



## *Edition*

---

Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse, Band 73

Heinz Rothgang

Dawid Kulik

Rolf Müller

Rainer Unger

# GEK-Pflegereport 2009

Schwerpunktthema: Regionale Unterschiede in der pflegerischen Versorgung

Schwäbisch Gmünd

November 2009



## *Edition*

---

Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse, Band 73

### **GEK-Pflegereport 2009**

#### **Bibliografische Information der Deutschen Bibliothek**

Die Deutsche Bibliothek verzeichnet diese Publikation in der deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet unter <http://dnb.ddb.de> abrufbar.

Herausgeber: GEK – Gmünder ErsatzKasse  
Gottlieb-Daimler-Straße 19  
73529 Schwäbisch Gmünd  
Telefon (07171) 801-0  
<http://www.gek.de>

Autoren: Heinz Rothgang, Dawid Kulik, Rolf Müller, Rainer Unger  
Zentrum für Sozialpolitik (ZeS),  
Abteilung Gesundheitsökonomie, Gesundheitspolitik und  
Versorgungsforschung  
Universität Bremen  
Parkallee 39  
28209 Bremen.  
<http://www.zes.uni-bremen.de>

Verlag Asgard-Verlag  
Einsteinstraße 10  
53757 St. Augustin

ISBN 978-3-537-44073-0

Das Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung des Herausgebers unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmung und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

# Inhalt

<b>ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS</b>	<b>7</b>
<b>VORWORT</b>	<b>9</b>
<b>1 ZUSAMMENFASSUNG</b>	<b>11</b>
<b>1.1 Weiterentwicklung der Pflegeversicherung</b>	<b>11</b>
1.1.1 Pflege-Weiterentwicklungsgegesetz	11
1.1.2 Pflegebedürftigkeitsbegriff	12
<b>1.2 Pflege im Spiegel amtlicher Statistiken und anderer Datenquellen</b>	<b>13</b>
1.2.1 Allgemeine Entwicklung	13
1.2.2 Die Entwicklung von Prävalenzen und Inzidenzen	13
1.2.3 Die Pflegepersonen	14
1.2.4 Die stationären Pflegeeinrichtungen und die Heimentgelte	15
1.2.5 Die ambulanten Pflegeeinrichtungen	15
1.2.6 Finanzierung der Pflegebedürftigkeit	16
<b>1.3 Eintritt, Verlauf und Wandel von Pflegebedürftigkeit</b>	<b>16</b>
1.3.1 Wer wird pflegebedürftig? Charakterisierung der inzidenten Fälle	16
1.3.2 Inzidenzen und der Wandel von Pflegebedürftigkeit	17
1.3.3 Einflussfaktoren für den Eintritt in die Pflegebedürftigkeit	17
1.3.4 Inzidenzen des Heimeintritts	18
1.3.5 Einflussfaktoren für den Eintritt ins Pflegeheim	18
1.3.6 Pflegehäufigkeit im Lebensverlauf (vor dem Tod)	18
1.3.7 Lebenserwartung in und ohne Pflegebedürftigkeit	19
1.3.8 Pflegezeiten in Pflegestufen	19
1.3.9 Pflegezeiten in Pflegearrangements	19
1.3.10 Überlebenszeit in Pflegebedürftigkeit	20
1.3.11 Wechsel der Pflegestufen	20
1.3.12 Wechsel der Pflegearrangements	20
1.3.13 Sequenzen der Pflegestufen	21
1.3.14 Sequenzen der Pflegearrangements	21
1.3.15 Konsequenzen der Eintrittswahrscheinlichkeiten und der Verläufe	22
<b>1.4 Regionale Unterschiede in der Versorgung</b>	<b>22</b>
1.4.1 Regional differenzierter Pflegemarkt	22
GEK-Edition	3

1.4.2	Regionale medizinische Versorgung	23
<b>2</b>	<b>EINLEITUNG</b>	<b>27</b>
<b>3</b>	<b>DIE WEITERENTWICKLUNG DER PFLEGEVERSICHERUNG 2008/09</b>	<b>29</b>
<b>3.1</b>	<b>Pflege-Weiterentwicklungsgesetz</b>	<b>29</b>
3.1.1	Pflegestützpunkte	30
3.1.2	Leistungsdynamisierung	33
3.1.3	Finanzierung	38
<b>3.2</b>	<b>Bericht des Beirats zur Überprüfung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs</b>	<b>41</b>
<b>4</b>	<b>PFLEGE IM SPIEGEL AMTLICHER STATISTIKEN UND ANDERER DATENQUELLEN</b>	<b>45</b>
<b>4.1</b>	<b>Sozialwissenschaftliche Studien zur Pflegebedürftigkeit</b>	<b>45</b>
4.1.1	SHARE („Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe“)	45
4.1.2	EUROFAMCARE („Services for Supporting Family Carers of Elderly People in Europe: Characteristics, Coverage and Usage“)	47
4.1.3	LEILA75+	48
4.1.4	LEANDER („Belastung pflegender Angehöriger von demenziell Erkrankten“)	49
<b>4.2</b>	<b>Die Statistik der Pflegekassen und die Pflegestatistik</b>	<b>50</b>
<b>4.3</b>	<b>Die Entwicklung der Zahl der Pflegebedürftigen</b>	<b>51</b>
4.3.1	Die Entwicklung der Zahl der Pflegebedürftigen nach Pflegestufen	51
4.3.2	Die Entwicklung der Zahl der Pflegebedürftigen nach Leistungsarten	56
4.3.3	Die Entwicklung der Zahl der Pflegebedürftigen nach Leistungsarten und Pflegestufe	59
<b>4.4</b>	<b>Die Prävalenz von Pflegebedürftigkeit</b>	<b>66</b>
4.4.1	Die Entwicklung der Prävalenzen	66
4.4.2	Alters- und Geschlechtsunterschiede	74
<b>4.5</b>	<b>Wege in die und aus der Pflege: Inzidenzen und die Reversibilität von Pflegebedürftigkeit</b>	<b>75</b>
4.5.1	Entwicklung der Begutachtungen	76
4.5.2	Entwicklung der Inzidenzen und die Reversibilität von Pflegebedürftigkeit	78

<b>4.6 Die Pflegepersonen</b>	<b>81</b>
4.6.1 Pflegepersonen in den Daten der deutschen Rentenversicherung	83
4.6.2 Pflegepersonen in den Daten des Sozio-ökonomischen Panels	85
4.6.3 Das zukünftige Pflegepotential	88
<b>4.7 Die stationären Pflegeeinrichtungen</b>	<b>90</b>
<b>4.8 Heimentgelte</b>	<b>94</b>
<b>4.9 Ambulante Pflegedienste</b>	<b>98</b>
<b>4.10 Entgelte für ambulante Pflege</b>	<b>101</b>
<b>4.11 Finanzierung der Pflegebedürftigkeit</b>	<b>102</b>
4.11.1 Die Finanzentwicklung der gesetzlichen Pflegeversicherung	102
4.11.2 Die Finanzierung von Pflegebedürftigkeit durch die private Pflegeversicherung	106
4.11.3 Die Finanzierung von Pflegebedürftigkeit durch die Sozialhilfe	107
4.11.4 Die Finanzierung von Pflegebedürftigkeit durch die Kriegsopferfürsorge	109
4.11.5 Die Finanzierung von Pflegebedürftigkeit im Überblick	110
<b>5 EINTRITT, VERLAUF UND WANDEL VON PFLEGEBEDÜRFIGKEIT</b>	<b>113</b>
<b>5.1 Datenbasis für die Analyse der Pflegebedürftigkeit</b>	<b>114</b>
5.1.1 Beschreibung der GEK-Routinedaten	114
5.1.2 Variablenkonstruktion und Selektionen	115
5.1.3 Zur Repräsentativität der GEK-Routinedaten	117
5.1.4 Grundauszählungen der differenzierenden Merkmale	121
<b>5.2 Wer wird pflegebedürftig?</b>	<b>123</b>
5.2.1 Charakterisierung der inzidenten Fälle	125
5.2.2 Inzidenzen und Wandel von Pflegebedürftigkeit	127
5.2.3 Einflussfaktoren für den Eintritt in die Pflegebedürftigkeit	132
5.2.4 Inzidenzen des Heimeintritts	134
5.2.5 Einflussfaktoren für den Eintritt ins Pflegeheim	138
5.2.6 Pflegehäufigkeit im Lebensverlauf	140
5.2.7 Lebenserwartung in und ohne Pflegebedürftigkeit	143
5.2.8 Fazit zum Pflegebeginn und zur Ereigniswahrscheinlichkeit von Pflegebedürftigkeit	146
<b>5.3 Pflegebedürftig! Und dann?</b>	<b>147</b>

5.3.1	Pflegezeiten in Pflegestufen	148
5.3.2	Pflegezeiten in Pflegearrangements	150
5.3.3	Dauer bis zum Tod	152
5.3.4	Wechsel der Pflegestufen	155
5.3.5	Wechsel der Pflegearrangements	161
5.3.6	Sequenzen der Pflegestufen	167
5.3.7	Sequenzen der Pflegearrangements	169
5.3.8	Fazit zu den Pflegeverläufen	173
<b>6</b>	<b>REGIONALE UNTERSCHIEDE IN DER VERSORGUNG</b>	<b>175</b>
<b>6.1</b>	<b>Regional differenzierter Pflegemarkt</b>	<b>175</b>
6.1.1	Kapazitäten	181
6.1.2	Inanspruchnahme	198
6.1.3	Entgelte	211
<b>6.2</b>	<b>Regionale medizinische Versorgung</b>	<b>239</b>
6.2.1	Datengrundlage	239
6.2.2	Neurologische und psychische Erkrankungen	245
6.2.3	Behandlungshäufigkeit durch Allgemeinmediziner und Neurologen/Psychiater	259
6.2.4	Arzneimittelversorgung	271
<b>6.3</b>	<b>Diskussion und Ausblick</b>	<b>287</b>
6.3.1	Was wurde untersucht?	287
6.3.2	Methodik der Versorgungsmessung	288
6.3.3	Ausmaß der pflegerischen und medizinischen Versorgung	289
6.3.4	Disparitäten in der Versorgung	290
6.3.5	Mögliche Ursachen für die Disparitäten in der Versorgung	292
6.3.6	Konzepte zur Verbesserung der Versorgungsqualität	293
<b>7</b>	<b>LITERATUR</b>	<b>295</b>
<b>8</b>	<b>ABBILDUNGSVERZEICHNIS</b>	<b>311</b>
<b>9</b>	<b>TABELLENVERZEICHNIS</b>	<b>317</b>
<b>10</b>	<b>GEK-MATERIALIEN</b>	<b>321</b>

## Abkürzungsverzeichnis

ABDA	Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände
ADL	Activities of Daily-Living (Aktivitäten des täglichen Lebens)
ATC	Anatomisch-therapeutisch-chemische Klassifikation
AV	Allgemeinverfügung
BIBB	Bundesinstitut für Berufsbildung
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
DDD	daily defined dosis (idealtypische Tagesdosis)
GEK	Gmünder ErsatzKasse
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
ICD	International Classification of Disease (Internationale Klassifikation der Erkrankungen)
IQWiG	Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen
IADL	Instrumental Activities of Daily-Living (Skala zur Einschätzung instrumenteller Selbstversorgungsfähigkeiten)
KoV	Kooperationsvereinbarung
LRV	Landesrahmenvertrag
MDK	Medizinischer Dienst der Krankenversicherung
MDS	Medizinischer Dienst des Spaltenverbandes Bund der Krankenkassen e. V.
MuG	Möglichkeiten und Grenzen selbständiger Lebensführung
PFWG	Pflege-Weiterentwicklungsgesetz
PKV	Private Krankenversicherung
PPV	Private Pflegeversicherung
PQsG	Pflege-Qualitätssicherungsgesetz
PSP	Pflegestützpunkt
SÄVIP	Studie zur ärztlichen Versorgung in Pflegeheimen
SGB XI	Sozialgesetzbuch, elftes Buch
SGB V	Sozialgesetzbuch, fünftes Buch
SPV	Soziale Pflegeversicherung
WHO	World Health Organization



# Vorwort

Zum zweiten Mal stellen wir den Pflegereport der Gmünder Ersatzkasse vor. Vor einem Jahr haben wir mit dem ersten Pflegereport ein Novum eingeführt. Wir präsentieren mit dem Pflegereport 2009 eine umfassende Auswertung der Pflegedaten und stellen detaillierte Versorgungsanalysen im Pflegebereich vor.

Für eine Forcierung der Pflegeversorgungsforschung gibt es gute Gründe: die demografische Entwicklung wird dazu führen, dass der Pflegebedarf zukünftig weiter ansteigen wird. Im Jahr 1996 gab es etwa 1,5 Millionen Pflegebedürftige in der gesetzlichen Pflegeversicherung. 2007 waren dies schon über 2 Millionen, was einem Anstieg von mehr als einem Drittel entspricht. Um die Herausforderungen meistern zu können, benötigen Politik, Pflegekassen und Pflegeeinrichtungen Transparenz etwa über die Pflegeverläufe und Defizite in der Pflege. Der GEK-Pflegereport zeigt Versorgungs- und Behandlungsrealitäten auf und ist damit wegweisend in der Pflegeversorgungsforschung.

Der vorliegende Report gliedert sich in vier Teile. Zunächst wird auf die aktuellen Entwicklungen der Pflegeversicherung eingegangen. Dabei werden wichtige Punkte des 2008 in Kraft getretenen Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes sowie der Bericht des Beirates zur Überprüfung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs beleuchtet. Im zweiten Teil werden diverse Kassen- und amtliche Statistiken dargestellt und ausgewertet. Der dritte Teil analysiert Routinedaten der GEK und stellt Pflegebedürftigkeit und Pflegeverläufe dar. In diesem Kapitel werden beispielsweise Einflussfaktoren für das Pflegebedürftigkeitsrisiko aufgezeigt. So hat etwa der Familienstand eine hohe Bedeutung für das Risiko, pflegebedürftig zu werden. Für ledige Menschen ist dieses Risiko um mehr als ein Viertel höher als für Verheiratete. Das Schwerpunktthema dieses Reports untersucht regionale Unterschiede in der Versorgung von Pflegebedürftigen. Hierbei wurde der Fokus auf psychische und neurologische Erkrankungen gelegt, da diese sehr häufig zu Pflegebedürftigkeit führen.

Auf die Veröffentlichung des ersten Reports vor einem Jahr hat es zahlreiche positive Rückmeldungen gegeben. Dieses Interesse belegt die Notwendigkeit der Pflegeversorgungsforschung und ist zugleich Ansporn, unser Engagement als Pflegekasse in diesem Bereich fortzuführen und zu intensivieren.

Wir wünschen allen Lesern eine aufschlussreiche und zu Diskussionen anregende Lektüre dieses Buches. Unser Dank gilt Herrn Prof. Rothgang und seinen Mitarbeitern Herrn Kulik, Herrn Dr. Müller und Herrn Dr. Unger für die fundierte und sorgfältige Erstellung des Reports.

