl		
Unter 50 Bewohner/innen	2,1	1,9
50 bis unter 75 Bewohner/innen	2,2	2,0
75 bis unter 100 Bewohner/innen	2,4	2,1
100 Bewohner/innen und mehr	2,8	2,4

Studie zur Wirkung des PNG und PSG I – TNS Infratest Sozialforschung 2016

Betrachtet man im Zeitvergleich zunächst die Betreuungsrelation von Pflege- und Betreuungspersonal ohne zusätzliche Betreuungskräfte und ohne Bufdis bzw. Zivis, stehen im Jahr 1998 2,8 Pflegebedürftige einer Pflege- und Betreuungskraft gegenüber. Im Jahr 2010 hatte sich das Verhältnis auf 2,3 zu 1 spürbar verbessert und 2016 kommen 2,4 Pflegebedürftige auf eine Pflege- und Betreuungskraft (Abbildung 6.15). Dabei ist zu beachten, dass im Jahr 2016 mehr Pflegebedürftige in Pflegestufe I und weniger in Pflegestufe II eingruppiert sind, d.h. der Pflege- und Versorgungsaufwand ist im Jahr 2016 etwas geringer als im Jahr 2010.

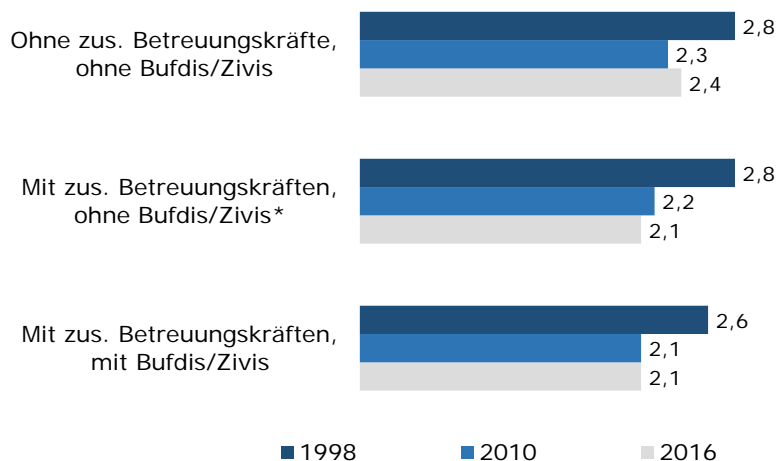


Schließt man die zusätzlichen Betreuungskräfte mit in die Berechnung ein, verbessert sich das Betreuungsverhältnis 2016 spürbar auf 2,1 Pflegebedürftige zu einer Pflege- und Betreuungskraft, für das Jahr 2010 ergibt sich eine leichte Verbesserung auf 2,2 zu 1.<sup>89</sup> Das Betreuungsverhältnis inklusive zusätzlicher Betreuungskräfte fällt 2016 etwas besser aus als im Jahr 2010. Hier wirkt sich die deutlich höhere Zahl von zusätzlichen Betreuungskräften 2016 unmittelbar auf die Betreuungsrelation aus.

Zählt man zu den Pflege- und Betreuungskräften auch noch die Zivildienstleistenden (2010) bzw. die Bundesfreiwilligendienstler/FSJler (2016) hinzu, wird deutlich, dass Bufdis im Jahr 2016 keinen spürbar positiven Effekt auf die Betreuungsrelation haben, während sich die Relation im Jahr 2010 durch die Zivis von 2,2 auf 2,1 verbessert hatte.<sup>90</sup>

### Abbildung 6.15: Zahl der Pflegebedürftigen (Stufe 0 bis III) je Betreuungskraft in vollstationären Einrichtungen, 1998, 2010 und 2016 (%)

Basis: Repräsentativerhebung, vollstationäre Pflegeeinrichtungen



\* Für das Jahr 2008 ist kein Effekt festzustellen, da zusätzliche Betreuungskräfte erst seit dem Pflegeweiterentwicklungsgesetz 2008 eingestellt werden konnten.

Studie zur Wirkung des PNG und PSG I – TNS Infratest Sozialforschung 2016

### Entlohnung festangestellter Mitarbeiter auf Basis von Tarifverträgen

Erstmals wurde 2016 gefragt, ob die stationäre Pflegeeinrichtung ihre festangestellten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter nach einem Tarifvertrag entlohnt. Insgesamt werden die festangestellten Mitarbeiter in 63 Prozent der Einrichtungen nach Tarif entlohnt, in 37 Prozent der Einrichtungen ohne tarifliche Bindung (Tabelle 6.20). In den meisten Einrichtungen gilt der Verbandstarifvertrag (45%),

<sup>89</sup> Für das Jahr 1998 kann kein Vergleichswert ausgewiesen werden, da zusätzliche Betreuungskräfte erst seit dem Pflegeweiterentwicklungsgesetz 2008 eingestellt werden können.

<sup>90</sup> Das Betreuungsverhältnis 2016 ändert sich auf der zweiten Nachkommastelle von 2,12 auf 2,08, wenn die Bufdis/FSJler zu den Pflege- und Betreuungskräften hinzugerechnet werden.

deutlich seltener wird nach einem Haustarifvertrag entlohnt (18%). Während 65 Prozent der stationären Einrichtungen in Westdeutschland nach Tarif bezahlen, trifft dies für 56 Prozent der ostdeutschen Pflegeeinrichtungen zu. Im Westen bezahlen die Hälfte der Einrichtungen nach Verbandstarif, weitere 15 Prozent nach Haustarif. Im Osten erfolgt die Bezahlung zu 29 Prozent nach Verbandstarif und zu 27 Prozent nach Haustarif.

**Tabelle 6.20: Entlohnung der fest angestellten Mitarbeiter nach Tarifvertrag, 2016 (%)**

Basis: Repräsentativerhebung, stationäre Pflegeeinrichtungen

	Ja, nach Verbandstarifvertrag	Ja, nach Haustarifvertrag	Nein, Entlohnung ohne tarifliche Bindung
Insgesamt	45	18	37
Region			
Westdeutschland	50	15	35
Ostdeutschland	29	27	43
Träger			
Gemeinnütziger Träger	73	16	10
Privater Träger	2	21	76
Bewohnerzahl			
Unter 50 Bewohner/innen	30	21	48
50 bis unter 75 Bewohner/innen	49	21	29
75 bis unter 100 Bewohner/innen	61	13	24
100 Bewohner/innen und mehr	55	11	34

Fehlende Werte zu 100 = Keine Angabe.

Studie zur Wirkung des PNG und PSG I – TNS Infratest Sozialforschung 2016

Besonders groß sind die Unterschiede nach Trägerschaft. Während 89 Prozent der stationären Pflegeeinrichtungen in gemeinnütziger Trägerschaft ihre festangestellten Mitarbeiter nach Tarif bezahlen, die meisten davon nach Verbandstarif, bezahlen nur 23 Prozent der Einrichtungen in privater Trägerschaft nach tariflicher Bindung, 76 Prozent der privaten Einrichtungen bezahlen ohne tarifliche Bindung. Sofern Einrichtungen in privater Trägerschaft nach Tarif bezahlen, geschieht dies in aller Regel nach einem Haustarif und nur in Ausnahmefällen nach Verbandstarif. Für die öffentlichen Träger zeichnet sich ebenfalls eine hohe Tarifbindung ab. Einrichtungen mittlerer Größe mit 50 bis unter 100 Bewohnerinnen und Bewohnern bezahlen häufiger als kleine und große Einrichtungen nach Tarif

(71% bzw. 76%), von den großen Einrichtungen mit 100 und mehr Bewohnern zahlen immerhin zwei Drittel nach Tarif (66%). In kleinen Einrichtungen mit bis unter 50 Bewohnern erfolgt die Entlohnung zur Hälfte nach Tarif (51%). Dies hängt auch damit zusammen, dass kleinere Einrichtungen häufiger in privater Trägerschaft geführt werden.

### **Beschäftigte auf Honorar- bzw. Abrechnungsbasis und Leiharbeitskräfte**

Neben festangestellten Mitarbeitern beschäftigen insgesamt 33 Prozent der stationären Pflegeeinrichtungen Personen auf Honorar- bzw. Abrechnungsbasis oder über Leiharbeitsfirmen. Auf Honorar- und Abrechnungsbasis arbeiten im Jahr 2016 in 26 Prozent der Einrichtungen Mitarbeiter und von Zeitarbeitsfirmen ausgeliehenes Personal ist in 14 Prozent der Einrichtungen beschäftigt (Tabelle 6.21). Der Anteil von auf Honorar- bzw. Abrechnungsbasis Beschäftigten ist in großen Einrichtungen mit 100 und mehr Bewohnerinnen und Bewohnern überdurchschnittlich hoch (38%), bei gemeinnützigen Trägern (20%) und in kleinen Einrichtungen mit bis unter 50 Bewohnern (17%) dagegen geringer. Bei den Einrichtungen, die aktuell Personen auf Honorar- bzw. Abrechnungsbasis beschäftigen, sind im Durchschnitt 3,1 Honorarkräfte tätig. Sie werden in Westdeutschland überwiegend in der Betreuung und Pflege eingesetzt, in Ostdeutschland überwiegend in der Pflege und Therapie.

14 Prozent der stationären Pflegeeinrichtungen beschäftigen von Zeitarbeitsfirmen ausgeliehenes Personal. Dabei fallen lediglich Unterschiede nach Bewohnerzahl und Trägerschaft auf. Große Einrichtungen beschäftigen zu 26 Prozent und damit überdurchschnittlich häufig Leiharbeitskräfte, während nur sechs Prozent der kleinen Einrichtungen bis unter 50 Bewohner zum Befragungszeitpunkt Personal von Leiharbeitsfirmen beschäftigen. Gemeinnützige Einrichtungen haben etwas häufiger als solche in privater Trägerschaft Zeitarbeiter angestellt. Bei denjenigen Einrichtungen, die Zeitarbeitskräfte ausgeliehen hatten, waren im Durchschnitt 2,7 Zeitarbeitskräfte tätig, und dies ganz überwiegend in der Pflege.

Für den Vergleich zur Repräsentativerhebung 2010 werden wiederum nur vollstationäre Einrichtungen als Vergleichsbasis herangezogen, wenngleich die Unterschiede zwischen vollstationären und allen stationären Einrichtungen nicht allzu groß sind.

Im Jahr 2016 werden in deutlich mehr Einrichtungen Mitarbeiter auf Honorar- und Abrechnungsbasis beschäftigt als in 2010. 2016 ist dies in 30 Prozent der vollstationären Einrichtungen der Fall, während 2010 in 25 Prozent der Heime Mitarbeiter auf Honorar- und Abrechnungsbasis tätig waren. Allerdings ist die durchschnittliche Anzahl der auf Honorar- und Abrechnungsbasis Beschäftigten erheblich geringer als im Jahr 2010 (2010: 7,3; 2016: 3,1). Auch die Unterschiede zwischen West- und Ostdeutschland, zwischen den verschiedenen Trägern und nach Einrichtungsgröße sind deutlich geringer als im Jahr 2010. Auch weiterhin arbeiten Beschäftigte auf Honorar- und Abrechnungsbasis häufiger in großen Einrichtungen mit 100 und mehr Bewohnern (38%).

**Tabelle 6.21: Stationäre Einrichtungen mit auf Honorar- bzw. Abrechnungsbasis Beschäftigten sowie von Zeitarbeitsfirmen entliehenem Personal, 2016 (%)**

Basis: Repräsentativerhebung, stationäre Pflegeeinrichtungen

	Einrichtungen mit auf Honorar-, Ab- rechnungsbasis Be- schäftigten	Einrichtungen mit Zeitarbeitern
Insgesamt	26	14
Region		
Westdeutschland	25	14
Ostdeutschland	26	15
Träger		
Gemeinnütziger Träger	20	16
Privater Träger	31	13
Bewohnerzahl		
Unter 50 Bewohner/innen	17	6
50 bis unter 75 Bewohner/innen	26	12
75 bis unter 100 Bewohner/innen	28	21
100 Bewohner/innen und mehr	38	26
Durchschnittliche Anzahl	3,1	2,7

Fehlende Werte zu 100 = Keine Angabe.

Studie zur Wirkung des PNG und PSG I – TNS Infratest Sozialforschung 2016

Im Bereich der Leiharbeit haben weniger stationäre Pflegeeinrichtungen als 2010 von Zeitarbeitsfirmen Personal ausgeliehen (2016: 14%, 2010: 21%), unabhängig von der Einrichtungsgröße und der Trägerschaft. Einrichtungen mit weniger als 50 Bewohnern und gemeinnützige Träger setzen deutlich seltener als 2010 die Leiharbeit ein. Allein in großen Einrichtungen mit 100 Bewohnern und mehr ist der Anteil der Einrichtungen, die entliehenes Personal beschäftigen, mit 26 Prozent überdurchschnittlich hoch bzw. ebenso hoch wie 2010. Anders als bei der Beschäftigung auf Honorar- bzw. Abrechnungsbasis war die Anzahl der entliehenen Personen pro Einrichtung bereits 2010 recht gering und liegt 2016 nur etwas unter der Anzahl in 2010 (2010: 2,9, 2016: 2,7). Zeitarbeitskräfte sind auch 2016 ganz überwiegend in der Pflege tätig, andere Tätigkeitsbereiche spielen praktisch keine Rolle.

## Auf Honorar- und Abrechnungsbasis beschäftigte Therapeuten

Die Einrichtungsleitungen wurden zusätzlich gefragt, wie viele Therapeuten zum Befragungszeitpunkt auf Honorar- oder Abrechnungsbasis beschäftigt sind. In 16 Prozent der Einrichtungen sind Therapeuten auf Honorar- und Abrechnungsbasis beschäftigt; je größer die Einrichtung, desto häufiger ist dies der Fall, zudem nimmt mit der Einrichtungsgröße die Anzahl der nicht festangestellten Therapeuten zu. In ostdeutschen Einrichtungen arbeiten etwas häufiger Therapeuten auf Honorar- oder Abrechnungsbasis als im Westen.

### 6.3.2 Qualifikationsstruktur

Tabelle 6.22 zeigt die Qualifikationsstruktur des Pflegepersonals in stationären Pflegeeinrichtungen, getrennt nach Beschäftigten insgesamt und umgerechnet in Vollzeitarbeitskräfte. Wie bereits in den vorangegangenen Repräsentativerhebungen stellen die Altenpfleger und -pflegerinnen und das sonstige Fachpersonal mit mindestens zweijähriger Fachausbildung den größten Teil des Pflegepersonals (13,5 Vollzeitkräfte). An zweiter Stelle folgen die Pflegekräfte ohne fachspezifische Ausbildung, gefolgt von den Altenpflegehelfern bzw. -helferinnen (exam. 1 Jahr). Pflegepersonal in Ausbildung bzw. Umschulung macht 3,5 Vollzeitarbeitskräfte aus.

**Tabelle 6.22: Qualifikationsstruktur des Pflegepersonals in vollstationären Pflegeeinrichtungen, 2016 (Beschäftigte pro Einrichtung)**

Basis: Repräsentativerhebung, stationäre Pflegeeinrichtungen

	Beschäftigte insgesamt	Umgerechnet in Vollzeitarbeitskräfte
Gesundheits- und Krankenpfleger/innen	4,7	3,4
Altenpfleger/innen, gerontopsychiatrische Fachkräfte, sonstiges examiniertes Fachpersonal (2-3 Jahre)	12,6	10,1
Altenpflegehelfer/innen, vergleichbares Personal (examiniert, 1 Jahr)	7,3	5,2
Pflegepersonal in Ausbildung/Umschulung	3,9	3,5
Sonstiges Pflege- und Betreuungspersonal (nicht exam., nicht nach § 87b)	9,3	6,2
Pflegepersonal insgesamt	37,8	28,4

Studie zur Wirkung des PNG und PSG I – TNS Infratest Sozialforschung 2016

Vergleicht man die Qualifikationsstruktur des Pflegepersonals auf der Basis der Vollzeitbeschäftigten im Zeitablauf,<sup>91</sup> so zeigt sich, dass Altenpflegerinnen und Altenpfleger (zusammen mit den gerontopsychiatrischen Fachkräften und dem sonstigen Fachpersonal mit mind. 2-jähriger Ausbildung) den größten Teil des Pflege- und Betreuungspersonals ausmachen (34,3%, Tabelle 6.23). Ihr Anteil war 2010 deutlich höher als in der Repräsentativerhebung 1998, ist 2016 allerdings wieder etwas niedriger als 2010. Die Gesundheits- und Krankenpflegerinnen machen 2016 16,2 Prozent des Pflege- und Betreuungspersonals aus, etwas mehr in Vollzeit umgerechnetes Personal arbeitet als Altenpflegehelfer/innen oder vergleichbares Personal mit einjähriger Ausbildung (16,9%).

Einen im Zeitverlauf zunehmenden Anteil am Personal nehmen Auszubildende ein, zu denen ab 2016 auch Umschüler gehören. Sie stellen im Jahr 2016 12,0 Prozent des Personals und damit deutlich mehr als im Jahr 1998 (7,1%); gleichzeitig ist ihr Anteil 2016 nicht wesentlich höher als in der Repräsentativerhebung 2010. Dennoch werden an dieser Stelle die Bemühungen der Einrichtungen sichtbar, durch Ausbildung bzw. Umschulung Fachpersonal für die in Zukunft steigende Zahl von Pflegebedürftigen zu sichern. Im Zeitverlauf rückläufig ist der Anteil des sonstigen Pflegepersonals, das 2016 22 Prozent des Pflegepersonals ausmacht.

**Tabelle 6.23: Qualifikationsstruktur des Pflegepersonals in (voll-)stationären Pflegeeinrichtungen 1998, 2010 und 2016 (Vollzeitbeschäftigte, %)**

Basis: Repräsentativerhebung, (voll-)stationäre Pflegeeinrichtungen

	1998	2010	2016
Gesundheits- und Krankenpfleger/innen	19	14	16
Altenpfleger/innen, gerontopsychiatrische Fachkräfte, sonstiges examiniertes Fachpersonal (2-3 Jahre)	32	38	34
Altenpflegehelfer/innen, vergleichbares Personal (examiniert, 1 Jahr)	15	13	16
Pflegepersonal in Ausbildung/Umschulung	7	11	12
Sonstiges Pflege- und Betreuungspersonal (nicht exam., nicht nach § 87b)	27	24	22
Pflegepersonal insgesamt	100	100	100

Studie zur Wirkung des PNG und PSG I – TNS Infratest Sozialforschung 2016

Die Qualifikationsstruktur des Pflegepersonals in West- und Ostdeutschland unterscheidet sich in einigen Punkten deutlich. Im Osten sind mehr Gesundheits- und Krankenpfleger/innen und mehr

<sup>91</sup> Die Unterschiede in der Qualifikationsstruktur zwischen vollstationären und stationären Pflegeeinrichtungen sind extrem gering, sodass im Folgenden zum Vergleich alle befragten Pflegeeinrichtungen der Erhebung 2016 ausgewertet wurden.

sonstiges Pflegepersonal beschäftigt als im Westen (Tabelle 6.24). Dafür ist dort der Anteil der Altenpfleger/innen und des sonstigen examinierten Fachpersonals (mind. 2-jährige Ausbildung) sowie des Personals in Ausbildung bzw. Umschulung niedriger als im Westen.

Interessant ist ein Blick auf die Qualifikationsstruktur der vollstationären Einrichtungen, also ohne Berücksichtigung der ausschließlich teilstationäre Pflege anbietenden Einrichtungen (nicht tabellarisch ausgewiesen). Hier zeigt sich, dass der Anteil der Gesundheits- und Krankenpfleger und -pflegerinnen zwischen 1998 und 2016 kontinuierlich zurückgegangen ist und im Jahr 2016 noch 12 Prozent beträgt. Deutlich höher ist dagegen der Anteil der Altenpflegehelfer/innen. Waren 2010 12 Prozent der Pflege- und Betreuungspersonals Altenpflegehelfer/innen, sind es im vollstationären Bereich 2016 18 Prozent.

**Tabelle 6.24: Qualifikationsstruktur des Pflegepersonals in stationären Pflegeeinrichtungen nach West- und Ostdeutschland, 2016 (Vollzeitarbeitskräfte, %)**

Basis: Repräsentativerhebung, stationäre Pflegeeinrichtungen

	Gesamt	West- deutschland	Ost- deutschland
Gesundheits- und Krankenpfleger/innen	16	15	19
Altenpfleger/innen, gerontopsychiatrische Fachkräfte, sonstiges examiniertes Fachpersonal (2-3 Jahre)	34	36	29
Altenpflegehelfer/innen, vergleichbares Personal (examiniert, 1 Jahr)	16	17	18
Pflegepersonal in Ausbildung/Umschulung	12	13	9
Sonstiges Pflege- und Betreuungspersonal (nicht exam., nicht nach § 87b)	22	19	25
Summe	100	100	100

Studie zur Wirkung des PNG und PSG I – TNS Infratest Sozialforschung 2016

Nach der vormals bundesweit einheitlich geregelten Heimpersonalverordnung soll die Zahl der in der Betreuung beschäftigten Fachkräfte größer sein als die Zahl der übrigen Pflegekräfte.<sup>92</sup> Fachkräfte im Sinne der Verordnung müssen eine Berufsausbildung abgeschlossen haben, die Kenntnisse und Fähigkeiten zur selbstständigen und eigenverantwortlichen Wahrnehmung der von ihnen ausgeübten

<sup>92</sup> Im Zuge der Föderalismusreform im Jahr 2006 wurde die Gesetzgebungskompetenz des Bundes im Heimrecht (und damit auch in Bezug auf die dazu ergangenen Rechtsverordnungen wie die Heimpersonalverordnung) auf die Bundesländer übertragen. In den folgenden Jahren haben die Bundesländer eigene Landesheimrechte geschaffen, die bestimmte Mindeststandards von Heimen im Sinne des Heimgesetzes für die Vertragsgestaltung, die Ausstattung mit Personal und bauliche Normen regeln. Im Sinne der Vergleichbarkeit soll an der ehemals bundesweit gültigen Definition der Fachkräftequote auch in der Evaluation 2016 festgehalten werden und damit auch für teilstationäre Einrichtungen herangezogen werden.

Funktion und Tätigkeit vermittelt. Hierzu zählen pflegerisch Tätige mit zwei- oder dreijähriger Fachausbildung (z. B. Gesundheits- und Krankenpfleger und -pflegerinnen sowie Altenpfleger und -pflegerinnen). Altenpflegehelfer und -helferinnen, Krankenpflegehelfer und -helferinnen sowie vergleichbare Hilfskräfte sind ausdrücklich keine Fachkräfte im Sinne der Heimpersonalverordnung. Nach dieser Definition beträgt die Pflegefachquote in stationären Einrichtungen – bezogen auf die Vollzeitarbeitskräfte – 51 Prozent.

Üblicherweise wird die Fachkraftquote im Bereich der Betreuung jedoch unter Einschluss sowohl des pflegerischen als auch des (sozial-)therapeutischen Personals ermittelt.<sup>93</sup> Setzt man voraus, dass alle in der Erhebung erfassten Therapeutinnen und Therapeuten unter die Definition der Fachkräfte fallen, ergibt sich eine Fachkraftquote von 52,1 Prozent. Die Fachkraftquote ist in Ostdeutschland mit 50,0 Prozent etwas niedriger als in Westdeutschland, wo sie 52,8 Prozent beträgt. Die Fachkräftequote ist in kleinen stationären Einrichtungen mit 57,0 Prozent am höchsten. In Einrichtungen mit 50 bis unter 75 Bewohnern liegt sie bei 50,3 Prozent, in Einrichtungen mit 75 bis unter 100 Bewohnern beträgt die Fachkräftequote 46,8 Prozent und in großen Einrichtungen mit 100 und mehr Bewohnern 49,9 Prozent. Geringe Unterschiede zeigen sich auch zwischen den Einrichtungen in privater und gemeinnütziger Trägerschaft (51,7% vs. 52,1%).

Bezieht man lediglich vollstationäre Einrichtungen in die Analyse mit ein, liegt die Fachkräftequote (inklusive (sozial-)therapeutischem Personal) in Heimen bei 50,2 Prozent, d. h. teilstationäre Einrichtungen beeinflussen mit ihrer höheren Fachkräftequote den Durchschnitt aller stationärer Einrichtungen positiv. Gegenüber 2010 zeigt sich eine niedrigere Fachkräftequote in vollstationären Pflegeeinrichtungen, damals lag sie bei 55,3 Prozent. Auch im Vergleich mit der Fachkräftequote 1998 ist die aktuelle niedriger (1998: 52,8%).

Diese durchschnittliche Darstellung der Qualifikationsstruktur über alle Einrichtungen hinweg kann nur einen ersten Eindruck zur Qualifikationsstruktur der in der Betreuung der Pflegebedürftigen eingesetzten Beschäftigten vermitteln. Die tatsächliche Betreuungssituation im Sinne der ehemaligen Heimpersonalverordnung lässt sich nur dann analysieren, wenn die Berechnung auf der Ebene der einzelnen Einrichtungen erfolgt. Bei dieser Vorgehensweise zeigt sich, dass nach den vorliegenden Angaben nur die Hälfte der stationären Einrichtungen einen Fachkräfteanteil von mindestens 50 Prozent im Bereich der Pflege und Betreuung aufweist (Abbildung 6.16). Die andere Hälfte der Einrichtungen weist eine Fachkraftquote von weniger als 50 Prozent aus, wobei sie hier überwiegend zwischen 40 und unter 50 Prozent beträgt.

Zieht man die Ergebnisse 2010 heran und vergleicht dieses mit den Ergebnissen für vollstationäre Pflegeeinrichtungen in 2016 zeigt sich, dass die Fachkräfteanteile in den beiden mittleren Kategorien „40 bis unter 50 Prozent“ und „50 bis unter 60 Prozent“ zwischen den beiden Erhebungszeitpunkten fast umgekehrt haben (nicht grafisch dargestellt). Lag die Fachkraftquote 2010 noch zu 45 Prozent zwischen 50 bis unter 60 Prozent, traf das 2016 nur noch auf 29 Prozent der vollstationären Einrichtungen zu. Dagegen hatten 39 Prozent der Heime 2016 eine Fachkraftquote von 40 bis unter 50 Prozent, was 2010 nur auf 25 Prozent zutraf. Fachkraftquoten von 60 und mehr Prozent weisen 2016 etwas weniger Heime aus wie 2010; dafür arbeiten mehr als doppelt so viele Einrichtungen wie 2010 mit einer Fachkraftquote von 30 bis unter 40 Prozent (13%).

---

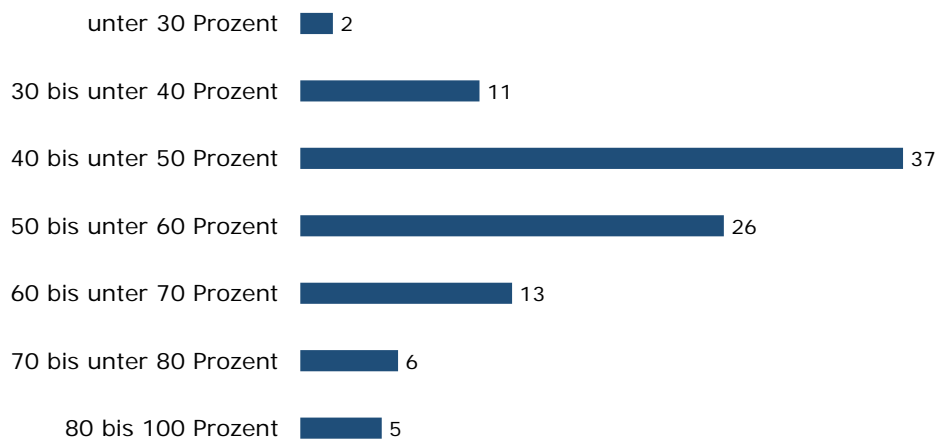
<sup>93</sup> Bundesfreiwilligendienstler werden bei der Berechnung von Fachkraftquoten nicht mitgezählt, ebenso keine zusätzlichen Betreuungskräfte (§ 87b SGB XI).



