

Berlin – Essen
September 2015

Ökonomische Herausforderungen der Altenpflegewirtschaft Endbericht

Studie im Auftrag
des Bundesministeriums für Wirtschaft und Energie

IEGUS.
for better health and care

 **RWI**
rheinisch-westfälisches Institut
für Wirtschaftsforschung

IEGUS – Institut für europäische Gesundheits- und Sozialwirtschaft GmbH

Dr. Grit Braeseke
Jessica Hernández
Esther Hofmann
Verena Peters
Tobias Richter

RWI – Rheinisch-Westfälisches Institut für Wirtschaftsforschung e. V.

Dr. Boris Augurzky
Dr. Dörte Heger
Hermann Rappen
Dr. Magda Stroka
Prof. Dr. Ansgar Wübker

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung.....	8
2	Darstellung des Pflegemarktes – Status quo.....	9
2.1	Nachfrageseite.....	11
2.1.1	Entwicklung der Morbidität von Pflegebedürftigen.....	14
2.1.2	Exkurs: Begutachtungspraxis des MDK	18
2.1.3	Zwischenfazit zur Entwicklung der Nachfrageseite	20
2.2	Angebotsseite	20
2.2.1	Arbeitsmarktsituation für Pflegefachkräfte	22
2.2.2	Entwicklung in der Pflegeausbildung.....	26
2.2.3	Entwicklung der Fallzahlen und Preise nach Trägerschaft	27
2.3	Zwischenfazit zum Status quo	30
3	Finanzierung von Pflegeleistungen in Deutschland	31
3.1	Finanzierungsstruktur	31
3.2	Exkurs: Haushaltsproduktion und Ehrenamt.....	34
3.3	Finanzielle Situation der Sozialen Pflegeversicherung	35
3.4	Hilfe zur Pflege und kommunale Finanzen	39
3.4.1	Die wirtschaftliche Perspektive: Allgemeine Entwicklung der Bruttoausgaben	40
3.4.2	Die finanzwirtschaftliche Perspektive: Nettoausgaben und Belastung der kommunalen Haushalte.....	41
3.5	Finanzielle Situation der privaten Haushalte.....	43
4	Spezifische Herausforderungen	48
4.1	Investitionsfähigkeit stationärer Einrichtungen	48
4.2	Mindestlohn	50
4.3	Bürokratiekosten	54
4.4	Aktuelle Entwicklungen zur Reform der Pflegeausbildung	55
5	Prognosen zur Entwicklung des Pflegebedarfs	58
5.1	Szenarien und Prämissen des Prognosemodells	59
5.2	Ergebnisse des Prognosemodells	60
5.3	Zwischenfazit zu den Prognoseergebnissen.....	65
6	Regionalanalysen.....	67
6.1	Regionalanalysen zu Pflegebedarf, Investitionskosten und Pflegepreisen	67
6.2	Regionalanalysen zur „Hilfe zur Pflege“ und den kommunalen Finanzen	73
6.2.1	Die wirtschaftliche Perspektive: Allgemeine Entwicklung der Bruttoausgaben	73
6.2.2	Die finanzwirtschaftliche Perspektive: Belastung der kommunalen Haushalte.....	81
7	Gesamtfazit zu den ökonomischen Herausforderungen der Altenpflegewirtschaft und Handlungsempfehlungen	85
8	Literatur.....	90
8.1	Veröffentlichungen.....	90
8.2	Internetquellen.....	92
9	Anhang	94

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Pflegebedürftige in Deutschland nach Versorgungsart, 2013	10
Abbildung 2: Marktvolumen in Mrd. Euro und Ausgaben im Gesundheitswesen	11
Abbildung 3: Pflegequoten nach Geschlecht, 2003–2013	12
Abbildung 4: Bevölkerung in Deutschland in Mio., 1999–2013	12
Abbildung 5: Absolute und relative Anzahl Pflegefälle in Deutschland, 1999–2013	13
Abbildung 6: Verteilung stationärer und ambulanter Pflegefälle nach Pflegestufen, 1999–2013	14
Abbildung 7: Multimorbidität nach Altersgruppen	17
Abbildung 8: Entwicklung der Zahl der Widerspruchsgutachten, 2003–2013	18
Abbildung 9: Anteil der mit „nicht pflegebedürftig“ beschiedenen Begutachtungen, 2003–2012	19
Abbildung 10: Anzahl Einrichtungen und Anzahl stationärer Plätze in Tausend, 1999–2013	21
Abbildung 11: Beschäftigte in der ambulanten und stationären Pflege (Köpfe), 1999–2013	21
Abbildung 12: Beschäftigte in der ambulanten und stationären Pflege (Vollzeitäquivalente), 1999–2013	22
Abbildung 13: Abgeschlossene Vakanzenzeiten in Tagen, Pflegeberufe und Fachkräfte insgesamt, 2009–2014	23
Abbildung 14: Abgeschlossene Vakanzenzeiten in der Gesundheits- und Krankenpflege nach Bundesländern	24
Abbildung 15: Engpassrelation in Pflegeberufen, September 2014 (Arbeitslose je 100 vakanter Stellen)	24
Abbildung 16: Verteilung der Arbeitsunfähigkeitstage nach Krankheitsarten und ausgewählten Berufsgruppen in der Branche Dienstleistungen	26
Abbildung 17: Verteilung stationärer und ambulanter Fälle nach Art der Trägerschaft, 1999– 2011	28
Abbildung 18: Vergütungshöhen und Preise stationärer Pflege in Deutschland (nach Pflegestufen in Euro pro Tag), 2013	29
Abbildung 19: Vergütungshöhen in West und Ost (nach Trägerschaft, in Euro pro Tag), 2011	29
Abbildung 20: Marktvolumen der professionellen Pflege, 2013	31
Abbildung 21: Durchschnittliches jährliches Wachstum der Ausgaben für Pflegeleistungen nach Ausgabenbereichen und -trägern (in Prozent), 2003–2013	33
Abbildung 22: Finanzentwicklung der SPV in Mrd. Euro (in jeweiligen Preisen), 1995–2014	36
Abbildung 23: Kapitalreserven der SPV in Mrd. Euro, 1995–2014	36
Abbildung 24: Vergleich der Gesamtkosten mit den Kosten der Pflegeversicherung, Basisjahr 1999	37
Abbildung 25: Einnahmen und Ausgaben der Sozialen Pflegeversicherung, 2030–2060	38
Abbildung 26: Entwicklung der Hilfe zur Pflege, 1963–2011 (Basisjahr 2005)	40
Abbildung 27: Verfügbares Einkommen der privaten Haushalte, 1991–2014	43
Abbildung 28: Entwicklung des Netto-Rentenniveaus, 1985–2028 und 2030	45
Abbildung 29: Einkommensarten über 65-Jähriger nach Anteil der Bezieher und durchschnittlicher Höhe, 2011	46
Abbildung 30: Anteile von Einkommenskomponenten am Bruttoeinkommensvolumen (in Prozent), 2011	47
Abbildung 31: Kostenarten in stationären Pflegeeinrichtungen	48
Abbildung 32: Soll-EBITDAR-Margen	49

Abbildung 33: Investitionsfähigkeit der Einrichtungen im Status quo und ohne Fördermittel, 2011.....	50
Abbildung 34: Entwicklung der Mindestlöhne für Pflege in Ost und West nach Zeitraum	52
Abbildung 35: Bevölkerung in Deutschland nach Altersklassen, 1991–2030	58
Abbildung 36: Anzahl Pflegebedürftiger in Deutschland in Mio., 1999–2030	60
Abbildung 37: Anzahl vollstationär versorgter Pflegebedürftiger in Mio., 1999–2030	61
Abbildung 38: Anzahl ambulant betreuter Pflegebedürftiger in Mio., 1999–2030	62
Abbildung 39: Anzahl Pflegegeldempfänger in Mio., 1999–2030	62
Abbildung 40: Bedarf vollstationärer Pflegeplätze gegenüber 2013	63
Abbildung 41: Erwartetes kumuliertes Investitionsvolumen (inkl. Re-Investitionen) ab 2014 in Mrd. Euro in Preisen von 2014.....	63
Abbildung 42: Bedarf an zusätzlichen Pflegefachkräften und Beschäftigten insgesamt in der ambulanten und stationären Pflege, 2013–2030	65
Abbildung 43: Anteil stationärer Fälle an allen Fällen nach Kreisen, 2011	68
Abbildung 44: Anteil der Senioren an der Gesamtbevölkerung nach Kreisen, 2011	69
Abbildung 45: Durchschnittliche Pflegepreise ohne Investitionskosten in Euro, 2011	70
Abbildung 46: Investitionskosten für Dauerpflegeplätze in Euro, 2011	71
Abbildung 47: Durchschnittliche Pflegepreise mit Investitionskosten in Euro, 2011	72
Abbildung 48: Hilfeempfänger je 1.000 Einwohner im Ländervergleich, 2007 und 2012.....	75
Abbildung 49: Entwicklung der Ausgaben je Leistungsempfänger 2007–2012	77
Abbildung 50: Pflegesätze und Kostenintensität, 2011	78
Abbildung 51: Kommunale Steuerbarkeit der Hilfe zur Pflege	80

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Fallzahlen und Härtefälle PST III ambulant und stationär, 2003–2013	15
Tabelle 2: Häufigkeit pflegerelevanter Risiken bei Pflegebedürftigen 2010 und 2013.....	17
Tabelle 3: Entwicklung der Begutachtungsergebnisse nach dem PNG, 2012/2013	19
Tabelle 4: Betreuungsrelation Pflegefachkräfte (VK) je 100 Pflegebedürftige (stationär und ambulant), 1999 und 2013.....	22
Tabelle 5: Engpassrelation und Beschäftigte in Pflegeberufen.....	25
Tabelle 6: Anzahl der Schüler/innen in den Pflegeberufen.....	27
Tabelle 7: Gesundheitsausgaben (in Mio. Euro) in der stationären und ambulanten Pflege nach Ausgabenträgern, 2013.....	31
Tabelle 8: Entwicklung der Ausgaben für Pflegeleistungen gesamt (in Mio. Euro), 2003 gegenüber 2013	32
Tabelle 9: Entwicklung der Ausgaben für Pflegeleistungen (in Mio. Euro) nach Ausgabenträgern, 2003–2013.....	32
Tabelle 10: Schätzungen zum Ausmaß der Haushaltsproduktion und des Ehrenamtes in der Pflege, 2010.....	34
Tabelle 11: Ausgaben für Pflegeleistungen nach Ausgabenträgern in Mio. Euro, mit Berücksichtigung von Ehrenamt und Haushaltsproduktion, 2010	35
Tabelle 12: Entwicklung der Pflegesätze der SPV nach Art der Pflege.....	37
Tabelle 13: Entwicklung der Hilfe zur Pflege	41
Tabelle 14: Die Entwicklung der Nettoausgaben je Einwohner in den Flächenländern, 2007– 2012.....	42
Tabelle 15: Geltungsbereiche der PflegeArbbV und 2. PflegeArbbV	51
Tabelle 16: Mindestlöhne für Pflege- und (ab 01.10.15) Betreuungskräfte in West und Ost nach Zeitraum	52
Tabelle 17: Übersicht über die Prognoseszenarien.....	60
Tabelle 18: Die Entwicklung der Bruttoausgaben der Hilfe zur Pflege in den Flächenländern, 2005–2013	74
Tabelle 19: Leistungsdichte und ihre Bestimmungsgründe	76
Tabelle 20: Entwicklung der durchschnittlichen Rentenzahlungen in den alten und den neuen Bundesländern	77
Tabelle 21: Kostenintensität und Ort der Leistungserbringung, 2012	79
Tabelle 22: Träger der Hilfe zur Pflege und Kompetenzverteilung	82
Tabelle 23: Die kommunale Belastung durch die Hilfe zur Pflege, 2012	83
Tabelle 24: Sozioökonomische Rahmenbedingungen, Leistungsdichte und kommunale Haushaltsslage im interkommunalen Vergleich der kreisfreien Städte, 2012	84
Tabelle 25: Kreisdaten, 2011	94

Abkürzungsverzeichnis

AentG	Arbeitnehmer-Entsendegesetz
AVR	Arbeitsvertragsrichtlinien
BA	Bundesagentur für Arbeit
BFW	Bundesverband Freier Immobilien- und Wohnungsunternehmen e. V.
BMAS	Bundesministerium für Arbeit und Soziales
BMFSJ	Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
BSG	Bundessozialgericht
DBfK	Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe
EBITDAR	Earnings before interest, taxes, depreciation, amortization and rent
GBE	Gesundheitsberichterstattung des Bundes
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
IAB	Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung
ICD	International Classification of Diseases
IEGUS	Institut für europäische Gesundheits- und Sozialwirtschaft
MDS	Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen
MDK	Medizinischer Dienst der Krankenversicherung
PflegeArbbV	Pflegearbeitsbedingungenverordnung
PNG	Pflege-Neuausrichtungsgesetz
RWI	Rheinisch-Westfälisches Institut für Wirtschaftsforschung
SGB	Sozialgesetzbuch
SPV	Soziale Pflegeversicherung
VZÄ	Vollzeitäquivalente

1 Einleitung

Die demografische Entwicklung in Deutschland stellt die Altenpflegewirtschaft vor große Herausforderungen: Ein wachsender Anteil der Bevölkerung benötigt Langzeitpflege und Betreuungsleistungen, gleichzeitig aber gibt es finanzierungsseitige Restriktionen im Bereich der Pflegeversicherung sowie der Sozialhilfeträger und angebotsseitige Hemmnisse – insbesondere der zunehmende Fachkräftemangel.

Bereits in den vergangenen Jahren stiegen die Anzahl pflegebedürftiger Menschen und die Ausgaben für Pflegeleistungen im Vergleich zu anderen Gesundheitsleistungen deutlich überproportional an (Augurzky et al. 2013). Der kontinuierliche Anstieg der Nachfrage nach ambulanten und stationären Pflege- und Betreuungsleistungen stellt für die Pflegebranche an sich eine positive Entwicklung dar; für die Gesellschaft aber eine Herausforderung: Alleine bis zum Jahr 2030 werden nach Angaben des Pflegeheim Rating Reports 2013 voraussichtlich bis zu 371.000 stationäre Pflegeplätze zusätzlich benötigt. Hieraus resultiert ein Investitionsbedarf von schätzungsweise 54 bis 73 Mrd. Euro. Zusammen mit dem zunehmenden Personalmangel, der hohen Arbeitsintensität von Pflege und wachsenden Ansprüchen der Pflegebedürftigen (Ein-Bett-Zimmer) lässt sich leicht schlussfolgern, dass die Preise für stationäre Pflege steigen werden. Dies führt aber zu der Frage, ob die wachsende Zahl von Pflegebedürftigen auch zu einer kaufkräftigen Nachfrage führt, die durch die gesetzliche Pflegeversicherung (Beitragszahler), die privaten Haushalte (verfügbares Einkommen) und die Träger der Sozialhilfe (Hilfe zur Pflege bzw. auch Pflegewohngeld in einigen wenigen Bundesländern) finanziert werden müsste. Dies gilt es unter anderem in dieser Studie genauer zu untersuchen.

Auch angebotsseitig sieht sich die Branche bereits jetzt mit unterschiedlichen Risiken konfrontiert, die eine uneingeschränkt positive Unternehmensentwicklung gefährden. Allen voran ist hier der zunehmende Fachkräftemangel zu nennen, aber auch verschiedene wirtschafts- und sozialpolitische Rahmenbedingungen sind maßgebliche Einflussfaktoren.

2 Darstellung des Pflegemarktes – Status quo

Grundlage der Darstellung des Status quo des Pflegemarktes bilden in erster Linie die Daten der Pflegestatistik der Statistischen Ämter des Bundes und der Länder nach § 109 Abs. 1 Sozialgesetzbuch (SGB) XI in Verbindung mit der Pflegestatistikverordnung vom 24.11.1999. Die Pflegestatistik wird von den Statistischen Ämtern seit 1999 alle zwei Jahre veröffentlicht. Es werden sowohl ambulante als auch stationäre Betreuungseinrichtungen¹ befragt sowie Informationen zu den Pflegegeldleistungen der Spitzenverbände der Pflegekassen und des Verbandes der privaten Krankenversicherung erfasst. Die für die stationären Einrichtungen erhobenen Merkmale umfassen:

- die Art der Pflegeeinrichtung und deren Trägerschaft,
- die Anzahl und Art der Pflegeplätze,
- die Zahl der beschäftigten Personen nach Geschlecht, Beschäftigungsverhältnis, Tätigkeitsbereich sowie Qualifikation,
- die Zahl der betreuten Pflegebedürftigen² nach Geschlecht, Geburtsjahr und Grad der Pflegebedürftigkeit sowie
- die von den Pflegebedürftigen zu zahlenden Entgelte für Pflegeleistungen nach Pflegestufen und für Unterkunft und Verpflegung (nur stationäre Einrichtungen).

Die Informationen zu den Pflegegeldleistungen nach §§ 37 und 38 SGB XI beinhalten Geschlecht, Geburtsjahr, Wohnort nach Postleitzahl und Grad der Pflegebedürftigkeit des Pflegegeldempfängers.

Nach den Angaben der Pflegestatistik des Statistischen Bundesamtes lebten im Jahr 2013 in Deutschland 2,6 Mio. pflegebedürftige Menschen. Der Großteil der Pflegebedürftigen (71 Prozent) wurde durch Angehörige und/oder durch ambulante Pflegedienste zu Hause versorgt, während 29 Prozent der Pflegebedürftigen in Einrichtungen vollstationär betreut wurden (Abbildung 1).

¹ Pflegeeinrichtungen im Sinne der Verordnung sind „ambulante Pflegeeinrichtungen (Pflegedienste) sowie teilstationäre und vollstationäre Pflegeeinrichtungen (Pflegeheime), mit denen ein Versorgungsvertrag nach dem Elften Sozialgesetzbuch besteht (zugelassene Pflegeeinrichtungen).“

² Erfasst werden hier nur Pflegebedürftige nach SGB XI.

Abbildung 1: Pflegebedürftige in Deutschland nach Versorgungsart, 2013



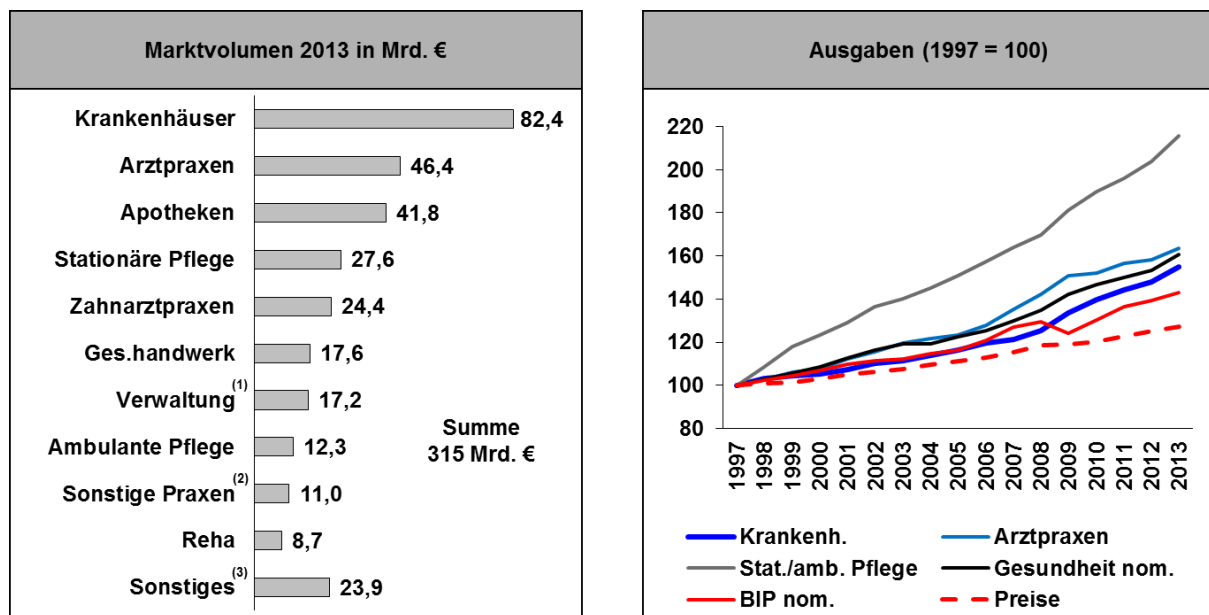
¹ Einschl. teilstationäre Pflegeheime.

Quelle: Statistisches Bundesamt (2015b).

Allein das Marktvolumen des professionellen (ambulanten und stationären) Pflegemarktes betrug im Jahr 2013 knapp 40 Mrd. Euro (Abbildung 2). Bezogen auf das Marktvolumen rangiert damit die Pflege im Gesundheitswesen an vierter Stelle hinter Krankenhäusern, Arztpraxen und Apotheken. Die relative Bedeutung des Pflegemarktes hat kontinuierlich zugenommen. Die Ausgaben für stationäre und ambulante Pflege stiegen deutlich schneller als die Gesundheitsausgaben allgemein.

Die Zahl der stationären Pflegeeinrichtungen ist seit 1999 (8.860 Häuser) um knapp 50 Prozent gestiegen, die Platzzahl um 40 Prozent und der Personalzuwachs lag in diesem Zeitraum bei 55 Prozent. Der Zuwachs bei der Zahl der ambulanten Dienste fiel mit 18 Prozent geringer aus (1999: 10.820), lag aber beim Zuwachs des Personals mit 74 Prozent deutlich über dem stationären Bereich. Obwohl stationäre Pflegeeinrichtungen mit rund 245.000 zusätzlichen Arbeitsverhältnissen augenscheinlich deutlich mehr Beschäftigung aufgebaut haben als der ambulante Bereich mit 136.000, ist die Zahl der in Vollzeit tätigen Mitarbeitenden in den stationären Einrichtungen in diesem Zeitraum um 7.800 Personen zurückgegangen, während die ambulanten Dienste fast 29.000 zusätzliche Vollzeitstellen schufen.

Abbildung 2: Marktvolumen in Mrd. Euro und Ausgaben im Gesundheitswesen



Anmerkungen: (1) Davon vor allem Verwaltungsausgaben der Krankenkassen. (2) Praxen sonstiger medizinischer Berufe: physio-, sprach-, ergo- und musiktherapeutische Praxen, Massagepraxen, Praxen von Hebammen, Heilpraktikern oder medizinischen Fußpflegern. (3) Investitionen (Krankenhausfördermittel, Mittel für Pflegeheime u. a.), Gesundheitsschutz, Rettungsdienste, sonst. Einrichtungen und private Haushalte.

Quelle: Augurzky et al. (2013), Statistisches Bundesamt (2015c), (2015d), (2015e).

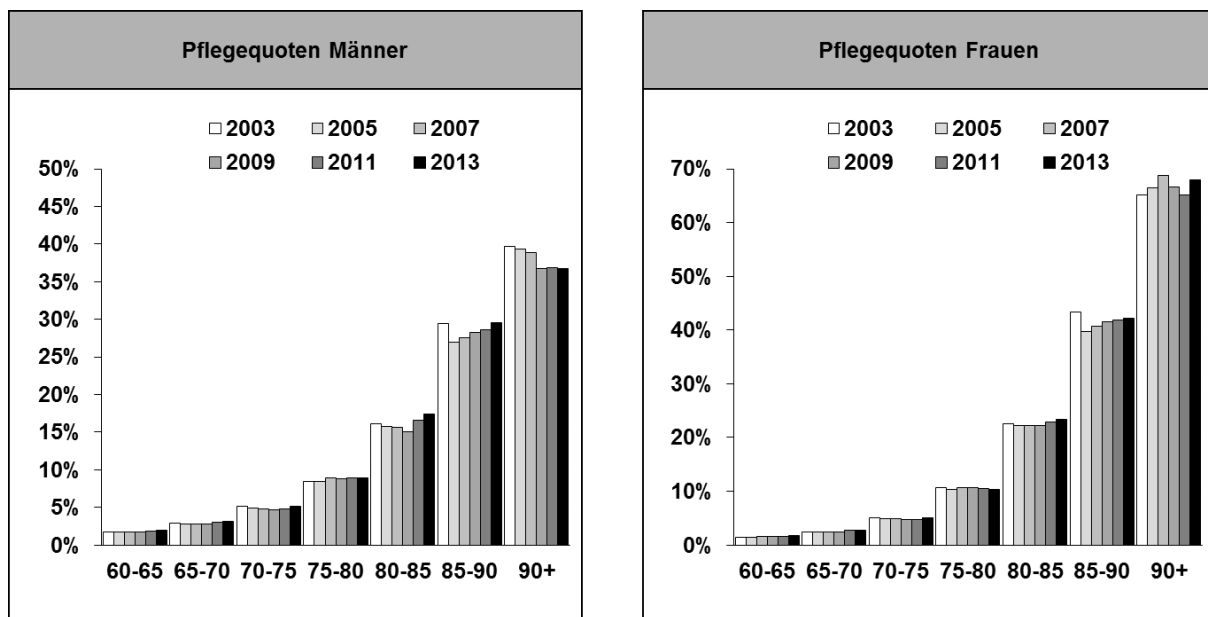
Durch die zunehmende Alterung der Gesellschaft dürfte die Pflege auch weiter an Bedeutung gewinnen. Der Pflegemarkt bleibt somit ein Wachstumsmarkt und ein Jobmotor, der auch in Zeiten wirtschaftlicher Krisen eine stabilisierende Wirkung für die gesamte Volkswirtschaft hat, sofern nicht der bereits bestehende und voraussichtlich deutlich anwachsende Mangel an Pflege(fach)kräften zu einschneidenden Verwerfungen führt.

2.1 Nachfrageseite

Die Nachfrage nach Pflegeleistungen steht in engem Zusammenhang mit der Altersstruktur der Bevölkerung bzw. den altersspezifischen Pflegequoten. Diese messen den prozentualen Anteil an Pflegebedürftigen an der Bevölkerung im jeweiligen Alter. Sie geben somit die Wahrscheinlichkeit, dass eine Person aus der entsprechenden Altersgruppe Pflege benötigt, wieder.³ Generell nimmt die Pflegewahrscheinlichkeit mit zunehmendem Alter für alle Pflegeformen stark zu (Abbildung 3). Die Pflegequoten sind bei Männern im Durchschnitt etwas geringer, da Männer häufiger von Familienangehörigen gepflegt werden. Über die Zeit gab es wenig Veränderung in der altersgruppenspezifischen Pflegequote. Von 2003 auf 2005 kam es zu einem leichten Rückgang in der Pflegewahrscheinlichkeit bei den über 80-Jährigen, doch seitdem ist auch in dieser Altersgruppe die Pflegequote nahezu konstant geblieben.

³ Pflegebedürftige der Stufen I, II und III sowie Härtefälle und Pflegebedürftige, die bisher keiner Pflegestufe zugeordnet wurden, werden bei der Bestimmung der Pflegequoten berücksichtigt. Ab 2013 sind zudem auch Pflegebedürftige ohne Pflegestufe mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz eingeschlossen.

Abbildung 3: Pflegequoten nach Geschlecht, 2003–2013

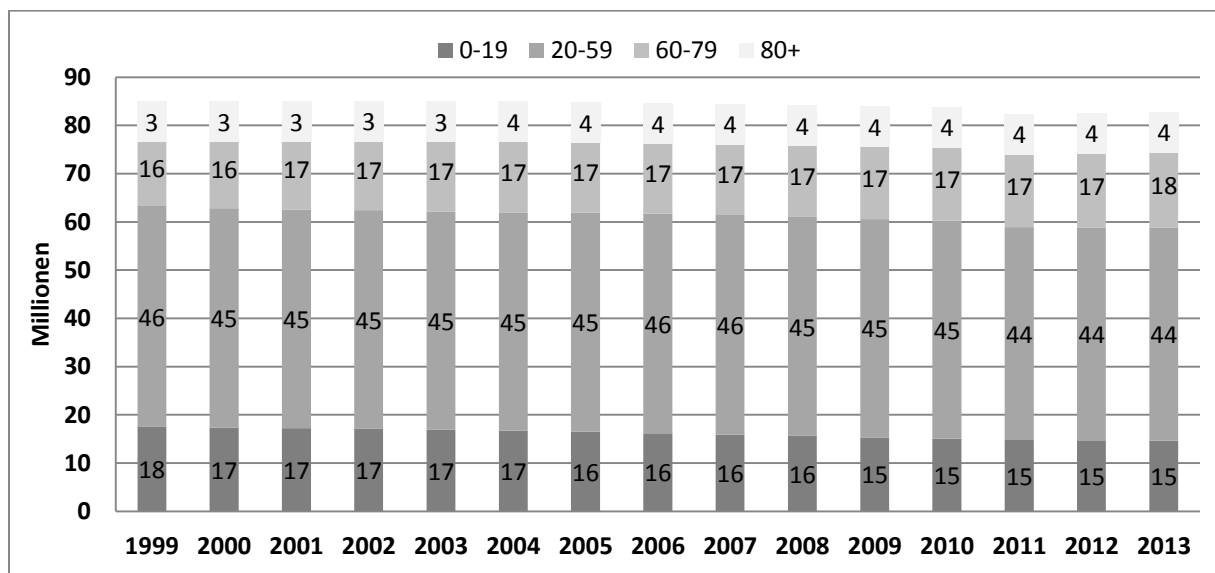


Anmerkungen: Eingeschlossen sind Pflegebedürftige der Stufen I, II und III sowie Härtefälle und Pflegebedürftige, die bisher keiner Pflegestufe zugeordnet wurden. Ab 2013 sind zudem auch Pflegebedürftige ohne Pflegestufe mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz eingeschlossen.

Quelle: Statistisches Bundesamt (2005), (2007), (2009), (2011), (2013b), (2015b).

Bei der Altersstruktur zeigt sich eine Entwicklung hin zu immer mehr Hochbetagten. Die Zahl der über 80-Jährigen stieg zwischen den Jahren 1999 und 2013 von 2,9 Mio. auf 4,4 Mio., was einem Anstieg von 49 Prozent entspricht (Abbildung 4). Die Zahl der 60-bis 79-Jährigen stieg im selben Zeitraum um 9 Prozent, während die Zahl jüngerer Menschen zurückging.

Abbildung 4: Bevölkerung in Deutschland in Mio., 1999–2013

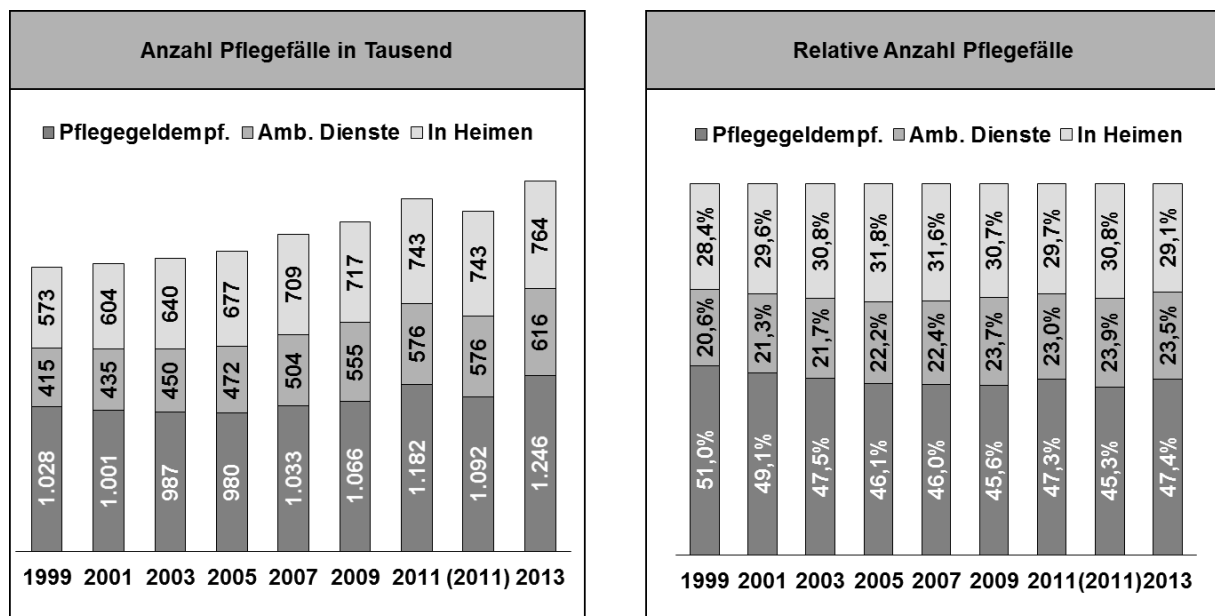


Quelle: Statistisches Bundesamt (2015g).

Zusammengenommen führen die über den Zeitverlauf relativ konstanten altersspezifischen Pflegequoten und die Alterung der Gesellschaft zu einer wachsenden Zahl an Pflegebedürftigen (Abbildung 5). Zwischen den Jahren 1999 und 2013 stieg die Zahl der Pflegebedürftigen stetig an und betrug im Jahr 2013 ca. 2,6 Mio. pflegebedürftige Menschen. Die professionelle Pflege (stationäre Pflege und Pflege durch ambulante Dienste) gewinnt bei der Versorgung der Pflegebedürftigen immer mehr an

Bedeutung. Für den Zeitraum von 1999 bis 2013 lässt sich eine leichte Verschiebung der Anteile der Pflegearten weg von Pflegegeldempfängern und hin zur Versorgung durch ambulante Dienste oder in stationären Einrichtungen feststellen. D. h., dass die Versorgung der Pflegebedürftigen durch professionelle Dienste, insbesondere ambulant, stärker gewachsen ist als die Zunahme der Familienpflege. Die höhere Dynamik im ambulanten Bereich hat sich auch bereits im stärkeren Anstieg der Zahl der Vollzeitkräfte im Vergleich zu stationären Einrichtungen gezeigt (vgl. Abbildung 12). Mit dem Zeitverlauf werden auch neue Betreuungsformen der (professionellen) ambulanten Pflege geschaffen. So zählen beispielsweise die vermehrt entstehenden Pflegewohngemeinschaften oder auch Demenz-WGs zu diesen „neuen“ Möglichkeiten.

Abbildung 5: Absolute und relative Anzahl Pflegefälle in Deutschland, 1999–2013

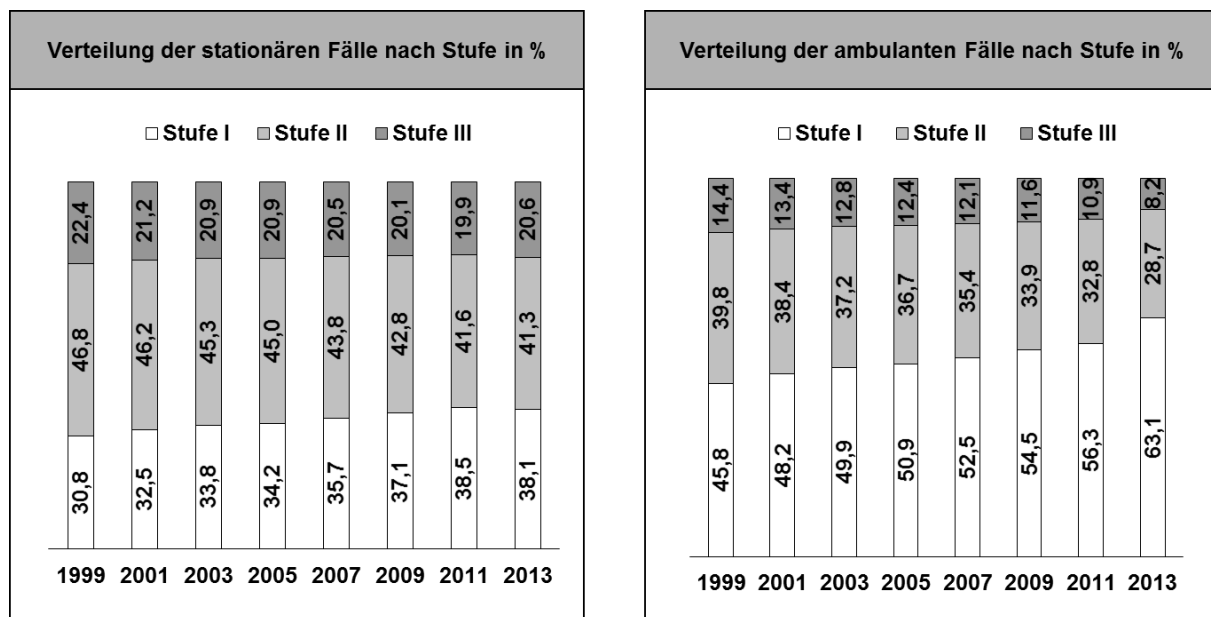


Anmerkungen: Angaben zu Pflegefällen in Heimen beziehen sich analog zur Pflegestatistik ab 2009 nur noch auf vollstationäre Pflegefälle. Die Zahl der Pflegegeldempfänger 2011 kann um bis zu 90.000 Fälle überschätzt sein. Als Grund wird eine Erfassungsänderung bei den Pflegekassen vermutet (siehe dazu auch die Anmerkungen in Statistisches Bundesamt (2013b)). Daher werden unter (2011) auch die Werte angegeben, wenn es 2011 90.000 weniger Pflegegeldempfänger gewesen sein sollten.

Quelle: Statistisches Bundesamt (2013b), (2015b).

Der Anteil der Pflegebedürftigen in Pflegestufe I an den ambulanten und stationären Fällen nahm über die Zeit zu, während sich der Anteil der Pflegebedürftigen in den Pflegestufen II und III verringerte (Abbildung 6).

Abbildung 6: Verteilung stationärer und ambulanter Pflegefälle nach Pflegestufen, 1999–2013



Anmerkung: Bewohner mit unbekannter Pflegestufe wurden Pflegestufe II zugeordnet.

Quelle: FDZ der Statistischen Ämter des Bundes und der Länder, Pflegestatistik (1999–2011), Statistisches Bundesamt (2013b), (2015b).

Diese Entwicklung entspricht nicht den Wahrnehmungen aus der Praxis: Nach Aussagen der Pflegedienstleister hat sich die Versorgung in den letzten zwei Jahrzehnten deutlich verändert, da Pflegebedürftige häufiger an mehreren Krankheiten leiden oder chronisch krank und daher aufwändiger zu versorgen sind (Beske et al 2012: 98). Es wäre daher eher damit zu rechnen, dass mit der Alterung der Gesellschaft und der damit einhergehenden zunehmenden Multimorbidität der Anteil der pflegebedürftigen Personen in den höheren Pflegestufen zunimmt. Um diesen Aspekt genauer zu untersuchen, werden im Folgenden die Entwicklung der Morbidität von Pflegebedürftigen und die Einstufungspraxis des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen (MDK) betrachtet.

2.1.1 Entwicklung der Morbidität von Pflegebedürftigen

Die Zahlen zur Entwicklung nach Pflegestufen vermitteln den Eindruck, dass im Zeitverlauf sowohl in der stationären als auch in der ambulanten Versorgung eher die „leichteren“ Fälle (Pflegestufe I) zunehmen. In der Öffentlichkeit ist jedoch häufig die Rede von einer Zunahme schwererer Fälle, von multimorbiden und immer älteren Patienten, einer Verkürzung der Verweildauer und damit höherem Pflegeaufwand insbesondere in der stationären Dauerpflege.

Rothgang et al. (2013) sind dieser Thematik nachgegangen und haben die Veränderungen in der Struktur der Heimbewohnerschaft anhand der Parameter Alter, gesundheitliche Verfassung und Überlebensdauer nach Heimeintritt analysiert. Im Ergebnis zeigt sich, dass die These „immer älter und kränker ins Heim“ nicht bestätigt werden kann. Weder steigt das Durchschnittsalter bei Heimeintritt nennenswert an (bei Männern von 78,62 auf 78,90 Jahre und bei Frauen von 82,34 auf 82,48 Jahre im Zeitraum 2000 bis 2011), noch verringert sich die Überlebenszeit nach Aufnahme in die stationäre Versorgung im Zeitverlauf (bei Männern erhöht sie sich sogar leicht) (Rothgang et al. 2013: 184 ff.). Und der Gesundheitszustand, gemessen anhand der Pflegestufe bei Heimeintritt, verbessert sich tendenziell eher (ebd.: 186), wie auch die in Abbildung 6 dargestellte Entwicklung vermuten lässt.

Lediglich das Durchschnittsalter aller Heimbewohner hat sich im Zeitraum 2000–2011 erhöht, wenn jeweils das Berichtsjahr zugrunde gelegt wird. Dieser Effekt verschwindet jedoch, wenn die Pflegewahrscheinlichkeit jeweils auf ein Basisjahr standardisiert wird (1999). Das heißt, erkennbare Veränderungen im Zeitverlauf sind weniger auf Veränderungen der Pflegewahrscheinlichkeit zurückzuführen als auf altersstrukturelle Veränderungen in der Bevölkerung (ebd.: 188).

Die Verweildauer in stationären Pflegeeinrichtungen nimmt tendenziell zu: 2011 lebten Männer in Deutschland durchschnittlich 5,5 Monate, Frauen hingegen 14,4 Monate in vollstationärer Dauerpflege. 1999 betrug diese Verweildauer 3,8 bzw. 11,8 Monate. Somit stieg sie seit 1999 bei beiden Geschlechtern deutlich an. Jedoch gab es bei den Frauen nach 2007 keinen Zuwachs mehr. Männer verbringen durchschnittlich 0,6 Prozent ihrer Lebenserwartung in Heimpflege, Frauen 1,4 Prozent. Dieser Anteil betrug 1999 0,4 Prozent bei den Männern und 1,2 Prozent bei den Frauen (Pattloch 2014). Zu einem davon abweichenden Ergebnis kommt allerdings eine aktuelle Studie des Altersinstituts (Techtmann 2015), die Daten von rund 8.300 Verstorbenen in 32 stationären Pflegeeinrichtungen des Evangelischen Johanneswerks e. V. in Bielefeld für den Zeitraum 2007–2014 analysierte. Dabei zeigte sich ein Rückgang der durchschnittlichen Verweildauer um rund 16 Prozent von 32,2 Monaten auf 27,1 Monate, was letztlich vor allem auf eine Verringerung des Sterbealters bei den Frauen zurückzuführen war. Große Unterschiede gibt es zwischen Frauen – Verweildauer rund 35 Monate – und Männern – lediglich 18 Monate. Das Einzugsalter von Frauen war mit rund 84 Jahren über den Zeitraum stabil. Bei den Männern hingegen erfolgte der Einzug in eine stationäre Einrichtung 2014 um rund zwei Jahre später als 2007 (81,4 vs. 79,4 Jahre) (Techtmann 2015: 3 ff.). Die Streuung der durchschnittlichen Verweildauer zwischen den Einrichtungen ist relativ hoch: Sie lag im unteren Quartil der Häuser bei knapp 23 Monaten, im oberen Quartil bei fast 36 Monaten, ohne dass es einen signifikanten Zusammenhang zur Bewohnerstruktur gab (ebd.: 8). Das weist auf externe, regional geprägte Einflussfaktoren hin. Eine ergänzende Betrachtung der relativen Sterbehäufigkeit ergab, dass mit knapp einem Fünftel ein hoher Anteil der Bewohner bereits in den ersten vier Wochen nach Einzug verstarb, rund ein Viertel der Frauen in den ersten drei Monaten und bei den Männern gar 41 Prozent. Dies ist ein Hinweis darauf, dass der palliativen Betreuung in stationären Pflegeeinrichtungen ein großer Stellenwert zukommt, der sich auch in der Qualifikation des Personals niederschlagen muss.

Eine ergänzende Betrachtung der Entwicklung der absoluten Fallzahlen bundesweit nach Pflegestufen unter Berücksichtigung der Härtefälle der Pflegestufe III offenbart, dass sowohl in der stationären Dauerpflege als auch im ambulanten Bereich die besonders „schweren“ Fälle im Zeitraum 2003 bis 2013 überproportional zugenommen haben (siehe Tabelle 1).

Tabelle 1: Fallzahlen und Härtefälle PST III ambulant und stationär, 2003–2013

	Fälle 2003	Fälle 2013	Zuwachs (%)
Stationäre Dauerpflege – alle Pflegestufen	612.183	743.430	21
Stationäre Dauerpflege – PST III	130.553	155.642	19
Stationäre Dauerpflege – nur Härtefälle PST III	3.332	8.096	143
Ambulante Pflege – alle Pflegestufen	450.126	615.846	37
Ambulante Pflege – PST III	57.836	64.761	12
Ambulante Pflege – nur Härtefälle PST III	1.376	2.398	74

Quelle: Gesundheitsberichterstattung des Bundes (2015).

Während der Zuwachs in Pflegestufe III jeweils geringer ausfiel als der Zuwachs in allen Pflegestufen, war der Anstieg bei den Härtefällen insbesondere in stationären Einrichtungen sehr hoch (Faktor 2,4)

und lag auch im ambulanten Bereich mit 1,7 deutlich über dem Gesamtzuwachs von 1,4. Damit hat sich der Anteil der Härtefälle in stationären Einrichtungen in dem Zehnjahreszeitraum von 0,5 auf 1,1 Prozent verdoppelt. Das bestätigt zumindest die Wahrnehmung aus der Praxis, dass zahlenmäßig mehr und mehr Schwerstpflegebedürftige zu versorgen sind.

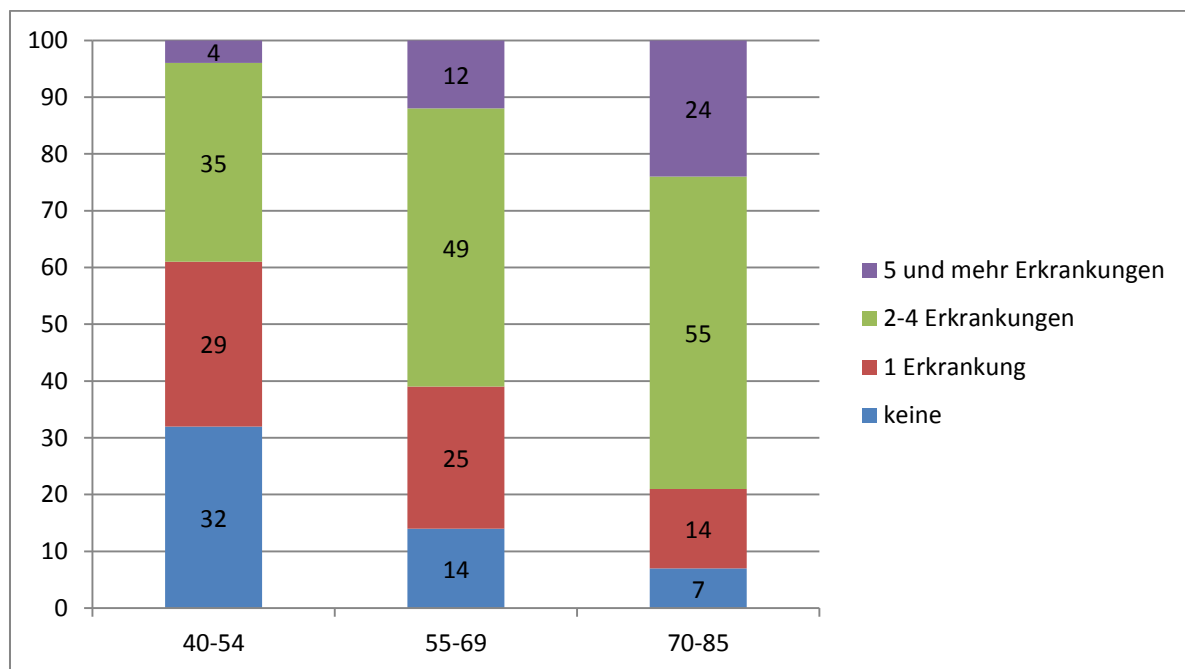
Die gesundheitliche Verfassung bzw. die Morbidität wird allerdings allein anhand des sozialrechtlichen Kriteriums „Pflegestufe“ nur unzureichend erfasst, da diese Einstufung vorrangig an somatische Einschränkungen geknüpft ist und auf den Hilfe- und Unterstützungsbedarf bei den Verrichtungen des täglichen Lebens abzielt. Gerontopsychiatrische Aspekte (z. B. demenzielle Erkrankungen), multiple Funktionseinschränkungen und daraus resultierende Pflegebedarfe infolge chronischer Krankheiten finden daher zu wenig Berücksichtigung (Menning und Hoffmann 2009: 70).

Der aktuellste Bericht zur Pflegebegutachtung des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (MDS) macht erstmals Angaben zu pflegebegründenden Diagnosen nach ICD 10, nicht ohne darauf hinzuweisen, dass diese keine Aussage über den Umfang der Pflegebedürftigkeit ermöglichen (MDS 2012). Bei den älteren Pflegebedürftigen (66 Jahre und älter) bestimmten 2012 im Wesentlichen folgende Diagnosen das Bild: psychische und Verhaltensstörungen, Kreislauf- und Krebserkrankungen, nicht näher bezeichnete Multimorbiditätssymptome (Kap. 18, ICD-10) und Muskel-Skelett-Erkrankungen (MDS 2012: 14). Konkretere Angaben zu Multimorbidität und zu Veränderungen im Zeitverlauf liegen nicht vor.

Hinweise auf eine Ausweitung der Morbidität der deutschen Bevölkerung insgesamt lieferte die Global Burden of Disease Study 2012. Obwohl die Lebenserwartung in Deutschland im Zeitraum 1990 bis 2010 kontinuierlich gestiegen ist – von durchschnittlich 75,4 auf 80,2 Jahre –, haben die sogenannten „gesunden Lebensjahre“ nur um 3,7 Jahre zugenommen (von 65,3 auf 69,0 Jahre). Das heißt, dass von den gewonnen Jahren zusätzliche 1,1 Jahre mit krankheitsbedingten Einschränkungen verbunden sind (1990: 10,1 Jahre; 2010: 11,2 Jahre) (Plass et al. 2014). Das bestätigt die sogenannte Medikalisierungsthese, nach der die infolge medizinisch-technischen Fortschritts und verbesserter Arbeits- und Lebensbedingungen hinzugewonnenen Lebensjahre ganz oder teilweise bei eingeschränkter Gesundheit (mit Krankheiten) verbracht werden. Allerdings liegen auch hier keine Erkenntnisse im Zusammenhang mit Pflegebedürftigkeit vor.