Schwäbisch Gmünd, im November 2009

Dr. jur. Rolf-Ulrich Schlenker

Alexander Stütz



# 1 Zusammenfassung

## 1.1 Weiterentwicklung der Pflegeversicherung

In den Jahren 2008 und 2009 sind pflegepolitisch vor allem zwei Ereignisse hervorzuheben, das Inkrafttreten des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes zum 1.7.2008 und der Bericht des Beirats zur Überprüfung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs

### 1.1.1 Pflege-Weiterentwicklungsgesetz

Im Pflege-Weiterentwicklungsgesetz (PfWG) werden alle Diskussionen über Schwächen der Pflegeversicherung aufgegriffen und thematisiert. Der Schwerpunkt des Gesetzes liegt dabei in der Verbesserung der infrastrukturellen Voraussetzungen der Pflege. Als zentrale diesbezügliche Instrumente können die Einführung von Pflegestützpunkten und die Maßnahmen zur Qualitätssteigerung gelten. In den Pflegestützpunkten soll eine wohnortnahe, umfassend und unabhängige Beratung erfolgen, bei der alle Hilfsangebote, nicht nur die pflegerischen koordiniert und aufeinander abgestimmt und – sobald notwendig – ein individueller Versorgungsplan erstellt werden soll. Die Umsetzung dieses grundsätzlich wichtigen und zielgerichteten Ansatzes ist Ländersache und erfolgt bislang sehr heterogen. Dies zeigt sich insbesondere an der geplanten Dichte der Pflegestützpunkte, die in Westdeutschland von 30 Tsd. Einwohner pro Stützpunkt in Rheinland-Pfalz bis zu 233 Tsd. Einwohner pro Stützpunkt in Hessen reicht. In Ostdeutschland ist die Spannweite noch größer, da in Mecklenburg-Vorpommern nur insgesamt 1 Stützpunkt geplant ist und Sachsen und Sachsen-Anhalt keine Stützpunkte einrichten will. Bezogen auf die Einwohnerzahl ist die geplante Stützpunktendichte in Westdeutschland mehr als viermal so hoch wie in Ostdeutschland.

Die im PfWG vorgesehene Leistungsdynamisierung ist sowohl kurz- als auch mittel- und langfristig unzureichend. Bis zum Jahre 2012 sind Leistungssatzanhebungen in mehreren Stufen vorgesehen. Hierbei ist die stationäre Pflege für Pflegebedürftige in Pflegestufe I und II ausgenommen. Für die betreffenden Pflegebedürftigen heißt dies, dass die bereits 1993 nominal fixierten Leistungen bis 2015 nicht ansteigen können. In diesem Zeitraum von mehr als 20 Jahren hat die reale Kaufkraft der SPV-Leistungen dann deutlich abgenommen. Das zeigt sich daran, dass der Teil des Pflegesatzes, der nicht durch die SPV-Leistungen abgedeckt ist, kontinuierlich steigt. Auch insgesamt ist die vorgesehene Angleichung unzureichend. Bezogen auf den Zeitraum von 2007 (Festlegung der Anpassung im Referentenentwurf) bis 2012 (letzter geplanter Anpassungsschritt) beläuft sich die über alle Leistungen gemittelte jährliche Anpassungsrate auf 1,4% (geometrisches Mittel). Das dürfte in etwas der zu erwartenden Inflationsrate entsprechen und bestenfalls den Kaufkrafterhalt über diesen 5-Jahres-Zeitraum sicherstellen. Von einer „nachholenden Anpassung“ kann dagegen nicht die Rede sein. Wird die Leistungsanpassung auf den Zeitraum von 1996 (Einführung der stationären Leistungen) bis 2015 (das Jahr in dem erstmals wieder über eine Leistungsanpassung beraten werden soll) bezogen, ergibt sich eine nominale jährliche Leistungsanpassung von 0,4% (geometrisches Mittel), die zum Kaufkrafterhalt der Pflegeversicherungsleistungen unzureichend ist.

Schließlich ist es im PfWG nicht gelungen, eine nachhaltige Reform der Finanzierung der SPV zu erreichen. Im Koalitionsvertrag der großen Koalition aus dem Jahr 2005 waren hierzu zwei Elemente vorgesehen: die Schaffung einer Demographiereserve durch Einführung von Elementen der Kapitaldeckung und die Einführung eines Solidarbeitrags der privaten Pflegeversicherung. Im Konsensbildungsprozess erwiesen sich dann beide Elemente als nicht durchsetzbar. Stattdessen wurde lediglich eine Beitragszanzanhebung um 0,25 Beitragssatzpunkte beschlossen. Nach Berechnung des Bundesgesundheitsministeriums sollte die Finanzierung damit bis 2014 sichergestellt sein. Diese Berechnung beruhte schon seinerzeit auf optimistischen Annahmen (vgl. Rothgang 2008) und ist spätestens seit der Finanzkrise hinfällig geworden. Die Reform hat auf der Finanzierungsseite daher lediglich „Zeit gekauft“. In dieser Legislaturperiode muss daher erneut über eine Reform der Pflegeversicherung beraten werden, bei der Finanzierungsfragen im Vordergrund stehen dürften.

### 1.1.2 Pflegebedürftigkeitsbegriff

Bereits seit vielen Jahren wird der sozialrechtliche Begriff der Pflegebedürftigkeit als zu eng kritisiert. Insbesondere werden die besonderen Belange der demenziell Erkrankten durch den verrichtungsbezogenen Pflegebedürftigkeitsbegriff nicht angemessen gewürdigt. Um dieser Kritik Rechnung zu tragen wurden bereits im Pflegeleistungs-Ergänzungsgesetz aus dem Jahr 2001 zusätzliche Leistungen für Pflegebedürftige mit erheblichem allgemeinen Betreuungsbedarf eingeführt. Diese Leistungen wurden allerdings nicht gut angenommen. Im PfWG wurden daher nicht nur die Leistungshöhen auf das Mehrfache der alten Sätze angehoben, sondern der Leistungsanspruch auch auf solche Personen ausgedehnt, die zwar eine „eingeschränkte Alltagskompetenz“ im Sinne des § 45a SGB XI aufweisen aber nicht pflegebedürftig im Sinne des SGB XI sind. Auch die Ausdehnung dieser Leistungen greift aber letztlich (zu) kurz, solange der Pflegebedürftigkeitsbegriff selbst unverändert bleibt. Bereits 2006 hat das Bundesgesundheitsministerium daher einen Beirat zur Überprüfung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs eingesetzt, der seinen Abschlussbericht im Februar 2009 vorgelegt hat. In diesem Bericht wird eine neuer Pflegebedürftigkeitsbegriff vorgeschlagen, der sich an einem parallel entwickelten neuen Begutachtungsassessment orientiert, das die Erfassung kognitive Beeinträchtigungen und Verhaltensauffälligkeiten als integralen Bestandteil des Begutachtungsverfahrens einschließt. Wenngleich das Assessment und der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff auf viel Zustimmung gestoßen sind, sind die Fragen der Umsetzung dieses Vorschlags damit noch ungeklärt. Auch ein Umsetzungsbericht des Beirats, der im Mai 2009 vorgelegt wurde, enthält zur zentralen Frage der für die neu vorgesehenen fünf Bedarfsgraden, die die Pflegestufen ablösen sollen, vorzusehenden Leistungshöhen lediglich Szenarien und Varianten. Auch wenn der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff auf große Zustimmung gestoßen ist und der Bericht des Beirats als eines der wichtigsten pflegepolitischen Ereignisse des letzten Jahres anzusehen ist, ist damit zugleich klar, dass vor einer Umsetzung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs noch wesentliche konzeptionelle und Ausgestaltungsfragen geklärt werden müssen, die das Ergebnis erheblich beeinflussen werden.

## 1.2 Pflege im Spiegel amtlicher Statistiken und anderer Datenquellen

### 1.2.1 Allgemeine Entwicklung

Die Zahl der Pflegebedürftigen ist in den ersten Jahren nach Einführung der Pflegeversicherung stark angestiegen. So zeigen die Daten der sozialen Pflegeversicherung einen Anstieg von ca. 1,55 Mio. Leistungsempfänger im Jahr 1996 auf 1,83 Mio. im Jahr 1999. In den Folgejahren ist die Zahl der Leistungsbezieher weiter angestiegen bis auf 2,03 Mio. im Jahr 2007. In diesem 12-Jahreszeitraum hat sich die Zahl der Pflegebedürftigen damit um insgesamt fast ein Drittel, nämlich 30,9 % des Ausgangswertes erhöht. Der starke Anstieg in den ersten Jahren ist aber wohl auf den Einführungseffekt zurückzuführen.

Die Anteile an den einzelnen Pflegestufen haben sich dabei „schleichend“ in Richtung Pflegestufe I verschoben, während gleichzeitig die Anteile an den Pflegestufen II und III leicht rückläufig waren. Insgesamt waren in der sozialen Pflegeversicherung im Jahr 2007 53 % der Pflegebedürftigen in Pflegestufe I, 34 % in Pflegestufe II und 13 % in Pflegestufe III. Bei den Leistungen dominieren das Pflegegeld mit 50 % und stationäre Leistungen mit 30 %. Deutlich geringer vertreten sind die ausschließlichen Pflegesachleistungen mit 9 % sowie die Kombileistungen mit 11 %. Auch der Leistungsbezug ist von „schleichenden“ Veränderungen gekennzeichnet, wobei der Anteil der Pflegegeldbezieher leicht rückläufig ist, während der Anteil der Empfänger vollstationärer Pflege angestiegen ist.

### 1.2.2 Die Entwicklung von Prävalenzen und Inzidenzen

Prävalenzen können als individuelles Risiko von Pflegebedürftigkeit im Sinne einer Pflegewahrscheinlichkeit werden. Sie können für eine ganze Population oder differenziert nach Alter und Geschlecht angegeben werden. Letzteres erlaubt es, die Auswirkungen der demographischen Alterung und Morbiditätsveränderungen zu trennen. Die alters- und geschlechtsspezifischen Pflegeprävalenzen zeigen für den gesamten Beobachtungszeitraum keine wesentlichen Veränderungen. Gemäß der Pflegestatistik des Statistischen Bundesamtes, die die gesamte Bevölkerung, also auch die Versicherten der Privaten Pflegepflichtversicherung berücksichtigt, betragen die Pflegeprävalenzen für die mindestens 60-Jährigen in den Jahren 1999 / 2001 / 2003 / 2005 / 2007 insgesamt für Männer 5,92 % / 5,92 % / 5,75 % / 5,93 % / 6,25 % und für Frauen 11,18 % / 11,38 % / 10,95 % / 11,13 % / 11,64 %. Bei im wesentlichen gleichen alters- und geschlechtsspezifischen Prävalenzen ist der absolute Anstieg der Zahl der Pflegebedürftigen weit überwiegend nicht auf eine Erhöhung des individuellen Risikos von Pflegebedürftigkeit in der jüngsten Vergangenheit zurückzuführen, vielmehr lässt sich dieser Anstieg weitgehend auf die veränderte Altersstruktur zurückführen. Hätte sich die Altersstruktur seit 1999 nicht verändert, dann wäre die Zahl der Pflegebedürftigen Männer im Jahr 2007 um 30 % und die Zahl der Pflegebedürftigen Frauen um 12 % geringer als sie tatsächlich ist, und die Zahl der Pflegebedürftigen wäre sogar leicht, nämlich um 44 Tsd. (=1 %) gefallen.

Differenziert nach den einzelnen Pflegestufen, lässt sich eine Erhöhung der Prävalenzen im Zeitverlauf bei Pflegestufe I erkennen, während in Pflegestufe II und III geringe Abnahmen im Zeitverlauf erkennbar sind. Damit tragen die Veränderungen der Prävalenzen in den einzelnen Pflegestufen zu der festgestellten schleichenden Zunahme an Leistungsbeziehern der Pflegestufe I gegenüber den Pflegestufen II und III bei. Hinsichtlich der Gesamtprävalenz für Pflegebedürftigkeit ist eine Kompression der Morbidität damit nicht nachweisbar. Wird aber auch die Verschiebung in den Pflegestufen berücksichtigt und nicht als reiner Effekt einer verschärften Begutachtung abgetan, dann kann diese als schwaches Indiz für eine „compression of morbidity“ angesehen werden.

Die Zahl der Begutachtungen der Pflegebedürftigen durch den MDK hat sich von 1,3 Mio. in 2007 auf 1,5 Mio. im Jahr 2008 erheblich erhöht. Gründe hierfür liegen im Rechtsanspruch auf zusätzliche Betreuungsleistungen durch das zum 1.7.2008 in Kraft getretene Pflege-Weiterentwicklungsgesetz. Danach erhalten im Jahr 2008 etwa 18 Tsd. Menschen zusätzliche Betreuungsleistungen, die einen in der Regel demenzbedingten Hilfebedarf aufweisen und bislang von der Pflegeversicherung nicht berücksichtigt wurden.

Auch bei den Inzidenzen ist eine Verschiebung in der Verteilung der Pflegestufen erkennbar. Bei den Antragstellern, denen bei der Erstbegutachtung eine Pflegestufe zuerkannt wurde, ist der Anteil der Pflegestufe I von 51,5% im Jahr 1997 auf 69,5% im Jahr 2007 gestiegen. Korrespondierend sind die Anteilswerte sowohl für die Pflegestufen II und als auch für die Pflegestufe III rückläufig.

### 1.2.3 Die Pflegepersonen

Um das Pflegepotenzial in der häuslichen Pflege genauer bewerten zu können, ist die Bestimmung der Zahl der Pflegepersonen erforderlich. Die Charakterisierung als „Pflegeperson“ orientiert sich dabei vor allem an den in den betrachteten Datengrundlagen verwendeten Definitionen und Erhebungskonzepten von geleisteter Pflege. Während den Daten der Rentenversicherung die sozialrechtliche Definition einer mindestens 14 Std./Woche umfassende Pflege zugrunde liegt, wird bei der Definition einer Pflegeperson im Sozio-ökonomischen Panel (SOEP) kein Mindestmaß an geleisteter Pflege zugrunde gelegt. Entsprechend unterscheiden sich auch die Ergebnisse: Die Daten der Rentenversicherung weisen für 2006 410 Tsd. Pflegepersonen im Alter von höchsten 60 Jahren aus, im SOEP können dagegen ca. 3,5 Mio. Personen jeden Alters beziffert werden, die – gemäß Eigenangaben – als Pflegepersonen fungieren. Interessant sind auch die Geschlechteranteile bei den unterschiedlichen Erhebungskonzepten von Pflege: Während bei den „erheblichen“ Pflegetätigkeiten in der Rentenstatistik Männer nur zu einem Zehntel pflegen, beläuft sich deren Anteil bei den „geringeren“ Pflegetätigkeiten im SOEP nahezu auf die Hälfte. Mit den unterschiedlich intensiven Formen von Pflege sind zudem auch unterschiedliche Entwicklungen verbunden: Während die „erheblichen“ Pflegetätigkeiten in der Rentenstatistik leicht rückläufig sind, scheinen die „geringeren“ Pflegetätigkeiten im SOEP sogar zuzunehmen.

