Berlin – Essen
September 2015

Ökonomische Herausforderungen der Altenpflegewirtschaft – Kurzfassung –

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 Management Summary 5

2 Einleitung 8

3 Darstellung des Pflegemarktes – Status quo 9
3.1 Nachfrageseite 10
3.1.1 Altersspezifische Pflegequoten und Alterung der Gesellschaft 10
3.1.2 Entwicklung der Morbidität von Pflegebedürftigen 11
3.2 Angebotsseite 12
3.2.1 Arbeitsmarktsituation für Pflegefachkräfte 13
3.2.2 Entwicklung in der Pflegeausbildung 13
3.2.3 Entwicklung der Fallzahlen und Preise nach Trägerschaft 15
3.3 Zwischenfazit zum Status quo 15

4 Finanzierung von Pflegeleistungen in Deutschland 16
4.1 Finanzierungsstruktur 16
4.2 Finanzielle Situation der Sozialen Pflegeversicherung 17
4.3 Hilfe zur Pflege und kommunale Finanzen 18
4.4 Finanzielle Situation der privaten Haushalte 19

5 Spezifische Herausforderungen der Pflegebranche 20
5.1 Investitionsfähigkeit stationärer Einrichtungen 20
5.2 Mindestlohn 21

6 Prognosen zur Entwicklung des Pflegebedarfs 22
6.1 Szenarien und Prämissen des Prognosemodells 22
6.2 Ergebnisse des Prognosemodells 23

7 Regionalanalysen 24
7.1 Regionalanalysen zu Pflegebedarf, Investitionskosten und Pflegepreise 24
7.2 Regionalanalysen zur „Hilfe zur Pflege“ und den kommunalen Finanzen 26
7.2.1 Die wirtschaftliche Perspektive: Allgemeine Entwicklung der Bruttoausgaben 26
7.2.2 Die finanzwirtschaftliche Perspektive: Belastung der kommunalen Haushalte 27

8 Gesamtfazit zu den ökonomischen Herausforderungen der Altenpflegewirtschaft und Handlungsempfehlungen 27

9 Literatur 33
9.1 Veröffentlichungen 33
9.2 Internetquellen 34

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Pflegebedürftige in Deutschland nach Versorgungsart, 2013 9
Abbildung 2: Pflegequoten nach Geschlecht, 2003–2013 10
Abbildung 3: Multimorbidität nach Altersgruppen 12
Abbildung 4: Marktvolumen der professionellen Pflege, 2013 16
Abbildung 5: Investitionsfähigkeit der Einrichtungen im Status quo und ohne Fördermittel, 2011 20
Abbildung 6: Bedarf an zusätzlichen Pflegefachkräften und Beschäftigten insgesamt in der ambulanten und stationären Pflege, 2013–2030 24
Abbildung 7: Durchschnittliche Pflegepreise mit Investitionskosten in Euro, 2011 25

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Fallzahlen und Härtefälle PST III ambulant und stationär, 2003–2013 11
Tabelle 2: Anzahl der Schüler/innen in den Pflegeberufen, 2013 15
Tabelle 3: Entwicklung der Pflegesätze der SPV nach Art der Pflege 18
Tabelle 4: Übersicht über die Prognoseszenarien 23

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
MDS	Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen
MDK	Medizinischer Dienst der Krankenversicherung
PflegeArbbV	Pflegearbeitsbedingungenverordnung
PNG	Pflege-Neuausrichtungsgesetz
SPV	Soziale Pflegeversicherung
VZÄ	Vollzeitäquivalente

1 Management Summary

Der demografische Wandel verändert die Gesellschaft und stellt sie vor große Herausforderungen. Auf der einen Seite stehen die Chancen eines längeren Lebens – auf der anderen Seite benötigen immer mehr (ältere) Menschen Unterstützung und Begleitung im Alltag. Daraus resultiert ein wachsender Bedarf an ambulanter und stationärer pflegerischer Versorgung. Was das konkret für die Weiterentwicklung der pflegerischen Infrastruktur und deren nachhaltige Finanzierung bedeutet, wurde im Rahmen der vorliegenden Studie im Auftrag des Bundesministeriums für Wirtschaft und Energie untersucht.

Betrachtet wurden zunächst die Größe und die Entwicklung des Pflegemarktes. Im Jahr 2013 waren 2,6 Mio. Menschen pflegebedürftig – ein Zuwachs von 30 Prozent im Vergleich zum Jahr 1999. Knapp ein Drittel wurde stationär in Pflegeeinrichtungen versorgt, fast 1,9 Mio. zu Hause. Davon erhielten 616.000 Pflegebedürftige professionelle Unterstützung durch ambulante Pflegedienste. Die Ausgaben für pflegerische Leistungen sind in den vergangenen 15 Jahren deutlich stärker angestiegen als die Gesundheitsausgaben insgesamt. Im Jahr 2013 beliefen sie sich auf 40 Mrd. Euro. In dieser Entwicklung spiegelt sich der deutliche Anstieg der Kapazitäten mit Zuwächsen von 50 Prozent gegenüber 1999 bei den stationären Einrichtungen (2013: 13.000) und gar 74 Prozent beim Personal der ambulanten Dienste (2013: rund 320.000 Beschäftigte) wider.

Die Finanzierung pflegerischer Leistungen erfolgt zu drei Viertel durch die Pflegeversicherung (40 Prozent) und über 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). Die Finanzierungsstruktur hat sich in den letzten Jahren verändert: Global betrachtet (Ausgaben für Pflegeleistungen insgesamt) hat sich nur der Anteil der GKV-Ausgaben erhöht – zugunsten der Anteile der Pflegeversicherung und der öffentlichen Haushalte. Im Detail sind die Verschiebungen je nach Ausgabenbereich unterschiedlich. Die Ausgaben der Kommunen weisen insbesondere im ambulanten Bereich hohe jährliche Wachstumsraten auf, bei den privaten Haushalten steigen vor allem die Ausgaben für pflegerische Leistungen in stationären Einrichtungen überproportional an.

Während sich die Einnahmen- und Ausgabensituation in der sozialen Pflegeversicherung bislang auf einem eher einheitlichen Niveau entwickelte, prognostiziert das Institut der deutschen Wirtschaft Köln für das Jahr 2030 einen Ausgabenüberschuss von 1,7 Mrd. Euro. Auch wenn mit den Pflegestärkungsgesetzen und dem Aufbau des Pflegevorsorgefonds entlastende Instrumente eingeführt werden, ist ab dem Jahr 2050 mit einer Differenz von über 11 Mrd. Euro pro Jahr zu rechen. Weitere gesetzgeberische Eingriffe sowohl auf der Einnahme- und Ausgabenseite sind daher erforderlich.

