

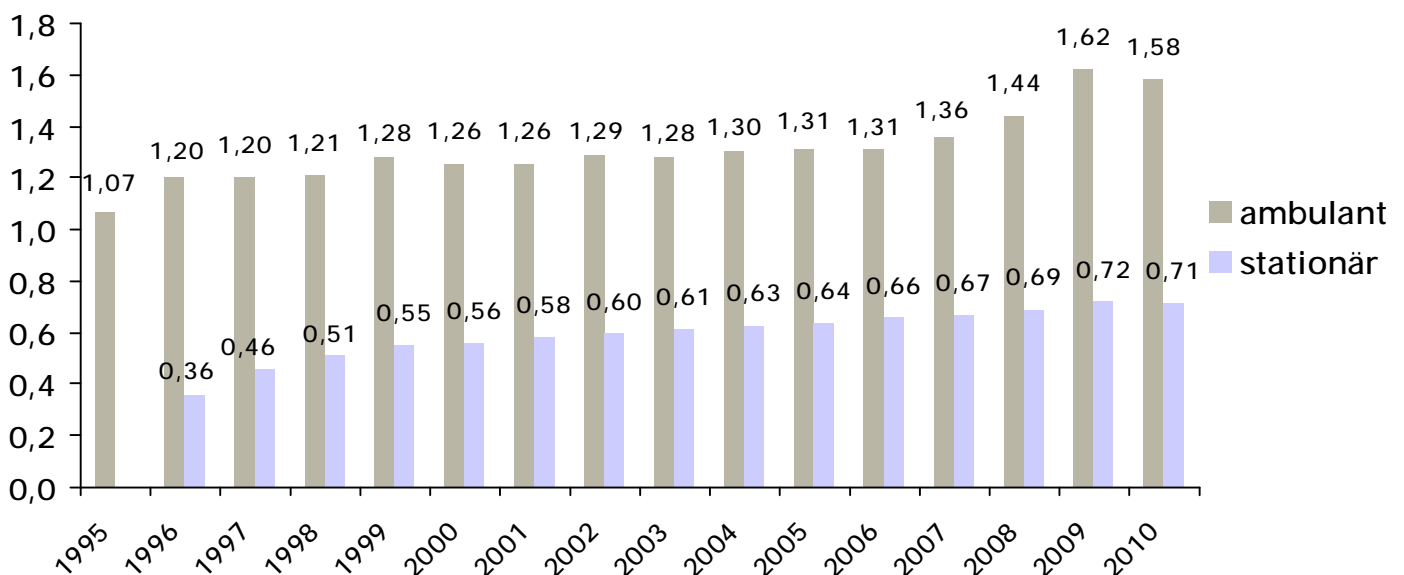
# Kennzahlen zur Pflegeversicherung

September 2011



## Anzahl Pflegebedürftige (Quelle: BMG)

Ende 2010 erhielten 2,29 Millionen Frauen und Männer in Deutschland Leistungen der sozialen Pflegeversicherung. Rund 1,58 Millionen gesetzlich Versicherte werden zu Hause durch Angehörige oder Pflegedienste betreut, rund 710.000 leben in Heimen. Hinzu kommen die Versicherten der privaten Pflegeversicherung. Bei der Einführung der Pflegeversicherung 1995 bezogen etwas über 1 Millionen Menschen Leistungen der Pflegeversicherung.



Angaben in Millionen und ohne die private Pflegeversicherung

Destatis hat den Modellrechnungen zwei Szenarien zugrunde gelegt: das „Status-Quo.Szenario“ und das Szenario „sinkende Pflegequoten“.

In der Basisvariante der Modellrechnung für das Status-Quo-Szenario wird unterstellt, dass die altersspezifischen Pflegequoten künftig identisch mit denen von heute sind. Demnach ergeben sich folgende Prognosen:

# Kennzahlen zur Pflegeversicherung

September 2011



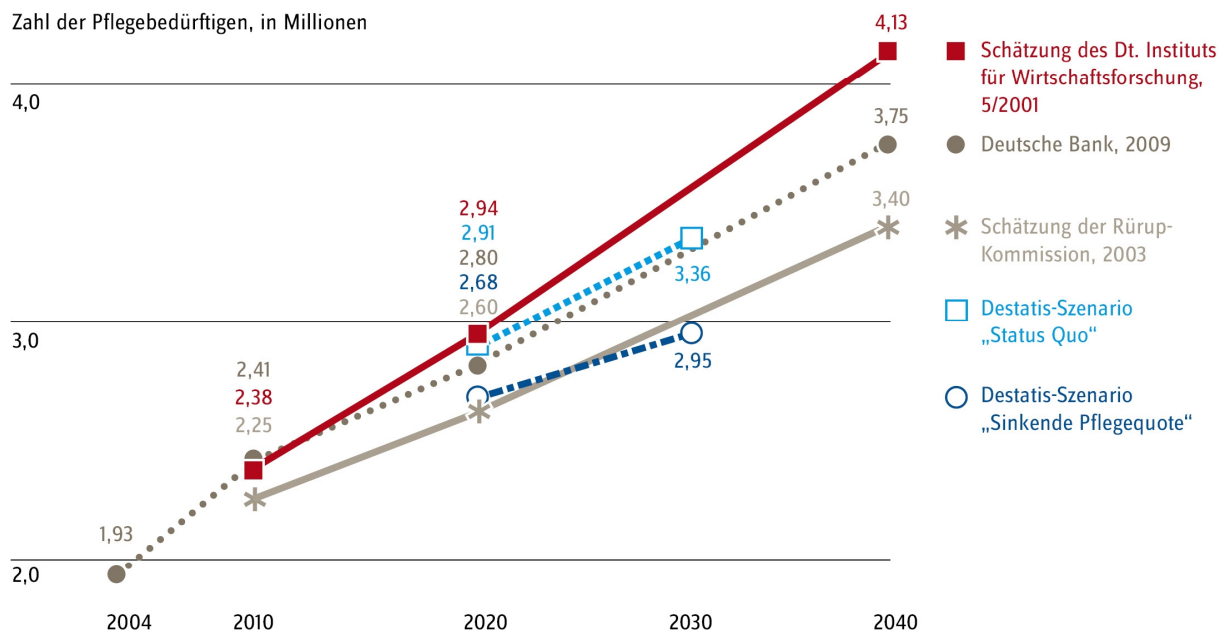
Anstieg der Anzahl der Pflegebedürftigen im Jahr 2020 auf 2,91 und im Jahr 2030 auf ca. 3,36 Mio.

In dem zweiten Szenario „sinkende Pflegequoten“ wird davon ausgegangen, dass durch den medizinisch-technischen Fortschritt auch das Pflegerisiko in den Altersgruppen abnimmt. Als Orientierungsgröße gilt dabei die erwartete Zunahme der Lebenserwartung im jeweiligen Alter – das Pflegerisiko verschiebt sich daher in ein höheres Alter entsprechend der steigenden Lebenserwartung.

Demzufolge wird für das Jahr 2020 eine Anzahl an Pflegebedürftige von 2,68 Mio. und für das Jahr 2030 von ca. 2,95 Mio. prognostiziert.

## Prognosen zur Pflegebedürftigkeit

Zahl der Pflegebedürftigen, in Millionen



## Leistungen der sozialen Pflegeversicherung

Pflegeversicherte haben u. a. Anspruch auf Geld- und/ oder Sachleistungen. Die Sachleistungen umfassen Leistungen wie z. B. die Hilfe durch einen ambulanten Pflegedienst, Tages- und Nachtpflege sowie Kurzzeit- und vollstationäre Pflege.

Diese Leistungen der Pflegeversicherung werden auf Antrag gewährt. Durch Experten des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung wird ein Gutachten über den Grad der Hilfebedürftigkeit erstellt. Die MDK-Gutachter stellen in einem Besuch vor Ort den Zeitbedarf für die persönliche Pflege und die hauswirtschaftlichen Verrichtungen fest. Diese stark an körperlichen Fähigkeiten orientierten Kriterien sollen mit Hilfe eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs reformiert werden.

## Pflegestufen

Die Pflegeversicherung kennt drei Stufen: I, II und III. Die meisten Leistungsempfänger sind in der Pflegestufe I.

Stufe I: 620.000 (1996) auf 1,26 Millionen (2010)

(entspricht ca. 52 %)

Stufe II: 670.000 (1996) auf 750.664 (2010)

(entspricht ca. 31 %)

Stufe III: 256.000 (1996) auf 278.403 (2010)

(entspricht ca. 12 %)

Die Entscheidung zur Einstufung trifft die Pflegekasse unter maßgeblicher Berücksichtigung des Pflegegutachtens des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen. Je nach Pflegestufe bestehen unterschiedliche Leistungsansprüche.