## 1.2.4 Die stationären Pflegeeinrichtungen und die Heimentgelte

Die Zahl der Pflegeheime ist seit 1999 von 8.859 um ca. 24 % auf 11.029 im Jahr 2007 angestiegen. Die Mehrzahl der Heime befindet sich 2007 in freigemeinnütziger Trägerschaft (ca. 55 %). Der Anteil der Heime mit privatem Träger beläuft sich auf 39 % und weitere 6 % der Heime befinden sich in öffentlicher Trägerschaft. Der Anstieg der Zahl der Pflegeheime beruht vor allem auf dem Anstieg der Zahl der Pflegeheime für ältere Menschen. Deren Zahl hat je nach Träger unterschiedlich stark zugenommen: Während die Zahl der Pflegeheime in freigemeinnütziger Trägerschaft zwischen 1999 und 2007 um 21 % zugenommen hat, findet sich bei den privaten Trägern ein annähernd doppelt so großer Anstieg um 40 %. Der Anstieg der Zahl der Pflegeheime entspricht dem Anstieg der Zahl der Heimplätze in etwa der gleichen Größenordnung. Die durchschnittliche Pflegeplatzzahl pro Heim liegt bei ca. 73. Die überwiegende Mehrheit der Heimplätze (ca. 97 %) steht dabei für die vollstationäre Dauerpflege zur Verfügung.

Das Heimpersonal ist von 440.940 Beschäftigten im Jahr 1999 um ca. 30 % auf 573.545 Beschäftigte im Jahr 2007 angestiegen, wobei dieser Anstieg im Wesentlichen auf der Ausweitung der Teilzeitbeschäftigung und der geringfügigen Beschäftigung beruht. Der überwiegende Tätigkeitsbereich des Heimpersonals lag dabei auf die Pflege und Betreuung (69 % der Beschäftigten), während auf den hauswirtschaftlichen bzw. haus-technischen Bereich ein Anteilswert von 21 % und auf Verwaltung und Geschäftsführung ein Anteilswert von 5 % entfielen.

Von jedem Heimbewohner mit Pflegestufe I, der eine vollstationäre Dauerpflege beansprucht, sind im Jahr 2007 für die Pflege sowie für Unterkunft und Verpflegung durchschnittlich 1.915 Euro pro Monat an das Heim als Vergütung zu entrichten. Bei Pflegestufe II liegt der Monatsbetrag bei 2.340 Euro und bei Pflegestufe III bei 2.766 Euro. Dabei liegen die Heimentgelte bei den Einrichtungen in privater Trägerschaft unter denen der Heimentgelte der Einrichtungen in freigemeinnütziger Trägerschaft und diese wiederum unter den Heimentgelten der Einrichtungen der öffentlichen Träger.

## 1.2.5 Die ambulanten Pflegeeinrichtungen

Im Unterschied zu den stationären Pflegeeinrichtungen ist bei der Zahl der ambulanten Pflegediensten nur ein moderater absoluter Anstieg von 10.820 im Jahr 1999 auf 11.529 im Jahr 2007 und damit um ca. 7 % zu verzeichnen. Auffallend ist dabei, dass das Verhältnis von privaten Trägern und freigemeinnützigen Trägern im Jahr 1999 mit ca. 5.504 zu 5.103 noch annähernd ausgeglichen war. Seitdem ist die Zahl der Pflegedienste in privater Trägerschaft bis zum Jahr 2007 um ca. 25 % auf 6.903 angestiegen, während die Zahl der Pflegedienste der freigemeinnützigen Träger um 13 % auf zuletzt 4.435 kontinuierlich abgenommen hat. Die Pflegedienste der öffentlichen Träger sind dagegen mit ca. 200 Diensten bei leicht abnehmender Tendenz nur schwach vertreten.

Ein Kennzeichen der ambulanten Pflegedienste ist dabei, dass nahezu alle Dienste (ca. 97 %) neben den Leistungen nach SGB XI auch häusliche Krankenpflege und ca. ½ aller Dienste auch Hilfe zur Pflege nach SGB XII anbieten. Organisatorisch sind dabei

im Jahr 2007 ca. 9 % der Pflegedienste an Wohneinrichtungen (z. B. Altenheime, Altenwohnheim oder betreutes Wohnen) und ca. 6 % an Pflegeheime angeschlossen.

Die Zahl der Beschäftigte ist von 183.782 im Jahr 1999 um ca. 29 % auf 236.162 im Jahr 2007 angestiegen, womit auch eine Personalzunahme in den einzelnen Pflegediensten verbunden ist. Entsprechend der Entwicklung in den stationären Einrichtungen bleibt aber auch hier die Zahl der Vollzeitbeschäftigte mit 56.914 im Jahr 1999 und 62.405 im Jahr 2007 relativ konstant, während die Zahl der Teilzeit- und geringfügig Beschäftigten deutlich gestiegen ist (ca. 27-57%).

### 1.2.6 Finanzierung der Pflegebedürftigkeit

Von den Ausgaben zur Finanzierung von Pflegebedürftigkeit entfallen insgesamt 59 % auf die soziale Pflegeversicherung, 22 % auf die privat getragene stationäre Pflege 8,6 %, auf die Sozialhilfe, 7,4 %, auf die privat getragene häusliche Pflege und 1,9 %, bzw. 1 % auf die private Pflegeversicherung bzw. die Kriegsopferfürsorge. Betrachtet man das Verhältnis von öffentlichen zu privaten Ausgaben, dann werden mehr als  $\frac{2}{3}$  aus öffentlichen Mitteln und ca.  $\frac{1}{3}$  aus privaten Mitteln finanziert.

## 1.3 Eintritt, Verlauf und Wandel von Pflegebedürftigkeit

Fragen, die sich auf Eintritt, Verlauf und Wandel von Pflegebedürftigkeit beziehen, sind mit der amtlichen Statistik nicht befriedigend zu beantworten. Aus diesem Grund wurden hierzu die prozessproduzierten Routinedaten der GEK herangezogen.

### 1.3.1 Wer wird pflegebedürftig? Charakterisierung der inzidenten Fälle

Der Eintritt in die Pflegebedürftigkeit im Jahr 2008 erfolgt für Männer meist mit Pflegestufe I (64 %), während der Pflegebeginn in Pflegestufe II (28 %) und Pflegestufe III (8 %) deutlich seltener ist. Bei den Frauen sind höhere Anteile in Pflegestufe I (72 %) und geringere Anteile in Pflegestufe II (24 %) und Pflegestufe III (4 %) zu beobachten. Seit dem Jahr 2000 haben sich die Anteile dabei kontinuierlich in Richtung Pflegestufe I verschoben, während die Anteile in den Pflegestufen II und III rückläufig sind.

Deutliche Unterschiede zwischen den Geschlechtern zeigen sich beim Familienstand. Während Männer bei Pflegebeginn noch zu ca. 80 % verheiratet und zu ca. 11 % verwitwet sind, sind die Anteile für Verheiratete und Verwitwete bei den Frauen mit 48 % bzw. 43 % relativ ähnlich. Ledige und Geschiedene sind bei beiden Geschlechtern mit ca. 3-5 % gering vertreten. Bei Männern und Frauen finden sich weniger vormals Angestellte (34 % bzw. 35 %) als Arbeiter.

Die pflegebedürftigen Männer hatten im Jahr, in dem erstmals Leistungen der Pflegeversicherung bezogen werden oder im Jahr zuvor zu ca. 31 % Krankenhausaufenthalte wegen bösartiger Neubildungen, zu ca. 35 % wegen psychischer, zu ca. 38 % wegen neurologischer und zu 72 % wegen Herz-Kreislauf-Erkrankungen. Muskel-Skelett Erkrankungen finden sich dagegen lediglich bei ca. 23 % der Männer. Bei den Frauen finden sich der Tendenz nach ähnliche Werte. Mit ca. 21 % sind bösartige Neubildungen am wenigsten verbreitet, während psychische, neurologische und Muskel-Skelett

Erkrankungen mit ca. 30-34% vertreten sind. Am häufigsten sind ebenfalls Herz-Kreislauf-Erkrankungen mit ca. 66 %.

### 1.3.2 Inzidenzen und der Wandel von Pflegebedürftigkeit

Die Wahrscheinlichkeit, pflegebedürftig zu werden, steigt mit zunehmendem Alter an und beträgt sowohl für Männer als auch für Frauen im Alter von 80 Jahren ca. 5 %, im Alter von 85 Jahren ca. 10 % und im Alter von 90 Jahren ca. 20 %. Die Inzidenzen steigen damit in geringerem Ausmaß als die Prävalenzen. Das ist darauf zurückzuführen, dass ein erstmaliges Auftreten von Pflegedürftigkeit nur bei denjenigen möglich ist, die nicht bereits Pflegeversicherungsleistungen beziehen. In den höheren Altersklassen, ist der Anteil der „population at risk“ daher zunehmend kleiner. Die Pflegebiografien beginnen überwiegend in Pflegestufe I und II, während ein Pflegebeginn in Pflegestufe III äußerst selten ist (geringer als 1 %).

Die Analysen zum zeitlichen Wandel der Eintrittswahrscheinlichkeiten in die Pflegebedürftigkeit liefern durchweg den positiven Befund, dass das Risiko pflegebedürftig zu werden, zwischen 2000 und 2008 signifikant zurückgegangen ist. Während bei den Männern lediglich von einem Rückgang von 1 % pro Jahr ausgegangen werden kann, fällt dieser bei den Frauen mit 3,6 % pro Jahr deutlich größer aus. Für den gesamten Zeitraum zwischen 2000 und 2008 ergibt sich daraus ein Rückgang der altersspezifischen Inzidenz von ca. 8 % bei den Männern und von ca. 25 % bei den Frauen. Differenziert nach den einzelnen Pflegestufen zeigen sich bei den Männern gegenläufige Entwicklungen: Während das Risiko pflegebedürftig zu werden in Pflegestufe I um 1,5 % pro Jahr ansteigt, verringert es sich in Pflegestufe II um 2,9 % pro Jahr und in Pflegestufe III um 8 % pro Jahr. Bei den Frauen zeigen sich durchgängig Rückgänge: 2,2 % pro Jahr in Pflegestufe I, 5,9 % pro Jahr in Pflegestufe II und 9,2 % pro Jahr in Pflegestufe III.

### 1.3.3 Einflussfaktoren für den Eintritt in die Pflegebedürftigkeit

Mit jedem zusätzlichen Altersjahr nimmt die Wahrscheinlichkeit dafür, pflegebedürftig zu werden, um 14,3 % für Männer und um 15,3 % für Frauen zu. Von besonderer Bedeutung für den Eintritt in die Pflegebedürftigkeit ist der Familienstand. So profitieren insbesondere verheiratete Personen – und hier insbesondere die Männer – von den Unterstützungs- und Pflegeleistungen durch ihren Lebenspartner bzw. ihrer Lebenspartnerin. Ledige Männer (Frauen) haben demnach ein um 26,6 % (30,1 %), Verwitwete ein um 27,3 % (27,7 %) und Geschiedene ein um 20,4 % (25,2 %) höheres Risiko, pflegebedürftig zu werden, als Verheiratete. Ehemalige Angestellte haben ein geringeres Pflegerisiko als ehemalige Arbeiter. Ehemals angestellte Männer haben ein um 23,1 % niedrigeres und ehemals angestellte Frauen haben ein um 17,6 % niedrigeres Eintrittsrisiko in die Pflegebedürftigkeit als ehemalige Arbeiter bzw. Arbeiterinnen.

Neben diesen soziodemografischen Merkmalen, bestimmt insbesondere die *vorhergehende Krankheitsgeschichte* eine später im Lebensverlauf auftretende Pflegebedürftigkeit. Zu nennen sind hierbei in erster Linie bösartige Neubildungen, psychische und neurologische Erkrankungen, die das Risiko bei den Männern (Frauen) um 264 %

(219 %), 259 % (199 %), bzw. 197 % (138 %) erhöhen. Daneben sind Erkrankungen des Herz-Kreislaufsystems relevant (159 % bei den Männern und 143 % bei den Frauen). Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems sind hingegen – wider Erwartung – statistisch nicht signifikant.

#### 1.3.4 Inzidenzen des Heimeintritts

Die Heimeintrittswahrscheinlichkeit steigt ebenfalls mit zunehmendem Alter an, beträgt aber nur ca.  $\frac{1}{4}$ - $\frac{1}{3}$  der Wahrscheinlichkeit, überhaupt pflegebedürftig zu werden. Während beispielsweise im Alter von 80 Jahren ca. 1,5 % der Männer und Frauen pflegebedürftig werden und direkt ins Pflegeheim ziehen, sind es im Alter von 85 Jahren 3 % und im Alter von 90 Jahren ca. 7-8 %.

Aufgrund der festgestellten Entwicklungen zum zeitlichen Wandel der Heimeintrittswahrscheinlichkeiten kann *nicht* von einem „Heimsog“ aufgrund eines gestiegenen Risikos eines Heimeintritts gesprochen werden. Während es bei den Frauen von 2000 bis 2008 zu keiner feststellbaren Veränderung der altersspezifischen Heimeintrittswahrscheinlichkeit kommt, kann lediglich bei den Männern ein (allerdings nur schwach signifikanter) geringfügiger Anstieg festgestellt werden. Damit ist die Ausweitung des stationären Sektors an allen Pflegeleistungen von 28,4 % im Jahr 1999 auf 31,6 % im Jahr 2007 *nicht* auf ein gestiegenes Heimeintrittsrisiko, sondern auf Verschiebungen in der Altersstruktur zurück zu führen.

#### 1.3.5 Einflussfaktoren für den Eintritt ins Pflegeheim

Ein Faktor, der im Vergleich zum Risiko, überhaupt pflegebedürftig zu werden, eine deutlich größere Rolle spielt, ist der *Familienstand*. Dabei fallen die relativen Risiken für Männer mit 218 % für die Ledigen, 218 % für die Verwitweten und 262 % für die Geschiedenen mehr als doppelt so hoch aus, wie bei den Risiken überhaupt pflegebedürftig zu werden. Die relativen Risiken für Frauen sind dagegen mit 171 % für die Ledigen, 180 % für die Verwitweten und 207 % für die Geschiedenen nur etwa knapp 50 % höher als bei den Risiken, überhaupt pflegebedürftig zu werden. Dies verdeutlicht noch einmal, wie groß – insbesondere für Männer – die Bedeutung der Hilfe- und Pflegeleistungen einer Lebenspartnerin bzw. eines Lebenspartners ist.

Von größter Bedeutung für den Umzug in ein Pflegeheim sind die *gesundheitlichen Einflussfaktoren*. Hier zeigt sich die primäre Bedeutung der *psychischen Erkrankungen*, die das Risiko bei den Männern um 721 % und bei den Frauen um 490 % erhöhen. An zweiter Stelle folgen bei den Männern die neurologischen Erkrankungen mit 300 % und bei Frauen in etwa gleicher Größenordnung die neurologischen und Herz-Kreislauf-Erkrankungen mit ca. 230 %. Bösartige Neubildungen haben mit etwa 180 % bei Männern und Frauen eine geringere Bedeutung und Muskel-Skelett-Erkrankungen senken sogar das Risiko eines Heimeintritts um ca. 12 %.

#### 1.3.6 Pflegehäufigkeit im Lebensverlauf (vor dem Tod)

Die Wahrscheinlichkeit, *jemals* im Lebensverlauf pflegebedürftig gewesen zu sein, ist in erheblichem Maße vom Alter des Versterbens abhängig. Männer (Frauen), die im

Alter von 60-64 versterben, waren demnach zu ca. 30% (44%) pflegebedürftig, während über 95-Jährige zu ca. 86% (89%) pflegebedürftig waren. Insgesamt liegt die Gesamtlebenszeitprävalenz derjenigen, die das 60. Lebensjahr erreichen, bei mehr als 50%.