Auch die Ausgaben der Kommunen für die Hilfe zur Pflege steigen seit einiger Zeit wieder an. Bei der Hilfe zur Pflege handelt es sich um eine bedarfsorientierte Sozialleistung, die aus Steuermitteln finanziert wird. Für diese Sozialleistung ist i. d. R. der Kreis bzw. die kreisfreie Stadt als Träger der örtlichen Sozialhilfe zuständig. Ihre Einnahmen generieren die Träger u. a. von den Sozialversicherungen (54 Prozent) und unterhaltspflichtigen Angehörigen (13,6 Prozent). Betrugen die Bruttoausgaben im Jahr 2013 3,8 Mrd. Euro, beliefen sich die Nettoausgaben im Bundesdurchschnitt entsprechend auf ca. 86,5 Prozent. Die effektive Ausgabenbelastung konnte somit nur noch um 13,5 Prozent durch Einnahmen gesenkt werden, im Jahr 2007 waren es hingegen noch 17 Prozent. Verantwortlich für diese Entwicklung sind in erster die Linie die geringeren Leistungen der Sozialversicherungsträger, die von 2007 bis 2012 von 348 Mio. Euro auf 256 Mio. Euro sanken. Dem entgegen sind die Einnahmen

an Unterhaltsleistungen um 8,4 Prozent von 43 auf 65 Mio. Euro gestiegen. Mögliche Gründe für diese Entwicklung sind die positive Entwicklung der verfügbaren Einkommen sowie verstärkte Bemühungen der Kommunen, Angehörige in Regress zu nehmen.

Pflegende Angehörige übernehmen einen Großteil der Last bei der pflegerischen Versorgung von Älteren sowie einen erheblichen Beitrag zur Finanzierung ambulanter und stationärer Pflegeleistungen. Dies setzt ein entsprechend hohes Einkommen voraus. Ungeachtet der Tatsache, dass sich im Zeitraum von 1991 bis 2014 das durchschnittliche verfügbare nominale Einkommen um 58 Prozent erhöht hat, ist die Anzahl der Empfänger der „Hilfe zur Pflege“ in den letzten Jahren gestiegen. Die gesetzliche Rente ist nach wie vor der Hauptbestandteil der Alterseinkünfte. Zusätzliche Einkommen aus betrieblicher Alters- und Beamtenversorgung sind überwiegend in Westdeutschland verbreitet. Durch den weiteren Rückgang des Rentenniveaus bis 2030 sowie die aufgrund der brüchigen Erwerbsbiografien sinkenden gesetzlichen Renten werden Pflegebedürftige künftig in steigendem Maße auf die Hilfe zur Pflege angewiesen sein.

Die Investitionsfähigkeit einer stationären Einrichtung gibt Auskunft über deren wirtschaftlichen Erfolg. Im Jahr 2011 waren im Durchschnitt nur 56 Prozent der Einrichtungen voll investitionsfähig, 34 Prozent waren hingegen nicht investitionsfähig. Der seit 2015 geltende Mindestlohn erhöht den bereits bestehenden Effizienzdruck. Verstärkt wird das Dilemma der Pflegeeinrichtungen durch die Streichung der Investitionsförderung der Länder. Erforderliche Ersatzinvestitionen werden verschoben. Neben der Realisierung von Effizienzreserven gilt es, so die Autoren, das Geschäftsportfolio in Richtung quartiersbezogener Dienstleistungen zu erweitern und so die horizontale und vertikale Integration zu erhöhen.

In fünf Szenarien werden unter Anwendung eines Prognosemodells der zu erwartende Pflege- und Personalbedarf sowie die resultierenden Investitions- und Personalkosten bis 2030 dargestellt.

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.

Fakt ist, dass die Zahl der Pflegebedürftigen in Deutschland bis zum Jahr 2030 weiter ansteigen wird und sich allein im Basisszenario voraussichtlich auf 3,34 Mio. erhöht. Dies bedeutet, je nach Szenario, einen zusätzlichen Bedarf von 46.000 bis 232.000 stationären Plätzen. Der sich ergebene Investitionsbedarf wird zwischen 43 und 62 Mrd. Euro liegen. Dass der wachsende Finanzbedarf nicht allein von der gesetzlichen Pflegeversicherung, den privaten Haushalten und den Trägern der Sozialhilfe getragen werden kann, ist angesichts der Status-quo-Ergebnisse naheliegend. Hinzu kommt, dass die Kommunalfinanzen in Zukunft mit weiter steigenden Sozialleistungen belastet werden. Steigen die kommunalen Gesamtausgaben 2017 gegenüber 2012 um 3 Prozent p. a., nehmen die Sozialleistungen um 4,2 Prozent p. a. zu. Entsprechend werden die Sozialleistungen an den kommunalen Ausgaben von 24 Prozent im Jahr 2012 auf 25 Prozent im Jahr 2017 zunehmen. Vor diesem Hintergrund gilt es, die Aufwendungen für die Hilfe zur Pflege, getragen durch die Kommunen, zu überdenken.

Um die Situation der Altenpflegewirtschaft differenzierter zu analysieren und entsprechende Handlungsempfehlungen auszusprechen, haben die Autoren der Studie Berechnungen sowohl auf Bundes- als auch auf regionaler Ebene durchgeführt. Dabei hat sich gezeigt, dass es erhebliche Unterschiede in den Strukturen und Kosten der Versorgung innerhalb der Regionen gibt, die sich nicht allein durch externe Faktoren erklären lassen. Diese gilt es vertiefend zu untersuchen. Besonders auffällig ist die Spannweite der Ausgaben je Leistungsempfänger ebenso wie die Ausgaben je Einwohner. Sie betrugen im Minimum 3.872 Euro und im Maximum 12.164 Euro. Ein deutliches Ost-West-Gefälle hinsichtlich der Kostenintensität ist erkennbar. Ein wesentlicher Grund hierfür sind die landesspezifischen Preise für die Pflege.

Erste flankierende Maßnahmen zur Stärkung der Einnahmen der Sozialen Pflegeversicherung wurden ergriffen und sind weiter auszubauen. Zur Förderung eines „gesunden Alterns“ in der Bevölkerung

sowie zur Verringerung der Gesundheitsausgaben hat der Gesetzgeber mit dem Präventionsgesetz und dem Gesetz zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung erste Schritte unternommen. Die Studie setzt daran an und zeigt weitere Maßnahmen auf.