Der eindeutige Zusammenhang zwischen Alter und Multimorbidität geht aus Abbildung 7 hervor: 80 Prozent der Menschen über 70 Jahre haben zwei oder mehr Erkrankungen, jeder vierte gar 5 oder mehr. Das lässt vermuten, dass mit zunehmender Alterung auch die Multimorbidität bei den Pflegebedürftigen ansteigt.

Abbildung 7: Multimorbidität nach Altersgruppen



Quelle: DZA (2002: 2).

Lediglich die MDS-Qualitätsberichte geben einen Hinweis auf eine verändernde Morbidität bei professionell versorgten Pflegebedürftigen anhand der Prävalenz pflegerelevanter Risiken (Tabelle 2):

Tabelle 2: Häufigkeit pflegerelevanter Risiken bei Pflegebedürftigen 2010 und 2013

Art der Versorgung	stationär		Ambulant	
	2010	2013	2010	2013
Pflegebedürftige mit ...				
eingeschränkte Alltagskompetenz	60,7	63,8	27,9	29,9
Inkontinenzversorgung	75,3	76,8	n/a	n/a
chronische Schmerzen	31,1	35,0	n/a	n/a
Dekubitus	4,4	3,8	3,7	3,2
erheblicher Gewichtsverlust	7,4	7,6	n/a	n/a
Beratungsbedarf bei Sturzrisiko	n/a	n/a	80,5	81,7

Quelle: Eigene Zusammenstellung auf Basis der Qualitätsberichte des MDS (2012 und 2014).

Aus den Daten geht hervor, dass sowohl im ambulanten als auch im stationären Bereich der Anteil Pflegebedürftiger mit pflegerelevanten Risiken im Zeitraum 2010 bis 2013 zugenommen hat. Mittlerweile weist jeder dritte ambulant versorgte Pflegebedürftige psychische Beeinträchtigungen und damit eine eingeschränkte Alltagskompetenz auf, in stationären Einrichtungen sind es sogar zwei Drittel. Der Anstieg des Anteils von Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz betrug gegenüber 2010 ca. 5 Prozent (stationär) bzw. 7 Prozent (ambulant). Mit 13 Prozent stieg vor allem der Anteil der Pflegebedürftigen mit chronischen Schmerzen in Pflegeeinrichtungen besonders stark an. Lediglich der Anteil der zu pflegenden Menschen mit Dekubitus hat sich im betrachteten Zeitraum in beiden Bereichen um 14 Prozent verringert – das dürfte auch ein Ergebnis guter Pflege sein.

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass anhand der verfügbaren Daten kaum nachweisbar ist, dass der pflegerische Versorgungsbedarf von Heimbewohnern generell deutlich zugenommen hat. Indizien dafür ergeben sich allerdings aus dem überproportionalen Anstieg der Zahl der Härtefälle in Pflegestufe III im Zeitraum 2003 bis 2013 um das 2,4-fache. Ein zunehmend höherer pflegerischer

Aufwand lässt sich auch anhand steigender Anteile von Pflegebedürftigen mit unterschiedlichen pflegerischen Risiken ableiten: Entsprechend der mit dem Alter stark ansteigenden Prävalenzrate bei demenziellen Erkrankungen hat sich auch der Anteil von Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz in Pflegeeinrichtungen erhöht. Weitere Symptome wie Inkontinenz, chronische Schmerzen, Ernährungsmangel und Sturzrisiko treten ebenfalls häufiger auf.

Hinweise auf immer kürzere Verweildauern in stationären Einrichtungen und immer ältere Menschen bei Eintritt lassen sich statistisch auf aggregierter Ebene nicht zeigen, konnten jedoch für eine kleinere Stichprobe im Raum Bielefeld nachgewiesen werden (Techtman 2015).

Um solche Entwicklungen statistisch besser nachvollziehen zu können, sollte die Pflegestatistik künftig weitere Merkmale wie das Alter bei Heimaufnahme, pflegerische Risiken und Diagnosen erfassen.

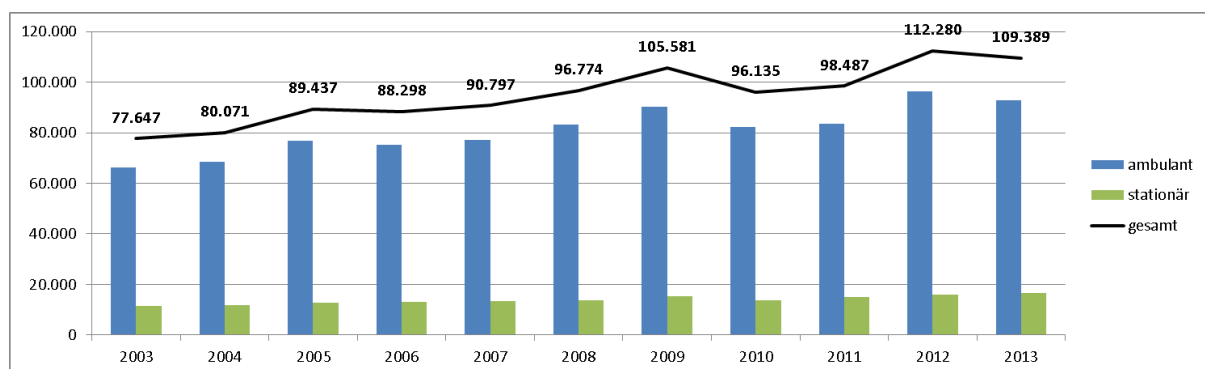
2.1.2 Exkurs: Begutachtungspraxis des MDK

Bei der Betrachtung der Entwicklung der Pflegebedürftigkeit anhand des Kriteriums „Pflegestufe“ ist auch zu berücksichtigen, dass diese durch die Begutachtungspraxis des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen (MDK) beeinflusst wird. Immer wieder wird berichtet, dass Gutachten des MDK den tatsächlichen Pflegebedarf nicht korrekt berücksichtigen; so u. a. in einem Beitrag der ARD (2014) „Im Zweifel gegen den Patienten? Der Kampf um die Pflegestufe“.

Die Gutachterinnen und Gutachter des MDK sind beratend für die Krankenversicherung tätig und formal in ihrer medizinischen und pflegerischen Bewertung fachlich unabhängig. Auf der Grundlage der Gutachten entscheidet ausschließlich die Kranken- bzw. Pflegekasse über die Bewilligung von Leistungen. Organisatorisch ist der Medizinische Dienst der Krankenversicherung eine „Gemeinschaftseinrichtung der gesetzlichen Kranken- und Pflegekassen“ (MDK o. J.).

Systematische Angaben zur Pflegebegutachtung finden sich nur in den Berichten des Medizinischen Dienstes selbst. Der MDK führte im Bereich der Pflegeversicherung 2013 rund 1,64 Mio. Regelbegutachtungen zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit durch. Ebenso wie in den letzten Jahren, vor allem reformbedingt, die Zahl der Begutachtungen insgesamt anstieg, nahm auch die Zahl der Widerspruchsgutachten seit 2003 stetig zu, auf knapp 110.000 im Jahr 2013 (siehe Abbildung 8). Der jährliche Anteil der Widersprüche liegt seit 2003 relativ konstant bei knapp 7 Prozent aller Regelbegutachtungen.

Abbildung 8: Entwicklung der Zahl der Widerspruchsgutachten, 2003–2013

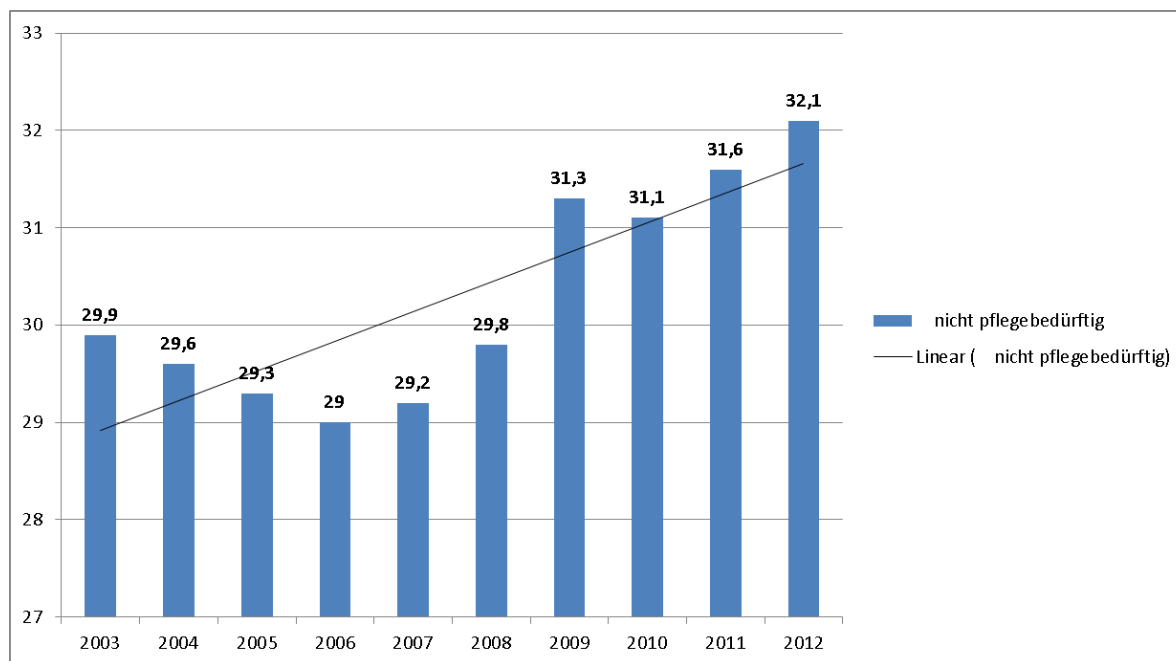


Quelle: Gesundheitsberichterstattung des Bundes (2015).

Widerspruchsgutachten werden erstellt, wenn der Versicherte Einspruch gegen den Leistungsbescheid der Pflegekasse erhebt. Darunter fallen auch Fälle, in denen sich der Unterstützungsbedarf im Zeitraum zwischen Begutachtung und Ende der Widerspruchsfrist deutlich verändert (erhöht).

Die Begutachtungsergebnisse bei Feststellung von Pflegebedürftigkeit entsprechen naturgemäß dem Bild in Abbildung 6 (oben) – die Pflegestufe I nimmt im Zeitverlauf zu, während die Stufen II und III anteilig rückläufig sind. Die Entwicklung der Begutachtungen ohne Feststellung von Pflegebedürftigkeit ist bis 2012 in Abbildung 9 dargestellt.

Abbildung 9: Anteil der mit „nicht pflegebedürftig“ beschiedenen Begutachtungen, 2003–2012



Quelle: Gesundheitsberichterstattung des Bundes (2015).

Im Zeitraum 2003 bis 2012 stieg die Zahl der mit „nicht pflegebedürftig“ beschiedenen Begutachtungen von rund 200.000 auf 266.000 an (+33 Prozent) und damit auch der Anteil der „Ablehnungen“ an den Begutachtungen insgesamt. Dieser Trend ist allerdings mit Inkrafttreten des Pflege-Neuausrichtungsgesetzes (PNG) ab 01.01.2013 unterbrochen. Danach erhalten nun auch Personen ohne Pflegestufe, aber mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz (PEA) Leistungen aus der Pflegeversicherung. Nun wird ein Teil der Personen, die bisher aufgrund eines zu geringen (zeitlichen) Hilfe- und Unterstützungsbedarfs keine Pflegestufe erreicht haben, bei Vorliegen von demenziellen Erkrankungen in die Kategorie PEA eingestuft (2013 rund 68.000 Fälle, vgl. Tabelle 3) und die Zahl der abgelehnten Fälle hat sich dadurch 2013 gegenüber 2012 um 26.000 deutlich verringert. Das dürfte auch erklären, dass die Zahl der Widersprüche 2013 gegenüber 2012 um fast 3.000 zurückgegangen ist (siehe Abbildung 8).

Tabelle 3: Entwicklung der Begutachtungsergebnisse nach dem PNG, 2012/2013

	2012	2013
Erstbegutachtungen	828.414	870.974
nicht pflegebedürftig	265.821	239.889
Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz (PEA)		68.390

Quelle: Gesundheitsberichterstattung des Bundes (2015).

Letztlich lässt sich aus den Angaben des MDK entnehmen, dass

- es mit der Reform des Pflege-Neuausrichtungsgesetzes (PNG) gelungen ist, Leistungen der Pflegeversicherung nun auch stärker für demenziell erkrankte Menschen zur Verfügung zu stellen und dadurch die Zahl der Widersprüche gegen die Gutachtenergebnisse des MDK zu reduzieren,
- es jährlich trotzdem noch eine erhebliche Anzahl von Widersprüchen, insbesondere im ambulanten Bereich, gibt.

Zum Erfolg bzw. Misserfolg der Widersprüche macht der MDK keine Aussagen.

2.1.3 Zwischenfazit zur Entwicklung der Nachfrageseite

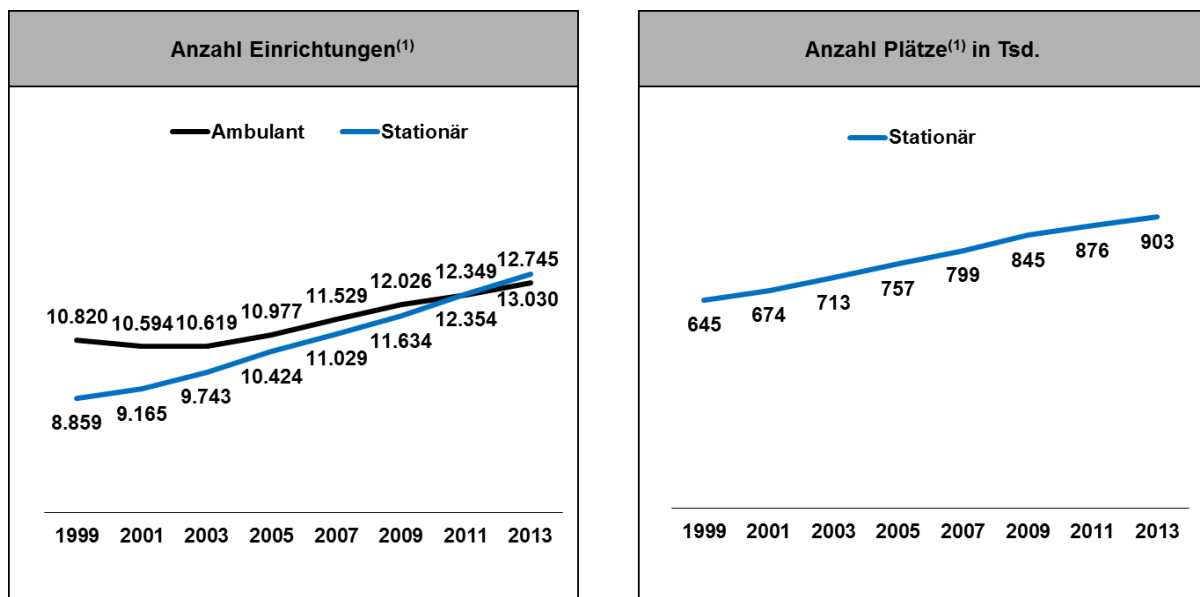
Die Pflegebedürftigkeit steigt mit dem Alter an, bleibt aber im Zeitverlauf je Alterskohorte relativ konstant. Da die Zahl der über 80-Jährigen weiterhin deutlich ansteigen wird, ist somit auch von einer weiteren Zunahme der Zahl der Pflegebedürftigen auszugehen. Frauen weisen dabei höhere Pflegequoten auf als Männer. Im Zeitraum 1999–2013 fand ein Anstieg der Pflegebedürftigen in allen Versorgungsformen – ambulant, stationär und Familienpflege (Pflegegeldempfänger) – bei relativ konstanten Anteilen statt, lediglich mit einer leichten Verschiebung in Richtung ambulanter Versorgung. Hinsichtlich des Grades der Pflegebedürftigkeit war in diesem Zeitraum sowohl im ambulanten als auch im stationären Bereich eine Verschiebung hin zu den leichteren Fällen (Pflegestufe I) zu beobachten, deutlich überproportional nahmen allerdings auch die sogenannten Härtefälle in Stufe III zu. Letzterer Befund stützt die Wahrnehmung aus der Praxis hinsichtlich einer Zunahme des Versorgungsaufwandes infolge häufigerer multimorbider und chronisch kranker Patienten. Anhand verfügbarer Daten und Studien lässt sich eine solche Entwicklung nicht sicher belegen. Hier besteht weiterer Forschungsbedarf. Die Betrachtung des Begutachtungsgeschehens durch den MDK erbrachte zwar eine jährlich steigende Zahl von Widersprüchen und Ablehnungen (Bescheid „nicht pflegebedürftig“), aber ohne weitere Untersuchungen können daraus keine belastbaren Schlüsse gezogen werden.

2.2 Angebotsseite

Das professionelle Pflegeangebot umfasst stationäre Einrichtungen und ambulante Pflegedienste. Mit der wachsenden Nachfrage nach Pflegeleistungen ist eine entsprechende Zunahme des Angebots zu verzeichnen (Abbildung 10). Die Zahl der ambulanten Dienste stieg zwischen 1999 und 2013 um 18 Prozent von 10.820 auf 12.745. Die Anzahl der stationären Pflegeeinrichtungen stieg im gleichen Zeitraum um 47 Prozent von 8.859 auf 13.030 und die Zahl der stationären und teilstationären Plätze stieg um 40 Prozent von 645.000 auf 903.000.

Daraus ergibt sich bei 764.000 Pflegebedürftigen in stationären Einrichtungen (vgl. Abbildung 5) rein rechnerisch eine durchschnittliche Auslastung der Häuser von 85 Prozent im Jahr 2013. Bezogen nur auf die vollstationären Plätze und ohne Berücksichtigung der Bewohner mit Pflegestufe 0 lag die Auslastung bei 89 Prozent. Hier gilt es zu beachten, dass die Versorgungsvertragskapazität von der realen Kapazität vor Ort abweichen kann: Doppelzimmer werden als Einzelzimmer vergeben, Baumaßnahmen machen vorübergehende Sperrungen von Räumen notwendig etc. Bei Befragungen werden von Einrichtungen dann meist die real verfügbaren (niedrigeren) Kapazitäten bzw. (höheren) Auslastungsgrade angegeben.

Abbildung 10: Anzahl Einrichtungen und Anzahl stationärer Plätze in Tausend, 1999–2013

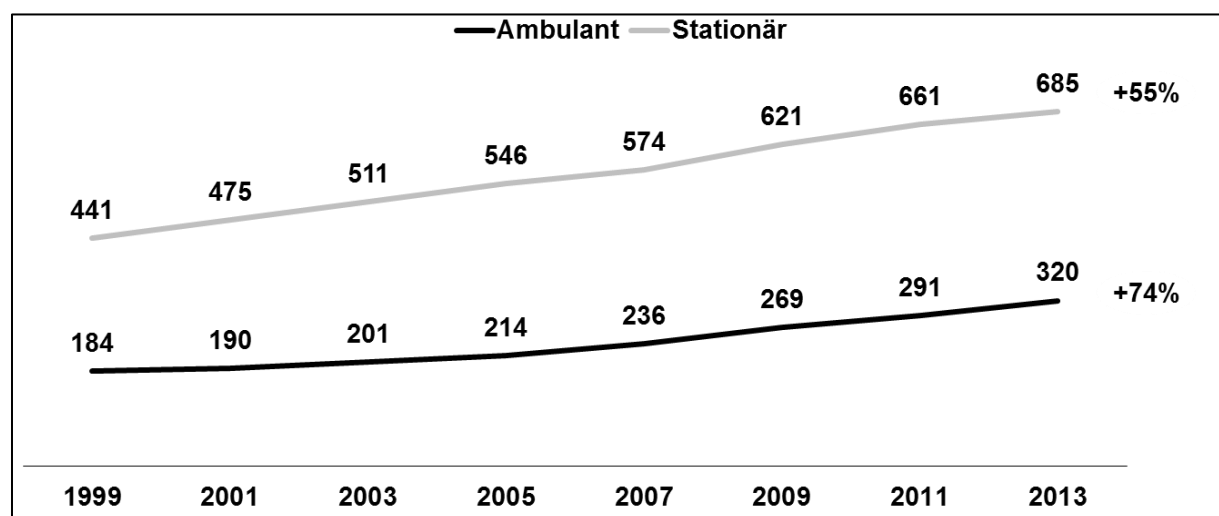


Anmerkungen: (1) Alle Heime; (2) Interpolation auf die einzelnen Jahre.

Quelle: Statistisches Bundesamt (2013b), (2015b).

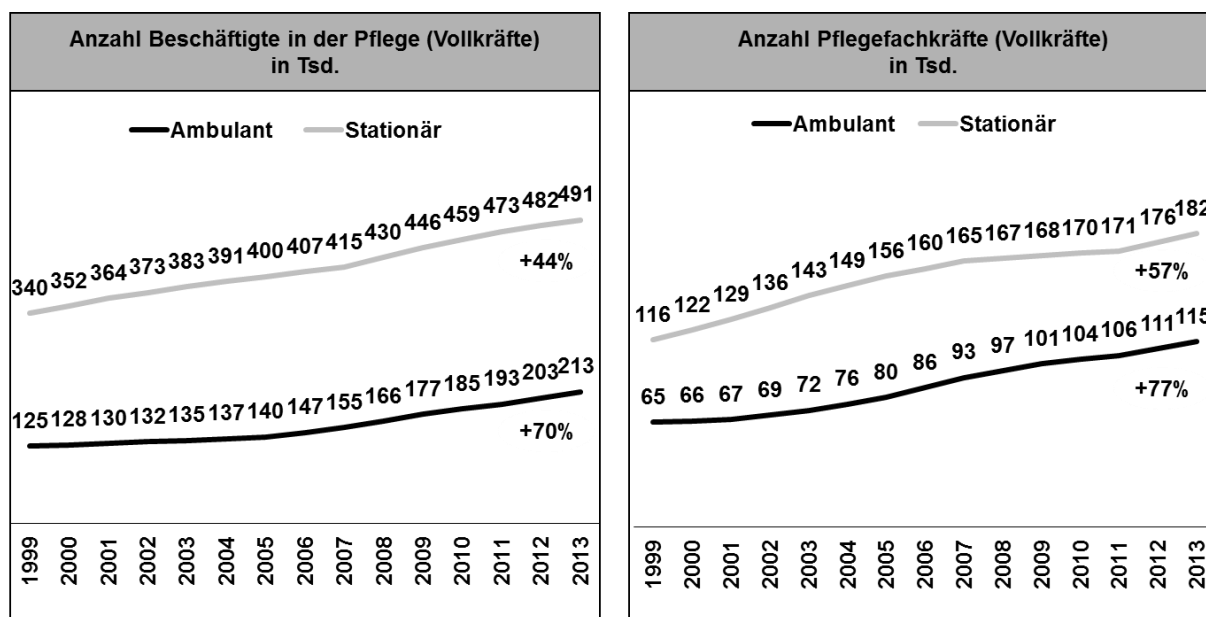
Mit der Zahl der Einrichtungen nahm auch die Zahl der Beschäftigten im Pflegesektor zu (Abbildung 11). Von 1999 bis 2013 stieg die Zahl der Beschäftigten (alle Berufe) im ambulanten Bereich um 74 Prozent auf 320.000 Personen und im stationären Bereich um 55 Prozent auf 685.000 Personen. Ein ähnlich hoher Zuwachs ist auch bei Betrachtung der Beschäftigten gemessen in Vollzeitäquivalenten (Abbildung 12) zu beobachten. Ein anderes Bild ergibt sich jedoch, wenn jeweils die Entwicklung der Zahl der Vollzeitstellen in den Blick genommen wird: Während die ambulanten Dienste im betrachteten Zeitraum fast 29.000 neue Vollzeitbeschäftigte ausweisen, ist für die stationären Einrichtungen ein Rückgang von über 7.800 Vollzeitstellen zu verzeichnen – während sich die Anzahl der Teilzeitbeschäftigten stark erhöht hat (+200.000, ohne geringfügig Beschäftigte).

Abbildung 11: Beschäftigte in der ambulanten und stationären Pflege (Köpfe), 1999–2013



Quelle: Statistisches Bundesamt (2013b), (2015b).

Abbildung 12: Beschäftigte in der ambulanten und stationären Pflege (Vollzeitäquivalente), 1999–2013



Quelle: Statistisches Bundesamt (2013b), (2015b).

Der Personalzuwachs in der Pflege (in Vollzeitäquivalenten) fiel im Zeitraum 1999 bis 2013 sowohl ambulant als auch stationär höher aus als der Zuwachs der Zahl der Pflegebedürftigen. Das resultiert rechnerisch aus einer verbesserten Betreuungssituation (siehe Tabelle 4): Standen 1999 für 100 Pflegebedürftige in stationären Pflegeeinrichtungen rund 20 Pflegefachkräfte (Vollzeit) zur Verfügung, waren es 2013 knapp 24. Dieser Zuwachs kann auch auf die durch Landesgesetzte geregelten Fachkräftequoten stationärer Einrichtungen zurückzuführen sein. Im ambulanten Bereich verbesserte sich das Verhältnis von 15,7 auf 18,7.

Tabelle 4: Betreuungsrelation Pflegefachkräfte (VK) je 100 Pflegebedürftige (stationär und ambulant), 1999 und 2013

	1999	2013	Veränderung
stationär	20,24	23,82	+18 %
ambulant	15,66	18,67	+19 %

Quelle: Statistisches Bundesamt (2013b), (2015b).

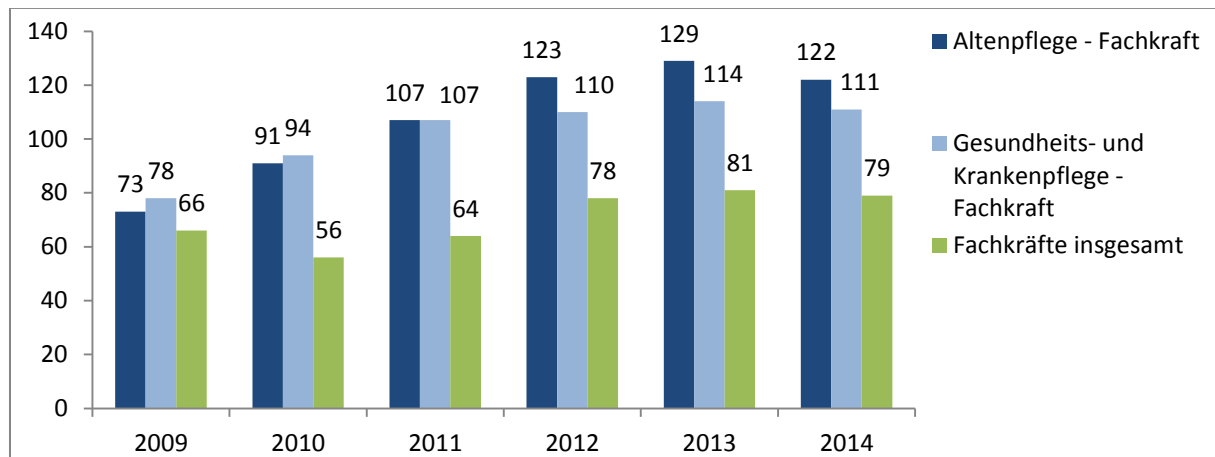
Da angesichts der weiter steigenden Nachfrage auch künftig von einem steigenden Personalbedarf auszugehen ist, folgt ein Blick auf die Arbeitsmarktsituation für Pflegeberufe.

2.2.1 Arbeitsmarktsituation für Pflegefachkräfte

Spätestens seit 2009 übersteigt in den Pflegeberufen die Zahl der bei der Bundesagentur für Arbeit (BA) gemeldeten offenen Stellen jene der arbeitslosen Fachkräfte (Bundesagentur für Arbeit 2012). Im Juni 2014 entfielen auf 100 vakante Stellen lediglich 44 Arbeitslose mit einer abgeschlossenen Altenpflegeausbildung (der niedrigste Wert im Vergleich mit allen anderen Berufen), in der Krankenpflege waren es 84 (Bundesagentur für Arbeit 2014). Mittlerweile dauert es im Durchschnitt vier Monate, bis eine freie Altenpflege- bzw. Krankenpflegestelle neu besetzt ist (Bundesagentur für Arbeit 2014). Es ist davon auszugehen, dass die Zahl der offenen Stellen tatsächlich weitaus höher liegt, da Vakanzen nur noch selten bei der BA gemeldet werden, weil diese ohnehin kaum unterstützen kann.

Wie aus Abbildung 13 hervorgeht, erhöhten sich die Vakanzzzeiten bei Pflegefachkräften 2009 bis 2013 kontinuierlich, 2014 gab es einen leichten Rückgang. Dabei steigen sie insbesondere bei den Altenpflegefachkräften stark an – von durchschnittlich 73 Tagen auf 129 Tage (2013).

Abbildung 13: Abgeschlossene Vakanzzzeiten in Tagen, Pflegeberufe und Fachkräfte insgesamt, 2009–2014



Quelle: Bundesagentur für Arbeit (2015).

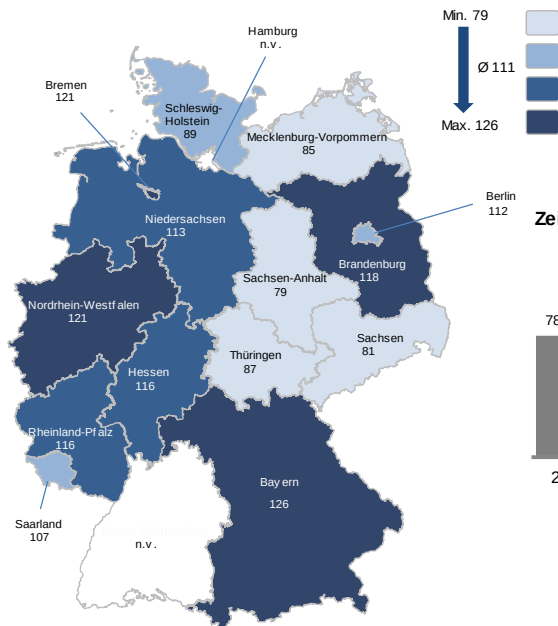
Nicht in allen Bundesländern ist der Engpass gleich hoch, aber es gibt kein Bundesland, in dem das Fachkräfteangebot rein rechnerisch den (gemeldeten) Bedarf deckt. Auf dem Qualifikationsniveau der Pflegehelfer übersteigt das Angebot die Nachfrage noch, was aber auch kaum noch der Realität entspricht, da die BA nur noch in geringem Maße in das Besetzungsgeschehen eingebunden ist.

Es sind deutliche regionale Unterschiede bezüglich der Vakanzen zu verzeichnen: Den niedrigsten Wert in der Gesundheits- und Krankenpflege wies 2014 Sachsen-Anhalt mit 79 Tagen auf (und liegt damit im Durchschnitt aller Fachkräfte) – der höchste Wert liegt mit 126 Tagen für Bayern vor (vgl. Abbildung 14). Hier hat sich die Entwicklung offenbar erst 2014 deutlich verschärft, wie aus der Zeitreihenbetrachtung im rechten Teil der Abbildung hervorgeht.

Abbildung 14: Abgeschlossene Vakanzenzeiten in der Gesundheits- und Krankenpflege nach Bundesländern

abgeschlossene Vakanzenzeit in Tagen

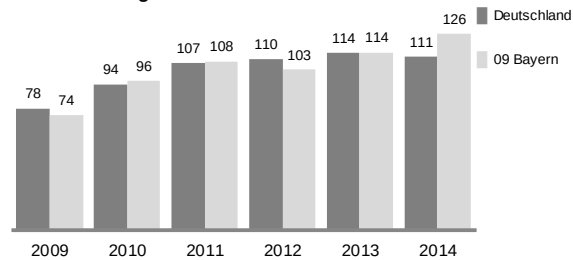
813 Gesundh., Krankenpf., Rettungsd. Geburtsh. mit Anforderungsniveau Fachkräfte
Nov 2013 bis Okt 2014



Beruf ist nicht auswertbar in:

Baden-Württemberg
Hamburg

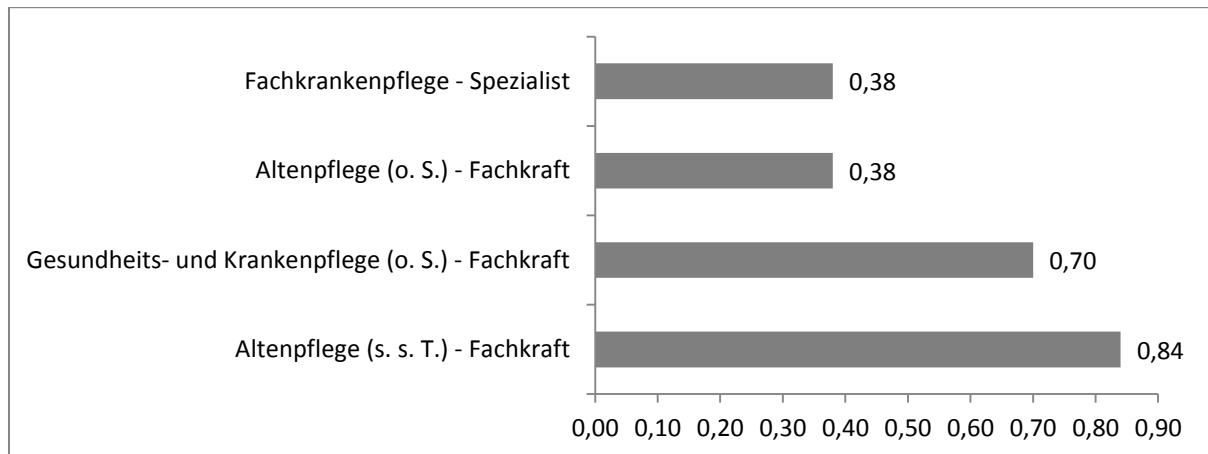
Zeitreihenvergleich



© Statistik der Bundesagentur für Arbeit

Quelle: Bundesagentur für Arbeit (2013).

Abbildung 15: Engpassrelation in Pflegeberufen, September 2014 (Arbeitslose je 100 vakanter Stellen)



Anmerkungen: o. S.: ohne Spezialisierung; s. s. T.: sonstige spezifische Tätigkeit.

Quelle: Bußmann und Seyda (2014: 34).

Die schwerwiegendsten Engpässe auf dem Anforderungsniveau „Spezialistinnen und Spezialisten“ waren im September 2014 in der Fachkrankenpflege zu finden. Je 100 gemeldeten offenen Stellen gab es lediglich 38 Arbeitslose (vgl. Abbildung 15).

Tabelle 5: Engpassrelation und Beschäftigte in Pflegeberufen

	Engpassrelation (Sept 2014)	Anzahl Beschäftigte (Dez 2013)	Beschäftigte in KMU
Altenpflege (ohne Spezialisierung)	0,38	259.598	85 %
Gesundheits- und Krankenpflege (ohne Spezialisierung)	0,70	654.311	28 %
Altenpflege (sonstige spezifische Tätigkeit)	0,84	3.894	88 %

Quelle: Bußmann und Seyda (2014: 35).

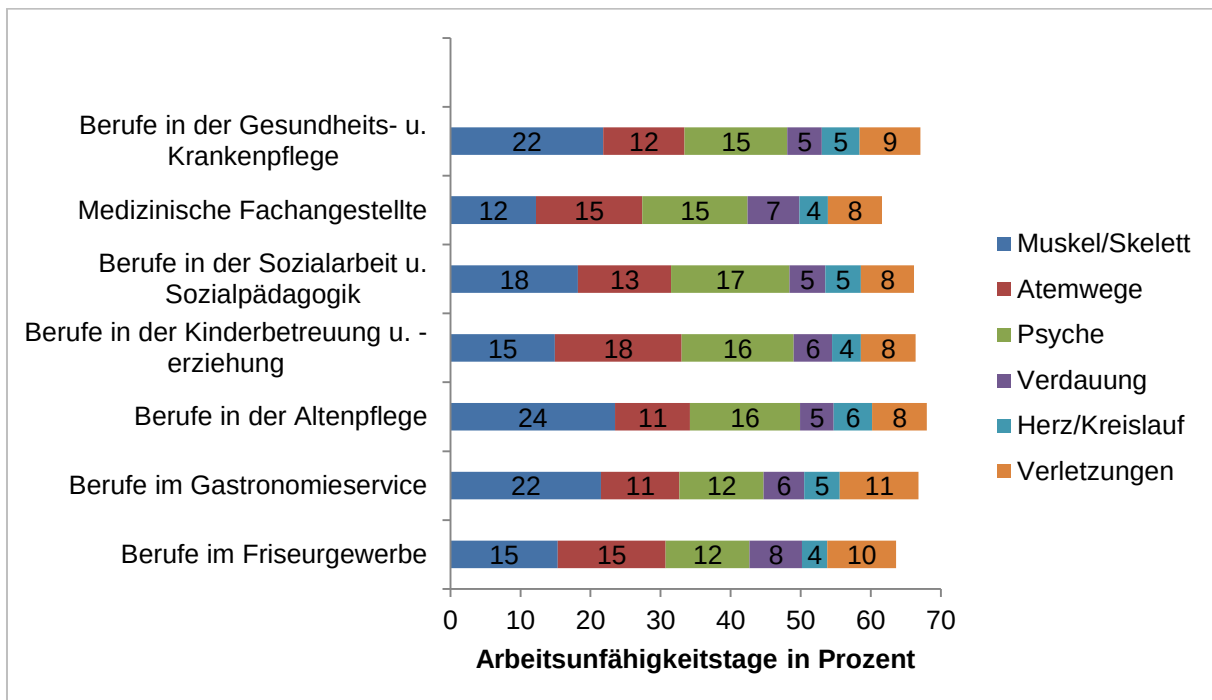
Gesundheits- und Krankenpfleger ohne Spezialisierung (o. S.) mit abgeschlossener Berufsausbildung wiesen eine Engpassrelation von 0,70 auf. Eine Weiterqualifizierung von Gesundheits- und Krankenpflegern zu Fachkrankenpflegern zur Überwindung der dort noch größeren Engpässe würde die Situation bei Krankenpflegern mit abgeschlossener Berufsausbildung weiter verschärfen (Bußmann und Seyda 2014: 9). Fachkräfte der Gesundheits- und Krankenpflege (o. S.) waren mit rund 654.000 Beschäftigten der zahlenmäßig bedeutsamste Engpassberuf (Bußmann und Seyda 2014: 15).

Der sich in den Arbeitsmarktstatistiken abzeichnende Mangel an Pflegefachpersonen zeigt sich auch in der Praxis immer häufiger und auf vielfältige Art und Weise: Viele Einrichtungen und ambulanten Dienste haben eine dünne Personaldecke, so dass die Arbeitsbelastung für die vorhandenen Mitarbeiter dauerhaft hoch ist. Dies führt unter anderem zu überdurchschnittlich häufigen krankheitsbedingten Fehlzeiten der Beschäftigten. Nach dem jüngsten Fehlzeiten-Report 2014 der AOK lagen die Berufe in der Altenpflege bei den krankheitsbedingten Arbeitsunfähigkeitstagen im Vergleich über alle Berufe gesehen an fünfter Stelle – mit durchschnittlich 25,7 Fehltagen je Versicherten (Badura et al. 2014).

Die Krankheitsarten, die im Pflegesektor in den letzten Jahren vermehrt zu Fehlzeiten wegen Arbeitsunfähigkeit führen, sind vor allem die psychischen Erkrankungen. Bei den Pflegeberufen sind Erkrankungen der Psyche der zweitwichtigste Grund für Fehlzeiten durch Arbeitsunfähigkeit (Badura et al. 2013). Mehr als jeder siebte Arbeitsunfähigkeitstag bei den Beschäftigten in Pflegeberufen geht auf deren Konto (Abbildung 16). Das Problem scheint bei den Beschäftigten der Altenpflege dabei etwas stärker ausgeprägt als bei den Berufen in der Gesundheits- und Krankenpflege.

Der zunehmende Personalmangel führt teilweise bereits zu Schließungen ganzer Stationen oder Häuser, wie beispielweise im Falle einer Einrichtung in Hamburg im Frühjahr 2015: „Nach Beschwerden über Mängel in der Pflege hatte die Wohnpflegeaufsicht des Gesundheitsamtes am Bezirksamt Nord festgelegt, dass die Zahl der Bewohner um 50 reduziert werden müsse, um die Fachkräftequote einzuhalten Daraufhin entschied die Heimleitung, wegen des Mangels an qualifizierten Kräften diesen Weg zu gehen und eine Station zu schließen" (Abendblatt 2015).

Abbildung 16: Verteilung der Arbeitsunfähigkeitstage nach Krankheitsarten und ausgewählten Berufsgruppen in der Branche Dienstleistungen



Quelle: Badura et al. (2013).

Der Sozialverband Deutschlands e. V. (VdK) sieht aufgrund der prekären Personalsituation in stationären Pflegeeinrichtungen bereits das Grundrecht der Pflegebedürftigen auf Menschenwürde gefährdet und unterstützt eine Verfassungsbeschwerde, die im November 2014 eingereicht wurde (VdK 2014).

2.2.2 Entwicklung in der Pflegeausbildung

Die Pflegeausbildung ist in Deutschland durch zwei Bundesgesetze geregelt: das Krankenpflegegesetz vom 16.07.2003 und das Altenpflegegesetz vom 25.08.2003. Damit fallen die Ausbildungen in der Pflege ausdrücklich nicht unter das Berufsbildungsgesetz (BBiG), weshalb im Zusammenhang mit der Pflegeausbildung auch nicht von einer dualen Berufsausbildung gesprochen werden kann. Es handelt sich bei der Pflege um eine schulische Berufsausbildung mit alleiniger Verantwortung für die Ausbildung in der Hand des Ausbildungsträgers. Deswegen ist auch für den praktischen Teil der Ausbildung, der in Gesundheits- und Pflegeeinrichtungen stattfindet, die Schule zuständig.

Die Ausbildung von Pflegehelfern (Gesundheits- und Krankenpflegehelfer, sowie Altenpflegehelfer) ist ausschließlich auf Länderebene und damit in den einzelnen Bundesländern unterschiedlich geregelt. Die Ausbildungsdauer beträgt ein bis zwei Jahre.

Die Länder treiben darüber hinaus seit einigen Jahren die Entwicklung einer akademischen Pflegeausbildung voran. Dies ist auf der Grundlage der bestehenden Gesetze nur im Rahmen von Modellklauseln möglich. Dennoch gibt es mittlerweile in Deutschland auch 93 Pflegestudiengänge an Hochschulen. 2012 begannen rund 1.800 Studienanfänger ein pflegewissenschaftliches Studium. Die ersten Absolventen dieser Studiengänge kommen nun in die Praxis. Allerdings mangelt es derzeit noch an – auch hinsichtlich der Vergütung – passend zugeschnittenen Arbeitsplätzen. Der Wissenschaftsrat hat den Aufbau grundständiger Studiengänge der Pflege mit dem Ziel eines akademischen Abschlusses, der zur unmittelbaren Tätigkeit am Patient befähigt, ausdrücklich befürwortet und geht

für die Zukunft von einem Anteil von 10 bis 20 Prozent akademisch qualifizierter Pflegefachkräfte aus (Wissenschaftsrat 2012: 94).

Die derzeitige dreigeteilte Pflegeausbildung mit ihrer Orientierung an Altersgruppen (Kinder, Erwachsene, Ältere) erscheint überholt (DBfK 2012: 4). Die Bundesregierung hat bereits in der letzten Legislaturperiode eine Reform der Pflegeausbildung beschlossen und im März 2012 Eckpunkte dazu vorgelegt. Nun hat das federführende Bundesministerium für Gesundheit angekündigt, im Sommer 2015 einen Referentenentwurf für eine Reform vorzulegen, die das Altenpflegegesetz und das Krankenpflegegesetz durch ein neues Pflegeberufegesetz ablöst. Die bestehenden Pflegeberufe sollen hiermit durch einen einzigen Pflegeberuf ersetzt werden, um ein einheitliches Berufsbild zu schaffen. Das Ziel ist, eine generalistisch ausgerichtete Pflegeausbildung mit einer einheitlichen und gesetzlich geschützten Berufsbezeichnung zu schaffen. Zusätzlich und ergänzend soll eine regelhafte hochschulische Pflegeausbildung (mit Berufszulassung) eingeführt werden.

Nachdem die Ausbildungszahlen ab 2005 vorübergehend rückläufig waren, steigt die Zahl der Pflegeschüler seit 2010 in allen Pflegeberufen wieder deutlich an, mit jährlich rund je 20.000 Neueintritten sowohl in der Gesundheits- und Krankenpflege als auch in der Altenpflege. Um den angenommenen Bedarf von 21.000–25.000 Neueintritten je Ausbildungsjahr zu decken, startete 2010 eine umfassende Ausbildungs- und Qualifizierungsoffensive für den Bereich Altenpflege. Ziel war unter anderem, die Neueintritte jährlich um 10 Prozent zu steigern.

Gemessen am Referenzjahr 2010/2011 mit 23.467 Neueintritten konnte dieses Ziel erstmals im Ausbildungsjahr 2013/2014 mit 26.740 Neueintritten erreicht werden – dies entspricht einem Plus von 13,9 Prozent innerhalb von drei Jahren (BMFSFJ 2015: 10). Zu berücksichtigen ist dabei, dass nicht alle Bundesländer in gleicher Weise systematische Schulstatistiken führen. So fehlen beispielsweise die Daten aus Hessen, Bremen und Hamburg; in Baden-Württemberg und Rheinland-Pfalz sind auch angefangene Altenpflegehelferausbildungen mitgezählt.

Das Gros der Ausbildungsplätze wird von stationären Pflegeeinrichtungen angeboten. 2013 lag die Zahl der Ausbildungsplätze dort bei insgesamt 48.320 (alle Berufsabschlüsse einschl. Pflege, Hauswirtschaft, Verwaltung), gegenüber 9.763 Plätzen in ambulanten Diensten. Dabei gilt es zu berücksichtigen, dass die Praxisanleitung von Pflegeschüler/innen im ambulanten Bereich deutlich personalaufwendiger ist (Verhältnis 1:1 auf den Touren). Die Zahlen der Schüler/innen in den Pflegeberufen sind der nachfolgenden Tabelle 6 zu entnehmen. Die Pflegestatistik erfasst erstmals 2013 detaillierte Angaben zur Ausbildung.

Tabelle 6: Anzahl der Schüler/innen in den Pflegeberufen

	Ambulante Pflegedienste	Stationäre Pflegeeinrichtungen
Altenpfleger/in	7.394	39.906
Altenpflegehelfer/in	792	3.316
Gesundheits- und Krankenpfleger/in	176	242
Krankenpflegehelfer/in	102	139
Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/in	26	75

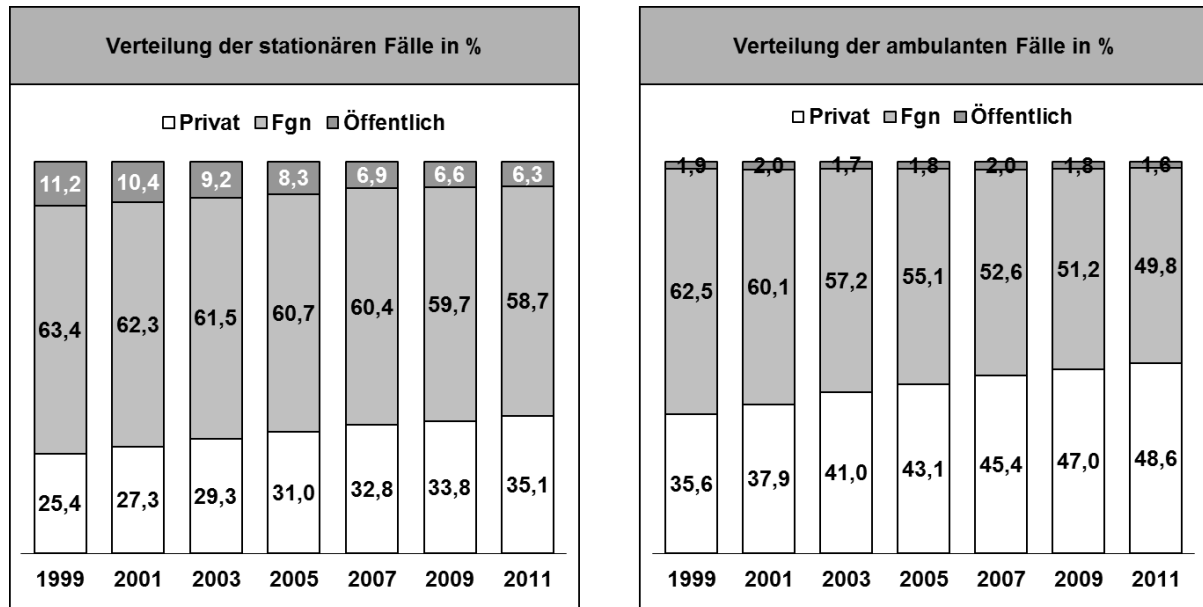
Quelle: Statistisches Bundesamt (2015b).

2.2.3 Entwicklung der Fallzahlen und Preise nach Trägerschaft

Sowohl im stationären als auch im ambulanten Bereich nimmt die Bedeutung privater Anbieter auf dem Pflegemarkt zu (Abbildung 17). Die meisten Pflegebedürftigen in stationären Einrichtungen (58,7 Prozent) werden nach wie vor von einem freigemeinnützig getragenen Haus betreut,

35,1 Prozent in Einrichtungen privater und die verbliebenen Pflegebedürftigen (6,3 Prozent) in Häusern öffentlich-rechtlicher Trägerschaft. Im ambulanten Bereich wird etwa jeweils die Hälfte der Pflegebedürftigen durch freigemeinnützige bzw. durch private Dienste versorgt. Öffentlich-rechtliche Anbieter versorgen nur noch 1,6 Prozent der Pflegebedürftigen.