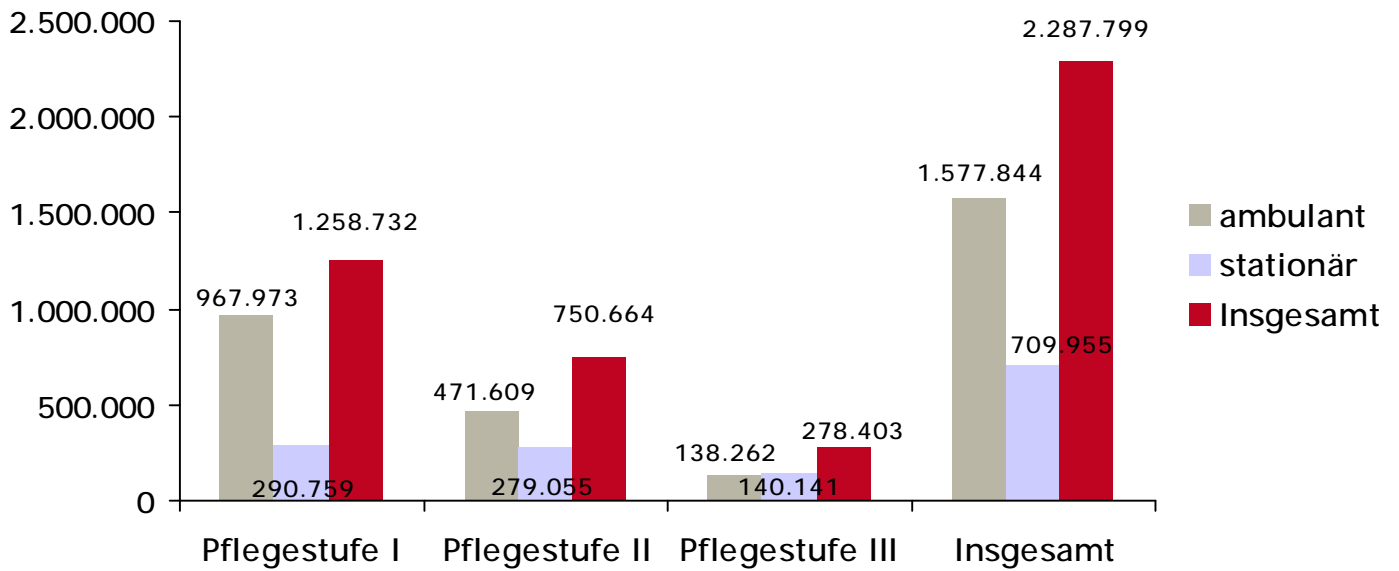
- **Pflegestufe I: erhebliche Pflegebedürftigkeit**  
Rund 1,26 Millionen Versicherte erhielten im Jahr 2010 Leistungen nach dieser Stufe; rund drei Viertel (77 %) werden ambulant versorgt, circa ein Viertel (23 %) in Heimen. Die Hilfebedürftigkeit muss erheblich sein und mindestens 90 Minuten pro Tag umfassen. Auf die Grundpflege (Körperpflege, Ernährung, Mobilität) müssen dabei mehr als 45 Minuten täglich entfallen.
- **Pflegestufe II: schwere Pflegebedürftigkeit**  
Im Jahr 2010 erhielten ungefähr 751.000 Versicherte Leistungen nach dieser Stufe; hier werden etwa zwei Drittel (63 %) ambulant und ein Drittel (37 %) stationär betreut. Die Angewiesenheit auf fremde Hilfe muss relativ groß sein und mindestens 180 Minuten pro Tag umfassen. Auf die Grundpflege müssen dabei mindestens 120 Minuten täglich entfallen.
- **Pflegestufe III: schwerste Pflegebedürftigkeit**  
Ungefähr 278.000 Versicherte erhielten im Jahr 2010 Leistungen nach dieser Pflegestufe; die Menschen werden zu gleichen Anteilen ambulant (50 %) und stationär (50 %) betreut. Der Umfang der Hilfe muss mindestens 300 Minuten pro Tag sein. Der Anteil an der Grundpflege muss dabei mindestens 240 Minuten täglich betragen.
- Wenn der Pflegeaufwand das Maß der Pflegestufe III weit übersteigt, kann ein sogenannter Härtefall vorliegen. Die Pflegekasse kann in diesem Fall im Rahmen der Pflegesachleistung und der vollstationären Pflege weitere Leistungen gewähren.