Um den anstehenden Herausforderungen zu begegnen, ist vornehmlich die Politik gefordert, entsprechende Rahmenbedingungen zu schaffen und mehrheitlich getroffene Entscheidungen auch gegen die Interessen einzelner Gruppen durchzusetzen. Dem Fachkräftemangel muss begegnet werden, indem u.a. entsprechendes Personal ausgebildet und bezüglich der Berufsgruppen und des Qualifikationsniveaus flexibler zugelassen wird. Die Arbeitsbedingungen der Pflegenden sind zu verbessern, indem z. B. das Pflegepersonal auch über die Pflegedokumentation hinaus von Bürokratie entlastet wird, mehr Vollzeitarbeitsplätze geschaffen und die Vereinbarkeit von Familie und Beruf gefördert werden. Delegationsmöglichkeiten von pflegerischen und medizinischen Aufgaben sind weiter zu fördern, bestehende Hemmnisse bei der Rekrutierung ausländischer Fachkräfte abzubauen. Der Pflegesektor ist auf privates und freigemeinnütziges Kapital angewiesen. Finanzpolitische Anreize sollten daher gesetzt, verwaltungsrechtliche Vorgaben abgebaut und somit eine langfristige Planungssicherheit gegeben werden. Bestehende Pflegeeinrichtungen müssen weiterhin Effizienzreserven heben und aktiv die horizontale und vertikale Integration vorantreiben.

Die pflegerische Versorgung in Deutschland darf nicht isoliert betrachtet werden. Vielmehr bedarf es einer Betrachtung der gesamten Lebenslage Älterer in den Kommunen und kluger Vernetzungsstrategien.

2 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 mit einer entsprechend steigenden Kaufkraft einhergeht, 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) getragen wird. 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.

3 Darstellung des Pflegemarktes – Status quo

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):

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. Damit rangiert 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 (13.000 im Jahr 2013) 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 (2013: 12.700; 1999: 10.820), lag aber bei der Personalentwicklung mit einem Plus von 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.

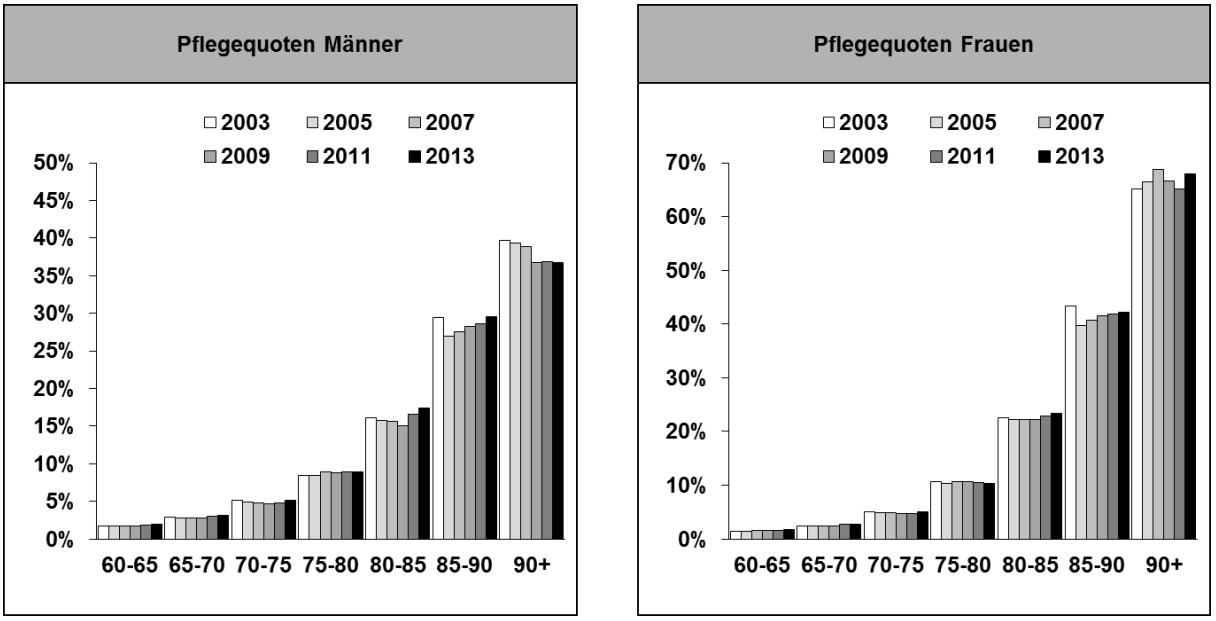
Durch die zunehmende Alterung der Gesellschaft dürfte die Pflege auch weiter an Bedeutung gewinnen. Der Pflegemarkt bleibt somit ein Wachstumsmarkt und ein Jobmotor, der auch in Zeiten wirtschaftlicher Krisen eine stabilisierende Wirkung für die gesamte Volkswirtschaft hat, sofern nicht der bereits bestehende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

3.1 Nachfrageseite

3.1.1 Altersspezifische Pflegequoten und Alterung der Gesellschaft

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. Generell nimmt die Pflegewahrscheinlichkeit mit zunehmendem Alter für alle Pflegeformen stark zu (Abbildung 2):

Abbildung 2: 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).

Die Pflegequoten sind bei Männern im Durchschnitt etwas geringer, da Männer häufiger von Familienangehörigen gepflegt werden. Im Zeitverlauf gab es kaum Veränderungen in der altersgruppenspezifischen Pflegequote. 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. (49 Prozent). Die Zahl der 60-bis 79-Jährigen stieg im selben Zeitraum um 9 Prozent, während die Zahl jüngerer Menschen zurückging.

Zusammengenommen führen die über den Zeitverlauf relativ konstanten altersspezifischen Pflegequoten und die Alterung der Gesellschaft zu einer wachsenden Zahl an Pflegebedürftigen. Zwischen den Jahren 1999 und 2013 stieg die Zahl der Pflegebedürftigen um rund 30 Prozent von 2,0 auf 2,6 Mio. Personen. 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. Die höhere Dynamik im ambulanten Bereich hat sich bereits im stärkeren Anstieg der Zahl der Vollzeitkräfte im Vergleich zu stationären Einrichtungen gezeigt. Mit dem Zeitverlauf werden auch neue Betreuungsformen der (professionellen) ambulanten Pflege geschaffen (z. B. Pflege-Wohngemeinschaften).

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. Aus den Wahrnehmungen aus der Praxis wäre jedoch eher damit zu rechnen gewesen, dass mit der Alterung der Gesellschaft und der damit einhergehenden zunehmenden Multimorbidität der Anteil der pflegebedürftigen Personen in den höheren Pflegestufen zunimmt.