### 1.3.7 Lebenserwartung in und ohne Pflegebedürftigkeit

Die *Lebenserwartung ohne bzw. in Pflegebedürftigkeit* informiert darüber, wie viele Jahre der ferneren Lebenserwartung in einem bestimmten Alter frei von Pflegebedürftigkeit, bzw. in Pflegebedürftigkeit zu erwarten sind. Bei den 60-jährigen Männern ergibt sich eine Restlebenserwartung von insgesamt 20,73 Jahren. Davon werden im Durchschnitt 19,84 Jahren (bzw. 94%) frei von Pflegebedürftigkeit und 1,25 Jahre in Pflegebedürftigkeit verbracht. Von der Lebenserwartung in Pflegebedürftigkeit entfallen bei den Männern ca. 7 Monate auf Pflegestufe I, 6 Monate auf Pflegestufe II und ca. 2 Monate auf Pflegestufe III. Bei den Frauen ergibt sich zunächst eine höhere Restlebenserwartung im Alter 60 von insgesamt 24,62 Jahren und von 22,03 Jahren (bzw. 89,5%) frei von Pflegebedürftigkeit. Entsprechend beläuft sich die Lebenserwartung in Pflegebedürftigkeit auf 2,59 Jahre – ein doppelt so hoher Wert wie bei den Männern. Davon entfallen bei den Frauen ca. 15 Monate auf Pflegestufe I, ca. 12 Monate auf Pflegestufe II und ca. 4 Monate auf Pflegestufe III.

### 1.3.8 Pflegezeiten in Pflegestufen

Für inzidente Fälle wird für die nachfolgend beobachtbare Zeit die Dauer gemessen, die in den verschiedenen Pflegestufen verbracht wird. Ausgehend von der Kohorte mit dem Eintritt in die Pflege im Jahr 2000 können durchschnittlich 8½ Jahre beobachtet werden. Davon werden im Durchschnitt von den Frauen 24,6 Monate in Stufe I, 15,0 Monate in Stufe II und 4,4 Monate in Stufe III verbracht. Nur 4,3 Monate werden im Durchschnitt ohne Pflegeleistung oder wegen Kassenwechsels ohne weitere Beobachtung verbracht. Die insgesamt überlebte Zeit mit Pflegeleistungen liegt bei 44 Monaten, also etwas weniger als 4 Jahren. Männer, die erstmals pflegebedürftig werden, versterben schneller. Sie erhalten bei gleicher Beobachtungslänge insgesamt nur 29,7 Monate Pflegeleistungen, also knapp 2,5 Jahre. Davon werden 14,1 Monate in Stufe I, 11,5 Monate in Stufe II und 4,1 Monate in Stufe III verbracht. Die geringere Zeit in Pflege tritt also vor allem in Stufe I auf. Dies könnte ein Indiz dafür sein, dass Männer bedingt durch die sozialen Umstände (höherer Anteil Zusammenlebender bedingt durch die höhere Lebenserwartung der Frauen) eher noch im häuslichen Umfeld versorgt werden, ohne dass eine Pflegeleistung beansprucht wird.

### 1.3.9 Pflegezeiten in Pflegearrangements

Die Frauen, die im Jahr 2000 erstmals pflegebedürftig werden, erhalten in den beobachtbaren 8½ Jahren danach durchschnittlich 20,4 Monate informelle Pflege, 9,7 Monate formell-ambulante Pflege und 13,9 Monate vollstationäre Pflege. Männer erhalten durchschnittlich 17,0 Monate informelle Pflege, 6,4 Monate formell-ambulante Pflege und 6,4 Monate vollstationäre Pflege. Die Dauer der vollstationären Pflege ist bei den Männern also nur halb so lang wie bei den Frauen.

### 1.3.10 Überlebenszeit in Pflegebedürftigkeit

Die Dauer der in Pflegebedürftigkeit verbrachten Überlebenszeit variiert stark. Die Pflegebedürftigen, die ihre Pflegekarriere mit Pflegestufe I beginnen, überleben länger als diejenigen, die mit Pflegestufe II oder III beginnen. Gleiches gilt für Frauen und Männer. Die unterschiedliche Sterblichkeitsrate, wenn mit gleicher Pflegestufe in einem anderen Pflegearrangement begonnen wurde. Diejenigen, die in Pflegestufe I mit informeller Pflege beginnen, haben die längste Lebenserwartung. Nach  $1\frac{3}{4}$  Jahren sind erst 25% dieser Frauen verstorben. Bekommen sie in Pflegestufe I allerdings formell-ambulante Leistungen oder vollstationäre Leistungen, dann sind 25% der Frauen schon nach einem Jahr verstorben. Beim Start mit Pflegestufe II wird diese Quote nach weniger als 3 Monaten erreicht und unabhängig von der Pflegeleistung versterben 50% im Zeitraum bis  $1\frac{1}{2}$  Jahren. Beim Start mit Pflegestufe III versterben anders als beim Start mit Stufe I die informell gepflegten Personen am schnellsten. Nach einem halben Jahr sind schon 75% der Frauen verstorben. Diese Quote wird bei den anderen Leistungen erst nach über  $1\frac{1}{2}$  Jahren erreicht. Diese Differenzen sind auf anderem Niveau genauso für Männer vorhanden. Es kann angenommen, dass hier spezielle Krankheitseffekte bei der Wahl des Pflegearrangements eine Rolle spielen, also der Krankheitszustand die Wahl des Pflegearrangements bestimmt und nicht umgekehrt das Pflegearrangement die Überlebensdauer determiniert. Diese These muss allerdings in weiteren Studien noch überprüft werden.

### 1.3.11 Wechsel der Pflegestufen

Bei 21.510 inzidenten Fällen im Zeitraum von 2000–2008 gibt es nur 371 Herabstufungen von Stufe II oder Stufe III in Stufe I und nur 95 Herabstufungen von Stufe III auf Stufe II. Dagegen gibt es 4.317 Höherstufungen von Stufe I auf Stufe II, 635 von Stufe I auf Stufe III und 2.050 von Stufe II auf Stufe III. Insgesamt handelt es sich bei den Wechseln der Pflegestufen nur in 6,2% um Herabstufungen und in 93,8% der Wechsel um Höherstufungen. Dennoch bleibt zu betonen, dass auch Herabstufungen auftreten. Am Ende der Beobachtung ohne Pflegeleistung waren nur 205. Diese geringe Zahl und die Tatsache, dass es ansonsten noch 9.508 Übergänge in kurze Zeiten ohne Pflegeleistungen gibt, zeigen, dass es sich bei den pflegefreien Zeiten in aller Regel nur um Unterbrechungen handelt, aber kaum einmal um einen dauerhaften Austritt aus der Pflegeleistung. Wenn es zu Krankenhausaufenthalten und insbesondere zu Krankenaufenthalten wegen bösartiger Neubildungen kommt, steigt die Wahrscheinlichkeit einer Höherstufung und auch die der Sterblichkeit.

### 1.3.12 Wechsel der Pflegearrangements

Wechsel von informeller Pflege zu formell-ambulanter Pflege gibt es bei den untersuchten Fällen 10.302-mal. In entgegengesetzter Richtung gibt es 8.428 Wechsel. Per Saldo ergibt sich also eine Tendenz zum Wechsel von informeller in formell-ambulante Pflege. Auffälliger aber noch ist die hohe Zahl der Wechsel, die vermuten lässt, dass es mehrfaches Wechselspiel zwischen diesen beiden Arrangements nicht selten ist.

1.307 Wechsel sind von informeller und 2.069 Wechsel von formell-ambulanter Pflege in vollstationäre Pflege zu verzeichnen. In die entgegengesetzte Richtung gibt es von der vollstationären Pflege in die formell-ambulante Pflege 195 Wechsel und in die informelle Pflege 245 Wechsel. Der diesmal deutliche Saldo weist darauf hin, dass es eine nicht kleine Gruppe von Pflegebedürftigen gibt, bei denen die Angehörigenpflege im Zeitverlauf durch professionelle Pflege ersetzt wird.

Wesentliche Faktoren für Veränderungen der Arrangements sind Erkrankungen, die mit Krankenhausaufenthalten verbunden waren. Insbesondere psychische Erkrankungen und bösartige Neubildungen führen zu vielen Wechselen, wobei nach Behandlungen wegen psychischer Erkrankungen eine eindeutige Tendenz in Richtung formelle Pflege und insbesondere Heimpflege erkennbar ist. Neben den Krankenhausaufenthalten hat der Familienstand eine besondere Bedeutung: Die unverheirateten Pflegebedürftigen haben ein ca. doppelt so hohes Risiko, ins Pflegeheim umzuziehen wie die Verheirateten. Wenn die professionelle Hilfe einmal angenommen ist, ist die Wahrscheinlichkeit einer Rückkehr in die informelle Pflege nur noch etwa halb so groß wie bei Verheirateten.

### 1.3.13 Sequenzen der Pflegestufen

Um die Abfolgen, also Sequenzen, der einzelnen Zustände zu erkennen, reicht es nicht aus, die Gesamtdauern in einzelnen Zuständen oder die Zahl der Wechsel von bestimmten Zuständen in andere auszuzählen. Letztlich kann es eine Vielzahl an Sequenzen geben und sie können total unterschiedlich aussehen.

Auf Basis der 1.959 inzidenten Fälle des Jahres 2000 finden sich 62 verschiedene Sequenzen bezüglich der Pflegestufen. Insgesamt enden 1.638 (=83,6%) der 1.959 Sequenzen mit dem Tod. In 22 Fällen ist die Person am Ende nicht bei der GEK versichert. 118 Sequenzen enden in Pflegestufe I, 116 in Pflegestufe II und 48 in Pflegestufe III. 17 Personen sind Ende 2008 ohne Leistungsbezug. Es zeigen sich bei 48% stabile Verläufe ohne Pflegestufenwechsel bis zum Tod oder bis zum Beobachtungsende. Nimmt man auch noch die hinzu, bei denen zwischendurch oder am Ende ein Kassenwechsel oder eine in der Regel kurze leistungsfreie Zeit auftritt, kommt man auf 55,3% stabile Verläufe. Verläufe mit steter Höherstufung haben einen Anteil von 39,6%. Eine stete Herabstufung kommt nur in 1,9% der Fälle vor. 3,1% der Sequenzen sind durch vielfache Schwankungen charakterisiert.

### 1.3.14 Sequenzen der Pflegearrangements

Pflegearrangements können schneller gewechselt werden als Pflegestufen. Daher ist die Zahl der unterschiedlichen gemessenen Sequenzen auch deutlich höher. 3,5 % der Sequenzen beinhalten sogar mehr als 8 Wechsel. Eine Beschränkung der Betrachtung auf die ersten 8 Wechsel zeigt schon 112 verschiedene Sequenztypen. Trotzdem werden besonders prominente Sequenzen sichtbar.

So werden 23,3 % der Pflegebedürftigen nur informell, 12 % nur vollstationär und 7,1 % werden nur formell-ambulant ohne einen Wechsel des Arrangements bis zum

Tod oder zum Ende des mindestens 8-jährigen Beobachtungsfensters gepflegt. Verlässt man die taggenaue Betrachtung und schwenkt im Bereich der formell-ambulanten Pflege auf ein 30-Tage-Fenster (d. h. ein informelles Pflegearrangement wird 15 Tage vor und 15 Tage nach den formell-ambulanten Leistungen auch als formell-ambulantes Arrangement verstanden), dann erhöht sich der Anteil der durchgängig bis zum Tod formell-ambulanten Pflegearrangements auf 11,8 %.

Unter der Betrachtungsweise des 30-Tage-Fensters sind insgesamt 55,1 % der Verläufe als stabil zu bewerten – es werden in ihnen keine Wechsel der Pflegearrangements beobachtet. Typische Verläufe sind neben den konstanten Verläufen auch noch diejenigen, die eine Professionalisierung im Verlauf anzeigen. Gemeint sind die Sequenzen, die nur folgende Wechsel zwischen den Arrangements anzeigen: informelle Pflege → formell-ambulanter Pflege, informelle Pflege → vollstationäre Pflege oder/und formell-ambulante Pflege → vollstationäre Pflege. Insgesamt nehmen 24,9 % der Sequenzen einen solchen Verlauf der Professionalisierung. Entgegengesetzte Sequenzen, die eine stete Deprofessionalisierung des Pflegeverlaufs anzeigen, sind mit 2,2 % selten. Der Anteil der Verläufe ohne eindeutige Richtung beträgt 17,8 %, wobei es sich meistens um zahlreiche Wechsel zwischen informeller und formell-ambulanter Pflege handelt.

### 1.3.15 Konsequenzen der Eintrittswahrscheinlichkeiten und der Verläufe

Die Pflegewahrscheinlichkeit im Lebenslauf ist mit ca. 50 % sehr groß. Die Wahrscheinlichkeit, dass der Pflegeverlauf hinsichtlich der Pflegearrangements stabil ist, ist mit über 50 % auch sehr groß. Psychische Erkrankungen, bösartige Neubildungen und einige andere Erkrankungen erhöhen die Wahrscheinlichkeit der Pflegebedürftigkeit und der Professionalisierung der Pflege. Im Hinblick auf die Belastungen, die auf Angehörige und das Gesundheitswesen insgesamt zukommen können, ist es daher sinnvoll, schon im Vorfeld mit der Möglichkeit eigener Pflegebedürftigkeit aber auch der Möglichkeit vertraut zu sein. Je besser die Betroffenen vorbereitet sind, desto eher lassen sich informelle Pflegearrangements verwirklichen, bei denen die Pflegebedürftigen auch langfristig in ihrer gewohnten Umgebung bleiben können. Denn der Beginn der Pflege ist der entscheidende Moment für die weitere Ausgestaltung der Sequenzen in den Pflegearrangements.

## 1.4 Regionale Unterschiede in der Versorgung

### 1.4.1 Regional differenzierter Pflegemarkt

Bei der Betrachtung der *Kapazitäten* ist ein sehr ausgeprägtes Ost-West-Gefälle zu beobachten. In der stationären Pflege sind größere Kapazitäten in den alten Bundesländern zu beobachten, während in den neuen Bundesländern größere Kapazitäten hinsichtlich der ambulanten Pflege vorherrschen.

Dieser Befund zeigt sich auch, wenn die Anzahl der Beschäftigten pro Pflegebedürftigen betrachtet wird. Die festgestellten Kapazitätsunterschiede können nicht durch eine unterschiedlich stark verteilte Pflegelast (ausgedrückt durch die Verteilung der Pflegebedürftigen auf die Pflegestufen) erklärt werden. Darüber hinaus konnten nur sehr

schwache Substitutionseffekte – hoher Kapazität stationär steht eine niedrige Kapazität ambulant und vice versa gegenüber – zwischen dem stationären und ambulanten Bereich aufgezeigt werden.

Differenzen zwischen den neuen und alten Bundesländern sind auch bei der *Inanspruchnahme* von Pflegeleistungen feststellbar. Am deutlichsten wird dies im ambulanten Bereich, der sich durch eine hohe Inanspruchnahme in den neuen Bundesländern auszeichnet. In den alten Bundesländern hingegen zeigt sich auch innerhalb eines Bundeslandes oftmals kein einheitliches Bild ab. Die höchste Inanspruchnahme im stationären Bereich ist im Süden der Bundesrepublik zu beobachten. Obwohl im Osten vergleichsweise die Inanspruchnahme stationärer Leistungen niedriger erscheint, ist die Auslastung höher, während im Westen zum Teil hohe Leerstände auszumachen sind.