Der Anteil der Einrichtungen, die eine Fachkräftequote von mindestens 50 Prozent erfüllen, ist damit deutlich niedriger als 2010. Damals entsprachen 70 Prozent der Einrichtungen der damaligen Vorgabe der Heimpersonalverordnung. Auch im Jahr 1998 erfüllten mit 62 Prozent mehr Einrichtungen diese Vorgabe als 2016. Am Ende des vorangegangenen Abschnitts zur Qualifikation des Pflege- und Betreuungspersonals wurde darauf hingewiesen, dass der Anteil der Gesundheits-, und Krankenpfleger/innen im vollstationären Bereich zwischen 1998 und 2016 kontinuierlich zurückgegangen ist und im Jahr 2016 noch zwölf Prozent beträgt. Deutlich höher ist dagegen der Anteil der Altenpflegehelfer/innen in Heimen (2010: 12%, 2016: 18%). Insofern ist es nicht verwunderlich, dass mit einem niedrigeren Anteil an Fachpersonal auch die Fachkräftequote niedriger ist als 2010.

### Abbildung 6.16: Einrichtungsbezogene Fachkraftquoten im Bereich der Betreuung in stationären Pflegeeinrichtungen, 2016 (%)

Basis: Repräsentativerhebung, stationäre Pflegeeinrichtungen



Studie zur Wirkung des PNG und PSG I – TNS Infratest Sozialforschung 2016

### Qualifikation der Pflegedienstleistung und der Einrichtungsleitung

Nach § 71 Abs. 1 SGB XI muss die Betreuung der Pflegebedürftigen unter ständiger Verantwortung einer ausgebildeten Pflegefachkraft erfolgen. Zu den ausgebildeten Pflegefachkräften zählen nach Absatz 3

- Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpfleger und -pflegerinnen
- Altenpfleger und -pflegerinnen
- nach Landesrecht ausgebildete Heilerziehungspfleger und -pflegerinnen, sofern die Einrichtung überwiegend behinderte Menschen pflegt und betreut.

Die Pflegedienstleitungen (verantwortliche Pflegekraft nach § 71 SGB XI) hat zu 64 Prozent einen Berufsabschluss als Altenpfleger bzw. Altenpflegerin. Weitere 35 Prozent haben einen Abschluss als

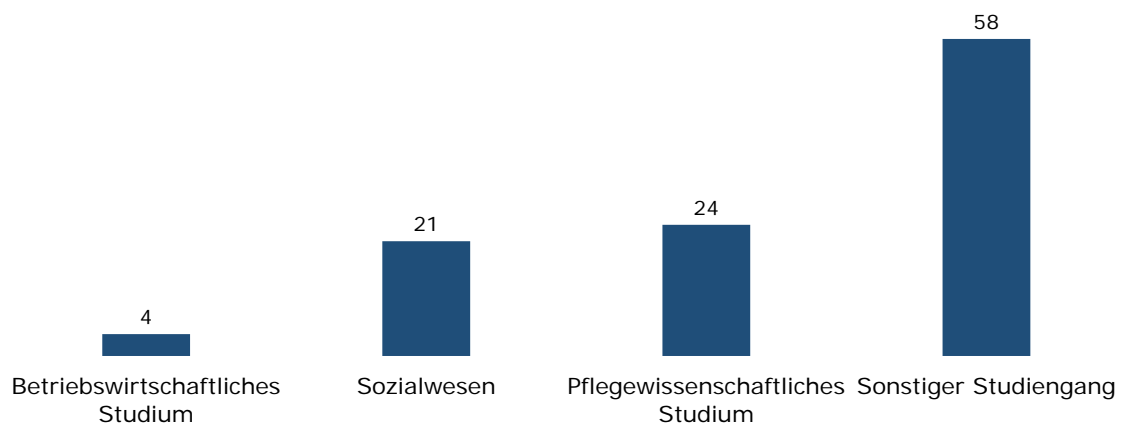
Gesundheits- und Krankenpfleger bzw. -pflegerin. Vereinzelt wurden an dieser Stelle auch pflegewissenschaftliche Studienabschlüsse genannt.

Die Einrichtungsleitungen wurden außerdem gefragt, welche Qualifizierungen die Pflegedienstleitung erfolgreich abgeschlossen hat. Die Antwortkategorien sind nicht vergleichbar mit der Erhebung 2010, weshalb an dieser Stelle keine Vergleichszahlen ausgewiesen werden. Allerdings ist ersichtlich, dass, ähnlich wie in der Erhebung 2010, auch 2016 mehr als die Hälfte der Pflegedienstleitungen eine Qualifizierung bzw. ein Studium abgeschlossen hat. Davon hat ein knappes Viertel der Pflegedienstleitungen ein pflegewissenschaftliches Studium abgeschlossen, 21 Prozent haben einen Studiengang im Sozialwesen absolviert, während ein betriebswirtschaftlicher Studienabschluss relativ selten ist (

Abbildung 6.17). Bei den sonstigen Studiengängen wurden sehr häufig eine Fortbildung zur Pflegedienstleitung sowie zur Pflegefachkraft genannt (33%), außerdem Pflegemanagementkurse bzw. -studium.

**Abbildung 6.17: Qualifizierungen bzw. Studium der Pflegedienstleitung in stationären Pflegeeinrichtungen, 2016 (Mehrfachnennungen, %)**

Basis: Repräsentativerhebung, stationäre Pflegeeinrichtungen, in denen die PDL ein Studium abgeschlossen hat



Studie zur Wirkung des PNG und PSG I – TNS Infratest Sozialforschung 2016

Die Qualifizierung der Pflegedienstleitungen weist nach wie vor in West- und Ostdeutschland Unterschiede auf, allerdings fallen diese, möglicherweise auch aufgrund der Fragestellung nach Qualifizierungen in Form eines Studiums, weniger stark aus als noch 2010. Insgesamt betrachtet haben 54 Prozent der Pflegedienstleitungen im Westen und 50 Prozent im Osten eine Qualifizierung bzw. ein Studium abgeschlossen.

Besonders häufig haben Pflegedienstleitungen in Ostdeutschland einen pflegewissenschaftlichen Studienabschluss (29%, Tabelle 6.25), in Westdeutschland haben 23 Prozent Pflegedienstleitungen ein solches Studium absolviert. Der Anteil der Pflegedienstleitungen, die ein Studium im Sozialwesen abgeschlossen haben, liegt im Westen bei 20 Prozent, im Osten bei 23 Prozent. Wie schon 2010 hat nur ein sehr geringer Teil der Pflegedienstleitungen ein betriebswirtschaftliches Studium absolviert. Bei den sonstigen Studiengängen wurde im Westen zu 34 Prozent eine Weiterbildung zur Pflegedienstleitung genannt, im Osten zu 30 Prozent.

**Tabelle 6.25: Qualifizierungen der Pflegedienstleitungen in stationären Pflegeeinrichtungen nach alten und neuen Bundesländern (Mehrfachnennungen, %)**

Basis: Repräsentativerhebung, stationäre Pflegeeinrichtungen

	West	Ost
Betriebswirtschaftliches Studium	3	5
Pflegewissenschaftliches Studium	23	29
Sozialwesen	20	23
Sonstiger Studiengang	57	60

Studie zur Wirkung des PNG und PSG I – TNS Infratest Sozialforschung 2016

Die Unterschiede zwischen den Trägern sind eher gering. Pflegedienstleitungen gemeinnütziger und privater Träger haben mehrheitlich eine Qualifizierung bzw. ein Studium abgeschlossen (56% bzw. 52%). Sofern eine Qualifizierung erfolgreich abgeschlossen wurde, geschah dies in der Regel im pflegewissenschaftlichen Bereich bzw. im Sozialwesen, seltener im betriebswirtschaftlichen Bereich. Bei den sonstigen Studiengängen wurde sehr häufig die Weiterbildung zur Pflegedienstleitung genannt, aber auch der Pflegefachwirt oder das Studium des Pflegemanagements.

Im Gegensatz zur Pflegedienstleitung ist der erforderliche berufliche Abschluss der Leitung einer stationären Pflegeeinrichtung nicht gesetzlich geregelt. Doch auch von den Einrichtungsleitungen haben 34 Prozent einen Abschluss als Gesundheits- und Krankenpfleger bzw. -pflegerin und 29 Prozent einen Abschluss als Altenpfleger bzw. Altenpflegerin. Ein Viertel der Einrichtungsleitungen hat bei den sonstigen Abschlüssen einen Hochschulabschluss genannt, wobei das Studium häufig einen sozialpädagogischen Hintergrund hat, nicht selten aber auch einen betriebswirtschaftlichen Hintergrund.

### 6.3.3 Zusätzliche Betreuungskräfte nach § 87b SGB XI

Das Pflege-Weiterentwicklungsgesetz von 2008 sah vor, die Leistungen der Pflegeversicherung für Menschen mit demenzbedingten Fähigkeitsstörungen, geistiger Behinderung oder psychischen Erkrankungen auszuweiten, etwa durch die Einstellung zusätzlicher Betreuungskräfte nach § 87b

SGB XI. Seither wurden die Leistungen kontinuierlich ausgebaut. So besteht seit 2013 auch für teilstationäre Einrichtungen die Möglichkeit, zusätzliche Betreuungskräfte einzusetzen. Ferner haben mit dem ersten Pflegestärkungsgesetz 2015 (PSG I) alle Bewohner stationärer Pflegeeinrichtungen Anspruch auf Betreuung und Aktivierung durch zusätzliche Betreuungskräfte nach § 87b SGB XI und nicht nur solche mit einem anerkannt erheblichen Bedarf an allgemeiner Betreuung und Aktivierung. Stationäre Pflegeeinrichtungen können hierfür zusätzliches sozialversicherungspflichtiges Betreuungspersonal einstellen und Zuschläge zur Pflegevergütung erhalten. Wurden bei Einführung des Gesetzes zunächst für jeweils 25 Pflegebedürftige die Kosten für eine zusätzliche Betreuungskraft (Vollzeit) übernommen, kann seit 2015 für jeweils 20 Pflegebedürftige eine zusätzliche Betreuungskraft finanziert werden.

Die gesetzlichen Neuerungen zum PSG I sind in allen vollstationären Einrichtungen bekannt – sowohl was den Anspruch aller Pflegebedürftigen auf Betreuung und Aktivierung durch zusätzliche Betreuungskräfte nach § 87b angeht als auch im Hinblick auf die verbesserte Betreuungsrelation. In allen teilstationären Einrichtungen ist bekannt, dass seit dem 1.01.2015 alle Bewohnerinnen und Bewohner Anspruch auf Betreuung und Aktivierung durch zusätzliche Betreuungskräfte nach § 87b haben. Die Ausweitung der Personalrelation auf 20 Bewohnerinnen und Bewohner zu einer Betreuungskraft ist in 89 Prozent der teilstationären Einrichtungen bekannt.

Einrichtungen, die vollstationäre Pflege anbieten, und solche, die ausschließlich teilstationäre Pflege bzw. Kurzzeitpflege anbieten, beschäftigen in unterschiedlichem Umfang zusätzliche Betreuungskräfte nach § 87b SGB XI. In 95 Prozent der vollstationären Einrichtungen sind zusätzliche Betreuungskräfte tätig, und eine vollzeitbeschäftigte zusätzliche Betreuungskraft kommt im Schnitt auf 20,6 Bewohnerinnen und Bewohner. Vollstationäre Einrichtungen haben folglich den günstigeren Betreuungsschlüssel weitgehend umgesetzt. Sofern die Relation von 20 Pflegebedürftigen auf eine zusätzliche Betreuungskraft dort nicht ganz erreicht wird, dürfte das weniger an der Unkenntnis der gesetzlichen Neuerung liegen, sondern eher daran, dass sie erst seit dem Jahr 2015 gilt und sich damit noch in der Umsetzungsphase befindet. Möglicherweise tun sich auch einige Heime schwer, ausreichend bzw. geeignetes Personal zu finden.

Teilstationäre Einrichtungen beschäftigen zu 82 Prozent zusätzliche Betreuungskräfte nach § 87b SGB XI, allerdings entfallen dort zur Zeit noch deutlich mehr Pflegebedürftige auf eine zusätzliche Betreuungskraft als im vollstationären Bereich. Hintergrund hierfür ist, dass teilstationäre Einrichtungen erst seit dem Jahr 2013 überhaupt die Möglichkeit haben, von den Pflegekassen Zuschläge für zusätzliche Betreuungskräfte zu erhalten. Es ist davon auszugehen, dass sich teilstationäre Einrichtungen aktuell in einem „Aufholprozess“ befinden und die Einstellung von zusätzlichen Betreuungskräften in Zukunft weiter vorantreiben werden.

Im Sinne einer einheitlichen Vergleichsbasis zwischen den Ergebnissen von 2010 und der vorliegenden Studie sind im Folgenden die Ergebnisse der vollstationären Einrichtungen 2016 im Vergleich zu denen von 2010 dargestellt.

Im Jahr 2010 beschäftigten 90 Prozent aller Einrichtungen, in denen Personen mit anerkanntem erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf leben, zusätzliche Betreuungskräfte. In der aktuellen Repräsentativerhebung beschäftigen inzwischen 95 Prozent aller vollstationären Pflegeeinrichtungen zusätzliche Betreuungskräfte (Tabelle 6.26). Zum Zeitpunkt der Repräsentativerhebung 2010 konnten Einrichtungen nur dann Vergütungszuschläge für zusätzliche Betreuungskräfte erheben, wenn diese Personen mit erheblichem allgemeinem Betreuungsaufwand versorgten (betrifft 74 Prozent der

Heime). Seit 2015 können *alle* stationären Einrichtungen zusätzliche Betreuungskräfte für *alle* Bewohner stationärer Pflegeeinrichtungen einsetzen, d. h., die zusätzlichen Betreuungskräfte können in mehr Einrichtungen und für mehr Anspruchsberechtigte eingesetzt werden.

Während bereits im Jahr 2010 97 Prozent der ostdeutschen Einrichtungen mit entsprechendem Anspruch zusätzliche Betreuungskräfte beschäftigten, war dies in westdeutschen Einrichtungen erst zu 88 Prozent der Fall. Im Jahr 2016 ist der Anteil westdeutscher Heime, in denen zusätzliche Betreuungskräfte arbeiten, mit 94 Prozent ähnlich hoch wie in Ostdeutschland, wo 97 Prozent aller Heime zusätzliche Betreuungskräfte beschäftigen. Damit beschäftigen fast alle vollstationären Einrichtungen in Ostdeutschland nunmehr zusätzliche Betreuungskräfte, solche in Westdeutschland haben ihren Anteil mit zusätzlichen Betreuungskräften erheblich ausgebaut.

**Tabelle 6.26: Vollstationäre Pflegeeinrichtungen, die zusätzliche Betreuungskräfte nach § 87b SGB XI beschäftigen, nach Einrichtungsart 2010, 2016(%)**

Basis: Repräsentativerhebung, vollstationäre Pflegeeinrichtungen (2010: in denen Personen mit erheblichem allgemeinem Betreuungsaufwand wohnen)

	2010	2016
Insgesamt	90	95
Region		
Westdeutschland	88	94
Ostdeutschland	97	97
Träger		
Gemeinnütziger Träger	91	95
Privater Träger	86	93
Bewohnerzahl		
Unter 50 Bewohner/innen	82	93
50 bis unter 75 Bewohner/innen	92	95
75 bis unter 100 Bewohner/innen	91	93
100 Bewohner/innen und mehr	94	97

Studie zur Wirkung des PNG und PSG I – TNS Infratest Sozialforschung 2016

Besonders private Träger haben 2016 häufiger als 2010 zusätzliche Betreuungskräfte eingestellt, aber auch mehr Einrichtungen in gemeinnütziger Trägerschaft als 2010 beschäftigen zusätzliche Betreuungskräfte. Nach Einrichtungsgröße betrachtet beschäftigten besonders kleine Einrichtungen mit

weniger als 50 Bewohnerinnen und Bewohnern öfter zusätzliche Betreuungskräfte als 2010 (2010: 82%, 2016: 93%).

Bezogen auf Vollzeitkräfte stellten zusätzliche Betreuungskräfte nach § 87b SGB XI 2010 vier Prozent der Beschäftigten in Pflegeeinrichtungen, 2016 machen sie neun Prozent der Beschäftigten in Vollzeit umgerechnet aus. Sie haben ihren Anteil an allen Beschäftigten zwischen 2010 und 2016 also mehr als verdoppelt. Auch wenn man die Anzahl der Vollzeitkräfte bezogen auf 100 Bewohnerinnen und Bewohner nach beiden Erhebungszeitpunkten vergleicht, ist mehr als eine Verdopplung der zusätzlichen Betreuungskräfte zu erkennen: Kamen 2010 2,2 zusätzliche Betreuungskräfte auf 100 Bewohner, sind es 2016 5,2 auf 100 Bewohner.

**Tabelle 6.27: Zahl der Pflegebedürftigen je zusätzlicher Betreuungskraft nach § 87b SGB XI nach Einrichtungsart (%)**

Basis: Repräsentativerhebung, vollstationäre Pflegeeinrichtungen (2010: in denen Personen mit erheblichem allgemeinen Betreuungsaufwand wohnen)

	2010	2016
Insgesamt	26,6	20,6
Region		
Westdeutschland	25,9	20,2
Ostdeutschland	29,1	21,8
Träger		
Gemeinnütziger Träger	27,2	19,8
Privater Träger	26,5	21,2
Bewohnerzahl		
Unter 50 Bewohner/innen	27,1	19,1
50 bis unter 75 Bewohner/innen	25,0	20,5
75 bis unter 100 Bewohner/innen	27,0	18,2
100 Bewohner/innen und mehr	26,9	24,0

Studie zur Wirkung des PNG und PSG I – TNS Infratest Sozialforschung 2016

Wie bereits erwähnt zielte eine Neuerung des PSG I darauf ab, den Betreuungsschlüssel von 25 Pflegebedürftigen zu einer zusätzlichen Betreuungskraft auf 20 zu 1 zu verbessern. Tatsächlich scheint dies bereits in vielen Heimen gelungen zu sein. In vollstationären Einrichtungen mit zusätzlichen Betreuungskräften kommen 2016 im Durchschnitt 20,6 Pflegebedürftige auf eine zusätzliche Betreuungskraft (in Vollzeit, Tabelle 6.27). Die Relation ist 2016 in Westdeutschland mit 20,2 Pflegebedürftigen auf eine zusätzliche Betreuungskraft etwas günstiger als in Ostdeutschland (Ost:

21,8). In Westdeutschland beschäftigen also nicht nur mehr Einrichtungen zusätzliche Betreuungskräfte als 2010, auch die Betreuungsrelation ist besser als im Jahr 2010. Allerdings hat sich auch in Ostdeutschland zwischen 2010 und 2016 die Betreuungsrelation erheblich verbessert (von 29,1 auf 21,8 zu 1).

Daneben sind auch im Hinblick auf die Trägerschaft Verbesserungen in der Betreuungsrelation zu erkennen. Sowohl bei gemeinnützigen als auch bei privaten Trägern kommt rein rechnerisch 2016 eine zusätzliche Betreuungskraft auf 20 bzw. 21 Pflegebedürftige. Größere Unterschiede existieren nach wie vor nach Einrichtungsgröße. Während in kleinen Einrichtungen mit weniger als 50 Bewohnern im Schnitt 19,1 auf eine zusätzliche Betreuungskraft kommen, betreut in großen Einrichtungen mit 100 und mehr Bewohnern eine zusätzliche Betreuungskraft 24 Pflegebedürftige. Deutlich verbessert hat sich die Betreuungsrelation in mittelgroßen Einrichtungen mit 75 bis unter 100 Bewohnerinnen und Bewohnern.

Die Einrichtungsleitungen sollten außerdem angeben, ob sie die mit dem PSG I eingeführten Leistungsausweitungen genutzt haben, um die Anzahl der zusätzlichen Betreuungskräfte nach § 87b seit dem 1.01.2015 zu erhöhen. Sofern das der Fall war, wurden sie gebeten, den Personalbestand an zusätzlichen Betreuungskräften zum 1.01.2015 und aktuell angeben (in Vollzeitkräften umgerechnet).

Von den vollstationären Einrichtungen haben 85 Prozent ihren Personalbestand an zusätzlichen Betreuungskräften nach § 87b SGB XI seit dem 1.01.2015 erhöht, bei 15 Prozent ist dies nicht der Fall, wobei nicht erfasst wurde, ob der Personalbestand an zusätzlichen Betreuungskräften gleich blieb oder reduziert wurde.

Die Zahl der zusätzlichen Betreuungskräfte lag im Jahr 2010 bei durchschnittlich 1,8 Vollzeitkräften je Einrichtung, die solche Betreuungskräfte beschäftigten (Abbildung 6.18). Zur Einführung des ersten Pflegestärkungsgesetzes am 1.01.2015 hatten vollstationäre Einrichtungen bereits 2,7 Vollzeitstellen mit zusätzlichen Betreuungskräften besetzt.<sup>94</sup> Im Jahr 2016 sind in vollstationären Pflegeeinrichtungen durchschnittlich 3,9 Vollzeitstellen mit zusätzlichen Betreuungskräften besetzt.

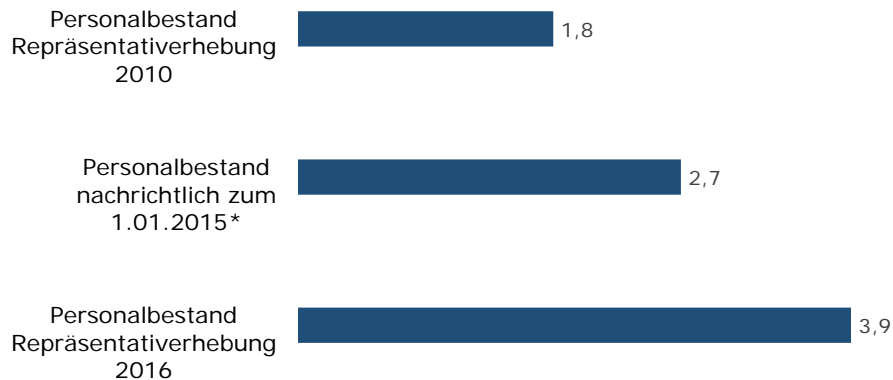
Die Einrichtungen sollten außerdem angeben, ob und ggf. wie viele ihrer festangestellten zusätzlichen Betreuungskräfte (auch) für Pflegebedürftige zuständig sind, die ausschließlich teilstationäre Pflegeangebote nutzen. In 23 Prozent der stationären Einrichtungen wird keine teilstationäre Pflege angeboten, weshalb sich die nachfolgenden Zahlen auf Einrichtungen beziehen, die u. a. teilstationäre Pflege anbieten. Diese beschäftigen zu 25 Prozent zusätzliche Betreuungskräfte für Pflegebedürftige, die ausschließlich teilstationäre Pflegeangebote nutzen. In 75 Prozent der Heime sind die zusätzlichen Betreuungskräfte nicht für Pflegebedürftige in teilstationärer Pflege zuständig.

---

<sup>94</sup> Bei der Berechnung der durchschnittlichen zusätzlichen Betreuungskräfte zum Zeitpunkt 1.01.2015 liegt nur für diejenigen 85 Prozent der Einrichtungen der exakte Personalbestand vor, die seither mehr zusätzliche Betreuungskräfte einstellten. Bei den restlichen 15 Prozent ist davon auszugehen, dass die meisten ihren Personalbestand an zus. Betreuungskräften konstant gehalten haben bzw. nicht reduziert haben. Näherungsweise wurde für den Zeitpunkt 1.01.2015 der aktuelle Wert von 2016 übernommen. Es kann allerdings nicht ausgeschlossen werden, dass vereinzelt eine Reduktion des Personalbestands der zus. Betreuungskräfte vorgenommen wurde. Da eine Reduktion in der Repräsentativerhebung nicht erfasst wurde, fällt der Wert von 2,7 zusätzlichen Betreuungskräften zum 1.01.2015 möglicherweise leicht zu hoch aus.

**Abbildung 6.18: Zahl der zusätzlichen Betreuungskräfte in vollstationären Einrichtungen 2010, 2015 und 2016 (in Vollzeit umgerechnet, durchschnittliche Anzahl pro Einrichtung)**

Basis: Repräsentativerhebung, vollstationäre Pflegeeinrichtungen



\* Basis: Vollstationäre Einrichtungen, die die Anzahl ihrer zusätzlichen Betreuungskräfte erhöht haben. Für diejenigen Einrichtungen, die dies seit 1.01.15 nicht taten, wurde der aktuelle Wert 2016 angesetzt.

Studie zur Wirkung des PNG und PSG I – TNS Infratest Sozialforschung 2016

**Freiwillige Helferinnen und Helfer auf ehrenamtlicher Basis in stationären Einrichtungen**

Viele Menschen engagieren sich in vielfältigen Kontexten und Bereichen freiwillig bzw. ehrenamtlich. Ein Bereich, der eine bedeutende Rolle für das freiwillige Engagement in Deutschland spielt, ist der soziale Bereich, zu dem u. a. Tätigkeiten in stationären Pflegeeinrichtungen gehören. Die hohe Bedeutung des freiwilligen bzw. ehrenamtlichen Engagements in stationären Einrichtungen zeigt sich darin, dass im Jahr 2016 in 71 Prozent aller stationären Pflegeeinrichtungen „regelmäßig“ und in sieben Prozent „sporadisch“ freiwillige Helferinnen und Helfer tätig sind (Tabelle 6.28). Dies bedeutet freilich nicht, dass alle Bewohnerinnen und Bewohner von freiwilligen Helfern unterstützt werden. Die bewohnerbezogene Erhebung zeigt, dass 35 Prozent der Bewohnerinnen und Bewohner von Freiwilligen sozial betreut werden, wobei dies entweder „ab und an in der Woche“ oder „seltener“ als wöchentlich geschieht. 28 Prozent der Bewohnerinnen und Bewohner erhalten pflegerische oder hauswirtschaftliche Unterstützung durch ehrenamtliche bzw. freiwillige Helfer („ab und an in der Woche“ oder „seltener“).

Stationäre Pflegeeinrichtungen in Westdeutschland profitieren weitaus häufiger von ehrenamtlichen Helferinnen und Helfern als Einrichtungen im Osten. Während in 77 Prozent der westdeutschen Einrichtungen regelmäßig Freiwillige tätig sind, trifft dies für 49 Prozent der Heime im Osten zu. Zudem können Einrichtungen im Westen mit im Schnitt 14,4 regelmäßig anpackenden Freiwilligen auf deutlich mehr Helfer zählen als Pflegeeinrichtungen im Osten, wo durchschnittlich 8,1 Helfer regelmäßig



tätig sind. Dieses Ergebnis steht im Kontext einer allgemein niedrigeren Engagementquote in Ostdeutschland gegenüber Westdeutschland.<sup>95</sup>

**Tabelle 6.28: Freiwillige Helferinnen und Helfer in stationären Einrichtungen, 2016 (%)**

Basis: Repräsentativerhebung, stationäre Pflegeeinrichtungen

	Ja, regelmäßig	Ja, aber eher unregelmäßig, sporadisch	Nein, keine Frei- willigen tätig
Insgesamt	71	7	22
Region			
Westdeutschland	77	5	17
Ostdeutschland	49	14	37
Träger			
Gemeinnütziger Träger	80	3	17
Privater Träger	57	12	31
Bewohnerzahl			
Unter 50 Bewohner/innen	55	5	40
50 bis unter 75 Bewohner/innen	74	11	14
75 bis unter 100 Bewohner/innen	80	9	9
100 Bewohner/innen und mehr	88	4	7

Fehlende Werte zu 100 = Keine Angabe.

Studie zur Wirkung des PNG und PSG I – TNS Infratest Sozialforschung 2016

Auch nach Trägerschaft differiert der Umfang, in dem Freiwillige in Einrichtungen tätig sind. In 83 Prozent der Einrichtungen in gemeinnütziger Trägerschaft sind freiwillige bzw. ehrenamtliche Helfer regelmäßig oder sporadisch tätig, aber in 69 Prozent der privat betriebenen Einrichtungen. Dies hängt auch damit zusammen, dass Pflegeeinrichtungen in privater Trägerschaft häufiger als solche in gemeinnütziger Trägerschaft kleinere Einrichtungen sind, die seltener von Freiwilligen unterstützt werden.