3.1.2 Entwicklung der Morbidität von Pflegebedürftigen

Rothgang et al. (2013) haben gezeigt, dass die These „immer älter und kränker ins Heim“ nicht bestätigt werden kann. Weder steigt das Durchschnittsalter bei Heimeintritt nennenswert an, noch verringert sich die Überlebenszeit nach Aufnahme in die stationäre Versorgung im Zeitverlauf. Und der Gesundheitszustand, gemessen anhand der Pflegestufe bei Heimeintritt, verbessert sich tendenziell eher. Erkennbare Veränderungen sind daher fast ausschließlich auf altersstrukturelle Veränderungen in der Bevölkerung zurückzuführen.

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 in Prozent)
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).

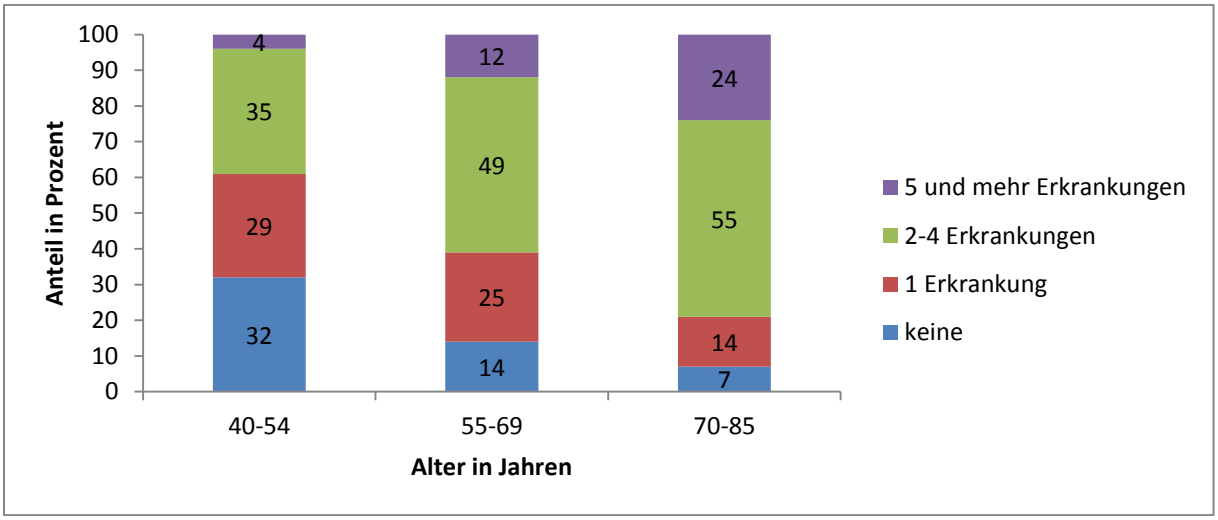
Während der Zuwachs in Pflegestufe III jeweils geringer ausfiel als der Zuwachs in allen Pflegestufen, war der Anstieg bei den Härtefällen insbesondere in stationären Einrichtungen sehr hoch (Zuwachs von 143 Prozent) und lag auch im ambulanten Bereich mit 74 Prozent deutlich über dem Gesamtzuwachs von 40 Prozent. Damit hat sich der Anteil der Härtefälle in stationären Einrichtungen in dem 10-Jahreszeitraum 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 dritte Bericht zur Pflegebegutachtung des Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (MDS) MDS (2012) macht erstmals Angaben zu pflegebegründenden Diagnosen nach ICD 10, nicht ohne darauf hinzuweisen, dass diese keine Aussage über den Umfang der Pflegebedürftigkeit ermöglichen. Konkretere Angaben zu Multimorbidität und zu Veränderungen im Zeitverlauf liegen nicht vor.

Der eindeutige Zusammenhang zwischen Alter und Multimorbidität geht aus Abbildung 3 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 3: Multimorbidität nach Altersgruppen



Quelle: DZA (2002: 2).

Lediglich die Qualitätsberichte des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (MDS) geben einen Hinweis auf eine sich verändernde Morbidität bei professionell versorgten Pflegebedürftigen anhand der Prävalenz pflegerelevanter Risiken. 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 ebenso 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.

3.2 Angebotsseite

Mit der wachsenden Nachfrage nach Pflegeleistungen ist eine entsprechende Zunahme des professionellen Pflegeangebots zu verzeichnen. 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 rein rechnerisch eine durchschnittliche Aus-

lastung 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.

Mit der Zahl der Einrichtungen nahm auch die Zahl der Beschäftigten im Pflegesektor zu. 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. 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: Standen 1999 für 100 Pflegebedürftige in stationären Pflegeeinrichtungen rund 20 Pflegefachkräfte (Vollzeit) zur Verfügung, waren es 2013 knapp 24; zusätzlich zu dieser quantitativen Betrachtung der verbesserten Betreuungssituation müsste auch aus dem gestiegenen Anteil der Pflegestufe I gegenüber Pflegestufe II und III eine verbesserte Betreuungssituation resultieren. Dieser Zuwachs kann auch auf die durch Landesgesetze geregelten Fachkräftequoten stationärer Einrichtungen zurückzuführen sein. Im ambulanten Bereich verbesserte sich das Verhältnis von 15,7 auf 18,7.

3.2.1 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 2015). 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. Mittlerweile dauert es im Durchschnitt vier Monate, bis eine freie Altenpflege- bzw. Krankenpflegestelle neu besetzt ist. Es ist davon auszugehen, dass die Zahl der offenen Stellen tatsächlich weitaus höher liegt, da Vakanzen nur noch selten bei der Bundesagentur gemeldet werden, weil diese ohnehin kaum unterstützen kann.

Es sind deutliche regionale Unterschiede bezüglich der Vakanzen zu verzeichnen, 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. Die schwerwiegendsten Engpässe auf dem Anforderungsniveau „Spezialistinnen und Spezialisten“ waren im September 2014 in der Fachkrankenpflege zu finden. Gesundheits- und Krankenpfleger ohne Spezialisierung mit abgeschlossener Berufsausbildung wiesen eine Engpassrelation von 0,7 auf.

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. 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). Das Problem scheint bei den Beschäftigten der Altenpflege dabei etwas stärker ausgeprägt als bei den Berufen in der Gesundheits- und Krankenpflege.