Abbildung 17: Verteilung stationärer und ambulanter Fälle nach Art der Trägerschaft, 1999–2011

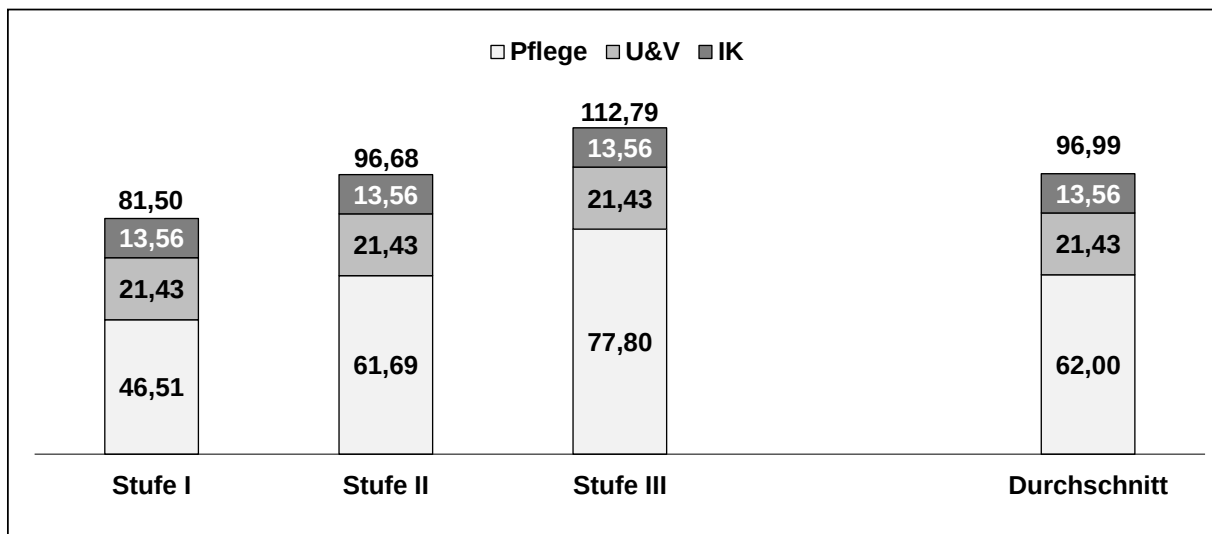


Anmerkung: Die trägerspezifische Analyse basiert nicht auf die öffentlich zugänglichen Daten der Pflegestatistik, sondern auf eine Analyse der Daten beim Forschungsdatenzentrum der Statistischen Ämter des Bundes und der Länder. Die aktuellen Daten der Pflegestatistik für das Jahr 2013 waren zum Zeitpunkt der Erstellung des Gutachtens noch nicht zugänglich.

Quelle: FDZ der Statistischen Ämter des Bundes und der Länder, Pflegestatistik (1999–2009, 2011).

Der Preis für vollstationäre Dauerpflege lag im Durchschnitt bei ca. 97 Euro pro Tag. Dieser Preis setzt sich aus drei Entgeltkomponenten zusammen: dem Preis für Pflege, dem Preis für Unterkunft und Verpflegung und den Investitionskosten. Abbildung 18 zeigt die durchschnittliche Vergütung je Pflegestufe und Entgeltkomponente. Dabei sind die pflegeunabhängigen Kosten – der Preis für Unterkunft und Verpflegung und die Investitionskosten – über die Pflegestufen hinweg konstant. Der Preis nur für die Pflege beträgt im Durchschnitt 47 Euro in Pflegestufe I, 62 Euro in Pflegestufe II und 78 Euro in Pflegestufe III.

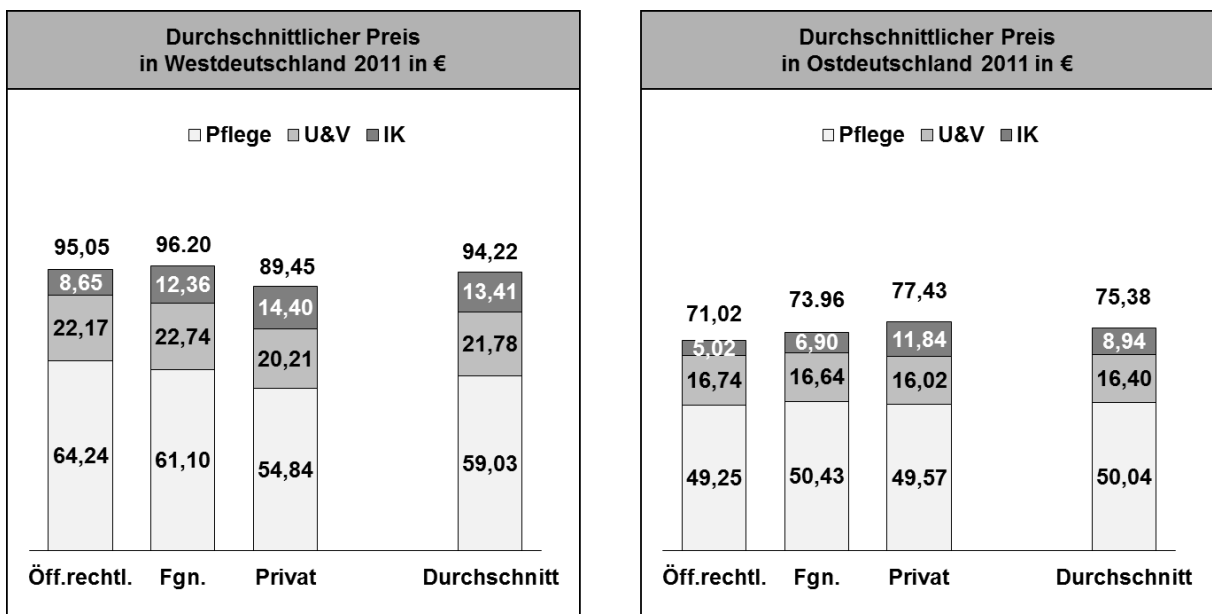
Abbildung 18: Vergütungshöhen und Preise stationärer Pflege in Deutschland (nach Pflegestufen in Euro pro Tag), 2013



Quelle: FDZ der Statistischen Ämter des Bundes und der Länder, Pflegestatistik (2015b); AOK Pflegeheimdaten (2014).

Die Preise unterscheiden sich nach Trägerschaft sowie nach Standort der Pflegeeinrichtung (Abbildung 19). Private Häuser in den alten Bundesländern und öffentlich-rechtliche Einrichtungen in den neuen Bundesländern waren im Durchschnitt am günstigsten. Die niedrigeren Preise der privaten Einrichtungen im Westen könnten ein Grund für deren zunehmenden Marktanteil sein und spiegeln den mit zunehmendem Wettbewerb einhergehenden Preisdruck wider.

Abbildung 19: Vergütungshöhen in West und Ost (nach Trägerschaft, in Euro pro Tag), 2011



Anmerkung: Angenommene Verteilung nach Pflegestufen I/II/III = 38,1/41,4/20,4 Prozent inkl. Unterkunft und Verpflegung, mit Platzzahlen gewichtet.

Quelle: FDZ der Statistischen Ämter des Bundes und der Länder, Pflegestatistik (2011); PAULA (2010).

2.3 Zwischenfazit zum Status quo

Sowohl die Zahl der Pflegebedürftigen als auch das Marktvolumen der Pflegewirtschaft nehmen kontinuierlich zu. Dementsprechend sind auch deutliche Zuwächse bei den Kapazitäten professioneller Pflegedienstleister zu verzeichnen. Global betrachtet scheint das Angebot an stationären Plätzen ausreichend zu sein (Auslastung unter 90 Prozent). Da in die mittlere Auslastung auch Daten neu in Betrieb genommener (naturgemäß niedriger belegter) Einrichtungen einfließen und, wie bereits erwähnt, die zu einem Zeitpunkt real nutzbaren Kapazitäten niedriger ausfallen, kann die Situation regional durchaus stark davon abweichen.

Baulich sanierte und fachlich-konzeptionell gut aufgestellte Einrichtungen mit nachfragegerechter Struktur (z. B. hohe Einzelzimmerquote) berichten regelhaft von bestehenden Wartelisten, so dass teilweise auch Engpässe auftreten. Die Pflegeeinrichtungsichte ist regional sehr verschieden, ebenso die Einkommenslage der Einwohner und die Haushaltssituation der Kostenträger, insbesondere der Sozialhilfeträger. Aus diesem Grund spielen die Faktoren Qualität, baulicher Standard und Ausstattung sowie Preis auch regional höchst unterschiedlich gewichtete Rollen. Dieser Erkenntnis wird mit der Studie Rechnung getragen. Das Kapitel 6 enthält Regionalanalysen der wichtigsten Parameter zur differenzierteren Darstellung der räumlichen Disparitäten im Bereich der Langzeitpflege.

Auch ambulante Dienste, für die es keine belastbaren Angaben zu verfügbaren Kapazitäten gibt, müssen bereits neue Kunden abweisen – vor allem aufgrund von Personalmangel bzw. aufgrund von Personalknappheit in Verbindung mit einer wirtschaftlich vertretbaren Tourenplanung – und fokussieren sich verstärkt auf komprimiertere Angebotsformen wie ambulant betreute Wohngemeinschaften.

Das stärkere (anteilige) Wachstum der professionellen Pflege gegenüber der Pflege in der Familie dürfte ein Indiz für das demografisch bedingt rückläufige Familienpflegepotenzial sein, so dass davon ausgegangen werden muss, dass sich dieser Trend auch künftig fortsetzt.

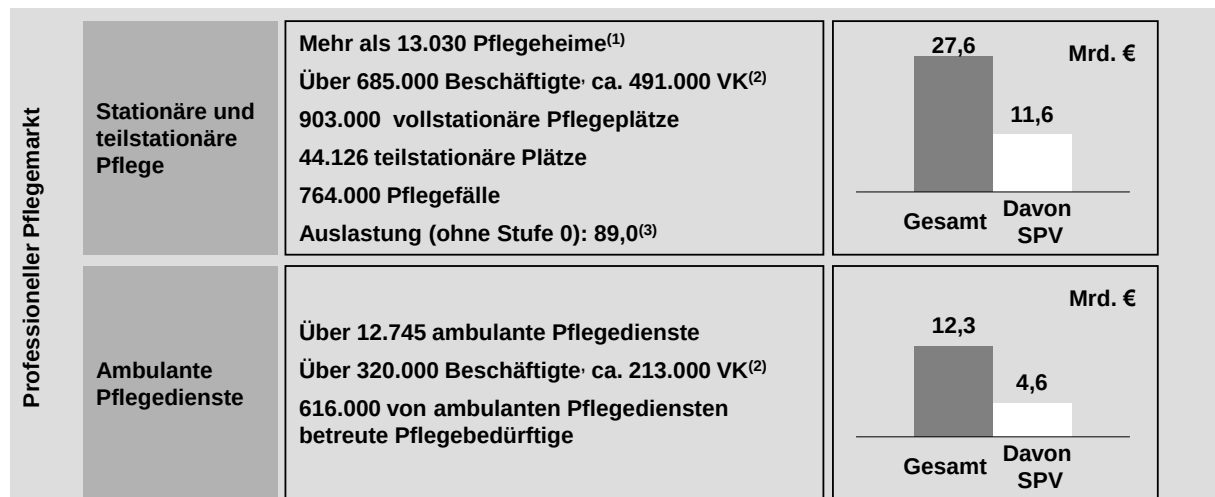
Die ambulante und die stationäre Pflege wachsen fast gleichermaßen, anhand der Mitarbeiterschaft und dem zuletzt höheren Anteil niedrigerer Pflegestufen ist eine leicht höhere Dynamik im ambulanten Bereich zu beobachten. Das entspricht der politischen Zielsetzung „ambulant vor stationär“ und auch den Präferenzen der Bürger, die im Alter möglichst lange selbstbestimmt in der eigenen Wohnung leben möchten.

3 Finanzierung von Pflegeleistungen in Deutschland

3.1 Finanzierungsstruktur

Die Finanzierung von Pflegeleistungen stützt sich auf vier Quellen: Versicherungs- und Sozialleistungen sowie die Einkommen der Pflegebedürftigen und die Realleistungen der Angehörigen oder freiwilligen Helfer. Das Marktvolumen der professionellen Pflege belief sich 2013 auf 39,9 Mrd. Euro (Abbildung 20); davon entfielen knapp 70 Prozent auf die stationäre Pflege.

Abbildung 20: Marktvolumen der professionellen Pflege, 2013



(1) Alle Pflegeeinrichtungen, (2) Vollkräfte, (3) nur dauerstationäre Plätze
Quelle: Statistisches Bundesamt (2015b), (2015c), BMG (2012).

Die Marktnachfrage stützt sich zu 75 Prozent auf Leistungen der Pflegeversicherung (40 Prozent) und Zahlungen der privaten Haushalte (35 Prozent). Weitere größere Finanzierungsträger sind mit je rund 10 Prozent die Krankenversicherungen (vorrangig in der ambulanten Pflege) und öffentlichen Haushalte (Leistungen der Hilfe zur Pflege durch die Kommunen). Schließlich tragen in kleinerem Umfang auch die Arbeitgeber und die gesetzliche Unfallversicherung zur Finanzierung von Pflegeleistungen bei (vgl. Tabelle 7)

Tabelle 7: Gesundheitsausgaben (in Mio. Euro) in der stationären und ambulanten Pflege nach Ausgabenträgern, 2013

	stationäre/ teilstationäre Pflege	ambulante Pflege	Pflege insgesamt	Anteil an Gesamtausgaben
Ausgabenträger insgesamt	27.595	12.344	39.939	100,0
Öffentliche Haushalte	3.049	685	3.734	9,3
Gesetzliche Krankenversicherung	85	4.379	4.464	11,2
Soziale Pflegeversicherung	11.606	4.567	16.173	40,5
Gesetzliche Rentenversicherung	0	0	0	0,0
Gesetzliche Unfallversicherung	123	55	178	0,4
Private Krankenversicherung	388	174	562	1,4
Arbeitgeber	621	253	874	2,2
Private Haushalte/Private Organisationen ohne Erwerbszweck	11.723	2.230	13.953	34,9

Quelle: Gesundheitsberichterstattung des Bundes (2015).

Im Zeitraum 2003 bis 2013 haben sich die Ausgaben für Pflegeleistungen insgesamt um 50 Prozent erhöht – von 26 auf knapp 40 Mrd. Euro (vgl. Tabelle 8). Auf jeweils knapp 5 Mrd. Euro belief sich der Zuwachs der jährlichen Ausgaben bei der sozialen Pflegeversicherung und den privaten Haushalten, rund 2,7 Mrd. Euro Mehrausgaben fielen zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung an. Die Zunahme bei den Kommunen bezifferte sich auf rund 850 Mio. Euro im Jahr 2013 gegenüber dem Basisjahr 2003.

Tabelle 8: Entwicklung der Ausgaben für Pflegeleistungen gesamt (in Mio. Euro), 2003 gegenüber 2013

	2003	2013	Steigerung nominal
Ausgabenträger insgesamt	26.169	39.939	13.770
Öffentliche Haushalte	2.887	3.734	847
Gesetzliche Krankenversicherung	1.735	4.464	2.729
Soziale Pflegeversicherung	11.245	16.173	4.928
Gesetzliche Rentenversicherung	0	0	0
Gesetzliche Unfallversicherung	93	178	85
Private Krankenversicherung	347	562	215
Arbeitgeber	607	874	267
Private Haushalte/Private Organisationen ohne Erwerbszweck	9.253	13.953	4.700

Quelle: Gesundheitsberichterstattung des Bundes (2015).

Dabei fiel der Zuwachs in der ambulanten Pflege mit 86 Prozent doppelt so hoch aus wie im stationären Bereich (41 Prozent) (vgl. Tabelle 9):

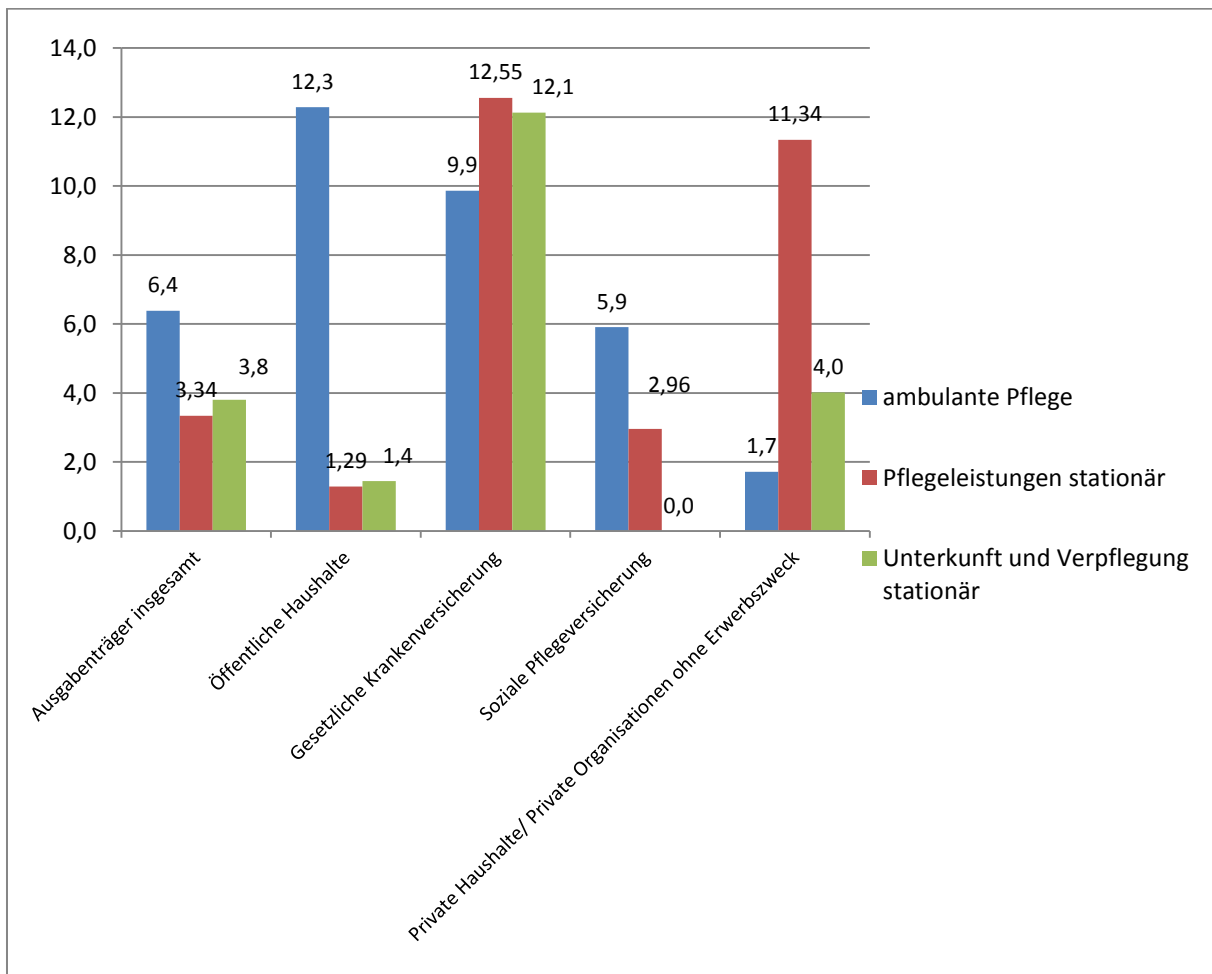
Tabelle 9: Entwicklung der Ausgaben für Pflegeleistungen (in Mio. Euro) nach Ausgabenträgern, 2003–2013

	stationäre/teilstationäre Pflege			ambulante Pflege		
	2003	2013	Veränderung (%)	2003	2013	Veränderung (%)
Ausgabenträger insgesamt	19.522	27.595	41	6.647	12.344	86
Öffentliche Haushalte	2.672	3.049	14	215	685	219
Gesetzliche Krankenversicherung	25	85	240	1.710	4.379	156
Soziale Pflegeversicherung	8.672	11.606	34	2.573	4.567	77
Gesetzliche Rentenversicherung	0	0	0	0	0	0
Gesetzliche Unfallversicherung	66	123	86	27	55	104
Private Krankenversicherung	250	388	55	97	174	79
Arbeitgeber	464	621	34	143	253	77
Private Haushalte/Private Organisationen ohne Erwerbszweck	7.372	11.723	59	1.881	2.230	19

Quelle: Gesundheitsberichterstattung des Bundes (2015).

Die unterschiedlichen Zuwachsraten bei den einzelnen Finanzierungsträgern machen deutlich, dass sich auch die Struktur der Finanzierung von Pflege im betrachteten 10-Jahreszeitraum verschoben hat. Global betrachtet (Ausgaben für Pflegeleistungen insgesamt) hat sich nur der Anteil der GKV-Ausgaben erhöht – zugunsten der Anteile der SPV und der öffentlichen Haushalte. Im Detail sind die Verschiebungen je nach Ausgabenbereich unterschiedlich, wie Abbildung 21 zeigt:

Abbildung 21: Durchschnittliches jährliches Wachstum der Ausgaben für Pflegeleistungen nach Ausgabenbereichen und -trägern (in Prozent), 2003–2013



Quelle: Gesundheitsberichterstattung des Bundes (2015).

Abbildung 21 verdeutlicht, dass sich die Ausgaben der Kommunen insbesondere im ambulanten Bereich sehr dynamisch (mit hohen jährlichen Wachstumsraten) entwickeln, bei den privaten Haushalten steigen vor allem die Ausgaben für pflegerische Leistungen in stationären Einrichtungen überproportional an und bei den Krankenkassen findet in allen drei Bereichen ein hoher Zuwachs statt. Bei den GKV-Leistungen für Unterkunft und Verpflegung bewegt sich die Entwicklung allerdings auf relativ niedrigem Niveau (von 7 Mio. 2003 auf 22 Mio. Euro 2013) – dabei handelt es sich um Zuschüsse der Krankenkassen zu stationären Hospizen nach § 39 a Abs. 1 SGB V, die vom Statistischen Bundesamt anteilig den Kosten für Unterkunft und Verpflegung zugeordnet werden (2013 lag dieser Anteil bei ca. 25 Prozent aller Ausgaben (Konto 05940 der KJ1-Statistik)).

Obwohl die staatlichen Leistungen durch die Pflegereform 2015 um vier Prozent gestiegen sind, hat sich auch 2015 der Eigenanteil für Bewohner stationärer Pflegeeinrichtungen erhöht, berichtet die Frankfurter Allgemeine Zeitung unter Berufung auf aktuelle Berechnungen des PKV-Verbandes. Ursache sind gestiegene Pflegesatzkosten. Diese erhöhten sich im Schnitt um 107 Euro pro Monat, die Zuweisungen der Pflegeversicherung allerdings nur um 62 Euro pro Monat. Daraus ergeben sich monatliche Mehrausgaben für Pflegeheim-Bewohner von 56 Euro pro Monat (Frankfurter Allgemeine Zeitung 2015).

3.2 Exkurs: Haushaltsproduktion und Ehrenamt

Die bisherige Betrachtung des Angebotes von Pflegeleistungen und deren Finanzierung ist unvollständig, wenn nicht auch die Ressourcen von Familienangehörigen und ehrenamtlich tätigen Betreuerinnen und Betreuern, sowohl personell als auch aus Sicht der Wertschöpfung, mit einbezogen werden. Wie eingangs dargestellt, wurden 2013 rund 1,25 Mio. Pflegebedürftige ausschließlich von Familienangehörigen betreut – das ist fast die Hälfte aller Pflegebedürftigen. Damit wird aus Sicht der Arbeitskräfte und finanziell ein großer Beitrag insbesondere zur ambulanten Versorgung geleistet. Die Bezifferung dieses Beitrags ist allerdings aufgrund nicht vorhandener systematisch erfasster Daten schwierig.

Im Rahmen der volkswirtschaftlichen Gesamtrechnung gibt es einige Ansätze zur Systematisierung, Erfassung und Bewertung von unbezahlter Arbeit. Sowohl mit der Zeitbudgeterhebung des Statistischen Bundesamtes als auch auf Grundlage der den Erhebungen des Freiwilligensurveys liegen erste Daten vor. Diese sind allerdings aus den Jahren 2009 und älter, aktuelle Untersuchungen gibt es nicht.

Das Statistische Bundesamt hat im Rahmen der Zeitbudgeterhebung vier Bereiche festgelegt, denen die einzelnen Aktivitäten eines 24-Stunden-Tages zugeordnet werden:

1. Bezahlte Arbeit
2. Unbezahlte Arbeit
3. Bildung
4. Freizeit (einschl. Schlaf)

Zur unbezahlten Arbeit gehören sowohl Familien- und Hausarbeit (Haushaltsproduktion) als auch Freiwilligenarbeit (bzw. Ehrenamt). Der Erhalt einer Aufwandsentschädigung steht der Zuordnung des Ehrenamtes zur unbezahlten Arbeit nicht entgegen.

In einer aktuellen Studie zur Gesundheitswirtschaft haben Schneider et al. (2015) eine Abschätzung des Arbeitsvolumens unbezahlter Arbeit im Bereich Pflege vorgelegt. Auf Basis der Zeitbudgeterhebung 2001/02 wurden für das Jahr 2010 folgende Werte ermittelt:

Tabelle 10: Schätzungen zum Ausmaß der Haushaltsproduktion und des Ehrenamtes in der Pflege, 2010

	Minuten am Tag	Std. in Mio., 2010	VZÄ 2010
Informelle Hilfe für andere Haushalte (Alten- und Krankenpflege) (ohne Wegezeiten) – Ehrenamt	59	134	67.000
Pflege und Betreuung von kranken und älteren erwachsenen Familienangehörigen – Haushaltsproduktion	74	202	101.000
Summe	133	336	168.000

Quelle: Schneider et al. (2015: 127 ff.).

Hinsichtlich der monetären Bewertung unbezahlter Arbeit gibt es bisher kein allgemein anerkanntes Konzept (ausführlich dazu siehe Schneider et al. (2015: 240 ff.). Es wird dafür plädiert, eine Bewertung auf Basis eines Nettostundenlohns und dem Niveau eines Generalisten (vorwiegend hauswirtschaftliche Tätigkeiten) vorzunehmen, da sowohl ehrenamtlich Tätige als auch Familienangehörige in der Regel keine Pflegefachkräfte sind. Unter diesen Annahmen wurde ein Nettostundenlohn von 7,68 Euro für 2010 zugrunde gelegt. Daraus ergibt sich für die ausgewiesenen 336 Mio. Stunden ein

volkswirtschaftlicher Beitrag in Höhe von 2,58 Mrd. Euro. Das entspricht rund 7 Prozent der statistisch erfassten Gesamtausgaben für Pflegeleistungen im Jahr 2010.

Fügt man diese Summe den Ausgaben für Pflegeleistungen 2010 hinzu (bei den privaten Haushalten, siehe Tabelle 11), so steigt der Anteil der auf die privaten Haushalte entfallenden Ausgaben von knapp 36 Prozent auf 40 Prozent an. Geht man davon aus, dass diese Leistungen vorrangig im ambulanten Bereich erbracht werden, würde sich dort der Anteil der privaten Haushalte sogar von knapp 21 Prozent auf 37 Prozent erhöhen.

Tabelle 11: Ausgaben für Pflegeleistungen nach Ausgabenträgern in Mio. Euro, mit Berücksichtigung von Ehrenamt und Haushaltsproduktion, 2010

	stationär	ambulant	gesamt	gesamt mit Haushalts- produktion und Ehrenamt
Ausgabenträger insgesamt	25.054	10.042	35.096	37.676
Öffentliche Haushalte	2.777	581	3.358	3.358
Gesetzliche Krankenversicherung	60	3.257	3.317	3.317
Soziale Pflegeversicherung	10.795	3.716	14.511	14.511
Gesetzliche Rentenversicherung	0	0	0	0
Gesetzliche Unfallversicherung	97	42	139	139
Private Krankenversicherung	332	141	473	473
Arbeitgeber	575	223	798	798
Private Haushalte/Private Organisationen ohne Erwerbszweck	10.418	2.082	12.500	15.080

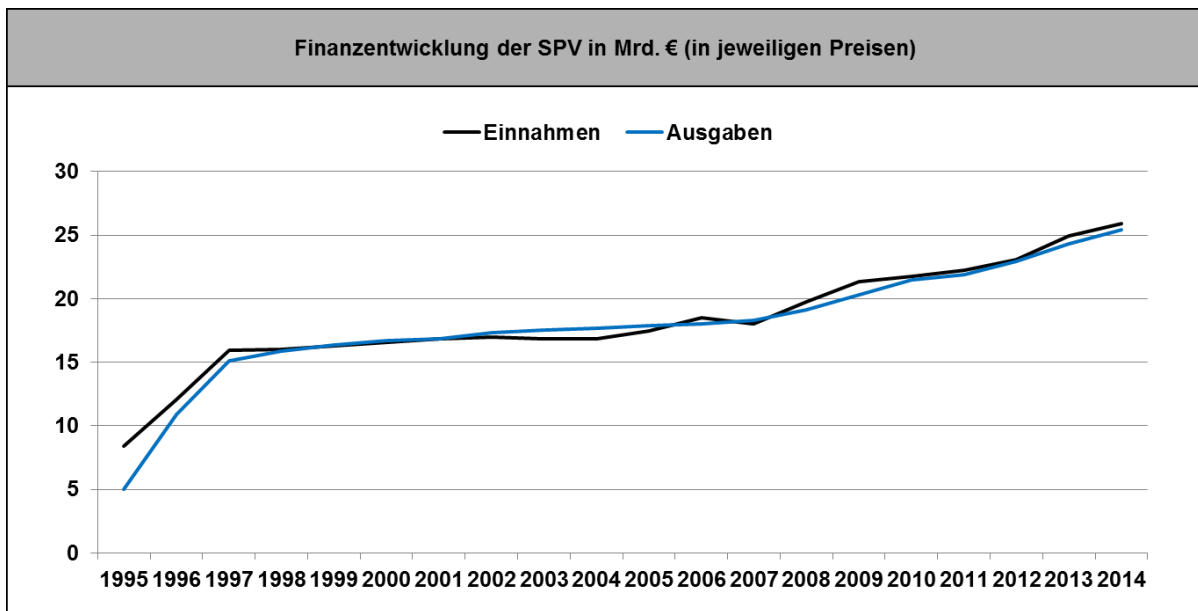
Quelle: Gesundheitsberichterstattung des Bundes (2015), Internet sowie Schneider et al. (2015: 127 ff.).

Die hier dargestellten Berechnungen verdeutlichen, dass Familienpflege und Ehrenamt einen erheblichen Beitrag zur personellen und finanziellen Sicherstellung der pflegerischen Versorgung in Deutschland leisten. Die beispielhaft ermittelte Summe von 2,6 Mrd. Euro für 2010 ist dabei als eher konservative Schätzung zu bewerten. Erstens fußen die Daten auf Basis einer sehr weit zurückliegenden Zeiterhebung (2001/02) und es ist anzunehmen, dass mit steigenden Pflegebedürftigkeitszahlen, insbesondere bei den Beziehern von Pflegegeld, auch die Anzahl und der Zeitumfang der informell Pflegenden zugenommen haben. Zweitens weisen Schneider et al. (2015) darauf hin, „dass eine rein ökonomische Betrachtung des volkswirtschaftlichen Wertes unbezahlter Arbeit zu kurz greift, da wichtige Aspekte ehrenamtlichen Engagements wie die Bildung von Sozialkapital nicht berücksichtigt werden.“ Darüber hinaus gibt es Studien, in denen die informelle Pflege mit deutlich höheren Stundensätzen bewertet werden als in Schneider et al. (2015). Diese Studien beruhen auf alternativen Methoden zur Bewertung der Zeit der informellen Pflege (vgl. hierzu z. B. Wübker et al. 2014). Weiterhin ist zu berücksichtigen, dass infolge von Haushaltsproduktion und Ehrenamt eine Entlastung bezüglich des Fachkräftebedarfs in der Pflege einhergeht.

3.3 Finanzielle Situation der Sozialen Pflegeversicherung

Abbildung 22 zeigt die Einnahmen und Ausgaben der Sozialen Pflegeversicherung (SPV) seit ihrer Einführung im Jahr 1995 bis zum Jahr 2014. In den ersten drei Jahren ihres Bestehens überstiegen die Einnahmen die Ausgaben. Anschließend verliefen Einnahmen und Ausgaben auf sehr ähnlichem Niveau.

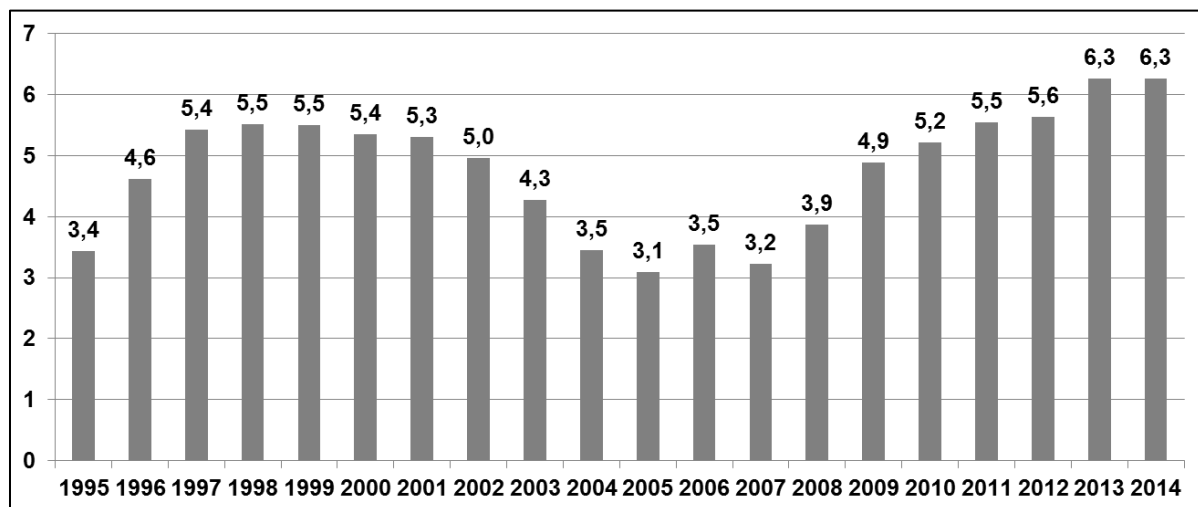
Abbildung 22: Finanzentwicklung der SPV in Mrd. Euro (in jeweiligen Preisen), 1995–2014



Quelle: Bundesministerium für Gesundheit (2015a).

Durch den Einnahmeüberschuss zu Beginn der Einführung ließen sich Kapitalreserven aufbauen. Im Jahr 2014 betrugen die Kapitalreserven 6,3 Mrd. Euro.

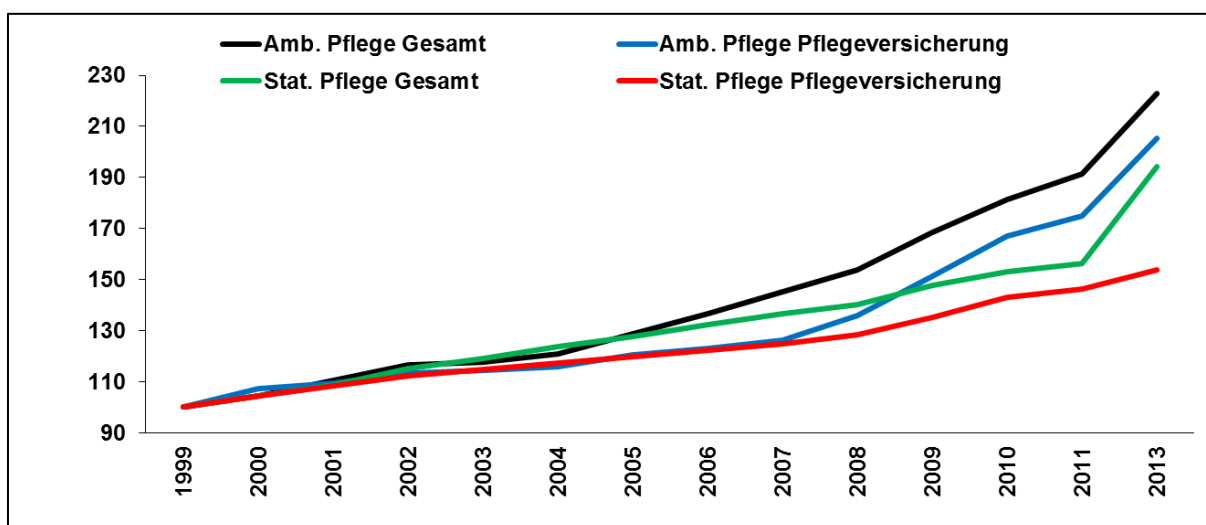
Abbildung 23: Kapitalreserven der SPV in Mrd. Euro, 1995–2014



Quelle: Bundesministerium für Gesundheit (2015a).

Über die Pflegeversicherung werden die Kosten für Pflegeleistungen allerdings nur anteilig finanziert, wie oben bereits ausführlich dargestellt wurde. Zwischen den Jahren 1999 und 2013 stiegen die Gesamtausgaben für ambulante und stationäre Pflege deutlich stärker als die Kosten für ambulante und stationäre Pflege der Pflegeversicherung (Abbildung 24). Bis zum Jahr 2007 stiegen insbesondere die Gesamtkosten für ambulante Pflege schneller als die Kosten der Pflegeversicherung für ambulante Pflege. Ab dem Jahr 2007 stiegen dann aber die Kosten der Pflegeversicherung für ambulante Pflege schneller, sodass sich die Kostenentwicklung etwas anpasste.

Abbildung 24: Vergleich der Gesamtkosten mit den Kosten der Pflegeversicherung, Basisjahr 1999



Quelle: Statistisches Bundesamt (2012a), (2013a), (2015c).

Tabelle 12: Entwicklung der Pflegesätze der SPV nach Art der Pflege

Stufe I	vor Reform	ab 1.7.08	ab 1.1.10	ab 1.1.12	ab 1.1.15
Häusliche Pflege	205	215	225	235	244
Ambulante Pflege	384	420	440	450	468
Stationäre Pflege	1.023	1.023	1.023	1.023	1.064
Stufe II	vor Reform	ab 1.7.08	ab 1.1.10	ab 1.1.12	ab 1.1.15
Häusliche Pflege	410	420	430	440	458
Ambulante Pflege	921	980	1.040	1.100	1.144
Stationäre Pflege	1.279	1.279	1.279	1.279	1.330
Stufe III	vor Reform	ab 1.7.08	ab 1.1.10	ab 1.1.12	ab 1.1.15
Häusliche Pflege	665	675	685	700	728
Ambulante Pflege	1.432	1.470	1.510	1.550	1.612
Stationäre Pflege	1.432	1.470	1.510	1.550	1.612
Härtefall	vor Reform	ab 1.7.08	ab 1.1.10	ab 1.1.12	ab 1.1.15
Ambulante Pflege				1.918	1.995
Stationäre Pflege	1.688	1.750	1.825	1.918	1.995

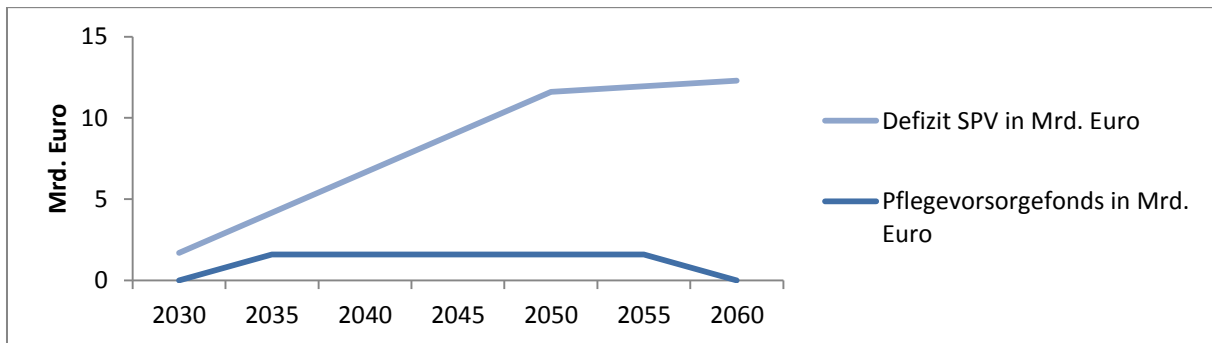
Quelle: Bundesministerium für Gesundheit (2015b).

Tabelle 12 zeigt die Entwicklung der Pflegesätze nach Art der Pflege für Pflegestufen I bis III sowie für Härtefälle. In Pflegestufe I und II stiegen vor 2015 nur die Pflegesätze für häusliche und ambulante Pflege, so dass sich der Unterschied in der Höhe der Pflegesätze zwischen stationärer und nicht-stationärer Pflege verringerte. Durch das Erste Pflegestärkungsgesetz wurden die Pflegeleistungen zum 01.01.2015 angepasst. So wurden u. a. die monatlichen Beträge für Pflegeleistungen um 4 Prozent angehoben, Leistungen der Kurzzeitpflege und in ambulant betreuten Wohngruppen auch für Menschen mit Pflegestufe 0 und mit dauerhaft erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz eingeführt und die Beträge für wohnumfeldverbessernde Maßnahmen erhöht. Pflegeeinrichtungen

können mehr Personal für die zusätzliche Betreuung im Bereich des § 87 b SGB XI einstellen. Die Versorgung Demenzkranke wird verbessert. Zur Finanzierung wurde gleichzeitig der Beitragssatz um 0,3 Prozentpunkte angehoben.

Das wird aber voraussichtlich nicht ausreichen, wie eine Simulation des Instituts der deutschen Wirtschaft Köln (IW) zeigt (Abbildung 25):

Abbildung 25: Einnahmen und Ausgaben der Sozialen Pflegeversicherung, 2030–2060



Quelle: Eigene Darstellung nach IW Köln (2015).

Bereits im Jahr 2030 werden demnach die Ausgaben der sozialen Pflegeversicherung (SPV) ihre Beitragseinnahmen selbst unter optimistischen Annahmen um 1,7 Mrd. Euro übersteigen. Ab 2050 liegt der prognostizierte Ausgabenüberschuss bei über 11 Mrd. Euro pro Jahr.

Diesen Umstand wird auch der geplante Pflegevorsorgefonds nicht wesentlich verändern:

- **Von 2015 bis 2034** wird ein Zehntelpunkt des Beitragssatzes zur Pflegeversicherung für den Aufbau eines Kapitalstocks verwendet.
- **Ab 2035** wird dieser Puffer genutzt, um die Beitragssätze zu stabilisieren.

Das IW Köln hat berechnet, dass dieser Fonds zu klein dimensioniert ist. Bei voraussichtlich maximal 1,6 Mrd. Euro würden die Gelder aus dem Fonds 2040 nur ein Viertel der Finanzierungslücke schließen. Wenn dann im Jahr 2060 die Finanzierungslücke am größten ist, sind die Mittel des Fonds verbraucht (IW 2014). In diesem Zusammenhang ist darauf hinzuweisen, dass Ausgabenüberschüsse der SPV durch Beitragssatzanhebungen ausgeglichen werden.

Auch das RWI hat die finanzielle Situation der SPV im Rahmen des Pflegeheim Rating Reports 2013 analysiert und auf dem Stand des Jahres 2011 geltenden Rechts simuliert. Das Institut projiziert die Ausgaben- und Einnahmenentwicklung der SPV mit Hilfe verschiedener Szenarien (vgl. hierzu Augurky et al. 2013).⁴ In einem Basisszenario, welches nur die Bevölkerungsentwicklung berücksichtigt und ansonsten die Status quo Situation fortschreibt, kommt das Institut zu dem Ergebnis, dass ab 2018 die Ausgaben höher als die Einnahmen ausfallen und die jährlichen Ausgabenüberschüsse die Kapitalreserven abbauen. Die SPV sei mittelfristig ohne Anpassungen nicht nachhaltig. Insofern seien sowohl Eingriffe an der Einnahme- als auch an der Ausgabenseite nötig, argumentiert das RWI in seinem Report.

⁴ Das RWI plant zurzeit eine Aktualisierung der Projektionen zur finanziellen Situation der SPV. Die Aktualisierung erfolgt, sobald der Zugang zu den Daten der aktuellen Pflegestatistik am Forschungsdatenzentrum der Statistischen Ämter des Bundes und der Länder in Kamenz möglich ist. Sie wird im Rahmen des voraussichtlich im Herbst dieses Jahres erscheinenden Pflegeheim Rating Reports 2015 ausführlich dargestellt.

Zur Stärkung der Einnahmenseite seien Maßnahmen zur weiteren Steigerung der Erwerbsquote älterer Menschen sowie der Frauenerwerbsquote zu ergreifen. Die Rente mit 67 war dazu ein richtiger Schritt. Der nächste Schritt solle die Dynamisierung des Renteneintrittsalters sein: Sofern die Lebenserwartung weiter steige, sollten die zusätzlich gewonnenen Lebensjahre in einem ausgewogenen Verhältnis auf Erwerbsleben und auf Rente aufgeteilt werden. Durch versicherungsmathematisch bedingte höhere Abschläge auf die Rente bei vorzeitigem Renteneintritt würde ein Anreiz zur Erhöhung der Erwerbsquote älterer Menschen geschaffen. Die Immigration qualifizierter Arbeitskräfte – und damit Beitragszahler – könnte diese Maßnahmen flankieren. Auf der Ausgabenseite sei darauf zu achten, dass der schon jetzt steile Wachstumspfad der Ausgaben nicht weiter erhöht werde. Die Einführung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs, der die Belange dementer Menschen stärker berücksichtigt, sei zwar zu befürworten. Dadurch erwartete zusätzliche Ausgaben von 3,6 Mrd. Euro jährlich seien aber durch Einsparungen auf anderer Seite auszugleichen.

Mit der bevorstehenden Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs wird eine neue Einordnung und Bewertung der Pflegebedürftigen in fünf Pflegegrade vorgenommen. Die bisherige Unterscheidung zwischen Pflegebedürftigen mit körperlichen Einschränkungen einerseits und mit kognitiven und psychischen Einschränkungen (insbesondere Demenzkranke) andererseits soll dadurch wegfallen. Im Zentrum steht der individuelle Unterstützungsbedarf jedes Einzelnen. Das soll letztlich eine gerechtere Verteilung der Mittel der SPV auf die Pflegebedürftigen bewirken.

„Ambulant vor stationär“ soll weiterhin ein maßgebliches Prinzip bleiben, ohne dass es weitere finanzielle Anreize diesbezüglich gibt. Die Inanspruchnahme von Leistungen der Sozialhilfeträger (Hilfe zur Pflege im SGB XII) soll möglichst nicht zunehmen.

3.4 Hilfe zur Pflege und kommunale Finanzen

Die Hilfe zur Pflege ist eine steuerfinanzierte, bedarfsorientierte Sozialleistung. Sie wird denjenigen gewährt, die ihren Pflegebedarf nicht selbst finanzieren können, weil keine oder nicht kostendeckende (Teilkasko-)Leistungsansprüche gegenüber Pflegeversicherungen bestehen und das eigene Einkommen und Vermögen nicht ausreicht, um die Deckungslücke zu schließen. Der Hilfe zur Pflege liegt zudem ein erweiterter Pflegebegriff zu Grunde, der u. a. auch Leistungen bei einfacher Pflegebedürftigkeit (sog. „Stufe 0“) oder nur bei kurzfristiger Pflegebedürftigkeit gewährt. Die Leistungen werden zudem bedarfsorientiert gewährt, wobei den zuständigen Trägern ein Gestaltungsspielraum verbleibt. Im Einzelnen handelt es sich um Pflegegeld, Sachleistungen, Beihilfen für Pflegeleistungen und Leistungen für stationäre sowie teilstationäre Pflege. Für diese Sozialleistung ist i. d. R. der Kreis bzw. die kreisfreie Stadt als Träger der örtlichen Sozialhilfe zuständig. Eine Ausnahme bildet die stationäre und teilstationäre Pflege für unter 65-Jährige. Hier sind die überörtlichen Träger der Sozialhilfe zuständig. Als überörtliche Träger treten dabei sowohl höhere Kommunalverbände wie staatliche Landesverbände auf (vgl. Tabelle 22 in Abschnitt 6).