<sup>95</sup> Vgl. Freiwilliges Engagement in Deutschland. Zentrale Ergebnisse des Deutschen Freiwilligensurveys 2014, Deutsches Zentrum für Altersfragen, Simonson, Tesch-Römer, 2016.

Wenngleich diese Ergebnisse aus dem Jahr 2014 stammen, kann davon ausgegangen werden, dass Unterschiede in der Engagementquote zwischen West und Ost auch im Jahr 2016 weiter bestehen.

Je größer die Einrichtung ist, desto häufiger sind dort Freiwillige engagiert, in Pflegeeinrichtungen mit 100 und mehr Bewohnern engagieren sich im Schnitt 18,4 Freiwillige regelmäßig, aber auch Einrichtungen mittlerer Größe haben, gemessen an ihrer Bewohnerzahl, einen hohen Anteil an Freiwilligen. Kleinere Einrichtungen, unabhängig davon, ob es sich um vollstationäre oder stationäre Einrichtungen handelt, haben seltener Freiwillige bzw. Ehrenamtliche in ihrem Haus. Dies mag auch damit zusammenhängen, dass es für kleinere Einrichtungen schwieriger ist, personelle Ressourcen für die Betreuung und das Management der Freiwilligen bereitzustellen als für größere Einrichtungen.

### 6.3.4 Personalfuktuation in der Pflege

Im Zusammenhang mit der Personalsituation in der Pflege wird bereits seit längerer Zeit der bestehende Fachkräftemangel diskutiert.<sup>96</sup> Doch nicht nur fehlende Fachkräfte, sondern auch eine hohe Personalfuktuation können die Qualität in der Pflege beeinträchtigen. Vor diesem Hintergrund wurden im Rahmen der Repräsentativbefragungen in den Jahren 2016, 2010 und 1998 für das jeweils zurückliegende Kalenderjahr, also für die Jahre 2015, 2009 und 1997, Informationen zur Personalfuktuation erhoben. Die Einrichtungsleitungen sollten für die Beschäftigtengruppen examiniertes Pflegepersonal, nicht examiniertes Pflegepersonal, therapeutisches Pflegepersonal und Betreuungspersonal angeben, wie viele Festangestellte jeweils eingestellt und ausgeschieden sind. Sofern Mitarbeiter ausgeschieden sind, sollte die Zahl der davon verrenteten bzw. altersbedingt ausgeschiedenen Personen angegeben werden.

In diesem Abschnitt werden die Ergebnisse für alle 2016 befragten vollstationären Einrichtungen den Ergebnissen von 1998 und 2010 gegenübergestellt. Grund für den Ausschluss teilstationärer Einrichtungen in diesem Auswertungsabschnitt ist, dass die Fluktuation in teilstationären Einrichtungen geringer ist als in vollstationären Pflegeeinrichtungen. Ein aussagekräftiger Zeitvergleich der Fluktuation wäre auf der gesamten Datenbasis 2016 nicht möglich.

#### Examierte Fachkräfte

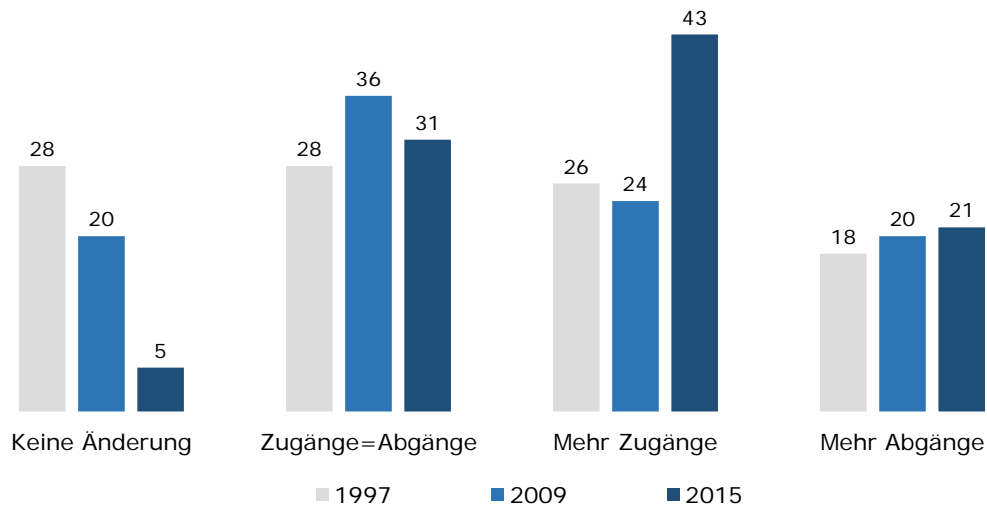
Zunächst sollen die Zu- und Abgänge auf der Ebene der einzelnen Einrichtungen bei examinierten Pflegekräften, einschließlich derjenigen mit einjähriger Ausbildung, betrachtet werden. Auffällig ist, dass die Fluktuation im Zeitverlauf unter examinierten Fachkräften stark zugenommen hat. Nur fünf Prozent der vollstationären Einrichtungen haben, auf das Kalenderjahr 2015 bezogen, keine neuen Fachkräfte in der Pflege eingestellt oder keine Pflegefachkräfte durch Abgänge verloren. Im Jahr 1997 berichteten 28 Prozent der Einrichtungen von keinerlei Veränderungen in der Personalstruktur, im Jahr 2009 20 Prozent (Abbildung 6.19). Die erhöhte Fluktuation 2015 ist größtenteils darauf zurückzuführen, dass mehr examinierte Pflegekräfte eingestellt wurden als ausgeschieden sind (43%). In 31 Prozent der Heime (und damit in weniger Einrichtungen als im Jahr 2009) ist der Personalbestand gleich geblieben (Zugänge = Abgänge). Im Zeitverlauf ein leicht steigender Anteil an Einrichtungen meldet mehr Abgänge als Zugänge beim Pflegefachpersonal (2015: 21%). Zu beachten ist, dass die Zahlen nur etwas über die Entwicklung der Zahl der Beschäftigten (Köpfe), nicht jedoch über die Entwicklung des Beschäftigungsvolumens aussagen.

---

<sup>96</sup> Dieses Thema nannten die Einrichtungsleitungen besonders häufig, wenn es um die Herausforderungen im Zusammenhang mit der Pflege in Zukunft ging, vgl. nachfolgenden Abschnitt.

**Abbildung 6.19: Entwicklung der Zahl der examinierten Pflegekräfte in vollstationären Pflegeeinrichtungen 1997, 2009 und 2015 (%)**

Basis: Repräsentativerhebung, vollstationäre Pflegeeinrichtungen



Studie zur Wirkung des PNG und PSG I – TNS Infratest Sozialforschung 2016

Bei der Fluktuation spielt, neben weiteren Faktoren, auch die Entlohnung eine Rolle. Die Hälfte der Einrichtungen, die ihr examiniertes Pflegepersonal nach Verbandstarif bezahlen, konnten im Jahr 2015 mehr Zugänge als Abgänge verzeichnen (51%). In nur 13 Prozent dieser Heime überwogen die Abgänge die Zugänge beim examinierten Personal. Einrichtungen, die nach einem Haustarifvertrag entlohnten, konnten zu 42 Prozent mehr Zugänge als Abgänge gewinnen, während Einrichtungen, die ohne tarifliche Bindung entlohnten, nur zu 34 Prozent einen positiven Saldo an Zugängen realisierten. Dagegen verloren 31 Prozent dieser Heime mehr examiniertes Personal als sie hinzugewannen.

Sofern im Jahr 2015 festgestelltes examiniertes Pflegepersonal ausgeschieden war, sollten die Heimleitungen erstmals angeben, wie viele Personen die Einrichtung altersbedingt bzw. aufgrund von Verrentung im Kalenderjahr 2015 verlassen haben. Durchschnittlich elf Prozent des ausgeschiedenen Pflegepersonals verließ das Pflegeheim altersbedingt bzw. ging in Rente. In Ost- wie in Westdeutschland gingen elf Prozent des ausgeschiedenen Personals in den Ruhestand. In kleinen Einrichtungen bis unter 50 Bewohner gingen sechs Prozent in Rente, in mittelgroßen Heimen acht Prozent und in großen Einrichtungen mit 100 und mehr Bewohnern war der Anteil des verrenteten Personals am ausscheidenden Personal mit 22 Prozent überdurchschnittlich hoch. Kaum einen Unterschied machte die Trägerschaft auf den Umfang des verrenteten Personals.

Nach Einrichtungsgröße<sup>97</sup> betrachtet berichten kleine Heime bis unter 50 Bewohner etwas häufiger von Kontinuität beim examinierten Pflegepersonal als größere Einrichtungen (Tabelle 6.29). Gleichzeitig kann die Hälfte der kleinen Einrichtungen die Zahl der Abgänge durch eine gleich hohe Zahl der Zugänge innerhalb des entsprechenden Kalenderjahres ausgleichen. 23 Prozent der kleinen Heime haben ihr Personal aufgestockt, 18 Prozent mussten mehr Abgänge als Zugänge verkraften. Große Einrichtungen mit 100 und mehr Bewohnerinnen und Bewohnern mussten sogar zu 31 Prozent mehr Abgänge als Personalzugänge verkraften. Das Thema Fachkräftemangel scheint, zumindest im Bereich der examinierten Pflegekräfte in großen Einrichtungen, an Bedeutung zu gewinnen. Einrichtungen mittlerer Größe (50 bis unter 100 Bewohner) konnten im Jahr 2015 mehrheitlich ein Plus an Personal (Köpfe) verbuchen; gleichzeitig beträgt hier der Anteil an Einrichtungen mit mehr Abgängen als Zugängen nur 17 Prozent.<sup>98</sup>

**Tabelle 6.29: Entwicklung der Zahl der examinierten Pflegekräfte in vollstationären Pflegeeinrichtungen 2015 nach Einrichtungsgröße (%)**

Basis: Repräsentativerhebung, vollstationäre Pflegeeinrichtungen

Zahl der Bewohnerinnen und Bewohner	Unter 50	50 bis unter 100	100 und mehr	Einrichtungen insgesamt
Keine Änderung	9	4	0	8
Zugänge = Abgänge	50	25	25	31
Mehr Zugänge	23	53	43	41
Mehr Abgänge	18	17	31	20

Studie zur Wirkung des PNG und PSG I – TNS Infratest Sozialforschung 2016

Im Folgenden wird die Personalfuktuation noch etwas differenzierter betrachtet. Dabei wird Personalfuktuation definiert als der Anteil der examinierten Pflegekräfte, die im der Erhebung vorangegangenen Kalenderjahr 1997, 2009 und 2015 ausgeschieden sind, an allen examinierten Pflegekräften in der Einrichtung zum Zeitpunkt der Erhebung.<sup>99</sup>

Diese Betrachtungsweise macht deutlich, dass der Anteil von vollstationären Einrichtungen, in denen keine examinierten Pflegekräfte im jeweils vorangegangenen Kalenderjahr ausgeschieden sind, im Zeitverlauf stark rückläufig ist (Abbildung 6.20). Waren 1997 in 39 Prozent der Einrichtungen keine Abgänge examinierter Pflegekräfte verzeichnet worden, traf dies im Jahr 2010 auf 26 Prozent der

<sup>97</sup> Bei den nachfolgenden Auswertungen zur Heimgröße soll eine dreiteilige Differenzierung vorgenommen werden nach kleinen Heimen mit unter 50 Bewohner/innen, 50 bis unter 100 und 100 und mehr Bewohner/innen.

<sup>98</sup> Wie bereits erwähnt, sagen die Zahlen nur etwas über die Entwicklung der Zahl der Beschäftigten, nicht jedoch über die Entwicklung des Beschäftigungsvolumens insgesamt aus.

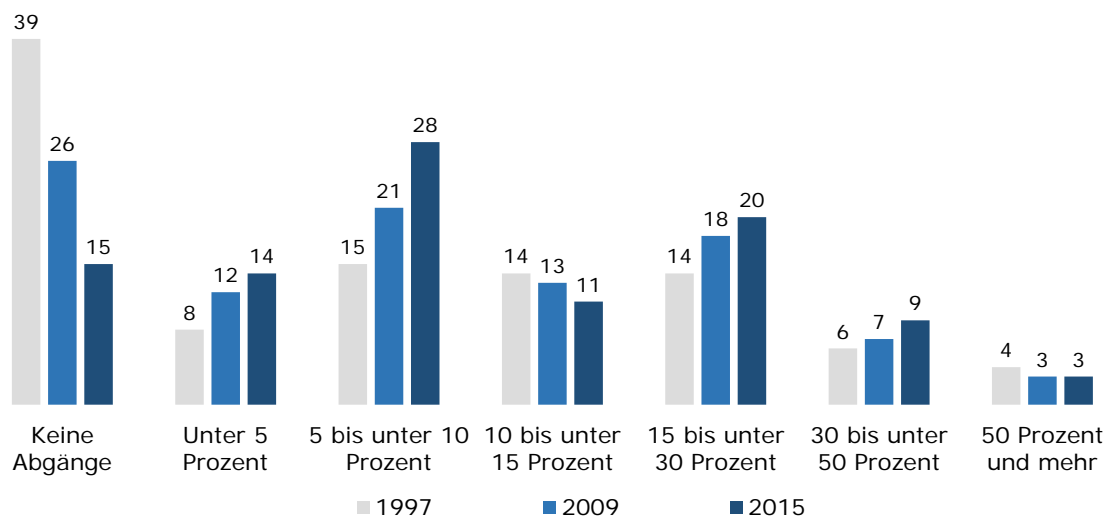
<sup>99</sup> Der Personalbestand zum Jahresbeginn 2009 bzw. 2015 liegt nicht vor, so dass die Personalfuktuation näherungsweise mit dem Personalbestand zum jeweiligen Erhebungszeitpunkt berechnet wurde.

Einrichtungen zu und im Jahr 2015 nur noch auf 15 Prozent. Die Personalsituation in den Einrichtungen ist also zunehmend instabil und von Wechseln bzw. Weggängen beim Pflegefachpersonal gekennzeichnet. Die Fluktuation der examinieren Pflegekräfte im Jahr 2009 könnte nicht zuletzt durch den Gesamtanstieg der Zahl der Pflegekräfte in den Einrichtungen und dabei insbesondere durch den Anstieg der Teilzeitkräfte bedingt sein. Beides erhöht die Wahrscheinlichkeit, dass mindestens eine Pflegekraft die Einrichtung verlässt. Im Gegensatz zur Repräsentativerhebung 2010 ist in der aktuellen Erhebung kein Anstieg beim Beschäftigungsumfang des Pflegepersonals festzustellen. Die Fluktuation 2015 dürfte somit, neben dem gestiegenen Teilzeitanteil der Beschäftigten, im Wesentlichen dem Fachkräftemangel geschuldet sein, der einen Arbeitgeberwechsel vereinfacht und so seinen Teil zu einer erhöhten Fluktuation beiträgt.

Auch wenn die Fluktuation im Bereich der examinieren Pflegekräfte zunimmt, bewegte sie sich 2015 in 53 Prozent der Einrichtungen zwischen einem und 14 Prozent. D.h. in Relation zum Personalbestand 2016 sind im Jahr 2015 in gut der Hälfte der Einrichtungen zwischen einem und 14 Prozent der examinieren Pflegekräfte ausgeschieden. In immerhin 20 Prozent der Einrichtungen haben zwischen 15 bis unter 30 Prozent der examinieren Pflegekräfte die Einrichtung verlassen und in zwölf Prozent sind 30 Prozent und mehr ausgeschieden.

**Abbildung 6.20: Anteil an examinieren Pflegekräften, die 1997, 2009, 2015 ausgeschieden sind, an allen exam. Pflegekräften zum Befragungszeitpunkt (%)**

Basis: Repräsentativerhebung, vollstationäre Pflegeeinrichtungen



Studie zur Wirkung des PNG und PSG I – TNS Infratest Sozialforschung 2016

Der Anteil der Einrichtungen, in denen 2015 keine Abgänge beim examinieren Pflegepersonal zu verzeichnen waren, ist in den kleineren Einrichtungen mit 24 Prozent höher als in den mittleren und großen Einrichtungen (Tabelle 6.30). Allerdings haben 25 Prozent der kleineren Heime im Jahr 2015 15 bis unter 30 Prozent ihrer examinieren Pflegekräfte verloren und 17 Prozent sogar mehr als 30 Prozent. Mittlere Einrichtungen mussten häufiger als kleinere Einrichtungen Abgänge verkraften, in

größeren Einrichtungen kommt es praktisch kaum vor, dass keine examinierten Pflegekräfte innerhalb eines Kalenderjahres das Haus verlassen. Denn mit der Zahl der Beschäftigten steigt auch die Wahrscheinlichkeit von Weggängen.

**Tabelle 6.30: Fluktuation der examinierten Pflegekräfte in vollstationären Pflegeeinrichtungen 2015 nach Einrichtungsgröße (%)**

Basis: Repräsentativerhebung, vollstationäre Pflegeeinrichtungen

Zahl der Bewohnerinnen und Bewohner	Unter 50	50 bis unter 100	100 und mehr	Einrichtungen insgesamt
Keine Abgänge unter 5 Prozent	24	15	4	15
5 bis u. 10 Prozent	3	16	21	14
10 bis u. 15 Prozent	17	30	37	28
15 bis u. 30 Prozent	13	11	11	11
30 bis u. 50 Prozent	25	16	20	20
50 Prozent und mehr	14	9	4	9
	3	3	3	3

Studie zur Wirkung des PNG und PSG I – TNS Infratest Sozialforschung 2016

### Nicht examiniertes Pflegepersonal

Auch beim nicht examinierten Personal ist 2016 der Anteil der Einrichtungen, die keine Änderung ihres Personals meldeten, geringer als 1997 und 2009. Keinerlei Personalfluktuationsmeldung für das Jahr 2015 gaben 13 Prozent der vollstationären Pflegeeinrichtungen an, 2010 war dies bei 26 Prozent der Heime der Fall, im Jahr 1998 sogar bei 41 Prozent (Abbildung 6.21).

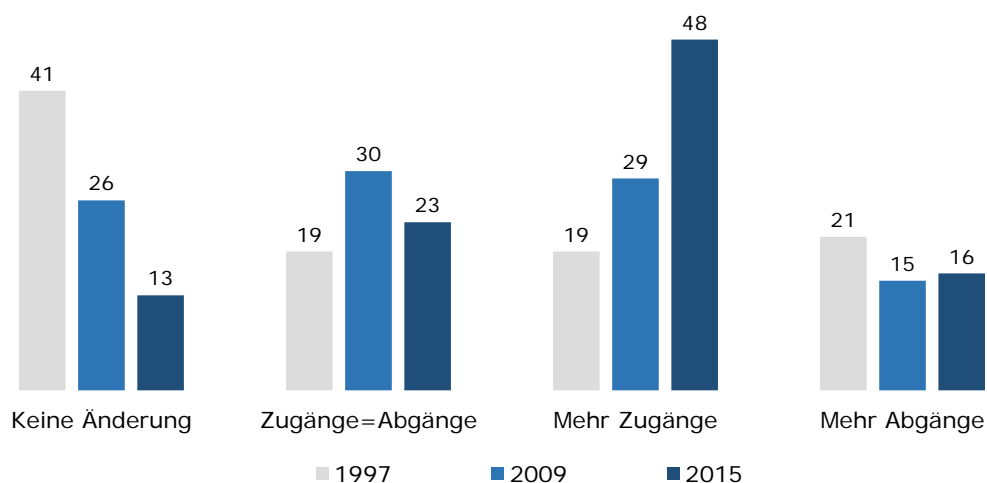
In weiteren 23 Prozent aller Einrichtungen war 2015 die Zahl der Neueinstellungen und der Abgänge nicht examinierter Pflegekräfte identisch und damit auch ihre Zahl am Jahresbeginn und am Jahresende. Ähnlich wie bei den examinierten Pflegekräften haben deutlich mehr Einrichtungen als 2009 und 1997 Pflegekräfte ohne Examen eingestellt als ausgeschieden sind (48%), bei 16 Prozent der Einrichtungen hat sich die Zahl der nicht examinieren Pflegekräfte im Jahresablauf insgesamt verringert.

Die Beschäftigtenentwicklung ist bei den examinierten wie bei den nicht examinierten Pflegekräften recht ähnlich. Die Fluktuation nimmt, bedingt durch ein positives Saldo an Zugängen, zu. Allerdings ist im Vergleich mit den examinierten Pflegekräften bei nicht examiniertem Pflegepersonal die Fluktuation geringer ausgeprägt, wenngleich im Zeitvergleich auch hier ein deutlicher Anstieg zu beobachten ist.

Auch bei den nicht examinierten Pflegekräften gilt: Die erhöhte Fluktuation 2015 kann nicht durch eine höhere Zahl von nicht examinierten Pflegekräften in den Einrichtungen erklärt werden. Vielmehr waren 2015 weniger nicht examinierte Pflegekräfte in Heimen beschäftigt als im Jahr 2010. Allerdings ist der Anteil der Teilzeitkräfte gestiegen, was einen Arbeitsplatzwechsel wahrscheinlicher macht. Im Wesentlichen dürfte die Fluktuation 2015 dem Arbeitskräftemangel in der Pflege geschuldet sein, der einen Arbeitgeberwechsel vereinfacht.

**Abbildung 6.21: Entwicklung der Zahl der nicht examinierten Pflegekräfte in vollstationären Pflegeeinrichtungen 1997, 2009 und 2015 (%)**

Basis: Repräsentativerhebung, vollstationäre Pflegeeinrichtungen



Studie zur Wirkung des PNG und PSG I – TNS Infratest Sozialforschung 2016

Der Anteil der Einrichtungen, die weder Zugänge noch Abgänge bei nicht examinierten Pflegekräften zu verzeichnen haben, ähnlich ist wie beim examinierten Personal, auch in den kleinen Einrichtungen überdurchschnittlich hoch (Tabelle 6.31).<sup>100</sup> Gleichzeitig hat es nur bei zehn Prozent der mittleren und bei sieben Prozent der großen Einrichtungen keinerlei Änderungen beim nicht examinierten Personal gegeben. In diesen beiden Einrichtungsgößen haben die Hälfte bzw. etwas mehr als die Hälfte der Einrichtungen die Zahl ihres nicht examinierten Pflegepersonals über das gesamte Jahr 2015 betrachtet ausgebaut. Sowohl in kleinen, mittleren als auch in großen Einrichtungen ist der Anteil der Heime, die mehr Abgänge als Zugänge beim nicht examinierten Pflegepersonal berichten, relativ gering.

<sup>100</sup> Wie schon beim examinierten Personal ist in teilstationären Einrichtungen die Kontinuität deutlich höher als in kleinen vollstationären Einrichtungen.

**Tabelle 6.31: Entwicklung der Zahl der nicht examinieren Pflegekräfte in vollstationären Pflegeeinrichtungen 2015 nach Einrichtunggröße (%)**

Basis: Repräsentativerhebung, vollstationäre Pflegeeinrichtungen

Zahl der Bewohnerinnen und Bewohner	unter 50	50 bis unter 100	100 und mehr	Einrichtungen insgesamt
Keine Änderung	24	10	7	13
Zugänge = Abgänge	18	25	25	23
Mehr Zugänge	40	50	54	48
Mehr Abgänge	18	15	14	16

Studie zur Wirkung des PNG und PSG I – TNS Infratest Sozialforschung 2016

Die nachfolgend dargestellte Fluktuation bezieht sich auf die vollstationären Einrichtungen, die zum Zeitpunkt der Befragung nicht examinierendes Pflegepersonal beschäftigt haben. Dies trifft 2015 auf praktisch alle vollstationären Einrichtungen zu (98%). Wiederum ist die Fluktuation als das Verhältnis der Pflegekräfte, die die Einrichtung im Jahr 2015 bzw. 2009 bzw. 1997 verlassen haben, zur Zahl der Pflegekräfte zum Erhebungszeitpunkt definiert.

21 Prozent der Einrichtungen haben im Jahr 2015 keine Pflegekräfte ohne Examen verloren (Abbildung 6.22). In 23 Prozent der vollstationären Einrichtungen haben bis zu 14 Prozent der nicht examinieren Pflegekräfte das Heim verlassen, eine Fluktuation von 15 bis unter 50 Prozent verzeichnen 31 Prozent der Heime und in jedem vierten Heim ist mindestens die Hälfte des nicht examinieren Pflegepersonals im Kalenderjahr 2015 ausgeschieden.

Der Zeitvergleich zeigt, dass die Personalsituation auch bei den nicht examinieren Pflegekräften insbesondere 1997, aber auch 2009 stabiler war. In 47 Prozent der Einrichtungen, die zum Erhebungszeitpunkt nicht examinieren Pflegekräfte beschäftigt haben, gab es 1997 keinerlei Fluktuation bei den Pflegekräften ohne Examen; im Jahr 2009 war dies nur noch bei 32 Prozent der Fall und im Jahr 2015 bei 21 Prozent der Einrichtungen. Gründe für den Anstieg der Fluktuation zwischen 1997 und 2015 könnten neben dem Anstieg der Zahl der Pflegekräfte (insbesondere zwischen 1997 und 2009) aber auch der Anstieg des Anteils der Teilzeitbeschäftigten in den Einrichtungen im Zeitablauf sein.

Seit 1997 ist nicht nur der Anteil der Einrichtungen gestiegen, die eine Fluktuation der nicht examinieren Pflegekräfte berichten, sondern es ist insbesondere der Anteil der Einrichtungen mit einer relativ hohen Fluktuation gestiegen. Während 2015 25 Prozent der Einrichtungen eine Fluktuation von 50 Prozent und mehr bei nicht examinieren Pflegekräften berichten, waren es 2009 20 Prozent der Einrichtungen und 1997 erst 14 Prozent.

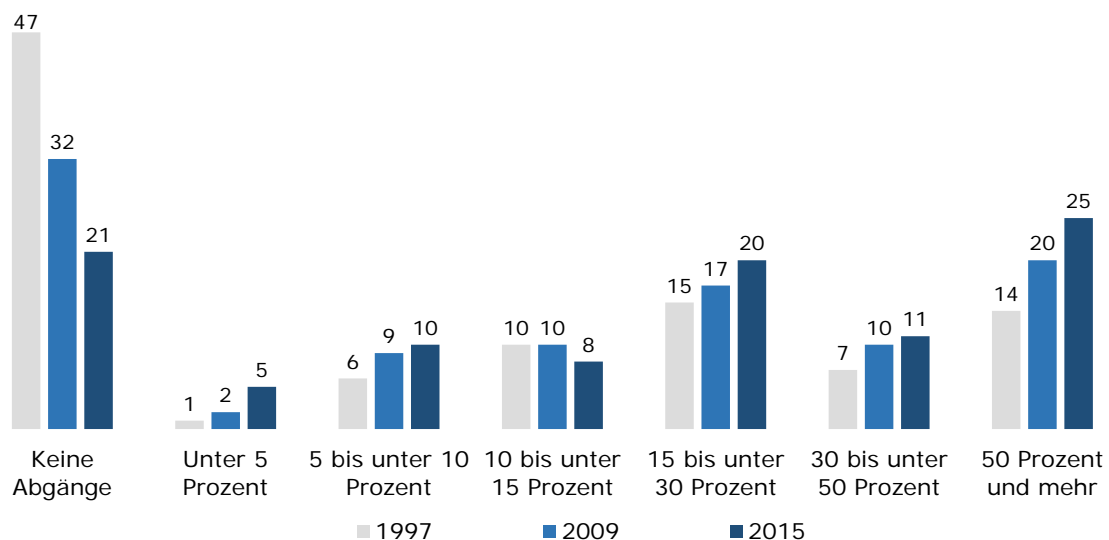
Der geringere Anteil an Einrichtungen mit Fluktuation sowie die Höhe der Fluktuation bei nicht examinieren Pflegekräften hängt jedoch nicht zuletzt damit zusammen, dass in den Pflegeeinrichtungen weniger Pflegekräfte ohne Examen als mit Examen beschäftigt sind. Bezogen auf alle Pflegekräfte



einschließlich der Pflegekräfte in Ausbildung beträgt der Anteil des nicht examinierten Personals 34 Prozent, d. h., jede dritte Pflegekraft ist 2016 nicht examiniert. Dies verringert einerseits die Wahrscheinlichkeit, dass überhaupt eine Pflegekraft die Einrichtung verlässt und führt andererseits dazu, dass ein Weggang prozentual stärker ins Gewicht fällt. Wenn eine Einrichtung z. B. nur vier nicht examinierte Pflegekräfte beschäftigt und davon zwei im Laufe des Jahres die Einrichtung verlassen, so entspricht dies bereits einer Fluktuation von 50 Prozent. Dieser hohe Anteil an Weggängen mag aber auch dadurch bedingt sein, dass un- oder angelernte Kräfte häufiger bereits zu Beginn ihrer Beschäftigung feststellen, dass die Tätigkeit nicht ihren Vorstellungen entspricht, und die Einrichtung wieder verlassen.

