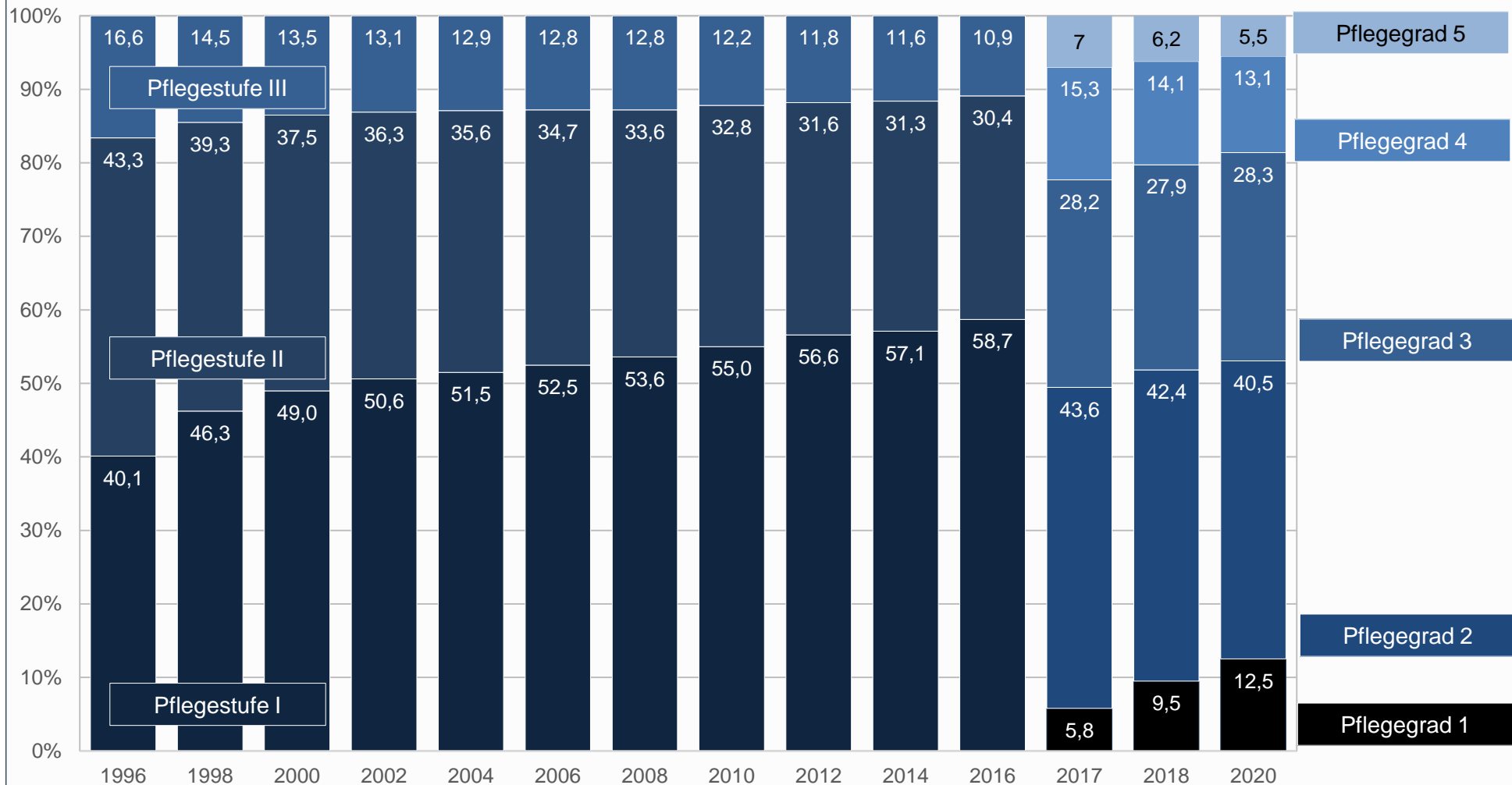


■ Leistungsempfänger*innen der Sozialen Pflegeversicherung 1996 - 2020 nach Pflegestufen und -graden, in % aller LeistungsempfängerInnen, am Jahresende



* Soziale Pflegeversicherung
Quelle: Bundesministerium für Gesundheit (zuletzt 2021): Statistiken zur Pflegeversicherung

Leistungsempfänger*innen der Sozialen Pflegeversicherung nach Pflegegraden und -stufen in %, 1996 - 2020

Ende 2020 haben etwa 4,3 Mio. Personen Leistungen der Sozialen Pflegeversicherung erhalten. Voraussetzung für die Bewilligung von Leistungen durch die Pflegekasse ist die Feststellung von „Pflegebedürftigkeit“ im Sinne des Gesetzes. Erforderlich ist dafür eine Antragstellung. Bei der durch einen Leistungsbescheid anerkannten Schwere der Pflegebedürftigkeit wird seit 2017 nach fünf Pflegegraden unterschieden. Die Zuordnung zu den Pflegegraden beruht auf der Entscheidung der Pflegekasse auf der Grundlage der Begutachtung durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MdK).