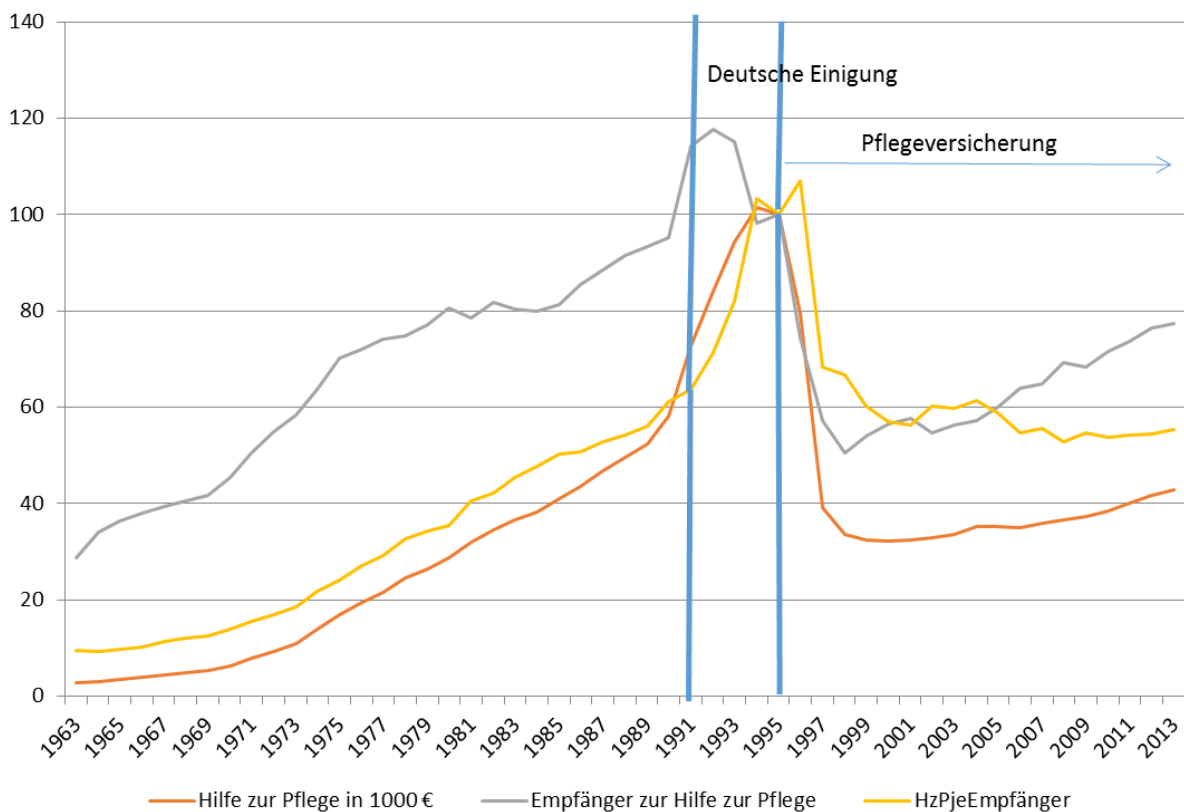
Im Folgenden werden die Ausgaben für die Hilfe zur Pflege aus wirtschaftlicher (3.4.1) wie finanzwirtschaftlicher Perspektive (3.4.2) untersucht. Die wirtschaftliche Analyse hat die Entwicklung der Bruttoausgaben und deren Bestimmungsgründe zum Gegenstand. Die finanzwirtschaftliche Analyse fragt nach der fiskalischen Belastung der kommunalen Haushalte, die vor allem die Nettoausgaben (Bruttoausgaben minus Einnahmen) abbilden. Im Gegensatz zur wirtschaftlichen Analyse wird hier berücksichtigt, dass die Hilfe zur Pflege in einigen Bundesländern teilweise oder vollständig vom überörtlichen staatlichen Träger finanziert wird. Außerdem erzielen Kommunen Einnahmen aus Erstattungen

von Sozialversicherungsträgern oder unterhaltspflichtigen Angehörigen (vgl. hierzu ausführlich Abschnitt 6).

3.4.1 Die wirtschaftliche Perspektive: Allgemeine Entwicklung der Bruttoausgaben

Die Bruttoausgaben der Hilfe zur Pflege entwickelten sich bis zur Einführung der Pflegeversicherung 1995 äußerst dynamisch (Abbildung 26): Die Ausgaben stiegen von 247 Mio. Euro im Jahr 1963 um 11,9 Prozent p. a. auf 5,2 Mrd. Euro im Jahr 1990 (Tabelle 13). Im Zuge der Deutschen Einigung kam es zu einem Ausgabensprung auf 9,1 Mrd. Euro im Jahr 1994. Damit einher ging eine mehr als Verdreifachung der Leistungsempfänger seit 1963: Ihre Anzahl stieg von 165.000 über 546.000 im Jahr 1990 auf 563.000 im Jahr 1994. Die Ausgaben je Leistungsempfänger nahmen sogar um das 11-fache zu und zwar von 1.496 Euro im Jahr 1963 auf 16.083 Euro im Jahr 1994.

Abbildung 26: Entwicklung der Hilfe zur Pflege, 1963–2011 (Basisjahr 2005)



Quelle: Eigene Berechnungen nach Angaben des Statistischen Bundesamtes (2015: 28 f.)

Erst durch die Unterstützung durch die gesetzliche Pflegeversicherung – ab April 1995 wurde die häusliche Pflege unterstützt, ab Juli 1996 die stationäre – konnte die große Dynamik dieser Transferleistung gebrochen werden: Die Ausgaben für die Hilfe zur Pflege sanken zunächst und stabilisierten sich in den Jahren 1999 bis einschließlich 2002 auf etwa 2,9 Mrd. Euro p. a. Seitdem steigen die Ausgaben wieder und erreichten im Jahr 2013 ein Volumen von 3,8 Mrd. Euro. Dies liegt aber noch immer um mehr als die Hälfte unter dem Niveau von 1994 (Tabelle 13). Auffallend ist, dass bis zum Jahr 1990 die Leistungen je Empfänger mit jahresdurchschnittlich 7,1 Prozent deutlich stärker stiegen als die Zahl der Leistungsempfänger (4,5 Prozent). Nach Einführung der Pflegeversicherung sind die Leistungen je Empfänger um 3,2 Prozent p. a. stärker geschrumpft als die Zahl der Empfänger (–1,2 Prozent p. a.).

Tabelle 13: Entwicklung der Hilfe zur Pflege

Jahr	Hilfe zur Pflege	Anzahl der Empfänger	Leistungen je Empfänger
	in Mio. Euro	in Tausend	in Euro
1963	247	165	1 496
1990	5 192	546	9 510
1994	9 062	563	16 083
2013	3 824	444	8 613
Jahresdurchschnittliche Veränderungsrate			
1990/1963	11,9	4,5	7,1
1994/1990	14,9	14,3	0,8
2013/1994	-4,4	-1,2	-3,2

Quelle: Eigene Berechnungen nach Angaben des Statistischen Bundesamtes (2015: 28 f.)

Aufgrund der Unterschiede in der Finanzierung der Hilfe zur Pflege zwischen den Bundesländern erfolgt in Abschnitt 6 (Regionale Analysen) eine länderspezifische Analyse der Ausgaben der Hilfe zur Pflege.

3.4.2 Die finanzwirtschaftliche Perspektive: Nettoausgaben und Belastung der kommunalen Haushalte

Die Bruttoausgaben der Hilfe zur Pflege geben Auskunft darüber, welche Mittel die Gebietskörperschaften für eine Aufgabe – hier die Hilfe zur Pflege – eingesetzt haben. Sie besagen aber nichts darüber, wie diese Aufgaben finanziert wurden und in welchem Umfang die Haushalte tatsächlich belastet werden. So erzielen die Träger der Hilfe zur Pflege Einnahmen, u. a. von Sozialversicherungen und unterhaltspflichtigen Angehörigen. Die effektive Haushaltsbelastung ist also geringer: Die Nettoausgaben beliefen sich 2012 im Bundesdurchschnitt auf 86,5 Prozent der Bruttoausgaben (Tabelle 14). Damit konnte 2012 die effektive Ausgabenbelastung nur noch um 13,5 Prozent durch Einnahmen gesenkt werden, in 2007 waren es noch 17,1 Prozent.

Verantwortlich hierfür sind in erster Linie die geringeren Leistungen von Sozialversicherungsträgern, die von 2007 bis 2012 von 348,4 Mio. auf 256,4 Mio. Euro sanken. Dies entspricht einer jahresdurchschnittlichen Abnahme von 5,9 Prozent. Aber auch die Kostenbeiträge und die sonstigen Ersatzleistungen haben in diesem Zeitraum um 3,2 bzw. um 5,1 Prozent p. a. abgenommen. Gestiegen sind dagegen die Einnahmen von bürgerlich-rechtlich Unterhaltspflichtigen um jahresdurchschnittlich 8,4 Prozent von 43,2 Mio. auf 64,8 Mio. Euro. Dazu beigetragen hat die positive Entwicklung der verfügbaren Einkommen (s. Abschnitt 3.4), möglicherweise aber auch verstärkte kommunale Anstrengungen, Angehörige in Regress zu nehmen. Die Sozialversicherungsträger leisten damit zwar nach wie vor mit einem Anteil von 54 Prozent den größten Beitrag zu den Einnahmen. Die Unterhaltsleistungen haben aber erheblich an Bedeutung gewonnen: Die Unterhaltspflichtigen erbrachten 2007 nur 7,8 Prozent der Einnahmen, 2012 aber bereits 13,6 Prozent. Es zeigt sich zudem, dass die relative Differenz zwischen Brutto- und Nettoausgaben von Bundesland zu Bundesland erheblich variiert. Darauf und auf regionale Belastungsunterschiede in den kommunalen Haushalten wird ausführlich in Abschnitt 6 eingegangen.

Tabelle 14: Die Entwicklung der Nettoausgaben je Einwohner in den Flächenländern, 2007–2012

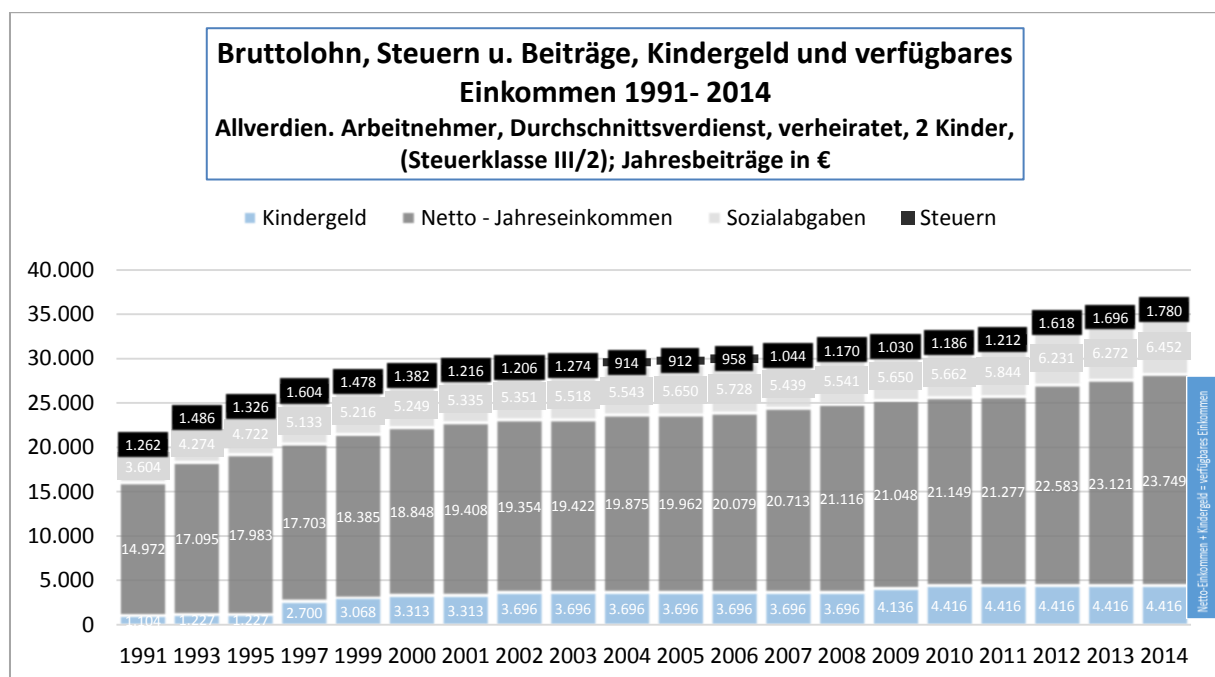
Land	2007		2008		2009		2010		2011		2012	
	in € je EW	In % der Bruttoausgaben	in € je EW	In % der Bruttoausgaben	in € je EW	In % der Bruttoausgaben	in € je EW	In % der Bruttoausgaben	in € je EW	In % der Bruttoausgaben	in € je EW	In % der Bruttoausgaben
	Ostdeutsche Flächenländer											
Brandenburg	12	85,2	13	87,6	14	89,4	13	87,5	15	87,2	17	94,3
Mecklenburg-Vorpommern	18	92,8	19	94,6	21	94,5	22	94,3	23	92,7	26	94,0
Sachsen	10	79,1	12	88,1	12	86,9	12	90,4	13	88,9	15	91,6
Sachsen-Anhalt	14	98,4	15	98,3	16	98,4	16	99,8	17	92,0	17	98,4
Thüringen	11	78,0	12	78,1	12	76,7	13	75,4	14	75,0	16	80,0
	Westdeutsche Flächenländer											
Baden-Württemberg	28	83,4	30	86,2	31	86,3	33	87,5	34	83,6	37	88,7
Bayern	26	62,0	28	63,5	29	62,7	30	62,5	32	63,6	33	64,4
Hessen	39	72,6	38	73,1	40	91,9	40	93,3	42	91,9	45	95,3
Niedersachsen	30	89,6	31	90,9	31	90,9	32	92,7	32	89,6	34	92,7
Nordrhein-Westfalen	38	91,9	39	92,8	42	92,9	42	91,8	44	91,1	47	92,6
Rheinland-Pfalz	30	83,0	31	83,7	34	86,2	36	85,3	38	85,1	40	86,1
Saarland	33	93,0	33	93,3	36	93,1	39	95,3	45	92,9	59	95,7
Schleswig-Holstein	34	86,0	36	88,0	37	88,8	37	88,9	38	89,4	40	92,1
Deutschland	32	82,9	34	84,3	35	86,4	36	85,6	38	85,2	40	86,5

Quelle: Eigene Berechnungen nach Angaben des Statistischen Bundesamtes.(2009b, 2010, 2012b, 2013c, 2014, 2015a).

3.5 Finanzielle Situation der privaten Haushalte

Wie aus Tabelle 11 ersichtlich, leisten private Haushalte durch umfassende informelle Pflegeleistungen einen zentralen Beitrag zur pflegerischen Versorgung von Pflegebedürftigen in Deutschland. Darüber hinaus leisten die privaten Haushalte auch einen erheblichen Beitrag zur Finanzierung der ambulanten und stationären Pflegeleistungen (vgl. Tabelle 11). Ein ausreichend hohes verfügbares Einkommen ist dabei eine notwendige Voraussetzung dafür, dass private Haushalte dieser Verantwortung gerecht werden können. Abbildung 27 zeigt, wie sich die verfügbaren Einkommen seit 1991 in Deutschland durchschnittlich für einen repräsentativen Haushalt (alleinverdienender Arbeitnehmer mit 2 Kindern) entwickelt haben. Es wird deutlich, dass sich das durchschnittliche verfügbare nominale Einkommen im Zeitraum von 1991 bis 2014 von 14.972 Euro auf 23.749 Euro, d. h. um 58 Prozent erhöht hat. Das durchschnittliche verfügbare Einkommen bildet dabei einen Proxy für das Finanzierungspotenzial der privaten Haushalte, da die Angehörigen (d. h. in der Regel Kinder) von Pflegebedürftigen grundsätzlich subsidiär die Kosten der Pflege übernehmen müssen, wenn der zu Pflegenden selbst nicht zahlen kann. Somit hat sich selbst bei Berücksichtigung der Inflationsrate das Finanzierungspotenzial in den vergangenen Jahren positiv entwickelt. Ungeachtet dessen hat sich dennoch die Anzahl der Empfänger der „Hilfe zur Pflege“ in den vergangenen Jahren wieder deutlich erhöht. So ist nach Angaben des Statistischen Bundesamtes (2015) die Anzahl von Empfängern der „Hilfe zur Pflege“ von ihrem Tiefpunkt im Jahr 1998 (289.000 Empfänger) wieder deutlich angestiegen auf 444.000 Empfänger im Jahr 2013 (zur langfristigen Entwicklung vgl. Tabelle 13).

Abbildung 27: Verfügbares Einkommen der privaten Haushalte, 1991–2014



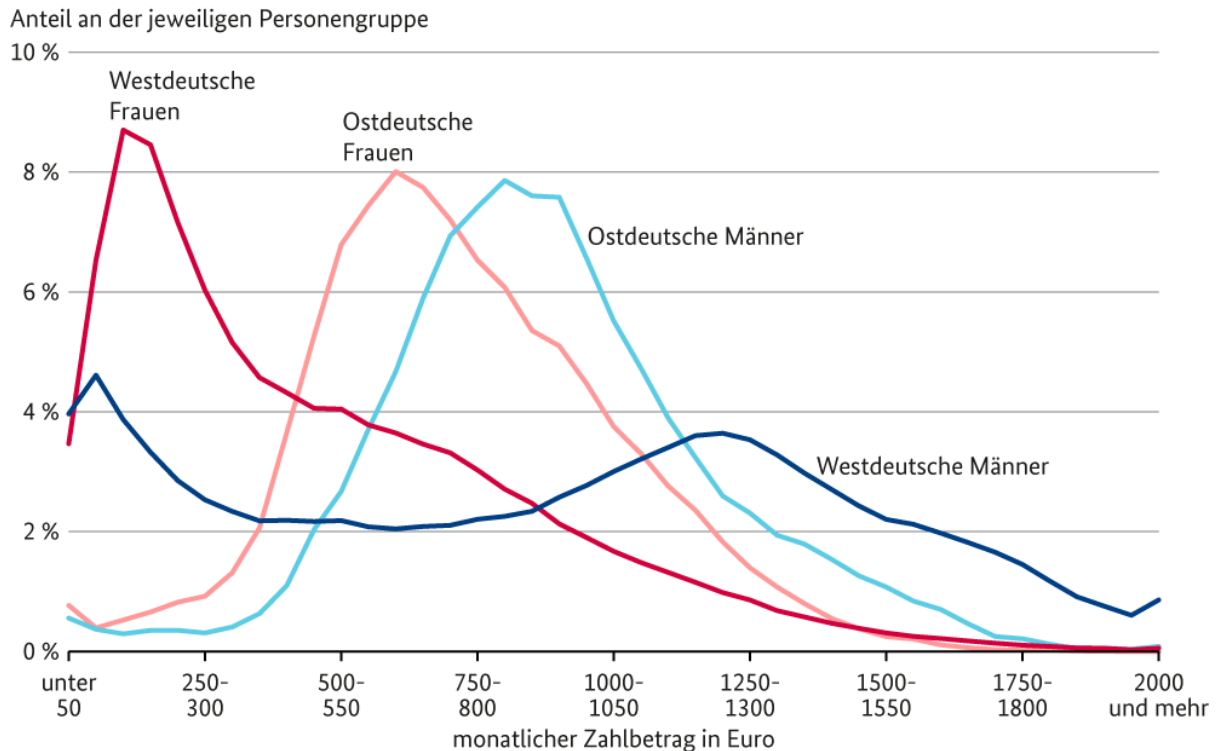
Quelle: Eigene Darstellung angelehnt an Darstellung des Instituts für Arbeit und Qualifikation der Universität Duisburg-Essen in Sozialpolitik Aktuell (2015).

Verantwortlich hierfür könnte zum einen die gestiegene Zahl der Pflegebedürftigen sein. Zum anderen könnte sich ein Verschiebeeffekt ergeben haben: Da die Pflegeversicherung nicht die sogenannten „Hotelkosten“ übernimmt und die Pflegeleistungen in ihrer Höhe über die Jahre festgeschrieben waren, dürften in der Folge mehr Pflegebedürftige ergänzend auf die Hilfe zur Pflege zurückgegriffen haben. Jedoch ist es seit dem Pflegeneuaustrichtungsgesetz von 2012 zu einer Neuausrichtung der Geld- und Sachleistungen gekommen, wodurch sich die Problematik entschärfen dürfte.

Entwicklung der Einkommen älterer Menschen

In Deutschland bestreiten die meisten Menschen nach Erreichen der Regelarbeitsgrenze, die stufenweise bis 2029 auf 67 Jahre angehoben wird, ihren Lebensunterhalt mit Hilfe von Renteneinkommen. Diese sind, je nach Geschlecht, Renteneintrittsalter und Region, sehr unterschiedlich hoch:

Abbildung 27: Höhe der gesetzlichen Altersrente nach Geschlecht und Wohnort, Rentenzugänge 2012



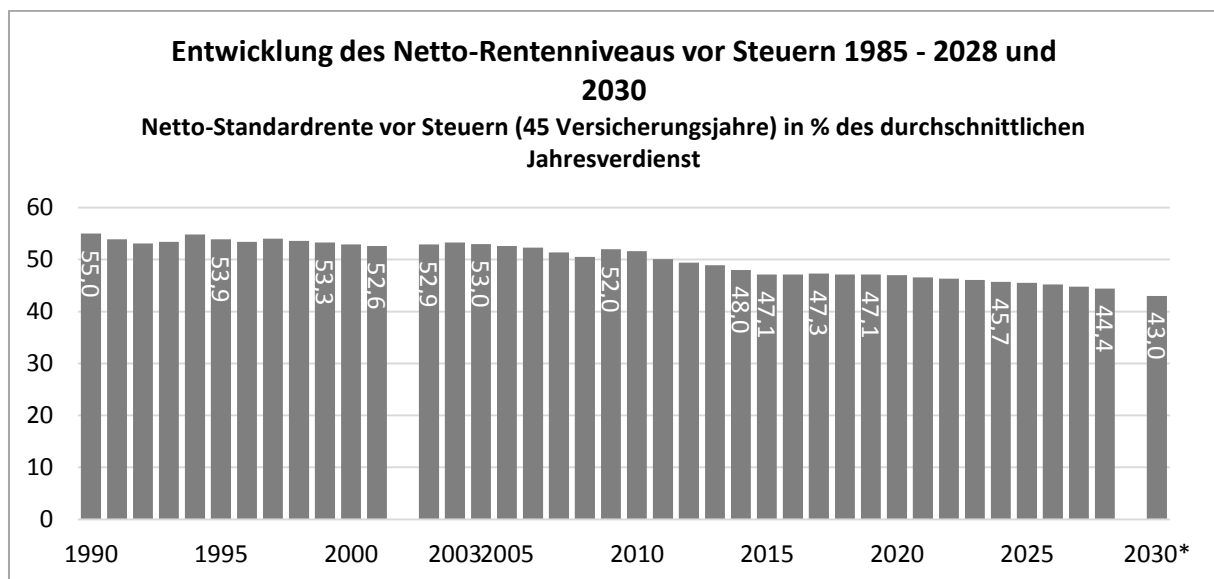
Datenquelle: Deutsche Rentenversicherung Bund; Berechnungen: BiB

© BiB 2014 / demografie-portal.de

Quelle: www.demografie-portal.de

Vor allem Frauen in den alten Bundesländern verfügen über geringe Monatsrenten – jede zweite Frau erhält weniger als 400 Euro pro Monat und nur 11 Prozent mehr als 1.000 Euro. Im Durchschnitt liegt die Rente für Frauen in Westdeutschland, die im Jahr 2012 in Rente gingen, bei nur 493 Euro pro Monat. Obwohl ostdeutsche Frauen aufgrund der höheren Erwerbsbeteiligung im Durchschnitt höhere Renten beziehen (723 Euro), verfügen auch dort nur 19 Prozent über mehr als 1.000 Euro monatlich. Männer, die im Jahr 2012 in Rente gingen, erhalten deutlich höhere Renten – im Durchschnitt 898 Euro (West) bzw. 903 Euro (Ost) (Demografieportal des Bundes und der Länder).

Abbildung 28: Entwicklung des Netto-Rentenniveaus, 1985–2028 und 2030



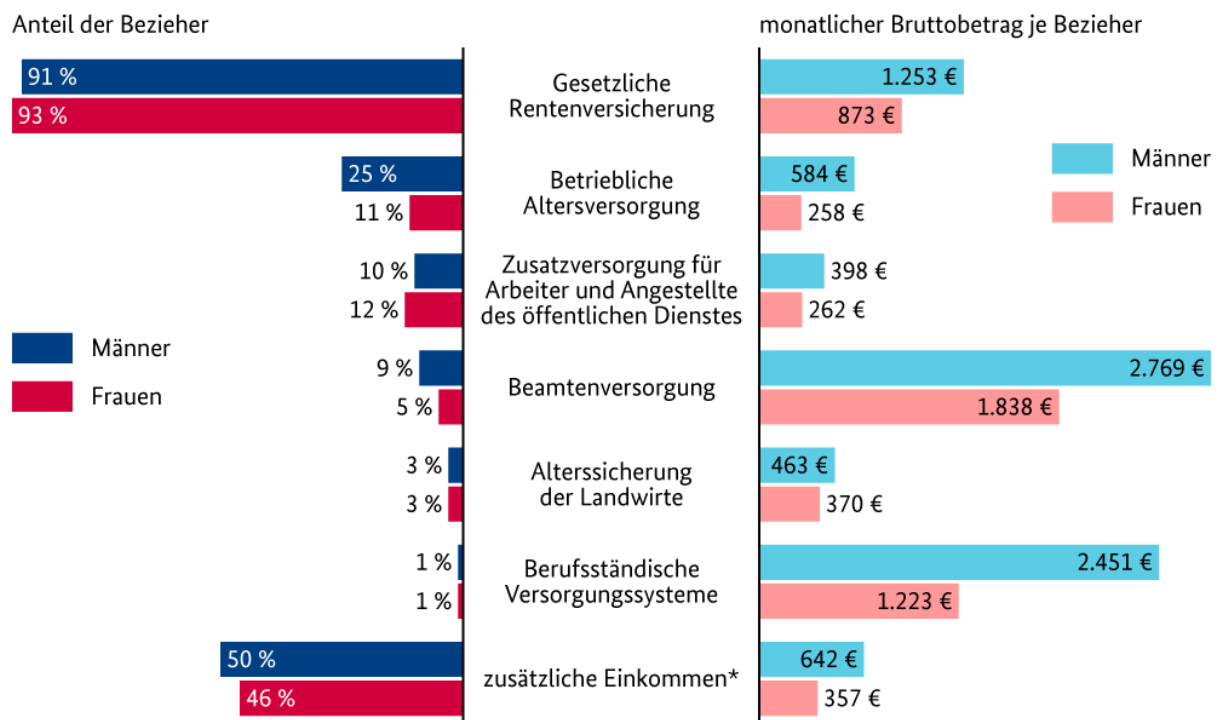
Quelle: Eigene Darstellung angelehnt an Darstellung des Instituts für Arbeit und Qualifikation der Universität Duisburg-Essen in Sozialpolitik Aktuell (2015). Datenbasis: Rentenversicherungsbericht (2014).

Abbildung 28 lässt allerdings vermuten, dass viele Pflegebedürftige aufgrund des Rückgangs des Netto-Rentenniveaus im Zeitverlauf über ein geringeres verfügbares Einkommen verfügen und daher vermehrt auf die Hilfe zur Pflege zurückgreifen müssen. Das Netto-Rentenniveau vor Steuern ist zwischen den Jahren 1990 und 2014 von 55,1 Prozent auf 48,0 Prozent gesunken (Abbildung 28). Auf Grundlage der Vorausberechnungen der Bundesregierung im Rentenversicherungsbericht (2014) wird bis zum Jahr 2030 ein weiterer Rückgang des Netto-Rentenniveaus (auf dann voraussichtlich rund 43 Prozent) erwartet.

Allerdings kann daraus nicht zwangsläufig geschlossen werden, dass zukünftig das verfügbare Einkommen der Rentner sinken wird. Das Netto-Rentenniveau ist bei weitem nicht die einzige Einkommensquelle älterer Menschen. Das verfügbare Einkommen wird häufig durch Vermögenseinkünfte oder durch freiwillige bzw. betriebliche Altersvorsorge ergänzt.

Abbildung 29 zeigt, welche Einkommensarten bei über 65-Jährigen vorherrschen und deren durchschnittliche Höhe im Jahr 2011:

Abbildung 29: Einkommensarten über 65-Jähriger nach Anteil der Bezieher und durchschnittlicher Höhe, 2011



* zum Beispiel Erwerbseinkommen, private Vorsorge, Transferleistungen

Datenquelle: Bundesministerium für Arbeit und Soziales

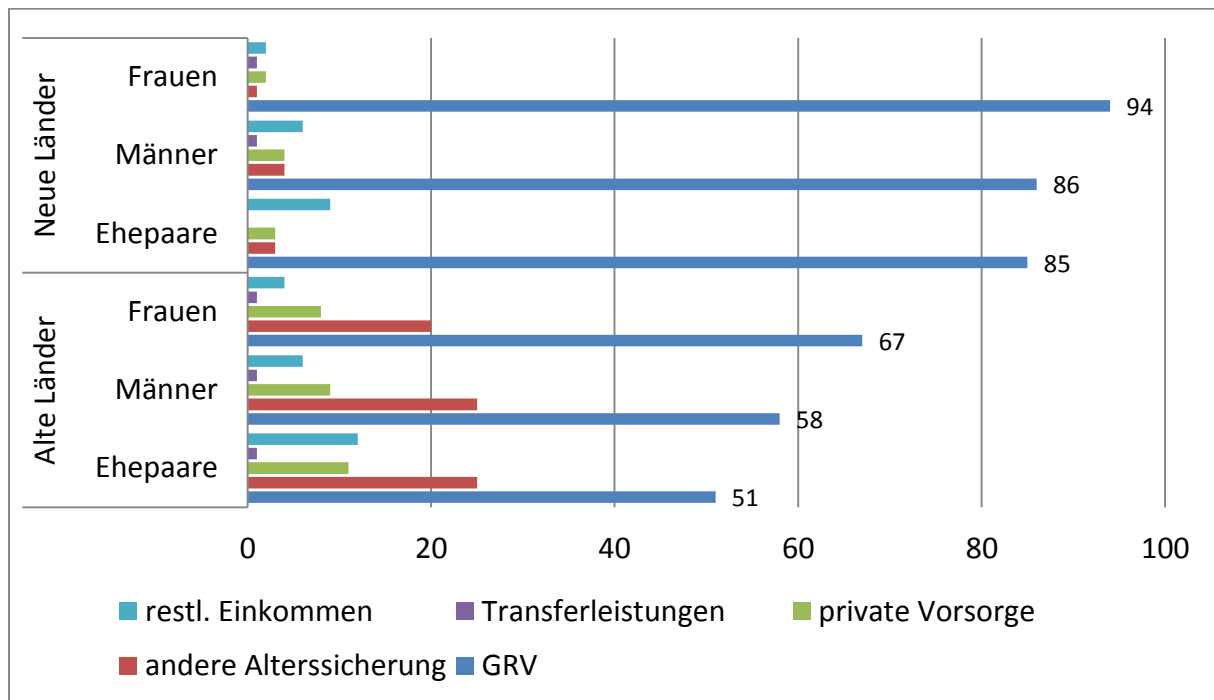
© BiB 2014 / demografie-portal.de

Quelle: www.demografie-portal.de

Eine gesetzliche Rente ist für über 90 Prozent der über 65-Jährigen Bestandteil der Alterseinkünfte. Diese ist für Männer mit durchschnittlich 1.253 Euro (brutto) pro Monat deutlich höher als für Frauen mit 873 Euro. Einkommen aus betrieblicher Alters- und Beamtenversorgung sind überwiegend nur in Westdeutschland verbreitet, und berufsständische Versorgungssysteme (für freie Berufe wie Ärzte, Rechtsanwälte) und die Versorgung der Landwirte sind zahlenmäßig gering. Fast jeder zweite über 65-Jährige hat darüber hinaus zusätzliches Einkommen, u. a. aus Erwerbstätigkeit, privater Vorsorge oder Transferleistungen. Insgesamt hatten über 65-jährige Männer 2011 ein Gesamteinkommen von durchschnittlich 1.957 Euro je Monat, während Frauen brutto 1.164 Euro zur Verfügung standen (Demografieportal des Bundes und der Länder). Stellt man diese Summen den monatlichen Kosten (nur Eigenanteil) für eine stationäre Pflege im Bereich von 1.000 bis 2.000 Euro gegenüber, so wird deutlich, dass die Finanzierung dieser Aufwendungen aus dem laufenden Alterseinkommen schnell an Grenzen gerät.

Hinsichtlich der künftigen Entwicklung des Einkommensniveaus Älterer kommt die Bundesregierung in ihrem Rentenversicherungsbericht aus dem Jahr 2014 auf ein im Zeitverlauf stabiles Versorgungsniveau vor Steuern von 50,6 Prozent bis zum Jahr 2030, wenn ein Versorgungsniveau im Alter bestehend aus der Gesetzlichen Rentenversicherung und einer geförderten zusätzlichen Altersvorsorge betrachtet wird. Im Jahr 2011 erhielten allerdings nur 42 Prozent der Männer und 18 Prozent der Frauen gleichzeitig mehrere Alterssicherungsleistungen, meistens in Kombination mit einer gesetzlichen Rente. Wie Abbildung 30 zeigt, haben vor allem ostdeutsche Rentner signifikant niedrigere andere Einkommensquellen und sind in hohem Maße auf gesetzliche Rentenzahlungen angewiesen. Dies gilt für einkommensschwache Haushalte stärker als für Haushalte mit höheren Einkommen (Goebel und Grabka 2011).

Abbildung 30: Anteile von Einkommenskomponenten am Bruttoeinkommensvolumen (in Prozent), 2011



Quelle: Bundesregierung (2012: 97).

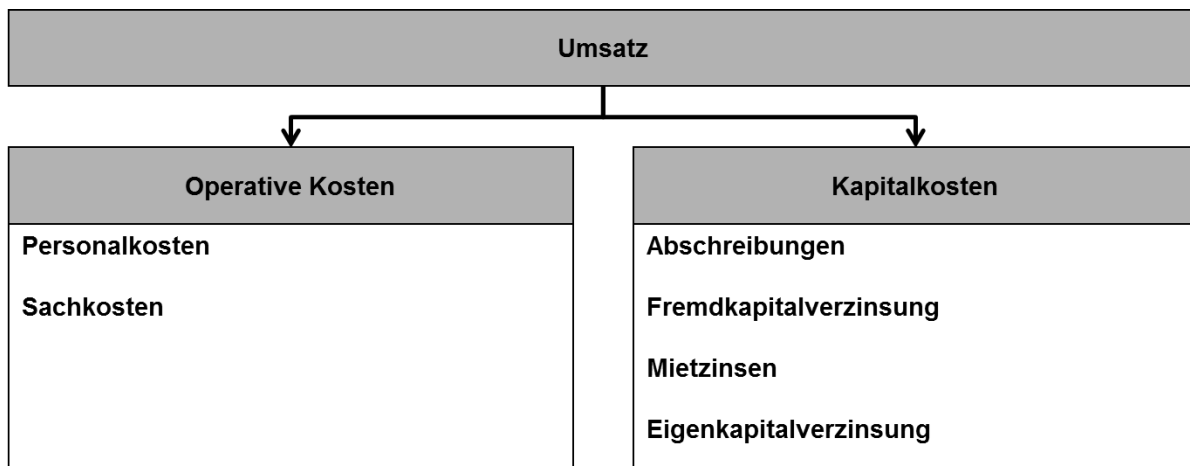
Fazit: Das bis zum Jahr 2030 sinkende Sicherungsniveau der gesetzlichen Rentenversicherung und die infolge zurückgehender Erwerbsjahre sinkenden gesetzlichen Renten werden voraussichtlich vor allem in Ostdeutschland kaum durch andere Einkommensquellen (wie staatliche geförderte private Altersvorsorge) ausgeglichen werden können (Geyer 2014: 7), so dass insbesondere einkommensschwache Haushalte im Falle von Pflegebedürftigkeit vermehrt auf staatliche Hilfen angewiesen sein werden.

4 Spezifische Herausforderungen

4.1 Investitionsfähigkeit stationärer Einrichtungen

Um dauerhaft am Markt bestehen zu können, muss der Umsatz einer Pflegeeinrichtung die operativen Kosten (Personal- und Sachkosten) und die Kapitalkosten (Abschreibungen, Mietzinsen, Fremd- und Eigenkapitalverzinsung) decken können (Abbildung 31). Die Kapitalkosten werden dabei aus dem Ertrag nach Abzug der operativen Kosten, d. h. aus dem sogenannten EBITDAR (Earnings before interest, taxes, depreciation, amortization and rent) bedient. Entsprechend der Kapitalzusammensetzung können die Kapitalkosten unterschiedlich hoch ausfallen.

Abbildung 31: Kostenarten in stationären Pflegeeinrichtungen



Quelle: Eigene Darstellung.

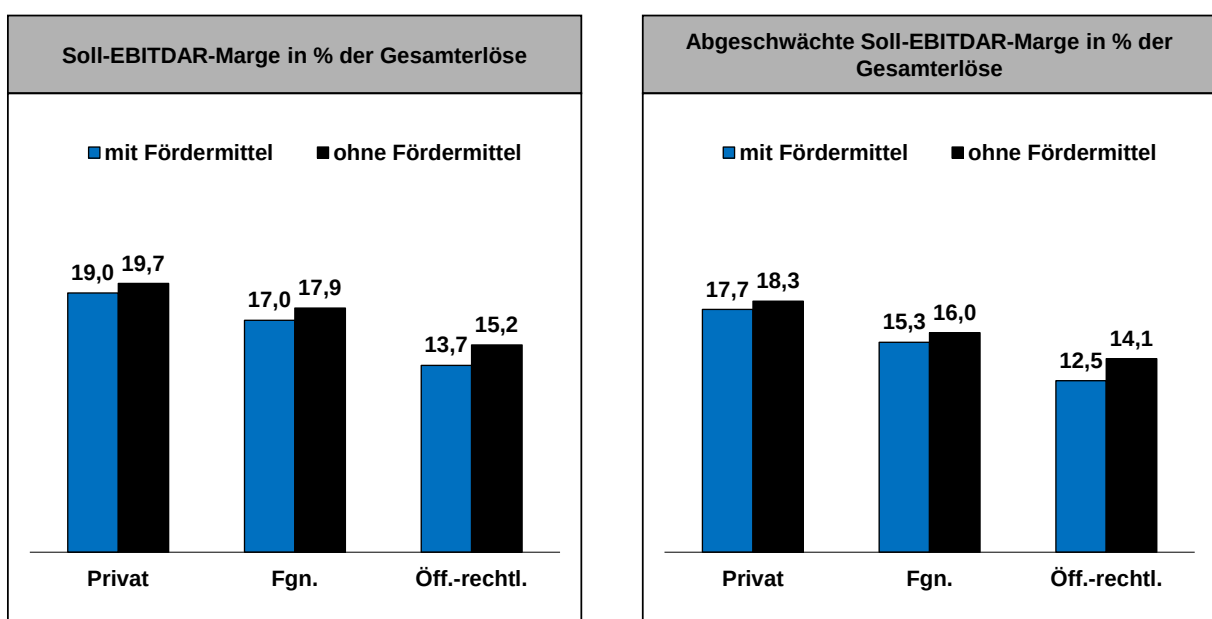
Je nach Kapitalzusammensetzung und anhand von Annahmen über die Verzinsung von Eigen- und Fremdkapital lässt sich eine Soll- oder Mindest-EBITDAR-Marge errechnen, die zur Finanzierung der durchschnittlichen Kapitalkosten einer Einrichtung notwendig ist, damit der Betrieb reibungslos funktionieren kann. Bei einer Unterschreitung der Soll-EBITDAR-Marge über einen längeren Zeitraum hinweg wird der Träger kein neues Kapital bekommen können. Wichtige Investitionen sind nicht mehr finanzierbar.

Abbildung 32 zeigt die Soll-EBITDAR-Marge für eine beispielhafte Pflegeeinrichtung differenziert nach Trägerschaft. Hierfür wurde eine Bilanzsumme je Pflegeheimplatz von 86.600 Euro, eine Gesamtvergütung von 98 Euro je Pflgetag und eine durchschnittliche Auslastung von 92 Prozent angenommen.⁵ Weiterhin wurde eine jährliche Abschreibungsrate von 3 Prozent auf Grundstücke und Bauten und von 25 Prozent auf technische Anlagen und Maschinen sowie für Betriebs- und Geschäftsausstattung angenommen. Bei angemieteten Immobilien wurde zudem ein Mietzins von 7,5 Prozent des Immobilienwerts angenommen. Fremdkapital wird mit 4,0 Prozent verzinst, Eigenkapital mit 8,0 Prozent, da hier ein Risikoaufschlag hinzukommt. Fördermittel, die sich in den Sonderposten niederschlagen, werden hingegen nicht verzinst. Der Risikoaufschlag ist notwendig, weil Eigenkapital im Fall einer Insolvenz haftet, d. h. gegenüber Fremdkapital nachrangig behandelt wird. Aktuell kann in den Entgeltverhandlungen bei den Pflegesätzen nur in Baden-Württemberg ein Eigenkapitalzins eingerechnet werden; bei dem für Investitionsaufwendungen eingesetzten Eigenkapital schwankt es je nach Bundesland und Zeitpunkt zwischen 0 und 4 Prozent mit Tendenz nach unten, obwohl gemäß

⁵ Die Bilanzsumme schließt im Fall von angemieteten Immobilien die kapitalisierte Miete mit ein. Diese wird außerbilanziell angesetzt, um die Bilanzen von Heimen mit der Immobilie im Eigenbesitz und im Fremdbesitz vergleichbar zu machen.

Bundessozialgericht- (BSG) Urteil von 2011 (B3P2/11R vom 08.09.2011) reale Kosten gegen Nachweis zu erstatten sind. Die unterschiedliche Soll-EBITDAR-Marge ergibt sich aus der unterschiedlichen durchschnittlichen Kapitalstruktur nach Trägerschaft, welche der Berechnung zugrunde gelegt wurde (Augurzky et al. 2013). Private Heime entscheiden sich deutlich häufiger, die Pflegeimmobilie zu mieten anstatt sie selbst zu erwerben, als nicht-private Heime. Somit ist der Anteil der kapitalisierten Mieten an der Bilanzsumme bei privaten Heimen auch deutlich höher. Dagegen ist die Eigenkapitalquote bei privaten deutlich niedriger als bei anderen Trägern. Der Wegfall von objektbezogenen Fördermitteln – aufgrund immer weniger zur Verfügung stehender öffentlicher Mittel – führt zu einer Steigerung der Kapitalkosten der Einrichtungen und damit zu einer Steigerung der notwendigen Soll-EBITDAR-Marge. Der Berechnung der abgeschwächten Soll-EBITDAR-Marge liegen weniger strenge Annahmen, d. h. niedrigere Kapitalkosten, zugrunde.

Abbildung 32: Soll-EBITDAR-Margen



Anmerkungen: Berechnung auf Basis von Bilanzdaten aus dem Jahr 2011. Annahmen ohne Fördermittel: Sonderposten = 0, Verteilung der Sonderposten zu 25 Prozent auf Eigenkapital und zu 75 Prozent auf Fremdkapital; abgeschwächte Variante: niedrigere Abschreibungsraten (20 Prozent und 2,5 Prozent) und Reduktion der Eigenkapitalverzinsung auf 1 Prozent (fgn.) und 5 Prozent (privat).

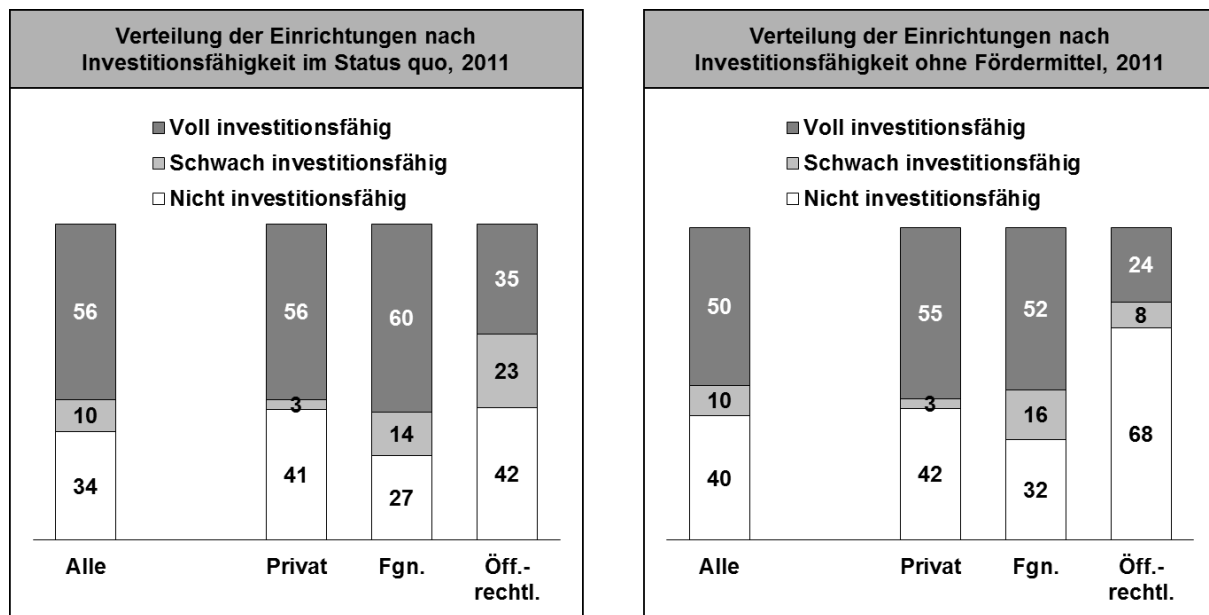
Quelle: Augurzky et al. (2013).

Anhand der Soll-EBITDAR-Marge kann die Investitionsfähigkeit von Pflegeeinrichtungen untersucht werden (Abbildung 33). Als voll investitionsfähig gelten dabei Pflegeeinrichtungen, die ihre Soll-EBITDAR-Marge erreichen oder überschreiten. Im Jahr 2011 waren das im Durchschnitt 56 Prozent der Einrichtungen. Schwach investitionsfähig sind Träger, welche die Soll-EBITDAR-Marge bei leicht abgeschwächten Annahmen erreichen würden, während nicht investitionsfähige Häuser auch bei abgeschwächten Annahmen ihre Soll-EBITDAR-Marge verfehlen.

Schwach investitionsfähig waren im Jahr 2011 ca. 10 Prozent der Pflegeeinrichtungen, 34 Prozent waren nicht investitionsfähig. Freigemeinnützige Träger schnitten mit einem Anteil von 60 Prozent voll investitionsfähigen Häusern am besten ab, öffentlich-rechtliche Träger mit einem Anteil von nur 35 Prozent voll investitionsfähiger Einrichtungen dagegen am schlechtesten. Berücksichtigt man den Wegfall von Fördermitteln seit 2011, so sind nur noch 50 Prozent aller Pflegeeinrichtungen voll investitionsfähig. Insbesondere bei den freigemeinnützigen und den öffentlich-rechtlichen Trägern, die

häufiger Fördermittel erhielten, reduziert sich der Anteil voll investitionsfähiger Einrichtungen deutlich auf 52 Prozent und 24 Prozent.

Abbildung 33: Investitionsfähigkeit der Einrichtungen im Status quo und ohne Fördermittel, 2011



Anmerkungen: Voll investitionsfähig sind alle jene Einrichtungen, die ihre individuelle Soll-EBITDAR-Marge erreichen, schwach investitionsfähig sind jene, die ihre abgeschwächte Soll-EBITDAR-Marge erreichen; alle anderen sind nicht investitionsfähig.

Quelle: Augurzky et al. (2013).

Der hohe Anteil an schwach oder nicht investitionsfähigen Heimen verdeutlicht den Druck, die Effizienz in Pflegeeinrichtungen zu erhöhen, um am Markt bestehen zu können. Private Einrichtungen schneiden hierbei tendenziell besser ab, was z. B. auf niedrigere Kosten durch eine effiziente Organisationsstruktur, aber auch niedrigere Löhne zurückzuführen ist. Ein Vergleich der Einrichtungen im Osten und Westen im Hinblick auf die Ausfallwahrscheinlichkeit zeigt keine Unterschiede (Augurzky et al. 2013).

4.2 Mindestlohn

Seit Januar 2015 gilt flächendeckend für alle Branchen und Berufe der gesetzliche Mindestlohn von 8,50 Euro brutto pro Stunde. Bis Ende 2016 sind auch Mindestlöhne unter 8,50 Euro erlaubt – doch nur dort, wo allgemeinverbindliche Mindestlohn-Tarifverträge gelten. Spätestens 2017 müssen auch in diesen Branchen mindestens 8,50 Euro pro Stunde gezahlt werden. Ab Januar 2018 gilt der von der Mindestlohnkommission festgesetzte allgemeine gesetzliche Mindestlohn ohne jede Einschränkung.

In der Pflegebranche existiert ein Mindestlohn seit dem 01.08.2010. Er wird von der Pflegekommission des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales (BMAS) mit Vertretern der Gewerkschaften, der Arbeitgeber sowie der Kirchen vorgeschlagen und erhält Verbindlichkeit durch die vom Kabinett verabschiedete Rechtsverordnung des BMAS. Der Pflegearbeitsbedingungenverordnung (PflegeArbbV) unterliegen Pflegebetriebe und die dort speziell in der Grundpflege Beschäftigten (§ 14 Abs. 4 Nr. 1–3 SGB XI). Privathaushalte als Arbeitgeber sind nicht vom Pflegemindestlohn erfasst.⁶ Ebenso werden Beschäftigte in Krankenhäusern vom Pflegemindestlohn ausgeschlossen, da dort überwiegend Leistungen nach SGB V (Gesetzliche Krankenversicherung) erbracht werden. Die Mindestlohn-

⁶ Grundsätzlich sind in Privathaushalten aber die Regeln des allgemeinen Mindestlohns nach dem Mindestlohngesetz zu beachten.

Verordnung wird insbesondere mit dem Schutz vor Lohndumping und vor dem Hintergrund der Binnenmarktöffnung 2011 gerechtfertigt.

Die Regelungen des Pflegemindestlohns finden gegenüber den Regelungen des allgemeinen Mindestlohns aufgrund ihrer Sachnähe vorrangig Anwendung (§ 1 Abs. 3 des Mindestlohngesetzes).

Am 04.09.2014 hat sich die Pflegekommission auf höhere Mindestlöhne für Beschäftigte in der Pflege sowie einen erweiterten Geltungsbereich der PflegeArbbV geeinigt. Dieser 2. Kommission gehörten jeweils ein Vertreter der kommunalen Arbeitgeberverbände und des Arbeitgeberverbandes Pflege sowie jeweils ein Vertreter der Dienstgeberseite der Caritas und der Diakonie an. Die Arbeitnehmerseite bestand aus zwei Vertretern der Gewerkschaften sowie Vertretern der Dienstnehmerseite der Caritas und der Diakonie. Der neue, ab dem 01.01.2015 geltende Mindestlohn hat eine Laufzeit von 34 Monaten und endet zum 31.10.2017.