3.2.2 Entwicklung in der Pflegeausbildung

Die Ausbildungen in der Pflege fallen 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. Allerdings mangelt es derzeit noch an – auch hinsichtlich der Vergütung – passend zugeschnittenen Arbeitsplätzen. Der Wissenschaftsrat geht für die Zukunft von einem Anteil von 10 bis 20 Prozent akademisch qualifizierter Pflegefachkräfte aus (Wissenschaftsrat 2012: 94).

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).

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 PflegeschülerInnen im ambulanten Bereich deutlich personalaufwendiger ist (Verhältnis 1:1 auf den Touren). Die Zahlen der Schüler/innen in den Pflegeberufen sind Tabelle 2 zu entnehmen. Die Pflegestatistik erfasst erstmals 2013 detaillierte Angaben zur Ausbildung.

Tabelle 2: Anzahl der Schüler/innen in den Pflegeberufen, 2013

	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).

3.2.3 Entwicklung der Fallzahlen und Preise nach Trägerschaft

Sowohl im stationären als auch im ambulanten Bereich nimmt die Bedeutung privater Anbieter auf dem Pflegemarkt zu. 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.

Der Preis für vollstationäre Dauerpflege lag im Jahr 2013 im Durchschnitt bei ca. 97 Euro pro Tag. 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. Die pflegeunabhängigen Kosten für Unterkunft und Verpflegung (21 Euro) sowie Investitionskosten (14 Euro) sind über die Pflegestufen konstant. 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.

3.3 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 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 Pflegeeinrichtungsdichte 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.

Auch ambulante Dienste 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.

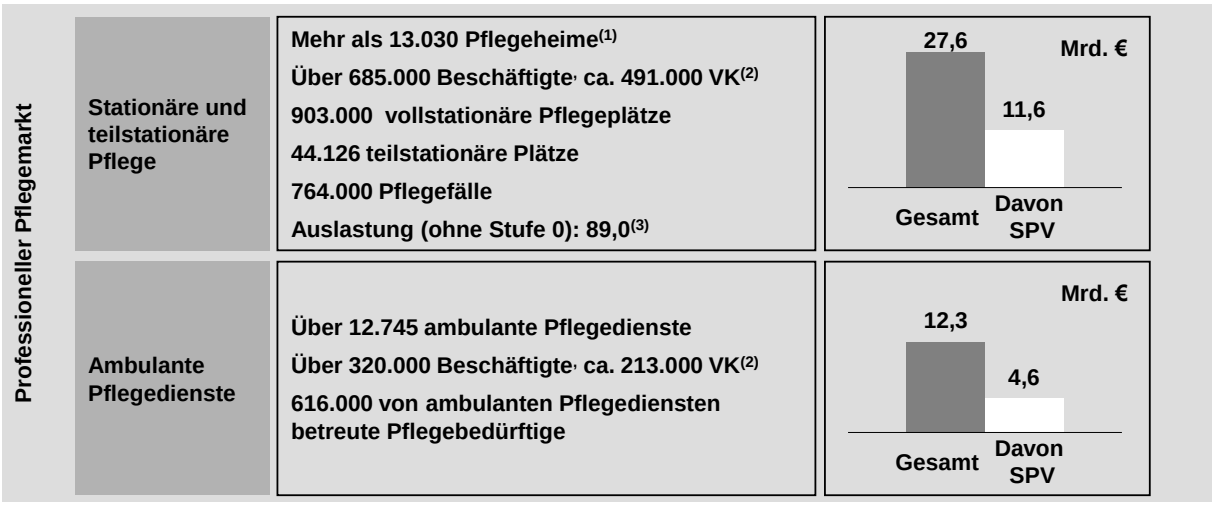
Die ambulante und die stationäre Pflege wachsen fast gleichermaßen, anhand der Mitarbeiterschaft und dem zuletzt höheren Anteil niedrigerer Pflegestufen ist eine leicht höhere Dynamik im ambulanten Bereich zu beobachten. Das entspricht der politischen Zielsetzung „ambulant vor stationär“ und auch den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

4 Finanzierung von Pflegeleistungen in Deutschland

4.1 Finanzierungsstruktur

Das Marktvolumen der professionellen Pflege belief sich 2013 auf 39,9 Mrd. Euro (Abbildung 4); davon entfielen knapp 70 Prozent auf die stationäre Pflege:

Abbildung 4: 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 drei Viertel 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. Im Zeitraum 2003 bis 2013 haben sich die Ausgaben für Pflegeleistungen insgesamt um 50 Prozent auf knapp 40 Mrd. Euro erhöht. Dabei fiel der Zuwachs in der ambulanten Pflege mit 86 Prozent doppelt so hoch aus wie im stationären Bereich (41 Prozent).

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. Die Ausgaben der Kommunen insbesondere im ambulanten Bereich entwickeln sich sehr dynamisch (mit hohen jährlichen Wachstumsraten), 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. Obwohl die staatlichen Leistungen durch die Pflegereform 2015 um vier Prozent gestiegen sind, hat sich auch 2015 der Eigenanteil für Bewohner stationärer Pflegeeinrichtungen erhöht. Demnach ergeben sich monatliche Mehrausgaben für Pflegeheimbewohner von 56 Euro pro Monat (Frankfurter Allgemeine Zeitung 2015).

4.2 Finanzielle Situation der Sozialen Pflegeversicherung

In den ersten 3 Jahren des Bestehens der sozialen Pflegeversicherung überstiegen die Einnahmen die Ausgaben. Anschließend verliefen Einnahmen und Ausgaben auf sehr ähnlichem Niveau. Im Jahr 2014 betrugen die Kapitalreserven 6,3 Mrd. Euro. Zwischen den Jahren 1999 und 2013 stiegen die Gesamtausgaben für ambulante und stationäre Pflege deutlich stärker als die Leistungsausgaben der Pflegeversicherung für diese Bereiche. Tabelle 3 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 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 Demenzkranker wird verbessert. Zur Finanzierung wurde gleichzeitig der Beitragssatz um 0,3 Prozentpunkte angehoben.

Nach einer Simulation des Instituts der deutschen Wirtschaft Köln (IW) wird das aber voraussichtlich nicht ausreichen: 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 (IW Köln 2015). Diesen Umstand wird auch der geplante Pflegevorsorgefonds nicht wesentlich verändern (IW Köln 2014). Auch das RWI sieht Eingriffe auf der Einnahme- und Ausgabenseite als notwendig an.

Tabelle 3: 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).