Die Abbildung lässt erkennen, dass im Jahr 2020 der weit überwiegende Teil der Pflegebedürftigen (70,3 %) den mittleren Pflegegraden 2 (40,5 %) und 3 (28,3 %) zugeordnet ist. Gegenüber 2017 zeigen sich nur leichte Abweichungen. Eine Ausnahme macht der Pflegegrad 1: Der Anteil der hier eingestufteten Pflegebedürftigen steigt von 5,8 % (2017) auf 12,5 % (2020). Unterscheidet man nach den Versorgungsformen, so konzentrieren sich die Schwerstpflegebedürftigen (Pflegegrad 5) auf die stationäre Unterbringung, während die Pflegebedürftigen mit einem niedrigen Pflegegrad mehrheitlich häuslich gepflegt werden. Das betrifft vor allem Personen mit dem Pflegegrad 1.

Grad der Pflegebedürftigkeit

Erfasst werden in der Pflegestatistik die Personen, die Leistungen der Pflegeversicherung (SGB XI) erhalten. Die nach Antragstellung und durch einen Leistungsbescheid anerkannte Schwere der Pflegebedürftigkeit ist zugleich maßgeblich für die Höhe der Leistung. In der Praxis erfolgt die offizielle Feststellung von leistungsauslösender Pflegebedürftigkeit im Rahmen eines Assessments durch Gutachter*innen des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen. Damit ist die Leistungsvoraussetzung an die Kostenträger gebunden und nicht – wie in der Gesetzlichen Krankenversicherung – an die Leistungsanbieter, d.h. an die behandelnden Ärzte.

Der Pflegebedürftigkeitsbegriff von 2017 hat das seit 1995 geltende, ausschließlich verrichtungsbezogene Pflegebedürftigkeitskonzept abgelöst. Bezugsgröße war bislang die Schwere der Hilfebedürftigkeit bei „gewöhnlich und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen des täglichen Lebens“. Diese Verrichtungsorientierung hat dazu geführt, dass die Belange von Menschen mit kognitiven Einschränkungen, wie z.B. Demenzen nicht angemessen berücksichtigt wurden. So können Demenzkranke beispielsweise noch sehr lange Verrichtungen des täglichen Lebens selbst durchführen, aber sich und andere durch unachtsamen Umgang oder Vergesslichkeit gefährden oder Weglauftendenzen zeigen.

Eckpfeiler des ab 2017 geltenden Pflegebedürftigkeitsbegriffs ist eine Sicht von Pflegebedürftigkeit, die an den Bedürfnissen jedes einzelnen Menschen, an seiner individuellen Lebenssituation und an seinen individuellen Beeinträchtigungen und Fähigkeiten ausgerichtet ist. Sie orientiert sich anhand eines umfassenden und differenzierten Kriterienkatalogs in sechs Lebensbereichen am Ausmaß der Selbstständigkeit des Pflegebedürftigen und bezieht körperliche, kognitive und psychische Beeinträchtigungen anhand einer pflegewissenschaftlich begründeten Gewichtung ein.

- Mobilität (z.B. Fortbewegen innerhalb des Wohnbereichs, Treppensteigen etc.): 10%;
- Kognitive und kommunikative Fähigkeiten (z.B. z.B. örtliche und zeitliche Orientierung etc.): 15%;
- Verhaltensweisen und psychischen Problemlagen (z.B. nächtliche Unruhe, selbstschädigendes und autoaggressives Verhalten): 15%;
- Selbstversorgung (z.B. Körperpflege, Ernährung etc.; hierunter wurde bisher die "Grundpflege" verstanden): 40%;
- Bewältigung von und selbständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen (z.B. Medikation, Wundversorgung, Arztbesuche, Therapieeinhaltung): 20%;
- Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte: 15%.

Zur Ermittlung eines Pflegegrades werden die bei der Begutachtung festgestellten Einzelpunkte in fünf Modulen addiert und - unterschiedlich gewichtet - in Form einer Gesamtpunktzahl abgebildet. Aufgrund dieser wird der/die Pflegebedürftige in einen von fünf Pflegegraden eingestuft:

- Pflegegrad 1: geringe Beeinträchtigung der Selbstständigkeit (ab 12,5 bis unter 27 Gesamtpunkte);
- Pflegegrad 2: erhebliche Beeinträchtigung der Selbstständigkeit (ab 27 bis unter 47,5 Gesamtpunkte);
- Pflegegrad 3: schwere Beeinträchtigung der Selbstständigkeit (ab 47,5 bis unter 70 Gesamtpunkte);
- Pflegegrad 4: schwerste Beeinträchtigung der Selbstständigkeit (ab 70 bis unter 90 Gesamtpunkte);
- Pflegegrad 5: schwerste Beeinträchtigung der Selbstständigkeit mit besonderen Anforderungen an die pflegerische Versorgung (ab 90 bis 100 Gesamtpunkte).

Pflegestufen

Die bis Ende 2016 praktizierte Zuordnung der Pflegebedürftigen nach Pflegestufen erfolgte grundsätzlich nach der Häufigkeit, der täglichen Dauer und der Art der benötigten Hilfe. Leistungsberechtigt waren Personen, die nach der Legaldefinition des Gesetzes (SGB XI, § 14) „pflegebedürftig“ sind. Sozialgesetzbuch XI, § 14: „(1) Pflegebedürftig im Sinne dieses Buches sind Personen, die wegen einer körperlichen, geistigen oder seelischen Krankheit oder Behinderung für die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, in erheblichem oder höherem Maße (§ 15) der Hilfe bedürfen.“

Methodische Hinweise

Die Daten entstammen der Pflegeversicherungsstatistik des Bundesministeriums für Gesundheit. Es handelt sich um Jahresendzahlen.