# Kennzahlen zur Pflegeversicherung

September 2011



## Leistungsberechtigte je Pflegestufen 2010 (Quelle: BMG)

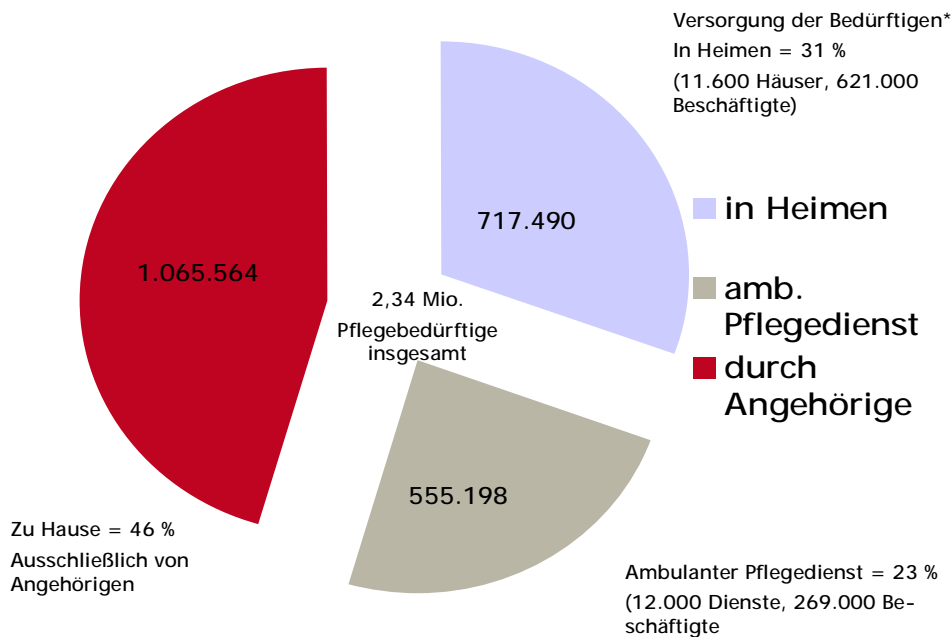


# Kennzahlen zur Pflegeversicherung

September 2011



ambulante / stationäre Pflege (Quelle: Statistisches Bundesamt, \*2009)  
2009 wurden knapp die Hälfte der rund zwei Millionen hilfebedürftigen Menschen in Deutschland zu Hause von ihren Angehörigen versorgt – unabhängig davon, ob sie gesetzlich oder privat versichert sind. Ein kleiner Teil greift auf die Unterstützung der 269.000 professionellen Helfer von ca. 12.000 ambulanten Diensten zurück. Etwa ein Drittel der pflegebedürftigen Frauen und Männer lebt in einem von 11.600 Pflegeheimen, in denen 621.000 Beschäftigte arbeiten.



\*2009; Quelle: Statistisches Bundesamt; gesetzlich und privat Versicherte

# Kennzahlen zur Pflegeversicherung

September 2011



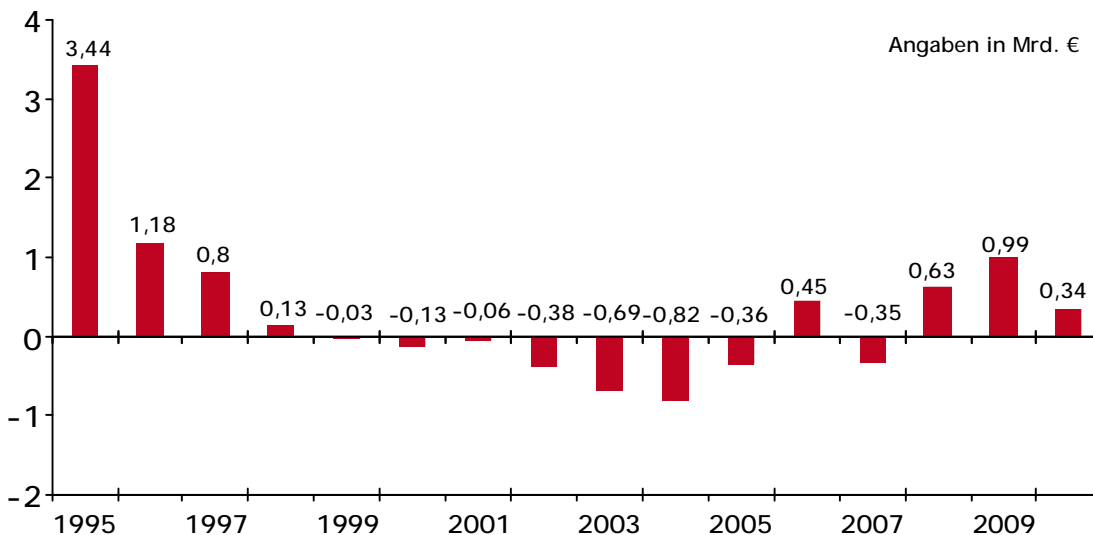
## Leistungsempfänger nach Altersgruppen (Quelle: Stat. Bundesamt)

Im Jahr 2009 war jeder zweite der rund zwei Millionen pflegebedürftigen Menschen 80 Jahre oder älter (50,5%). Etwa ein Drittel der Pflegebedürftigen sind zwischen 60 und 80 Jahren (32%).

Von der sozialen Pflegeversicherung profitieren aber auch Jüngere: Etwa neun Prozent sind zwischen 40 und 60 Jahren; weitere neun Prozent unter 40 Jahren.

## Finanzsituation der Pflegeversicherung (Quelle: BMG)

Seit Einführung der Pflegeversicherung haben sich die Ausgaben von damals fünf Milliarden Euro auf 20,43 Milliarden Euro im Jahr 2010 mehr als verdreifacht. Seit 1999 weist die Pflegeversicherung in der Regel eine negative Entwicklung auf und es wird kontinuierlich auf die in den ersten Jahren aufgebauten Rücklagen zurückgegriffen. 2006 kam es durch einen Buchungseffekt – die Pflegekassen hatten durch ein zeitliches Vorziehen praktisch 13 Monatsbeiträge erhalten – zu einem Überschuss von 450 Millionen Euro. 2008 und 2009 kam es durch die Erhöhung des Beitragssatzes um 0,25 Beitragssatzpunkte zu einem Einnahmeüberschuss von 630 Millionen Euro bzw. 990 Millionen Euro. Im Jahr 2010 wies die Pflegeversicherung einen Überschuss von circa 340 Millionen auf.