4.3 Hilfe zur Pflege und kommunale Finanzen

Im Jahr 2013 betrugen die Ausgaben 3,8 Mrd. Euro. Dies liegt aber noch immer um mehr als die Hälfte unter dem Niveau von 1994. 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 Umfange 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. 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 die Linie die geringeren Leistungen von Sozialversicherungsträgern, die von 2007 bis 2012 von 348,4 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 auf 64,8 Mio. Euro. Dazu beigetragen hat die positive Entwicklung der verfügbaren Einkommen (siehe Abschnitt 4.4), 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 7 eingegangen.

4.4 Finanzielle Situation der privaten Haushalte

Private Haushalte leisten durch umfassende informelle Pflegeleistungen einen zentralen Beitrag zur pflegerischen Versorgung von Pflegebedürftigen in Deutschland sowie einen erheblichen Beitrag zur Finanzierung der ambulanten und stationären Pflegeleistungen. Im Zeitraum von 1991 bis 2014 hat sich das durchschnittliche verfügbare nominale Einkommen von 14.972 Euro auf 23.749 Euro (+58 Prozent) erhöht. 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.

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 Pflegeneuausrichtungsgesetz von 2012 zu einer Neuausrichtung der Geld- und Sachleistungen gekommen, wodurch sich die Problematik entschärfen dürfte.

In Deutschland bestreiten die meisten Menschen nach Erreichen der Regelarbeitsgrenze, die bis 2029 stufenweise auf 67 Jahre angehoben wird, ihren Lebensunterhalt mit Hilfe von Renteneinkommen. Diese sind, je nach Geschlecht, Renteneintrittsalter, Region und Zusammensetzung unterschiedlich hoch. 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. Obwohl Frauen in den neuen Bundesländern aufgrund der höheren Erwerbsbeteiligung mit 723 Euro im Durchschnitt höhere Renten beziehen, 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). Werden zu der gesetzlichen Rente noch weitere Einkommensarten hinzuaddiert, hatten über 65-jährige Männer 2011 ein Gesamteinkommen von durchschnittlich 1.957 Euro je Monat, während Frauen brutto 1.164 Euro zur Verfügung standen. Eine Gegenüberstellung dieser Summe mit den monatlichen Kosten (nur Eigenanteil) für eine stationäre Pflege im Bereich von 1.000 bis 2.000 Euro zeigt, dass die Finanzierung dieser Aufwendungen aus dem laufenden Alterseinkommen nur bedingt möglich ist.

Da viele Pflegebedürftige aufgrund des Rückgangs des Netto-Rentenniveaus im Zeitverlauf über ein geringeres verfügbares Einkommen verfügen werden, werden sie vermehrt auf die Hilfe zur Pflege angewiesen sein. Auf Grundlage der Vorausberechnungen der Bundesregierung im Rentenversicherungsbericht (2014) wird bis zum Jahr 2030 ein weiterer Rückgang des Netto-Rentenniveaus erwartet. Dabei ist zu beachten, dass das Netto-Rentenniveau bei weitem nicht die einzige Einkommensquelle älterer Menschen darstellt. Daher lassen sich mit diesen Zahlen nur begrenzt Rückschlüsse auf das zukünftig verfügbare Einkommen älterer Menschen ziehen. So 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 Versorgungsportfolio im Alter, bestehend aus Renten der Gesetzlichen Rentenversicherung und aus Einkünften einer geförderten zusätzlichen Altersvorsorge, betrachtet wird.

5 Spezifische Herausforderungen der Pflegebranche

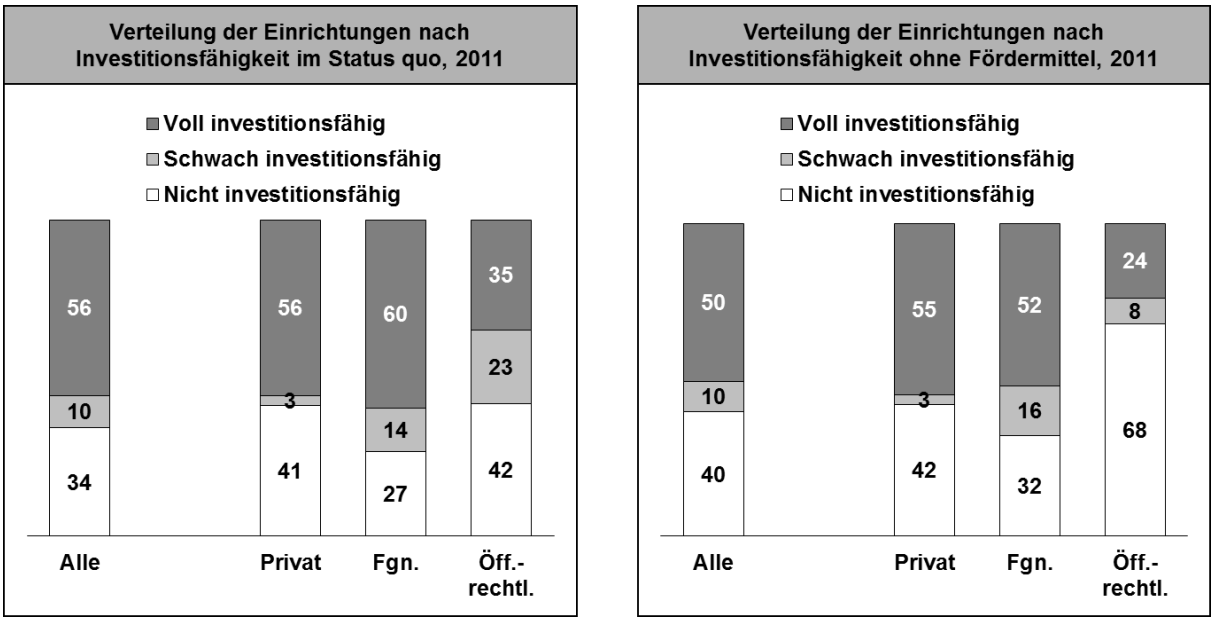
5.1 Investitionsfähigkeit stationärer Einrichtungen

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. 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.

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.

Anhand der Soll-EBITDAR-Marge kann die Investitionsfähigkeit von Pflegeeinrichtungen untersucht werden (Abbildung 5).

Abbildung 5: 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).

Im Jahr 2011 waren im Durchschnitt 56 Prozent der Einrichtungen voll investitionsfähig. Schwach investitionsfähig waren 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.

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).

5.2 Mindestlohn

Seit Januar 2015 gilt flächendeckend für alle Branchen und Berufe der gesetzliche Mindestlohn von 8,50 Euro brutto pro Stunde. 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. Die Mindestlohn-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.