*Entgelte* unterscheiden sich regional sowohl im stationären, als auch im ambulanten Bereich. Zusätzliche zur Ebene der Bundesländer herrschen Differenzen auch auf Ebene der Gemeinde im stationären Bereich vor, was für den ambulanten Bereich aufgrund des begrenzten Datenmaterials nicht untersucht werden konnte.

Im stationären Sektor sind die teuersten Pflegeheime – in Bezug auf Pflegesatz sowie Entgelt für Unterkunft und Verpflegung – in NRW, Baden-Württemberg und Bayern zu finden. Werden zusätzlich noch die gesondert in Rechnung gestellten Investitionskosten hinzuaddiert, wird das Preisniveau in Bayern geringer, und in Niedersachsen höher. Das niedrigste Preisniveau wird immer in den neuen Bundesländern erreicht. Unterschiede zwischen neuen und alten Bundesländern sind teilweise beträchtlich. Je nach Bundesland kann ein Heimplatz mit Pflegestufe III in den neuen Bundesländern ein geringeres Entgelt aufweisen als ein Heimaufenthalt in Pflegestufe II in den alten Bundesländern.

Leistungen in der ambulanten Pflege werden nach Leistungskomplexen vergütet, in denen mehrere pflegerische zusammengehörende Verrichtungen zusammengefasst werden. Dabei unterscheiden sich die Leistungskomplexe je nach Bundesland, so dass die Vergleichbarkeit stark erschwert ist. Deshalb konnten nur sechs ausgewählte und gut vergleichbare Leistungskomplexe analysiert werden. Bis auf einen der sechs untersuchten Leistungskomplexe sind die Entgelthöhen in der Regel in den neuen Bundesländern niedriger als in den alten Bundesländern. Unter diesen sind Hessen und Baden-Württemberg die teuersten. Je nach Leistungskomplex ist es möglich, dass die Entgelt Höhe in einem Bundesland um das Zwei- oder Dreifache höher liegt, als in einem anderen Bundesland.

#### 1.4.2 Regionale medizinische Versorgung

Der GEK-Pflegereport 2008 berichtete umfangreich über die medizinische Versorgung bei Pflegebedürftigkeit. In einer Erweiterung der Analysen werden im vorliegenden GEK-Pflegereport 2009 für bestimmte Teilspekte dieser Versorgung die regionalen Unterschiede herausgearbeitet. Dazu wird analysiert, welche regionalen Unterschiede es bezüglich der psychischen und neurologischen Erkrankungen, bezüglich der Behandlungshäufigkeit durch Allgemeinärzte oder durch Neurologen oder Psychiater und

bezüglich der Verordnungen von Psycholeptika, Antidepressiva oder Antidementiva gibt. Regionale Unterscheidungsmerkmale für dieser Untersuchungen sind die Bundesländer und die Gemeindetypen (Agglomerationsraum; verständterter Raum; ländlicher Raum).

#### 1.4.2.1 Erkrankungen

In der Verteilung der neurologischen Erkrankungen sind kaum Auffälligkeiten zwischen den Bundesländern oder den verschiedenen Gemeindetypen feststellbar. Einzig die Zahl der gemessenen psychischen Erkrankungen ist in Sachsen, Sachsen-Anhalt und Thüringen sichtbar geringer. Auffällig viele demenzielle Erkrankungen werden in Mecklenburg-Vorpommern festgestellt. Besonders wenige Schizophrenien oder schizotypen Störungen werden hingegen in Mecklenburg-Vorpommern und in Sachsen-Anhalt festgestellt. Dies deutet auf ein unterschiedliches Kodierverhalten in Mecklenburg-Vorpommern hin. Depressionen werden in allen ostdeutschen Bundesländern außer Brandenburg weniger diagnostiziert.

Viel deutlicher sind die Alters- und Geschlechterdifferenzen. Bei den Männern steigt die Prävalenz neurologischer Erkrankungen über die Alterskategorien von ca. 40% bei den 60-69-Jährigen auf über 60% bei den über 80-Jährigen. Bei den Frauen sinkt die Prävalenz von 70% bei den 60-69-Jährigen auf ca. 50% bei den über 80-Jährigen. Der Anteil der Versicherten mit psychischen Erkrankungen liegt bei den Männern im Alter von 60-69 Jahren bei ca. 35% und in der ältesten Kategorie der über 90-Jährigen bei knapp 50%. Bei den Frauen zeigt sich ein Anstieg über die Alterskategorien von ca. 48% auf ca. 70%.

#### 1.4.2.2 Allgemeinmediziner

Je geringer der Agglomerationsgrad einer Region ist, d. h. je ländlicher die Region ist, desto häufiger gibt es Behandlungsfälle durch Allgemeinmediziner. Für Männer und Frauen im Alter von 60-69 Jahren im ländlichen Raum lassen sich 0,5 Behandlungsfälle pro Jahr mehr nachweisen als für gleichaltrige Männer und Frauen im Agglomerationsraum. Entsprechend dieser Befunde und ihrer hohen Bevölkerungsdichte fallen Hamburg, Nordrhein-Westfalen und Berlin durch sehr geringen Behandlungshäufigkeiten auf. Im Vergleich zu dem als Referenzkategorie im Regressionsmodell gewählten Bundesland Baden-Württemberg sind auch unter Kontrolle des Alters, des Geschlechts, der gemessenen Erkrankungen, der Pflegeleistungen, der Pflegestufen und der Gemeindetypen in den ostdeutschen Ländern mehr Behandlungsfälle durch Allgemeinmediziner zu beobachten.

#### 1.4.2.3 Neurologen und Psychiater

Behandlungsfälle durch Neurologen und Psychiater sind insgesamt bei Männern und Frauen viel seltener. Daher sind geringere Unterschiede auch bedeutender. Genau entgegengesetzt der Verteilung der Behandlungsfälle durch Allgemeinmediziner sind die Behandlungsfälle durch Neurologen und Psychiater im ländlichen Raum und verständerten Raum geringer als im Agglomerationsraum. Betrachtet man statt der Gemeinde-

typen die Unterschiede zwischen den Bundesländern, dann zeigen sich im Regressionsmodell im Vergleich zu Baden-Württemberg drei signifikante Ergebnisse: In Hamburg, Nordrhein-Westfalen und Berlin kommt es zu mehr Behandlungsfällen.

Auf dem Land muss somit der Allgemeinmediziner zum Teil die Versorgung übernehmen, die in Ballungsgebiete durch Fachärzte erfolgt. Dass dies zu Qualitätsmängeln führt, kann nicht ausgeschlossen werden.

#### 1.4.2.4 Psycholeptika

Schon in der deskriptiven Betrachtung wird deutlich, dass in sämtlichen ostdeutschen Ländern einschließlich Berlin weniger Psycholeptika verordnet werden. Mit Blick auf die Gemeindetypen zeigt sich in den Ballungsgebieten eine insgesamt geringere Verordnungshäufigkeit.

Im entsprechenden Regressionsmodell erweisen sich die Schizophrenie bzw. schizotypen Störungen als Hauptdeterminante für die Verordnungsmenge heraus. Bei Vorliegen einer solchen Erkrankung erhöht sich die Verordnungsmenge um 93 DDD (daily defined dose) pro Jahr. Unabhängig von den gemessenen Erkrankungen (also im statistischen Sinne für die Erkrankungen kontrolliert) werden Pflegebedürftigen in vollstationärer Pflege außerdem noch ca. 60 DDD zusätzlich verordnet. Bei den häuslich gepflegten Personen wird eine ähnliche Menge nur bei Pflegestufe III erreicht. In Pflegestufe I werden unabhängig von den Erkrankungen 20 DDD verordnet. Die regionalen Unterschiede erscheinen dagegen gering; sie sind aber dennoch vorhanden. Im verstaedterten Raum und im ländlichen Raum werden ca. 2 DDD unabhängig von Pflege und Erkrankungen mehr verordnet als im Agglomerationsraum. Bezogen auf die Effekte der Pflege und der Erkrankungen ist dies nicht viel, aber bezogen auf den Basiswert von ca. 4 DDD ist das ein Plus von 50%. Baden-Württemberg stellt sich unter Kontrolle der anderen Merkmale als das Bundesland mit den meisten Psycholeptikaverordnungen dar. Besonders groß sind die Unterschiede zu Hessen, Berlin, Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern, Sachsen-Anhalt und Thüringen in denen ca. 5–7 DDD weniger verordnet werden.

#### 1.4.2.5 Antidepressiva

Antidepressiva werden den Männern über 60 Jahren durchschnittlich im Umfang von 11 DDD im Jahr verordnet und den gleichaltrigen Frauen im Umfang von 22 DDD verordnet. In der Analyse der Effekte auf die Verordnungsmenge stellt sich ein signifikanter Unterschied zwischen Baden-Württemberg und Berlin ein. In Berlin werden pro Person ca. 6 DDD weniger verordnet. Zusätzlich zeigt sich noch, dass in ländlichen Regionen 4 und in verstaedterten Räumen ca. 2 DDD pro Person unabhängig von festgestellter Erkrankung oder Pflegebedürftigkeit mehr verordnet werden als im Agglomerationsraum. Die Diagnosen „Depression“ oder andere affektive Störungen (60 DDD) sowie Schizophrenie und schizotypen Störungen (46 DDD) haben von den gemessenen Erkrankungen den größten Effekt. Zudem ist aber auch die Pflegebedürftigkeit als solche eigenständig erklärend für die Verordnungsmenge. Dabei sind die verordneten

Mengen bei Pflegestufe I und II (27–71 DDD) höher als bei Pflegestufe III (19–25 DDD).

#### 1.4.2.6 Antidementiva

Bei der deskriptiven Betrachtung der Antidementivaverordnungen zeigen sich viele Unterschiede zwischen den Bundesländern. So werden Frauen im Alter von über 60 Jahren im Saarland und in Mecklenburg-Vorpommern fast 8 DDD verordnet, während in den meisten anderen Ländern nur ca. 2 DDD verordnet werden. Im multivariaten Modell sind diese Unterschiede aber nicht signifikant. Die Verordnungsmenge erklärt sich in erster Linie durch die Demenzdiagnose (51 DDD). Bei den informell und formell-ambulant gepflegten Personen kommt es noch zusätzlich zu 5–13 DDD je nach Arrangement und Pflegestufe. Vollstationär gepflegte Personen mit Pflegestufe III bekommen hingegen 20 DDD weniger verordnet. Deutlich weniger verordnet bekommen auch die über 90-Jährigen im Vergleich zu den 60–69-Jährigen (-14 DDD).

#### 1.4.2.7 Fazit zu der regionalen medizinischen Versorgung

Dort, wo mehr Allgemeinmediziner statt Neurologen oder Psychiater für die Versorgung auch der neurologischen und psychischen Erkrankungen zuständig sind – nämlich im ländlichen Raum – werden unter Kontrolle der Erkrankungen, der Pflegebedürftigkeit und sozio-demografischer Merkmale mehr Psycholeptika und mehr Antidepressiva verordnet. Dies legt die Vermutung nahe, dass die Versorgung regional zumindest uneinheitlich – wenn nicht sogar in Einzelfällen auch unangemessen ist. Hier zeigt sich ein grundsätzliches Potential zur Verbesserung der Versorgung.

## 2 Einleitung

Mit dem vorliegenden 2. Pflegereport wird die Berichterstattung des GEK-Pflegereports 2008 fortgesetzt. Zentrales Ziel des Reportes ist und bleibt es, über Pflegebedürftigkeit und die Versorgung Pflegebedürftiger zu berichten, um so Informationen bereitzustellen, um das Pflegesystem kontinuierlich zu verbessern. Die Berichterstattung beruht dabei zum einen auf öffentlich zugänglichen Daten insbesondere der amtlichen Statistik, zum anderen aber auf der Analyse der GEK-Routinedaten.

Bereits im Pflegereport 2008 wurde das System der Pflegeversicherung kurz skizziert. In Kapitel 3 wird daher nur über die Weiterentwicklung der Pflegeversicherung im letzten Jahr berichtet. Dabei wird insbesondere auf das im Juli 2008 in Kraft getretene Pflege-Weiterentwicklungsgesetz und auf den Bericht des Beirates zur Überprüfung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs eingegangen. In Kapitel 4 wird zunächst die Studienlage rezipiert. Dabei werden zum einen die Ergebnisse der wichtigsten nationalen Studien und Berichte referiert, die im letzten Jahr erschienen sind. Zum anderen wird der Blick auf europäische Studien gerichtet, die im letzten Pflegereport unberücksichtigt geblieben sind. Anschließend werden die Daten der amtlichen Statistik analysiert. Da inzwischen die Ergebnisse der neuesten Erhebungswelle der amtlichen Statistik, vom Dezember 2007, vorliegen, hat sich der Beobachtungszeitraum um 2 Jahre verlängert, so dass neue und aussagekräftigere Trendaussagen abgeleitet werden können. In Kapitel 5 werden die Routinedaten der GEK im Hinblick auf Eintritt, Verlauf und Wandel der Pflegebedürftigkeit untersucht. Eine solche Längsschnittperspektive kann nur mit den Kassendaten, nicht aber mit den Querschnittserhebungen der amtlichen Statistik eingenommen werden. Im Zentrum der Analysen stehen dabei die Fragen nach Dauer und Stabilität von Pflegezuständen und Pflegearrangements. Erstmals werden hierzu Sequenzen von Pflegeepisoden analysiert. Im Schwerpunktthema dieses Reports werden regionale Unterschiede in der pflegerischen Versorgung thematisiert. Anhand der amtlichen Statistik werden die Kapazitäten, Inanspruchnahme und Preise der Pflegeleistungen hinsichtlich der regionalen Verteilung und in Bezug auf Stadt-Land-Unterschiede dargestellt. Schließlich wird die medizinische Versorgung von Pflegebedürftigen, die bereits im letzten Pflegereport schwerpunktmäßig analysiert wurde, nunmehr im Hinblick auf sozialräumliche Unterschiede untersucht.



### 3 Die Weiterentwicklung der Pflegeversicherung 2008/09

Pflegepolitisch sind im Jahr 2008/2009 insbesondere zwei Ereignisse hervorzuheben, die nachstehend thematisiert werden: Das Inkrafttreten des Pflege-Weiterentwicklungsge setzes zum 1.7.2008 (Abschnitt 3.1) und der Bericht des Beirats zur Überprüfung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs (Abschnitt 3.2). Die „Weiterentwicklung der Pflegeversicherung“ wird auf eineinhalb Seiten auch in dem am 26.10.2009 unterzeichneten Koalitionsvertrag der neuen Bundesregierung thematisiert. Allerdings sind die Vorhaben dort naturgemäß noch eher unbestimmt. Insbesondere hinsichtlich der Weiterentwicklung der Finanzierung der Pflege wird die Einrichtung einer interministeriellen Arbeitsgruppe vorgesehen, so dass die Diskussion entsprechender Vorschläge dem nächsten Pflegereport (2010) vorbehalten bleibt.