**Abbildung 6.22: Anteil an nicht examinierten Pflegekräften, die 1997, 2009, 2015 ausgeschieden sind, an allen nicht exam. Pflegekräften zum Befragungszeitpunkt (%)**

Basis: Repräsentativerhebung, vollstationäre Pflegeeinrichtungen



Studie zur Wirkung des PNG und PSG I – TNS Infratest Sozialforschung 2016

Der Anteil der Einrichtungen, in denen 2015 keine Abgänge nicht examinierter Pflegekräfte zu verzeichnen waren, ist in den kleinen Heimen mit 31 Prozent überdurchschnittlich hoch (Tabelle 6.32). Keine Abgänge verzeichneten 22 Prozent der mittleren Heime und 10 Prozent der großen Heime. Weitgehend unabhängig von der Größe der Heime hat ein Großteil der Einrichtungen mit Weggängen nicht examinierter Pflegekräfte zu kämpfen. Wie bereits beschrieben hängt die Höhe der Fluktuation ganz wesentlich mit der geringeren Anzahl von nicht examinieren Pflegekräften und den prozentual stärker ins Gewicht fallenden Abgängen zusammen.

**Tabelle 6.32: Fluktuation der nicht examinieren Pflegekräfte in vollstationären Pflegeeinrichtungen 2015 nach Einrichtungsgröße (%)**

Basis: Repräsentativerhebung, vollstationäre Pflegeeinrichtungen

Zahl der Bewohnerinnen und Bewohner	unter 50	50 bis unter 100	100 und mehr	Einrichtungen insgesamt
Keine Abgänge unter 5 Prozent	31	22	10	21
5 bis u. 10 Prozent	1	5	9	5
10 bis u. 15 Prozent	10	7	17	10
15 bis u. 30 Prozent	3	8	11	8
30 bis u. 50 Prozent	24	19	20	20
50 Prozent und mehr	22	16	10	11
	29	23	23	25

Studie zur Wirkung des PNG und PSG I – TNS Infratest Sozialforschung 2016

### Betreuungspersonal

Erstmals gaben die Einrichtungsleitungen in der Repräsentativerhebung 2016 an, wie viel festangestelltes Betreuungspersonal im Kalenderjahr 2015 eingestellt wurde, die Einrichtung verlassen hat und wie viele von den Ausgeschiedenen aus Altersgründen bzw. wegen Verrentung die Einrichtung verließen. Beim Betreuungspersonal handelt es sich zum Teil um zusätzliche Betreuungskräfte nach § 87b, daneben aber auch um weiteres Betreuungspersonal. Aus diesem Grund kann kein Anteil des ausgeschiedenen Betreuungspersonals am gesamten Betreuungspersonal ausgewiesen werden, wie dies beim Pflegepersonal möglich war. In Abbildung 6.23 sind die Ergebnisse der Fluktuation für die Betreuungskräfte denjenigen der examinieren und nicht examinieren Pflegekräfte gegenübergestellt.

Ähnlich wie beim examinieren und nicht examinieren Pflegepersonal zeichnet sich die personelle Situation im Jahr 2015 durch einen sehr hohen Anteil an Einrichtungen aus, die ihren Personalbestand erhöhten. So haben 48 Prozent der Einrichtungen mehr Betreuungskräfte eingestellt. Bei den examinieren und nicht examinieren Pflegekräften haben 43 Prozent bzw. 48 Prozent der Heime ihr Personal erhöht. Gleichzeitig haben sich in einem vergleichsweise hohen Teil der Heime keine personellen Änderungen ergeben (30%). Wenige Einrichtungen haben den Personalbestand ihrer Betreuungskräfte in Summe konstant halten und nur fünf Prozent der Einrichtungen mussten mehr Abgänge als Zugänge verkraften.

Die Personalsituation für Betreuungskräfte stellt sich 2015 deutlich stabiler dar als für (nicht) examinierte Pflegekräfte, wobei sich in Summe eine Erhöhung des Betreuungspersonals abzeichnet. Für die zusätzlichen Betreuungskräfte nach § 87b gilt, dass nicht nur mehr Köpfe, sondern auch das Beschäftigungsvolumen insgesamt höher ist als im Jahr 2010 (wie bereits im vorangegangenen Gliederungspunkt in Bezug auf die zusätzlichen Betreuungskräfte nach §87b dargestellt). Die Personal-

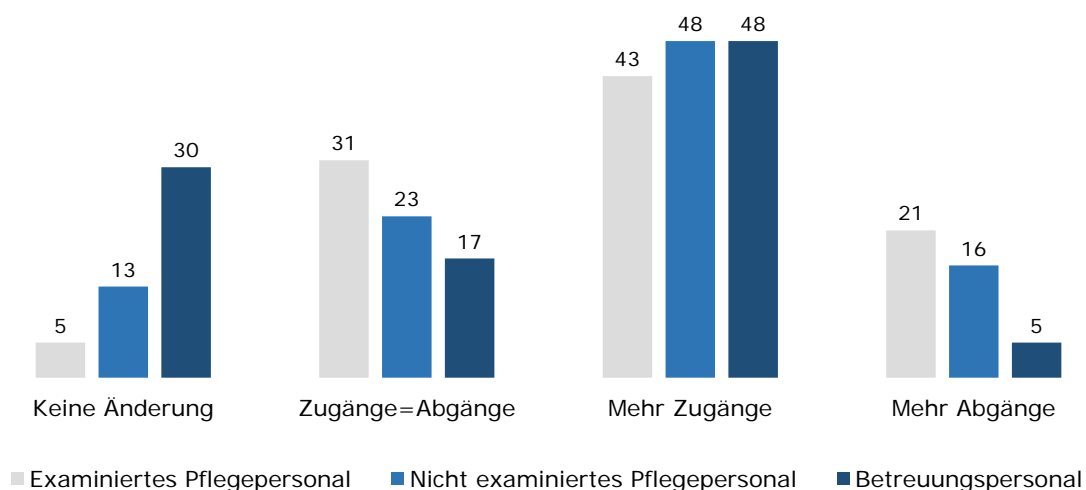
aufstockung bei den Betreuungskräften im Jahr 2015 dürfte ganz Wesentlich mit dem ersten Pflege-  
stärkungsgesetz und den darin enthaltenen Leistungserweiterungen für Betreuungskräfte nach § 87b  
zusammenhängen.

Dass ein hoher Anteil an Einrichtungen mit mehr Personalzugängen nicht automatisch mit einer Er-  
höhung des Beschäftigungsvolumens insgesamt einhergehen muss, zeigt der Blick aufs Pflegeperso-  
nal. Dort führten die Zugänge (in Köpfen gerechnet) im Schnitt nicht zu mehr Vollzeitstellen pro  
Einrichtung, sondern sorgten lediglich für ein stabil hohes Beschäftigungsvolumen.

Das Thema Verrentung bzw. Ausscheiden aus Altersgründen spielt bei Betreuungskräften kaum eine  
Rolle. Lediglich bei sieben Prozent der ausgeschiedenen Betreuungskräfte spielte das Alter die ent-  
scheidende Rolle.

**Abbildung 6.23: Fluktuation von Betreuungskräften und (nicht) examinierten  
Pflegekräften in vollstationären Pflegeeinrichtungen, 2015 (%)**

Basis: Repräsentativerhebung, vollstationäre Pflegeeinrichtungen



Studie zur Wirkung des PNG und PSG I – TNS Infratest Sozialforschung 2016

Nach West- und Ostdeutschland differenziert haben 49 Prozent der Einrichtungen im Westen und 44  
Prozent der Heime im Osten mehr Betreuungskräfte eingestellt als ausgeschieden waren. Im Westen  
gab es in knapp jeder dritten Einrichtung keinerlei Personaländerungen, im Osten dagegen in 25  
Prozent der Einrichtungen. Dafür ist im Osten die Zahl der Einrichtungen, die etwa gleiche Zu-  
gänge wie Abgänge verzeichneten, mit 25 Prozent höher als im Westen (15%). Von mehr Abgängen  
als Zugängen waren in West und Ost nur fünf Prozent bzw. sechs Prozent der Einrichtungen betroffen.

Nach Bewohnerzahl differenziert ist die Fluktuation wiederum bei den kleineren Heimen mit unter 50  
Bewohnern viel geringer als bei größeren Einrichtungen (Tabelle 6.33). In 47 Prozent der kleinen  
Heime haben weder Betreuungskräfte die Einrichtung verlassen, noch sind neue Betreuungskräfte

hinzugestoßen. Allerdings hat nur ein Viertel der kleinen Einrichtungen mehr Zugänge als Abgänge zu verzeichnen. Über die Hälfte der mittelgroßen und großen Einrichtungen konnten im Jahr 2015 mehr Betreuungskräfte hinzugewinnen als die Einrichtung verließen.

**Tabelle 6.33: Entwicklung der Zahl der Betreuungskräfte in vollstationären Pflegeeinrichtungen 2015 nach Einrichtunggröße (%)**

Basis: Repräsentativerhebung, vollstationäre Pflegeeinrichtungen

Zahl der Bewohnerinnen und Bewohner	unter 50	50 bis unter 100	100 und mehr	Einrichtungen insgesamt
Keine Änderung	47	23	27	30
Zugänge = Abgänge	27	15	12	17
Mehr Zugänge	25	57	53	48
Mehr Abgänge	1	5	8	5

Studie zur Wirkung des PNG und PSG I – TNS Infratest Sozialforschung 2016

### Therapeutisches Personal

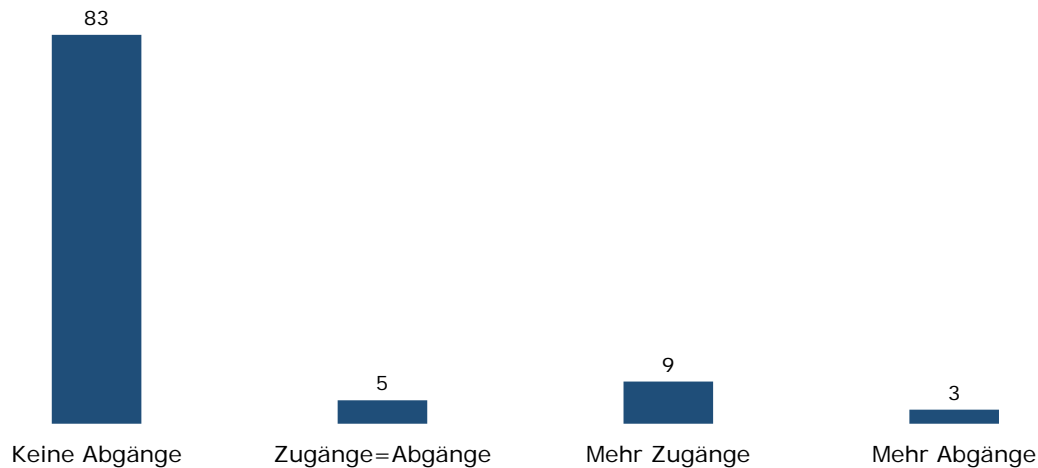
Erstmals gaben die Einrichtungsleitungen in der Repräsentativerhebung 2016 an, wie viel therapeutisches Personal im Kalenderjahr 2015 eingestellt wurde, die Einrichtung verlassen hat und wie viele von den Ausgeschiedenen aus Altersgründen bzw. wegen Verrentung die Einrichtung verließen. In Abbildung 6.24 sind die Ergebnisse für das therapeutische Personal dargestellt.

Die Situation des festangestellten therapeutischen Personals zeichnet sich durch eine enorm hohe Konstanz aus. 83 Prozent der Einrichtungen berichteten für das Jahr 2015 weder Zugänge noch Weggänge beim therapeutischen Personal. Neun Prozent der Heime stockten ihr therapeutisches Personal auf, in fünf Prozent wogen die Zugänge die Abgänge auf und in drei Prozent der Einrichtungen verließen mehr Therapeuten das Haus als neue hinzukamen.

Bei der Bewertung der Personalsituation von Therapeuten in vollstationären Pflegeeinrichtungen muss beachtet werden, dass viele Einrichtungen nur wenige festangestellte Therapeuten beschäftigen. Während im Durchschnitt 1,9 Personen als festangestellte Therapeuten bzw. Therapeutinnen tätig ist, arbeiten weitere 3,3 auf Honorar- und Abrechnungsbasis beschäftigte Therapeuten in der Einrichtung.

**Abbildung 6.24: Situation des festangestellten therapeutischen Personals in vollstationären Pflegeeinrichtungen, 2015 (%)**

Basis: Repräsentativerhebung, vollstationäre Pflegeeinrichtungen



### Gewalt in der Pflege

Das Thema „Gewalt in der Pflege“ – sei es durch pflegende Angehörige oder auch professionelle Pflegekräfte – ist bedingt durch öffentlich gewordene Einzelfälle zunehmend in den Blickpunkt gerückt. Aus diesem Grund wurde auch bei der aktuellen Repräsentativerhebung erfragt, ob sich die stationären Pflegeeinrichtungen in den letzten zwölf Monaten von Beschäftigten trennen mussten, die gegenüber den betreuten Pflegebedürftigen gewalttätig geworden sind. Der Begriff „gewalttätig“ wurde dabei ausdrücklich nicht nur auf körperliche Gewalt beschränkt, sondern umfasste auch verbale und psychische Gewalt. Zehn Prozent der Einrichtungen haben die Frage bejaht, neun Prozent in Westdeutschland, 13 Prozent in Ostdeutschland. Dies zeigt einerseits, dass Gewalt gegenüber Pflegebedürftigen zumindest in einem Teil der Einrichtungen kein Tabuthema ist und dass bei unangemessenem Verhalten gegenüber Pflegebedürftigen die notwendigen Konsequenzen gezogen werden. Als Konsequenz wurde das Arbeitsverhältnis von im Schnitt 1,2 Mitarbeitern beendet. Auf der anderen Seite zeigt dieses Ergebnis aber auch, wie notwendig es ist, die Einrichtungen für das Problem der Gewaltanwendung durch Pflegekräfte zu sensibilisieren und im Hinblick auf präventive Maßnahmen zu schulen. Auch Supervisionsangebote können helfen, kritische Situationen im Arbeitsalltag zu bewältigen, und so einen Beitrag zur Vermeidung von Gewalt leisten.

Solche präventiven Angebote werden mittlerweile in den meisten stationären Einrichtungen angeboten, entweder in Form von Fallbesprechungen und Supervision (65%), regelmäßigen Fortbildungen zum Thema (54%) oder durch die Installation eines „Gewaltbeauftragten“, also eines Ansprechpartners in Fällen von (drohender) Gewalt. Nur 16 Prozent der Einrichtungen bieten keine Angebote zur Gewaltprävention, häufig sind dies kleine Einrichtungen mit unter 50 Bewohnerinnen und Bewohnern. Auch Einrichtungen in Westdeutschland haben etwas seltener als ostdeutsche Pflegeeinrichtungen keine Angebote zur Gewaltprävention (West: 18%, Ost: 9%).

Ein Situationsmerkmal, das die Ausübung von physischer, psychischer oder verbaler Gewalt unter Umständen begünstigen kann, ist eine Überforderung der Pflegekraft. Im Rahmen der bewohnerbezogenen Erhebung wurden die Auskunft gebenden Personen nicht zuletzt vor diesem Hintergrund auch danach gefragt, wie zufrieden sie mit ihrer Tätigkeit sind, wie stark sie sich durch ihre Tätigkeit belastet fühlen und ob sie in manchen Situationen das Gefühl haben, dass die Anforderungen ihre Kräfte überschreiten. Betrachtet man an dieser Stelle den Personenkreis, der überwiegend mit der Pflege und Betreuung der Bewohnerinnen und Bewohner beschäftigt ist, also die Gesundheits- und Krankenpfleger und -pflegerinnen, die Altenpflegerinnen und Altenpfleger sowie die Altenpflegehelfer und -helferinnen,<sup>101</sup> so zeigt sich, dass immerhin neun Prozent häufig und weitere 51 Prozent manchmal das Gefühl haben, dass die Anforderungen ihre Kräfte überschreiten. Sieben Prozent sind durch ihre Tätigkeit sehr stark und weitere 39 Prozent eher stark belastet. Trotz dieser Einschätzungen sind 48 Prozent der Pflegekräfte „sehr“ und 43 Prozent „eher zufrieden“ mit ihrer derzeitigen Tätigkeit. Im Vergleich mit den Ergebnissen 2010 hat sich an der Situation der Pflegekräfte wenig geändert.

Allerdings gibt es auf der anderen Seite auch acht Prozent der Pflegekräfte, die

- häufig oder manchmal das Gefühl haben, dass die Anforderungen ihre Kräfte überschreiten,
- sich gleichzeitig sehr oder eher stark durch ihre Tätigkeit belastet fühlen und
- sehr oder zumindest eher unzufrieden mit ihrer Tätigkeit sind.

Diese Kombination aus Belastung bis hin zur Überforderung bei gleichzeitiger Unzufriedenheit mit der Tätigkeit kann, gerade wenn sie dauerhaft besteht, in Einzelfällen zu einem unangemessenen Verhalten gegenüber den Pflegebedürftigen führen. Hier gilt es, von Seiten der Pflegedienstleitung achtsam zu sein und in einem Gespräch mit den Betroffenen zu klären, wie sich die Arbeitssituation verbessern lässt und ob gegebenenfalls ein Tätigkeitswechsel notwendig ist.

### 6.3.5 Personalprobleme aus Sicht der Einrichtungen

Die Einrichtungsleitungen hatten im Fragebogen die Gelegenheit, anhand von vier Aussagen die gegenwärtige Situation der Beschäftigten in der Pflege zu beurteilen. Ferner bestand abschließend die Möglichkeit, die größten Probleme in der Einrichtung, die im Zusammenhang mit der Pflegeversicherung stehen, zu skizzieren. Dies wurde nicht zuletzt genutzt, um auf Probleme hinzuweisen, von denen insbesondere die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in der Pflege betroffen sind.

In Tabelle 6.34 sind die vier Aussagen für die Erhebungszeitpunkte 2010 und 2016 dargestellt. Für die Repräsentativstudie 2016 sind zu Vergleichszwecken die Angaben der *vollstationären* Einrichtungen sowie die Angaben aller stationären Einrichtungen in der Tabelle enthalten.

Zunächst sollten die Einrichtungsleitungen die Situation der Mitarbeiter in der Pflege im Hinblick auf die ihnen zur Verfügung stehende Zeit für die Betreuung der Pflegebedürftigen einschätzen. Nach wie vor trifft es für die überwiegende Zahl der Heime „voll“ oder „überwiegend“ zu, dass den Mitarbeitern in der Pflege zu wenig Zeit für die Betreuung der Pflegebedürftigen bleibt (74%). Im Jahr 2010 waren 80 Prozent der Heimleitungen überwiegend oder voll und ganz der Ansicht, dass dem

---

<sup>101</sup> Pflegedienstleitungen wurden an dieser Stelle nicht einbezogen.

Personal zu wenig Zeit für die Betreuung der Pflegebedürftigen zur Verfügung steht. Die leicht verbesserte Einschätzung könnte mit der größeren Zahl der zusätzlichen Betreuungskräfte zusammenhängen. Allerdings ist dieser Effekt relativ gering und zeigt, dass die Pflegekräfte dadurch nicht besonders stark entlastet werden.<sup>102</sup> Stationäre Einrichtungen insgesamt beurteilen diese Aussage etwas positiver.

Wenn es um die Zeit der Pflegekräfte für Schulungen geht, trifft es 2010 wie 2016 für etwa die Hälfte der (voll-)stationären Einrichtungen voll oder überwiegend zu, dass hierfür zu wenig Zeit zur Verfügung steht. Allerdings stimmen mehr Heime als 2010 „voll“ zu, wenn es um diesen Punkt geht. Insbesondere Einrichtungen in Westdeutschland beklagen fehlende zeitliche Ressourcen, um Mitarbeiter auf Schulungen zu schicken (55% voll und überwiegend zutreffend), während dieses Problem von 37 Prozent der Einrichtungen in Ostdeutschland geteilt wird.

Wie schon im Jahr 2010 zählen Angehörige, die mit den Leistungen der Beschäftigten nicht zufrieden sind, nach Ansicht der Heimleitungen zur absoluten Minderheit, allerdings ist der kritische Anteil der Heime höher als 2010. Insbesondere in Westdeutschland sind die Heimleitungen der Meinung, dass Angehörige mit den Leistungen der Mitarbeiter nicht zufrieden sind (9%). In stationären Einrichtungen insgesamt ist dies etwas seltener der Fall.

Wesentlich kritischer sehen die Heimleitungen das Ansehen der Pflegekräfte in der Gesellschaft. Unabhängig davon, ob Heime oder alle stationäre Einrichtungen, sind 90 Prozent von ihnen der Meinung, dass die Tätigkeit der Pflegekräfte in unserer Gesellschaft nicht die gebührende Anerkennung findet (2010: 88%). Insgesamt fällt auf, dass die Situation der Beschäftigten von den Einrichtungen in gemeinnütziger Trägerschaft noch einmal kritischer beurteilt wird als von denen in privater Trägerschaft. Während im Jahr 2010 die Probleme in Westdeutschland im Vergleich zu Ostdeutschland als gravierender beurteilt wurden, ist dies nur noch hinsichtlich des nicht ausreichenden Zeitbudgets für Schulungsmaßnahmen der Fall. Ansonsten beurteilen beide Landesteile die Situation in der Pflege recht ähnlich.

---

<sup>102</sup> Auf den für die Bewohnerinnen und Bewohner positiven Effekt der zusätzlichen Betreuungskräfte nach § 87b wurde auch bei den offenen Fragen am Fragebogenende hingewiesen. Gleichzeitig wird darauf hingewiesen, dass sich an der schwierigen Situation der Pflege nichts geändert hat (vgl. Abschnitt 6.4.4).

**Tabelle 6.34: Situation des Personals in (voll-)stationären Pflegeeinrichtungen 2010, 2016 (%)**

Basis: Repräsentativerhebung, (voll-)stationäre Pflegeeinrichtungen

	2010	Vollstationäre Einrichtungen 2016	Stationäre Einrichtungen 2016
<b>Zu wenig Zeit für Betreuung</b>			
Trifft voll zu	36	39	35
Trifft überwiegend zu	44	35	32
Trifft überwiegend nicht zu	14	18	22
Trifft nicht zu	5	7	10
<b>Zu wenig Zeit für Schulungen</b>			
Trifft voll zu	13	22	20
Trifft überwiegend zu	38	28	28
Trifft überwiegend nicht zu	26	26	29
Trifft nicht zu	20	22	22
<b>Angehörige sind mit den Leistungen der Mitarbeiter nicht zufrieden</b>			
Trifft voll zu	1	3	2
Trifft überwiegend zu	4	5	4
Trifft überwiegend nicht zu	47	49	46
Trifft nicht zu	46	42	46
<b>Tätigkeit findet in unserer Gesellschaft nicht die gebührende Anerkennung</b>			
Trifft voll zu	57	61	57
Trifft überwiegend zu	31	30	33
Trifft überwiegend nicht zu	8	6	6
Trifft nicht zu	2	2	4

Fehlende Werte zu 100 = Keine Angabe.

Studie zur Wirkung des PNG und PSG I – TNS Infratest Sozialforschung 2016

Anerkennung und Berufsprestige haben, wie bereits in Abschnitt 4.3.4 für den ambulanten Bereich ausgeführt, eine starke finanzielle Dimension. Ohne eine Steigerung der Vergütung wird sich auch das von den Beschäftigten in der Altenpflege selbst „gefühlte“ Berufsprestige nicht steigern lassen (in Bevölkerungsbefragungen gehört die Arbeit in der Kranken- und Altenpflege dagegen zu den Berufen mit der höchsten gesellschaftlichen Anerkennung). Mehr Zeit für die Betreuung macht auch hier mehr (refinanzierbares) Personal erforderlich.



## 6.4 Wirtschaftliche Situation

### 6.4.1 Heimentgelte

Im Rahmen der Repräsentativerhebung wurden für das Jahr 2016 folgende tägliche Pflegesätze und Entgelte ermittelt, die den Bewohnerinnen und Bewohnern vollstationärer Pflegeeinrichtungen in Abhängigkeit von deren Pflegestufe in Rechnung gestellt werden (Tabelle 6.35). Pflegeklasse 0: 35,80 Euro, Pflegeklasse I: 49,10 Euro, Pflegeklasse II: 63,90 Euro, Pflegeklasse III: 80,60 Euro. Hinzu kommen die Kosten für Unterkunft und Verpflegung in Höhe von täglich 22,10 Euro, sowie gegebenenfalls zusätzlich in Rechnung gestellte Investitionskosten nach § 82 Abs. 2 bis 4 SGB XI in Höhe von 15,00 Euro und gegebenenfalls gesondert abrechnungsfähige Zusatzleistungen nach § 88 Abs. 1 SGB XI in Höhe von 11,00 Euro. Der mit der Pflegereform 2008 eingeführte Vergütungszuschlag für zusätzliche Betreuung (ehem. für Pflegebedürftige mit erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf) nach § 87b SGB XI beläuft sich auf täglich etwa 4,20 Euro. Die Kosten für diesen Vergütungszuschlag übernimmt allerdings die Pflegeversicherung in voller Höhe.

**Tabelle 6.35: Pflegekosten in vollstationären Pflegeeinrichtungen 2010 und 2016 (Durchschnitt pro Tag, Euro gerundet)**

Basis: Repräsentativerhebung, vollstationäre Pflegeeinrichtungen

	2010	2016	Ver- änderung 2010 auf 2016
Pflegeklasse 0	34,3	35,8	4%
Pflegeklasse I	48,0	49,1	2%
Pflegeklasse II	61,1	63,9	5%
Pflegeklasse III	75,7	80,6	6%
Zuschlag zus. Betreuung	3,6	4,2	17%
Unterkunft und Verpflegung	19,8	22,1	12%
Sofern vorhanden			
Investitionskosten	13,4	15,0	12%
Gesonderte Zusatzleistungen	12,7	11,0	-13%

Studie zur Wirkung des PNG und PSG I – TNS Infratest Sozialforschung 2016

Die in Rechnung gestellten Pflegesätze werden im Rahmen der sog. Pflegesatzverhandlungen zwischen den Trägern des Pflegeheimes und den Leistungsträgern festgelegt (§ 85 SGB XI). In der Regel geschieht dies landesweit oder regional im Rahmen von Pflegesatzkommissionen (§ 86 SGB XI). Entsprechend streuen die in Rechnung gestellten Pflegesätze und Entgelte regional nach Bundesländern (zwischen Ost und West aber innerhalb der alten und neuen Bundesländer), wobei größere Einrichtungen in der Regel etwas höhere Entgelte in Rechnung stellen. In Pflegeklasse 0 werden 36,40 Euro

im Westen im Vergleich zu 29,70 Euro im Osten berechnet. In Pflegeklasse I beträgt der Pflegesatz pro Tag in Westdeutschland im Durchschnitt 52,30 Euro, im Osten 38,50 Euro. In Pflegeklasse II sind es 67,80 Euro im Vergleich zu 51,20 Euro und in Pflegeklasse III 84,90 Euro im Vergleich zu 66,40 Euro. Der Vergütungszuschlag für zusätzliche Betreuung unterscheidet sich hingegen kaum (4,30 Euro im Westen im Vergleich zu 4,10 Euro im Osten). Die Kosten für Unterkunft und Verpflegung belaufen sich in den alten Bundesländern auf 23,10 Euro und in den neuen Ländern auf 19,20 Euro. Bei den berechnungsfähigen Investitionskosten sind es 16,10 Euro im Vergleich zu 11,70 Euro und gesondert berechnungsfähige Zusatzleistungen kosten im Westen durchschnittlich 12,80 Euro und in den neuen Ländern 7,20 Euro pro Tag.