Tabelle 15 stellt die Geltungsbereiche der ersten und zweiten PflegeArbbV gegenüber:

Tabelle 15: Geltungsbereiche der PflegeArbbV und 2. PflegeArbbV

PflegeArbbV (2010–2014)	2. PflegeArbbV (2015–2017)
§ 1 Abs. 1: gilt für Pflegebetriebe, nicht für Krankenhäuser; gilt nicht wenn überwiegend ambulante Krankenpflegeleistungen erbracht werden	§ 1 Abs. 1: gilt für Pflegebetriebe, nicht für Krankenhäuser; überwiegende Erbringung ambulanter/ teilstationärer/ stationärer Pflegeleistungen
§ 1 Abs. 3: gilt für ArbeitnehmerInnen, die überwiegend Tätigkeiten in der Grundpflege nach SGB XI erbringen; gilt nicht für Azubis und PraktikantInnen	§ 1 Abs. 2: gilt für alle ArbeitnehmerInnen dieser Einrichtungen; gilt nicht für Azubis nach Berufsbildungsgesetz und PflegeschülerInnen
	§ 1 Abs. 3: gilt nicht für ArbeitnehmerInnen der Pflegebetriebe in folgenden Bereichen: Verwaltung, Haustechnik, Küche, hauswirtschaftliche Versorgung, Gebäudereinigung, Empfangs- und Sicherheitsdienst, Garten- und Geländepflege, Wäscherei, Logistik
	§ 1 Abs. 4: gilt ab 1. Oktober 2015 abweichend von Abs. 3 für ArbeitnehmerInnen der dort genannten Bereiche, wenn diese in nicht unerheblichem Umfang gemeinsam mit Bewohnerinnen und Bewohnern tagesstrukturierend, aktivierend, betreuend oder pflegend tätig werden, insbesondere als: 1. Alltagsbegleiterinnen und -begleiter, 2. Betreuungskräfte von Menschen mit dementiellen Erkrankungen oder 3. Assistenzkraft.
	§ 1 Abs. 5: gilt ab 1. Oktober 2015 auch für Betreuungskräfte von Menschen mit erheblichem Bedarf an allgemeiner Beaufsichtigung und Betreuung (§ 87b SGB XI)

Quelle: Eigene Darstellung nach Bundesministerium für Arbeit und Soziales (2014 a / b)

Bis Ende 2014 galt der Pflegemindestlohn demnach für alle Pflegebetriebe und ArbeitnehmerInnen, die überwiegend Tätigkeiten in der Grundpflege nach SGB XI erbrachten. Seit 01.01.2015 gilt der Pflegemindestlohn für alle ArbeitnehmerInnen in ambulanten, teilstationären oder stationären Pflegebetrieben. Ausnahmen stellen Auszubildende nach dem Berufsbildungsgesetz und PflegeschülerInnen dar (§ 1 Abs. 2 2. PflegeArbbV). Auch Beschäftigte in verschiedenen angegliederten Bereichen (siehe Tabelle 15) sind zunächst vom Pflegemindestlohn ausgenommen. Dennoch profitieren auch die dort tätigen MitarbeiterInnen ab dem 01.10.2015, wenn sie in „nicht unerheblichem Umfang“ gemeinsam mit Betreuten tagesstrukturierend, aktivierend, betreuend oder pflegend tätig sind (§ 1

Abs. 4 2. PflegeArbbV). Ebenfalls den Pflegemindestlohn erhalten ab diesem Zeitpunkt Betreuungskräfte nach § 87b SGB XI. Damit erweitert sich der Personenkreis der Anspruchsberechtigten insbesondere um jene, die bisher nicht überwiegend in der Grundpflege, aber insbesondere in der häuslichen Betreuung tätig waren. Auch ein Teil des Personals, dessen überwiegender Tätigkeitsbereich die hauswirtschaftliche Versorgung darstellt, könnte zukünftig den Pflegemindestlohn erhalten.

Die PflegeArbbV gibt konkrete Mindeststundenlöhne sowie Lohnsteigerungen bis 2017 vor. Diese sind Tabelle 16 zu entnehmen:

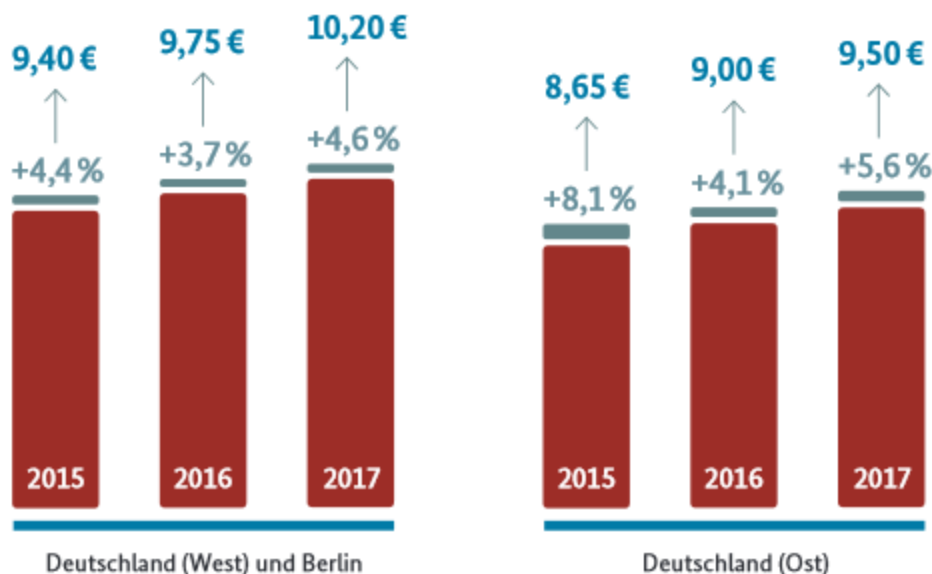
Tabelle 16: Mindestlöhne für Pflege- und (ab 01.10.15) Betreuungskräfte in West und Ost nach Zeitraum

Zeitraum	Mindestlohn West	Mindestlohn Ost
01.07.2013 bis 31.12.2014	9,00 Euro	8,00 Euro
01.01.2015 bis 31.12.2015	9,40 Euro	8,65 Euro
01.01.2016 bis 31.12.2016	9,75 Euro	9,00 Euro
01.01.2017 bis 31.10.2017	10,20 Euro	9,50 Euro

Quelle: Eigene Darstellung.

Die prozentualen Lohnsteigerungen für Pflegekräfte in Ost und West in den jeweiligen Geltungsjahren der 2. PflegeArbbV bis 2017 sind in Abbildung 34 dargestellt:

Abbildung 34: Entwicklung der Mindestlöhne für Pflege in Ost und West nach Zeitraum



Quelle: BMAS (2015: 4).

Das Mindestentgelt für die Pflegebranche ist nicht nur für Vollzeitarbeit, sondern anteilig auch für Arbeitsbereitschaft und Bereitschaftsdienst zu zahlen. LeiharbeiterInnen in Pflegebetrieben steht dabei mindestens das gleiche Mindestentgelt wie den Stammkräften und damit der Pflegemindestlohn zu (dies folgt zwingend aus den §§ 13, 8 Abs. 3 Arbeitnehmer-Entsendegesetz (AentG)).

Dort, wo der spezielle Pflegemindestlohn nicht gilt (z. B. in den umfangreichen hauswirtschaftlichen Dienstleistungs- und den Verwaltungsbereichen, für bestimmte PraktikantInnen oder in Privathaushalten), kommt seit 01.01.2015 der **allgemeine gesetzliche Mindestlohn** zum Tragen. Er ergänzt den

besonderen Mindestlohn im Bereich der ambulanten, teilstationären oder stationären Pflege (BMAS 2015: 13).

Mögliche Auswirkungen des Mindestlohns auf die stationäre Altenpflege

- Produktivitätsdruck bei den Einrichtungen: In der Folge könnten von Trägern und Einrichtungen die ggf. noch verbliebenen Spielräume der Betriebsoptimierung genutzt werden. Neben Reorganisationen mit dem Ziel der Prozessoptimierung könnten sich für die Beschäftigten die Auswirkungen u. a. in einer zunehmenden Verdichtung der Arbeit respektive Arbeitsintensivierung zeigen, zumindest in Bereichen, die keiner externen Personalschlüsselvorgabe unterliegen.
- Lohngerechtigkeit und Substitution der relativ teuer werdenden Hilfskräfte: Der Mindestlohn verändert das betriebliche Lohngefüge und reduziert den Lohnabstand zwischen qualifizierten Fachkräften und z. B. den Pflegehilfskräften. Soweit vorhanden, könnte in der Folge vermehrt qualifiziertes Personal eingesetzt werden. Parallel werden die Wirkkräfte der Lohngerechtigkeit im Stellengefüge der Pflegeeinrichtung greifen: Die bereits deutlich besser vergüteten Fachkräfte werden auf Erhalt der bisherigen Lohndifferenz drängen. Gleichfalls entfällt die Möglichkeit der Arbeitgeber zur Lohndifferenzierung bei den Einstiegsgehältern für ungelernte Hilfskräfte. So konnte bislang bei Einstellung ein geringerer Lohn mit der Maßgabe gezahlt werden, dass bei interner Weiterqualifikation eine Aufstockung erfolgt. Dieser Anreiz wird durch den Mindestlohn genommen, da eine weitere Lohnerhöhung vielfach nicht mehr wettbewerbsfähig wäre.
- Substitution durch Kapital/Pflegehilfsmittel: Bei einem steigenden Personalkostenanteil lohnt sich der vermehrte Einsatz von Technik und Pflegehilfsmitteln. Langfristig werden durch den Mindestlohn neue Entwicklungen hin zu arbeitsentlastenden Technologien – die schon aufgrund des generellen Personalmangels erforderlich sind – befördert. In Bereichen, die nicht externen Personalschlüsselvorgaben unterliegen (wie z. B. die Hauswirtschaft), kann dies auch zum Ziel der Personalmengenreduktion führen.
- Reduktion der Pflegenachfrage in der stationären Altenhilfe: Erhöhte Arbeitskosten führen zu einem steigenden Druck auf die Erhöhung der Pflegeentgelte und damit der privaten Zuzahlungen seitens der pflege- und/oder betreuungsbedürftigen Menschen. Soweit die Versicherungsleistungen nicht steigen, könnte die Nachfrage nach regulären/professionellen Pflegedienstleistungen zurückgehen.
- Bevorzugung „lohnender“ Pflegebedürftiger: Pflegedienste und Anbieter stationärer Leistungen könnten sich in der Versorgung auf diejenigen Pflegebedürftigen konzentrieren, deren Pflegebedarf im Verhältnis zur bewilligten Pflegestufe (bzw. künftig zum festgestellten Pflegegrad) einen positiven Deckungsbeitrag erzielt. Damit würden möglicherweise Pflegebedürftige benachteiligt/diskriminiert, deren Versorgung nicht kostendeckend wäre.

Der Mindestlohn begünstigt grundsätzlich alle tarifgebundenen bzw. Arbeitsvertragsrichtlinien-(AVR)-gebundenen Einrichtungsträger, die bereits vor dessen Einführung ihre Mitarbeiter nicht unter diesem entsprechenden Lohnniveau bezahlt haben. Bisherige Niedriglohnanbieter verlieren dementsprechend ihre Wettbewerbsvorteile. „Auf der Basis theoretischer Überlegungen wird der Sektor der Pflege-Schattenarbeit vermutlich Zulauf bekommen und sich einer erhöhten Nachfrage privater Haushalte erfreuen. Relative Wettbewerbsvorteile genießen diejenigen Anbieter, die bislang schon durch Kollektivverträge gebunden waren. Faktisch betroffen dürften insbesondere privat-

gewerbliche und verbandlich nicht organisierte Träger der Freien Wohlfahrtspflege in der ambulanten Pflege in Ostdeutschland sein“ (Meyer 2012: 44).

4.3 Bürokratiekosten

Seit vielen Jahren steigt der bürokratische Aufwand in der Pflegewirtschaft infolge unterschiedlicher gesetzlicher Vorgaben. Die Politik hat darauf reagiert und dem Bundesministerium für Gesundheit im Juni 2011 eine Ombudsfrau für Entbürokratisierung in der Pflege beratend zur Seite gestellt. Ihre Aufgabe war es, Ideen und Vorschläge für weniger Bürokratie in der Pflege zu sammeln und auszuwerten sowie konkrete Vorschläge zur Umsetzung zu erarbeiten.

Die Ombudsfrau legte 2012 eine Liste von Handlungsfeldern zur Entbürokratisierung vor und identifizierte die Pflegedokumentation als einen der besonders zeit- und kostenträchtigen Bereiche in der Pflege mit großem Rationalisierungspotenzial. Im Rahmen der Aktivitäten der Bundesregierung zum Bürokratieabbau wurde ebenenübergreifend der aus Bundesrecht und aus dessen Vollzug durch Länder und Kommunen sowie bei den Sozialversicherungsträgern entstehende Erfüllungsaufwand in der Pflege ermittelt. Zusätzlich wurde das Verfahren der Pflegedokumentation untersucht.

Nach Berechnungen des Statistischen Bundesamtes liegen die Kosten des Erfüllungsaufwandes für zehn betrachtete Antragsverfahren⁷ in der Pflege bei 449 Mio. Euro pro Jahr (Basis 2009). Davon entfallen 278 Mio. Euro (60 Prozent) auf die öffentliche Verwaltung und 171 Mio. Euro auf die Wirtschaft (Bundesregierung und Statistisches Bundesamt 2013: 32). Eine wesentlich höhere (Zeit- und) Kostenbelastung wurde für die Pflegedokumentation ermittelt: Hier ergibt sich für die Wirtschaft (ambulante und stationäre Pflegeeinrichtungen) ein jährlicher Wert von 2.735 Mio. Euro. Über zwei Drittel davon (1.900 Mio. Euro) entfallen auf das Ausfüllen von Leistungsnachweisen. Träger von stationären und ambulanten Pflegeeinrichtungen sehen 30–50 Prozent der Arbeitszeiten für Dokumentationszwecke gebunden (Bundesregierung und Statistisches Bundesamt 2013: 160).

Es erfolgte die Entwicklung eines Konzeptes einer veränderten Dokumentationspraxis durch die Ombudsfrau, Elisabeth Beikirch, zusammen mit Fachleuten aus Praxis und Wissenschaft sowie juristischer Expertise. Im Jahr 2013 wurde das Konzept in 26 stationären und 31 ambulanten Einrichtungen erfolgreich getestet und Einsparungen von „bis zu 40 % des laufenden Dokumentationsaufwandes“ (Karl-Josef Laumann, Bevollmächtigter für Pflege, BMG) festgestellt. Das entspräche einem jährlichen Betrag von 760 Mio. Euro. Im Januar 2015 begann im Auftrag des Pflegebevollmächtigten der Bundesregierung, Staatssekretär Karl-Josef Laumann, die bundesweite Implementierung der neuen Dokumentation in der Pflege. Ziel ist es, innerhalb von 18 Monaten das neue sogenannte „Strukturmodell“ der Pflegedokumentation in einem Viertel aller Pflegeeinrichtungen einzuführen.

Diese Entwicklung stellt einerseits einen Paradigmenwechsel in der „rechtssicheren“ Dokumentation pflegerischen Handelns dar. Andererseits geht sie mit erheblichen Anforderungen an das Pflegefachpersonal einher. Anstelle der nach und nach immer weiter ausgeweiteten Dokumentation sämtlicher vorgenommenen Handlungen und Maßnahmen („was nicht dokumentiert ist, wurde nicht erbracht“) soll nun eine stark reduzierte Erfassung lediglich der Abweichungen vom Normalfall treten. Diese neue Herangehensweise erfordert zunächst eine ausführliche Schulung und Einarbeitung der Mitarbeiter. Darüber hinaus wird sie nicht ohne sich daraus ergebende Anpassungen der betrieblichen Prozesse und des Qualitätsmanagements erfolgen können, denn nur wenn es nachweisbar klare

⁷ U. a. Befreiung von gesetzlichen Zuzahlungen, Feststellung der Pflegestufe, Antrag auf Heilmittel.

Richtlinien, Standards und Abläufe für die tägliche Routine im Unternehmen gibt, kann dies im Zweifelsfall auch vor Gericht Bestand haben.

Die entbürokratisierte Pflegedokumentation und auch die bevorstehende Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs werden Aufbau und Umfang der Pflegedokumentation nachhaltig verändern. In vielen Pflegeeinrichtungen erfolgt die Pflegedokumentation EDV-gestützt. Die Einführung einer neuen Pflegedokumentation stellt Anbieter entsprechender IT-Systeme vor neue Herausforderungen. Es gibt bereits Programme am Markt, die mehrere Pflegemodelle parallel über die gleiche Benutzeroberfläche abbilden können. Im Praxistest stellten sich bei einigen Einrichtungen jedoch erhebliche Probleme mit elektronisch gestützten Dokumentationsformen heraus. Vorhandene Strukturen und Logiken in Software-Systemen konnten nicht aufgelöst werden. Es ist daher absehbar, dass die meisten Unternehmen ihre Software-Lösung umstellen werden.

Das heißt zunächst, dass Führungs- und Pflegekräfte im Umgang mit dem geänderten Dokumentationsverfahren und den neuen Softwarefunktionen geschult werden müssen – im laufenden Betrieb. Insofern steht dem Einsparpotenzial von 760 Mio. Euro pro Jahr ein Investitions- (Software, Umstellung) und Schulungsaufwand gegenüber, der derzeit nicht beziffert werden kann. Der Prozess wird seitens der Einrichtungen positiv aufgenommen und begleitet, da mittelfristige Einsparpotenziale und eine höhere Arbeitszufriedenheit beim Personal zu erwarten sind.

4.4 Aktuelle Entwicklungen zur Reform der Pflegeausbildung

Die Ausbildung bildet das wesentliche Fundament eines Berufes und stellt zugleich die Entwicklung eines Berufsbildes und dessen Selbstverständnis dar. Mit der aktuell begonnenen Gesetzesarbeit sollen das bestehende Altenpflegegesetz und das Krankenpflegegesetz abgelöst werden. Geschaffen werden soll ein Pflegeberufegesetz, das die Kriterien in der Koalitionsaussage aus dem Jahr 2013 aufgreift: „Der Wechsel zwischen den Berufen in der Pflege muss erleichtert werden. Wir wollen die Pflegeausbildung reformieren, indem wir mit einem Pflegeberufegesetz ein einheitliches Berufsbild mit einer gemeinsamen Grundausbildung und einer darauf aufbauenden Spezialisierung für die Alten-, Kranken- und Kinderkrankenpflege etablieren. Wir wollen die Ausbildungsangebote an staatlichen Berufsfachschulen stärken und die Ausbildung gerecht, einheitlich und gemeinsam finanzieren. Ziel sollte ein transparentes und durchlässiges Aus- und Weiterbildungssystem sein“ (Bundesregierung 2013: 85).

Wesentlicher Ausgangspunkt für die Überlegungen eines neuen Pflegeberufegesetzes sind die im März 2012 veröffentlichten Eckpunkte der von den zuständigen Bundesministerien eingesetzten Bund-Länder-Arbeitsgruppe zur Weiterentwicklung der Pflegeberufe (Bund-Länder-Arbeitsgruppe 2012). Kurz gefasst beinhalten die Eckpunkte eine generalistische Ausbildung (ein Ausbildungsgang, eine Berufsbezeichnung) mit der Möglichkeit, in der praktischen Ausbildung einen Schwerpunkt zu setzen. Die Ausbildung soll sowohl an Schulen als auch an Hochschulen stattfinden können. Die Berufszulassung bzw. der Schutz der Berufsbezeichnung ist bei beiden Ausbildungswegen identisch.

Das neue Gesetz hat sich sehr eng an der europäischen Berufeankennungsrichtlinie zu orientieren, die viele strukturelle Details und insbesondere die zu erreichenden Kompetenzprofile neu vorgibt. Jede/r Absolvent/in hat künftig mit Abschluss der Erstausbildung folgende Kompetenzprofile nachzuweisen:

- die Kompetenz, den Krankenpflegebedarf unter Rückgriff auf aktuelle theoretische und klinisch-praktische Kenntnisse eigenverantwortlich festzustellen und die Krankenpflege im Hinblick auf die Verbesserung der Berufspraxis zu planen, zu organisieren und durchzuführen;
- die Kompetenz zur effektiven Zusammenarbeit mit anderen Akteuren im Gesundheitswesen, einschließlich der Mitwirkung an der praktischen Ausbildung von Angehörigen von Gesundheitsberufen;
- die Kompetenz, Einzelpersonen, Familien und Gruppen zu einer gesunden Lebensweise und zur Selbsthilfe zu verhelfen;
- die Kompetenz, eigenverantwortlich lebenserhaltende Sofortmaßnahmen einzuleiten und in Krisen- und Katastrophenfällen Maßnahmen durchzuführen;
- die Kompetenz, pflegebedürftige Personen und deren Bezugspersonen eigenverantwortlich zu beraten, anzuleiten und zu unterstützen;
- die Kompetenz, die Qualität der Krankenpflege eigenverantwortlich sicherzustellen und zu bewerten;
- die Kompetenz zur umfassenden fachlichen Kommunikation und zur Zusammenarbeit mit anderen im Gesundheitswesen tätigen Berufsangehörigen;
- die Kompetenz, die Pflegequalität im Hinblick auf die Verbesserung der eigenen Berufspraxis als Krankenschwester und Krankenpfleger, die für die allgemeine Pflege verantwortlich sind, zu analysieren“ (Art. 31 Abs. 7 RL 2005/36/EG, geändert durch RL 2013/55/EU).

Die bisher für die Berufszulassungsgesetze geltenden strukturellen Vorgaben wie Dauer und Umfang der Ausbildung, das Theorie-Praxis-Verhältnis und die dreigeteilte staatliche Prüfung bleiben unverändert bestehen.

Für die Gestaltung der Praxiseinsätze gibt es klare EU-rechtliche Vorgaben. Sie orientieren sich an den Bedarfen der zu pflegenden Menschen. Die Verteilung der Praxiseinsätze obliegt der Schule. D. h. künftig wird der Arbeitgeber als Bildungsträger pro Ausbildungsplatz nicht mehr ein und denselben/dieselbe, sondern unterschiedliche SchülerInnen in Einsatzfolge ausbilden (alle SchülerInnen müssen Praxiseinsätze an unterschiedlichen Orten [Krankenhaus, Pflege ambulant und stationär etc.] absolvieren). Die Schüler entscheiden im dritten Jahr der Ausbildung, welches Angebot für einen Vertiefungseinsatz (Alten-, Kinder- oder Krankenpflege) sie wählen. Das bedeutet, dass Arbeitgeber in der Langzeitpflege künftig stärker als heute attraktive Arbeitsbedingungen bieten müssen, um die SchülerInnen bzw. spätere MitarbeiterInnen zu gewinnen.

Am schwierigsten wird es in diesem Gesetzgebungsprozess sein, sich auf eine gemeinsame Finanzierung der künftigen Ausbildung zu einigen. Aufgrund des künftigen Ausbildungsziels und der Ausbildungsstruktur sollte es zu einer Neugestaltung der Ausbildungsfinanzierung kommen. Dabei ist auch die Verortung der berufsfachschulischen und hochschulischen Ausbildung von Bedeutung. Diskutiert wird derzeit ein Fondssystem, an dem sich alle Gesundheitseinrichtungen, die Einsatzbereiche für SchülerInnen vorhalten, beteiligen. Die Ausbildung soll für alle Lernenden schulgeldfrei sein.

Im Sommer 2015 haben die beiden zuständigen Bundesministerien (BMG und BMFSFJ) einen Referentenentwurf vorgelegt. Es ist vorgesehen, die Gesetzgebung bis Anfang 2016 abzuschließen. Bis

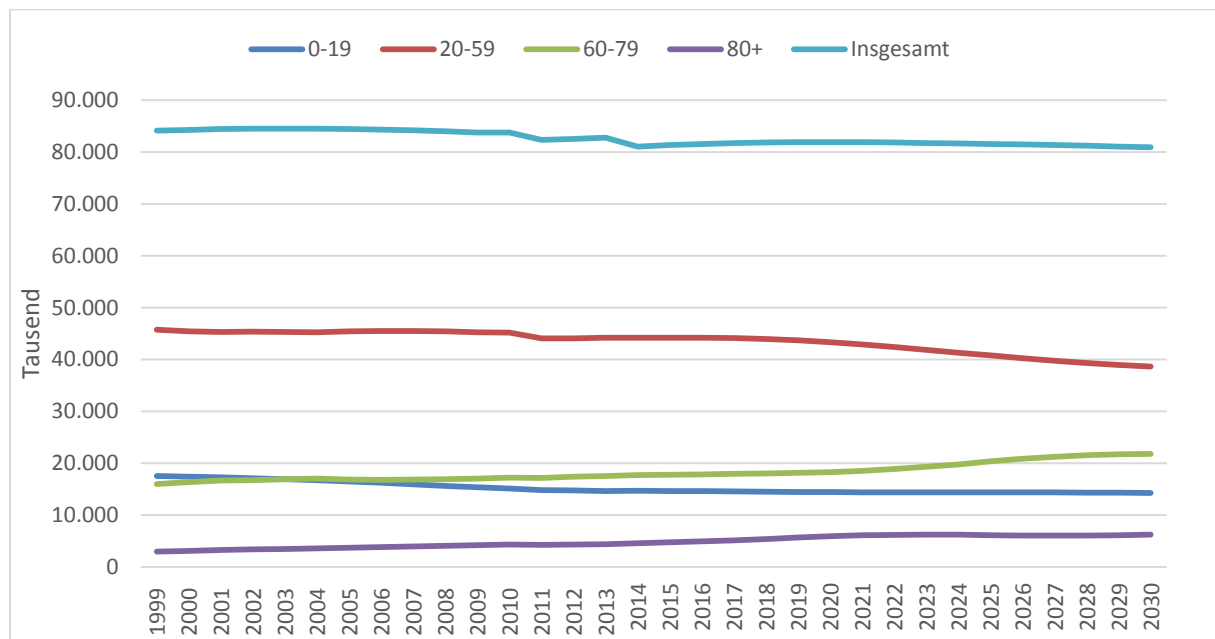
zum Januar 2016 sind die unionsrechtlichen Vorgaben in deutsches Recht umzusetzen. Ob dieser Termin eingehalten werden kann, bleibt abzuwarten.

Die Einführung einer generalistisch ausgerichteten Pflegeausbildung wird von vielen Altenpflegeträgern und ihren Verbänden kritisiert. Es wird befürchtet, dass die AbsolventInnen der neuen Ausbildung mehrheitlich Arbeitsplätze in der Krankenpflege bevorzugen werden und sich der Fachkräftemangel in der Altenpflege zusätzlich verschärfen wird. Als Ursache wird vor allem die bessere Entlohnung in Krankenhäusern genannt. Weiterhin wird erwartet, dass es infolge der wechselnden Praxisorte schwieriger wird, SchülerInnen während der Ausbildung an das eigene Unternehmen zu binden.

5 Prognosen zur Entwicklung des Pflegebedarfs

Die demografische Entwicklung ist die zentrale Ursache für das Wachstum des Pflegemarkts (Abbildung 35). Zum einen steigt durch die wachsende Zahl älterer Menschen bei konstanten altersspezifischen Pflegequoten auch die Zahl Pflegebedürftiger. Zum anderen kommt es durch den Rückgang der Zahl der Menschen im Alter von 20–59 Jahren zu einer Verringerung des Pflegepotenzials durch Angehörige.

Abbildung 35: Bevölkerung in Deutschland nach Altersklassen, 1991–2030



Anmerkung: An dieser Stelle sowie im Folgenden wird auf die 13. Koordinierte Bevölkerungsprognose Variante L1-W2 ("Kontinuität bei stärkerer Zuwanderung Geburtenrate 1,4 Kinder je Frau, Lebenserwartung bei Geburt 2060 für Jungen 84,8/Mädchen 88,8 Jahre, langfristiger Wanderungssaldo 200.000)) genutzt.

Quelle: Statistisches Bundesamt (2015f), (2015g).

Werden immer mehr Pflegebedürftige anstatt von Familienangehörigen von ambulanten Diensten oder in stationären Pflegeeinrichtungen gepflegt (professionelle Pflege), führt dies zu einem zusätzlichen Bedarf an Pflegefachpersonal. Interessant ist dabei, wie sich diese Nachfrage auf ambulante und stationäre Einrichtungen verteilen wird. Werden zukünftig mehr Pflegebedürftige stationär anstatt durch Angehörige oder ambulante Dienste versorgt, so steigt die Nachfrage nach stationären Plätzen zusätzlich an. Kommt es dagegen zu einer verstärkten Ambulantisierung nach dem Grundsatz „ambulant vor stationär“, so steigt bei wachsendem professionellem Pflegebedarf insbesondere die Nachfrage nach ambulanten Pflegeleistungen.

Während sich die bisher beschriebenen Trends erhöhend auf die Nachfrage auswirken, würde eine Verbesserung des Gesundheitszustandes älterer Menschen diesen Nachfragezuwachs dämpfen. Sollte sich zukünftig die altersspezifische Pflegewahrscheinlichkeit verringern oder sollte sich die Verweildauer in Pflegeeinrichtungen weiter verkürzen (z. B. durch medizinisch-technischen Fortschritt, wirksame Dienstleistungsnetzwerk im ambulanten Bereich oder den vermehrten Einsatz von Hilfsmitteln in der Häuslichkeit), so würde damit auch der Anstieg der Nachfrage nach Pflegeleistungen geringer ausfallen.

5.1 Szenarien und Prämissen des Prognosemodells

Mit Hilfe eines Prognosemodells werden die zukünftige Entwicklung der Zahl der Pflegebedürftigen, die Nachfrage nach den verschiedenen Pflegearten sowie der erwartete Investitions- und Personalbedarf geschätzt. Auf Basis der altersspezifischen Pflegequoten und der erwarteten Bevölkerungsentwicklung wird die Pflegenachfrage bis 2030 berechnet und es werden die Auswirkungen der oben beschriebenen Trends untersucht.⁸ Folgende Prämissen liegen den Szenarien zugrunde:

Im Basisszenario werden die derzeitigen Pflegequoten auf Basis der Bevölkerungsentwicklung fortgeschrieben. Es werden dabei konstante Pflegequoten für jede Art der Pflege (ambulant, stationär und Familienpflege) über die Zeit unterstellt. Unterschiede in den Pflegequoten nach Alter und Geschlecht fließen in die Berechnung mit ein.

Im Szenario Nachfragereduktion wird mit einer sinkenden Pflegewahrscheinlichkeit und einem Rückgang in der Dauer der Pflegebedürftigkeit (z. B. durch den medizinisch-technischen Fortschritt) gerechnet. Es wird angenommen, dass bis zum Jahr 2030 die Verweildauer und die Pflegequoten in allen Pflegearten um jeweils 2 Prozent sinken.

Im Szenario Professionalisierung wird eine Verschiebung von Pflegegeldempfängern hin zu professioneller Pflege modelliert, d. h. es wird unterstellt, dass informelle Pflege immer stärker durch formelle Pflege ersetzt wird. Dabei wird angenommen, dass es bis zum Jahr 2023 zu einer Verschiebung von 5 Prozent der Pflegegeldempfänger und zwischen 2023 und 2030 zu weiteren 5,5 Prozent kommt und die Pflegebedürftigen stattdessen jeweils zur Hälfte von ambulanten und stationären Pflegeangeboten versorgt werden.

Die Verschiebung von stationärer zu ambulanter Pflege (z. B. aufgrund gesetzlicher Änderungen oder des medizinisch-technischen Fortschritts) wird im Szenario Ambulantisierung berücksichtigt. Es wird eine Verschiebung von 10 Prozent der Pflegebedürftigen aus der stationären Pflege in die ambulante Pflege bis zum Jahr 2030 modelliert.

Da mehrere dieser Trends gleichzeitig auftreten können, wird zudem ein kombiniertes Szenario, in dem Nachfragereduktion, Professionalisierung und Ambulantisierung zusammen auftreten, berechnet. Tabelle 17 fasst die Annahmen für die verschiedenen Szenarien zusammen:

⁸ Es wurden altersspezifische Pflegequoten auf Basis der Daten der Pflegestatistik 2011 berechnet (die Ergebnisse der Pflegestatistik 2013 liegen derzeit noch nicht in der für die Berechnung notwendigen Detailtiefe vor) und die Gesamtzahlen anhand der Pflegestatistik 2013 (Deutschlandergebnisse) auf das Basisjahr 2013 angepasst. Ein Vergleich über die Jahre zeigt, dass die altersspezifischen Pflegequoten relativ konstant sind (Augurzyk et al. 2013). Die angenommene Bevölkerungsentwicklung beruht auf der 13. Koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung (Variante G1-L1-W2; Statistisches Bundesamt (2015f), (2015g)).

Tabelle 17: Übersicht über die Prognoseszenarien

Szenario	Entwicklung	Annahmen
Basisszenario	Alterung der Gesellschaft	Konstante Pflegewahrscheinlichkeit
Nachfragereduktion	Technischer Fortschritt – Hilfsmittel, die ein eigenständiges Leben erleichtern und Pflegebedürftigkeit vermeiden (Apps, Telemedizin), oder die ambulante Pflege länger möglich machen und so stationäre Pflegebedürftigkeit vermeiden (technische Hilfsmittel für Pfleger und Pflegebedürftige, Hausnotrufsysteme);	Sinkende Pflegequoten von 2013 bis 2030 um 2 Prozent; sinkende Verweildauer in Pflege von 2013 bis 2030 um 2 Prozent
Professionalisierung	Pflegepotenzial der Familie sinkt (Singularisierung der Gesellschaft, steigende Erwerbstätigkeit von Frauen, geringere Kinderzahl und größere Mobilität von Kindern), möglicherweise geringere Pflegebereitschaft der Familie, steigende Akzeptanz professioneller Pflege	Verschiebung von Pflegegeldempfänger zu professioneller Pflege von 2013 bis 2023 um 5 Prozent und von 2023 bis 2030 um 5,5 Prozent; Verteilung jeweils 50 Prozent auf ambulant und 50 Prozent auf stationär
Ambulantisierung	Wunsch der Pflegebedürftigen im eigenen Wohnumfeld zu verbleiben; leichtere Realisierung dieses Wunsches durch technische Hilfsmittel und altersgerechte Wohnformen; gesetzliche Regelungen und Unterschiede bei der Förderung von ambulanten und stationären Leistungen	Verschiebung von vollstationär zu ambulant von 2013 bis 2030 um 10 Prozent
Kombiniertes Szenario	Gleichzeitiges Auftreten von Nachfragereduktion, Professionalisierung und Ambulantisierung	Kombination aller Annahmen

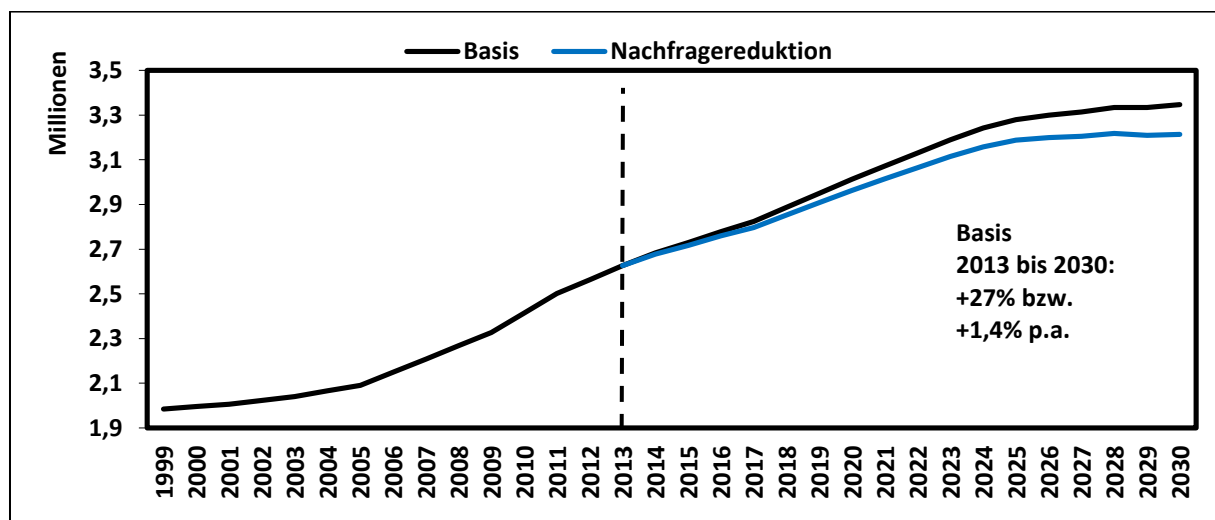
Quelle: RWI.

5.2 Ergebnisse des Prognosemodells

In den nachstehenden Abbildungen werden die Ergebnisse der verschiedenen Szenarien dargestellt.

Insgesamt wird sich die Zahl der Pflegebedürftigen in Deutschland bis zum Jahr 2030 im Basisszenario um 27 Prozent auf 3,34 Mio. erhöhen (Abbildung 36). Im Szenario Nachfragereduktion fällt der Anstieg mit ca. 22 Prozent auf 3,21 Mio. Pflegebedürftige im Jahr 2030 entsprechend geringer aus. Die weiteren Szenarien sind hier nicht dargestellt, da sie nur zu einer unterschiedlichen Verteilung auf die Arten der Pflege führen.

Abbildung 36: Anzahl Pflegebedürftiger in Deutschland in Mio., 1999–2030



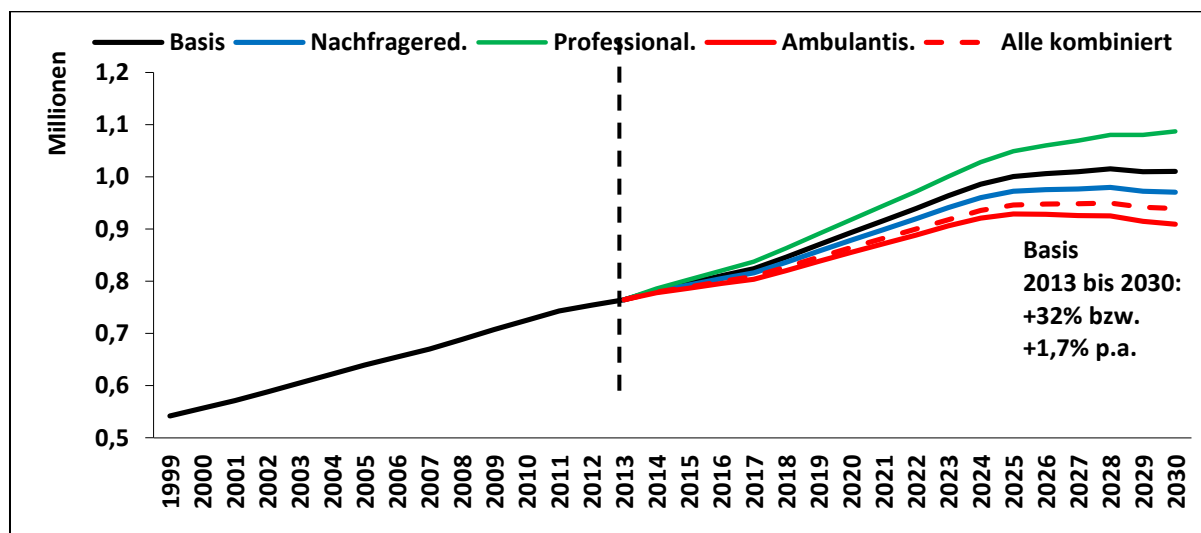
Quelle: Statistisches Bundesamt (2005), (2007), (2009), (2011), (2013b), (2015b), (2015f), (2015g); RWI.

Während die projizierte Gesamtzahl der Pflegebedürftigen den Ergebnissen früherer Prognosen nahezu entspricht (Augurzky et al. 2013), kommt es in der Aufteilung der Pflegebedürftigen auf die verschiedenen Pflegeformen zum Teil zu Abweichungen. Dies hängt damit zusammen, dass der Anteil an stationären Fällen leicht zurückgegangen ist und der Anteil der Pflegegeldempfänger leicht zugenommen hat.⁹ Im Basisszenario werden diese Anteile konstant fortgeschrieben, weshalb sich der Unterschied über die Jahre verstärkt.

Abbildung 37 stellt die projizierte Zahl der vollstationär Pflegebedürftigen für alle Szenarien dar. Im Basisszenario ergibt sich bis zum Jahr 2030 ein Anstieg an vollstationärer Pflegebedürftigen von 32 Prozent auf 1,01 Mio. Bei sinkender Verweildauer und sinkender Pflegequote beträgt der Anstieg nur 26,9 Prozent (0,97 Mio.), im Falle einer verstärkten Professionalisierung der Pflege dagegen 42,2 Prozent (1,09 Mio.). Eine zunehmende Ambulantisierung würde zu einem Anstieg um 18,9 Prozent auf 0,91 Mio. stationär Pflegebedürftiger führen. Treten alle beschriebenen Szenarien zusammen auf, steigt die Zahl der vollstationär Pflegebedürftigen um 22,8 Prozent auf 0,94 Mio.

Die Zahl ambulanter Pflegebedürftiger wird in Abbildung 38 gezeigt. Im Basisszenario steigt die Zahl ambulanter Pflegebedürftiger zwischen 2013 und 2030 um 30,9 Prozent auf 0,81 Mio. Kommt es zu einer Reduktion der Nachfrage, fällt der Anstieg wieder geringer aus. Die Zahl ambulanter Pflegebedürftiger würde dann nur um 25,7 Prozent (0,77 Mio.) steigen. Im Falle einer zunehmenden Ambulantisierung ergibt sich ein projizierter Anstieg um 47,3 Prozent (0,91 Mio.). Der größte projizierte Anstieg um 54,6 Prozent (0,95 Mio.) ergibt sich im kombinierten Szenario, da sowohl eine zunehmende Ambulantisierung als auch eine stärkere Professionalisierung der Pflege die Zahl der ambulant Pflegebedürftigen erhöht. Vergleicht man die Projektionen für die stationären und ambulanten Fälle, so fällt auf, dass im kombinierten Szenario und im Szenario Ambulantisierung der Anstieg ambulanter Pflegefälle deutlich höher ausfällt als der Anstieg stationärer Pflegefälle.

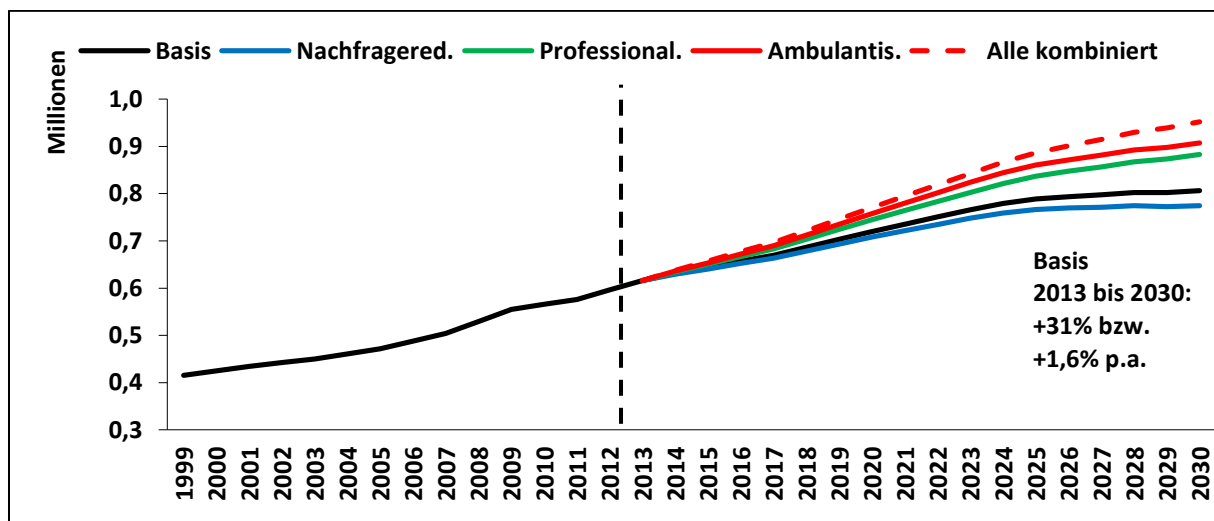
Abbildung 37: Anzahl vollstationär versorgter Pflegebedürftiger in Mio., 1999–2030



Quelle: Statistisches Bundesamt (2005), (2007), (2009), (2011), (2013b), (2015b), (2015f), (2015g); RWI.

⁹ Diese Entwicklung stellt keinen Gegensatz zum diskutierten Szenario Professionalisierung dar, da es sich bei dieser Entwicklung um einen Trend handelt, der sich insbesondere in der Zukunft durch ein Nachlassen des familiären Pflegepotenzials bemerkbar machen wird.

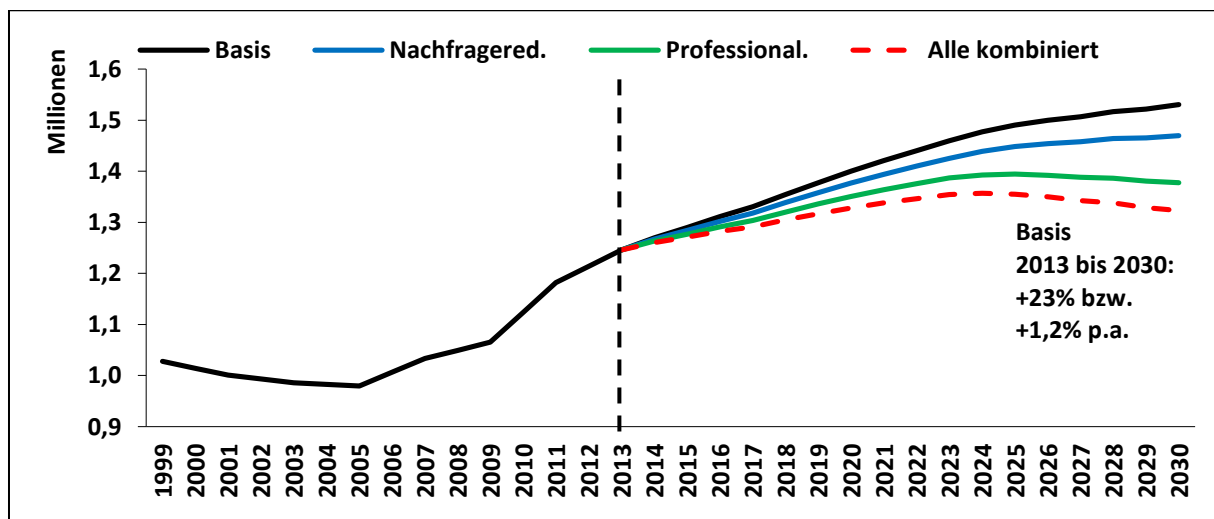
Abbildung 38: Anzahl ambulant betreuter Pflegebedürftiger in Mio., 1999–2030



Quelle: Statistisches Bundesamt (2005), (2007), (2009), (2011), (2013b), (2015b), (2015f), (2015g); RWI.

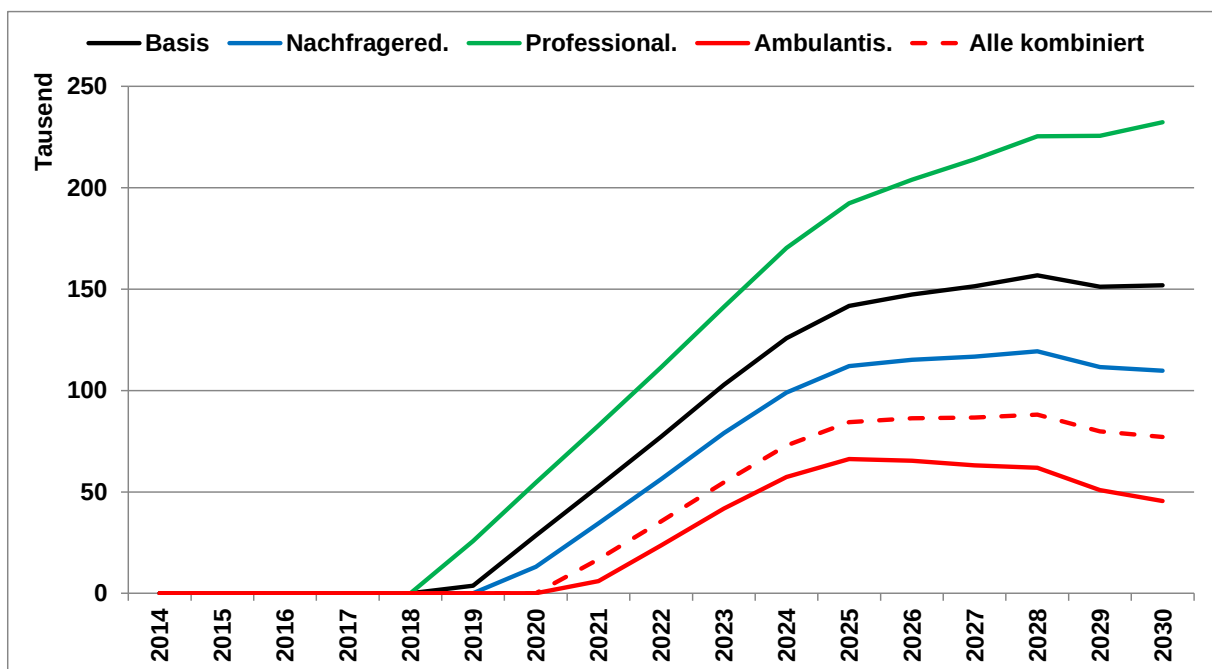
Abbildung 39 zeigt die Projektionsergebnisse für die Zahl der Pflegegeldempfänger. Der projizierte Anstieg im Basisszenario beträgt 22,8 Prozent (1,53 Mio.). Alle anderen Szenarien führen zu einem geringeren Anstieg. Sinkt die Verweildauer und die Pflegequoten, so steigt die Zahl der Pflegegeldempfänger um 18 Prozent (1,47 Mio.), bei zunehmender Professionalisierung nur um 10,6 Prozent (1,38 Mio.). Treten diese beiden Szenarien kombiniert auf, so ergibt sich sogar nur ein Anstieg um 6,2 Prozent (1,32 Mio.) bis zum Jahr 2030.