#### 3.1 Pflege-Weiterentwicklungsge setz

Das Pflege-Weiterentwicklungsge setz (PfWG) vom 28. Mai 2008 (BGBl. S. I 874) ist am 1.7.2008 in Kraft getreten. Es sieht eine Vielzahl von Regelungen vor, von denen

- das Pflegezeitge setz,
- Maßnahmen zur Förderung der Rehabilitation,
- die Intensivierung von Qualitätsprüfungen und die Veröffentlichung von Qualitätsberichten,
- die Einführung von Pflegestützpunkten und Pflegeberatern sowie
- die Leistungsdynamisierung und
- die Beitragsatzerhöhung

hervorzuheben sind (vgl. Rothgang/Preuss 2009 und IgI 2009 für einen Überblick über die Reform). Als „große Pflegereform“ kann das Gesetz nicht gelten. Hierzu fehlt insbesondere eine nachhaltige Finanzreform. Allerdings leistet das Gesetz einen wichtigen Beitrag zur Weiterentwicklung der Infrastruktur der Pflegeversicherung. Der Schwerpunkt liegt dabei gerade auf „leistungser schließenden und infrastrukturellen Vorkehrungen“ (IgI 2009). Nachstehend werden drei der oben genannten sechs Regelungsbe reiche näher betrachtet: die Pflegestützpunkte (Abschnitt 3.1.1), weil sie nicht nur ein Kernelement der leistungser schließenden Maßnahmen des PfWG sind, sondern auf grund ihrer Überantwortung in die Ausführungsverantwortung der Länder regional differenziert umgesetzt werden und somit in einem Report der sich schwerpunkt mäßig mit regionalen Unterschieden in der pflegerischen Versorgung beschäftigt, nicht fehlen dürfen, sowie die Leistungsdynamisierung (Abschnitt 3.1.2) und die Finanzierung (Abschnitt 3.1.3), weil die diesbezüglichen Regelungen unzureichend sind. Insbesondere bezüglich der Finanzierung ist mit einem erneuten Reformversuch noch innerhalb dieser Legislaturperiode zu rechnen. Die übrigen genannten Maßnahmen sind zumindest dem Grunde nach zielführend. Inwieweit sie die gewünschten Ergebnisse zeitigen, kann aber derzeit noch nicht beurteilt werden, weil sie noch nicht im hierzu hinreichen den Ausmaß Wirkung erzeugen konnten.

### 3.1.1 Pflegestützpunkte

Immer noch fühlen sich Pflegebedürftige und ihre Angehörigen unzureichend über die vorhandenen Möglichkeiten zur Gestaltung einer Langzeitpflege informiert. Diese unzureichenden Informationen stehen einer individuellen Optimierung des jeweiligen Pflegearrangements entgegen. Um dem abzuhelpfen, sieht das Pflege-Weiterentwicklungsgegesetz die Einführung von Pflegestützpunkten vor (§ 92c SGB XI). Pflegestützpunkte sollen Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen eine wohnortnahe Anlaufstelle bieten, bei der sich diese umfassend informieren können und zeitnah ein auf sie und ihre Situation abgestimmtes individuelles Hilfsangebot erhalten (vgl. Pogadl/Pohlmann 2008, Michell-Auli 2009). Dabei sollen in den Pflegestützpunkten so genannte „Pflegeberater“ zur Verfügung stehen, die die Aufgaben von Case Managern übernehmen. Aufgaben der Pflegeberatung sind:

- die systematische Analyse und Erfassung des Hilfebedarfs unter Berücksichtigung der Begutachtung des MDK,
- die Erstellung eines individuellen Versorgungsplanes inklusive der im Einzelfall erforderlichen Sozialleistungen und der notwendigen gesundheitsfördernden, präventiven, kurativen, rehabilitativen, pflegerischen oder sonstigen medizinischen Hilfen,
- die Veranlassung der für die Durchführung des Versorgungsplanes erforderlichen Maßnahmen,
- die Überwachung der Durchführung und gegebenenfalls Anpassung des Versorgungsplans sowie
- die Auswertung und Dokumentation des Hilfeprozesses bei besonders komplexen Fallgestaltungen (§ 7a SGB XI n. F.).

Neben der individuellen Betreuung haben die Pflegestützpunkte eine Reihe von weiteren Aufgaben. Schaeffer und Kuhlmeij (2008, S. 82f.) gliedern die Aufgaben der Pflegestützpunkte in patienten- bzw. nutzerbezogene Aufgaben auf der einen und systembezogene Aufgaben auf der anderen Seite. Sie betonen dabei auf der systembezogenen Seite insbesondere die Initiierung von Vernetzungs- und Koordinationsprozessen zu Instanzen und Diensten der pflegerischen, medizinischen und rehabilitativen Versorgung und die Einbindung des bürgerlichen Engagements. Die Einführung von Pflegestützpunkten zielt damit auf ein zentrales Manko der derzeitigen Pflegeversorgung ab und kann als einer der bedeutendsten Aspekte dieser Reform gelten.

Während der Referentenentwurf noch vorsah, den Pflegebedürftigen einen Pflegeberater im Sinne eines echten Case Management möglichst dauerhaft zuzuweisen (§ 7 Abs. 2 Referentenentwurf 2007) wurde diese Vorgabe im Gesetzgebungsprozess auf Drängen der Länder gestrichen. Weiterhin hat der Referentenentwurf verpflichtend vorgesehen, dass für ein Einzugsgebiet von max. 20.000 Einwohnern ein Pflegestützpunkt einzurichten sei (§ 92c Abs. 2 Referentenentwurf 2007). Auch diese Vorgabe wurde im Gesetzgebungsprozess entschärft. § 7a Abs. 3 SGB XI lautet stattdessen: „Die Anzahl von Pflegeberatern und Pflegeberaterinnen ist so zu bemessen, dass die Aufgaben nach Absatz 1 im Interesse der Hilfesuchenden zeitnah und umfassend wahrgenommen

*Tabelle 1: Übersicht Pflegestützpunkte in Deutschland*

Bundesland	geplante PSP*	aktuell** tätige PSP	Einwohner (Ende 2008)	Bewohner/ gepl. PSP	Einw. 75+/ gepl. PSP
Baden-Württemberg	50	0	10.749.506	214.990	17.796
Bayern	60	0	12.519.728	208.662	17.365
Berlin	36	24	3.431.675	95.324	6.730
Brandenburg	18	3	2.522.493	132.763	11.597
Bremen	3	3	661.866	220.622	20.402
Hamburg	8	2	1.772.100	221.513	17.717
Hessen	26	0	6.064.953	233.267	19.965
Mecklenburg-Vorp.	1	0	1.664.356	1.664.356	139.257
Niedersachsen	46	0	7.947.244	172.766	15.110
Nordrhein-Westfalen	162	0	17.933.064	110.698	9.605
Rheinland-Pfalz	135	135	4.028.351	29.840	2.707
Saarland	8	4	1.030.324	128.791	12.340
Sachsen	keine	keine	4.192.801	--	
Sachsen-Anhalt	keine	keine	2.381.872	--	
Schleswig-Holstein	15	8	2.834.260	188.951	16.076
Thüringen	4	0	2.267.763	566.941	51.744

\* PSP = Pflegestützpunkt

\*\* Stand: August 2009, ohne Modellpflegestützpunkte

Quelle: Eigene Darstellung auf Basis von Daten des statistischen Bundesamtes und Auskünfte der Landesregierungen

werden können“. Eine Quantifizierung dieser Vorgabe erfolgt wohlweislich nicht. Im Referentenentwurf wurde postuliert, dass die Pflegestützpunkte den Auf- und Ausbau wohnortnaher Versorgungsstrukturen fördern und damit auch den Grundsatz „ambulant vor stationär“ (§ 3 SGB XI) stärken (Referentenentwurf 2007: 2). Inwieweit diese Ziele erreicht werden, hängt vor allem von der tatsächlichen Umsetzung in den Ländern ab.

Seit dem 1. Juli 2008 können die Landesregierungen nun die Errichtung von Pflegestützpunkten nach § 92c SGB XI in ihrem jeweiligen Bundesland betreiben. Die Bundesregierung stellt für die Errichtung von Pflegestützpunkten Fördermittel in Höhe von 60 Mio. Euro bis Ende 2011 zur Verfügung. Angestrebt wurde ein flächendeckendes Netz von Pflegestützpunkten, bei dem auf einen Pflegestützpunkt ca. 20 bis 30 Tausend Einwohner kommen, also ca. 3.000 bis 4.000 Pflegestützpunkte in ganz Deutschland.

Ein gutes Jahr nach Inkrafttreten des PfWG erreicht lediglich Rheinland-Pfalz einen Versorgungsgrad, der dem entspricht. Dort haben bereits alle geplanten 135 Pflegestützpunkte Anfang 2009 ihre Arbeit aufgenommen haben. Rheinland-Pfalz erreicht damit eine Versorgungsdichte von ca. 30.000 Einwohnern je Pflegestützpunkt und steht so an der Spitze des innerdeutschen Vergleichs (vgl. Tabelle 1).

Die meisten Länder, deren Landesregierungen bislang einen Errichtungsauftrag ausgesprochen haben, planen mindestens einen Pflegestützpunkt je Landkreis bzw. kreisfreie Stadt, darunter Baden-Württemberg, Brandenburg, Hessen, Niedersachsen, Saarland und Schleswig-Holstein. Nordrhein-Westfalen rechnet aufgrund seiner Bewohnerdichte

mit 3 Pflegestützpunkten je Kommune. In Hamburg ist jeweils ein Pflegestützpunkt je Stadtbezirk geplant. Diese Planungen reichen allerdings nicht aus, um die angestrebten Quoten zu erreichen. Bleibt es bei den bislang geplanten Stützpunktzahlen, so liegen die Länder, die sich etwa an der Maxime von einem Pflegestützpunkt pro Kommune orientieren, bei Werten zwischen rund 95.000 (Berlin) und 233.000 (Hessen) Einwohner/Stützpunkt (vgl. Tabelle 1).

In nahezu allen Ländern läuft die tatsächliche Inbetriebnahme der Pflegestützpunkte eher schlepend. Berlin weist – nach Rheinland-Pfalz – die zweithöchste Zahl an bereits aktiven Pflegestützpunkten auf. Dort wurden bereits 24 der geplanten 36 Pflegestützpunkte in Betrieb genommen. In Schleswig Holstein und dem Saarland wird bereit die Hälfte der geplanten Stützpunkte betrieben. Schleswig Holstein hat seinen Plan von 15 Stützpunkten mit bisher 8 aktiven Stützpunkten bereits zu über 50 % erfüllt, im Saarland sind 4 der geplanten 8 Stützpunkte an den Start gegangen und in Bremen stehen den Beratungssuchenden bereits 3 der geplanten 3 Stützpunkte zur Verfügung. Allerdings erreicht Bremen mit einer Einwohnerzahl von über 220.000 je geplantem Pflegestützpunkt in Bezug auf die Pflegestützpunktdichte nur einen der unteren Ränge: Lediglich Hamburg, Hessen und Thüringen planen weniger Pflegestützpunkte pro Einwohner.<sup>1</sup> Wird statt der Gesamt-Einwohnerzahl die Zahl der 75jährigen und Älteren ins Verhältnis zu der Anzahl der Pflegestützpunkte gesetzt, stellt sich die Situation in Bremen noch schlechter dar: In Bezug auf die Versorgungsquote der Altenbevölkerung liegt Bremen dann auf dem letzten Platz. Bezuglich der geplanten Pflegestützpunkte sind Rheinland-Pfalz und Berlin die Länder, die bezogen auf die Altenbevölkerung die größte Deckung erreichen.

Alle anderen Länder liegen deutlich dahinter zurück. In vielen Ländern ist der Modell-Pflegestützpunkt bislang der einzige aktive Stützpunkt (z. B. in Mecklenburg-Vorpommern, Niedersachsen, Sachsen-Anhalt und Thüringen). In Brandenburg, Rheinland-Pfalz, Saarland und Schleswig-Holstein wurden die Modell-Pflegestützpunkte bereits zu regulären Pflegestützpunkten ausgebaut (Deutscher Bundestag 2009: 3). In Brandenburg wurden 3 der geplanten 19 Stützpunkte errichtet, in Hamburg sind 2 von 8 in Betrieb.

Die höchsten Erfüllungsquoten von 100 % weisen demnach Bremen und Rheinland-Pfalz auf, wobei Bremen mit nur drei geplanten Stützpunkten ein sehr niedriges Soll zu erfüllen hatte. Gefolgt werden die beiden Länder von Berlin (67 %), Schleswig-Holstein (53 %) und dem Saarland (50 %). Es folgen Thüringen und Hamburg mit jeweils 50 % Erfüllungsquote, Brandenburg mit 15,8 %. Der Rest der Bundesländer liegt bei unter 1 %.

Sachsen und Sachsen-Anhalt planen derzeit keine Pflegestützpunkte: Sachsen-Anhalt hat sich für eine Alternative zu den Pflegestützpunkten entschieden. Dort wurde er-

---

<sup>1</sup> In Sachsen, Sachsen-Anhalt und Mecklenburg-Vorpommern sind aktuell noch weniger Stützpunkte geplant, da die Planungen in Mecklenburg-Vorpommern noch nicht abgeschlossen sind und Sachsen und Sachsen-Anhalt gänzlich auf die Errichtung von PSPen verzichten.

satzweise das Projekt „vernetzte Pflegeberatung“ gestartet, in dem versucht werden soll, die bereits vorhandene Pflegeberatungsstruktur dahingehend zu vernetzen und optimieren, dass „unabhängige und kundenfreundliche Beratung für Pflegebedürftige und ihre Angehörigen an zahlreichen wohnortnahmen Standorten“ (Ministerium für Gesundheit und Soziales Sachsen-Anhalt 2009) angeboten werden kann. Sachsen hat sich ebenfalls gegen Pflegestützpunkte und stattdessen für eine „virtuelle“ und telefonische Pflegeberatung entschieden (Verbraucherzentrale Sachsen 2009).

Bei einem Ost-Westvergleich schneiden die westlichen Länder in Hinblick auf die Versorgung der Pflegebedürftigen deutlich besser ab, u. a. weil sich hier alle Länder für die Errichtung von Pflegestützpunkten entschieden haben. Wenn alle geplanten westdeutschen (ohne West-Berlin) Pflegestützpunkte errichtet sind, kämen im Durchschnitt rund 128.000 Einwohner auf einen Pflegestützpunkt. In den ostdeutschen Ländern (ohne Ost-Berlin) sind es deutlich über eine halbe Million Einwohner (ca. 543.000) je Pflegestützpunkt.

In Bayern, Mecklenburg-Vorpommern und Thüringen fehlen bislang die benötigten Rahmenvereinbarungen bzw. Errichtungsaufträge, was den Fortschritt der Pflegestützpunktterrichtung hemmt. In allen Ländern wird jedoch bereits an den Verträgen gearbeitet und es ist zu erwarten, dass die Stützpunkte bald nach Fertigstellung der Verträge errichtet werden können.

Insgesamt zeigt sich bei der Einrichtung der Pflegestützpunkte somit eine erhebliche Varianz zwischen den Bundesländern, sowohl in der Zahl der geplanten Stützpunkte als auch im derzeitigen Umsetzungsstand und in der Konzeption der Pflegestützpunkte. Auf Letzteres kann an dieser Stelle nicht eingegangen werden. Insbesondere für die Bewertung der unterschiedlichen Konzepte müssen die Ergebnisse der Evaluationen abgewartet werden, die zumindest in einigen Ländern durchgeführt werden.