Die Entgelte sind im Vergleich zum Jahr 2010 weiter angestiegen. In Pflegeklasse 0 fallen die Entgelte vier Prozent höher aus als 2010, in Pflegeklasse I sind sie zwei Prozent höher, in Pflegeklasse II fünf und in Pflegeklasse III um sechs Prozent höher als 2010. Mit einer 17-prozentigen Erhöhung sind die (nicht von den Bewohnerinnen und Bewohnern zu entrichtenden) Vergütungszuschläge für die zusätzliche Betreuung nach § 87b SGB XI besonders stark gestiegen. Die Kosten für Unterkunft und Verpflegung sind im Vergleich zu 2010 um etwa zwölf Prozent gestiegen. Etwas weniger als im Jahr 2010 müssen Pflegebedürftige ggf. im Schnitt für gesondert berechenbare Zusatzleistungen zahlen. Die gesondert berechneten Investitionskosten fallen im Jahr 2016 um zwölf Prozent höher als 2010 aus. Gleichzeitig erhalten etwas weniger Einrichtungen durch öffentliche Mittel geförderte Zulagen für Investitionskosten als in 2010.

Die Pflegeversicherung finanziert pauschal einen je nach Pflegestufe gestaffelten Betrag als monatliche Leistung, der mit den von den Einrichtungen in Rechnung gestellten Pflegesätzen verrechnet wird. Zum 1. Januar 2012 wurden diese Leistungen für die Pflegestufe III um 2,6 Prozent und für die Härtefälle um 5,1 Prozent erhöht.<sup>103</sup> Zum 1. Januar 2015 wurden die Leistungen der Pflegeversicherung für alle Pflegestufen (inkl. Härtefälle) im Rahmen des PSG I um vier Prozent angehoben. Erstattet werden bei Pflegestufe I maximal 35,00 Euro pro Tag (1.064 Euro pro Monat), in Pflegestufe II maximal 43,75 Euro pro Tag (1.330 Euro pro Monat) und in Pflegestufe III maximal 53,03 Euro pro Tag (1.612 Euro pro Monat).<sup>104</sup> Zusätzlich wird von den Pflegekassen der Vergütungszuschlag für „Zusätzliche Betreuungskräfte“ nach § 87b übernommen. Seit dem PSG I kommt dies allen Bewohnerinnen und Bewohnern zugute, auch wenn sie keine erhebliche eingeschränkte Alltagskompetenz aufweisen und auch wenn ihr Betreuungsbedarf im Bereich der Grundpflege und hauswirtschaftlichen Versorgung unterhalb des Schwellenwertes der Pflegestufe I liegt. Die sonstigen Entgelte für Unterkunft und Verpflegung oder für nicht öffentlich geförderte Investitionskosten müssen die pflegebedürftigen Personen oder gegebenenfalls deren Angehörige hingegen selber tragen.

Zusammengenommen belaufen sich die durchschnittlichen monatlichen Kosten einer vollstationären Pflege<sup>105</sup> bei Pflegestufe I auf 2.547 Euro, bei Pflegestufe II auf 2.999 und in Pflegestufe III auf 3.511 Euro. Bewohnerinnen und Bewohner mit einem Bedarf unterhalb der Pflegestufe I müssen 2.007 Euro finanzieren. Für „reines Wohnen“ (ohne regelmäßige Pflege und Betreuungsleistungen) werden im Schnitt 1.816 Euro in Rechnung gestellt. Dabei sind in Ostdeutschland die Entgelte im Schnitt etwas geringer als in Westdeutschland (Tabelle 6.36). Die Pflegeversicherung deckt demnach nur

<sup>103</sup> Die Pflegesätze für die Pflegestufen I und II blieben damals gleich.

<sup>104</sup> Für Härtefälle (max. 5% der Bewohner mit Pflegestufe III) werden maximal 65,63 Euro (1.995 Euro pro Monat) erstattet.

<sup>105</sup> Die ausgewiesenen Beträge sind höher als die Angaben in der Amtlichen Pflegestatistik (Statistisches Bundesamt 2016b). Dies liegt daran, dass an dieser Stelle auch die ebenfalls in Rechnung gestellten abrechnungsfähigen Investitionskosten mit berücksichtigt werden.

einen Teil der tatsächlich entstehenden Kosten ab. Gestaffelt nach der Pflegestufe müssen bei einer Pflege in einer vollstationären Pflegeeinrichtung im Schnitt zwischen 1.500 und 1.900 Euro von den Pflegebedürftigen oder deren Angehörigen selbst finanziert werden. Von daher erscheint es auch plausibel, dass laut den Ergebnissen der bewohnerbezogenen Befragung inzwischen wieder etwas mehr Pflegebedürftige (Stufe I bis III) in vollstationären Pflegeeinrichtungen auf Hilfe zur Pflege als Sozialhilfe angewiesen sind als im Jahr 2010 (40%, siehe Kapitel 5.1.1).

**Tabelle 6.36: Höhe der monatlichen Gesamtentgelte<sup>1)</sup> in vollstationären Pflegeeinrichtungen (Durchschnitt pro Monat vor Leistungen der Pflegeversicherung, Euro gerundet)**

Basis: Repräsentativerhebung, vollstationäre Pflegeeinrichtungen

	Bund	Westdeutsch- land	Ostdeutsch- land
Pflegeklasse 0	2.007	2.205	1.280
Pflegeklasse I	2.547	2.690	2.104
Pflegeklasse II	2.999	3.164	2.487
Pflegeklasse III	3.511	3.690	2.954
Reines Wohnen	1.816	1.820	1.731

1) Pflegesätze je Pflegeklasse zzgl. Kosten für Unterkunft und Verpflegung sowie zzgl. nicht öffentlich geförderter Investitionskosten. Pro Monat 30,4 Tagessätze.

Studie zur Wirkung des PNG und PSG I – TNS Infratest Sozialforschung 2016

Die letzten beiden Pflegereformen haben zu verbesserten Leistungen, z. B. im Bereich der Versorgung von Demenzkranken, aber auch in der ambulanten und häuslichen Pflege, geführt. Um die Leistungssteigerungen durch das Pflege-Neuausrichtungsgesetz zu finanzieren, wurde der Beitragssatz zur gesetzlichen Pflegeversicherung am 1. Januar 2013 auf 2,05 Prozent erhöht. Zum 1. Januar 2015 stieg der Beitragssatz nochmals um 0,3 Prozentpunkte auf 2,35. Damit sollen die neuen Leistungen in Verbindung mit dem Pflegestärkungsgesetz I finanziert werden. Eine weitere Erhöhung des Beitragssatzes zum 1. Januar 2017 dient dann zur Finanzierung des Pflegestärkungsgesetzes II.

Erstmals wurden 2016 auch für den teilstationären Bereich und die Kurzzeitpflege (solitär, eingestreut) die einzelnen Entgelte erhoben (Tabelle 6.37). Die Entgelte für die Tagespflege liegen in der Regel unter den Entgelten für die vollstationäre Pflege, machen aber zwischen 65 Prozent und 89 Prozent der vollstationären Kosten aus. Der Zuschlag für die zusätzliche Betreuung ist in der Tagespflege sogar höher als in der vollstationären Pflege. Die von den Pflegebedürftigen selbst zu tragenden Kosten wie Unterkunft und Verpflegung sowie Investitionskostenanteil betragen knapp die Hälfte des für den vollstationären Bereich geltenden Betrags.

**Tabelle 6.37: Pflegekosten im teilstationären Bereich 2016 (Durchschnitt pro Tag, Euro gerundet)**

Basis: Repräsentativerhebung, stationäre Pflegeeinrichtungen mit Tages- und Kurzzeitpflege

	Tages- pflege	Einge- streute Kurzzeit- pflege	Solitäre Kurzzeit- pflege
Pflegeklasse 0	31,9	35,7	45,4
Pflegeklasse I	34,9	51,5	54,1
Pflegeklasse II	43,2	67,6	70,9
Pflegeklasse III	52,5	86,1	86,9
Zuschlag zus. Betreuung	6,2	5,3	3,9
Unterkunft und Verpflegung	10,8	20,4	18,9
Sofern vorhanden			
Investitionskosten	7,1	14,6	11,7
Gesonderte Zusatzleistungen	8,5	6,1	6,3

Studie zur Wirkung des PNG und PSG I – TNS Infratest Sozialforschung 2016

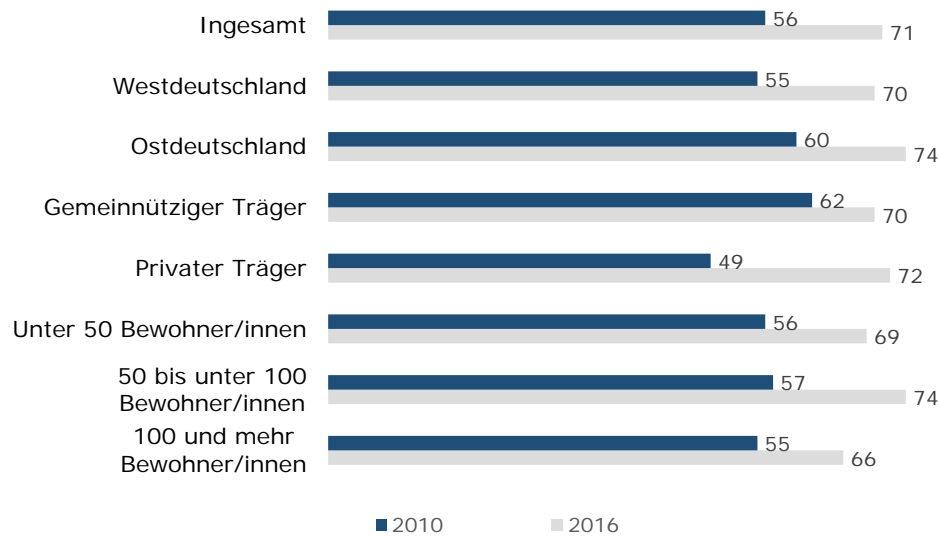
#### 6.4.2 Wartelisten

Der Anteil der vollstationären Pflegeeinrichtungen, die eine Warteliste führen, betrug im Jahr 2010 56 Prozent. In der Repräsentativerhebung 2016 gaben 71 Prozent der vollstationären Einrichtungen und damit deutlich mehr Einrichtungen an, eine Warteliste zu führen (Abbildung 6.25). Teilstationäre Einrichtungen führen zu 48 Prozent eine Warteliste.

Unabhängig von der Größe, Trägerschaft und der Bewohnerzahl berichten Einrichtungsleitungen häufiger als 2010 von Wartelisten. Während Heime in privater Trägerschaft im Jahr 2010 nur zur Hälfte eine Warteliste führten, gilt dies zu 72 Prozent nun auch für sie. Daneben haben auch mittelgroße Einrichtungen 2016 häufiger eine Warteliste als 2010 (74%). In Ostdeutschland führten Einrichtungen schon 2010 etwas häufiger eine Warteliste als solche im Westen; daran hat sich auch 2016 nichts geändert.

**Abbildung 6.25: Vollstationäre Einrichtungen mit Warteliste nach Einrichtungsart, 2016 (%)**

Basis: Repräsentativerhebung, vollstationäre Pflegeeinrichtungen



Studie zur Wirkung des PNG und PSG I – TNS Infratest Sozialforschung 2016

Im vollstationären Bereich umfasste die Warteliste zum Befragungszeitpunkt 20 Personen, wobei in Ostdeutschland fast doppelt so viele Personen gelistet waren als in Westdeutschland (West: 17 Personen, Ost: 30 Personen). In kleinen Einrichtungen umfasst die Liste durchschnittlich 10 Personen, in mittelgroßen Einrichtungen 20 Personen und in großen Einrichtungen mit 100 und mehr Bewohnern 30 Personen.

Im Vergleich zur Erhebung 2010 führen 2016 deutlich mehr vollstationäre Einrichtungen eine Warteliste, die durchschnittlich fast gleich viele Personen umfasst wie 2010 (2010: 18 Personen). Die Nachfrage nach vollstationärer Pflege scheint folglich größer geworden zu sein; zumindest möchten mehr Menschen für den Fall einer eintretenden Pflegebedürftigkeit in Form eines Heimplatzes vorsorgen. Diejenigen, die auf der Warteliste einer vollstationären Einrichtung stehen, erhalten im Durchschnitt bereits nach einer Wartezeit von drei Monaten einen Heimplatz (2010: vier Monate).<sup>106</sup> In 16 Prozent der Heime beträgt die Wartezeit sechs Monate oder länger.

Im Bereich der Kurzzeitpflege umfasst die Warteliste durchschnittlich fünf Personen, wobei auch hier die Anzahl im Osten doppelt so hoch ist wie im Westen (West: fünf Personen, Ost: elf Personen), außerdem ist die Warteliste in größeren Einrichtungen länger. Die Wartezeit auf einen Kurzzeitpflegeplatz beträgt durchschnittlich zwei Monate, unabhängig vom Landesteil oder der Einrichtungsgröße.

Durchschnittlich elf Personen warteten zum Befragungszeitpunkt 2016 im Bereich der Tagespflege auf einen Platz. Hier ist die Nachfrage im Westen höher als im Osten (West: zwölf, Ost: acht Plätze).

<sup>106</sup> 20 Prozent der Einrichtungsleitungen konnten diese Frage nicht beantworten.

Auch nach Einrichtungsgröße verteilt sich die Wartelistenlänge umgekehrt zur Kurzzeit- und vollstationären Pflege. So umfasst die Warteliste in kleinen Einrichtungen bis unter 50 Bewohner, worunter die Einrichtungen mit ausschließlicher Tagespflege in der Regel zu finden sind, im Schnitt 12 Personen. In großen Einrichtungen mit 100 und mehr Personen, die seltener Tagespflege anbieten, stehen im Schnitt lediglich zwei Personen auf der Warteliste. Pflegebedürftige, die einen Platz in der Tagespflege benötigen, warten im Schnitt drei Monate auf einen freien Platz, wobei die Wartezeit in den kleinen Einrichtungen (die häufiger als große Einrichtungen Tagespflege anbieten) mit vier Monaten etwas länger ist.

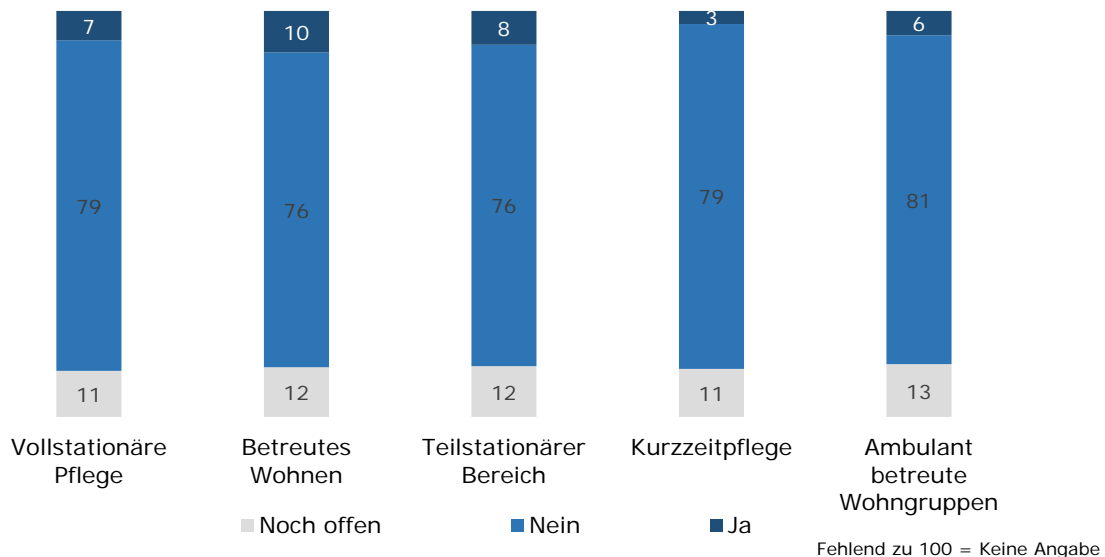
### 6.4.3 Kapazitätsentwicklung

Die Entscheidung der Pflegeeinrichtungen darüber, ob sie eine Erweiterung der Platzkapazitäten planen, hängt nicht zuletzt von der voraussichtlichen Entwicklung der Nachfrage nach Plätzen für vollstationäre bzw. teilstationäre Angebote ab. Die bestehenden Wartelisten sind hier ein erster, wenngleich eher kurzfristiger Indikator. Zum Erhebungszeitpunkt 2016 planten 17 Prozent der Pflegeeinrichtungen eine Erweiterung ihrer Platzkapazitäten in den nächsten drei Jahren, im vollstationären Bereich möchten sogar 19 Prozent der Heime ihre Platzkapazitäten ausbauen. Parallel zu mehr Einrichtungen mit Wartelisten möchten auch mehr Einrichtungen ihre Platzzahlen erhöhen. Mehr Einrichtungen in Westdeutschland, Pflegeeinrichtungen mit 50 Bewohnern und mehr sowie im vollstationären Bereich möchten ihre Kapazitäten ausbauen.

Im vollstationären Bereich haben sieben Prozent der Einrichtungen die Absicht, die Platzzahl in der Dauerpflege zu erweitern (Abbildung 6.26). Eine Erweiterung der Plätze für betreutes Wohnen planen zehn Prozent der Pflegeeinrichtungen, die betreutes Wohnen anbieten, zwölf Prozent lassen sich eine Entscheidung hierzu noch offen. Pflegeeinrichtungen, die teilstationäre Pflege anbieten, streben zu acht Prozent eine Erweiterung ihrer Kapazitäten an, für die Kurzzeitpflege sind nur in drei Prozent der entsprechenden Einrichtungen Erweiterungen geplant. Eine Ausweitung der Platzzahlen für ambulant betreute Wohngruppen planen sechs Prozent der Einrichtungen, die bereits ein solches Angebot haben.

**Abbildung 6.26: Planung einer Kapazitätserweiterung in verschiedenen Bereichen, 2016 (%)**

Basis: Repräsentativerhebung, stationäre Pflegeeinrichtungen



Studie zur Wirkung des PNG und PSG I – TNS Infratest Sozialforschung 2016

Eine geplante Erweiterung der Platzkapazitäten und damit mit mehr zu versorgenden Pflegebedürftigen geht in der Regel einher mit der Einstellung von zusätzlichem Personal. Insofern verwundert es nicht, wenn mehr Heime als im Jahr 2010 planen, zusätzliches Pflege- und Betreuungspersonal einzustellen.<sup>107</sup> Allerdings überrascht der hohe Anteil an stationären Pflegeeinrichtungen, die in den nächsten drei Jahren Personal aufbauen wollen. Wollten im Jahr 2010 39 Prozent der vollstationären Einrichtungen mehr Personal einstellen, planen im Jahr 2016 insgesamt 60 Prozent der stationären Pflegeeinrichtungen (und 63 Prozent der Heime) mehr Pflegekräfte oder zusätzliche Betreuungskräfte nach § 87b einzustellen. Vollstationäre Einrichtungen möchten ihr Personal im Bereich Pflege und zusätzliche Betreuungskräfte zu 63 Prozent erhöhen, teilstationäre Einrichtungen planen zu 44 Prozent eine Personalerhöhung in diesen Bereichen.

Insbesondere westdeutsche Einrichtungen sowie solche zwischen 50 bis unter 100 Bewohner wollen in den nächsten drei Jahren ihr Pflege- und Betreuungspersonal ausbauen. Auch private Träger planen deutlich häufiger eine Aufstockung ihres Pflege- und Betreuungspersonals als gemeinnützige Träger.

Von denjenigen stationären Einrichtungen, die in der Repräsentativbefragung angegeben hatten, in den nächsten drei Jahren ihre Platzkapazitäten auszubauen, wollen 79 Prozent zusätzliches Pflegepersonal einstellen. 20 Prozent haben diesbezüglich noch keine Entscheidung getroffen. Doch auch

<sup>107</sup> Allerdings ist ein Zeitvergleich nur bedingt aussagekräftig. Im Jahr 2015 wurde allgemein nach der „Einstellung von zusätzlichem Personal“ gefragt. In der aktuellen Repräsentativerhebung wurde nach der Personalerhöhung im Bereich „Pflegepersonal“ und bei den „zusätzlichen Betreuungskräften“ gefragt.

von den Einrichtungen, die keine zusätzlichen Plätze einrichten wollen bzw. noch keine Entscheidung hierzu getroffen haben, plant die Hälfte, das bestehende Pflegepersonal aufzustocken.

Die Hälfte der stationären Pflegeeinrichtungen möchte in den nächsten drei Jahren sein Pflegepersonal aufstocken, 15 Prozent schließen dies aus und können bzw. wollen noch keine Entscheidung hierzu treffen (Tabelle 6.38). Einrichtungen, die ihre Platzkapazitäten ausbauen möchten, planen zu 79 Prozent eine Erhöhung des Pflegepersonals, kaum eine Pflegeeinrichtung will ihr Platzangebot erhöhen ohne zusätzliches Pflegepersonal einzustellen. Für diese Einrichtungen stellt sich die Schwierigkeit, ausreichend qualifiziertes Personal zu finden, in besonderem Maße. Aus der Frage nach den Herausforderungen für die Zukunft wird jedoch ersichtlich, dass sich die Pflegeeinrichtungen dieser Problematik durchaus bewusst sind.

**Tabelle 6.38: Geplante Einstellungen von zusätzlichem Pflegepersonal sowie von zusätzlichen Betreuungskräften nach § 87b in den nächsten drei Jahren, 2016 (%)**

Basis: Repräsentativerhebung, stationäre Pflegeeinrichtungen

	Pflegepersonal	Zusätzliche Betreuungskräfte nach § 87b
Insgesamt		
Ja	50	39
Nein	15	27
Noch offen	34	32
Einrichtungen mit geplanter Erweiterung der Platzkapazitäten		
Ja	79	61
Nein	1	15
Noch offen	20	24

Fehlende Werte zu 100 = Keine Angabe.

Studie zur Wirkung des PNG und PSG I – TNS Infratest Sozialforschung 2016

Im Bereich zusätzliche Betreuungskräfte nach § 87b planen 39 Prozent der Einrichtungen Personalerhöhung, nur 27 Prozent der Einrichtungen schließen dies aus. Angesichts der Tatsache, dass das Personal in diesem Bereich zwischen 2010 und 2016 massiv aufgestockt wurde und die Betreuungsrelation im vollstationären Bereich sehr gut ist, ist dieses Ergebnis beachtlich. Einrichtungen, die das Betreuungsverhältnis 20 Pflegebedürftige auf eine Betreuungskraft noch nicht erreicht haben, möchten zu 44 Prozent das Betreuungspersonal nach § 87b aufstocken, solche die diese Betreuungsrelation bereits erfüllen, möchten dennoch zu 34 Prozent mehr zusätzliche Betreuungskräfte einstellen.



Auch teilstationäre Pflegeeinrichtungen möchten zu 44 Prozent ihr zusätzliches Betreuungspersonal aufstocken, während vollstationäre Einrichtungen zu 38 Prozent eine Erhöhung anstreben.

#### **6.4.4 Herausforderungen aus Sicht der Einrichtungen sowie Verbesserungen durch das PNG und PSG I**

Am Ende der Befragung konnten die Einrichtungsleitungen zum einen die größten Herausforderungen nennen, die in einem direkten Zusammenhang mit der Pflegeversicherung stehen.

In der letzten Erhebung wurden noch am häufigsten die zunehmenden Dokumentationsanforderungen genannt, die sehr viel Zeit binden, die wiederum für die Pflege und Betreuung fehlt. Zum Zeitpunkt der Erhebung 2016 warf die Einführung des Pflegestärkungsgesetzes II zum 1.01.2017 seine Schatten voraus. Viele Einrichtungsleitungen befürchteten im zweiten Quartal 2016, dass die Umstellung von Pflegestufen auf Pflegegrade zu einer (weiteren) Verschlechterung des Personalschlüssels führen wird. Vereinzelt wurde damit gerechnet, dass das derzeitige Personal nach Einführung des PSG II nicht mehr komplett finanzierbar ist. Außerdem wurde häufig die Angst geäußert, dass die ambulante Pflege vom PSG II profitiert, während die stationäre Pflege sowohl in personeller als auch finanzieller Hinsicht Nachteile erleiden wird.

Besonders oft wurden zum Pflegestärkungsgesetz II folgende Herausforderungen genannt:

- Einführung Pflegegrade
- Finanzierung der vollstationären Pflege bei Pflegegrad 0 bis 2; Schwierigkeit Bewohner aufzunehmen, die heutige Pflegestufe I haben, da sich das nicht mehr rentiert
- Kostendeckung durch einheitlichen Eigenanteil der Bewohner ab 2017
- Kostendeckung durch Änderung des Pflegekassenanteils 2017
- Unsicherheit, was Personalschlüssel nach PSG II angeht

Es ist davon auszugehen, dass diese Einschätzungen zu einem Zeitpunkt geäußert wurden, als größere Verunsicherung in den Einrichtungen bzgl. der Einführung des PSG II herrschte. Möglicherweise würden die Einrichtungsleitungen das PSG II zum jetzigen Zeitpunkt deutlich unproblematischer einschätzen.

Das zweite große und nicht minder wichtige Thema der Einrichtungen ist der Fachkräftemangel. Die Einrichtungen beklagen deutlich häufiger als 2010 zu wenig zur Verfügung stehendes Personal, speziell aber auch zu wenig Fachpersonal mit angemessener Fachkompetenz. Sie sehen darüber hinaus die Schwierigkeit, das jetzt schon knappe Fachpersonal bei immer höheren Anforderungen an die Qualität der Pflege und gleichzeitig niedrigen Löhnen zu halten. In diesem Zusammenhang wird häufig auch das Problem der zu geringen Fachkraftquote bzw. der Aufrechterhaltung der Fachkraftquote genannt. Sprich, die Einrichtungen sehen sich häufig nicht in der Lage, die Fachkraftquote zu erfüllen, da sie nicht ausreichend Fachpersonal rekrutieren können.

Die Einrichtungsleitungen sehen einen klaren Zusammenhang zwischen aus ihrer Sicht zu geringen Pflegesätzen, schwieriger Kostendeckung, der Gewinnung von qualifiziertem Fachpersonal bei gleichzeitig geringer Entlohnung und der angeblich geringen gesellschaftlichen Anerkennung im Bereich der Pflege. Hinzu kommt, dass die Dokumentationspflichten nach wie vor einiges an wertvollem Zeitbudget verbrauchen und den Zeitdruck erhöhen, worunter die eigentliche Arbeit mit den Pflegebe-

dürftigen leidet. Der Fachkräftemangel und die große Pflegereform 2017 haben dieses Thema allerdings in den Hintergrund treten lassen, was nicht bedeutet, dass die Einrichtungen diesbezüglich keinen Problemdruck spüren.

Neben dem Stichwort „Demenz“ und dem damit verbundenen Zusatzaufwand in der Pflege werden in der aktuellen Erhebung verstärkt die Schwierigkeiten in der palliativen Versorgung Pflegebedürftiger thematisiert. Der erhöhte Pflegeaufwand für sterbende Pflegebedürftige ist aus Sicht der Einrichtungen weder personell noch finanziell angemessen abgedeckt. Zudem rechnen die Einrichtungen damit, dass der Anteil schwer pflegebedürftiger und multimorbider Menschen in Zukunft stark zunehmen wird, was eine enorme Herausforderung für die Pflege darstelle. Noch nicht berücksichtigt werden konnten dabei aber wohl die Neuregelungen aus dem Hospiz- und Palliativgesetz.