Abbildung 39: Anzahl Pflegegeldempfänger in Mio., 1999–2030



Quelle: Statistisches Bundesamt (2005), (2007), (2009), (2011), (2013b), (2015b), (2015f), (2015g); RWI.

Abbildung 40: Bedarf vollstationärer Pflegeplätze gegenüber 2013

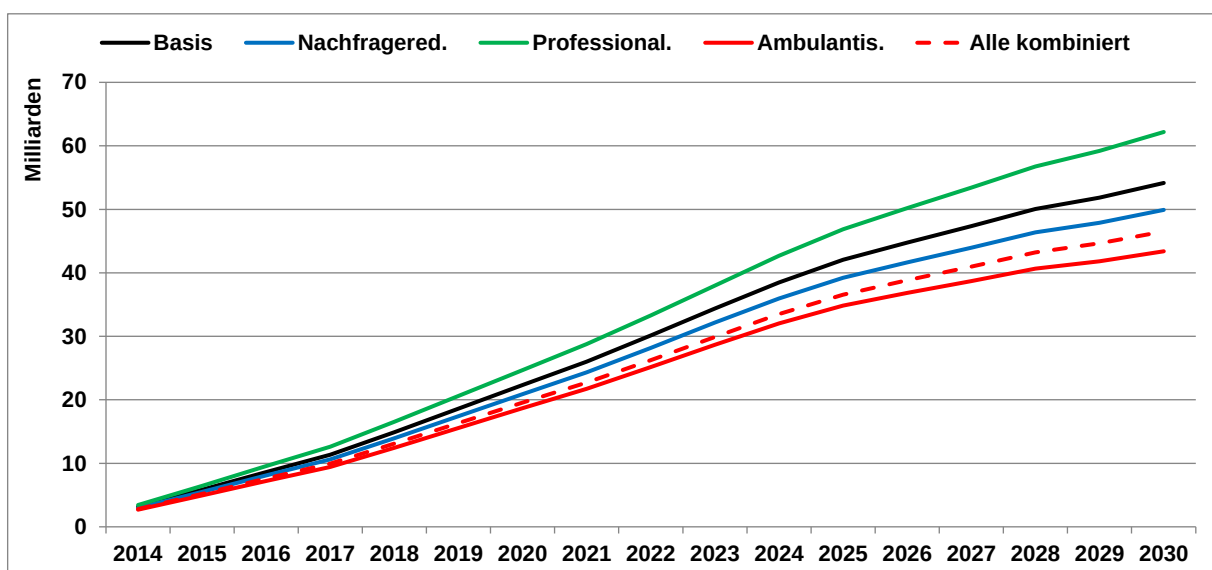


Anmerkungen: Der Bedarf entsteht, wenn eine Auslastung von 95 Prozent (ohne Stufe 0) überschritten wird; Berechnung des Bedarfs auf Bundesebene.

Quelle: Statistisches Bundesamt (2005), (2007), (2009), (2011), (2013b), (2015b), (2015f), (2015g); RWI.

Je nach Szenario ergibt sich bis 2030 ein zusätzlicher Bedarf von 46.000 bis 232.000 stationären Plätzen. Damit verbunden sind ein entsprechender Investitionsbedarf und die Verfügbarkeit von Fachpersonal. Unterstellt man einen Kapitalbedarf von 80.000 Euro pro neuem Pflegeplatz und dass jährlich 2,5 Prozent des Bestands erneuert werden muss, so ergibt sich bis zum Jahr 2030 insgesamt ein Investitionsbedarf zwischen 43,4 und 62,2 Mrd. Euro (Abbildung 41). Durch die geringere projizierte Zahl von stationären pflegebedürftigen Personen fällt auch der Investitionsbedarf niedriger aus als in früheren Prognosen berechnet.

Abbildung 41: Erwartetes kumuliertes Investitionsvolumen (inkl. Re-Investitionen) ab 2014 in Mrd. Euro in Preisen von 2014



Anmerkungen: Anders als beim Bedarf an Plätzen wird hier davon ausgegangen, dass auch ohne „Bedarf“ investiert wird. Erstens sind Re-Investitionen nötig, zweitens kann zwar national kein Gesamtbedarf bestehen, aber lokal sehr wohl. Drittens wurde auch in der Vergangenheit in zusätzliche Plätze investiert, obwohl die

durchschnittliche Auslastung auf Bundesebene unter 95 Prozent lag. Annahmen: Investition pro stationärem Platz = 80.000 Euro, Abschreibung = 2,5 Prozent p. a.

Quelle: Statistisches Bundesamt (2005), (2007), (2009), (2011), (2013b), (2015b), (2015f), (2015g); RWI.

Im Rahmen einer Studie im Auftrag des Bundesministeriums für Wirtschaft und Technologie (2012) untersuchte die 2hm & Associates GmbH und die GWS mbH des Weiteren, welche Auswirkungen der demografische Wandel und der damit einhergehende steigende Bedarf an Pflegeleistungen und Pflegeeinrichtungen auf die Bauwirtschaft insgesamt haben wird. In diese Studie flossen zusätzlich noch die Kosten für den altersgerechten Umbau von Privatwohnungen mit ein.

Dazu wurde angenommen, dass der Umbau einer Wohnung zu einer barrierefreien Wohnung in etwa 15.600 Euro kostet. Zwischen 2009 und 2011 wurden ungefähr 27.500 und somit knapp 1 Prozent der zur Sanierung stehenden Privatwohnungen altersgerecht umgebaut. Geht man bis 2030 von der gleichen Sanierungsrate aus, werden bis dahin rund 630.000 Wohnungen saniert. Bei einem Sanierungsaufwand von 15.600 Euro pro Wohnung entspricht dies Kosten von rund 10 Mrd. Euro. Geht man von höheren Zahlen aus, werden die Kosten weitaus höher ausfallen. So wurde in einer Umfrage von EMNID aus dem Jahr 2011 ermittelt, dass zwei Drittel der Bundesbürger ein selbstbestimmtes Wohnen im Alter bevorzugen (Bundesverband Freier Immobilien- und Wohnungsunternehmen e. V. (BFW) 2011a). Nach Schätzungen der Verbände der Bau- und Immobilienwirtschaft und dem Deutschen Mieterschutzbund müssten daher pro Jahr ca. 100.000 seniorengerechte Wohnungen durch Neubau oder Modernisierung geschaffen werden, um den Bedarf nach einem selbstbestimmten und sicheren Wohnen in den eigenen vier Wänden im Alter zu decken (vgl. BFW 2011b).

Die Finanzierung des prognostizierten Investitionsvolumens wird auf Grundlage dieser Berechnungen ein kritischer Punkt werden. Bisher werden Kosten für Pflegeplätze über das Heimentgelt refinanziert. Steigende Löhne und steigende Kosten für Pflegeplätze werden dies künftig erschweren. Mit Blick auf die prognostizierten Ausgaben können über den Beitragssatz zur Pflegeversicherung zwar Anpassungen erfolgen – die Defizite werden auch so wahrscheinlich nicht komplett abgefangen werden können. Eine Zielerreichung in der stationären Altenpflege wird vor diesem Hintergrund wohl nur durch ein gemeinsames Agieren der Finanzierer und Refinanzierer erfolgen können.

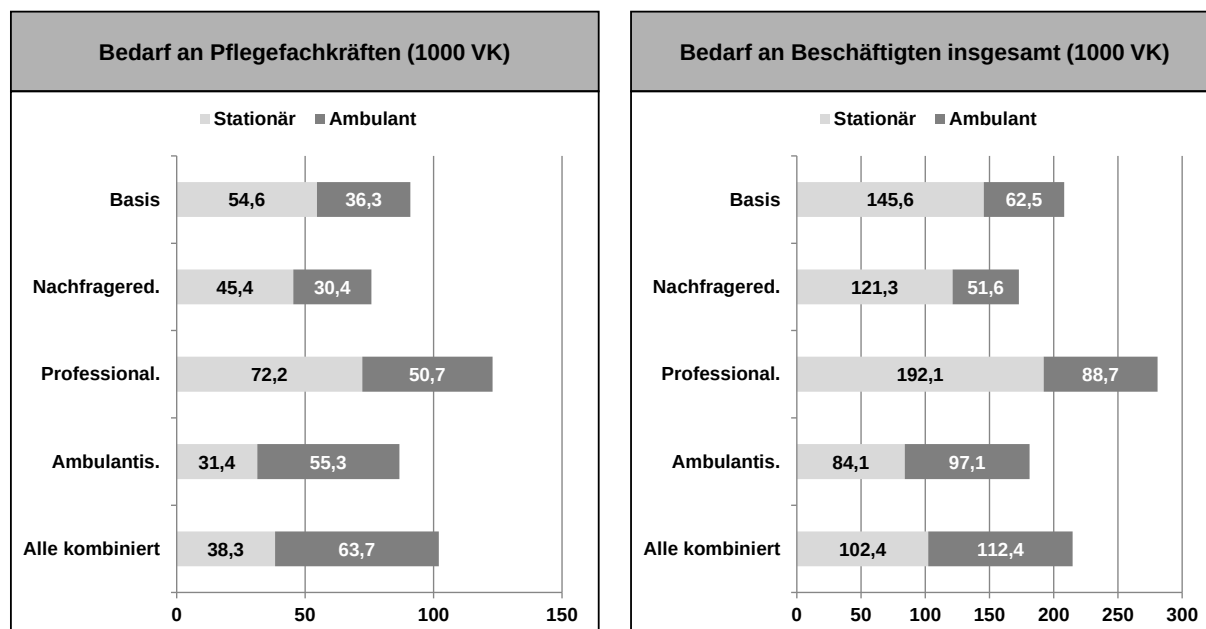
Unter der Annahme eines gleichbleibenden Verhältnisses zwischen der Zahl der Beschäftigten und der Zahl zu versorgender Pflegebedürftiger lässt sich für jedes Szenario der Personalbedarf bis 2030 schätzen. Mit dieser Annahme wird implizit angenommen, dass es keinen Produktivitätsfortschritt gibt. Bei der Pflege von Menschen scheint diese Annahme auf den ersten Blick plausibel. Jedoch sind auch hier durch Betriebsoptimierungen z. B. im nicht-pflegerischen, aber auch im pflegerischen Bereich sowie bei der Überwachung sicherlich noch Personaleinsparungen möglich, wie regionale und trägerspezifische Vergleiche demonstrieren (vgl. Augurzky et al. 2013). Die Reduktion von bürokratischen Vorgaben könnte hierzu ebenso einen Beitrag leisten. Das Ziel dieser Projektion ist jedoch eine Hochrechnung des Personalbedarfs im Status quo, d. h. ohne die Berücksichtigung von betrieblichen oder gesetzlichen Optimierungen. Letztere wären vielmehr Teil der Lösung, um die aufgezeigte Bedarfslücke zu reduzieren (Abbildung 42). Hinzu kommt, dass Pflegepersonal in Rente gehen oder aus anderen Gründen die Pflegebranche verlassen wird.¹⁰

Im Basisszenario ergibt sich bis zum Jahr 2030 ein Personalbedarf von 36.000 Fachkräften im ambulanten Bereich und 55.000 Fachkräften im stationären Bereich (jeweils in Vollkräften). Insgesamt

¹⁰ In den Prognosen wird angenommen, dass 2 Prozent des Personals jedes Jahr aus dem Pflegeberuf ausscheidet.

werden sogar 63.000 Beschäftigte im ambulanten Bereich und 146.000 Beschäftigte im stationären Bereich benötigt.

Abbildung 42: Bedarf an zusätzlichen Pflegefachkräften und Beschäftigten insgesamt in der ambulanten und stationären Pflege, 2013–2030



Quelle: Statistisches Bundesamt (2005), (2007), (2009), (2011), (2013b), (2015b), (2015f), (2015g); RWI.

Nutzt man zur groben Abschätzung allein der Lohnkosten des zusätzlichen Personalbedarfs das Mediangehalt einer Fachkraft in der Altenpflege von 2.441 Euro pro Monat für Fachkräfte bzw. das Mediangehalt einer Hilfskraft in der Altenpflege von 1.741 Euro pro Monat für sonstiges Personal (IAB 2015), reines Arbeitnehmerbruttoentgelt, der Arbeitgeberbeitrag ist hier nicht berücksichtigt), so ergeben sich im Basisszenario für das Jahr 2030 – ohne Berücksichtigung von zukünftigen Lohnsteigerungen – zusätzliche Lohnkosten in Höhe von insgesamt 3,5 Mrd. Euro im stationären Bereich und 1,6 Mrd. Euro im ambulanten Bereich. Im kombinierten Szenario betragen die zusätzliche Lohnkosten 2,5 Mrd. Euro im stationären Bereich und 2,9 Mrd. Euro im ambulanten Bereich.

5.3 Zwischenfazit zu den Prognoseergebnissen

Hauptgrund für das Wachstum des Pflegemarkts ist die rasche Alterung der Gesellschaft, die in den kommenden Jahrzehnten weiter anhalten wird. Unter der Annahme konstanter Pflegequoten, d. h. Prävalenzraten, wird auch die Nachfrage nach professionellen Pflegeleistungen ungebrochen weiter zunehmen. Bis 2030 ist mit 0,59 bis 0,72 Mio. weiteren Pflegefällen zu rechnen, was gegenüber 2013 einen Anstieg um zwischen 22 und 27 Prozent bedeutet. Der Zuwachs an Pflegebedürftigen führt zu einem zusätzlichen Bedarf von 0,32 Mio. bis 0,145 Mio. an stationären Pflegeplätzen bis 2030. Dafür erforderliche Neu- und Re-Investitionen belaufen sich 43,4 bis 62,2 Mrd. Euro. Darüber hinaus ist auch mehr Personal erforderlich. Bis 2030 wird je nach Szenario mit insgesamt 84.000 bis 192.000 zusätzlichen Stellen (Vollkräfte) in der stationären und mit 52.000 bis 112.000 in der ambulanten Pflege gerechnet. Bei Pflegefachkräften werden bis 2030 ein zusätzlicher Bedarf an Vollkräften zwischen 31.000 bis 72.000 in der stationären und zwischen 30.000 und 64.000 in der ambulanten Pflege erwartet.

Da alle der hier einzeln modellierten Trends vermutlich zusammen auftreten werden, ist es wahrscheinlich, dass sich die unterschiedlichen Effekte überlagern, wie mit dem kombinierten Szenario

beispielhaft gezeigt. Würden die in dieser Variante zugrunde gelegten Größenordnungen zutreffen, würde sich die Zahl der Pflegebedürftigen bis zum Jahr 2030 auf insgesamt 3,21 Mio. erhöhen, es würden bis zu 88.000 zusätzliche stationäre Plätze benötigt, der Investitionsbedarf läge bei 46,5 Mio. Euro und der Fachkräftebedarf betrüge 38.000 Vollkräfte im stationären und 64.000 Vollkräfte im ambulanten Bereich.

6 Regionalanalysen

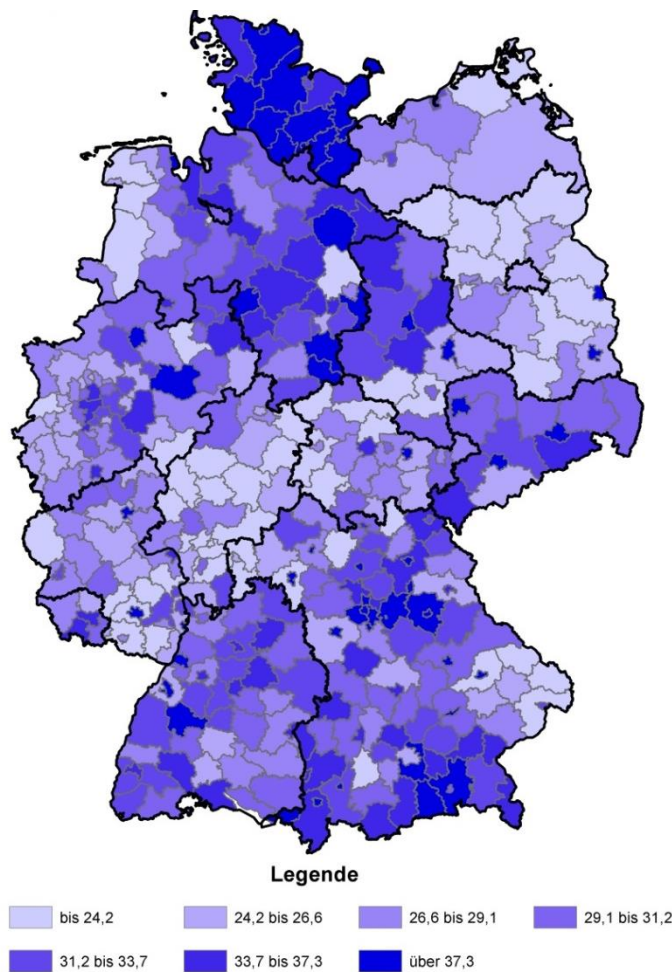
In den bisherigen Abschnitten wurde im Rahmen der Analysen nicht explizit berücksichtigt, dass sich der Pflegemarkt hinsichtlich verschiedener Faktoren regional stark unterscheidet. Der Pflegebedarf und die Pflegeeinrichtungsichte sind regional sehr verschieden, ebenso die Einkommenslage der Einwohner und die Haushaltssituation der Kostenträger, insbesondere der Sozialhilfeträger. Aus diesem Grund spielen die Faktoren Qualität, baulicher Standard und Ausstattung sowie Preis auch regional höchst unterschiedlich gewichtete Rollen. Dieser Erkenntnis wird in diesem Kapitel Rechnung getragen. Es enthält Regionalanalysen der wichtigsten Parameter zur differenzierteren Darstellung der räumlichen Disparitäten im Bereich der Langzeitpflege. Zunächst werden in Abschnitt 6.1 ausgewählte Regionalanalysen zum Pflegebedarf, zu den Investitionskosten und zu Pflegepreisen vorgestellt. Anschließend werden in Kapitel 6.2 Regionalanalysen zur „Hilfe zur Pflege“ und den kommunalen Finanzen vorgestellt.

6.1 Regionalanalysen zu Pflegebedarf, Investitionskosten und Pflegepreisen

Regional gibt es beachtliche Unterschiede in der Beanspruchung von ambulanter und stationärer Pflege. Die folgende Grafik zeigt die Variationen auf Ebene der Kreise für den stationären Pflegebereich (Abbildung 43). Deutschlandweit liegt der Anteil an stationären Fällen bei 30,6 Prozent. Dabei scheinen Ballungsgebiete tendenziell einen höheren Anteil stationärer Fälle aufzuweisen, ländliche Gebiete dagegen einen niedrigeren Anteil. In den meisten Kreisen Schleswig-Holsteins fällt dabei der Anteil stationärer Fälle auffällig hoch aus, während sowohl Mecklenburg-Vorpommern als auch Brandenburg eher von geringen Anteilen stationärer Fälle geprägt sind.

Die zu den folgenden Abbildungen gehörigen Daten auf Kreisebene beziehen sich auf das Jahr 2011 und finden sich in tabellarischer Form im Anhang (Tabelle 25).

Abbildung 43: Anteil stationärer Fälle an allen Fällen nach Kreisen, 2011



Quelle: FDZ der Statistischen Ämter des Bundes und der Länder, Pflegestatistik (2011).

Besonders auffällig sind die hohen Anteile stationärer Versorgung in ganz Schleswig-Holstein: Dort liegt die bundeslandweite Quote bei über 40 Prozent. Der Abstand zum Bundesland Bayern mit der zweithöchsten Quote (32 Prozent) ist erheblich. Beske et al. (2012) nennt vor allem zwei Gründe für diese Entwicklung:

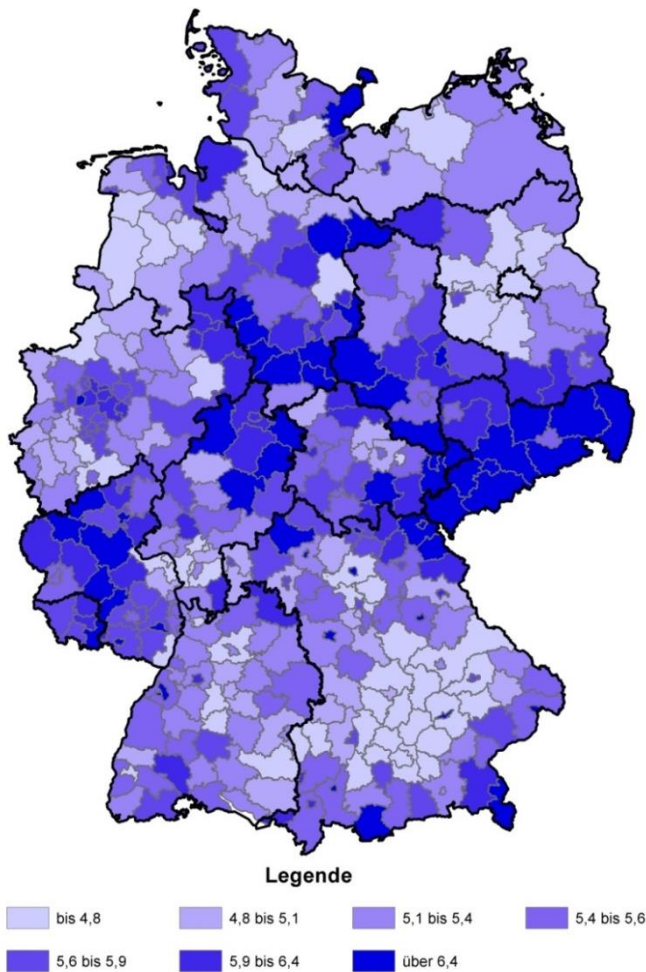
- Signifikante Wanderungsbewegungen Pflegebedürftiger nach Schleswig-Holstein und
- das Fehlen passgenauer ambulanter Angebote und einer altengerecht ausgebauten Infrastruktur (Beske et al. 2012: 100).

Die Zuzüge in der Pflege spiegeln einerseits die im Vergleich zu Hamburg niedrigeren Heimentgelte wider (wie auch aus Abbildung 47 ersichtlich), lassen sich aber auch mit der landschaftlich reizvollen Lage vieler Einrichtungen in Schleswig-Holstein begründen. Daten zu bundeslandübergreifenden Wanderungen in der pflegerischen Versorgung liegen nicht vor. Aus einer 2004 vorgenommenen Erhebung der Kreissozialämter in Schleswig-Holstein hing hervor, dass allein jeder fünfte sozialhilfeberechtigten Pflegebedürftige zugezogen war. Insofern dürfte die reale Quote noch höher liegen (ebd.: 101).

Auch die Altersstruktur der Bevölkerung variiert stark nach Regionen. So liegt der Anteil der Senioren (80-Jährige und älter) an der Gesamtbevölkerung in weiten Teilen Sachsens bei über 6,4 Prozent, in vielen Regionen Bayerns liegt dieser Wert dagegen unter 4,8 Prozent (Abbildung 44). Von wenigen

Ausnahmen abgesehen, fällt der Anteil der Senioren an der Gesamtbevölkerung sowohl in nördlichen als auch südlichen Regionen geringer aus.

Abbildung 44: Anteil der Senioren an der Gesamtbevölkerung nach Kreisen, 2011



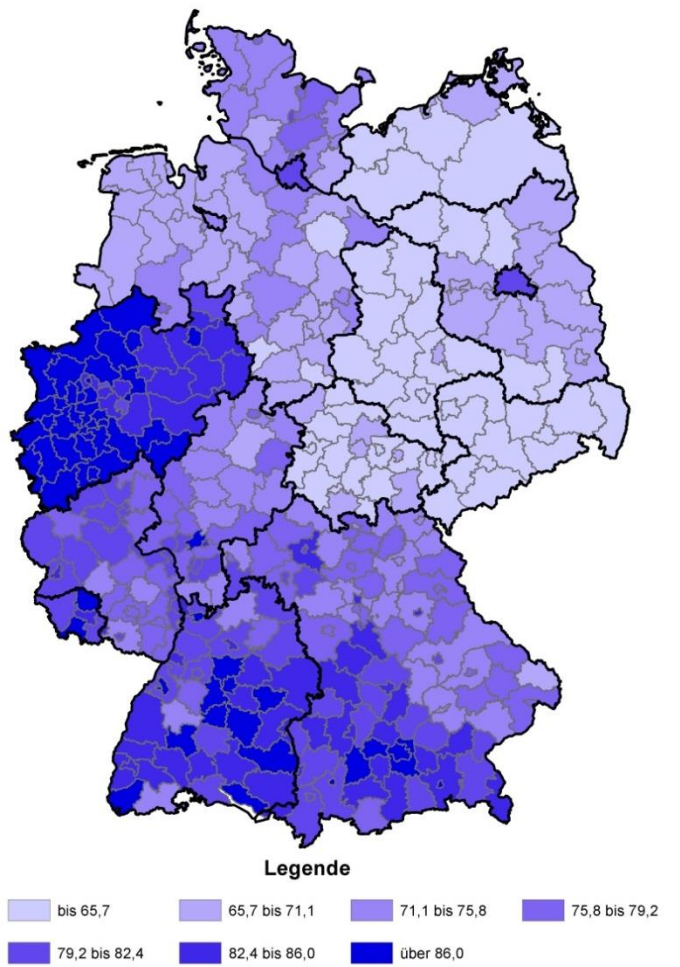
Anmerkung: Anteil Senioren 80+ an Bevölkerung.

Quelle: Eigene Berechnung, FDZ der Statistischen Ämter des Bundes und der Länder (2011).

Bei den Preisen für Pflege lässt sich ein West-Ost-Gefälle erkennen. Dies trifft insbesondere für die Pflegepreise (einschließlich Unterkunft und Verpflegung) zu und gilt (mit Ausnahmen) auch für die Investitionskosten. Entsprechend schlägt sich dieser Zusammenhang auch im Gesamtpreis nieder.

Bezogen auf die Preise für Pflege sowie Unterkunft und Verpflegung sind Pflegeheime in Nordrhein-Westfalen, in Teilen des Saarlands, Baden-Württembergs, Bayerns und Hamburg am teuersten (Abbildung 45):

Abbildung 45: Durchschnittliche Pflegepreise ohne Investitionskosten in Euro, 2011

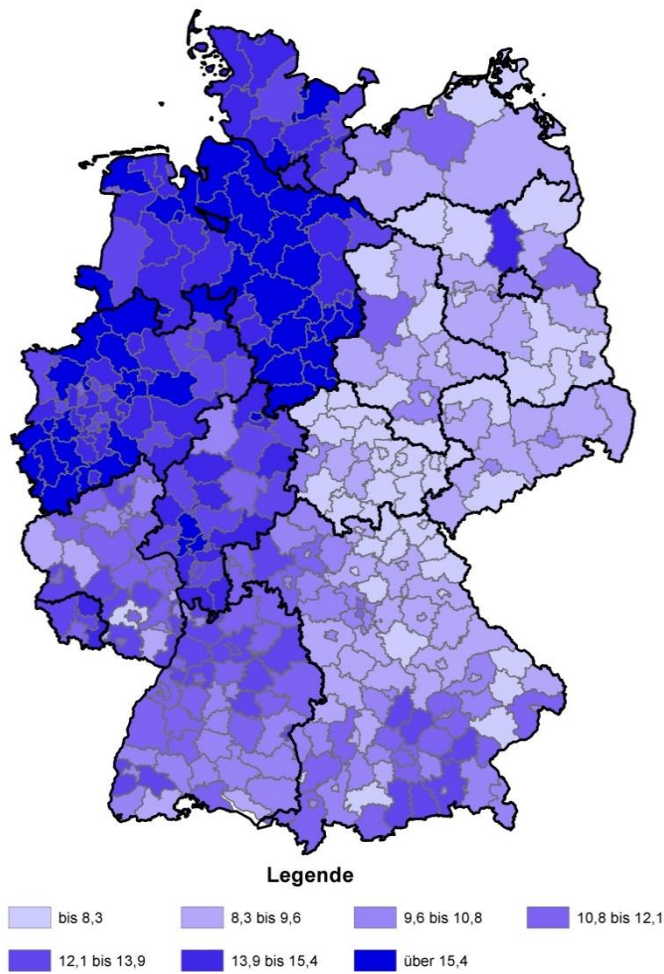


Anmerkung: Preise mit Platzzahlen gewichtet.

Quelle: FDZ der Statistischen Ämter des Bundes und der Länder (2011) und PAULA (2010).

Bei den Investitionskosten ist Niedersachsen am teuersten. Auch Nordrhein-Westfalen hat relativ hohe Investitionskosten (Abbildung 46). Allerdings gibt es zum Teil Unterschiede in der Berechnung der Investitionskosten je nach Bundesland, was die Vergleichbarkeit einschränkt. Abbildung 47 zeigt die regionale Verteilung des Gesamtpreises. Wie bereits zuvor erläutert, ist ein deutliches West-Ost-Gefälle ersichtlich. Zudem fällt auf, dass in fast allen Kreisen Nordrhein-Westfalen überdurchschnittliche hohe Gesamtpreise bezahlt werden.

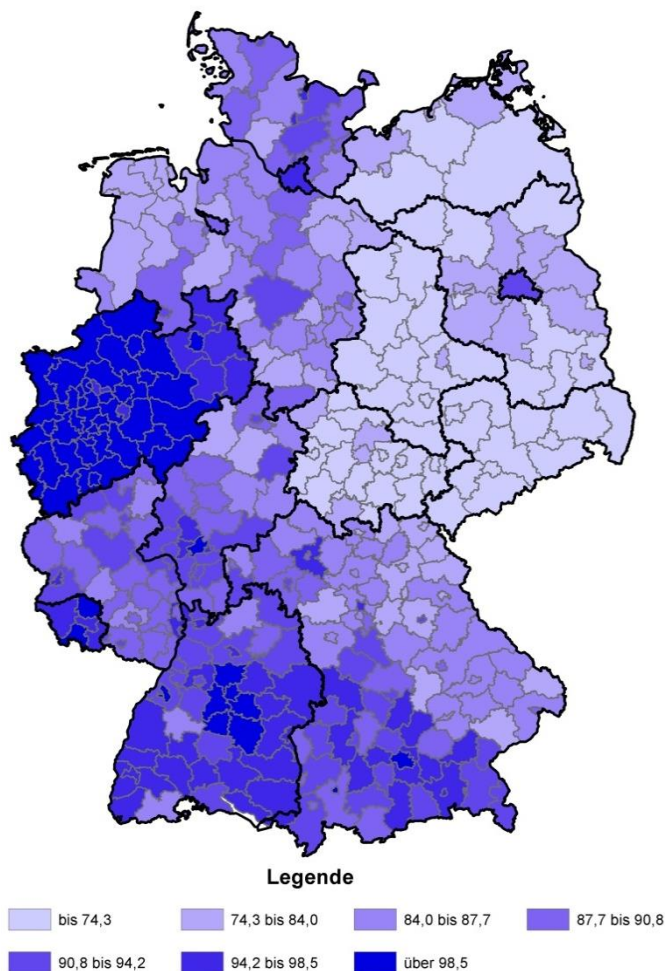
Abbildung 46: Investitionskosten für Dauerpflegeplätze in Euro, 2011



Anmerkung: Preise mit Platzzahlen gewichtet.

Quelle: FDZ der Statistischen Ämter des Bundes und der Länder (2011) und PAULA (2010).

Abbildung 47: Durchschnittliche Pflegepreise mit Investitionskosten in Euro, 2011



Anmerkung: Preise mit Platzzahlen gewichtet.

Quelle: FDZ der Statistischen Ämter des Bundes und der Länder(2011) und PAULA (2010).

Aktuelle Analysen konnten zeigen, dass die Altersverteilung in einer Region die einzige Variable mit signifikanter Erklärungskraft bezüglich der Unterschiede der pflegerischen Versorgungsanteile (ambulant und stationär sowie Pflegegeld) in den Kommunen ist (20 bis 30 Prozent; Plazek und Schnitger (2015: 21 sowie Rothgang et al. 2012: 34). Andere externe Faktoren wie (Frauen-)Erwerbsquoten, Anteil von Ein-Personen-Haushalten, freie Heimkapazitäten, Siedlungsdichte und relatives familiales Pflegepotenzial haben dagegen keinen signifikanten Einfluss auf die Quoten ambulanter oder stationärer Betreuung. Plazek und Schnitger (2015) kommen zum Schluss, dass letztlich 70 bis 80 Prozent der zu beobachtenden regionalen Versorgungsunterschiede nicht durch externe Faktoren erklärt werden können und folglich andere Aspekte eine Rolle spielen müssen – allen voran der gestalterische Einfluss der Kommunen.

Obwohl die Kommunen, wie oben bereits dargestellt, nur noch über wenige direkte Steuerungskompetenzen im Bereich der Altenpflege verfügen, konnten Plazek und Schnitger (2015) mit ihrer Untersuchung zeigen, dass eine aktive Kommunalverwaltung mit einem ausdrücklichen Gestaltungsanspruch in den Bereichen Altenpflege und Altenhilfe nachweislich zur Stärkung ambulanter Versorgungsstrukturen beiträgt. Neben einem aktiven Steuerungsinteresse zählen auch eine partizipative Pflegeplanung und die Begleitung und Förderung ehrenamtlicher Besuchsdienste und Nachbarschaftshilfen zu den Erfolgsfaktoren. Ein wesentlicher Steuerungsansatz ist dabei die Gründung umfassender und aktiver Vernetzungsgremien für die lokalen Pflegeakteure, aber auch die kommunale Investoren- und Trägerberatung. Die Förderung tagespflegerischer Angebote sind dabei zielfüh-

rend (Plazek und Schnitger 2015: 6). Die meist regional organisierten Pflegekassen dagegen zeigten im Ergebnis dieser Untersuchung einen schwach ausgeprägten Gestaltungsanspruch hinsichtlich des regionalen Pflegemarktes und auch eine geringe Vernetzung mit den kommunalen Pflegeakteuren (ebd.: 7).

6.2 Regionalanalysen zur „Hilfe zur Pflege“ und den kommunalen Finanzen

Wie bereits in Kapitel 3 erläutert wurde, ist die Hilfe zur Pflege eine zentrale Säule zur Finanzierung von Pflegeleistungen in Deutschland. Die Finanzierung der Hilfe zur Pflege unterscheidet sich zwischen den Bundesländern und den Kommunen in Deutschland. Daher werden die Ausgaben für die „Hilfe zur Pflege“ im Folgenden in Anlehnung an Kapitel 3 sowohl aus wirtschaftlicher (6.2.1) als auch aus finanzwirtschaftlicher Perspektive (6.2.2) untersucht. Die wirtschaftliche Analyse hat die Entwicklung der Bruttoausgaben und deren Bestimmungsgründe zum Gegenstand. Im Rahmen der finanzwirtschaftlichen Analyse wird die fiskalische Belastung der kommunalen Haushalte, die vor allem die Nettoausgaben (Bruttoausgaben minus Einnahmen) abbilden, beleuchtet.

6.2.1 Die wirtschaftliche Perspektive: Allgemeine Entwicklung der Bruttoausgaben

Betrachtet man zunächst die Bruttoausgaben der Hilfe zur Pflege je Einwohner im Ländervergleich, so stellt man erhebliche Unterschiede fest. Die Spannweite reicht von 16 Euro (Sachsen) bis 62 Euro je Einwohner (Saarland). Dabei fallen sofort die Ost-West-Disparitäten ins Auge: In den ostdeutschen Flächenländern betragen die Ausgaben im Minimum 17 Euro (Sachsen) und im Maximum 28 Euro (Mecklenburg-Vorpommern), in den westdeutschen Flächenländern 37 Euro (Niedersachsen) bzw. 62 Euro (Saarland). Diese Disparitäten werden bestimmt von dem Produkt aus Leistungsdichte (Leistungsempfänger je Einwohner) und der Kostenintensität der Leistungserfüllung (Ausgaben je Leistungsempfänger). Beide Indikatoren werden beeinflusst von institutionellen Rahmenbedingungen. So resultiert ein Teil der Ausgabenunterschiede aus dem Pflegewohngehalt, das zurzeit noch in drei Flächenländern – Schleswig-Holstein, Mecklenburg-Vorpommern und Nordrhein-Westfalen – gewährt wird. Das Pflegewohngehalt entlastet Heimbewohner von der Finanzierung des Investitionskostenanteils, wenn bestimmte Einkommens- und Vermögensgrenzen¹¹ nicht überschritten werden. Es senkt damit die Leistungsdichte und vor allem die Kostenintensität. Dieser Einfluss des Pflegegeldes wird offenkundig am Beispiel des Saarlands, das das Pflegewohngehalt im Jahr 2009 abgeschafft hat. Seitdem stiegen die Ausgaben je Einwohner von 38 Euro auf knapp 67 Euro im Jahr 2013, auch die Leistungsdichte stieg stark an. Das Saarland hat zudem in den Jahren 2012 und 2013 die höchsten Aufwendungen der Flächenländer – bis 2010 waren es die sechsthöchsten (Tabelle 18).¹²

Die sozioökonomischen und institutionellen Ursachen für die regionalen Unterschiede in der Leistungsdichte (0) und Kostenintensität (0) werden im Folgenden näher untersucht.

¹¹ In Mecklenburg-Vorpommern wird das Vermögen nicht berücksichtigt.

¹² Eine statistische Erfassung der Ausgaben für das Pflegewohngehalt erfolgt nicht.

Tabelle 18: Die Entwicklung der Bruttoausgaben der Hilfe zur Pflege in den Flächenländern, 2005–2013

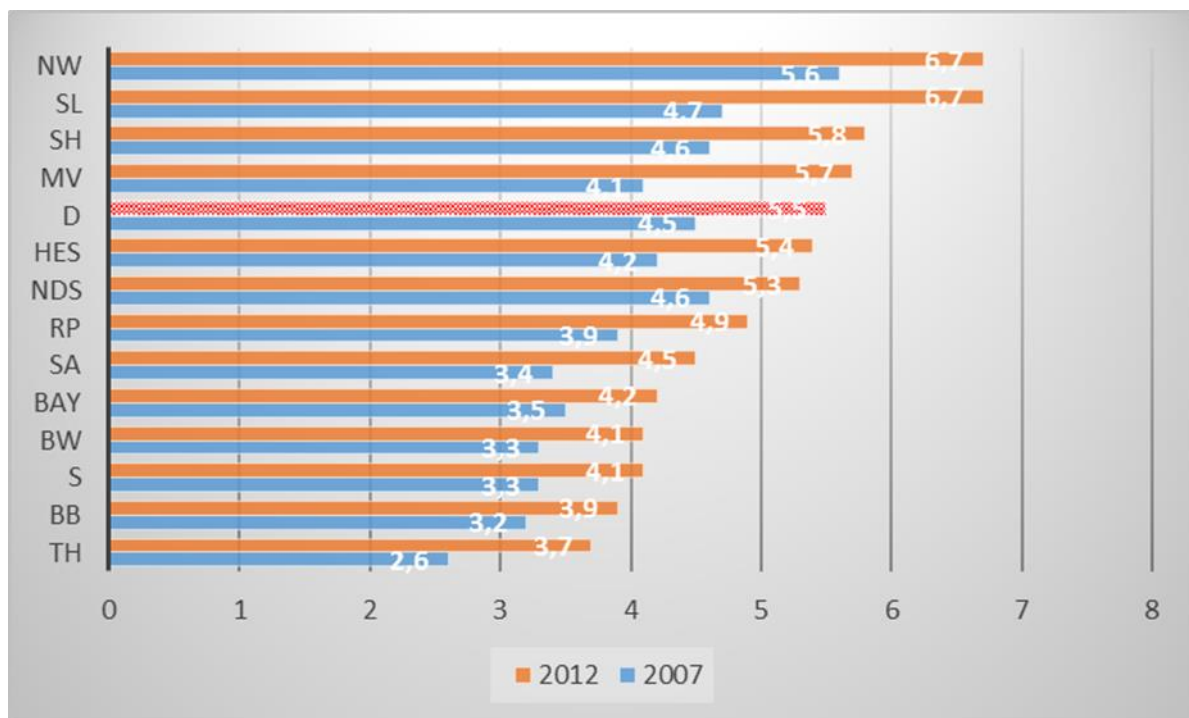
2005		2006		2007		2008		2009		2010		2011		2012		2013	
Land	in € je EW	Land	in € je EW	Land	in € je EW	Land	in € je EW	Land	in € je EW	Land	in € je EW	Land	in € je EW	Land	in € je EW	Land	in € je EW
S	13,57	S	11,85	S	12,34	S	13,11	S	13,81	S	13,27	S	14,62	S	16,38	S	16,82
TH	13,71	BB	13,39	TH	14,34	TH	14,94	BB	15,44	BB	14,86	BB	17,19	SA	17,27	SA	18,19
BB	13,97	TH	13,68	BB	14,53	BB	15,03	TH	15,90	SA	16,03	SA	18,48	BB	18,03	BB	18,82
SA	15,31	SA	13,70	SA	14,68	SA	15,63	SA	15,96	TH	17,24	TH	18,68	TH	20,01	TH	22,39
MV	15,84	MV	17,44	MV	19,21	MV	19,64	MV	21,70	MV	23,34	MV	24,82	MV	27,67	MV	29,66
SL	31,79	BW	32,63	NDS	33,84	NDS	33,65	NDS	33,88	NDS	34,51	NDS	35,71	NDS	36,66	NDS	37,48
BW	33,32	NDS	33,22	BW	33,91	BW	34,64	BW	36,25	BW	37,73	BW	40,69	BW	41,69	SH	43,71
NDS	34,02	SL	33,31	SL	35,12	SL	35,33	SL	38,36	SL	40,94	SH	42,51	SH	43,42	BW	43,73
RP	37,22	RP	35,80	RP	36,53	RP	37,47	RP	39,11	SH	41,61	RP	44,64	RP	46,44	HES	48,31
SH	39,91	SH	38,98	SH	40,05	SH	40,57	SH	41,31	RP	42,18	HES	45,70	HES	47,23	RP	48,99
BAY	40,08	BAY	40,55	NW	41,84	NW	41,91	HES	43,95	HES	42,89	NW	48,28	NW	50,75	NW	51,53
NW	42,38	NW	40,84	BAY	42,02	BAY	43,40	NW	44,65	NW	45,75	SL	48,41	BAY	51,21	BAY	52,83
HES	50,29	HES	52,54	HES	53,15	HES	52,14	BAY	45,42	BAY	48,00	BAY	50,34	SL	61,67	SL	66,81

Quelle: Eigene Berechnungen nach Angaben des Statistischen Bundesamtes und der Gesundheitsberichterstattung des Bundes (2015)

Regionale Unterschiede in der Leistungsdichte

Die Leistungsdichte gemessen als Zahl der Hilfsempfänger je 1.000 Einwohner hat in den vergangenen Jahren erheblich zugenommen (Abbildung 48). Dabei zeigen sich in Dynamik und Niveau erhebliche Unterschiede. Die Spannweite reicht im Jahr 2012 von 3,7 (Thüringen) bis 6,7 Hilfsempfänger je Einwohner (Nordrhein-Westfalen). Mit Ausnahme von Mecklenburg-Vorpommern sind es westdeutsche Flächenländer, die eine überdurchschnittliche Leistungsdichte aufweisen. Allerdings ist festzustellen, dass die Leistungsdichte in den ostdeutschen Flächenländern – ausgenommen Brandenburg – seit 2007 stärker angestiegen ist als im Bundesdurchschnitt.

Abbildung 48: Hilfsempfänger je 1.000 Einwohner im Ländervergleich, 2007 und 2012



Quelle: Eigene Berechnungen nach Angaben des Statistischen Bundesamtes.

Dieses Ergebnis ist auf den ersten Blick überraschend, denn der größte Teil der Bevölkerung Ostdeutschlands wohnt in schrumpfenden Städten und Gemeinden¹³ (Tabelle 19). Insbesondere ist die ostdeutsche Bevölkerung älter und altert schneller: Im Jahr 2013 lag der Anteil der über 64-Jährigen an der Gesamtbevölkerung in den ostdeutschen Flächenländern mit 22,4 Prozent (Mecklenburg-Vorpommern) bis 23,7 Prozent (Thüringen) deutlich über dem Bundesdurchschnitt (20,8 Prozent); der Anteil dieser Anteilsgruppe nahm gegenüber 2007 im Minimum um 1,1 Prozentpunkte (Sachsen) zu, im Maximum um 1,6 Prozentpunkte (Thüringen). Es wäre also zu erwarten, dass auch die Leistungsdichte in Ostdeutschland größer ist als in Westdeutschland. Das Gegenteil ist weitgehend der Fall: Allerdings geht mit der schnelleren Alterung in Ostdeutschland seit 2007 auch eine stärkere Zunahme der Leistungsdichte als in Westdeutschland einher.

¹³ Dabei werden sechs Entwicklungsindikatoren über den Zeitraum der letzten fünf Jahre untersucht: Bevölkerungsentwicklung, Gesamtwanderungssaldo, Entwicklung der Erwerbsfähigen (20 bis 64 Jahre), Entwicklung der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten, Veränderung der Arbeitslosenquote, Entwicklung des Istaufkommens der Gewerbesteuer. Als schrumpfend gelten Gemeinden, bei denen sich bis zu zwei Indikatoren im untersten Quintil befinden, als stark schrumpfend solche, bei denen sich drei und mehr Indikatoren im untersten Quintil befinden. Schrumpfende und stark schrumpfende Gemeinden wurden hier zusammengefasst.

Tabelle 19: Leistungsdichte und ihre Bestimmungsgründe

Land ¹	Leistungs- dichte ²	Anteil der Bevölkerung in schrump- fenden Ge- meinden an der Gesamt- bevölke- rung ³	Anteil der Grundsiche- rungsemp- fänger an der Bevölke- rung ab 65 Jahren ²	Veränderung des Anteils der Grundsiche- rungsempfänger an der Bevölke- rung ab 65 Jahren in Prozent- punkten ²	HzP- Empfänger in % der Pflege- bedürftigen ²	Anteil der über 64jährigen an der Bevölke- rung	Bevölke- rungsdichte ²
	2012	2012	2013	2012/08	2012	2012	2012
Ostdeutsche Flächenländer							
TH	3,7	68,4	1,0	0,1	8,9	23,5	134
S	4,1	57,4	1,0	0,0	11,5	24,7	220
BB	3,9	52,8	1,3	0,0	9,6	22,7	83
SA	4,5	77,6	1,4	0,1	11,2	24,5	111
MV	5,7	74,3	1,7	0,0	13,4	22,3	69
Westdeutsche Flächenländer							
BW	4,1	36,8	2,1	0,2	15,1	19,5	296
BAY	4,2	19,5	2,5	0,4	15,6	19,7	178
RP	4,9	45,1	2,5	0,3	16,5	20,5	201
NDS	5,3	32,2	2,9	0,3	15,0	21,0	163
HES	5,4	32,9	3,4	0,4	15,6	20,0	285
SH	5,8	39,9	2,8	0,3	19,8	22,1	178
NW	6,7	50,7	3,5	0,5	20,3	20,4	515
SL	6,7	83,6	3,3	0,5	19,1	22,1	387
Median	4,9	50,7	2,5	0,3	15,1	22,1	226

Quelle: Eigene Berechnungen nach Angaben des Statistischen Bundesamtes und des Bundesinstituts für Bau-, Stadt- und Raumforschung. -¹Amtliche Länderkürzel. -²Statistisches Bundesamt. -³Gemeindetypisierung des Bundesinstituts für Bau-, Stadt- und Raumforschung.

Die Leistungsdichte hängt natürlich auch davon ab, inwieweit unzureichende Einkommens- und Vermögensverhältnisse des Pflegebedürftigen einen Anspruch auf Hilfe zur Pflege begründen. Eine zunehmende Leistungsdichte wäre also dort zu erwarten, wo zur Sicherung des Existenzminimums in einem größeren Umfange die Grundsicherung im Alter in Anspruch genommen werden muss. Dabei ist in der Inanspruchnahme ein Ost-West-Gefälle feststellbar (Tabelle 20): In Ostdeutschland bezogen zwischen 1,0 Prozent (Thüringen) und 1,7 Prozent (Mecklenburg-Vorpommern) der über 64-Jährigen diese Sozialleistung, in Westdeutschland 2,1 Prozent (Baden-Württemberg) bis 3,5 Prozent (Nordrhein-Westfalen). Damit geht auch häufig eine höhere Leistungsdichte einher. Ein potentieller Grund hierfür ist in den unterschiedlichen Altersstrukturen zu sehen, die in Ostdeutschland für sich genommen zu einer höheren Leistungsdichte führen. Jedenfalls ist der Anteil der Hilfsempfänger an den Pflegebedürftigen durchweg niedriger als in Westdeutschland, was dafür spricht, dass Ostdeutsche relativ weniger auf die Hilfe zur Pflege angewiesen sind. Eine Erklärung hierfür ist in dem Umstand zu sehen, dass die durchschnittliche Rentenzahlung in Ostdeutschland höher ist als in Westdeutschland (Tabelle 20). Dies gilt insbesondere für Frauen, die bislang eine durchgängigere und längere Erwerbsbiographie aufweisen als Frauen in Westdeutschland. Allerdings verliert dieser Rentenvorteil allmählich an Bedeutung.