# Kennzahlen zur Pflegeversicherung

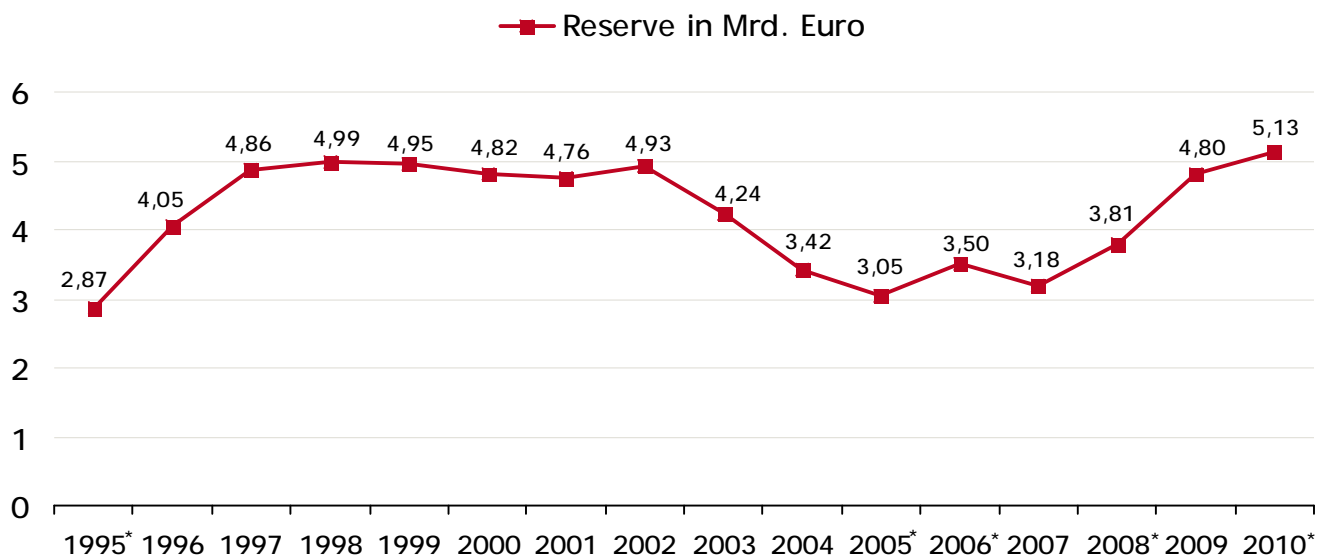
September 2011



## Die Rücklagen als „Sondervermögen“

Das Bundesversicherungsamt verwaltet als Sondervermögen (Ausgleichsfonds) die eingehenden Beiträge u.a. aus den von den Pflegekassen überwiesenen Überschüssen aus Betriebsmitteln und Rücklagen (vgl. § 65 SGB XI i.V.m. §§ 63 und 64 SGB XI). Die Rücklagen der Pflegeversicherung betragen Ende 2010 5,13 Mrd. €. Diese Rücklagen sind im Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung enthalten, der vom Bundesversicherungsamt verwaltet wird. Die Mittel werden angelegt und es werden so Zinsen erwirtschaftet. Die Überschüsse müssen aber immer für den monatlichen Finanzausgleich und dem Jahresfinanzausgleich zwischen den Pflegekassen zur Verfügung stehen.

## Entwicklung der Reserve in der Sozialen Pflegeversicherung



Quelle: BMG; 1995: erste drei Monate der PVS ohne Leistungsausgaben; 2005: Beitragserhöhung für Kinderlose auf 1,95%; 2006: 13 Monate Sondereffekt; 2008: Beitragserhöhung auf 1,95% (Kinderlose 2,2%); 2010: Angabe BMG „Liquide Mittel 2010“



# Kennzahlen zur Pflegeversicherung

September 2011



Ausgaben nach Leistungen (Quelle: PJ1, BMG)

Für Leistungen hat die Pflegeversicherung 2010 insgesamt 20,43 Mrd. Euro ausgegeben (2000: 15,9 Mrd. Euro, 1997: 14,34 Mrd. Euro). Einige Leistungsbereiche im Detail:

## vollstationäre Pflege:

2010: 10,3 Mrd. Euro; 2000: 7,7 Mrd. Euro; 1997: 6,5 Mrd. Euro

## ambulante Pflege:

2010: 10,20 Mrd. Euro; 2000: 8,2 Mrd. Euro; 1997: 7,8 Mrd. Euro

## Geldleistung:

2010: 4,67 Mrd. Euro; 2000: 4,2 Mrd. Euro; 1997: 4,3 Mrd. Euro

## Pflegesachleistung:

2010: 2,91 Mrd. Euro; 2000: 2,2 Mrd. Euro; 1997: 1,8 Mrd. Euro

## Pflegeurlaub:

2010: 0,40 Mrd. Euro; 2000: 0,1 Mrd. Euro; 1997: 0,05 Mrd. Euro

## Tages-/Nachtpflege:

2010: 0,18 Mrd. Euro; 2000: 0,06 Mrd. Euro; 1997: 0,04 Mrd. Euro

## Kurzzeitpflege:

2010: 0,34 Mrd. Euro; 2000: 0,14 Mrd. Euro; 1997: 0,1 Mrd. Euro

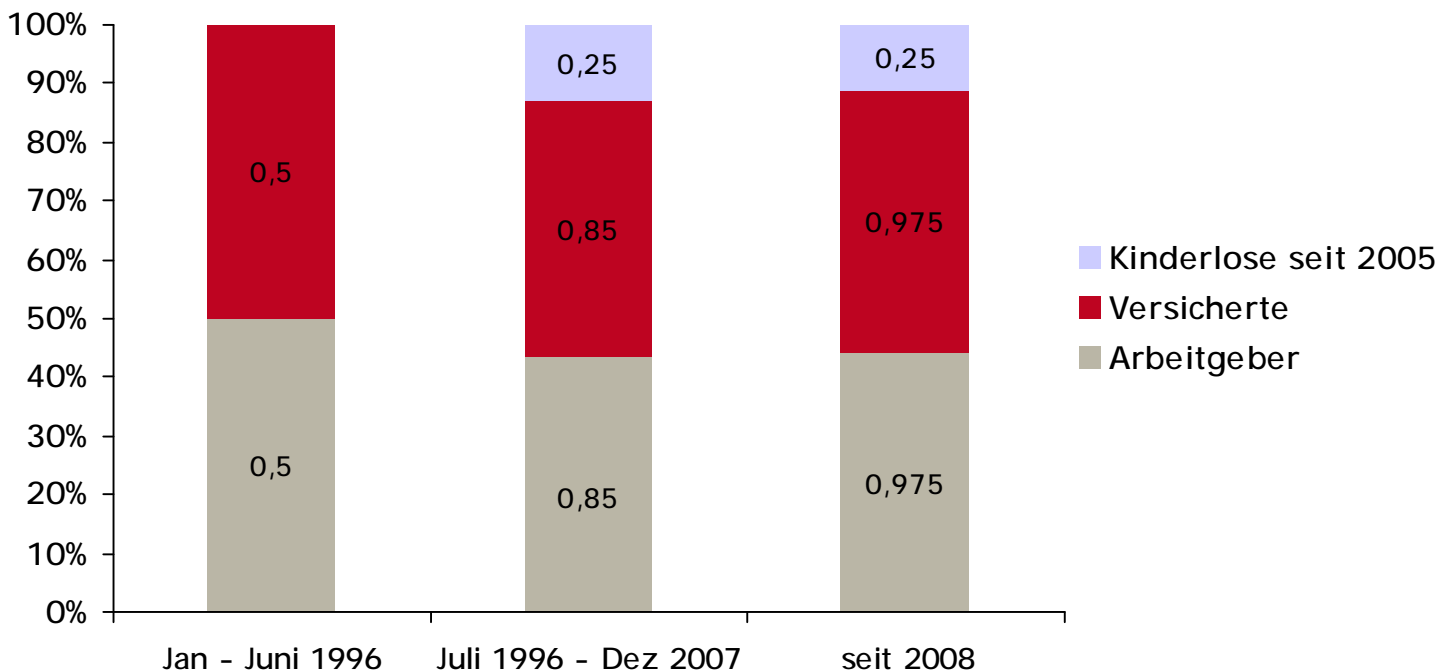
# Kennzahlen zur Pflegeversicherung

September 2011



## Beitragssatz

Für gesetzlich Versicherte beträgt der Beitragssatz ab 1. Juli 2008 1,95 % (zuvor 1,7 %) vom Bruttobetrag des Arbeitsentgelts oder der Rente – jedoch nur bis zum Höchstbetrag für die Krankenversicherung, im Jahr 2010 monatlich 3750 €, und derzeit monatlich 3712,50 €. Familienangehörige sind beitragsfrei mitversichert, wenn in der Krankenkasse ein Anspruch auf Familienversicherung besteht. Rentner tragen seit dem 1. April 2004 den Beitrag zur Pflegeversicherung allein; davor erhielten sie 50 % Beitragszuschuss vom Träger der Rentenversicherung. Kinderlose Mitglieder der GKV (ab dem 23. Lebensjahr, jedoch nicht vor 1940 geboren) zahlen seit 2005 zusätzlich pro Monat 0,25 Beitragssatzpunkte. Die Beiträge werden paritätisch von Arbeitgebern und Arbeitnehmern finanziert\*, den Zuschlag für Kinderlose tragen die Versicherten alleine.



\* Ausnahme Sachsen hier beträgt der Arbeitgeber-Anteil zur Pflegeversicherung ab 1.07.2008 = 0,475 % dafür ist der Feiertag Buß- und Betttag erhalten geblieben

# Kennzahlen zur Pflegeversicherung

September 2011



Personengruppe	Beitragssätze ab 1. Juli 2008	
	Versicherte	Arbeitgeber/ Träger
GKV-Pflichtversicherte (außer Sachsen)	0,975 %	0,975 %
GKV-Pflichtversicherte Sachsen (Buß- und Bettag erhalten geblieben)	1,475 %	0,475 %
Familienversicherte	0,000 %	0,000 %
Rentner	1,950 %	0,000 %
Freiwillig gesetzliche Versicherte Angestellte	1,975 %	0,975 %
Freiwillig gesetzliche Versicherte Freiberufler	1,950 %	0,000 %
Kinderlose (seit 2005 zusätzlich)	0,250 %	0,000 %