Wie schon im Jahr 2010 äußern Einrichtungen auch vermehrt Kritik an der Einstufungspraxis des MDK. Konkret wurde genannt, dass die Einstufungen nicht dem tatsächlichen Bedarf entsprechen bzw. Höherstufungen aus nicht nachvollziehbaren Gründen abgelehnt würden. Zudem dauere es oft zu lange, bis eine Einstufung erfolge. In dieser Zeit geht die Einrichtung in Vorleistung, ohne dies vergütet zu bekommen.

Vereinzelt wurde auch das Thema „medizinische Behandlungspflege“ angesprochen und erwähnt, dass diese an Umfang zunimmt, ohne dass dies bei den Kosten berücksichtigt wird. In der Folge ist die medizinische Behandlungspflege zunehmend nicht refinanziert.

Als Verbesserungen, die sich durch das PNG und das PSG I ergeben haben, wurde in erster Linie der deutliche Ausbau des Betreuungspersonals nach § 87b SGB XI genannt.<sup>108</sup> Es wurden mehr zusätzliche Betreuungskräfte für alle Bewohnerinnen und Bewohner eingestellt, was zu einer spürbaren Verbesserung der Betreuungssituation für die Pflegebedürftigen und das Personal führt. Teilweise werden die zusätzlichen Betreuungskräfte bei der Betreuung von Pflegebedürftigen mit Demenz eingesetzt, sodass der Personalschlüssel für diese spezielle Gruppe verbessert werden konnte. Durch die zusätzlichen Betreuungskräfte können auch für die anderen Pflegebedürftigen die Betreuung intensiviert und mehr Aktivitäten angeboten werden: „Bewohner wirken wacher und sind mobiler“.

Gleichzeitig wird auch darauf hingewiesen, dass sich im Bereich der Pflege keine Verbesserungen ergeben hätten: „Aus Sicht der Pflege kein Mehrwert entstanden, aber aus Sicht der Bewohner doch.“ Dies zeigen auch die Ergebnisse der Repräsentativerhebung zum Personalbestand im pflegerischen Bereich. Nach Meinung der Einrichtungen benötigt speziell die Pflege weitere Unterstützung.

Für den Bereich der Tagespflege wurden zwei Punkte positiv vermerkt. Zum einen könnten Tagesgäste nun an mehr Tagen kommen als früher, was eine Entlastung für pflegende Angehörige darstellt. Außerdem begrüßen die Tagespflegeeinrichtungen ebenso die Erhöhung der Betreuungskräfte und die damit verbundene Bereicherung der Tagesgestaltung für die Tagespflegegäste.

---

<sup>108</sup> Eine Einrichtung merkte hierzu an: „Die zusätzlichen Betreuungskräfte haben sich sehr positiv ausgewirkt. Das ist aber auch keine Kunst! Zusätzliches Personal hilft immer. Dazu hätte es keines neuen Gesetzes bedurft. Einfach die Personalschlüssel anzuheben hätte auch gereicht.“

## 6.5 Zusammenfassung

### Pflege-Neuaufrichtungs-Gesetz (PNG)

Das PNG hatte u. a. das Ziel, die **medizinische Versorgung** in Pflegeeinrichtungen zu verbessern. Hierzu sind die Kassen(zahn)ärztlichen Vereinigungen angehalten, Kooperationsverträge zwischen Ärzten und Pflegeeinrichtungen zu vermitteln. Dies scheint auf einem guten Weg zu sein: 64 Prozent der stationären Einrichtungen haben mittlerweile mindestens einen Kooperationsvertrag mit einem Zahnarzt oder einem Facharzt abgeschlossen, wobei dies bei der großen Mehrheit der vollstationären Einrichtungen der Fall ist (75%), bei teilstationären Einrichtungen dagegen nur sehr selten (5%).

Am häufigsten schließen Einrichtungen mit Zahnärzten Kooperationsverträge, gefolgt von Kooperationen mit Palliativmedizinern, Neurologen oder Gerontopsychiatern. Eher selten bestehen Kooperationen zwischen Einrichtungen und Chirurgen, Gynäkologen oder Orthopäden. In aller Regel sind mit einer Kooperation auch Hausbesuche in der Pflegeeinrichtung verbunden.

### Pflegestärkungsgesetz I (PSG I)

Seit Einführung des PSG I haben auch alle Bewohner stationärer Pflegeeinrichtungen Anspruch auf Betreuung und Aktivierung durch zusätzliche Betreuungskräfte nach § 87b SGB XI und nicht nur solche mit einem anerkannt erheblichen Bedarf an allgemeiner Betreuung und Aktivierung. Stationäre Pflegeeinrichtungen können hierfür zusätzliches sozialversicherungspflichtiges Betreuungspersonal einstellen und Zuschläge zur Pflegevergütung erhalten. Außerdem kann seit dem Jahr 2015 für jeweils 20 Pflegebedürftige eine zusätzliche Betreuungskraft finanziert werden, während bei Einführung der Regelung zunächst für jeweils 25 Pflegebedürftige die Kosten für eine zusätzliche Betreuungskraft (Vollzeit) übernommen wurden.

Die einschlägigen gesetzlichen Neuerungen im PSG I sind in allen vollstationären Einrichtungen bekannt – sowohl was den Anspruch aller Pflegebedürftigen auf Betreuung und Aktivierung durch zusätzliche Betreuungskräfte nach § 87b angeht, als auch im Hinblick auf die verbesserte Betreuungsrelation. In allen teilstationären Einrichtungen ist bekannt, dass seit dem 1.01.2015 alle Bewohnerinnen und Bewohner Anspruch auf Betreuung und Aktivierung durch zusätzliche Betreuungskräfte nach § 87b haben. Die Ausweitung der Personalrelation auf 20 Bewohnerinnen und Bewohner zu einer Betreuungskraft ist in 89 Prozent der teilstationären Einrichtungen bekannt.

Einrichtungen, die vollstationäre Pflege anbieten, und solche, die ausschließlich teilstationäre Pflege bzw. Kurzzeitpflege anbieten, beschäftigen in unterschiedlichem Umfang zusätzliche Betreuungskräfte nach §87b SGB XI. In 95 Prozent der vollstationären Einrichtungen sind zusätzliche Betreuungskräfte tätig, und eine vollzeitbeschäftigte zusätzliche Betreuungskraft kommt im Schnitt auf 20,6 Bewohnerinnen und Bewohner. Vollstationäre Einrichtungen haben folglich den verbesserten Betreuungsschlüssel weitgehend umgesetzt. Teilstationäre Einrichtungen beschäftigen zu 82 Prozent zusätzliche Betreuungskräfte nach §87b SGB XI, allerdings entfallen dort zur Zeit noch deutlich mehr Pflegebedürftige auf eine zusätzliche Betreuungskraft als im vollstationären Bereich. Hintergrund hierfür ist, dass teilstationäre Einrichtungen erst mit dem PNG seit dem Jahr 2013 überhaupt die Möglichkeit haben, von den Pflegekassen Zuschläge für zusätzliche Betreuungskräfte zu erhalten. Von den vollstationären Einrichtungen haben 85 Prozent ihren Personalbestand an zusätzlichen Betreuungskräften nach § 87b SGB XI seit dem 1.01.2015 erhöht, bei 15 Prozent ist dies nicht der Fall,

wobei nicht erfasst wurde, ob der Personalbestand an zusätzlichen Betreuungskräften gleich blieb oder reduziert wurde.

Die Zahl der zusätzlichen Betreuungskräfte lag im Jahr 2010 bei durchschnittlich 1,9 Vollzeitkräften je Einrichtung (mit beschäftigten zusätzlichen Betreuungskräften). Mit Einführung des ersten Pflegestärkungsgesetzes am 1.01.2015 hatten vollstationäre Einrichtungen bereits 2,7 Vollzeitstellen mit zusätzlichen Betreuungskräften besetzt.<sup>109</sup> Im Jahr 2016 sind in vollstationären Pflegeeinrichtungen durchschnittlich 3,9 Vollzeitkräfte als zusätzliche Betreuung tätig.

Mit dem Ersten Pflegestärkungsgesetz sollte die tarifliche Entlohnung der Beschäftigten in Pflegeeinrichtungen gefördert werden, indem die Wirtschaftlichkeit von Tarifverträgen grundsätzlich anerkannt wurde. Insgesamt werden die festangestellten Mitarbeiter in 63 Prozent der Einrichtungen nach Tarif entlohnt, in 37 Prozent der Einrichtungen ohne tarifliche Bindung. Während 89 Prozent der stationären Pflegeeinrichtungen in gemeinnütziger Trägerschaft ihre festangestellten Mitarbeiter nach Tarif bezahlen, die meisten davon nach Verbandstarif, bezahlen nur 23 Prozent der Einrichtungen in privater Trägerschaft nach tariflicher Bindung, 76 Prozent der privaten Einrichtungen bezahlen ohne tarifliche Bindung.

### Weitere strukturelle Entwicklungen

Im Zeitvergleich und auf vollstationäre Pflegeheime bezogen ist der Anteil der kleinen Heime mit weniger als 50 Bewohnerinnen und Bewohnern seit dem Jahr 1998 rückläufig. Dagegen leben mehr Heimbewohner in mittelgroßen (50 bis unter 100 Bewohner) und großen Pflegeeinrichtungen mit 100 und mehr Bewohnern. Teilstationäre Einrichtungen sind in der Regel kleine Einrichtungen mit weniger als 50 Bewohnerinnen und Bewohnern.

Stationäre Pflegeeinrichtungen boten zum Befragungszeitpunkt durchschnittlich knapp 80 Plätze an, von denen 74 zum Befragungszeitpunkt besetzt waren (Auslastungsquote 93%). Im vollstationären Bereich haben Heime ihre Kapazitäten im Vergleich zu 2010 um zwölf Prozent erhöht und bieten im Jahr 2016 im Schnitt 89,5 Plätze an. Dieser Kapazitätserhöhung steht eine entsprechende Erhöhung der Bewohnerzahlen gegenüber, sodass auch im vollstationären Bereich eine Auslastung von 93 Prozent erreicht wird (83,1 Bewohner).

Die **Bewohnerstruktur** von stationären Einrichtungen unterscheidet sich in zwei Punkten von derjenigen des Jahres 2010. Zum einen leben im Jahr 2016 mehr Männer in stationären Pflegeeinrichtungen. Der höhere Männeranteil, der auch durch die bewohnerbezogene Erhebung bestätigt wird, ist zum einen darauf zurückzuführen, dass Männer eine zunehmende Lebenserwartung haben. Außerdem kommt nunmehr eine Männergeneration ins Pflegealter, die während des 2. Weltkriegs noch Kinder und Jugendliche waren und somit seltener dem Krieg zum Opfer fielen. Daher werden sich die

---

<sup>109</sup> Bei der Berechnung der durchschnittlichen zusätzlichen Betreuungskräfte zum Zeitpunkt 1.01.2015 liegt nur für diejenigen 85 Prozent der Einrichtungen der exakte Personalbestand vor, die seither mehr zusätzliche Betreuungskräfte einstellten. Bei den restlichen 15 Prozent ist davon auszugehen, dass die meisten ihren Personalbestand an zus. Betreuungskräften konstant gehalten haben bzw. nicht reduziert haben. Näherungsweise wurde für den Zeitpunkt 1.01.2015 der aktuelle Wert von 2016 übernommen. Es kann allerdings nicht ausgeschlossen werden, dass vereinzelt eine Reduktion des Personalbestands der zus. Betreuungskräfte vorgenommen wurde. Da eine Reduktion in der Repräsentativerhebung nicht erfasst wurde, fällt der Wert von 2,7 zusätzlichen Betreuungskräften zum 1.01.2015 möglicherweise leicht zu hoch aus.

Geschlechteranteile in stationären Pflegeeinrichtungen zukünftig noch etwas weiter einander angleichen. Zudem ist der Anteil der ab 90-Jährigen etwas höher als im Jahr 2010 und der der 75- bis unter 90-Jährigen etwas niedriger.

Stationäre Pflegeeinrichtungen verfügen über ein umfassendes **Leistungs- und Therapieangebot**, das den hohen Stellenwert der **Prävention** deutlich macht. Selbst kleinere Einrichtungen mit weniger als 50 Bewohnerinnen und Bewohnern bieten durchschnittlich 9,4 Leistungen an, Einrichtungen mittlerer Größe bieten elf Leistungen an und große Einrichtungen durchschnittlich 10,4. Gedächtnis- und Orientierungstraining sowie Kontinenz- bzw. Toiletentraining werden von fast allen Einrichtungen angeboten (94% bzw. 93%). Diesen beiden Trainings gehören, unabhängig von Region (West- bzw. Ostdeutschland) und Einrichtungsgröße, zum Standardangebot. An Bedeutung gewonnen hat das Kraft- und Balancetraining (Sturzprophylaxe), das 2016 von 86 Prozent der Einrichtungen angeboten wird.

In vielen Einrichtungen werden inzwischen drei verschiedene **Aktivitäten für Menschen mit Demenz** angeboten: Spezielle Betreuungskonzepte für Menschen mit Demenz können in drei von vier stationären Einrichtungen genutzt werden (74%). Besonders in größeren Einrichtungen mit 75 und mehr Bewohnerinnen und Bewohnern und in westdeutschen Einrichtungen gibt es spezielle Betreuungskonzepte für Menschen mit Demenz. Weitgehend unabhängig von der Bewohnergröße werden gesonderte Tagesgruppen mit spezieller Betreuung für Demenzkranke angeboten. Deutlich seltener wird ein „Nachtcafé oder Ähnliches“ für Demenzkranke angeboten (26%), wobei ein Drittel der Einrichtungen ab 75 Bewohner ein nächtliches Betreuungsangebot in Form eines Nachtcafés haben. Kleine Einrichtungen und solche in Ostdeutschland bieten dieses spezielle Angebot seltener an.

Durchschnittlich umfasst der **Personalbestand** in stationären Pflegeeinrichtungen 2016 40,9 festangestellte Beschäftigte (in Vollzeitstellen umgerechnet). Über zwei Drittel der Festangestellten in stationären Pflegeeinrichtungen sind im Bereich „Pflege und Betreuung“ tätig (70,3%). Der überwiegende Teil des Personals in stationären Pflegeeinrichtungen ist im Jahr 2016 in Teilzeit beschäftigt (59%), fast ein Drittel arbeitet Vollzeit. Dies gilt unabhängig davon, ob man die stationären oder nur die vollstationären Einrichtungen heranzieht. Damit hat sich der Anteil der Vollzeit und Teilzeit arbeitenden Beschäftigten im Vergleich zu 1998 umgekehrt. Im Jahr 1998 arbeiteten noch 59 Prozent der Beschäftigten in Vollzeit und 32 Prozent in Teilzeit.<sup>110</sup>

Ein Vergleich der **Beschäftigtenzahlen** zwischen der letzten Repräsentativerhebung 2010 und der aktuellen Erhebung 2016 zeigt, dass 2016 im Durchschnitt pro (vollstationärer) Einrichtung 1,5 Vollzeitstellen mehr besetzt sind als im Jahr 2010. Für eine Bewertung der Personalrelation werden die in Vollzeit umgerechneten Arbeitskräfte pro 100 Bewohnerinnen und Bewohner bezogen. Kamen im Jahr 2010 auf 100 Bewohner 62,6 Vollzeitarbeitskräfte, sind es im Jahr 2016 64,4 Vollzeitarbeitskräfte. Allerdings ist diese positive Entwicklung allein auf die höhere Zahl von zusätzlichen Betreuungskräften nach § 87b SGB XI zurückzuführen. Auch an dieser Stelle wird deutlich, wie stark die Einrichtungen (insbesondere die vollstationären Pflegeheime) die Leistungsausweitungen des ersten Pflegestärkungsgesetzes bereits genutzt haben, um mehr zusätzliche Betreuungskräfte nach § 87b

---

<sup>110</sup> Allerdings ist beim Vergleich zur Erhebung 1998 zu beachten, dass erst ab der Repräsentativerhebung 2010 der Stundenumfang maßgeblich für die Unterscheidung in Voll- oder Teilzeit ist. In der Erhebung 1998 wurden noch keine Stundenvorgaben für eine Vollzeittätigkeit gemacht. Die Ergebnisse von vollstationären und allen stationären Einrichtungen sind für 2016 identisch.

SGB XI einzustellen. Die Personalrelation im Bereich Pflege und Betreuung (ohne zus. Betreuungskräfte nach §87b) fällt im Jahr 2016 allerdings leicht schlechter aus als im Jahr 2010, was vermutlich auf den gesunkenen Anteil von Bewohnern höherer Pflegestufen zurückführbar sein dürfte (2016: 44,3 Vollzeitbeschäftigte auf 100 Bewohner/innen, 2010: 44,9 zu 100).

Fachkräftemangel und **Personalfuktuation** spielen in der Pflege eine immer größere Rolle. Zwischen 1998 und dem Jahr 2016 ist ein kontinuierlich steigender Anteil von Pflegeheimen mit Personalzugängen und -abgängen beim examinierten und nicht examinierten Pflegepersonal konfrontiert. Nur in ganz wenigen Einrichtungen hat es im Kalenderjahr 2015 keine personellen Veränderungen beim Pflegepersonal gegeben. Zum großen Teil haben die Einrichtungen ihr (nicht) examiniertes Personal in Summe aufgebaut, 21 Prozent der Heime mussten aber auch mehr Abgängen beim examinierten Pflegepersonal verkraften, als sie durch Zugänge hinzugewannen. Weitere 16 Prozent der Heime verloren mehr Personal ohne Examen, als im selben Jahr hinzukam. Stabiler ist die Personalsituation bei den festangestellten Betreuungskräften. In 30 Prozent der Heime wurde weder Betreuungspersonal eingestellt, noch verließ Betreuungspersonal die Einrichtung. Fast die Hälfte der Heime baute sein Betreuungspersonal ausgebaut (48%). Nur fünf Prozent der Heime verloren mehr Betreuungspersonal, als sie durch Neuzugänge gewannen.

Bei der Fluktuation spielt, neben weiteren Faktoren, auch die Entlohnung eine Rolle. Die Hälfte der Einrichtungen, die ihr examiniertes Pflegepersonal nach **Verbandstarif** bezahlen, konnten im Jahr 2015 mehr Zugänge als Abgänge verzeichnen (51%). In nur 13 Prozent dieser Heime überwogen die Abgänge die Zugänge beim examinierten Personal. Einrichtungen, die nach einem Haustarifvertrag entlohnten, konnten zu 42 Prozent mehr Zugänge als Abgänge verzeichnen, während Einrichtungen, die ohne tarifliche Bindung entlohnten, nur zu 34 Prozent ein positives Saldo an Zugängen realisierten.

Die **Situation des Personals** in stationären Pflegeeinrichtungen wird von den Einrichtungsleitungen nach wie vor als schwierig beschrieben. In der Mehrzahl der Einrichtungen trifft es voll oder überwiegend zu, dass den Pflegekräften zu wenig Zeit für die Betreuung der Pflegebedürftigen bleibt. Häufig fehlt auch die Zeit für Schulungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter. Trotz der schwierigen Umstände sind die meisten Angehörigen mit der Arbeit der Pflegekräfte zufrieden. Sehr kritisch wird das angeblich nachteilige gesellschaftliche Ansehen der Pflegekräfte gesehen. Ein Wunsch nach höherer Anerkennung ihrer Leistung, auch in monetärer Hinsicht, wird deutlich.

Die Pflegesätze wie auch die weiteren in Rechnung gestellten Entgeltbestandteile sind seit 2010 weiter angestiegen. Die berechneten Pflegesätze liegen nach wie vor über den von der Pflegeversicherung finanzierten monatlichen Leistungen. Hinzu kommen die Kosten für Unterkunft und Verpflegung sowie die (berechnungsfähigen) Investitionskosten, die die Bewohner oder deren Angehörige selbst zu tragen haben. Nach den Ergebnissen der Repräsentativerhebung ist vor diesem Hintergrund auch die Sozialhilfeabhängigkeit in stationären Pflegeeinrichtungen nach einem Rückgang im Jahr 2010 wieder etwas angestiegen. Folgt man den Zahlen der amtlichen Statistik, ist die Zahl der Bezieher von Hilfe zur Pflege insgesamt allerdings weniger stark gestiegen als die Zahl der Leistungsbezieher der Pflegeversicherung. Auch ist das Verhältnis der Bezieher von Hilfe zur Pflege zu den Leistungsbeziehern in stationären Pflegeeinrichtungen seit Jahren konstant.

Stationäre Pflegeeinrichtungen wollen in den nächsten drei Jahren zu 17 Prozent ihre Platzkapazitäten erhöhen. Ein Teil der Einrichtung hat diesbezüglich noch keine Entscheidung getroffen, die Mehrheit der Einrichtungen plant zum Befragungszeitpunkt keine **Kapazitätserweiterung**. Insbesondere Häuser mit 50 und mehr Bewohnern planen eine Vergrößerung. Dennoch ist beachtlich, dass 60

Prozent der stationären Pflegeeinrichtungen die Einstellung von zusätzlichen Pflegekräften und zusätzlichen Betreuungskräften nach § 87b planen. Von denjenigen Häusern, die eine Kapazitätserweiterung planen, möchten 79 Prozent zusätzliches Pflegepersonal einstellen.

Abschließend konnten die Einrichtungsleitungen die größten **Herausforderungen im Zusammenhang mit der Pflegeversicherung** skizzieren. Während in der letzten Erhebung noch sehr häufig die zunehmenden Dokumentationspflichten und die fehlende Zeit für Pflege und Betreuung genannt wurden, warf zum Zeitpunkt der Erhebung im 2. Quartal 2016 die Einführung des zweiten Pflegestärkungsgesetzes seine Schatten voraus. Viele Einrichtungen befürchteten damals, dass die Umstellung von Pflegestufen auf Pflegegrade zu einer (weiteren) Verschlechterung des Personalschlüssels führen wird. Vereinzelt wurde damit gerechnet, dass das derzeitige Personal nach Einführung des PSG II nicht mehr komplett finanzierbar ist. Außerdem wurde häufig die Angst geäußert, dass die ambulante Pflege vom PSG II profitiert, während die stationäre Pflege sowohl in personeller als auch finanzieller Hinsicht Nachteile erleiden wird. Es ist davon auszugehen, dass diese Einschätzungen zu einem Zeitpunkt geäußert wurden, als größere Verunsicherung in den Einrichtungen bzgl. der Einführung des PSG II herrschte. Möglicherweise würden die Einrichtungsleitungen das PSG II zum jetzigen Zeitpunkt deutlich unproblematischer einschätzen.

Das zweite große und nicht minder wichtige Thema der Einrichtungen ist der **Fachkräftemangel**. Die Einrichtungen beklagen deutlich häufiger als 2010 zu wenig zur Verfügung stehendes Personal, speziell aber auch zu wenig Fachpersonal mit angemessener Fachkompetenz. Sie sehen darüber hinaus die Schwierigkeit, das jetzt schon knappe Fachpersonal bei immer höheren Anforderungen an die Qualität der Pflege und gleichzeitig niedrigen Löhnen zu halten.

## Fazit

Stationäre Pflegeeinrichtungen bieten Pflegebedürftigen, die in ihrer eigenen häuslichen Umgebung nicht mehr angemessen betreut werden können, spätestens dann, wenn die Grenzen der häuslichen Pflege erreicht sind, eine noch immer weitestgehend alternativlose Perspektive. Im Bereich der voll- und teilstationären Versorgung hat insbesondere das erste Pflegestärkungsgesetz wesentliche Verbesserungen bei der Betreuung der Pflegebedürftigen gebracht. Nunmehr profitieren alle Pflegebedürftigen von zusätzlichen Betreuungskräften nach § 87b und die damit verbundene Kapazitätsausweitung kommt bei den Bewohnerinnen und Bewohnern auch an. Aus der Sicht der Einrichtungsleitungen wird allerdings die nachhaltige Finanzierung der erforderlichen Pflegeinfrastruktur, insbesondere hinsichtlich des vorzuhaltenden qualifizierten Personals, nach wie vor als problematisch betrachtet. Für die Bewohnerinnen und Bewohner und deren Angehörige führt das Leben in einer stationären Einrichtung hingegen zu nicht unerheblichen Kosten, die von einem nicht unerheblichen Teil nicht ohne Rückgriff auf Sozialhilfeleistungen getragen werden können.