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) sowie Beschäftigte in verschiedenen angegliederten Bereichen. Dennoch können auch die dort tätigen MitarbeiterInnen profitieren, 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.

Das Mindestentgelt für die Pflegebranche ist nicht nur für Vollzeitarbeit, sondern anteilig auch für Arbeitsbereitschaft und Bereitschaftsdienst zu zahlen. LeiharbeitnehmerInnen 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.

Mögliche Auswirkungen des Mindestlohns auf die stationäre Altenpflege sind:

- Produktivitätsdruck bei den Einrichtungen: In der Folge könnten von Trägern und Einrichtungen die ggf. noch verbliebenen Spielräume der Betriebsoptimierung genutzt werden.
- 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.
- Substitution durch Kapital/Pflegehilfsmittel: Bei einem steigenden Personalkostenanteil lohnt sich der vermehrte Einsatz von Technik und Pflegehilfsmitteln.

- 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.
- 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.

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.

6 Prognosen zur Entwicklung des Pflegebedarfs

Die demografische Entwicklung ist die zentrale Ursache für das Wachstum des Pflegemarkts. 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. Während sich die bisher beschriebenen Trends erhöhend auf die Nachfrage auswirken, würde eine Verbesserung des Gesundheitszustandes älterer Menschen diesen Nachfragezuwachs dämpfen.

6.1 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. Tabelle 4 fasst die Annahmen zusammen:

Tabelle 4: 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.

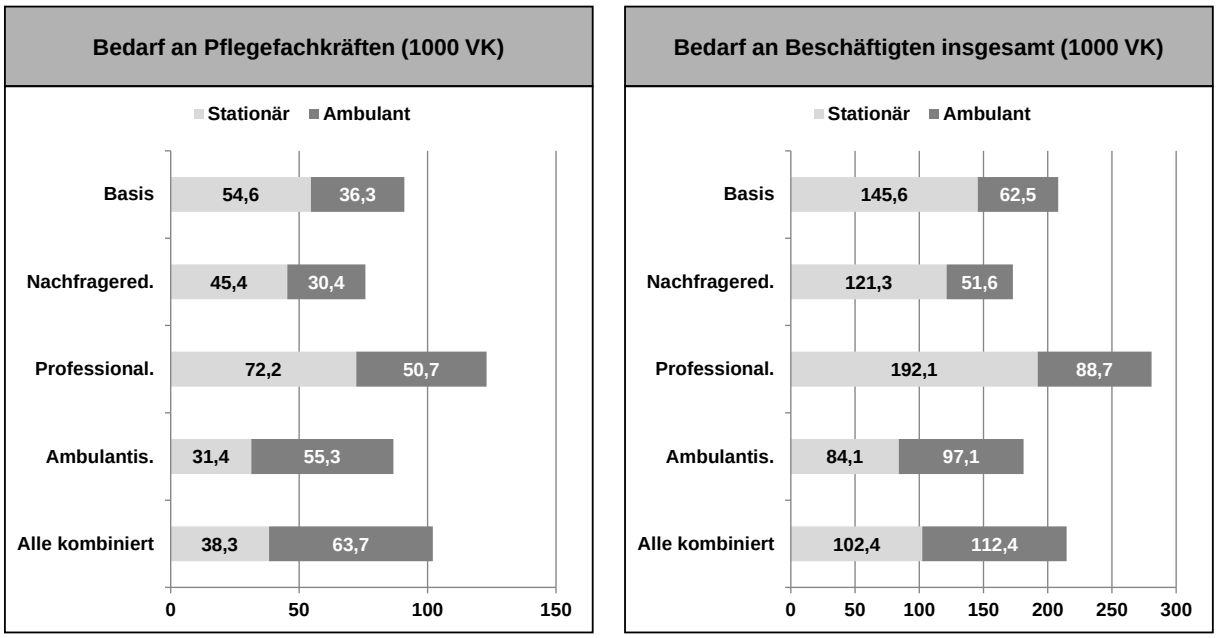
6.2 Ergebnisse des Prognosemodells

Insgesamt wird sich die Zahl der Pflegebedürftigen in Deutschland bis zum Jahr 2030 im Basisszenario um 27 Prozent auf 3,34 Mio. erhöhen. 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. Im Basisszenario werden diese Anteile konstant fortgeschrieben, weshalb sich der Unterschied über die Jahre verstärkt.

Im Basisszenario ergibt sich bis zum Jahr 2030 ein Anstieg an vollstationären Pflegebedürftigen von 32 Prozent auf 1,01 Mio. Treten alle beschriebenen Szenarien zusammen auf, steigt die Zahl der vollstationär Pflegebedürftigen um 22,8 Prozent auf 0,94 Mio. Im Basisszenario steigt die Zahl ambulanter Pflegebedürftiger zwischen 2013 und 2030 um 30,9 Prozent auf 0,81 Mio. Der größte projizierte Anstieg um 54,6 Prozent (0,95 Mio.) ergibt sich im kombinierten Szenario.

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 (Abbildung 6):

Abbildung 6: 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.

Im Basisszenario ergibt sich bis zum Jahr 2030 ein Personalbedarf von 36.000 Pflegefachkräften im ambulanten Bereich und 55.000 Pflegefachkräften im stationären Bereich (jeweils in Vollkräften). Insgesamt werden sogar 63.000 Beschäftigte im ambulanten Bereich und 146.000 Beschäftigte im stationären Bereich benötigt.

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.

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.