## Pflegereform

Durch die Pflegereform 2008 (Pflege-Weiterentwicklungsgesetz) sind wichtige Leistungen verbessert worden wie z. B.:

- Schrittweise Anhebung der ambulanten und stationären Leistungen
- Verbesserung für Menschen mit eingeschränkter Alltagskompetenz (z.B. dementiell erkrankte Personen)
- Verbesserung bei Tages- und Nachpflege
- Stärkung von Prävention und Reha
- Ausbau der Pflegeberatung (Fallmanagement, Pflegestützpunkte),
- Pflegezeit
- Schnellere Verwaltungsverfahren (u. a. Entscheidung bei Antragstellung innerhalb von fünf Wochen; Begutachtung durch den MDK innerhalb von zwei Wochen)

Aber:

- Keine Finanzreform!
- Ab 2014 prüft Bundesregierung alle drei Jahre, ob eine Dynamisierung der Leistungshöhe notwendig ist und wie hoch sie ggf. ausfällt.
- Realwert der Pflegeleistung erreicht heute nicht den Stand von 1995.
- Neuer Pflegebedürftigkeitsbegriff wurde von der Pflegereform abgekoppelt.

Zusätzliche Betreuung für Pflegebedürftige mit erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf in Heimen (§ 87b SGB XI)

Im Juli 2011 hatten über 9.177 Pflegeheime Zuschlagsvereinbarungen abgeschlossen. Daraus lässt sich ableiten, dass bereits 11.000 zusätzliche Betreuungskräfte (bezogen auf Vollzeitstellen) im Einsatz sind.

Landesweite Regelungen gibt es seit Anfang 2009 in neun Bundesländern (BaWü, Berlin, Brandenburg, Bremen, Hamburg, Hessen, Meck-Pomm, NRW und Saarland). In den anderen Bundesländern gibt es Einzelverträge und Verhandlungen. Im Durchschnitt gibt es Vergütungszuschläge von rund 96 Euro pro Monat (Bandbreite je Bundesland von rund 50 Euro bis rund 120 Euro). Die Zahl der eingestellten Betreuungskräfte schwankt pro Bundesland zwischen 214 in Hamburg und 3.557 in Nordrhein-Westfalen.

## Kennzahlen zur Pflegeversicherung

September 2011



### Pflegestützpunkte (§ 92c SGB XI)

Beim GKV-Spitzenverband wurde im Juli 2009 der erste Antrag auf Förderung des Aufbaus eines Pflegestützpunktes eingereicht. Hinsichtlich der Pflegestützpunkte wurden bis Ende Juni 2011 rd. 116 Pflegestützpunkte gefördert. Derzeit werden noch eine Vielzahl an Anträgen bearbeitet, so dass voraussichtlich 330 Pflegestützpunkte gefördert werden. Im Rückschluss kann nicht davon ausgegangen werden, dass es nur 330 Pflegestützpunkte in den Bundesländern gibt, da nur die Beantragung einer finanziellen Förderung über den GKV-Spitzenverband laufen wird.

Finanzielle Hilfen zum Aufbau von Pflegestützpunkten waren an bestimmte Bedingungen geknüpft (oberste Landesbehörde muss Bestimmung treffen, die Träger der Pflegestützpunkte müssen einen Vertrag geschlossen haben, eingebunden werden sollen die kommunalen Alten- und Sozialhilfestellen). Bis zum 30. Juni 2011 stand eine Gesamtförderung von 60 Millionen Euro aus dem Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung zur Verfügung. Der Höchstbetrag je Pflegestützpunkt betrug 50.000 Euro (45.000 + 5000 Euro, wenn Selbsthilfe integriert wird.)

### MDK Qualitätsprüfungen von Pflegeheimen (Qualitätstransparenz nach der Qualitätsprüfungs-Richtlinie)

Seit dem 1. Juli 2009 überprüft der Medizinische Dienst der Krankenkassen Pflegeheime und ambulante Pflegedienste auf ihre Qualität und weist diese über ein Notensystem aus. Nach und nach sollen so alle Pflegeeinrichtungen in Deutschland bewertet werden.

# Kennzahlen zur Pflegeversicherung

September 2011



Grundlage für dieses neue Notensystem ist die Pflegereform aus dem Jahr 2007, die seit dem Sommer 2008 schrittweise umgesetzt wird.

Die Noten für Pflegeheime setzen sich aus insgesamt 82 Einzelbewertungen zusammen. Bei den unangekündigten Überprüfungen werden die Heime in den Bereichen „Pflege und medizinische Versorgung“, „Umgang mit demenzkranken Bewohnern“, „soziale Betreuung und Alltagsgestaltung“, „Wohnen, Verpflegung, Hauswirtschaft und Hygiene“ bewertet. Den Schwerpunkt bildet dabei der Bereich „Pflege und medizinische Versorgung“.