## 7 Tabellenverzeichnis

Tabelle 1.1:	Ausschöpfungsübersicht zur telefonischen Erhebung bei Pflegebedürftigen in Privathaushalten (Absolutzahlen)	8
Tabelle 1.2:	Ausschöpfung zur persönlich-mündlichen Erhebung in stationären Pflegeeinrichtungen (Absolutzahlen)	11
Tabelle 1.3:	Design der TNS Infratest-Repräsentativerhebungen 2016 im Überblick	12
Tabelle 2.1:	Entwicklung der Zahl der Leistungsempfänger in der Sozialen Pflegeversicherung nach Pflegestufe	18
Tabelle 2.2:	Entwicklung der Zahl der Leistungsempfänger in der Sozialen Pflegeversicherung nach Leistungsarten	19
Tabelle 2.3:	Finanzentwicklung der sozialen Pflegeversicherung (in Mrd. Euro)	20
Tabelle 2.4:	Empfänger und Netto-Ausgaben der Sozialhilfe für Hilfe zur Pflege	22
Tabelle 2.5:	Die wesentlichen Leistungen der Pflegeversicherung für Pflegebedürftige und Leistungsempfänger der PS 0 mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz im Überblick der Jahre 2012 bis 2015	32
Tabelle 3.1:	Hilfebedarf in der Nacht 2010 und 2016 (%)	41
Tabelle 3.2:	Pflegebedürftige in Privathaushalten – Strukturmerkmale nach Alter (%)	43
Tabelle 3.3:	Geschlechteranteile der Pflegebedürftigen (%)	45
Tabelle 3.4:	Haushaltsnettoeinkommen von Pflegebedürftigen im Vergleich zur Gesamtbevölkerung in West- und Ostdeutschland (%)	48
Tabelle 3.5:	Haushaltsnettoeinkommen von Pflegebedürftigen nach der Größe des Haushalts (%)	50
Tabelle 3.6:	Pflegearrangements mit zwei und mehr Pflegepersonen: zeitlicher Umfang der weiteren Pflegepersonen, 2016 (%)	55
Tabelle 3.7:	Verwandtschaftsbeziehung der Hauptpflegeperson zur pflegebedürftigen Person 1998, 2010 und 2016 (%)	56
Tabelle 3.8:	Soziodemografische Merkmale der Hauptpflegepersonen 1998, 2010 und 2016 (%)	57
Tabelle 3.9:	Erwerbstätigkeit von Hauptpflegepersonen, 2016 (%)	59
Tabelle 3.10:	Fortsetzung der Erwerbstätigkeit der Hauptpflegepersonen bei Pflegebeginn, 2016 (%)	60
Tabelle 3.11:	Fortsetzung der Erwerbstätigkeit der Hauptpflegepersonen bei Pflegebeginn 2010 und 2016 (%)	61
Tabelle 3.12:	Anteil der Pflegebedürftigen in häuslicher Pflege, bei denen für Pflegepersonen Beiträge in Sozialversicherungen eingezahlt werden (%)	72
Tabelle 3.13:	Bezug von Pflegegeld und ggf. zusätzlichen Sachleistungen oder teilstationären Leistungen, 2016 (%)	79
Tabelle 3.14:	Verwendung des Pflegegeldes, 2016 (Mehrfachnennungen, %)	80
Tabelle 3.15:	Verwendung des Pflegegeldes 2010 und 2016 (Mehrfachnennungen, %)	81
Tabelle 3.16:	Ausgewählte Gründe für den ausschließlichen Bezug von Geldleistungen, 2016 (Mehrfachnennungen, %)	82
Tabelle 3.17:	Ausgewählte Gründe für den ausschließlichen Bezug von Geldleistungen 2010 und 2016 (Mehrfachnennungen, %)	83
Tabelle 3.18:	Ausgewählte Gründe für den ausschließlichen Bezug von Sachleistungen, 2016 (Mehrfachnennungen, %)	85



Tabelle 3.19: Ausgewählte Gründe für den Bezug von Kombinationsleistungen, 2016 (Mehrfachnennungen, %)	86
Tabelle 3.20: Ausgewählte Gründe für den Bezug von Kombinationsleistungen 2010 und 2016 (Mehrfachnennungen, %)	86
Tabelle 3.21: Höhe des ausbezahlten Pflegegeldes, 2016 (%)	87
Tabelle 3.22: Ausgewählte Gründe für die Inanspruchnahme von teilstationären Leistungen, 2016 (Mehrfachnennungen, %)	90
Tabelle 3.23: Inanspruchnahme zusätzlicher Betreuungs- und Entlastungsleistungen, 2016 (%)	94
Tabelle 3.24: Zusätzliche Betreuungs- und Entlastungsleistungen und eingeschränkte Alltagskompetenz, 2016 (%)	95
Tabelle 3.25: Gründe, keine Zuschüsse für baulich-technische Maßnahmen zu beantragen, 2016 (Mehrfachnennungen, %)	119
Tabelle 3.26: Inanspruchnahme empfohlener Rehabilitationsmaßnahmen und Heilmittel 2010 und 2016 (%)	130
Tabelle 3.27: Bewilligung oder Bereitstellung von Hilfsmitteln, 2016 (Mehrfachnennungen, %)	133
Tabelle 3.28: Pflegebedürftige ohne Leistungen der Pflegeversicherung (%)	142
Tabelle 3.29: Gründe für die Pflegebedürftigkeit (Mehrfachnennungen, %)	143
Tabelle 3.30: Pflegeberatung, 2016 (%)	148
Tabelle 3.31: Begutachtung durch den MDK (Mehrfachnennungen, %)	154
Tabelle 3.32: Nutzung von ehrenamtlicher Betreuung und Unterstützung und Selbsthilfegruppen für Angehörige, 2016 (%)	155
Tabelle 3.33: Inanspruchnahme selbst finanzierter professioneller Hilfen, 2016 (%)	157
Tabelle 3.34: Höhe der regelmäßig im Monat privat getragenen Kosten, die im Zusammenhang mit der Pflegebedürftigkeit entstehen, 2016 (%)	159
Tabelle 3.35: Situation Pflegebedürftiger mit und ohne Migrationshintergrund, 2016 (%)	162
Tabelle 3.36: Informationen über die Pflegeversicherung nach Migrationshintergrund, 2016 (%)	163
Tabelle 3.37: Inanspruchnahme von Leistungen der Pflegeversicherung nach Migrationshintergrund, 2016 (%)	164
Tabelle 3.38: Gründe für die ausschließliche Inanspruchnahme von Geldleistungen nach Migrationshintergrund, 2016 (Mehrfachnennungen, %)	165
Tabelle 4.1: Ambulante Pflegedienste nach Trägerschaft und Größe (Spaltenprozente)	176
Tabelle 4.2: Leistungsangebot ambulanter Pflegedienste 1998, 2010 und 2016 (%)	182
Tabelle 4.3: Leistungsangebot ambulanter Pflegedienste nach Einrichtungsgröße 2016 (%)	183
Tabelle 4.4: Pro Monat durch ambulante Pflegedienste betreute Pflegebedürftige nach Einrichtungsarten 2010, 2016	186
Tabelle 4.5: Pflegestufen der von ambulanten Pflegediensten versorgten Pflegebedürftigen sowie Anteil von PEA je Pflegestufe, 2016 (%)	188
Tabelle 4.6: Inanspruchnahme von Sach- und Kombinationsleistungen bei ambulanten Pflegediensten nach Einrichtungsart, 2016 (%)	190
Tabelle 4.7: Durch ambulante Pflegedienste erbrachte Pflegeeinsätze im der Befragung vorangehenden Monat nach Einrichtungsart, 2016 (Anzahl im letzten Monat)	191
Tabelle 4.8: Entwicklung der Zahl der Pflegeeinsätze in ambulanten Pflegediensten nach Einrichtungsgröße in den letzten sechs Monaten (%)	193
Tabelle 4.9: Zeitaufwand der ambulanten Pflegedienste nach Leistungskomplexen 1998, 2010 und 2015 (%)	196

Tabelle 4.10: Anteil der durch ambulante Pflegedienste versorgten Pflegebedürftigen mit selbst finanzierten SGB-XI-Leistungen nach Einrichtungsart 2010, 2016	197
Tabelle 4.11: Anteil der durch ambulante Pflegedienste versorgten Pflegebedürftigen mit selbst finanzierten Leistungen außerhalb des SGB XI nach Einrichtungsart 2010, 2016	198
Tabelle 4.12: Beschäftigte in ambulanten Pflegediensten nach Berufsgruppen und Beschäftigungsumfang (in Vollzeit umgerechnet), 2016	207
Tabelle 4.13: Beschäftigte in ambulanten Pflegediensten nach Berufsgruppen und Beschäftigungsumfang, 2010 und 2016 (in Vollzeit umgerechnet)	209
Tabelle 4.14: Berufsgruppenstruktur der Vollarbeitskräfte in ambulanten Pflegediensten	210
Tabelle 4.15: Pflegebedürftige je Vollzeitkraft in ambulanten Pflegediensten nach Einrichtungsart, 2010 und 2016 (Anzahl)	212
Tabelle 4.16: Entlohnung der fest angestellten Mitarbeiter nach Tarifvertrag, 2016 (%)	213
Tabelle 4.17: Ambulante Dienste mit auf Honorar- und Abrechnungsbasis Beschäftigten und von Zeitarbeitsfirmen entliehenem Personal nach Einrichtungsart, 2016 (%)	214
Tabelle 4.18: Qualifikationsstruktur des Pflegepersonals in ambulanten Pflegediensten	215
Tabelle 4.19: Qualifikationsstruktur des Pflegepersonals in ambulanten Pflegediensten 1998, 2010 und 2016 (%)	216
Tabelle 4.20: Zahl der examinierten Pflegekräfte in ambulanten Pflegediensten 2015 nach Zahl der Beschäftigten in Vollzeit (%)	221
Tabelle 4.21: Fluktuation der examinierten Pflegekräfte in ambulanten Pflegediensten 2015 nach Zahl der Beschäftigten in Vollzeit (%)	223
Tabelle 4.22: Zahl der nicht examinierten Pflegekräfte in ambulanten Pflegediensten 2015 nach Zahl der Beschäftigten in Vollzeit (%)	225
Tabelle 4.23: Fluktuation der nicht examinierten Pflegekräfte in ambulanten Pflegediensten 2015 nach Zahl der Beschäftigten in Vollzeit (%)	226
Tabelle 4.24: Situation des Personals in ambulanten Pflegediensten 2010, 2016 (%)	228
Tabelle 4.25: Anteil der ambulanten Dienste mit öffentlicher Förderung nach Einrichtungsarten, 2010 und 2016 (%)	230
Tabelle 4.26: Anteil der ambulanten Dienste, die den Pflegebedürftigen Investitions aufwendungen berechnen, nach Einrichtungsarten, 2010 und 2016 (%)	231
Tabelle 4.27: Ambulante Dienste mit der Angabe „überwiegend nicht kostendeckende Vergütung“, 2010 und 2016 (%)	233
Tabelle 5.1: Strukturmerkmale der Bewohnerinnen und Bewohner von vollstationären Pflegeeinrichtungen 1998, 2010 und 2016 (%)	241
Tabelle 5.2: Wohnort vor Aufnahme in die vollstationäre Pflegeeinrichtung nach Pflegestufe (%)	244
Tabelle 5.3: Übergang aus einem Krankenhaus in vollstationäre Pflegeeinrichtungen im Zeitverlauf (%)	246
Tabelle 5.4: Neu- bzw. Folgebegutachtung durch MDK und Einstufung in niedrigere Pflegestufe (%)	252
Tabelle 5.5: Von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der vollstationären Pflegeeinrichtung erhaltene Hilfe- und Pflegeleistungen nach Pflegestufe (%)	254
Tabelle 5.6: Anteil der Pflegebedürftigen (ohne PS 0) im letzten Monat des Quartals, die innerhalb des Quartals fachärztliche Leistungen erhalten haben (%)	267
Tabelle 5.7: Vom MDK bzw. einer Ärztin oder einem Arzt in den letzten zwölf Monaten empfohlene Maßnahmen nach Pflegestufe (%)	271
Tabelle 5.8: In den letzten 12 Monaten erhaltene Maßnahmen nach Pflegestufe, 2016 (%)	274

Tabelle 5.9:	Erhalt der empfohlenen Rehabilitationsmaßnahmen und Heilmittel (%)	277
Tabelle 6.1:	Plätze und Bewohnerinnen und Bewohner von stationären Pflegeeinrichtungen im Durchschnitt sowie Auslastung 2016 (durchschnittliche Anzahl pro Einrichtung)	289
Tabelle 6.2:	Geschlechteranteil im (voll-)stationären Bereich (%)	297
Tabelle 6.3:	Pflegestufen der Bewohnerinnen und Bewohner sowie Anteil von PEA je Pflegestufe, 2010 und 2016 (%)	298
Tabelle 6.4:	Pflegestufen der Pflegebedürftigen in teilstationärer oder Kurzzeitpflege, 2016 (%)	299
Tabelle 6.5:	Leistungsspektrum der stationären Pflegeeinrichtungen nach West- und Ostdeutschland, 2016 (%)	301
Tabelle 6.6:	Leistungsspektrum der vollstationären Pflegeeinrichtungen 1998, 2010 und 2016 (%)	302
Tabelle 6.7:	Bewohnerinnen und Bewohner in stationären Pflegeeinrichtungen nach Art der belegten Zimmer (%)	303
Tabelle 6.8:	Therapie- und Präventionsangebote sowie sonstige Angebote der stationären Pflegeeinrichtungen nach West- und Ostdeutschland, 2016 (%)	306
Tabelle 6.9:	Therapie- und Präventionsangebote sowie sonstige Angebote der vollstationären Pflegeeinrichtungen 1998, 2010 und 2016 (%)	307
Tabelle 6.10:	Soziale Aktivitäten und Betreuungsangebote in stationären Pflegeeinrichtungen, 2016 (%)	310
Tabelle 6.11:	Abschluss von Kooperationsverträgen mit Zahn- bzw. Fachärzten, 2016 (%)	313
Tabelle 6.12:	Anteil der Bewohnerinnen und Bewohner stationärer Pflegeeinrichtungen mit Migrationshintergrund, 2016 (%)	315
Tabelle 6.13:	Beschäftigte in stationären Pflegeeinrichtungen nach Berufsgruppen und Beschäftigungsumfang (pro Einrichtung in Vollzeitarbeitsplätze umgerechnet), 2016	319
Tabelle 6.14:	Beschäftigte in stationären Pflegeeinrichtungen nach West-, Ostdeutschland und Beschäftigungsumfang (pro Einrichtung in Vollzeitarbeitsplätze umgerechnet), 2016	320
Tabelle 6.15:	Anteil der Vollzeitkräfte nach Berufsgruppen in stationären Pflegeeinrichtungen in West- und Ostdeutschland. 2016 (%)	323
Tabelle 6.16:	Vollzeitkräfte je 100 Bewohner/innen in stationären Pflegeeinrichtungen nach Berufsgruppen, 2016 (Beschäftigte pro Einrichtung)	324
Tabelle 6.17:	Vollzeitkräfte je 100 Bewohner/innen nach Berufsgruppen und Einrichtungsgröße, 2016 (Beschäftigte pro Einrichtung)	325
Tabelle 6.18:	Vollzeitkräfte je 100 Bewohner/innen in vollstationären Pflegeeinrichtungen nach Berufsgruppen 1998, 2010, 2016 (Beschäftigte pro Einrichtung)	326
Tabelle 6.19:	Zahl der Pflegebedürftigen (Stufe 0 bis III) je Pflege- und Betreuungskraft in vollstationären Einrichtungen nach Einrichtungsart, 2016 (Quote)	328
Tabelle 6.20:	Entlohnung der fest angestellten Mitarbeiter nach Tarifvertrag, 2016 (%)	330
Tabelle 6.21:	Stationäre Einrichtungen mit auf Honorar- bzw. Abrechnungsbasis Beschäftigten sowie von Zeitarbeitsfirmen entliehenem Personal, 2016 (%)	332
Tabelle 6.22:	Qualifikationsstruktur des Pflegepersonals in vollstationären Pflegeeinrichtungen, 2016 (Beschäftigte pro Einrichtung)	333
Tabelle 6.23:	Qualifikationsstruktur des Pflegepersonals in (voll-)stationären Pflegeeinrichtungen 1998, 2010 und 2016 (Vollzeitkräfte, %)	334

Tabelle 6.24: Qualifikationsstruktur des Pflegepersonals in stationären Pflegeeinrichtungen nach West- und Ostdeutschland, 2016 (Vollzeitarbeitskräfte, %)	335
Tabelle 6.25: Qualifizierungen der Pflegedienstleitungen in stationären Pflegeeinrichtungen nach alten und neuen Bundesländern (Mehrfachnennungen, %)	339
Tabelle 6.26: Vollstationäre Pflegeeinrichtungen, die zusätzliche Betreuungskräfte nach § 87b SGB XI beschäftigen, nach Einrichtungsart 2010, 2016(%)	341
Tabelle 6.27: Zahl der Pflegebedürftigen je zusätzlicher Betreuungskraft nach § 87b SGB XI nach Einrichtungsart (%)	342
Tabelle 6.28: Freiwillige Helferinnen und Helfer in stationären Einrichtungen, 2016 (%)	345
Tabelle 6.29: Entwicklung der Zahl der examinieren Pflegekräfte in vollstationären Pflegeeinrichtungen 2015 nach Einrichtungsgröße (%)	348
Tabelle 6.30: Fluktuation der examinieren Pflegekräfte in vollstationären Pflegeeinrichtungen 2015 nach Einrichtungsgröße (%)	350
Tabelle 6.31: Entwicklung der Zahl der nicht examinieren Pflegekräfte in vollstationären Pflegeeinrichtungen 2015 nach Einrichtungsgröße (%)	352
Tabelle 6.32: Fluktuation der nicht examinieren Pflegekräfte in vollstationären Pflegeeinrichtungen 2015 nach Einrichtungsgröße (%)	354
Tabelle 6.33: Entwicklung der Zahl der Betreuungskräfte in vollstationären Pflegeeinrichtungen 2015 nach Einrichtungsgröße (%)	356
Tabelle 6.34: Situation des Personals in (voll-)stationären Pflegeeinrichtungen 2010, 2016 (%)	360
Tabelle 6.35: Pflegekosten in vollstationären Pflegeeinrichtungen 2010 und 2016	361
Tabelle 6.36: Höhe der monatlichen Gesamtentgelte <sup>1)</sup> in vollstationären Pflegeeinrichtungen (Durchschnitt pro Monat vor Leistungen der Pflegeversicherung, Euro gerundet)	363
Tabelle 6.37: Pflegekosten im teilstationären Bereich 2016 (Durchschnitt pro Tag, Euro gerundet)	364
Tabelle 6.38: Geplante Einstellungen von zusätzlichem Pflegepersonal sowie von zusätzlichen Betreuungskräften nach § 87b in den nächsten drei Jahren, 2016 (%)	368

## 8 Abbildungsverzeichnis

Abbildung 2.1:	Pflegebedürftige der Sozialen Pflegeversicherung nach Pflegestufen (Anteil nach Pflegestufen)	18
Abbildung 2.2:	Errechneter Anteil der Empfänger von Hilfe zur Pflege in stationären Einrichtungen an allen Pflegebedürftigen in stationären Einrichtungen	22
Abbildung 3.1:	Pflegebedürftige in Privathaushalten – die Eingruppierung in Pflegestufen 1998, 2010 und 2016 (%)	37
Abbildung 3.2:	Verteilung der Pflegestufen (ohne PS 0) in häuslicher Pflege	38
Abbildung 3.3:	Verteilung der Leistungsempfänger (inkl. PS 0) in häuslicher Pflege	39
Abbildung 3.4:	Hilfebedarf in der Nacht, 2016 (%)	40
Abbildung 3.5:	Pflegebedürftige in Privathaushalten – Altersstruktur 1998, 2010 und 2016 (%)	42
Abbildung 3.6:	Altersstruktur pflegebedürftiger Männer	44
Abbildung 3.7:	Altersstruktur pflegebedürftiger Frauen	45
Abbildung 3.8:	Pflegebedürftige in Privathaushalten – Häusliche Lebensformen 1998, 2010 und 2016 (%)	46
Abbildung 3.9:	Hilfe zur Pflege nach dem SGB XII (Bundessozialhilfegesetz) 1998, 2010 und 2016 (%)	52
Abbildung 3.10:	Zahl der an der Pflege beteiligten Privatpersonen 1998, 2010 und 2016 (%)	53
Abbildung 3.11:	Zahl der an der Pflege beteiligten Privatpersonen nach Pflegestufen, 2016 (%)	54
Abbildung 3.12:	Erwerbstätigkeit der Hauptpflegepersonen 1998, 2010 und 2016 (%)	59
Abbildung 3.13:	Zeitaufwand der Hauptpflegeperson für die Pflege 1998, 2010 und 2016 (Stunden pro Woche)	62
Abbildung 3.14:	Belastung der Hauptpflegeperson 1998, 2010 und 2016 (%)	63
Abbildung 3.15:	Wie wird die häusliche Pflegesituation insgesamt eingeschätzt? (2016, %)	63
Abbildung 3.16:	Gründe für die Nichtinanspruchnahme der kurzzeitigen Arbeitsverhinderung bei Pflegeeintritt 2010 und 2016 (Mehrfachnennungen, %)	66
Abbildung 3.17:	Inanspruchnahme der Pflegezeit 2010 und 2016 (Mehrfachnennungen, %)	67
Abbildung 3.18:	Gründe für die Nichtinanspruchnahme der Pflegezeit 2010 und 2016 (Mehrfachnennungen, %)	68
Abbildung 3.19:	Gründe für die Nichtinanspruchnahme der Familienpflegezeit (Mehrfachnennungen, %)	70
Abbildung 3.20:	Anteil der Pflegebedürftigen, für die innerhalb eines Monats Rentenversicherungsbeiträge für die Pflegeperson gezahlt wurden (%)	71
Abbildung 3.21:	Bezug von Leistungen der Pflegeversicherung: monatliche Regelleistungen 1998, 2010 und 2016 (%)	74
Abbildung 3.22:	Anteil der Pflegebedürftigen (ohne PS 0), die innerhalb eines Monats Pflegegeld erhalten haben (%)	75
Abbildung 3.23:	Anteil der Leistungsempfänger in PS 0, die innerhalb eines Monats Pflegegeld erhalten haben (%)	75
Abbildung 3.24:	Anteil der Pflegebedürftigen (ohne PS 0), die innerhalb eines Monats Pflegesach- oder Kombileistungen erhalten haben (%)	76
Abbildung 3.25:	Anteil der Leistungsempfänger in PS 0, die innerhalb eines Monats Pflegesach- oder Kombileistungen erhalten haben (%)	76

Abbildung 3.26: Bezug von Leistungen der Pflegeversicherung: zusätzliche Leistungen 1998, 2010 und 2016 (%)	78
Abbildung 3.27: Bezug von Pflegesachleistungen und Kombileistungen nach Pflegestufen, 2016 (%)	84
Abbildung 3.28: Inanspruchnahme von teilstationären Leistungen nach Pflegestufe, 2016 (%)	89
Abbildung 3.29: Bekanntheit: Pflegebedürftige Personen können seit 2015 teilstationäre Tages- und Nachtpflege zusätzlich zu ambulanten Pflegesachleistungen, Pflegegeld oder der Kombinationsleistung in Anspruch nehmen, ohne dass eine Anrechnung auf diese Ansprüche erfolgt (%)	91
Abbildung 3.30: Anteil der Pflegebedürftigen (ohne PS 0), die innerhalb eines Monats teilstationäre Leistungen erhalten haben (%)	92
Abbildung 3.31: Anteil der Leistungsempfänger in PS 0, die innerhalb eines Monats teilstationäre Leistungen erhalten haben (%)	93
Abbildung 3.32: Anteil der Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz nach Pflegestufen, 2016 (%)	95
Abbildung 3.33: Bekanntheit: Zusätzliche Betreuungs- und Entlastungsleistungen können seit 2015 auch von Personen ohne eingeschränkte Alltagskompetenz in Anspruch genommen werden, 2016 (%)	96
Abbildung 3.34: Anteil der Pflegebedürftigen ohne EA, die innerhalb eines Monats Betreuungs- und Entlastungsleistungen nach § 45b SGB XI erhalten haben (%)	97
Abbildung 3.35: Verwendung der zusätzlichen Betreuungs- und Entlastungsleistungen in den letzten zwölf Monaten, 2016 (Mehrfachnennungen, %)	98
Abbildung 3.36: Verwendung der zusätzlichen Betreuungs- und Entlastungsleistungen in den letzten zwölf Monaten, 2010 und 2016 (Mehrfachnennungen, %)	98
Abbildung 3.37: Ausgewählte Gründe für die Nicht-Inanspruchnahme von Betreuungs- und Entlastungsleistungen, 2016 (Mehrfachnennungen, %)	99
Abbildung 3.38: Bekanntheit der Leistungsumwidmung von bis zu 40 Prozent der Sachleistungen in zusätzliche Betreuungs- und Entlastungsleistungen, 2016 (%)	100
Abbildung 3.39: Bekanntheit der Möglichkeit, auch solche zusätzlichen Betreuungs- und Entlastungsangebote in Anspruch zu nehmen, die gezielt auf die Pflegepersonen ausgerichtet sind und diese entlasten sollen, 2016 (%)	101
Abbildung 3.40: Bezug von Kurzzeitpflege und Verhinderungspflege in den letzten zwölf Monaten nach Pflegestufe (%)	102
Abbildung 3.41: Kurzzeitpflege und Verhinderungspflege in den letzten zwölf Monaten 1998, 2010 und 2016 (%)	103
Abbildung 3.42: Bekanntheit der Ausweitung des Leistungsumfangs seit Januar 2015 bei Kurzzeitpflege von vier auf acht Wochen, 2016 (%)	104
Abbildung 3.43: Bekanntheit der Ausweitung des Leistungsumfangs seit Januar 2015 bei Verhinderungspflege von vier auf sechs Wochen, 2016 (%)	105
Abbildung 3.44: Bekanntheit der Möglichkeit der Leistungsumwidmung von Verhinderungspflege in Kurzzeitpflege, 2016 (%)	106
Abbildung 3.45: Bekanntheit der Leistungsumwidmung von 50 Prozent der Kurzzeitpflege in Verhinderungspflege, 2016 (%)	106
Abbildung 3.46: Bekanntheit, dass Pflegegeld für bis zu vier Wochen je Kalenderjahr hälftig weitergezahlt wird, wenn Kurzzeit- oder Verhinderungspflege in Anspruch genommen wird, 2016 (%)	107

Abbildung 3.47: Bekanntheit der Leistungsausweitung, dass Kurzzeitpflege auch in anderen geeigneten Einrichtungen einschließlich Einrichtungen der Hilfe für Menschen mit Behinderung, und das auch ohne Altersgrenze, in Anspruch genommen werden kann, 2016 (%)	108
Abbildung 3.48: Anteil der Pflegebedürftigen (ohne PS 0), die innerhalb eines Monats Kurzzeitpflege erhalten haben (%)	109
Abbildung 3.49: Anteil der Pflegebedürftigen (ohne PS 0), die innerhalb von zwölf Monaten Kurzzeitpflege erhalten haben (%)	110
Abbildung 3.50: Anteil der Leistungsempfänger in PS 0, die innerhalb eines Monats Kurzzeitpflege erhalten haben (%)	111
Abbildung 3.51: Anteil der Leistungsempfänger in PS 0, die innerhalb von zwölf Monaten Kurzzeitpflege erhalten haben (%)	111
Abbildung 3.52: Anteil der Pflegebedürftigen (ohne PS 0), die innerhalb eines Monats Verhinderungspflege erhalten haben (%)	113
Abbildung 3.53: Anteil der Pflegebedürftigen (ohne PS 0), die innerhalb von zwölf Monaten Verhinderungspflege erhalten haben (%)	113
Abbildung 3.54: Anteil der Leistungsempfänger in PS 0, die innerhalb eines Monats Verhinderungspflege erhalten haben (%)	114
Abbildung 3.55: Anteil der Leistungsempfänger in PS 0, die innerhalb von zwölf Monaten Verhinderungspflege erhalten haben (%)	115
Abbildung 3.56: Bekanntheit der Leistungserhöhung der Zuschüsse je baulich-technischer Maßnahme auf bis zu 4.000 Euro je Maßnahme, 2016 (%)	116
Abbildung 3.57: Bezug von Zuschüssen zu baulich-technischen Maßnahmen in der Wohnung 2010 und 2016 (%)	117
Abbildung 3.58: Durchschnittliche Höhe der Summe der bewilligten Zuschüsse zu baulich-technischen Maßnahmen je Pflegebedürftigem nach Pflegestufe (%)	117
Abbildung 3.59: Höhe der Summe der Zuschüsse für baulich-technische Maßnahmen, 2016 (%)	118
Abbildung 3.60: Anteil der Pflegebedürftigen (ohne PS 0), die innerhalb eines Monats Leistungen zu wohnumfeldverbessernden Maßnahmen erhalten haben (%)	120
Abbildung 3.61: Anteil der Pflegebedürftigen (ohne PS 0), die innerhalb von zwölf Monaten Leistungen zu wohnumfeldverbessernden Maßnahmen erhalten haben (%)	120
Abbildung 3.62: Anteil der Leistungsempfänger in PS 0, die innerhalb eines Monats Leistungen zu wohnumfeldverbessernden Maßnahmen erhalten haben (%)	121
Abbildung 3.63: Anteil der Leistungsempfänger in PS 0, die innerhalb von zwölf Monaten Leistungen zu wohnumfeldverbessernden Maßnahmen erhalten haben (%)	121
Abbildung 3.64: Zufriedenheit mit dem Umfang der gewährten Leistungen der Pflegeversicherung 1998, 2010 und 2016 (%)	122
Abbildung 3.65: Zufriedenheit mit dem Umfang der gewährten Leistungen der Pflegeversicherung nach Pflegestufen, 2016 (%)	123
Abbildung 3.66: Zufriedenheit mit der Beratung und Abwicklung der Leistungsansprüche durch die Pflegekasse 1998, 2010 und 2016 (%)	124
Abbildung 3.67: Anteil der Pflegebedürftigen (ohne PS 0), die innerhalb eines Monats Zuschüsse für Wohngruppen erhalten haben (%)	125
Abbildung 3.68: Anteil der Leistungsempfänger in PS 0, die innerhalb eines Monats Zuschüsse für Wohngruppen erhalten haben (%)	125
Abbildung 3.69: Anteil der Pflegebedürftigen (ohne PS 0), die innerhalb eines Monats eine Anschubfinanzierung für Wohngruppen erhalten haben (%)	126