### 3.1.2 Leistungsdynamisierung

Anders als in der Gesetzlichen Krankenversicherung werden in der Sozialen Pflegeversicherung lediglich betraglich fixierte Zuschüsse zu Pflegeleistungen bzw. ein ebenfalls fixiertes Pflegegeld gewährt. Die Leistungssätze der Hauptleistungsarten wurden bereits 1993 festgelegt und seitdem bis zum Inkrafttreten des PfWG 2008 nicht mehr angepasst, was zu massiven Realwertverlusten geführt hat. Dies kann besonders gut für den stationären Sektor gezeigt werden, da das Statistische Bundesamt seit 1999 im zweijährigen Abstand am 15. Dezember eine Vollerhebung bei allen Pflegeeinrichtungen durchführt, in der auch die Heimentgelte erhoben werden. Tabelle 1 enthält die entsprechenden bundesweiten Durchschnittswerte für die bisherigen fünf Erhebungszeitpunkte. Wie die Tabelle zeigt, sind die Heimentgelte (Pflegesätze zuzüglich Entgelte für Unterkunft und Verpflegung) in diesem 8-Jahreszeitraum deutlich gestiegen – insgesamt um 13 % (Stufe I und Stufe II) bzw. 10 % (Stufe III). Werden die Entgelte für die einzelnen Stufen mit dem jeweiligen Belegungsanteil gewichtet und werden dann die Kosten für Unterkunft und Verpflegung addiert, ergibt sich ein *durchschnittliches Heimentgelt*, das die relative Bedeutung der Pflegestufen für die Heimentgelte und deren Verschiebung über die Zeit berücksichtigt. Dieses durchschnittliche Entgelt ist

Tabelle 2: Vergütung in der vollstationären Pflege (in € pro Monat)

	Pflegesatz der Pflegeklasse			durchschnittliches Heimentgelt (Pflegesatz zzgl. Entgelt für Unterkunft und Verpflegung)	Pflegesatz zuzüglich Entgelt für Unterkunft und Verpflegung in der Pflegeklasse		
	I	II	III		I	II	III
1999	1.155	1.520	1.976	2.056	1.702	2.067	2.523
2001	1.186	1.581	2.006	2.120	1.763	2.158	2.584
2003	1.246	1.672	2.098	2.194	1.824	2.250	2.675
2005	1.277	1.702	2.128	2.223	1.855	2.280	2.706
2007	1.307	1.733	2.158	2.275	1.915	2.341	2.766
Wachstum 1999-2007 (in %)	13,2	14,0	9,2		10,7	12,5	13,3
Durch- schnittl. jährl. Wachstum (in %)	1,56	1,65	1,11		1,27	1,48	1,57
Anmerkung: Für die Jahre 1999 bis 2001 liegen die Angaben in Euro / Tag, gerundet auf ganze Euro-Beträge vor. Wegen dieser Rundungsgenauigkeit sind die Daten für Unterkunft und Verpflegung für sich genommen nicht aussagekräftig.							
Das durchschnittliche Heimentgelt wird als gewogenes arithmetisches Mittel der Heimentgelte der einzelnen Stufe ermittelt, wobei die Anteilswerte der einzelnen Stufen als Gewichte eingehen.							
Quelle: eigene Berechnungen nach Daten der Bundespflegestatistik, publiziert in Statistisches Bundesamt 2002, 2003, 2005, 2007b, 2009c.							

im Betrachtungszeitraum um insgesamt 10,7% bzw. um jährlich 1,3% (geometrisches Mittel) gestiegen. Die im Vergleich zu den Wachstumsraten für die Entgelte der Stufen I und II etwas geringere Steigerungsrate für das durchschnittliche Entgelt ist darauf zurückzuführen, dass der Anteil der Pflegebedürftigen in Stufe I zu-, der Anteil der Pflegebedürftigen in Stufe III aber abgenommen hat.

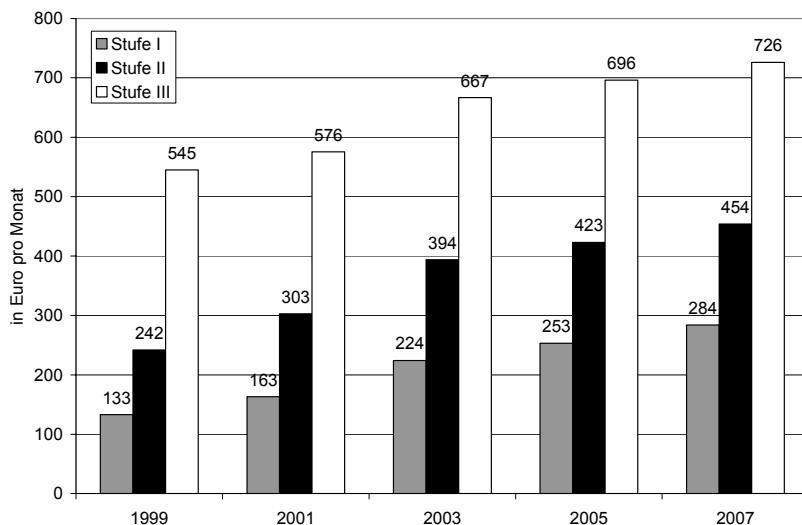
Bereits 1999 übersteigen die durchschnittlichen Pflegesätze die Leistungen der Pflegeversicherung in Höhe von 1.023 € (Stufe I), 1.279 € (Stufe II) und 1.432 € (Stufe III).<sup>2</sup>

<sup>2</sup> Gemäß der Ergebnisse von Roth/Rothgang (1999a) lagen die Pflegesätze in Stufe I und II im Jahr 1996 im Rheinland noch unter den Pflegeversicherungsleistungen, und 1998 galt dies zumindest noch für die Stufe I. Hierbei ist zu berücksichtigen, dass Nordrhein-Westfalen das Bundesland mit den insgesamt höchsten Heimentgelten ist (vgl. Abschnitt 6.1.3.2) und die Entgelte im Rheinland noch höher sind als im NRW-Durchschnitt (Augurzyk et al. 2008). Der für das Rheinland erhobene Befund dürfte damit auch für die anderen Bundesländer Gültigkeit beanspruchen.

2007 liegt die durchschnittliche Deckungslücke dann bereits bei 284€ (Stufe I), 454€ (Stufe II) bzw. sogar 726€ (Stufe III) (Abbildung 1).

Diesem in Tabelle 2 sichtbar gewordenen Kaufkraftverfall soll durch eine Leistungsanpassung entgegengetreten werden, wobei das PfWG zwischen einer schrittweisen Anhebung der Leistungen bis 2012 und einer regelmäßigen Leistungsanpassung gemäß § 30 SGB XI ab 2015 unterscheidet.

Abbildung 1: Deckungslücken bei den Pflegesätzen vollstationärer Pflege



Quelle: eigene Berechnungen nach Daten der Bundespflegestatistik, publiziert in Statistisches Bundesamt 2002, 2003, 2005, 2007b, 2009c und der gesetzlich vorgegebenen Leistungssätze.

### 3.1.2.1 Schrittweise Leistungsanpassung

Im PfWG ist vorgesehen, die Leistungen bis 2012 schrittweise zu erhöhen. Tabelle 3 enthält die aktuellen Leistungshöhen und die für 2012 vorgesehenen Leistungshöhen für die Kernleistungen der Pflegeversicherung. Weiterhin sind die absolute Veränderung (in Euro) und die relative Veränderung (in % des Ausgangswertes) angegeben. Wie die Tabelle zeigt, unterscheiden sich die Anpassungen je nach Leistungsart und Pflegestufe erheblich. Deutlich wird insbesondere die implizite Angleichungstendenz zwischen den Sachleistungen bei häuslicher Pflege und vollstationärer Pflege in den Stufen I und II. Eine solche Angleichung ist zwar grundsätzlich zu begrüßen. Allerdings werden bei der vorgesehenen Dynamisierung insbesondere die ausgabenträchtigen Leistungsarten nicht angehoben. So machten die Leistungen der vollstationären Pflege in Stufe I und II, die nicht angepasst werden, zum Zeitpunkt des Gesetzesentwurfes insgesamt 43 % der SPV-Ausgaben aus. Wird – unter Berücksichtigung der derzeitigen Inanspruchnahme- und Ausgabenstruktur – errechnet, wie sich die Pflege-

Tabelle 3: Leistungshöhen für Pflegesachleistung, Pflegegeld und vollstationäre Pflege

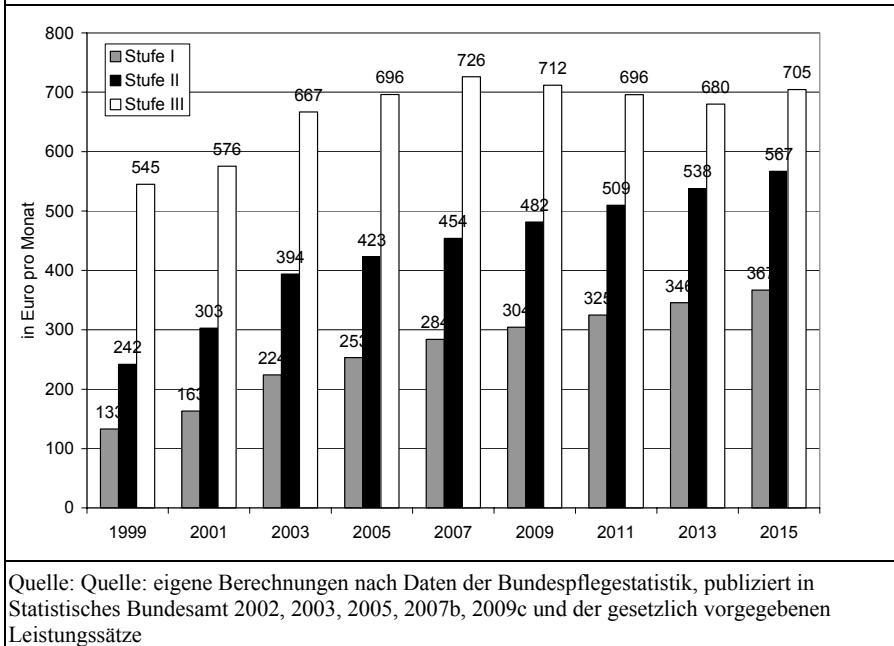
	Jahr		Veränderung		Durchschnittliche jährliche Wachstumsrate in % (geometrisches Mittel)	
	2007	2012			2007-2012	1996-2015
	in Euro / Monat	in Euro / Monat	in Euro / Monat	in % des Ausgangswertes		
Sachleistungen						
Stufe I	384	450	66	17,2	3,2	0,8
Stufe II	921	1.100	179	19,4	3,6	0,9
Stufe III	1.432	1.550	118	8,2	1,6	0,4
Pflegegeld						
Stufe I	205	235	30	14,6	2,8	0,7
Stufe II	410	440	30	7,3	1,4	0,4
Stufe III	665	700	35	5,3	1,0	0,3
vollstationär						
Stufe I	1.023	1.023	0	0,0	0,0	0,0
Stufe II	1.279	1.279	0	0,0	0,0	0,0
Stufe III	1.432	1.550	118	8,2	1,6	0,4
insgesamt				7,1	1,4	0,4

versicherungsleistungen *insgesamt* entwickeln, so ist erkennbar, dass die Anpassung unzureichend ist: Bezogen auf den Zeitraum von 2007, also dem Zeitpunkt der Festlegung der Leistungsanpassung im Referentenentwurf bis 2012, dem Zeitpunkt des letzten geplanten Anpassungsschritts beläuft sich die über alle Leistungen gemittelte jährliche Anpassungsrate auf 1,4% (geometrisches Mittel). Das dürfte in etwas der zu erwartenden Inflationsrate entsprechen und liegt knapp unterhalb der jährlichen Entgeltsteigerung, die in der stationären Pflege in den Pflegestufen I und II im Zeitraum von 1999 bis 2007 zu verzeichnen war (Tabelle 2. Von einer „nachholenden Anpassung“ kann dagegen nicht die Rede sein. Wird die Leistungsanpassung auf den Zeitraum von 1996, dem Jahr der Einführung der stationären Leistungen, bis 2015, dem Jahr in dem erstmals wieder über eine Leistungsanpassung beraten werden soll, bezogen, ergibt sich eine nominale jährliche Leistungsanpassung von 0,4% (geometrisches Mittel), die zum Kaufkrafterhalt der Pflegeversicherungsleistungen vollkommen unzureichend ist.

In Abbildung 2 wird dargestellt, wie sich die monatlichen Eigenanteile<sup>3</sup> bei den Pflegesätzen in vollstationärer Pflege entwickeln, wenn die Pflegesätze mit der selben Raten steigen, mit der sie im Zeitraum von 1999 bis 2007 gestiegen sind. Für die Pflegeversicherungsleistungen wurden die gesetzlich vorgegebenen Werte eingesetzt, die sich bis 2015 nur in Pflegestufe III verändern. Wie die Abbildung zeigt, könnte dieser Eigenanteil in Pflegestufe III in etwa konstant gehalten werden. In den Pflegestufe I

<sup>3</sup> Die Eigenanteile sind als Differenz zwischen Pflegesatz und Pflegeversicherungsleistung definiert. Zusätzlich sind vom Pflegebedürftigen noch die Entgelte für Unterkunft und Verpflegung und die gesondert in Rechnung gestellten Investitionskosten aufzubringen.

Abbildung 2: Projektion der Entwicklung der Eigenanteile bei Pflegesätzen in vollstationärer Pflege



Quelle: Quelle: eigene Berechnungen nach Daten der Bundespflegestatistik, publiziert in Statistisches Bundesamt 2002, 2003, 2005, 2007b, 2009c und der gesetzlich vorgegebenen Leistungssätze

und II würde er aber um weitere 83 Euro (Pflegestufe I) bzw. 113 Euro (Pflegestufe II) steigen. Wird berücksichtigt, dass die Pflegeversicherungsleistungen ursprünglich mit dem Ziel festgelegt wurden, die pflegebedingten Kosten eines durchschnittlichen Pflegeheimes abzudecken, werden die gravierende Unterfinanzierung und die unzureichende Dynamisierung deutlich.

Insgesamt ist die vorgesehene schrittweise Anpassung damit allenfalls ausreichend, um den Realwert der Pflegeversicherungsleistungen von 2007 bis 2012 konstant zu halten. Einen notwendigen Beitrag zur nachholenden Anpassung der Leistungen leistet sie nicht.

### 3.1.2.2 Regelmäßige Leistungsanpassung ab 2015

Ab 2015 sollen die Leistungen dann regelmäßig in einem 3-Jahres-Rhythmus angehoben werden. Allerdings sieht der Wortlaut des § 30 SGB XI lediglich vor, dass die Notwendigkeit einer Anpassung alle drei Jahre „geprüft“ werde. Als Orientierungsgröße werden die Inflations- und die Bruttolohnentwicklung genannt, wobei jeweils die niedrigere Rate ausschlaggebend ist. Weiterhin können „die gesamtwirtschaftlichen Rahmenbedingungen mit berücksichtigt“ werden. Insbesondere die letztgenannte Einschränkung eröffnet die Möglichkeit, die Leistungsanpassungen ganz auszusetzen oder

die Pflegeversicherungsleistungen sogar nach unten anzupassen. Bei der vorgeschlagenen Form handelt es sich daher um eine *diskretionäre Anpassung*, die regelmäßig Anlass zu politischen Auseinandersetzungen bieten dürfte. Um einen weiteren Realwertverlust der Pflegeversicherung auszuschließen, ist dagegen eine *regelgebunden Anpassung* ohne diskretionären Spielraum nach einer vorgegebenen Formel notwendig.