7 Regionalanalysen

7.1 Regionalanalysen zu Pflegebedarf, Investitionskosten und Pflegepreise

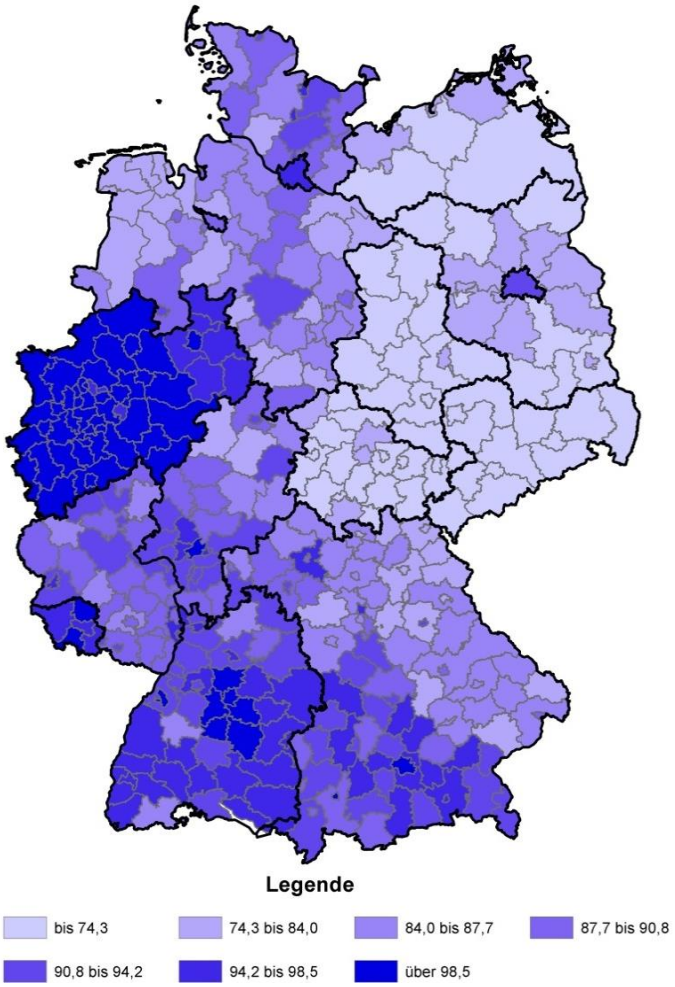
Deutschlandweit liegt der Anteil an stationären Fällen bei 30,6 Prozent. Dabei scheinen Ballungsgebiete tendenziell einen höheren Anteil stationärer Fälle aufzuweisen, ländliche Gebiete dagegen einen niedrigeren Anteil. Besonders auffällig sind die hohen Anteile stationärer Versorgung in ganz Schleswig-Holstein: Dort liegt die bundeslandweite Quote bei über 40 Prozent. Der Abstand zum Bundesland Bayern mit der zweithöchsten Quote (32 Prozent) ist erheblich.

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

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. Bei den Investitionskosten ist Niedersachsen am teuersten. Auch Nordrhein-Westfalen hat relativ hohe Investitionskosten. Allerdings gibt es zum Teil Unterschiede in der Berechnung der Investitionskosten je nach Bundesland, was die Vergleichbarkeit einschränkt.

Abbildung 7 zeigt die regionale Verteilung des Gesamtpreises:

Abbildung 7: 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.

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

7.2.1 Die wirtschaftliche Perspektive: Allgemeine Entwicklung der Bruttoausgaben

Die Spannweite der Bruttoausgaben der Hilfe zur Pflege je Einwohner im Jahr 2013 reicht von 17 Euro (Sachsen) bis 67 Euro je Einwohner (Saarland). Diese Disparitäten werden bestimmt von dem Produkt aus Leistungsdichte (Leistungsempfänger je Einwohner) und der Kostenintensität der Leistungserfüllung (Ausgaben je Leistungsempfänger).

Die Leistungsdichte gemessen als Zahl der Hilfsempfänger je 1.000 Einwohner hat in den vergangenen Jahren erheblich zugenommen. Dabei zeigen sich in Dynamik und Niveau erhebliche Unterschiede. Die Spannweite reicht im Jahr 2012 von 3,7 (Thüringen) bis 6,7 Hilfsempfänger je 1.000 Einwohner (Nordrhein-Westfalen). Mit Ausnahme von Mecklenburg-Vorpommern sind es westdeutsche Flächenländer, die eine überdurchschnittliche Leistungsdichte aufweisen. Die Leistungsdichte hängt natürlich auch davon ab, inwieweit unzureichende Einkommens- und Vermögensverhältnisse des Pflegebedürftigen einen Anspruch auf Hilfe zur Pflege begründen.

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. Dabei ist die Kostenintensität in den ostdeutschen Flächenländern deutlich geringer als in den westdeutschen. Die Entwicklung der Kostenintensität seit 2007 ist recht heterogen.

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. Ein weiterer Grund für die Niveauunterschiede könnte in dem Ort der Leistungserbringung zu sehen sein.

Kommunaler Einfluss in der Altenpflege beschränkt sich seit Einführung der Pflegeversicherung auf wenige direkte, hierarchische Steuerungskompetenzen, die überwiegend bei den freiwilligen Aufgaben anzusiedeln sind. Aus der lokalen Art und Weise der Umsetzung des Grundsatzes „ambulant vor stationär“ resultiert eine regional stark unterschiedliche Struktur der pflegerischen Versorgungsanteile. Die Kommunen verfügen 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 insbesondere aus den sozioökonomischen Rahmenbedingungen.

7.2.2 Die finanzwirtschaftliche Perspektive: Belastung der kommunalen Haushalte

In Bezug auf die Nettoausgaben je Einwohner und die kommunale Haushaltsbelastung zeigt sich ein Ost-West-Gefälle. Die Nettoausgaben je Einwohner sind deutlich niedriger als in den alten Bundesländern, die Belastung der kommunalen Haushalte ebenfalls. Dabei sind 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.

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. 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.

Um den notwendigen Analyseaufwand zu reduzieren bietet sich als Hilfsindikator für die finanzielle Belastung 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 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.

8 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 psychische 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 ausländi-

sche 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 beispielweise 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 zweistelleigen jährlichen Wachstumsraten wachsen (12 Prozent p. a. seit 2003). Die Ergebnisse der Analyse der kommunalen Haushaltsbelas-

tungen 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) führen 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 bis 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 (vergleich 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 Karrieremöglichkeiten 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 be-

trachten, sondern im Zusammenhang mit der gesamten Lebenslage Älterer in den Kommunen, vor allem aber eng verflochten mit der gesundheitlichen Versorgung.

9 Literatur

9.1 Veröffentlichungen

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.

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.

FDZ der Länder – Forschungsdatenzentren der Statistischen Ämter des Bundes und Länder (2011), Nutzung von Mikrodaten der Pflegestatistiken 1999-2009, Projektnummer 1559–2010.

IAB (2015), Viel Varianz. Was man in den Pflegeberufen in Deutschland verdient. Unter: www.iab.de (Januar 2015).

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.

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.

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.

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.) (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.) (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.

9.2 Internetquellen

Bundesagentur für Arbeit (2015), Visualisierung der Engpassanalyse (Online-Tool) www.arbeitsagentur.de (29.07.2015).

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).

DZA (2002), Der Alterssurvey – Gesundheit und Gesundheitsversorgung, Pressetext des BMFSFJ (unter www.dza.de (17.07.2015).

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).

Rentenversicherungsbericht (2014), Rentenversicherungsbericht 2014. Unter: www.bmas.de (23.07.2015).

Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (2015g), Bevölkerung. Unter: www-genesis.destatis.de (abgerufen 08.07.2015).