Abbildung 3.70: Anteil der Leistungsempfänger in PS 0, die innerhalb eines Monats eine Anschubfinanzierung für Wohngruppen erhalten haben (%)	127
Abbildung 3.71: Empfehlung von Heilmitteln, Hilfsmitteln und Rehabilitationsmaßnahmen durch den Medizinischen Dienst, 2016 (%)	128
Abbildung 3.72: Empfohlene Maßnahmen, 2010 und 2016 (Mehrfachnennungen, %)	129
Abbildung 3.73: Gründe für die (teilweise) Nichtinanspruchnahme von empfohlenen Heilmitteln und Rehabilitationsmaßnahmen 2010 und 2016 (Mehrfachnennungen, %)	131
Abbildung 3.74: Bewilligung oder Bereitstellung von Hilfsmitteln, 2016 (Mehrfachnennungen, %)	132
Abbildung 3.75: Anteil der Pflegebedürftigen (ohne PS 0), die innerhalb eines Monats Zahlungen für zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel erhalten haben (%)	134
Abbildung 3.76: Anteil der Leistungsempfänger in PS 0, die innerhalb eines Monats Zahlungen für zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel erhalten haben (%)	135
Abbildung 3.77: Anteil der Pflegebedürftigen (ohne PS 0), die innerhalb eines Monats Zahlungen für technische Hilfsmittel erhalten haben (%)	136
Abbildung 3.78: Anteil der Leistungsempfänger in PS 0, die innerhalb eines Monats Zahlungen für technische Hilfsmittel erhalten haben (%)	136
Abbildung 3.79: Anteil der Versicherten nach PS im letzten Monat eines Quartals, die innerhalb des Quartals einen Behandlungsfall durch Allgemeinmediziner hatten (%)	138
Abbildung 3.80: Anteil der Versicherten nach PS im letzten Monat des Quartals, die innerhalb des Quartals einen Behandlungsfall durch Orthopäden hatten (%)	139
Abbildung 3.81: Anteil der Versicherten nach PS im letzten Monat des Quartals, die innerhalb des Quartals einen Behandlungsfall durch Nervenärzte hatten (%)	140
Abbildung 3.82: Anteil der Versicherten nach PS im letzten Monat des Quartals, die innerhalb des Quartals einen zahnärztlichen Behandlungsfall hatten (%)	141
Abbildung 3.83: Einschätzung des eigenen Wissens über Leistungen der Pflegeversicherung 2010 und 2016 (%)	144
Abbildung 3.84: Einschätzung des eigenen Wissens über Leistungen der Pflegeversicherung nach Pflegestufen, 2016 (%)	144
Abbildung 3.85: Genutzte Anlaufstellen, um sich über Fragen im Zusammenhang mit der Pflegebedürftigkeit zu informieren, 2010 und 2016 (Mehrfachnennungen, %)	145
Abbildung 3.86: Beurteilung, wie hilfreich die erhaltenen Informationswaren, 2016 (%)	146
Abbildung 3.87: Merkmale der individuellen Pflegeberatung 2010 und 2016 (Mehrfachnennungen, %)	149
Abbildung 3.88: Verbesserung der Pflegesituation durch die Pflegeberatung, 2016 (%)	150
Abbildung 3.89: Zufriedenheit mit der Pflegeberatung 2010 und 2016 (%)	151
Abbildung 3.90: Gründe für eine Nicht-Inanspruchnahme der Pflegeberatung, 2016 (%)	152
Abbildung 3.91: Zufriedenheit mit der Einstufung des MDK 1998, 2010 und 2016 (%)	153
Abbildung 3.92: Selbst finanzierte professionelle Hilfen, Anteil derjenigen, die Hilfen mindestens einmal pro Woche in Anspruch nehmen, 2010 und 2016 (Mehrfachnennungen, %)	158
Abbildung 3.93: Leistungen, die zusätzlich angeboten bzw. erweitert werden sollten, 2010 und 2016 (Mehrfachnennungen, %)	160
Abbildung 4.1: Trägerschaft der ambulanten Pflegedienste 1998, 2010 und 2016 (%)	173
Abbildung 4.2: Umsatzanteil der Pflegeversicherungsleistungen bei ambulanten Pflegediensten, 2010 und 2016 (%)	174



Abbildung 4.3:	Ambulante Pflegedienste nach Zahl der Beschäftigten (in Vollzeit) 1998, 2010 und 2016 (%)	175
Abbildung 4.4:	Ambulante Dienste nach Gemeindegröße und West-Ost 2016 (%)	177
Abbildung 4.5:	Ambulante Pflegedienste, die mit anderen Stellen kooperieren 2016 (%)	184
Abbildung 4.6:	Von ambulanten Pflegediensten betreute Pflegebedürftige nach Pflegestufe 1998, 2010 und 2016 (%)	187
Abbildung 4.7:	Ambulante Pflegedienste nach Zahl der gesamten Einsätze 2016 (%)	192
Abbildung 4.8:	Realisierung des Wunsches nach gleichgeschlechtlicher Pflege bei ambulanten Pflegediensten nach Einrichtungsgröße, 2016 (%)	199
Abbildung 4.9:	Anteil der Pflegebedürftigen mit Migrationshintergrund an allen von ambulanten Pflegediensten versorgten Pflegebedürftigen, 2010 und 2016 (%)	201
Abbildung 4.10:	Betreuung von Pflegebedürftigen mit Migrationshintergrund durch Pflegekräfte, die dieselbe Muttersprache sprechen, 2010 und 2016 (%)	202
Abbildung 4.11:	Anteil der Pflegekräfte mit Migrationshintergrund in ambulanten Pflegediensten, 2010 und 2016 (%)	203
Abbildung 4.12:	Betreuung von Pflegebedürftigen ohne Migrationshintergrund durch Pflegekräfte, deren Muttersprache Deutsch ist oder die sehr gut Deutsch sprechen (%)	204
Abbildung 4.13:	Bedeutung der jährlichen Qualitätsprüfung durch den MDK bzw. den PKV-Prüfdienst für internes Qualitätsmanagement, 2016 (Zustimmung in %)	205
Abbildung 4.14:	Personal der ambulanten Pflegedienste nach Beschäftigungsumfang und West- bzw. Ostdeutschland, 2016 (%)	208
Abbildung 4.15:	Einrichtungsbezogene Fachkraftquoten in ambulanten Pflegediensten, 2010 und 2016 (%)	217
Abbildung 4.16:	Entwicklung der Zahl der examinierten Pflegekräfte in ambulanten Pflegediensten 1997, 2009 und 2015 (%)	220
Abbildung 4.17:	Anteil an examinierten Pflegekräften, die 1997, 2009, 2015 ausgeschieden sind, an allen exam. Pflegekräften zum Befragungszeitpunkt (%)	222
Abbildung 4.18:	Entwicklung der Zahl der nicht examinierten Pflegekräfte in ambulanten Pflegediensten 1997, 2009 und 2015 (%)	224
Abbildung 4.19:	Anteil an nicht examinierten Pflegekräften, die 1997, 2009 und 2015 ausgeschieden sind, an allen nicht exam. Pflegekräften zum Befragungszeitpunkt (%)	226
Abbildung 4.20:	Vergütung der ambulanten Pflegeleistungen und der hauswirtschaftlichen Versorgung im Rahmen der Pflegeversicherung 1998, 2010 und 2016 (%)	232
Abbildung 4.21:	Kostendeckende Vergütung nach Pflegediensten mit und ohne Tarifbindung, 2016 (%)	235
Abbildung 4.22:	Kapazitätsentwicklung bei ambulanten Pflegediensten, 2010 und 2016 (%)	236
Abbildung 5.1:	Index auf Basis der Hochrechnung der Pflegebedürftigen (inkl. PS 0) in vollstationärer Pflege nach Alterskategorien und Geschlecht zum Basisjahr 2012	243
Abbildung 5.2:	Pflegebedürftige mit Sozialhilfebezug in vollstationären Einrichtungen nach West- und Ostdeutschland 1999, 2010 und 2016 (%)	247
Abbildung 5.3:	Pflegebedürftige der Pflegestufen I bis III mit Sozialhilfebezug in vollstationären Einrichtungen, 2016 (%)	248
Abbildung 5.4:	Pflegestufen der Bewohnerinnen und Bewohner von vollstationären Pflegeeinrichtungen 1998, 2010 und 2016 (%)	249

Abbildung 5.5:	Verteilung nach Pflegestufen in vollstationärer Pflege	250
Abbildung 5.6:	Anerkennung einer erheblich eingeschränkten Alltagskompetenz nach § 45a, 2016 (%)	251
Abbildung 5.7:	Unterstützung durch zusätzliche Betreuungskräfte nach § 87b SGB XI, 2016 (%)	257
Abbildung 5.8:	Unterstützung durch zusätzliche Betreuungskräfte nach § 87b, 2010 und 2016 (%)	258
Abbildung 5.9:	Anteil der Pflegebedürftigen (ohne PS 0), die innerhalb eines Monats Leistungen nach § 87b SGB XI erhalten haben (%)	259
Abbildung 5.10:	Migrationshintergrund von Pflegebedürftigen, 2016 (%)	261
Abbildung 5.11:	Migrationshintergrund der Auskunft gebenden Pflegekräfte, 2016 (%)	262
Abbildung 5.12:	Anteil der Pflegebedürftigen (ohne PS 0) im letzten Monat des Quartals, die innerhalb des Quartals einen Behandlungsfall durch Allgemeinmediziner hatten (%)	266
Abbildung 5.13:	Anteil der Pflegebedürftigen (ohne PS 0) im letzten Monat des Quartals, die innerhalb des Quartals einen zahnärztlichen Behandlungsfall hatten (%)	268
Abbildung 5.14:	Empfehlung von Maßnahmen durch MDK oder Verordnung durch Arzt/Ärztin, 2016 (%)	270
Abbildung 5.15:	Erhalt von Maßnahmen in den letzten 12 Monaten, 2016 (%)	272
Abbildung 5.16:	Erhaltene Heilmittel und Maßnahmen 2005, 2010 , 2016 (%)	276
Abbildung 5.17:	Pflegerische und hauswirtschaftliche Unterstützung der Pflegebedürftigen durch weitere Personen, 2016 (%)	279
Abbildung 5.18:	Hilfen zur sozialen Betreuung der Pflegebedürftigen durch weitere Personen, 2016 (%)	280
Abbildung 6.1:	Trägerschaft der stationären Pflegeeinrichtungen 1998, 2010 und 2016 (%)	285
Abbildung 6.2:	Größe der (voll-)stationären Pflegeeinrichtungen 1998, 2010 und 2016 (%)	286
Abbildung 6.3:	Trägerschaft der vollstationären Pflegeeinrichtungen nach Größe, 2016 (%)	288
Abbildung 6.4:	Ausgewählte Angebote stationärer Pflegeeinrichtungen, 2016 (%)	291
Abbildung 6.5:	Trägerschaft der Pflegeeinrichtungen mit teilstationärer Pflege und Kurzzeitpflege, 2016 (%)	292
Abbildung 6.6:	Größe der Pflegeeinrichtungen mit Tagespflege und Kurzzeitpflege, 2016 (%)	293
Abbildung 6.7:	Stationäre Pflegeeinrichtungen nach Gemeindegröße, 2016 (%)	294
Abbildung 6.8:	Größe der stationären Pflegeeinrichtungen nach West-Ost, 2016 (%)	295
Abbildung 6.9:	Angebot an gesondert berechnungsfähigen Zusatzleistungen in stationären Pflegeeinrichtungen nach West- und Ostdeutschland, 2016 (%)	304
Abbildung 6.10:	Organisation der ärztlichen Versorgung in stationären Pflegeeinrichtungen, 2016 (%)	312
Abbildung 6.11:	Bedeutung der jährlichen Qualitätsprüfung durch den MDK bzw. den PKV-Prüfdienst für internes Qualitätsmanagement, 2016 (%)	317
Abbildung 6.12:	Zufriedenheit mit der Beratung durch den MDK bzw. PKV-Prüfdienst im Rahmen der Qualitätsprüfung, 2016 (%)	318
Abbildung 6.13:	Personal der stationären Pflegeeinrichtungen nach Beschäftigungsumfang 1998, 2010, 2016 (%)	321
Abbildung 6.14:	Personal der stationären Pflegeeinrichtungen nach Beschäftigungsumfang und West- bzw. Ostdeutschland, 2016 (%)	322
Abbildung 6.15:	Zahl der Pflegebedürftigen (Stufe 0 bis III) je Betreuungskraft in vollstationären Einrichtungen, 1998, 2010 und 2016 (%)	329

Abbildung 6.16: Einrichtungsbezogene Fachkraftquoten im Bereich der Betreuung in stationären Pflegeeinrichtungen, 2016 (%)	337
Abbildung 6.17: Qualifizierungen bzw. Studium der Pflegedienstleitung in stationären Pflegeeinrichtungen, 2016 (Mehrfachnennungen, %)	338
Abbildung 6.18: Zahl der zusätzlichen Betreuungskräfte in vollstationären Einrichtungen 2010, 2015 und 2016 (in Vollzeit umgerechnet, durchschnittliche Anzahl pro Einrichtung)	344
Abbildung 6.19: Entwicklung der Zahl der examinieren Pflegekräfte in vollstationären Pflegeeinrichtungen 1997, 2009 und 2015 (%)	347
Abbildung 6.20: Anteil an examinieren Pflegekräften, die 1997, 2009, 2015 ausgeschieden sind, an allen exam. Pflegekräften zum Befragungszeitpunkt (%)	349
Abbildung 6.21: Entwicklung der Zahl der nicht examinieren Pflegekräfte in vollstationären Pflegeeinrichtungen 1997, 2009 und 2015 (%)	351
Abbildung 6.22: Anteil an nicht examinieren Pflegekräften, die 1997, 2009, 2015 ausgeschieden sind, an allen nicht exam. Pflegekräften zum Befragungszeitpunkt (%)	353
Abbildung 6.23: Fluktuation von Betreuungskräften und (nicht) examinieren Pflegekräften in vollstationären Pflegeeinrichtungen, 2015 (%)	355
Abbildung 6.24: Situation des festangestellten therapeutischen Personals in vollstationären Pflegeeinrichtungen, 2015 (%)	357
Abbildung 6.25: Vollstationäre Einrichtungen mit Warteliste nach Einrichtungsart, 2016 (%)	365
Abbildung 6.26: Planung einer Kapazitätserweiterung in verschiedenen Bereichen, 2016 (%)	367

## 9 Literatur

Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung (2013): Lebenslagen in Deutschland Der Vierte Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung. [https://www.bmas.de/SharedDocs/Downloads/DE/PDF-Publikationen-DinA4/a334-4-armuts-reichtumsbericht-2013.pdf?\\_\\_blob=publication-File](https://www.bmas.de/SharedDocs/Downloads/DE/PDF-Publikationen-DinA4/a334-4-armuts-reichtumsbericht-2013.pdf?__blob=publication-File) (Abruf vom 28.10.2016)

BMFSFJ, [= Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend] (2011): Neue Wege – gleiche Chancen. Gleichstellung von Frauen und Männern im Lebensverlauf. Erster Gleichstellungsbericht. Stellungnahme der Bundesregierung zum Gutachten der Sachverständigenkommission Gutachten der Sachverständigenkommission. Deutscher Bundestag: Drucksache 17/6240. <http://www.bmfsfj.de/RedaktionBMFSFJ/Broschuerenstelle/Pdf-Anlagen/Erster-Gleichstellungsbericht-Neue-Wege-Gleiche-Chancen,property=pdf,bereich=bmfsfj,sprache=de,rwb=true.pdf> (aktuell am 6.11.2011).

BMG, [= Bundesministerium für Gesundheit] (2009): Bericht des Beirats zur Überprüfung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs. URL: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/uploads/publications/Neuer-Pflegebeduerftigkeitsbegr.pdf> (aktuell am 29.08.2013)

BMG, [= Bundesministerium für Gesundheit] (2013): Bericht des Expertenbeirats zur konkreten Ausgestaltung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs. URL: [http://www.bmg.bund.de/fileadmin/dateien/Publikationen/Pflege/Berichte/Bericht\\_Pflegebegriff\\_RZ\\_Ansicht.pdf](http://www.bmg.bund.de/fileadmin/dateien/Publikationen/Pflege/Berichte/Bericht_Pflegebegriff_RZ_Ansicht.pdf) (aktuell am 30.09.2014).

BMG, [= Bundesministerium für Gesundheit] (2016a): Leistungsempfänger der sozialen Pflegeversicherung (Zeitreihen 1995 bis 2015) am Jahresende nach Pflegestufen. URL: [http://www.bmg.bund.de/fileadmin/dateien/Downloads/Statistiken/Pflegeversicherung/2015/Leistungsempfaenger/Pflegestufen\\_1995-2015.pdf](http://www.bmg.bund.de/fileadmin/dateien/Downloads/Statistiken/Pflegeversicherung/2015/Leistungsempfaenger/Pflegestufen_1995-2015.pdf) (aktuell am 12.10.2016).

BMG, [= Bundesministerium für Gesundheit] (2016b): Leistungsempfänger der sozialen Pflegeversicherung (Zeitreihen 1995 bis 2015) im Jahresdurchschnitt nach Leistungsarten. URL: [http://www.bmg.bund.de/fileadmin/dateien/Downloads/Statistiken/Pflegeversicherung/2015/Leistungsempfaenger/Leistungsarten\\_1995-2015.pdf](http://www.bmg.bund.de/fileadmin/dateien/Downloads/Statistiken/Pflegeversicherung/2015/Leistungsempfaenger/Leistungsarten_1995-2015.pdf) (aktuell am 12.10.2016)

BMG, [= Bundesministerium für Gesundheit] (2016c): Statistik der Pflegekassen 2015. Zum Zeitpunkt der Berichterstellung noch unveröffentlichte Vorabtabellen des BMG

BMG, [= Bundesministerium für Gesundheit] (2016d): Die Finanzentwicklung der Sozialen Pflegeversicherung. Ist-Ergebnisse ohne Rechnungsabgrenzung. URL: [http://www.bmg.bund.de/fileadmin/dateien/Downloads/Statistiken/Pflegeversicherung/Finanzentwicklung\\_Pflegeversicherung\\_xls/1995-2015\\_03-Finanzentwicklung-der-sozialen-Pflegeversicherung.pdf](http://www.bmg.bund.de/fileadmin/dateien/Downloads/Statistiken/Pflegeversicherung/Finanzentwicklung_Pflegeversicherung_xls/1995-2015_03-Finanzentwicklung-der-sozialen-Pflegeversicherung.pdf) (aktuell am 12.10.2016)

Brandhorst, A.; Focke, K.; Kalwitzki, T.; Müller, R.; Schmelzer, C.; Rothgang, H. (2016): Versorgungspotentiale in der Mundgesundheit bei Pflegebedürftigen erkennen und nutzen. In: G+S Gesundheits- und Sozialpolitik (3), 53-58. doi: 10.5771/1611-5821-2016-3-53.

- Hallauer, J.; Bienstein, C.; Lehr, U.; Rönsch, H. (2005): SÄVIP - Studie zur ärztlichen Versorgung in Pflegeheimen. Hannover: Vincentz Network Marketing Service. URL: [http://www.zukunftsforum-demenz.de/pdf/SAEVIP\\_studie.pdf](http://www.zukunftsforum-demenz.de/pdf/SAEVIP_studie.pdf)
- Hibbeler, B. (2005): Pflegeheime: Schlechte Noten für die ärztliche Versorgung. In: Deutsches Ärzteblatt, 102 (41).
- Hibbeler, B. (2007): Ärztliche Versorgung in Pflegeheimen: Von Kooperationen profitieren alle. In: Deutsches Ärzteblatt, 104 (48), 2901-2908.
- Jacobs, K.; Rothgang, H. (2014): Pferdefuß beim Pflegefonds, in: G+G, 17. Jg, Heft 6: 26-29.
- Jordan, R.; Micheelis, W. (Gesamtbearbeitung), Fünfte Deutsche Mundgesundheitsstudie (DMS V), (Hrsg.): Institut der Deutschen Zahnärzte (IDZ), Köln, 2016. ISBN 978-3-7691-0020-4.
- Kotek, H. (2005): Acht Jahre "Berliner Projekt" in der stationären Pflege. Hohe Qualität, weniger Kosten. In Füsgen, Ingo; Hallauer, Johannes F. (Hrsg.): Zukunftsforum Demenz. Demenzbehandlung in Pflegeheimen - Wirklichkeit, Chancen und Grenzen. (Vol. 16, S. 51-57). Berlin.
- Manojlovic, S. (2010): Mundgesundheit bei Bewohnern in Altenpflegeheimen in Grevenbroich. (Dr. med. dent. Dissertation), Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf, Düsseldorf. URL: [http://docserv.uni-duesseldorf.de/servlets/DerivateServlet/Derivate-17410/Diss\\_Fertig\\_20101005\\_PDFA.pdf](http://docserv.uni-duesseldorf.de/servlets/DerivateServlet/Derivate-17410/Diss_Fertig_20101005_PDFA.pdf)
- Nakielski, H. (2012): Pflege-Neuausrichtungsgesetz: Die wichtigsten Änderungen im Überblick. In: Soziale Sicherheit, Heft 7: 247.
- Nitschke, I.; Hopfenmüller, J.; Hopfenmüller, W. (2012): Systematisches Review zur Frage der Mundgesundheit und des zahnmedizinischen Versorgungsgrades (stationäres Setting) bei pflegebedürftigen Menschen in Deutschland. In: *IDZ-Information* (03), 4-21.
- PKV [= Verband der Privaten Krankenversicherung] (2014): Zahlenbericht der Privaten Krankenversicherung 2014. Köln: PKV-Verband. URL: <https://www.pkv.de/service/broschueren/daten-und-zahlen/zahlenbericht-2014/>
- RKI, [= Robert Koch-Institut] (2009): Mundgesundheit. Gesundheitsberichterstattung des Bundes Nr. 47. Berlin: RKI
- Rothgang, H. (2014): Fehlkonzipierter Vorsorgefonds, in: Wirtschaftsdienst, Heft 5: 310.
- Rothgang, H.; Borchert, L.; Müller, R.; Unger, R. (2008): GEK-Pflegereport 2008. Schwerpunktthema: Medizinische Versorgung in Pflegeheimen. St. Augustin: Asgard-Verlag. URL: <http://presse.barmer-gek.de/barmer/web/Portale/Presseportal/Subportal/Infothek/Studien-und-Reports/GEK-Schriftenreihe-Gesundheitsanalyse/Pflege/PDF-Pflegereport-2008,property=Data.pdf>

Rothgang, H.; Kulik, D.; Müller, R.; Unger, R. (2009): GEK-Pflegereport 2009. Schwerpunktthema: Regionale Unterschiede in der pflegerischen Versorgung. St. Augustin: Asgard-Verlag. URL: <http://presse.barmer-gek.de/barmer/web/Portale/Presseportal/Subportal/Infothek/Studien-und-Reports/GEK-Schriftenreihe-Gesundheitsanalyse/Pflege/PDF-Pflege-Report-2009,property=Data.pdf>

Rothgang, H.; Müller, R.; Mundhenk, R.; Unger, R. (2014): BARMER GEK Pflegereport 2014. Siegburg: Asgard-Verlag.

Rothgang, H. (2012): Pflege-Neuausrichtungsgesetz und „Pflege-Bahr“: Ein kleiner Schritt – in die falsche Richtung, in: Info\_Dienst für Gesundheitsförderung. Zeitschrift für Gesundheit Berlin-Brandenburg. 12. Jahrgang, Heft 2: 17. URL: [http://www.gesundheitberlin.de/download/Infodienst-2012-02\\_verlinkt.pdf](http://www.gesundheitberlin.de/download/Infodienst-2012-02_verlinkt.pdf)

Rothgang, H.; Müller, R.; Unger, R.; Weiß, C.; Wolter, A. (2012): BARMER GEK Pflegereport 2012. Schwerpunktthema: Kosten bei Pflegebedürftigkeit. Siegburg: Asgard-Verlagsservice.

Rothgang, H.; Fünfstück, M.; Neubert, L.; Czwikla, J.; Hasseler, M. (2015): Versorgungsaufwände in stationären Pflegeeinrichtungen. Berlin: GKV- Spitzenverband. URL: [https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/presse/publikationen/schriftenreihe/GKV\\_Schriftenreihe\\_Pflege\\_Band\\_13.pdf](https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/presse/publikationen/schriftenreihe/GKV_Schriftenreihe_Pflege_Band_13.pdf)

Rothgang, H.; Iwansky, S.; Müller, R.; Sauer, S.; Unger, R. (2011): BARMER GEK Pflegereport 2011. Schwerpunktthema: Zusätzliche Betreuungsleistungen für Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz. St. Augustin: Asgard. URL: <http://presse.barmer-gek.de/barmer/web/Portale/Presseportal/Subportal/Presseinformationen/Archiv/2011/111129-Pflegereport-2011/PDF-Pflegereport-2011,property=Data.pdf>

Rothgang, H.; Kalwitzki, T.; Müller, R.; Runte, R.; Unger, R. (2015b): BARMER GEK Pflegereport 2015. Schwerpunkt: Pflegen zu Hause. Siegburg: Asgard-Verlagsservice. URL: <http://presse.barmer-gek.de/barmer/web/Portale/Presseportal/Subportal/Presseinformationen/Aktuelle-Pressemitteilungen/151117-Pflegereport/PDF-BARMER-GEK-Pflegereport-2015,property=Data.pdf>

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

Rothgang, H.; Müller, R.; Unger, R. (2013): BARMER GEK Pflegereport 2013. Schwerpunktthema: Rehabilitation und Pflege. Siegburg: Asgard-Verlagsservice. URL: <http://presse.barmer-gek.de/barmer/web/Portale/Presseportal/Subportal/Presseinformationen/Archiv/2013/131218-Pflegereport/PDF-Pflegereport-2013,property=Data.pdf>

Schmidt, M.; Schneekloth, U. (2011): Abschlussbericht zur Studie „Wirkungen des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes“. [www.bundesgesundheitsministerium.de](http://www.bundesgesundheitsministerium.de).

Schneekloth, U. (2005): Entwicklungstrends beim Hilfe- und Pflegebedarf in Privathaushalten – Ergebnisse der Infratest-Repräsentativerhebung. In: Schneekloth, U.; Wahl, H. W. (Hrsg.): Möglichkeiten und Grenzen selbständiger Lebensführung in privaten Haushalten (MuG III). Repräsentativbefunde und Vertiefungsstudien zu häuslichen Pflegearrangements, Demenz und professionellen Versorgungsangeboten. München: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. S. 55-98.

Schneekloth, U.; von Törne, I. (2007): Entwicklungstrends in der stationären Versorgung - Ergebnisse der Infratest-Repräsentativerhebung. In Schneekloth, Ulrich; Wahl, Hans Werner (Hrsg.): Möglichkeiten und Grenzen selbständiger Lebensführung in stationären Einrichtungen (MuG IV). Demenz, Angehörige und Freiwillige, Versorgungssituation sowie Beispielen für "Good Practice". (S. 53-168). München: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend.

Schneekloth, U.; Wahl, H.W. (Hrsg.) (2009): Pflegebedarf und Versorgungssituation bei älteren Menschen in Heimen. Demenz, Angehörige, Beispiele für „Good Practice“. Forschungsprojekt MuG IV. Stuttgart.

Schneekloth, U. und Müller, U. (1999): Wirkungen der Pflegeversicherung. Baden-Baden (Band 127. Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit)

Simonson, J.; Tesch-Römer, C. (2016): Zentrale Ergebnisse des Deutschen Freiwilligensurveys 2014, Deutsches Zentrum für Altersfragen, 2016

Statistisches Bundesamt (2015a): Pflegestatistik 2013. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. Deutschlandergebnisse. Wiesbaden.

Statistisches Bundesamt (2015b): Fachserie 1 Reihe 3. Bevölkerung und Erwerbstätigkeit. Haushalte und Familien. Ergebnisse des Mikrozensus 2015. Wiesbaden.

Statistisches Bundesamt (2015c): Statistik der Sozialhilfe. Hilfe zur Pflege 2013. Wiesbaden

Statistisches Bundesamt (2016a): Pflegestatistik 2013. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung Ländervergleich – Ambulante Pflegedienste. Wiesbaden ([www.destatis.de](http://www.destatis.de))

Statistisches Bundesamt (2016b): Pflegestatistik. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung Ländervergleich – Pflegeheime 2013. Wiesbaden ([www.destatis.de](http://www.destatis.de))

Statistisches Bundesamt (2016c): Fachserie 1 Reihe 2. Bevölkerung mit Migrationshintergrund. Ergebnisse des Mikrozensus 2015. Wiesbaden.

Statistisches Bundesamt (2016d): Pressemitteilung vom 03.11.2016 – 391/16.  
[https://www.destatis.de/DE/PresseService/Presse/Pressemitteilunggen/2016/11/PD16\\_391\\_634.html](https://www.destatis.de/DE/PresseService/Presse/Pressemitteilunggen/2016/11/PD16_391_634.html) (Abruf vom 5.11.2016)

SVR-Gesundheit, [= Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen] (2009): Koordination und Integration - Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des Längeren Lebens. Sondergutachten 2009. Langfassung. URL: <http://www.svr-gesundheit.de/Gutachten/Gutacht09/GA2009-LF.pdf> (aktuell am 12.05.2010)



Teubner, Andreas: Das Pflegeneuausrichtungsgesetz (PNG) und seine Auswirkungen, PflR 2013, 71-76.

Winkel, R.; Nakielski, H. (2013): Neue Leistungen für Demenzkranke. Was sich 2013 im Bereich Pflege ändert(e). In: Soziale Sicherheit, 2: 55–59.