Die Noten für Pflegedienste setzen sich aus 49 Einzelbewertungen zusammen. Auch hier erfolgt die Prüfung unangemeldet. Der Schwerpunkt der Prüfung liegt auf dem Bereich „pflegerische Leistungen“. Hinzu kommen die Ergebnisse der Themen „ärztlich verordnete pflegerische Leistungen“ sowie „Dienstleistung und Organisation“.

Sowohl bei Heimbewohnern als auch bei Kunden von Pflegediensten wird die Zufriedenheit erfasst. Allerdings fließen diese Angaben nicht in die Gesamtnote ein, sondern werden separat ausgewiesen.

Im Jahr 2010 haben die Vertragspartner der Pflegenoten - der GKV-Spitzenverband, die maßgeblichen Verbände der Pflegeanbieter, die kommunalen Spitzenverbände und die Träger der Sozialhilfe - über zehn Monate über eine Weiterentwicklung der Pflegenoten verhandelt. Obwohl die Mehrheit der Vertragspartner eine Anpassung der Prüfkriterien in besonders relevanten Pflegebereichen unterstützte, scheiterte das Projekt Ende November 2010 an der Blockadehaltung zweier kleiner Pflegever

bände. Sie lehnten eine Änderung komplett ab. Seit August 2011 können die Vertragsparteien die Schiedsstelle anrufen, wenn kein Einvernehmen über die Weiterentwicklung der Pflege-Transparenzvereinbarungen möglich ist.

Ziel des GKV-Spitzenverbandes ist es, die Ergebnisqualität in den besonders wichtigen Bereichen Ernährungszustand, Flüssigkeitsversorgung und Wundliegen (Dekubitus) deutlicher hervorzuheben. Bei mangelhaften Ergebnissen wäre es zu einer Abwertung gekommen. Außerdem sollte der tatsächliche Zustand des Pflegebedürftigen stärker neben der Pflegedokumentation in die Bewertung einfließen. Für den Verbraucher wäre damit die Entscheidung für oder gegen ein Heim klarer und übersichtlicher geworden. Mehr dazu unter [www.pflegenoten.de](http://www.pflegenoten.de)

### Pflegebedürftigkeitsbegriff (§ 14 SGB XI)

Laut Koalitionsvertrag der Bundesregierung soll der Pflegebedürftigkeitsbegriff weiterentwickelt werden. Kritik macht sich an einer zu engen, somatischen Ausrichtung des Begriffs fest. Damit werden wesentliche Aspekte insbesondere bei Menschen mit eingeschränkter Alltagskompetenz, zu wenig berücksichtigt.

Erste Vorschläge hatte der Beirat zur Weiterentwicklung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs im Dezember 2008 unterbreitet und im Februar 2009 als Abschlussbericht der Bundesgesundheitsministerin übergeben. Kernpunkte sind eine Erfassung des Grads an selbstständigem Leben statt Ausrichtung auf Defizite, Ausweitung der Pflegestufen von drei auf fünf sowie Einführung eines neuen Begutachtungsassessments. Die Politik muss nun entscheiden, welche Vorschläge aufgegriffen werden, welche Kosten dadurch entstehen und wie diese finanziert werden sollen.

# Kennzahlen zur Pflegeversicherung

September 2011



## Einführung der Pflegeversicherung

Die Pflegeversicherung wurde zum 1. Januar 1995 unter der damaligen CDU-Regierung mit dem Sozialgesetzbuch XI (SGB XI) eingeführt („Gesetz zur sozialen Absicherung des Risikos der Pflegebedürftigkeit, Pflegeversicherungsgesetz“). Sie bildet die „fünfte Säule“ der Sozialversicherung nach Kranken-, Berufsunfall-, Renten- und Arbeitslosenversicherung.

## Ziel

Sie soll das finanzielle Risiko der Pflegebedürftigkeit absichern und den Hilfebedürftigen ein möglichst selbstständiges und selbstbestimmtes Leben ermöglichen.

## Träger

Die Träger der Pflegeversicherung sind die Pflegekassen, die bei den Krankenkassen errichtet werden, ihre Aufgaben jedoch in eigener Verantwortung als Körperschaften des öffentlichen Rechts wahrnehmen.

## GKV-Spitzenverband

Der GKV-Spitzenverband übernimmt zentrale Aufgaben für die Weiterentwicklung von Qualität und Transparenz in der Pflege. Er entwickelt zum Beispiel zusammen mit den Leistungserbringern Expertenstandards, ist aktiv an der laienverständlichen Kennzeichnung von Ergebnissen der MDK-Qualitätsprüfberichten und deren Veröffentlichung beteiligt und unterstützt organisatorisch den Aufbau von Pflegestützpunkten.

## Umlagefinanzierte verpflichtende Teilkaskoversicherung

GKV-Versicherte sind automatisch in die soziale Pflegeversicherung einbezogen. Im Gegensatz zur gesetzlichen Krankenversicherung übernimmt die soziale Pflegeversicherung nicht alle anfallenden Pflegekosten, sondern nur einen Teil.