Tabelle 20: Entwicklung der durchschnittlichen Rentenzahlungen in den alten und den neuen Bundesländern

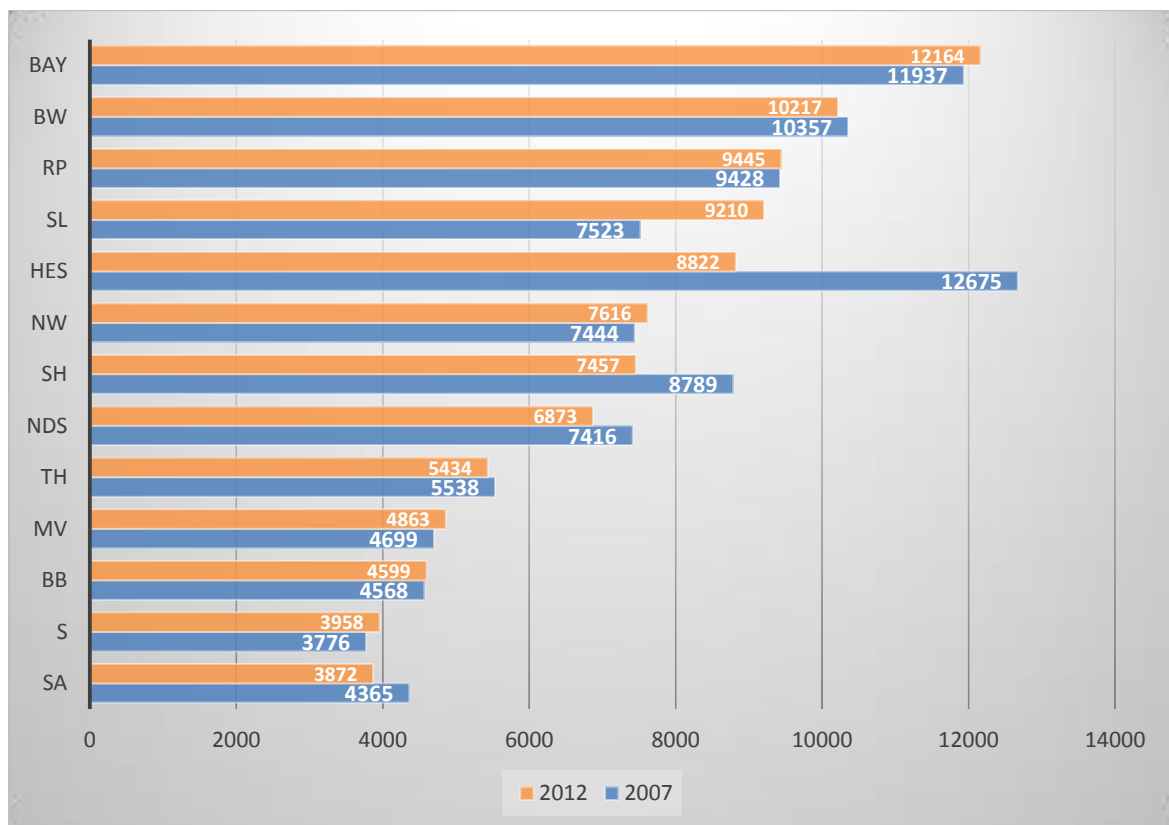
	2007			2014		
	ABL	NBL	NBL in % ABL	ABL	NBL	NBL in % ABL
Männer	947	995	105,1	952	985	103,5
Frauen	480	669	139,4	579	763	131,8
Insgesamt	693	805	116,2	713	839	117,7

Quelle: Eigene Berechnungen nach Angaben der Deutschen Rentenversicherung.

Regionale Unterschiede in der Kostenintensität

Die Ausgaben je Leistungsempfänger weisen 2012 ebenso wie die Ausgaben je Einwohner eine erhebliche Spannweite auf: Sie betrugen im Minimum 3.872 Euro und im Maximum 12.164 Euro (Abbildung 49). Dabei ist die Kostenintensität in den ostdeutschen Flächenländern deutlich geringer als in den westdeutschen. In den ostdeutschen Flächenländern betragen die Ausgaben im Minimum 3.872 Euro (Sachsen-Anhalt) und im Maximum 5.434 Euro (Thüringen), in den westdeutschen Flächenländern 6.873 Euro (Niedersachsen) bzw. 10.217 Euro (Baden-Württemberg). Die Entwicklung der Kostenintensität seit 2007 ist recht heterogen.

Abbildung 49: Entwicklung der Ausgaben je Leistungsempfänger 2007–2012

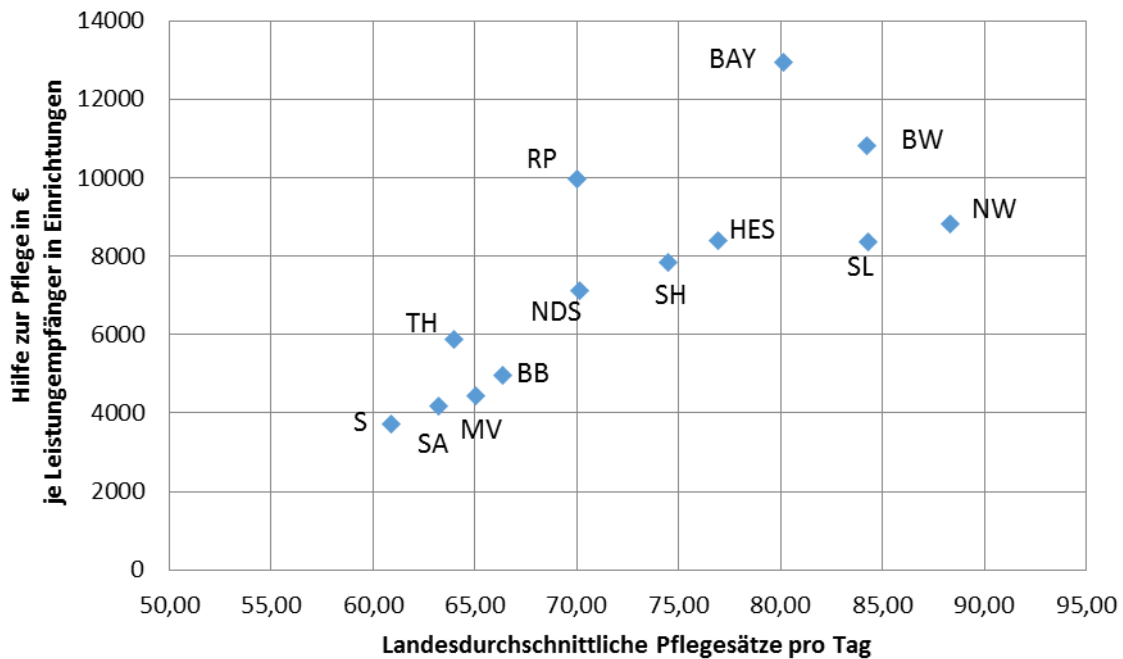


Quelle: Eigene Berechnungen nach Angaben des Statistischen Bundesamtes.

Ein wesentlicher Grund für die variierenden Kostenintensitäten sind die landesspezifischen Preise für die Pflege. Der Marktpreis schließt normalerweise diejenigen vom Leistungsbezug aus, die den geforderten Preis nicht zahlen wollen oder nicht können. Hier ermöglicht die nachrangige Hilfe zur Pflege auch denjenigen den Kauf von Pflegeleistungen, die nur über eine geringe Kaufkraft verfügen. Es erscheint deshalb plausibel, dass mit steigenden Pflegekosten auch die Kostenintensität zunimmt. So liegen in den ostdeutschen Flächenländern die Heimpflegesätze und die Ausgaben für die Hilfe zur

Pflege je Leistungsempfänger in Einrichtungen deutlich niedriger als in den westdeutschen Flächenländern (Abbildung 50):

Abbildung 50: Pflegesätze und Kostenintensität, 2011



Quelle: Eigene Berechnungen nach Angaben des Statistischen Bundesamtes und der AOK.

Ein weiterer Grund für die Niveauunterschiede könnte in dem Ort der Leistungserbringung zu sehen sein. So wird der Grundsatz „ambulant vor stationär“ nicht nur mit Blick auf die pflegerischen Ziele verfolgt, sondern auch unter fiskalischen Gesichtspunkten. Die Ausgaben für Leistungsempfänger außerhalb von Einrichtungen sind nämlich i. d. R. niedriger als in Einrichtungen (Tabelle 21). Es ist deshalb üblicherweise zu erwarten, dass mit steigender ambulanter Quote die Ausgaben je Leistungsempfänger in einem Land sinken. Dies gilt nicht zwangsläufig für Sachsen-Anhalt und Hessen, weil dort die Ausgaben je Leistungsempfänger außerhalb von Einrichtungen höher sind als in Einrichtungen. Bei einem Ländervergleich ist zu beachten, dass die Preise für die stationäre Pflege erheblich variieren.

Tabelle 21: Kostenintensität und Ort der Leistungserbringung, 2012

Land	Kostenintensität	Ambulante Quote	Kostenintensität	
			ambulant	stationär
	Ostdeutsche Flächenländer			
SA	3 872	22,6	4 479	3 642
S	3 958	37,0	3 771	3 981
BB	4 599	32,2	3 622	5 015
MV	4 863	25,9	4 694	4 915
TH	5 434	23,5	3 978	5 833
	Westdeutsche Flächenländer			
NDS	6 873	20,1	5 794	7 093
SH	7 457	27,8	6 139	7 837
NW	7 616	28,3	4 270	8 895
HES	8 822	34,0	9 468	8 339
SL	9 210	19,6	4 753	10 244
RP	9 445	21,2	6 837	10 000
BW	10 217	23,2	6 759	10 897
BAY	12 164	19,1	8 695	12 968

Quelle: Eigene Berechnungen nach Angaben des Statistischen Bundesamtes.

Die Kommunen verfügen über Steuerungsmöglichkeiten von Angebot und Nachfrage, die es ihnen erlauben, die Kostenintensität zu beeinflussen. Die bekannteste Maßnahme ist dabei die Umsetzung des Grundsatzes „ambulant vor stationär“, von der man sich Kostenvorteile verspricht. Diese Steuerungsmöglichkeiten werden im Folgenden skizziert, die fiskalischen Ergebnisse ihrer Umsetzung können hier allerdings nicht quantifiziert werden.

Kommunaler Einfluss in der Altenpflege beschränkt sich seit Einführung der Pflegeversicherung auf wenige direkte, hierarchische Steuerungskompetenzen, die überwiegend bei den freiwilligen Aufgaben anzusiedeln sind. Folgende kommunale Aufgaben ergeben sich aus den gesetzlichen Vorschriften (vgl. Plazek und Schnitger 2015: 14 ff.):

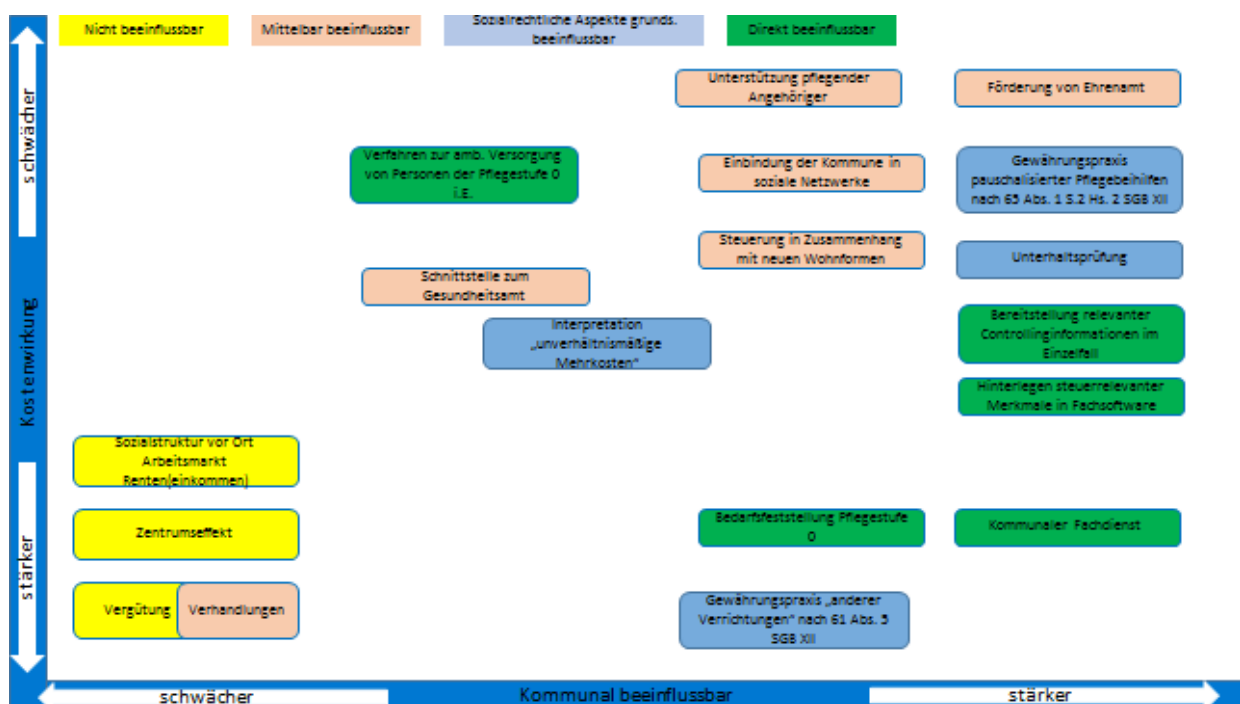
- ein unspezifisches Kooperationsgebot zusammen mit den Ländern, Pflegeeinrichtungen und Pflegekassen im Rahmen der „Gemeinsamen Verantwortung“ nach § 8 SGB XI: die genannten Akteure wirken eng zusammen, „um eine leistungsfähige, regional gegliederte, ortsnahe und aufeinander abgestimmte ambulante und stationäre pflegerische Versorgung der Bevölkerung zu gewährleisten“;
- Teilnahme an Vergütungsverhandlungen im stationären Bereich (Federführung Pflegekasse), als örtlicher Träger der Hilfe zur Pflege; für den ambulanten Bereich werden meist Kollektivverhandlungen auf Landesebene geführt;
- Heimaufsicht, wenn diese – wie in Baden-Württemberg, Bayern, Mecklenburg-Vorpommern, Niedersachsen, Nordrhein-Westfalen und Schleswig-Holstein – auf kommunaler Ebene angesiedelt ist;
- Altenhilfe als Aufgabe der örtlichen Sozialhilfeträger nach § 71 SGB XII, z. B. Angebote der offenen Altenhilfe, Beratungsstellen und Freizeitangebote können gefördert oder übernommen werden;
- Pflegeplanungskompetenzen auf Grundlage einiger Landespflegegesetze;
- Kommunen als Anbieter ambulanter und stationärer Pflegedienstleistungen (aber eingeschränkt durch Subsidiaritätsprinzip nach § 72 SGB XII), Gesellschafter von kommunalen Krankenhäusern und Wohnungsbaugesellschaften.

Entsprechend ergibt sich aus der lokalen Art und Weise der Umsetzung des Grundsatzes „ambulant vor stationär“ eine regional stark unterschiedliche Struktur der pflegerischen Versorgungsanteile.

Die Kommunen verfügen zudem über Beurteilungsspielräume etwa bei der Gewährung pauschalierter Pflegehilfen oder der Anerkennung von Mehrkosten. Weitere Einflussmöglichkeiten bestehen u. a. im Rahmen der Pflegeberatung oder des Angebots neuer Wohnformen (z. B. betreutes Wohnen). Handlungsgrenzen ergeben sich auch aus den sozioökonomischen Rahmenbedingungen: den gewachsenen Angebots- und Nachfragestrukturen des lokalen / regionalen Pflegemarktes, der wirtschaftlichen Entwicklung (z. B. die verfügbaren Einkommen, der Arbeitslosigkeit), demografischer Entwicklungen oder ihrer funktional-räumlichen Stellung.

Abbildung 51 zeigt die kommunalen Einflussmöglichkeiten im Bereich der Hilfe zur Pflege:

Abbildung 51: Kommunale Steuerbarkeit der Hilfe zur Pflege



Quelle: in Anlehnung an con_sens (2010: 37).

In einer aktuellen Studie haben Plazek und Schnitger (2015) untersucht, ob und wie die Kommunen auf Ebene der Landkreise und kreisfreien Städte diese Handlungsspielräume nutzen, um fachliche und fiskalische Ziele im Bereich der Pflege umzusetzen. Sie haben festgestellt, dass sich Kommunen, die im Jahr 2011 über einen hohen ambulanten Versorgungsanteil verfügten oder die im Zeitraum von 1999 bis 2011 einen starken Zuwachs des ambulanten Bereichs verzeichneten, durch eine aktive Kommunalverwaltung mit ausdrücklichem Gestaltungsanspruch in den Bereichen Altenpflege und Altenhilfe auszeichnen.

Dabei identifizierten die Autoren vier grundlegende Steuerungsbereiche (ebd.: 25):

- Steigerung der Attraktivität des ambulanten Angebotes (u. a. Entwicklung niedrigschwelliger Betreuungsangebote für Demente, bedürfnisorientierte Differenzierung ambulanter Angebote wie Wohnformen, Tagespflege etc.)
- Steuerung der Wahl des Pflegearrangements (Pflegeberatung und Case-Management, Pflegekonferenzen)

- Stützung des familialen Pflegepotenzials (Ehrenamt, Vereinbarkeit von Pflege und Beruf)
- Stärkung integrierter Versorgungsstrukturen (Überleitungsmanagement, Verbesserung der ambulanten ärztlichen Versorgung).

6.2.2 Die finanzwirtschaftliche Perspektive: Belastung der kommunalen Haushalte

Nettoausgaben der Hilfe zur Pflege und ihr Kommunalisierungsgrad

Wie in Kapitel 3 beschrieben, sagen die Bruttoausgaben der Hilfe zur Pflege nichts darüber aus, wie diese Aufgaben finanziert wurden und in welchem Umfang die Länder und Kommunalhaushalte tatsächlich belastet werden. Hierzu sind Informationen zu den Nettoausgaben, d. h. Bruttoausgaben abzüglich Einnahmen, erforderlich. Ferner wurde in Abschnitt 3 gezeigt, dass die relative Differenz zwischen den Brutto- und Nettoausgaben regional variiert. Auf diese Unterschiede und die daraus resultierenden Unterschiede in der Belastung kommunaler Haushalte soll nun eingegangen werden.

Aus Tabelle 14 wird ersichtlich, dass die Nettoausgaben je Einwohner in Ostdeutschland stärker gestiegen sind als in Westdeutschland. Diese Disparitäten könnten auf die regionale Inzidenz von Leistungen der Sozialversicherungsträger zurückzuführen sein, aber auch auf regionale Disparitäten in den Einkommens- und Vermögensverhältnissen mit den daraus divergierenden Möglichkeiten, Angehörige in Regress für die Hilfe zur Pflege zu nehmen. Es hängt aber auch von der administrativen Fähigkeit der Gemeinden und Gemeindeverbände ab, bestehende Unterhaltsansprüche gegenüber Dritten festzustellen und durchzusetzen.

Tabelle 22: Träger der Hilfe zur Pflege und Kompetenzverteilung

Land	Träger und ihre Zuständigkeit	Gesetzliche Grundlage
Baden-Württemberg	Kreise/kreisfreie Städte (örtlicher Träger)	§1 AGSGB XII
Bayern	Kreise/kreisfreie Städte (Örtliche Träger) Ambulante Pflegeleistungen und Pflegegeld Bezirke (Überörtlicher kommunaler Träger) Stationäre und teilstationäre Pflegeleistungen	Artikel 82 AGSG
Berlin	Ämter (Örtlicher und Überörtlicher Träger)	§2 AG-SGB XII
Brandenburg	Kreise/kreisfreie Städte (Örtlicher Träger) Ambulante Pflegeleistungen und Pflegegeld Bezirke (Überörtlicher staatlicher Träger) Stationäre und teilstationäre Pflegeleistungen	§4 AG-SGB XII
Bremen	Stadtstaat (Örtlicher/Überörtlicher Träger)	§4 AG-SGB
Hamburg	Stadtstaat (Örtlicher/Überörtlicher Träger)	-
Hessen	Kreise/kreisfreie Städte (Örtliche Träger) Ambulante Pflegeleistungen, Pflegegeld, stationäre und teilstationäre Pflege für über 65-jährige Landeswohlfahrtsverband Hessen (Überörtlicher kommunaler Träger) Stationäre und teilstationäre Pflege für unter 65-jährige	§2 HAG/SGB XII
Mecklenburg-Vorpommern	Kreise/kreisfreie Städte (örtlicher Träger)	SGB XII-AG M-V
Niedersachsen	Kreise/kreisfreie Städte (Örtliche Träger) Ambulante Pflegeleistungen, Pflegegeld, stationäre und teilstationäre Pflegeleistungen für über 65-jährige Niedersächsisches Landesamt für Soziales, Jugend und Familie (Überörtlicher staatlicher Träger) Stationäre und teilstationäre Pflegeleistungen für unter 65-jährige	§1 und 6 Nds.AGSGBXII
Nordrhein-Westfalen	Kreise/kreisfreie Städte (Örtliche Träger) Ambulante Pflegeleistungen, Pflegegeld, stationäre und teilstationäre Pflege für über 65-jährige Landschaftsverbände (Überörtliche kommunaler Träger) Stationäre und teilstationäre Pflege für unter 65-jährige	§1 AG-SGB XII NRW
Rheinland-Pfalz	Landesamt für Soziales, Jugend und Versorgung (Überörtlicher staatlicher Träger)	§2 AGSGB XII
Saarland	Kreise/kreisfreie Städte (örtlicher Träger) Ambulante Pflegeleistungen, Pflegegeld, stationäre und teilstationäre Pflege für über 65-jährige Landesamt für Soziales (überörtlicher staatlicher Träger) Stationäre und teilstationäre Pflege für unter 65-jährige	§2 AGSGB XII
Sachsen	Kreise/kreisfreie Städte (örtlicher Träger) Ambulante Pflegeleistungen, Pflegegeld, stationäre und teilstationäre Pflege für über 65-jährige Kommunalverband Sachsen (überörtlicher kommunaler Träger) Stationäre und teilstationäre Pflege für unter 65-jährige	§9 und 13 SächsAGSGB
Sachsen-Anhalt	Sozialagentur Sachsen-Anhalt (überörtlicher staatlicher Träger)	§3 AG SGB XII
Schleswig-Holstein	Kreise/kreisfreie Städte (örtlicher Träger)	§2 AG-SGB XII
Thüringen	Kreise/kreisfreie Städte (örtlicher Träger)	§2 AG-SGB XII

Quelle: Eigene Darstellung

Die o. g. Nettoausgaben geben aber immer noch nicht die tatsächliche kommunale Haushaltsbelastung wieder. Zum einen variiert die Arbeitsteilung zwischen örtlichen und überörtlichen Trägern, zum anderen handelt es sich bei den überörtlichen Trägern zwar überwiegend um höhere Kommunalverbände, zum Teil aber auch um das Land als staatliche Träger (Tabelle 22). So ist in den meisten Flä-

chenländern die Hilfe zur Pflege eine ausschließlich kommunale Angelegenheit. Der Kommunalisierungsgrad in Rheinland-Pfalz betrug 2012 allerdings nur 16,3 Prozent, im Saarland 80,8 Prozent und in Niedersachsen 84,9 Prozent. In Sachsen-Anhalt ist die Hilfe zur Pflege eine staatliche Angelegenheit (Tabelle 23). Dabei zeigt sich auch bei den Nettoausgaben je Einwohner und der kommunalen Haushaltsbelastung ein Ost-West-Gefälle. Die Nettoausgaben je Einwohner sind deutlich niedriger als in den alten Bundesländern, die Belastung der kommunalen Haushalte ebenfalls.

Tabelle 23: Die kommunale Belastung durch die Hilfe zur Pflege, 2012

Land	Kommunal	Land insgesamt		Kommunaler Finanzierungsanteil		Haushaltsbelastung
	Nettoausg. in Tsd. €	Nettoausg. in € je EW	Nettoausg. in Tsd. €	Nettoausg. in € je EW	in %	in % der Nettoausg.
	Ostdeutsche Flächenländer					
Brandenburg	40 770	17	40 770	17	100,0	1,5
Mecklenburg-Vorpommer	41 275	26	41 275	26	100,0	2,5
Sachsen	60 883	15	60 883	15	100,0	1,4
Sachsen-Anhalt	71	0	38 578	17	0,2	0,0
Thüringen	34 248	16	34 248	16	100,0	1,6
	Westdeutsche Flächenländer					
Baden-Württemberg	386 429	37	386 429	37	100,0	2,3
Bayern	409 463	33	409 463	33	100,0	1,9
Hessen	267 460	45	267 460	45	100,0	2,1
Niedersachsen	221 768	29	261 282	34	84,9	2,1
Nordrhein-Westfalen	829 397	47	829 397	47	100,0	2,6
Rheinland-Pfalz	25 876	6	158 955	40	16,3	0,5
Saarland	47 161	47	58 333	59	80,8	3,8
Schleswig-Holstein	111 854	40	111 854	40	100,0	2,8
Flächenländer	2 476 655	33	2 698 927	36	91,8	2,1

Quelle: Eigene Berechnungen nach Angaben der Statistischen Landesämter.

Kommunale Haushaltslage und Hilfe zur Pflege

Als zentrales Problem der Kommunalfinanzen gilt der Anstieg der Sozialleistungen, die sich auch in den kommenden Jahren dynamischer entwickeln werden als die kommunalen Gesamtausgaben. So wird davon ausgegangen, dass die kommunalen Ausgaben bis 2017 gegenüber 2012 um 3 Prozent p. a. steigen werden, die Sozialleistungen aber um 4,2 Prozent p. a. Die Folge ist, dass der Anteil der Sozialleistungen an den kommunalen Ausgaben von 23,7 Prozent im Jahr 2012 auf 25,2 Prozent im Jahr 2017 zunimmt. Zu diesem Anstieg wird auch die Hilfe zur Pflege beitragen, deren Dynamik wieder zugenommen hat. Zugleich bestehen erhebliche regionale Disparitäten in den sozioökonomischen Rahmenbedingungen und in der finanzwirtschaftlichen Leistungsfähigkeit der Gemeinden und Gemeindeverbände.

Dies wirft die Frage auf, inwieweit die Aufwendungen für die Hilfe zur Pflege ein Hindernis für die notwendige Konsolidierung der kommunalen Haushalte darstellen bzw. inwieweit diese Art der Sozialleistung für die Kommunen tragbar ist. Eine solche Analyse erfordert die Berücksichtigung der sozioökonomischen (regionale Wirtschaftskraft und Einkommen, demografische Entwicklungen) und der institutionellen Rahmenbedingungen, unter denen eine Kommune agiert (föderale Zuständigkeiten im Bereich der Pflegeplanung, Steuerung der Inanspruchnahme der Hilfe zur Pflege oder substituier-

render Leistungen). Die sozioökonomischen Rahmenbedingungen werden im Folgenden berücksichtigt, indem auf eine Gemeindetypisierung des Bundesinstituts für Bau-, Raum- und Stadtforschung zurückgegriffen wird. Sie klassifiziert die Gemeinden anhand von sechs Entwicklungsindikatoren.

Die bisherige Analyse der Nettoausgaben spiegelt noch nicht die erheblichen regionalen Disparitäten wider, die auch innerhalb der einzelnen Länder existieren. Die Trennung in örtliche und überörtliche Träger lässt es allerdings nicht ohne weiteres zu, die tatsächliche Belastung der kreisfreien Städte und Kreise als örtlichen Trägern der Hilfe zur Pflege zu ermitteln. Erstens müsste man die kreisfreien Städte und die Kreise in Niedersachsen, Rheinland-Pfalz und dem Saarland aus dem Vergleich ausschließen, da hier der Staat einen Teil der Hilfe zur Pflege übernimmt.¹⁴ Die teilweise Finanzierung der Hilfe zur Pflege über finanzkraftorientierte Umlagen an höhere Kommunalverbände sowie die unterschiedlichen Zuständigkeiten von örtlichen und überörtlichen Trägern kommen hinzu. Manche Länder erkennen auch einen erhöhten Bedarf für Sozialleistungen im Rahmen des kommunalen Finanzausgleichs an. Die hieraus resultierenden Einnahmen werden jedoch nicht bei der Hilfe zur Pflege verbucht. Es wäre also eine sehr aufwändige Analyse notwendig, um die tatsächliche Nettobelastung einer Kommune zu ermitteln. Dies kann im Rahmen der vorliegenden Studie nicht geleistet werden.

Als Hilfsindikator für die finanzielle Belastung bietet sich die Zahl der Leistungsempfänger auf 1.000 Einwohner an. Die kommunale Finanzlage kann man an der Höhe der kommunalen Kassenkredite festmachen, da sich diese von einem Instrument der Liquiditätssicherung hin zu einem Instrument der Finanzierung laufender Ausgaben verändert haben. Die sozioökonomischen Rahmenbedingungen werden anhand der Gemeindetypisierung des Bundesinstituts für Bau-, Raum- und Stadtforschung abgebildet. Der durchgeführte Vergleich (Tabelle 24) zeigt, dass die Leistungsdichte tendenziell abnimmt, wenn sich die sozioökonomischen Rahmenbedingungen verbessern. Auch die Haushaltslage verbessert sich, denn die Kassenkredite je Einwohner nehmen ebenfalls ab. Es besteht also eine Tendenz, dass sich prekäre Finanzlage, Hilfe zur Pflege und ungünstige sozioökonomische Rahmenbedingungen gegenseitig verstärken.

Tabelle 24: Sozioökonomische Rahmenbedingungen, Leistungsdichte und kommunale Haushaltslage im interkommunalen Vergleich der kreisfreien Städte, 2012

Entwicklungstyp	Anzahl der kreisfreien Städte	Durchschnittliche Leistungsdichte	Durchschnittliche Kassenkredite je Einwohner
Stark schrumpfend	2	5,9	733
Schrumpfend	30	6,3	2.548
Stabil	12	5,1	2.143
Wachsend	14	5,1	1.254
Stark wachsend	45	4,9	458

Quelle: Eigene Berechnungen nach Angaben der Regionaldatenbank Statistisches Bundesamt und Statistische Ämter der Länder sowie des Bundesinstituts für Bau-, Raum- und Stadtforschung.

¹⁴ Die kommunale Ebene in Sachsen-Anhalt muss aus dem Vergleich ausgeschlossen werden, weil hier der Staat die Ausgaben für die Hilfe zur Pflege trägt.

7 Gesamtfazit zu den ökonomischen Herausforderungen der Altenpflegewirtschaft und Handlungsempfehlungen

Sowohl die Status quo Analyse als auch die Prognoseergebnisse bis 2030 machen deutlich, dass die personelle, materielle und finanzielle Sicherstellung der pflegerischen Versorgung in Deutschland vor großen Herausforderungen steht. Auslöser ist der tiefgreifende demografische Wandel, der zu einer deutlichen Zunahme des Pflegebedarfs führt bei gleichzeitig sinkendem Potenzial an Erwerbstätigen und Familienpflege. Die Auswirkungen des demografischen Wandels auf Gesundheit und Pflege beeinflussen nahezu alle gesellschaftlichen Bereiche. Das gesamte Lebensumfeld von direkt und indirekt Betroffenen wird sich voraussichtlich verändern. Deshalb müssen unterschiedliche gesellschaftliche Gruppen und Verbände in der Sicherstellung der Versorgung über ihre jeweiligen unmittelbaren Interessen hinaus zusammenarbeiten. Zudem ist die Politik gefordert, mehrheitlich getroffene Entscheidungen auch gegen die Bedenken einzelner Gruppen durchzusetzen (vgl. Beske et al. 2012: 16). Im Folgenden werden jeweils die wichtigsten Befunde dieser Untersuchung genannt und anschließend Handlungsempfehlungen gegeben.

Befund 1:

Die Bevölkerung lebt immer länger. Gleichzeitig zeigen einzelne Studien eine Verschiebung der Krankheitslast (vgl. Abschnitt 2). Diese Studien weisen darauf hin, dass dem Rückgang an vorzeitiger Sterblichkeit ein Zuwachs an Jahren mit krankheitsbedingter Einschränkung gegenübersteht. Dies ist zum einen ein Erfolg, weil weniger Menschen an den Folgen ihrer Erkrankungen sterben, zum anderen aber auch eine Herausforderung, weil Patienten mit Langzeitfolgen und infolge der Alterung zunehmender Multimorbidität adäquat versorgt werden müssen.

Handlungsempfehlung: Um die Zahl der gesunden Lebensjahre zu erhöhen, müssen Präventionspotenziale besser genutzt werden. Diese liegen vor allem in der Vorbeugung von Krankheiten, der Verhinderung ihres Fortschreitens und in der Vermeidung von Folgeschäden. Im Bereich Pflege heißt das u. a. bessere Vernetzung mit Krankenhäusern (Entlass- und Überleitungsmanagement), bessere (haus-)ärztliche Versorgung zur Vermeidung von Krankenhausaufenthalten, konsequente Umsetzung des Grundsatzes „Rehabilitation vor Pflege“, Entwicklung bedarfsgerechter Angebote der geriatrischen Rehabilitation (z. B. breiter Einsatz der mobilen ambulanten geriatrischen Rehabilitation) sowie Erweiterung der spezialisierten Leistungen und spezifischen Kompetenzen der Pflegenden in den Bereichen Schwerstpflegebedürftige, Wachkomapatienten, psychisch Kranke und Palliativpflege.

Weiteren Forschungsbedarf gibt es hinsichtlich der Morbiditätsentwicklung von Pflegebedürftigen. Bei MDK oder Krankenkassen vorhandene Daten müssten diesbezüglich ausgewertet und die Pflegeberichterstattung um einige Parameter (z. B. Alter bei Aufnahme in die stationäre Versorgung, Verweildauer, Diagnosen, pflegerische Risiken) ergänzt werden.

Befund 2:

Die Zahl der ambulanten Dienste und stationären Einrichtungen ist in den vergangenen Jahren stark angestiegen, entsprechend hoch fiel auch der Personalzuwachs aus. Während im ambulanten Bereich fast 29.000 neue Vollzeitstellen geschaffen wurden, haben stationäre Einrichtungen die Zahl der Teilzeitarbeitsverhältnisse mehr als verdoppelt, aber rund 7.800 Vollzeitstellen abgebaut. Die krankheitsbedingten Fehlzeiten in der Altenpflege liegen im Branchenvergleich hoch. Vor allem psy-

chische Erkrankungen nehmen deutlich zu. Der sich bereits manifestierende Fachkräftemangel in der Pflege droht zum Risiko für die weitere wirtschaftliche Entwicklung der Branche zu werden.

Handlungsempfehlungen: Zur Sicherung der Personalsituation in der Pflege sind sowohl gesetzliche Rahmenbedingungen zu ändern als auch betriebliche Maßnahmen zu ergreifen. Ansatzpunkte auf Bundes- bzw. Landesebene sind:

- Flexibilisierung der Möglichkeiten des Personaleinsatzes (Berufsgruppen und Qualifikationsniveaus; Abschaffung der vorgeschriebenen starren Fachkraftquote von derzeit 50 Prozent für stationäre Pflegeeinrichtungen bei gleichzeitiger Neudefinition der ergebnisbezogenen Parameter zur Messung der zu erreichenden Qualitätsstandards (vgl. auch Beske 2012: 62))
- Förderung der Delegationsmöglichkeiten von pflegerischen (Teil-)Aufgaben auf entsprechend qualifiziertes Personal; z. B. durch die Etablierung einer Ausbildung zur Pflegeassistenz (mind. 2 Jahre) nach dem Vorbild von Niedersachsen in allen Bundesländern, um eine Entlastung der Pflegefachkräfte bei Sicherstellung der Qualität und Patientensicherheit zu ermöglichen
- Weiterer Abbau von Hemmnissen für die Rekrutierung von Fachkräften aus dem Ausland (z. B. durch eine bundesweite Vereinheitlichung des Anerkennungsverfahrens für ausländische Berufsabschlüsse, bilaterale Abkommen mit Drittstaaten oder die Zertifizierung von Vermittlungsagenturen)

Auf betrieblicher Ebene sind u. a. folgende Maßnahmen zu ergreifen:

- Bessere Ausschöpfung des vorhandenen Arbeitsangebotes, z. B. durch Schaffung von mehr Vollzeitarbeitsplätzen insbesondere in den ostdeutschen Bundesländern, wo unfreiwillige Teilzeitarbeit in der Pflege verbreitet ist (vgl. IAB 2015), Verbesserung der Angebote zur Vereinbarkeit von Familie und Beruf (Betriebskindergärten, flexible Arbeitszeiten, etc.)
- Förderung der Arbeits- und Beschäftigungsfähigkeit des vorhandenen Personals durch geeignete Maßnahmen des betrieblichen Gesundheitsmanagements, durch Einsatz technischer Hilfen, Einbindung von Betreuungskräften und Ehrenamt, individuelles Coaching von Führungspersonal und Supervision, Optimierung der Arbeitsprozesse und der belegungsadäquaten Personalbesetzung
- Entlastung von Pflegekräften im Bereich Bürokratie über den Bereich der Pflegedokumentation hinaus, u. a. durch einen breiteren Einsatz von Informations- und Kommunikationstechnologien
- Verstärktes Engagement bei der Ausbildung von Pflegepersonal
- Aufbau von bzw. Beteiligung an regionalen Netzwerken zur Rekrutierung internationaler Fachkräfte

Befund 3:

Sowohl ambulant als auch stationär nimmt der Anteil der von privaten Anbietern versorgten Pflegefälle zu: 2011 waren es 49 Prozent aller Fälle ambulant und 35 Prozent aller Fälle stationär. Öffentliche Unternehmen spielen kaum noch eine Rolle (unter 2 Prozent im ambulanten und 6 Prozent im stationären Bereich).

Handlungsempfehlungen: Es ist sicherzustellen, dass der Pflegesektor weiterhin für privates und freigemeinnütziges Kapital attraktiv bleibt. Das setzt sowohl eine risikogerechte Eigenkapitalverzinsung und die Refinanzierung eines Unternehmerlohnes (Wagnis- und Gewinnzuschlag) als auch den Abbau rechtlicher und bürokratischer Hemmnisse und langfristige Planungssicherheit voraus. Wachsende

regulatorische Vorgaben durch die neuen Heimgesetze auf Länderebene sowie die vielen bundeslandspezifischen Regularien der Entgeltfindung mit den Kostenträgern stehen dem eindeutig entgegen – insbesondere für bundesweit agierende Träger. Es ist daher anzuraten, die rechtlichen Vorgaben so schlank wie möglich zu halten und beispielsweise keine weiteren konkreten Vorschriften zu Einrichtungsgrößen oder der Zimmerausstattung (Ein-Bett-Zimmer) zu erlassen. Eine zukunftsfähige Versorgungslandschaft braucht dagegen Rahmenbedingungen zur Förderung von Versorgungssicherheit, Qualität und Effizienz, unabhängig vom Ort der Leistungserbringung.

Befund 4:

Die Ausgaben für stationäre und ambulante Pflege stiegen im Zeitraum 1997 bis 2013 deutlich schneller als die Gesundheitsausgaben allgemein. Infolge der Teilfinanzierung der sozialen Pflegeversicherung verschiebt sich die Finanzierungsstruktur in Richtung private Haushalte und öffentliche Hand (Kommunen). Gleichzeitig sinkt das Rentenniveau infolge unregelmäßiger Erwerbsbiografien und gesetzlicher Änderungen in der Rentenversicherung, während die Ausgaben der Kommunen für die Hilfe zur Pflege z. B. im ambulanten Bereich rasant mit zweistelligen jährlichen Wachstumsraten wachsen (12 Prozent p. a. seit 2003). Die Ergebnisse der Analyse der kommunalen Haushaltsbelastungen legen zudem nahe, dass die Hilfe zur Pflege eine Belastung insbesondere für Gemeinden und Gemeindeverbände mit prekärer Finanzlage darstellt. Das Pflegestärkungsgesetz II wird hier nur eine vorübergehende Entlastung bringen.

Handlungsempfehlungen: Der steigende Finanzbedarf in der Pflege kann nicht allein durch die privaten Haushalte und die Kommunen getragen werden. Es sind Maßnahmen zur Stärkung der Einnahmen der Sozialen Pflegeversicherung zu ergreifen, insbesondere mittels der Erhöhung der Erwerbsquote älterer Menschen. Die Erhöhung der Regelaltersgrenze für die Rente auf 67 Jahre war ein richtiger Schritt. Eine weitere Dynamisierung des Renteneintrittsalters entsprechend der Zunahme der Lebenserwartung gekoppelt mit Anreizen zur Verringerung von Frühverrentungen sollte folgen. Eine ergänzende private Zusatz-Pflegeversicherung mit Kapitaldeckung ist weiterhin zu forcieren, allerdings ist eine Abkehr von Unisex-Tarifen erforderlich, um das unterschiedliche Kostenrisiko von Männern und Frauen besser abbilden zu können und so deren Attraktivität zu erhöhen.

Zur Verringerung der Ausgaben wird auf die Notwendigkeit der Intensivierung von Prävention und eine verbesserte sektorenübergreifende Versorgung verwiesen (siehe Befund 1). Zur Steuerung und Koordination der pflegerischen Versorgung sollten künftig speziell ausgebildete Fallmanager eingesetzt werden, die Pflegebedürftige und Angehörige fachkompetent in Versorgungsfragen beraten und durch das System lotsen. Diese Tätigkeit schließt auch die Gesundheitsversorgung Älterer ein und geht damit über die Aufgaben der Pflegestützpunkte hinaus.

Befund 5:

Nur die Hälfte aller stationären Pflegeeinrichtungen war 2011 voll investitionsfähig. Die infolge des Mindestlohns weiter steigenden Löhne werden den bereits bestehenden Effizienzdruck weiter verstärken. Der Wegfall der Investitionsförderung mit Landesmitteln und der damit verbundene Übergang zur Subjektförderung (Einspringen der Kommunen über die Hilfe zur Pflege) führt zum Hinauszögern notwendiger Ersatzinvestitionen, um Wettbewerbsnachteile (höhere Investitionskostensätze) zu vermeiden. Die finanziellen Lasten von privaten Haushalten und Kommunen steigen an.

Handlungsempfehlungen: Heime müssen durch effizientere Abläufe dem Kostendruck entgegenwirken. Dazu ist es notwendig, die horizontale und vertikale Integration zu erhöhen. Im Vergleich zum Krankenhausmarkt ist der Pflegemarkt in Deutschland sehr kleinteilig. Die Bildung von Verbünden zur gemeinsamen Nutzung von Ressourcen bietet hier eine große Chance.

Die horizontale Integration zur Optimierung der Zusammenarbeit aller Gesundheitssektoren (siehe auch die Handlungsempfehlung zu Befund 4) bietet eine weitere Möglichkeit, Kosten zu reduzieren und sollte deshalb intensiviert werden. Durch eine engere Zusammenarbeit ließen sich z. B. Doppeluntersuchungen vermeiden und Fix- sowie Personalkosten teilen.

Befund 6:

Die Prognoserechnungen mit unterschiedlichen Entwicklungsszenarien haben ergeben, dass bis 2030 voraussichtlich mit weiteren 720.000 Pflegebedürftigen zu rechnen ist. Das resultiert in einem Bedarf an zusätzlichen stationären Pflegeplätzen zwischen 145.000 und 320.000. Die damit einher gehenden Investitionen belaufen sich auf 43 bis 62 Mrd. Euro. Der Bedarf an zusätzlichem Personal wird auf 31.000 bis 72.000 Vollzeitäquivalente in der stationären und auf 30.000 und 64.000 Vollzeitäquivalente in der ambulanten Pflege geschätzt.

Handlungsempfehlung: Die verschiedenen Szenarien haben ergeben, dass eine reine Verlagerung der Versorgung von der Familienpflege auf professionelle Dienstleister mit dem höchsten Personal- und Investitionsbedarf einherginge. Wahrscheinlicher ist aber eine Kombination aus Nachfragereduktion, Professionalisierung und weiterer Stärkung der ambulanten Versorgung. Insofern ist zu überlegen, künftig die Leistung der Pflegeversicherung unabhängig vom Versorgungssetting/-ort und nur in Abhängigkeit vom Versorgungsbedarf (Pflegestufe bzw. in Zukunft Pflegegrad) zu finanzieren. Dies würde zur Förderung von Passgenauigkeit, bedarfsgerechter Flexibilisierung und zur Effizienzförderung beitragen. Wohn- und Pflegeimmobilien können in ihrer internen Struktur und in kürzeren Zeitintervallen differenzierter und flexibler gestaltet werden; Bewohner müssten nicht umziehen, wenn sie einen umfassenderen Versorgungsbedarf erreichen; Pflegebedürftige müssten nicht zwingend die pauschal definierten Aufwendungen für hauswirtschaftliche Leistungen in heute stationären Einrichtungen aufbringen, wenn sie doch „nur“ größere Barrierefreiheit wünschen; Anreize, sich gemeinschaftlich/bürgerlich die Betreuung zu organisieren, steigen, wenn die Mittel passgenauer eingesetzt werden können.

Auch in diesem kombinierten Szenario wird die Sicherstellung der Versorgung nur mit einem weiteren Ausbau der stationären Angebote und zusätzlichem Pflegepersonal möglich sein. Um einen noch schnelleren Rückgang des Versorgungspotenzials durch die Familie zu vermeiden, sollten insbesondere Maßnahmen ergriffen bzw. weiter ausgebaut werden, die pflegende Angehörige unterstützen und die Vereinbarkeit von Pflege und Beruf erleichtern. Dazu gehören z. B. die Pflegezeit nach dem Pflegezeitgesetz, Beratungsangebote für pflegende Angehörige und Angebote der Kurzzeitpflege.

Öffentliches oder freigemeinnütziges Kapital wird voraussichtlich kaum ausreichen, um den ermittelten Investitionsbedarf zu finanzieren. Ohne den Einsatz von privatem Kapital wird es nicht gehen. Privates Kapital wird jedoch nur bereitgestellt, wenn es risikogerecht verzinst wird. Ist das nicht gegeben, sucht es sich andere Anlagemöglichkeiten. Die Politik sollte daher private Investoren nicht durch zu starke Regulierungen abschrecken (vergleiche Handlungsempfehlungen zu Befund 3).

Zur Sicherung des hohen zusätzlichen Fachkräftebedarfs in der Altenpflege muss in erster Linie die Attraktivität des Pflegeberufs erhöht werden (siehe Dazu auch die Handlungsempfehlungen zu Befund 2). Ziel muss es sein, die Verweildauer im Pflegeberuf zu verlängern, die Vollzeitquote auszuweiten und neue Auszubildende zu gewinnen. Dazu trägt zum einen eine Erhöhung der Löhne bei – was als Folge des Mangels an Fachkräften über den Wettbewerb der Arbeitgeber um diese Fachkräfte geschehen dürfte. Aber auch weiche Faktoren spielen eine wichtige Rolle, z. B. weniger Bürokratie, eine gute Führungskultur, größeres gesellschaftliches Ansehen des Berufs und bessere Karriereemöglichkeiten einschließlich der Durchlässigkeit in die nächst höheren Stufen im Bildungsbereich (Einführung einer (regelhaften!) hochschulischen Pflegeausbildung).

Befund 7:

Es zeigt sich, dass es erhebliche regionale Unterschiede in den Strukturen und Kosten der pflegerischen Versorgung gibt, die nicht allein mit dem Alter der Bevölkerung und dem verfügbaren Familienpflegepotenzial zu erklären sind.

Handlungsempfehlungen: Die vorliegende Regionalanalyse zeigt, dass vertiefende regionale Untersuchungen zu den Einflussfaktoren vor Ort vorgenommen werden müssen, um passgenaue Lösungen entwickeln zu können. „Die Probleme entstehen in den Regionen und erfordern regionale und kommunale Lösungen.“ (Beske et al. 2012: 15) Dabei ist die pflegerische Versorgung nicht isoliert zu betrachten, sondern im Zusammenhang mit der gesamten Lebenslage Älterer in den Kommunen, vor allem aber eng verflochten mit der gesundheitlichen Versorgung.

8 Literatur

8.1 Veröffentlichungen

- AOK Pflegeheimdaten (2014), Daten: Stand: 07.01.2014, vollstationäre Pflege.
- Augurzky, B., S. Krolop, C. Hentschker und R. Mennicken (2013), Pflegeheim Rating Report 2013 – Ruhiges Fahrwasser erreicht. Hannover: Vincentz Network.
- Badura, B., Ducki, A., Schröder, H., Klose, J. und M. Meyer (Hrsg.) (2013), Fehlzeiten-Report 2013: Verdammt zum Erfolg - die süchtige Arbeitsgesellschaft?, Springer, Berlin.
- Badura, B., Ducki, A., Schröder, H., Klose, J. und M. Meyer (Hrsg.) (2014), Fehlzeiten-Report 2014: Erfolgreiche Unternehmen von morgen - gesunde Zukunft heute gestalten, Springer, Berlin.
- Beikirch, E.; Breloer-Simon, G.; Rink, F.; Roes, M. (2014), Praktische Anwendung des Strukturmodells – Effizienzsteigerung der Pflegedokumentation in der ambulanten und stationären Langzeitpflege. Abschlussbericht. Bundesministerium für Gesundheit, Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege e. V. und Bundesverband Privater Anbieter sozialer Dienste e. V. Berlin, Witten.
- Beske, F.; Brix, F.; Gebel, V.; Schwarz, T. (2012), Gesundheit und Pflege in Schleswig-Holstein, Schriftenreihe Fritz Beske Institut für Gesundheits-System-Forschung Kiel; Bd. 122.
- Bogai, D.; Carstensen, J.; Seibert, H.; Wiethölter, D.; Hell, S.; Ludewig, O. (2014), Was man in den Pflegeberufen in Deutschland verdient. Der Beauftragte der Bundesregierung für die Belange der Patientinnen und Patienten sowie Bevollmächtigter für Pflege und Institut für Arbeit und Berufsforschung.
- Bundesregierung (2013), Deutschlands Zukunft gestalten, Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und SPD, 18. Legislaturperiode.
- Bund-Länder-Arbeitsgruppe Weiterentwicklung der Pflegeberufe (2012), Eckpunkte zur Vorbereitung des Entwurfs eines neuen Pflegeberufegesetzes.
- Bußmann, S. und S. Seyda (2014), Fachkräftengpässe in Unternehmen – Die Altersstruktur in Engpassberufen, Institut der deutschen Wirtschaft, Köln.
- Con_sens – Consulting für Steuerung und soziale Entwicklung GmbH (Hrsg.) (2010), Steuerung in der Hilfe zur Pflege. Ein Projekt im Rahmen des Benchmarking der 16 großen Großstädte Deutschlands. Projektdauer: 2007–2010. Hamburg.
- Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe (Hrsg.) (2012), Pflegebildung verstehen – Eine kurze Einführung, Berlin.
- FDZ der Länder – Forschungsdatenzentren der Statistischen Ämter des Bundes und Länder (2009), Nutzung von Mikrodaten der Pflegestatistiken 2009–2011, Projektnummer 2237–2013.
- FDZ der Länder – Forschungsdatenzentren der Statistischen Ämter des Bundes und Länder (2011), Nutzung von Mikrodaten der Pflegestatistiken 1999–2009, Projektnummer 1559–2010.
- Geyer, J. (2014), Zukünftige Altersarmut, DIW Roundup Politik im Fokus 25/2014
- Goebel, J. und Grabka, M. (2011), Zur Entwicklung der Altersarmut in Deutschland, DIW Wochenbericht 78 (25): 3 – 16.
- IAB (2015), Viel Varianz. Was man in den Pflegeberufen in Deutschland verdient. Unter: www.iab.de (Januar 2015).
- Information und Technik Nordrhein-Westfalen (Hrsg.) (2014), Bevölkerung der Gemeinden Nordrhein-Westfalens am 30. Juni 2013. Fortschreibung des Bevölkerungsstandes auf Basis des Zensus vom 09. Mai 2011. Wiesbaden.
- Institut der deutschen Wirtschaft (2014), Soziale Pflegeversicherung – Reformvorhaben führen nicht zum Ziel, Pressemitteilung Nr. 29 vom 14. Juli 2014, Köln.
- Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e. V. (2012), Qualität in der stationären und ambulanten Pflege, 3. Bericht des MDS nach § 114 a Abs. 6 SGB XI, Essen.

- Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e. V. (2014), Qualität in der stationären und ambulanten Pflege, 4. Pflege-Qualitätsbericht des MDS nach § 114 a Abs. 6 SGB XI, Essen.
- Menningen, S. und Hoffmann, E. (2009), Funktionale Gesundheit und Pflegebedürftigkeit, in: Böhm, K, Tesch-Römer, C. und Ziese, T. (Hrsg.) (2009): Gesundheit und Krankheit im Alter, Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Robert Koch-Institut, Berlin 2009, S. 62–78.
- Meyer, D. (2012), Der Mindestlohn-Pflege – Relevanz und mögliche Auswirkungen. In: Zeitschrift für öffentliche und gemeinwirtschaftliche Unternehmen, 35. Jg. (2012), H 1: 44–60.
- Pattloch, D. (2014), Verweildauer in vollstationärer Dauerpflege 1999–2011: Eine bevölkerungsbezogene Analyse, Gesundheitswesen 2014; 76(11): 722–726.
- Plass, D., Voss, T., Hornberg, C., Scheidt-Nave, C., Zeeb, H. und Krämer, A. (2014), Entwicklung der Krankheitslast in Deutschland: Ergebnisse, Potenziale und Grenzen der Global Burden of Disease-Studie, Dtsch Arztebl Int 2014; 111(38): 629–38; DOI: 10.3238/arztebl.2014.0629
- Plazek, M. und Schnitger, M. (2015), Kommunale Gestaltungsmöglichkeiten bedürfnisorientierter Altenpflegestrukturen (vorläufiger Abschlussbericht), Bertelsmann Stiftung, Gütersloh.
- Rothgang, H., Müller, R., Unger, R. (2012): Themenreport „Pflege 2030“, Bertelsmann Stiftung, Gütersloh.
- Rothgang, H., Müller, R., Unger, R. (2013), BARMER GEK Pflegereport 2013, Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse Bd. 23.
- Schneider, M., Ostwald, D., Henke, K.-D. et al. (2015), Gesundheitswirtschaftliche Gesamtrechnung 2000–2014, Abschlussbericht (unveröffentlicht), Studie im Auftrag des Bundesministeriums für Wirtschaft und Energie.
- Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (2005), Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung – Deutschlandergebnisse – 2011. Wiesbaden.
- Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (2007), Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung – Deutschlandergebnisse – 2011. Wiesbaden.
- Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (2009a), Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung – Deutschlandergebnisse – 2011. Wiesbaden.
- Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (2009b), Statistik der Sozialhilfe. Hilfe zur Pflege 2007. Wiesbaden.
- Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (2010), Statistik der Sozialhilfe. Hilfe zur Pflege 2008. Wiesbaden
- Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (2011), Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung – Deutschlandergebnisse – 2011. Wiesbaden.
- Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (2012a), Gesundheit: Ausgaben 1995 bis 2010. Fachserie 12 Reihe 7.1.2. Wiesbaden.
- Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (2012b), Statistik der Sozialhilfe. Hilfe zur Pflege 2009. Wiesbaden.
- Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (2013a), Gesundheit: Ausgaben 2011. Fachserie 12 Reihe 7.1.1. Wiesbaden.
- Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (2013b), Pflegestatistik – Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung – Deutschlandergebnisse – 2011. Wiesbaden.
- Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (2013c), Statistik der Sozialhilfe. Hilfe zur Pflege 2010. Wiesbaden
- Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (2014), Statistik der Sozialhilfe. Hilfe zur Pflege 2011. Wiesbaden
- Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (2015a), Statistik der Sozialhilfe. Hilfe zur Pflege 2012. Wiesbaden.
- Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (2015b), Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung – Deutschlandergebnisse – 2013. Wiesbaden.
- Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (2015c), Gesundheit: Ausgaben 2013. Fachserie 12 Reihe 7.1.1. Wiesbaden.

- Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (2015d), Preise: Verbraucherpreisindizes für Deutschland. Lange Reihen ab 1948. Januar 2015. Wiesbaden.
- Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (2015e), Volkswirtschaftliche Gesamtrechnungen. Inlandsproduktsberechnung Lange Reihen ab 1970 - 2014. Fachserie 18 Reihe 1.5. Wiesbaden.
- Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (2015f), Bevölkerung Deutschland bis 2060, Ergebnisse der 13. Koordinierte Bevölkerungsprognose. Wiesbaden.
- Techtman, G. (2015), Statistische Analysen zur zeitlichen Entwicklung der Verweildauer in stationären Pflegeeinrichtungen. Alters-Institut gGmbH. Bielefeld.
- Wissenschaftsrat (2012), Empfehlungen zu hochschulischen Qualifikationen für das Gesundheitswesen. Berlin.
- Wübker, A., Zwakhalen, S.M.G. Challis, D., Suhonen, R., Karlsson, S., Zabalegui, A., Soto, M., Saks, K., Sauerland, D. (2014), Costs of care for people with dementia just before and after nursing home placement: primary data from eight European countries. The European Journal of Health Economics: 1-19. DOI: 10.1007/s10198-014-0620-6

8.2 Internetquellen

- Abendblatt (2015), www.abendblatt.de (06.07.2015).
- ARD (2014), „Im Zweifel gegen den Patienten? Der Kampf um die Pflegestufe“ vom 11.08.2014. Unter: www.daserste.de/information/reportage-dokumentation (12.05.2015).
- Bundesagentur für Arbeit (2013), Visualisierung der Engpassanalyse (Online-Tool) www.arbeitsagentur.de (12.02.2015).
- Bundesagentur für Arbeit (2015), unter www.arbeitsagentur.de (29.07.2015).
- Bundesministerium für Arbeit und Soziales (2014a), Pflegearbeitsbedingungenverordnung (PflegeArbbV). Unter: www.bmas.de (14.07.2015).
- Bundesministerium für Arbeit und Soziales (2014b), Zweite Verordnung über zwingende Arbeitsbedingungen für die Pflegebranche – Zweite Pflegearbeitsbedingungenverordnung – 2. PflegeArbbV. In: Bundesanzeiger des Bundesministeriums der Justiz und für Verbraucherschutz (Hrsg.). Unter: www.bmas.de (14.07.2015).
- Bundesministerium für Arbeit und Soziales (2015), Mindestlohn in der Pflege – Fragen und Antworten. Unter: www.bmas.de (14.07.2015).
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.) (2015), Zwischenbericht zur Ausbildungs- und Qualifizierungsoffensive Altenpflege (2012 – 2015), Berlin Januar 2015. Unter: www.bmfsfj.de (30.06.2015).
- Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.) (2015a), Finanzentwicklung der sozialen Pflegeversicherung. Ist-Ergebnisse ohne Rechnungsabgrenzung. Unter: www.bmg.bund.de, (April 2015).
- Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.) (2015b), Leistungsansprüche der Versicherten an die Pflegeversicherung im Überblick. Leistungsansprüche ab 1. Januar 2015. Unter: www.bmg.bund.de (2015).
- Bundesregierung (2012), Alterssicherungsbericht 2012, Ergänzender Bericht der Bundesregierung zum Rentenversicherungsbericht 2012. Unter: www.alterssicherung-in-deutschland.de (03.09.2015).
- Bundesregierung (2014), Rentenversicherungsbericht 2014. Unter: www.bmas.de (03.09.2015).

- Bundesverband Freier Immobilien- und Wohnungsunternehmen e.V. (2011a), Wohnwünsche im Alter – Grafikreport. Unter: [http://www.bdb-bfh.de/bdb/downloads/EMNID - Wohnwuensche_im_Alter.pdf](http://www.bdb-bfh.de/bdb/downloads/EMNID_-_Wohnwuensche_im_Alter.pdf) (28.07.2015)
- Bundesverband Freier Immobilien- und Wohnungsunternehmen e.V. (2011b), Pressemitteilung „TNS Emnid-Umfrage: Wie wollen wir im Alter wohnen?“. Unter: <https://www.bfw-bund.de/services/presse/pressemitteilungen/3047-tns-emnid-umfrage-wie-wollen-wir-im-alter-wohnen/> (28.07.2015)
- Die Bundesregierung und Statistisches Bundesamt (2013), Erfüllungsaufwand im Bereich Pflege – Antragsverfahren auf gesetzliche Leistungen für Menschen, die pflegebedürftig oder chronisch krank sind. Projektreihe Bestimmung des bürokratischen Aufwands und Ansätze zur Entlastung, März 2013. Unter: www.bundesregierung.de (04.02.2015)
- DZA (2002), Der Alterssurvey – Gesundheit und Gesundheitsversorgung, Presstext des BMFSFJ (unter www.dza.de (17.07.2015).
- Gesundheitsberichterstattung des Bundes (2015). www.gbe-bund.de (28.07.2015)
- Frankfurter Allgemeine Zeitung (2015), Höhere Kosten fürs Pflegeheim trotz Pflegereform. Unter: www.finanzen.de.
- IW Köln (2015), Heimpflege umbauen. Unter: www.iwkoeln.de (22.02.2015).
- MDK (o. J.), Gliederung und Organisation der Medizinischen Dienste. Unter: www.mdk.de (12.05.2015).
- Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e. V. (2012),. Begutachtung des Medizinischen Dienstes für die Pflegeversicherung. Pflegebericht 2011/12. Unter: www.mds-ev.de (05.05.2015).
- Rentenversicherungsbericht (2014), Rentenversicherungsbericht 2014. Unter: www.bmas.de (23.07.2015).
- Sozialpolitik Aktuell (2015), www.sozialpolitik-aktuell.de (23.07.2015).
- Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (2015g), Bevölkerung. Unter: www-genesis.destatis.de (abgerufen 08.07.2015).
- VdK (2014), Gute Pflege ist ein Menschenrecht. Unter: www.vdk.de (06.07.2015).

9 Anhang

Tabelle 25: Kreisdaten, 2011

Kreis	Raum	Aggr.	Anteil stationärer Fälle an allen Fällen	Anteil der Senioren an der Gesamtbevölkerung	Durchschnittliche Pflegepreise ohne Investitionskosten in Euro	Investitionskosten für Dauerpflegeplätze in Euro	Durchschnittliche Pflegepreise mit Investitionskosten in Euro
1001	Flensburg	KS	0,40	5,18	78,12	14,53	92,65
1002	Kiel	KS	0,33	4,74	77,16	17,45	94,61
1003	Lübeck	KS	0,46	6,32	74,84	14,84	89,68
1004	Neumünster	KS	0,40	5,63	81,00	16,04	97,05
1051	Dithmarschen	LK	0,38	5,88	73,79	15,26	89,05
1053	Herzogtum Lauenburg	LK	0,39	5,39	71,00	13,58	84,58
1054	Nordfriesland	LK	0,37	5,71	72,66	14,03	86,68
1055	Ostholstein	LK	0,45	6,69	73,94	13,78	87,72
1056	Pinneberg	LK	0,40	5,03	71,88	15,96	87,84
1057	Plön	LK	0,35	5,50	76,93	15,42	92,36
1058	Rendsburg-Eckernförde	LK	0,38	5,07	72,86	13,17	86,03
1059	Schleswig-Flensburg	LK	0,43	5,22	74,49	15,32	89,82
1060	Segeberg	LK	0,44	4,39	78,65	15,20	93,85
1061	Steinburg	LK	0,38	5,10	69,94	13,97	83,91
1062	Stormarn	LK	0,45	5,34	74,97	14,91	89,89
2000	Hamburg	KS	0,32	4,96	81,63	15,33	96,96
3101	Braunschweig	KS	0,34	5,95	69,48	15,79	85,26
3102	Salzgitter	KS	0,27	6,20	70,52	16,69	87,21
3103	Wolfsburg	KS	0,29	6,12	72,64	15,32	87,96
3151	Gifhorn	LK	0,23	4,57	70,50	13,90	84,40
3152	Göttingen	LK	0,32	5,25	70,87	19,63	90,50
3153	Goslar	LK	0,40	7,66	71,05	16,09	87,14
3154	Helmstedt	LK	0,40	6,35	71,11	16,43	87,54
3155	Northeim	LK	0,29	6,79	66,59	15,66	82,25
3156	Osterode am Harz	LK	0,43	7,98	64,62	16,63	81,25
3157	Peine	LK	0,35	5,52	66,67	16,96	83,63
3158	Wolfenbüttel	LK	0,33	5,76	70,71	16,96	87,67
3241	Region Hannover	LK	0,35	5,56	74,19	17,58	91,77
3251	Diepholz	LK	0,30	5,31	65,98	14,14	80,12
3252	Hameln-Pyrmont	LK	0,34	7,15	71,80	15,36	87,16
3254	Hildesheim	LK	0,34	6,22	68,66	16,67	85,33
3255	Holzminde	LK	0,33	7,22	64,86	17,93	82,78
3256	Nienburg (Weser)	LK	0,33	5,81	68,32	17,26	85,58
3257	Schaumburg	LK	0,40	6,64	66,60	13,96	80,56
3351	Celle	LK	0,36	5,98	68,53	18,45	86,98

Kreis	Raum	Aggr.	Anteil stationärer Fälle an allen Fällen	Anteil der Senioren an der Gesamtbevölkerung	Durchschnittliche Pflegepreise ohne Investitionskosten in Euro	Investitionskosten für Dauerpflegeplätze in Euro	Durchschnittliche Pflegepreise mit Investitionskosten in Euro
3352	Cuxhaven	LK	0,32	6,03	69,53	16,34	85,87
3353	Harburg	LK	0,30	4,86	71,92	18,43	90,34
3354	Lüchow-Dannenberg	LK	0,34	7,20	71,20	12,85	84,04
3355	Lüneburg	LK	0,37	4,89	66,86	16,31	83,17
3356	Osterholz	LK	0,36	4,82	67,05	16,05	83,10
3357	Rotenburg (Wümme)	LK	0,28	4,98	68,17	17,50	85,67
3358	Soltau-Fallingb.ostel	LK	0,33	5,71	74,04	16,26	90,31
3359	Stade	LK	0,31	4,63	71,68	15,71	87,39
3360	Uelzen	LK	0,44	6,74	65,16	14,42	79,58
3361	Verden	LK	0,35	4,89	68,36	17,54	85,90
3401	Delmenhorst	KS	0,23	4,94	72,89	15,97	88,86
3402	Emden	KS	0,27	5,68	70,93	12,05	82,98
3403	Oldenburg (Oldenburg)	KS	0,32	4,93	70,75	18,32	89,07
3404	Osnabrück	KS	0,34	5,70	76,26	15,42	91,68
3405	Wilhelmshaven	KS	0,37	6,26	66,11	13,69	79,80
3451	Ammerland	LK	0,29	4,97	67,67	15,97	83,64
3452	Aurich	LK	0,19	5,13	66,29	15,67	81,96
3453	Cloppenburg	LK	0,24	4,11	69,71	13,94	83,66
3454	Emsland	LK	0,17	4,40	70,25	13,06	83,30
3455	Friesland	LK	0,30	5,66	69,32	14,40	83,72
3456	Grafschaft Bentheim	LK	0,28	5,11	70,10	15,46	85,56
3457	Leer	LK	0,23	4,80	68,76	14,46	83,22
3458	Oldenburg	LK	0,33	4,70	69,94	14,51	84,45
3459	Osnabrück	LK	0,00	0,00	0,00	14,35	0,00
3460	Vechta	LK	0,00	0,00	0,00	13,57	0,00
3461	Wesermarsch	LK	0,35	5,63	67,13	16,24	83,38
3462	Wittmund	LK	0,26	5,60	67,61	15,22	82,83
3499		LK	0,30	4,91	74,15	0,00	0,00
4011	Bremen	KS	0,30	5,77	74,13	15,93	90,07
4012	Bremerhaven	KS	0,20	5,78	74,90	14,53	89,43
5111	Düsseldorf	KS	0,31	4,97	91,31	15,04	106,36
5112	Duisburg	KS	0,27	5,83	88,30	14,84	103,14
5113	Essen	KS	0,36	6,21	93,12	13,96	107,08
5114	Krefeld	KS	0,25	5,66	92,14	13,52	105,66
5116	Mönchengladbach	KS	0,25	5,16	91,21	16,37	107,58
5117	Mülheim an der Ruhr	KS	0,31	6,65	90,66	13,33	103,99
5119	Oberhausen	KS	0,25	5,43	86,46	12,07	98,53
5120	Remscheid	KS	0,24	5,74	91,63	14,22	105,85

Kreis	Raum	Aggr.	Anteil stationärer Fälle an allen Fällen	Anteil der Senioren an der Gesamtbevölkerung	Durchschnittliche Pflegepreise ohne Investitionskosten in Euro	Investitionskosten für Dauerpflegeplätze in Euro	Durchschnittliche Pflegepreise mit Investitionskosten in Euro
5122	Solingen	KS	0,34	5,73	91,86	13,79	105,66
5124	Wuppertal	KS	0,33	5,70	89,76	13,82	103,58
5154	Kleve	LK	0,27	4,98	90,00	13,13	103,13
5158	Mettmann	LK	0,35	5,66	90,46	15,05	105,52
5162	Rhein-Kreis Neuss	LK	0,25	4,97	91,66	16,36	108,02
5166	Viersen	LK	0,24	5,13	90,94	15,07	106,01
5170	Wesel	LK	0,26	5,49	89,07	16,58	105,65
5313		LK	0,00	0,00	0,00	15,77	0,00
5314	Bonn	KS	0,36	5,45	90,40	15,06	105,46
5315	Köln	KS	0,30	4,65	97,43	14,99	112,42
5316	Leverkusen	KS	0,28	5,68	90,40	14,00	104,40
5334	Aachen	LK	0,25	5,17	89,29	0,00	0,00
5354		LK	0,00	0,00	0,00	16,25	0,00
5358	Düren	LK	0,25	5,01	87,33	16,01	103,34
5362	Rhein-Erft-Kreis	LK	0,26	4,82	88,07	17,45	105,51
5366	Euskirchen	LK	0,27	5,33	94,34	16,07	110,42
5370	Heinsberg	LK	0,25	4,95	87,72	15,49	103,21
5374	Oberbergischer Kreis	LK	0,31	5,36	88,38	15,70	104,08
5378	Rheinisch-Bergischer Kreis	LK	0,28	5,61	90,66	14,06	104,72
5382	Rhein-Sieg-Kreis	LK	0,27	4,79	87,99	15,45	103,45
5512	Bottrop	KS	0,27	5,90	85,70	15,66	101,36
5513	Gelsenkirchen	KS	0,27	6,04	84,66	12,36	97,02
5515	Münster	KS	0,37	4,94	92,11	14,77	106,88
5554	Borken	LK	0,28	4,36	88,15	15,66	103,81
5558	Coesfeld	LK	0,34	4,92	86,48	16,62	103,10
5562	Recklinghausen	LK	0,26	5,88	87,64	14,76	102,40
5566	Steinfurt	LK	0,30	4,84	88,39	15,69	104,08
5570	Warendorf	LK	0,29	5,29	85,80	14,95	100,74
5711	Bielefeld	KS	0,30	5,95	87,62	12,41	100,02
5754	Gütersloh	LK	0,24	4,97	83,12	13,44	96,56
5758	Herford	LK	0,31	6,22	83,29	13,54	96,82
5762	Höxter	LK	0,26	5,94	83,71	13,22	96,93
5766	Lippe	LK	0,35	6,19	83,01	14,12	97,13
5770	Minden-Lübbecke	LK	0,33	6,18	81,52	15,42	96,93
5774	Paderborn	LK	0,31	4,51	84,85	13,22	98,06
5911	Bochum	KS	0,30	5,94	85,32	13,87	99,18
5913	Dortmund	KS	0,32	5,67	85,85	15,47	101,32
5914	Hagen	KS	0,26	6,11	82,37	14,75	97,12

Kreis	Raum	Aggr.	Anteil stationärer Fälle an allen Fällen	Anteil der Senioren an der Gesamtbevölkerung	Durchschnittliche Pflegepreise ohne Investitionskosten in Euro	Investitionskosten für Dauerpflegeplätze in Euro	Durchschnittliche Pflegepreise mit Investitionskosten in Euro
5915	Hamm	KS	0,31	5,25	85,11	14,87	99,98
5916	Herne	KS	0,27	6,31	81,43	13,74	95,17
5954	Ennepe-Ruhr-Kreis	LK	0,33	6,00	84,83	14,86	99,69
5958	Hochsauerlandkreis	LK	0,28	5,85	85,56	14,21	99,77
5962	Märkischer Kreis	LK	0,34	5,32	85,86	15,24	101,10
5966	Olpe	LK	0,26	5,06	86,04	13,34	99,38
5970	Siegen-Wittgenstein	LK	0,23	5,47	87,48	15,02	102,50
5974	Soest	LK	0,38	5,34	83,83	15,44	99,27
5978	Unna	LK	0,26	5,64	86,97	15,82	102,80
6411	Darmstadt	KS	0,31	5,21	81,18	12,19	93,36
6412	Frankfurt am Main	KS	0,22	4,70	86,49	20,59	107,07
6413	Offenbach am Main	KS	0,17	4,36	83,33	13,73	97,06
6414	Wiesbaden	KS	0,29	5,30	80,17	12,54	92,71
6431	Bergstraße	LK	0,26	5,32	75,55	15,25	90,80
6432	Darmstadt-Dieburg	LK	0,20	4,60	79,97	13,81	93,79
6433	Groß-Gerau	LK	0,26	4,65	77,20	14,25	91,46
6434	Hochtaunuskreis	LK	0,29	5,98	79,03	15,72	94,75
6435	Main-Kinzig-Kreis	LK	0,24	5,19	77,67	14,91	92,58
6436	Main-Taunus-Kreis	LK	0,22	5,15	79,60	17,63	97,23
6437	Odenwaldkreis	LK	0,31	6,04	74,67	14,57	89,24
6438	Offenbach	LK	0,23	4,99	77,83	14,21	92,05
6439	Rheingau-Taunus-Kreis	LK	0,27	5,32	77,46	13,74	91,20
6440	Wetteraukreis	LK	0,27	5,40	74,86	13,07	87,93
6531	Gießen	LK	0,23	5,27	75,71	13,98	89,69
6532	Lahn-Dill-Kreis	LK	0,23	5,67	76,39	13,63	90,01
6533	Limburg-Weilburg	LK	0,20	5,53	78,86	13,87	92,73
6534	Marburg-Biedenkopf	LK	0,22	5,06	74,29	14,11	88,40
6535	Vogelsbergkreis	LK	0,19	6,96	72,28	11,92	84,20
6611	Kassel	KS	0,24	6,06	78,80	15,39	94,19
6631	Fulda	LK	0,25	5,86	74,56	12,84	87,40
6632	Hersfeld-Rotenburg	LK	0,20	6,84	78,29	14,25	92,54
6633	Kassel	LK	0,27	6,06	73,24	14,75	87,99
6634	Schwalm-Eder-	LK	0,26	5,99	66,23	13,79	80,02

Kreis	Raum	Aggr.	Anteil stationärer Fälle an allen Fällen	Anteil der Senioren an der Gesamtbevölkerung	Durchschnittliche Pflegepreise ohne Investitionskosten in Euro	Investitionskosten für Dauerpflegeplätze in Euro	Durchschnittliche Pflegepreise mit Investitionskosten in Euro
	Kreis						
6635	Waldeck-Frankenberg	LK	0,30	6,41	72,41	10,49	82,90
6636	Werra-Meißner-Kreis	LK	0,22	7,02	72,22	12,13	84,36
7111	Koblenz	KS	0,41	6,45	80,67	10,32	90,99
7131	Ahrweiler	LK	0,31	6,63	79,20	11,64	90,83
7132	Altenkirchen (Westerwald)	LK	0,25	5,85	79,07	11,22	90,28
7133	Bad Kreuznach	LK	0,25	5,94	78,90	10,82	89,72
7134	Birkenfeld	LK	0,31	6,68	73,52	12,78	86,30
7135	Cochem-Zell	LK	0,00	0,00	0,00	14,03	0,00
7137	Mayen-Koblenz	LK	0,25	5,64	80,34	10,21	90,55
7138	Neuwied	LK	0,30	6,07	79,45	12,15	91,60
7140	Rhein-Hunsrück-Kreis	LK	0,00	0,00	0,00	9,12	0,00
7141	Rhein-Lahn-Kreis	LK	0,28	6,24	78,58	10,89	89,47
7143	Westerwald-kreis	LK	0,28	5,48	76,58	10,67	87,25
7199		LK	0,26	6,43	79,36	0,00	0,00
7211	Trier	KS	0,34	5,50	84,28	11,33	95,61
7231	Bernkastel-Wittlich	LK	0,27	6,33	79,88	8,86	88,73
7232	Eifelkreis Bitburg-Prüm	LK	0,22	6,15	82,00	8,55	90,55
7233	Vulkaneifel	LK	0,28	6,76	76,31	11,35	87,66
7235	Trier-Saarburg	LK	0,29	5,43	80,83	12,77	93,59
7311	Frankenthal (Pfalz)	KS	0,00	0,00	0,00	10,67	0,00
7312	Kaiserslautern	KS	0,38	5,46	78,77	11,79	90,57
7313	Landau in der Pfalz	KS	0,00	0,00	0,00	7,30	0,00
7314	Ludwigshafen am Rhein	KS	0,00	0,00	0,00	9,96	0,00
7315	Mainz	KS	0,36	4,80	80,68	12,08	92,76
7316	Neustadt an der Weinstraße	KS	0,27	7,15	78,03	9,91	87,93
7317	Pirmasens	KS	0,29	7,25	80,07	11,22	91,29
7318	Speyer	KS	0,47	5,53	76,76	14,71	91,47
7319	Worms	KS	0,33	5,32	79,35	8,91	88,26
7320	Zweibrücken	KS	0,26	6,30	83,04	8,95	91,99
7331	Alzey-Worms	LK	0,23	4,97	77,03	11,45	88,48
7332	Bad Dürkheim	LK	0,34	5,81	77,28	11,97	89,25
7333	Donnersberg-kreis	LK	0,00	0,00	0,00	14,09	0,00
7334	Germersheim	LK	0,25	4,32	76,80	13,10	89,90

Kreis	Raum	Aggr.	Anteil stationärer Fälle an allen Fällen	Anteil der Senioren an der Gesamtbevölkerung	Durchschnittliche Pflegepreise ohne Investitionskosten in Euro	Investitionskosten für Dauerpflegeplätze in Euro	Durchschnittliche Pflegepreise mit Investitionskosten in Euro
7335	Kaiserslautern	LK	0,24	5,61	78,91	7,47	86,38
7336	Kusel	LK	0,23	6,58	78,14	12,56	90,70
7337	Südliche Weinstraße	LK	0,00	0,00	0,00	10,19	0,00
7338	Rhein-Pfalz-Kreis	LK	0,26	5,37	81,11	13,37	94,48
7339	Mainz-Bingen	LK	0,28	4,71	79,31	11,82	91,13
7340	Südwestpfalz	LK	0,00	0,00	0,00	12,09	0,00
7397		LK	0,24	5,66	79,19	0,00	0,00
7398		LK	0,32	5,60	79,29	0,00	0,00
7399		LK	0,24	5,90	75,62	0,00	0,00
8111	Stuttgart	KS	0,36	5,08	93,28	10,51	103,79
8115	Böblingen	LK	0,32	4,68	89,63	10,48	100,11
8116	Esslingen	LK	0,30	5,09	85,50	13,82	99,32
8117	Göppingen	LK	0,29	5,59	87,03	11,05	98,08
8118	Ludwigsburg	LK	0,34	4,82	89,07	11,62	100,70
8119	Rems-Murr-Kreis	LK	0,34	5,14	84,87	12,42	97,29
8121	Heilbronn	KS	0,36	5,35	83,27	12,17	95,44
8125	Heilbronn	LK	0,34	4,72	79,81	13,45	93,26
8126	Hohenlohekreis	LK	0,35	5,18	76,94	11,32	88,27
8127	Schwäbisch Hall	LK	0,30	5,17	79,50	12,24	91,74
8128	Main-Tauber-Kreis	LK	0,31	6,28	79,39	11,58	90,98
8135	Heidenheim	LK	0,00	0,00	0,00	12,53	0,00
8136	Ostalbkreis	LK	0,00	0,00	0,00	10,74	0,00
8199		LK	0,32	5,59	85,18	0,00	0,00
8211	Baden-Baden	KS	0,48	8,26	88,01	11,23	99,24
8212	Karlsruhe	KS	0,38	5,53	82,43	11,21	93,65
8215	Karlsruhe	LK	0,30	5,16	79,79	13,01	92,80
8216	Rastatt	LK	0,26	5,48	81,45	11,90	93,35
8221	Heidelberg	KS	0,31	4,68	86,85	10,51	97,36
8222	Mannheim	KS	0,32	5,21	84,25	10,70	94,95
8225	Neckar-Odenwald-Kreis	LK	0,30	5,48	75,83	11,24	87,07
8226	Rhein-Neckar-Kreis	LK	0,28	5,15	81,54	12,10	93,64
8231	Pforzheim	LK	0,36	6,02	79,72	11,57	91,29
8235	Calw	LK	0,33	5,31	79,17	11,67	90,84
8236	Enzkreis	LK	0,28	5,15	81,81	12,43	94,23
8237	Freudenstadt	LK	0,40	5,30	75,51	11,82	87,33
8311	Freiburg im Breisgau	KS	0,37	4,71	84,40	10,63	95,03

Kreis	Raum	Aggr.	Anteil stationärer Fälle an allen Fällen	Anteil der Senioren an der Gesamtbevölkerung	Durchschnittliche Pflegepreise ohne Investitionskosten in Euro	Investitionskosten für Dauerpflegeplätze in Euro	Durchschnittliche Pflegepreise mit Investitionskosten in Euro
8315	Breisgau-Hochschwarzwald	LK	0,33	5,44	84,13	12,15	96,27
8316	Emmendingen	LK	0,28	5,09	84,21	10,69	94,90
8317	Ortenaukreis	LK	0,31	5,59	83,01	11,44	94,45
8325	Rottweil	LK	0,30	5,41	85,97	10,87	96,84
8326	Schwarzwald-Baar-Kreis	LK	0,35	6,07	83,74	10,76	94,50
8327	Tuttlingen	LK	0,26	5,23	85,75	10,45	96,20
8335	Konstanz	LK	0,35	5,52	81,10	11,13	92,24
8336	Lörrach	LK	0,32	5,22	88,03	10,42	98,45
8337	Waldshut	LK	0,31	5,61	75,39	8,70	84,09
8415	Reutlingen	LK	0,30	5,18	90,09	11,14	101,24
8416	Tübingen	LK	0,32	4,17	92,80	9,72	102,52
8417	Zollernalbkreis	LK	0,25	5,66	81,72	10,34	92,05
8421	Ulm	KS	0,34	5,16	83,70	12,25	95,95
8425	Alb-Donau-Kreis	LK	0,27	4,95	85,84	10,00	95,84
8426	Biberach	LK	0,28	4,80	87,92	10,20	98,12
8435	Bodenseekreis	LK	0,29	5,24	86,93	8,99	95,92
8436	Ravensburg	LK	0,30	4,98	85,12	10,56	95,68
8437	Sigmaringen	LK	0,27	5,14	85,29	9,81	95,10
9161	Ingolstadt	KS	0,37	4,93	82,72	10,22	92,94
9162	München	KS	0,25	4,28	90,40	11,34	101,74
9163	Rosenheim	KS	0,31	5,25	86,03	10,64	96,67
9171	Altötting	LK	0,34	5,55	81,08	11,61	92,70
9172	Berchtesgadener Land	LK	0,36	6,70	82,54	10,60	93,14
9173	Bad Tölz-Wolfratshausen	LK	0,34	5,47	83,47	12,68	96,14
9174	Dachau	LK	0,36	4,22	82,65	11,49	94,14
9175	Ebersberg	LK	0,35	4,38	84,11	10,65	94,76
9176	Eichstätt	LK	0,26	4,42	81,13	9,42	90,55
9177	Erding	LK	0,31	3,90	79,51	11,17	90,68
9178	Freising	LK	0,33	3,69	81,81	12,64	94,46
9179	Fürstenfeldbruck	LK	0,32	4,63	86,52	10,18	96,70
9180	Garmisch-Partenkirchen	LK	0,35	6,50	78,84	11,09	89,93
9181	Landsberg am Lech	LK	0,24	4,66	86,77	10,65	97,42
9182	Miesbach	LK	0,38	5,72	79,40	13,02	92,42
9183	Mühldorf am Inn	LK	0,36	5,21	84,25	12,48	96,74
9184	München	LK	0,41	4,71	86,57	11,46	98,03

Kreis	Raum	Aggr.	Anteil stationärer Fälle an allen Fällen	Anteil der Senioren an der Gesamtbevölkerung	Durchschnittliche Pflegepreise ohne Investitionskosten in Euro	Investitionskosten für Dauerpflegeplätze in Euro	Durchschnittliche Pflegepreise mit Investitionskosten in Euro
9185	Neuburg-Schrobenhausen	LK	0,31	4,62	80,46	10,70	91,17
9186	Pfaffenhofen a.d. Ilm	LK	0,30	4,29	84,35	12,22	96,57
9187	Rosenheim	LK	0,45	5,15	85,20	12,48	97,68
9188	Starnberg	LK	0,29	5,85	85,10	8,91	94,01
9189	Traunstein	LK	0,32	5,93	82,35	10,02	92,37
9190	Weilheim-Schongau	LK	0,30	5,17	84,42	8,19	92,61
9261	Landshut	KS	0,49	6,39	74,55	9,78	84,33
9262	Passau	KS	0,34	6,67	77,63	10,49	88,12
9263	Straubing	KS	0,39	5,87	75,88	8,97	84,85
9271	Deggendorf	LK	0,27	4,98	78,15	7,69	85,84
9272	Freyung-Grafenau	LK	0,16	5,38	70,66	8,44	79,10
9273	Kelheim	LK	0,31	4,74	73,45	8,73	82,17
9274	Landshut	LK	0,31	4,22	75,71	10,89	86,60
9275	Passau	LK	0,21	5,51	75,92	11,38	87,31
9276	Regen	LK	0,21	5,31	76,37	7,90	84,27
9277	Rottal-Inn	LK	0,27	5,71	75,70	8,04	83,74
9278	Straubing-Bogen	LK	0,21	4,69	74,41	10,11	84,52
9279	Dingolfing-Landau	LK	0,24	4,74	77,17	10,17	87,35
9361	Amberg	KS	0,42	6,49	85,17	9,00	94,17
9362	Regensburg	KS	0,42	5,30	80,61	8,42	89,03
9363	Weiden i. d. OPf.	KS	0,36	6,02	77,48	6,00	83,48
9371	Amberg-Sulzbach	LK	0,40	5,37	73,58	8,82	82,40
9372	Cham	LK	0,00	0,00	0,00	8,44	0,00
9373	Neumarkt i.d. OPf.	LK	0,33	4,76	78,01	8,07	86,07
9374	Neustadt a.d. Waldnaab	LK	0,26	5,10	78,18	8,40	86,58
9375	Regensburg	LK	0,00	0,00	0,00	9,29	0,00
9376	Schwandorf	LK	0,33	5,33	76,75	9,10	85,86
9377	Tirschenreuth	LK	0,29	5,99	77,34	5,46	82,80
9399		LK	0,29	4,72	75,68	0,00	0,00
9461	Bamberg	KS	0,44	6,52	78,00	6,64	84,64
9462	Bayreuth	KS	0,45	5,86	74,77	8,85	83,63
9463	Coburg	KS	0,37	7,07	75,18	7,73	82,90
9464	Hof	KS	0,33	6,76	74,25	7,83	82,08
9471	Bamberg	LK	0,33	4,31	78,33	9,24	87,58
9472	Bayreuth	LK	0,35	5,42	74,30	9,00	83,30

Kreis	Raum	Aggr.	Anteil stationärer Fälle an allen Fällen	Anteil der Senioren an der Gesamtbevölkerung	Durchschnittliche Pflegepreise ohne Investitionskosten in Euro	Investitionskosten für Dauerpflegeplätze in Euro	Durchschnittliche Pflegepreise mit Investitionskosten in Euro
9473	Coburg	LK	0,31	5,79	76,08	8,81	84,89
9474	Forchheim	LK	0,31	4,61	79,01	6,61	85,62
9475	Hof	LK	0,37	7,13	73,48	8,02	81,51
9476	Kronach	LK	0,23	5,99	73,50	5,98	79,49
9477	Kulmbach	LK	0,29	6,22	77,71	7,08	84,78
9478	Lichtenfels	LK	0,34	5,66	77,62	7,52	85,13
9479	Wunsiedel im Fichtelgebirge	LK	0,32	7,29	73,59	6,64	80,24
9561	Ansbach	KS	0,41	6,76	76,77	10,54	87,31
9562	Erlangen	KS	0,46	5,65	83,24	11,71	94,96
9563	Fürth	KS	0,43	4,82	75,95	10,82	86,77
9564	Nürnberg	KS	0,40	5,55	77,82	10,63	88,46
9565	Schwabach	KS	0,42	5,37	79,59	10,65	90,24
9571	Ansbach	LK	0,27	5,32	78,02	9,01	87,03
9572	Erlangen-Höchststadt	LK	0,36	4,38	74,71	10,13	84,84
9573	Fürth	LK	0,38	5,04	75,69	10,03	85,72
9574	Nürnberger Land	LK	0,38	5,51	75,19	8,61	83,80
9575	Neustadt a.d. Aisch-Bad Windsheim	LK	0,31	5,48	72,50	9,91	82,41
9576	Roth	LK	0,27	4,84	83,69	8,40	92,09
9577	Weißenburg-Gunzenhausen	LK	0,35	5,59	82,94	8,44	91,38
9661	Aschaffenburg	KS	0,24	5,80	79,06	10,80	89,86
9662	Schweinfurt	KS	0,40	7,61	80,45	9,62	90,06
9663	Würzburg	KS	0,43	5,88	81,21	10,62	91,82
9671	Aschaffenburg	LK	0,21	5,07	74,26	11,09	85,35
9672	Bad Kissingen	LK	0,34	6,81	77,67	9,67	87,33
9673	Rhön-Grabfeld	LK	0,27	5,73	74,98	10,28	85,26
9674	Haßberge	LK	0,20	5,02	75,60	10,55	86,15
9675	Kitzingen	LK	0,31	5,41	80,24	10,56	90,80
9676	Miltenberg	LK	0,23	5,05	81,72	11,36	93,08
9677	Main-Spessart	LK	0,26	5,65	77,52	12,72	90,25
9678	Schweinfurt	LK	0,29	5,28	82,86	12,08	94,94
9679	Würzburg	LK	0,20	4,88	76,63	11,30	87,93
9761	Augsburg	KS	0,36	5,66	84,92	8,62	93,54
9762	Kaufbeuren	KS	0,43	6,96	89,63	9,45	99,08
9763	Kempton (Allgäu)	KS	0,39	6,35	79,40	9,96	89,35
9764	Memmingen	KS	0,37	6,19	83,18	7,40	90,58
9771	Aichach-Friedberg	LK	0,29	4,38	81,44	8,93	90,37
9772	Augsburg	LK	0,31	4,86	83,05	11,82	94,88

Kreis	Raum	Aggr.	Anteil stationärer Fälle an allen Fällen	Anteil der Senioren an der Gesamtbevölkerung	Durchschnittliche Pflegepreise ohne Investitionskosten in Euro	Investitionskosten für Dauerpflegeplätze in Euro	Durchschnittliche Pflegepreise mit Investitionskosten in Euro
9773	Dillingen a.d. Donau	LK	0,34	4,87	82,33	8,77	91,10
9774	Günzburg	LK	0,30	4,80	82,68	10,35	93,04
9775	Neu-Ulm	LK	0,34	4,81	79,34	9,65	88,99
9776	Lindau (Bodensee)	LK	0,42	6,01	83,35	10,99	94,34
9777	Ostallgäu	LK	0,31	5,38	79,21	10,65	89,86
9778	Unterallgäu	LK	0,34	5,47	80,90	11,44	92,34
9779	Donau-Ries	LK	0,29	5,03	85,96	9,57	95,53
9780	Oberallgäu	LK	0,35	5,43	82,08	11,39	93,46
10041	Stadtverband Saarbrücken	LK	0,34	5,92	86,80	12,10	98,89
10042	Merzig-Wadern	LK	0,00	0,00	0,00	12,20	0,00
10043	Neunkirchen	LK	0,36	6,12	85,63	12,18	97,81
10044	Saarlouis	LK	0,00	0,00	0,00	13,68	0,00
10045	Saarpfalz-Kreis	LK	0,30	6,40	80,79	13,88	94,67
10046	St. Wendel	LK	0,25	6,01	88,37	14,69	103,07
10099		LK	0,28	5,81	81,40	0,00	0,00
11000	Berlin	KS	0,25	4,29	80,16	10,73	90,88
12051	Brandenburg an der Havel	KS	0,23	5,89	65,83	6,55	72,38
12052	Cottbus	KS	0,39	5,17	67,33	10,18	77,50
12053	Frankfurt (Oder)	KS	0,39	5,20	65,52	6,32	71,84
12054	Potsdam	KS	0,25	4,71	65,93	10,08	76,01
12060	Barnim	LK	0,25	4,58	66,58	9,49	76,07
12061	Dahme-Spreewald	LK	0,23	5,22	66,16	7,70	73,86
12062	Elbe-Elster	LK	0,18	6,12	65,33	5,47	70,80
12063	Havelland	LK	0,18	4,41	66,23	8,63	74,86
12064	Märkisch-Oderland	LK	0,23	4,84	66,62	12,07	78,69
12065	Oberhavel	LK	0,22	4,49	65,68	14,03	79,70
12066	Oberspreewald-Lausitz	LK	0,29	6,13	65,54	6,76	72,31
12067	Oder-Spree	LK	0,18	5,22	66,90	8,31	75,21
12068	Ostprignitz-Ruppin	LK	0,20	5,42	64,21	6,43	70,63
12069	Potsdam-Mittelmark	LK	0,27	4,76	68,01	9,13	77,14
12070	Prignitz	LK	0,20	6,29	65,27	5,75	71,03
12071	Spree-Neiße	LK	0,26	5,79	67,71	5,69	73,40
12072	Teltow-Fläming	LK	0,26	4,75	66,99	8,74	75,73
12073	Uckermark	LK	0,15	5,27	65,91	8,03	73,94
13001	Greifswald	KS	0,00	0,00	0,00	9,38	0,00
13002	Neubrandenburg	KS	0,00	0,00	0,00	11,81	0,00

Kreis	Raum	Aggr.	Anteil stationärer Fälle an allen Fällen	Anteil der Senioren an der Gesamtbevölkerung	Durchschnittliche Pflegepreise ohne Investitionskosten in Euro	Investitionskosten für Dauerpflegeplätze in Euro	Durchschnittliche Pflegepreise mit Investitionskosten in Euro
13003	Rostock	KS	0,33	5,00	68,53	6,38	74,91
13004	Schwerin	KS	0,33	6,07	63,77	11,82	75,59
13005	Stralsund	KS	0,00	0,00	0,00	6,76	0,00
13006	Wismar	KS	0,00	0,00	0,00	7,02	0,00
13051	Bad Doberan	LK	0,00	0,00	0,00	14,27	0,00
13052	Demmin	LK	0,00	0,00	0,00	6,05	0,00
13053	Güstrow	LK	0,00	0,00	0,00	7,84	0,00
13054	Ludwigslust	LK	0,00	0,00	0,00	7,51	0,00
13055	Mecklenburg-Strelitz	LK	0,00	0,00	0,00	8,47	0,00
13056	Müritz	LK	0,00	0,00	0,00	8,70	0,00
13057	Nordvorpommern	LK	0,00	0,00	0,00	10,26	0,00
13058	Nordwestmecklenburg	LK	0,00	0,00	0,00	13,82	0,00
13059	Ostvorpommern	LK	0,00	0,00	0,00	10,57	0,00
13060	Parchim	LK	0,00	0,00	0,00	9,57	0,00
13061	Rügen	LK	0,00	0,00	0,00	3,69	0,00
13062	Uecker-Randow	LK	0,00	0,00	0,00	8,18	0,00
13071		LK	0,00	0,00	64,75	0,00	0,00
13072		LK	0,28	4,77	61,86	0,00	0,00
13073		LK	0,23	5,19	69,98	0,00	0,00
13074		LK	0,27	4,89	65,11	0,00	0,00
13075		LK	0,00	0,00	63,81	0,00	0,00
13076		LK	0,26	4,90	61,86	0,00	0,00
13077		LK	0,25	5,21	0,00	0,00	0,00
14511	Chemnitz	KS	0,37	7,00	59,63	9,73	69,36
14521	Erzgebirgskreis	LK	0,26	6,97	59,63	8,04	67,67
14522	Mittelsachsen	LK	0,32	7,03	59,70	8,43	68,14
14523	Vogtlandkreis	LK	0,36	7,08	59,60	8,69	68,29
14524	Zwickau	LK	0,32	7,15	59,48	8,58	68,06
14612	Dresden	KS	0,39	5,49	61,57	10,22	71,79
14625	Bautzen	LK	0,30	6,41	64,57	8,42	72,98
14626	Görlitz	LK	0,30	7,20	61,71	8,38	70,09
14627	Meißen	LK	0,30	6,57	60,73	8,47	69,20
14628	Sächsische-Schweiz-Osterzgebirge	LK	0,35	6,49	60,22	9,18	69,40
14713	Leipzig	KS	0,38	5,53	61,99	9,49	71,48
14729	Leipzig	LK	0,30	6,04	61,40	9,58	70,97
14730	Nordsachsen	LK	0,31	5,99	60,14	8,25	68,39
15001	Dessau-Roßlau	LK	0,39	6,50	67,52	8,06	75,58
15002	Halle(Saale)	KS	0,30	5,61	63,94	6,05	69,99
15003	Magdeburg	KS	0,42	5,50	62,01	7,54	69,55

Kreis	Raum	Aggr.	Anteil stationärer Fälle an allen Fällen	Anteil der Senioren an der Gesamtbevölkerung	Durchschnittliche Pflegepreise ohne Investitionskosten in Euro	Investitionskosten für Dauerpflegeplätze in Euro	Durchschnittliche Pflegepreise mit Investitionskosten in Euro
15081	Altmarkkreis-Salzwedel	LK	0,34	5,49	65,69	6,95	72,63
15082	Anhalt-Bitterfeld	LK	0,25	6,17	63,26	8,76	72,02
15083	Börde	LK	0,33	5,18	62,37	11,77	74,14
15084	Burgenlandkreis	LK	0,30	6,80	62,94	7,82	70,76
15085	Harz	LK	0,32	6,41	63,26	9,04	72,29
15086	Jerichower Land	LK	0,35	5,65	60,68	7,24	67,92
15087	Mansfeld-Südharz	LK	0,24	6,47	62,85	5,85	68,70
15088	Saalekreis	LK	0,18	5,51	62,60	9,84	72,44
15089	Salzlandkreis	LK	0,36	6,30	62,58	8,73	71,31
15090	Stendal	LK	0,31	5,20	64,25	8,50	72,75
15091	Wittenberg	LK	0,26	5,93	64,53	8,57	73,10
16051	Erfurt	KS	0,35	4,91	67,79	8,53	76,32
16052	Gera	KS	0,28	6,74	63,75	4,72	68,48
16053	Jena	KS	0,38	4,64	66,90	6,65	73,54
16054	Suhl	KS	0,24	5,60	63,40	3,28	66,68
16055	Weimar	KS	0,31	5,45	64,76	5,12	69,88
16056	Eisenach	KS	0,29	6,03	63,20	4,23	67,43
16061	Eichsfeld	LK	0,20	4,93	70,70	7,27	77,98
16062	Nordhausen	LK	0,30	5,94	61,68	6,87	68,55
16063	Wartburgkreis	LK	0,22	5,38	64,53	9,74	74,28
16064	Unstrut-Hainich-Kreis	LK	0,27	5,46	59,93	6,86	66,79
16065	Kyffhäuserkreis	LK	0,19	5,98	59,46	5,83	65,28
16066	Schmalkalden-Meiningen	LK	0,24	5,67	65,74	7,59	73,33
16067	Gotha	LK	0,29	5,52	61,52	9,52	71,03
16068	Sömmerda	LK	0,18	4,98	68,47	7,86	76,33
16069	Hildburghausen	LK	0,29	5,49	69,14	6,09	75,23
16070	Ilm-Kreis	LK	0,27	5,66	62,47	8,47	70,94
16071	Weimarer-Land	LK	0,28	5,02	60,92	5,71	66,63
16072	Sonneberg	LK	0,25	6,23	63,56	7,72	71,28
16073	Saalfeld-Rudolstadt	LK	0,27	6,57	61,57	5,16	66,73
16074	Saale-Holzland-Kreis	LK	0,25	5,36	61,16	4,92	66,08
16075	Saale-Orla-Kreis	LK	0,25	6,10	66,56	4,26	70,82
16076	Greiz	LK	0,30	6,56	60,54	5,76	66,30
16077	Altenburger-Land	LK	0,29	7,14	63,97	3,81	67,77

Anmerkung: LK=Landkreis, KS=Kreisfreie Stadt.