Hinsichtlich der Höhe der Anpassung sollte in der Tat auf makroökonomische Größen wie die Inflationsrate und die Bruttolohn- und -gehaltsentwicklung abgestellt werden. Hierbei kann zwischen dem Pflegegeld und den Sachleistungen unterschieden werden. Für das Pflegegeld ist eine Anpassung entsprechend der allgemeinen Preisentwicklung sinnvoll. Bei den Pflegesachleistungen sollte die *Kaufkrafterhaltung* das Ziel der Anpassung sein. Mittel- und langfristig folgt die Preisentwicklung von Pflegeleistungen der Kostenentwicklung, wobei die Personalkosten der quantitativ wichtigste Kostenblock sind. Eine Leistungsdynamisierung der Pflegeversicherungsleistungen in Anlehnung an die Lohnentwicklung in der Pflege verbietet sich aber, weil dadurch eine Lohn-Preis-Spirale nach oben ausgelöst würde. Sinnvoll erscheint dagegen die Anlehnung an die Bruttolohn- und -gehaltsentwicklung der gesamten Volkswirtschaft, da sich die Lohnentwicklung in der Pflege langfristig nicht von der übrigen Lohnentwicklung abkoppeln kann. Da neben den Personalkosten auch Sachkosten zu berücksichtigen sind, ist auch die Berücksichtigung der Inflationsrate plausibel. Eine Anpassungsformel, die auf einen gewogenen Mittelwert aus Inflation und Bruttolohn- und -gehaltsentwicklung abstellt, wäre daher ideal. Entsprechend wurde bereits in der Nachhaltigkeitskommission der Mittelwert aus Inflation und Bruttolohn- und -gehaltssteigerung als Anpassungsformel vorgeschlagen. Noch besser wäre eine Anpassungsformel, bei der Lohnentwicklung und Inflation im Verhältnis von Personal- zu Sachkosten (also etwa im Verhältnis 2:1) eingehen.

Eine Anpassung gemäß der Inflation – die im vorliegenden Entwurf ja nur als Obergrenze vorgesehen ist – würde bei steigenden realen Bruttolöhnen dagegen zu einem weiteren Wertverlust der Pflegeversicherungsleistungen führen, der sich auch in der Sozialhilfequote der stationär versorgten Pflegebedürftigen niederschlagen dürfte. Sie ist daher unzureichend.

### 3.1.3 Finanzierung

In ihrem Koalitionsvertrag hatten die Regierungsparteien vereinbart, zur „Sicherung einer nachhaltigen und gerechten Finanzierung“ zum einen das Umlageverfahren „durch kapitalgedeckte Elemente als Demographiereserve“ zu ergänzen und zum anderen zum „Ausgleich der unterschiedlichen Risikostrukturen ... [einen] Finanzausgleich zwischen gesetzlicher und privater Pflegeversicherung“ einzuführen (CDU/CSU, SPD 2005). Beide Vorhaben wurden im PfWG *nicht* verwirklicht. Für eine Analyse der Finanzierungssituation ist zunächst kurz auf die Ausgangslage einzugehen (Abschnitt 3.1.3.1), bevor die im PfWG vorgesehenen Maßnahmen bewertet werden können. Dabei zeigt sich, dass die geplante Beitragssatzerhöhung zwar sinnvoll ist, allein aber nicht ausreicht (Abschnitt 3.1.3.2).

### 3.1.3.1 Ausgangslage

In den ersten Jahren ihres Bestehens hat die Pflegeversicherung Überschüsse erwirtschaftet. Seit 1999 jedoch ergeben sich steigende Defizite. Das geringere Defizit des Jahres 2005 resultiert aus den Zusatzeinnahmen durch den Zusatzbeitrag für Kinderlose, der seit 2005 regelmäßig anfällt. Der für das Jahr 2006 gemeldete Überschuss in Höhe von ca. 450 Mio. € erweckt zunächst den Anschein, als wäre der Trend gebrochen. Der Überschuss resultiert jedoch lediglich aus einer Vorverlegung der Fälligkeit der Sozialversicherungsbeiträge im Januar (Gesetz zur Änderung des Vierten und Sechsten Buches Sozialgesetzbuch vom 03.08.2005). Dies führt zu einem Zufluss von insgesamt 13 Beiträgen in diesem Jahr. Hierbei handelt es sich um einen Einmaleffekt in Höhe von rd. 0,8 Mrd. €, der zu dem positiven Ergebnis führt. Wird von diesem Effekt abgesehen, zeigt sich auch für 2006 ein hohes Defizit – die Finanzlage der Pflegeversicherung bleibt daher prekär. Für 2007 fallen dann wieder nur 12 Monatsbeiträge an, und es ergibt sich ein Defizit von rd. 320 Mio. €. Die massiven Finanzierungsprobleme der Pflegeversicherung halten damit an (vgl. Rothgang/Dräther 2009). Für 2008 erzielt die Soziale Pflegeversicherung zwar einen Überschuss von 630 Mio. € – aber lediglich aufgrund der Beitragssatzerhöhung zum 1.7.2008, die zu Mehreinnahmen zu rund 1,3 Mio. € bei errechneten Mehrausgaben von knapp einer halben Mrd. Euro für dieses Halbjahr geführt hat. Ohne die Maßnahmen des PfWG hätte die Pflegeversicherung auch 2008 mit einem Defizit abgeschlossen.

Das damit deutlich werdende Finanzierungsproblem resultiert vor allem aus der Einnahme- und nicht aus der Ausgabenentwicklung: Die Ausgaben der Sozialen Pflegeversicherung sind von 1997 bis 2004<sup>4</sup> nominal lediglich um jährlich 2,2 % gewachsen (geometrisches Mittel) – mit sinkender Tendenz. Vor dem Hintergrund des demografischen Wandels und einem Fallzahlenwachstum im gleichen Zeitraum von jährlich 2,0 %, ist dies kein hoher Wert. Allerdings lag das durchschnittliche jährliche Einnahmewachstum der Pflegeversicherung (geometrisches Mittel) im gleichen Zeitraum bei nur 0,8 % und damit unterhalb der Inflationsrate von 1,3 %. Damit ist die Einnahmenentwicklung weit hinter gängigen Prognosen zurückgeblieben. Wie in der gesetzlichen Krankenversicherung ist es somit auch in der Sozialen Pflegeversicherung die *strukturelle Einnahmeschwäche*, also das Zurückbleiben der Grundlohnsummenentwicklung hinter der Steigerung des Sozialprodukts, die zu Finanzierungsproblemen des Systems führt. Auch für die Zukunft ist mit steigenden SPV-Ausgaben zu rechnen, die allein schon aus einer – demographisch bedingt – höheren Zahl an Leistungsempfängern und einer Verschiebung des Inanspruchnahmeverhaltens hin zu für die SPV „teureren“ Pflegesachleistungen und stationärer Pflege resultieren. Ob die Steigerung der Grundlohnsumme ausreicht, um diese Ausgabensteigerung auszugleichen, hängt dabei von der makroökonomischen Entwicklung ab, die nicht präzise vorhersagbar ist. Sobald die Leistungen der Pflegeversicherung aber angemessen dynamisiert werden, ist ein stei-

---

<sup>4</sup> Der Betrachtungszeitraum wird hier auf die Periode bis 2004 begrenzt, weil die genannten Sondereffekte danach zu einer Verzerrung der Zeitreihenbetrachtung führen. Vgl. Rothgang/Dräther (2009) für eine um die Sondereffekte bereinigte Analyse bis 2007.

*Tabelle 4: Mehrbelastungen durch Maßnahmen des PfWG in Mrd. € und Beitragssatzpunkten*

Jahr	2008	2009	2010	2011	2012	2015	2020	2030
Eckpunkte								
Mrd. €	0,83	0,98	1,52	1,71	2,22	3,37	4,94	12,38
BSP*	0,09	0,09	0,15	0,16	0,2	0,28	0,36	0,68
Gesetzentwurf								
Mrd. €	0,48	1,04	1,53	1,70	2,20			

gendes Defizit bzw. ein steigender Beitragssatz unumgänglich. Soll beides vermieden werden, sind weitere gesetzliche Maßnahmen unumgänglich.

### 3.1.3.2 Bewertung des Finanzierungsteils des PfWG

Die Anhebung des Beitragssatzes ist die administrativ einfachste Methode, die Einnahmen der SPV zu erhöhen. Durch den Einkommensbezug der Beitragszahlung ist dieser Weg sozial ausgewogen und in der vorgesehenen Höhe volkswirtschaftlich unschädlich. Eine derartige Beitragssatzterhöhung war schon bei Einführung der Pflegeversicherung vorgesehen. So wird in der Gesetzesbegründung aus dem Jahr 1993 ausgeführt, dass der Beitragssatz „von 1,7% im Jahr 1996 aus demographischen Gründen im Laufe der Zeit steigen [wird]. Der Umlagebeitragssatz wird im Jahre 2010 etwas 1,9% und im Jahre 2030 etwa 2,4% betragen.“ (Bundestagsdrucksache 12/5262, S. 178). Insgesamt ist das Instrument der Beitragssatzterhöhung sinnvoll.

Allerdings ist die im PfWG vorgesehene Anhebung des Beitragssatzes um 0,25 Beitragssatzpunkte allein nicht ausreichend. Dies verdeutlicht Tabelle 4, in der die Mehrbelastungen in Mrd. € (und bei den Eckpunkten zusätzlich auch in Beitragssatzpunkten) angegeben sind, wie sie in dem Eckpunktepapier vom 19. Juni 2007 und dem Gesetzentwurf vom 7. Dezember 2007 ausgewiesen sind.<sup>5</sup>

Bereits 2012 werden die Zusatzeinnahmen durch die Beitragssatzterhöhung demnach weitgehend von den durch das PfWG ausgelösten Mehrausgaben verzehrt. Ab 2015 liegen die durch das PfWG ausgelösten Ausgabensteigerungen höher als die Mehreinnahmen. Einen Beitrag zur Lösung der strukturellen Defizite der SPV leistet das Pflege-Weiterentwicklungsgesetz demnach nicht. Im Gesetzentwurf (S. 3) wird geschlussfolgert, dass mit der Beitragssatzterhöhung „die Auswirkungen der demografischen Entwicklung sowie die Leistungsverbesserungen *mit Ausnahme der Dynamisierung* dauerhaft finanziert werden“ können. Für die im Gesetzentwurf vorgesehene und zum Systemerhalt notwendige Dynamisierung ist damit *keine* Vorsorge getroffen. Die

<sup>5</sup> Während das Eckpunktepapier noch von einem Inkrafttreten zum 1.1.2008 ausgegangen ist, wird im Gesetzentwurf (zutreffend) ein Inkrafttreten zum Juli 2008 unterstellt. Aus diesem Grund ergeben sich für 2008 niedrige Werte. Für 2009 und 2012 sind die Angaben gegenüber den Eckpunkten leicht nach oben korrigiert worden. Über 2012 hinausgehende Angaben enthält der Gesetzentwurf – anders als noch die Eckpunkt – nicht. Damit wird der begrenzte Zeithorizont der Finanzplanung deutlich.

Beitragssatzanhebung dient ausschließlich zur Finanzierung der Leistungsverbesserungen, selbst ein Beitrag zur Tragung der demographisch bedingten Ausgabensteigerungen erfolgt nicht. Eine neuerliche Finanzreform ist daher in der schon in dieser Legislaturperiode notwendig. Dies gilt umso mehr als die ursprünglichen Berechnungen des Ministeriums durch die Finanzkrise inzwischen überholt sind.

## 3.2 Bericht des Beirats zur Überprüfung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs

Sozialrechtlich wurde der Begriff der Pflegebedürftigkeit in Deutschland mit der Einführung der Pflegeversicherung 1994 neu gefasst. Pflegebedürftigkeit im Sinne des SGB XI setzt erhebliche Defizite bei den Alltagskompetenzen voraus. Bereits frühzeitig wurde der sozialrechtliche Begriff der Pflegebedürftigkeit als zu eng kritisiert (vgl. Döhner/Rothgang 2006; Büscher/Wingenfeld 2009). Insbesondere – so ein Kernargument der Kritik – werden die besonderen Belange der demenziell Erkrankten durch den verrichtungsbezogenen Pflegebedürftigkeitsbegriff nicht angemessen gewürdigt. Bei demenziell Erkrankten bestehen erhebliche allgemeine Betreuungs- und Beaufsichtigungsbedarfe, die bei der verrichtungsbezogenen Begutachtung gemäß dem geltenden Begutachtungsrechts regelmäßig nicht angemessen berücksichtigt werden. Im Pflegeleistungs-Ergänzungsgesetz (PfLEG) vom 14. Dezember 2001 (BGBl. I S. 3728), das gemeinsam mit dem Pflege-Qualitätssicherungsgesetz zum 1.1.2002 in Kraft getreten ist, wurden deshalb besondere Leistungen für diesen Personenkreis vorgesehen. Für „Pflegebedürftige der Pflegestufen I, II oder III mit demenzbedingten Fähigkeitsstörungen, mit geistigen Behinderungen oder psychischen Erkrankungen, bei denen der Medizinische Dienst der Krankenversicherung im Rahmen der Begutachtung ... Auswirkungen auf die Aktivitäten des täglichen Lebens festgestellt hat, die dauerhaft zu einer erheblichen Einschränkung der Alltagskompetenz geführt haben“ – so der Text des § 45a SGB XI in seiner Ursprungsfassung – werden gemäß § 43b SGB XI „zusätzliche Betreuungsleistungen“ eingeführt. Hierbei handelt es sich insbesondere um einen zusätzlichen Betreuungsbetrag in Höhe von bis zu 460 Euro je Kalenderjahr, der zweckgebunden für qualitätsgesicherte Betreuungsleistungen eingesetzt werden kann (§ 45b SGB XI – Ursprungsfassung).

Obwohl gut gemeint, hat diese Regelung in der Praxis keine nachhaltigen positiven Effekte gehabt. Insbesondere war die Inanspruchnahme der Zusatzleistungen für besonderen Betreuungsbedarf nach § 45b SGB XI a. F. äußerst gering: Laut BMG betragen die 2007 gewährten Leistungen 30 Mio. €. Angenommen, alle Leistungsbezieher hätten den Höchstsatz erhalten, so ergäbe sich eine Inanspruchnehmerzahl von ca. 65.000 Personen. Bei geschätzten 675.000 potentiellen Leistungsberechtigten ergibt das eine Inanspruchnahmefrage von unter zehn Prozent.<sup>6</sup>

---

<sup>6</sup> Die Zahl der potentiell Leistungsberechtigten ergibt sich dabei aus den Ergebnissen der MUG III Befragung (Schneekloth/Wahl 2005: 117), nach der ca. 75 % der Demenzerkrankten Leistungen der Pflegeversicherung bezogen und den Schätzungen des BMFSFJ (2002), nach der

Aus diesem Grund wurden die entsprechenden Normen im PfWG erheblich überarbeitet. Zunächst wurde der Kreis der Anspruchsberechtigten auch auf die Personen ausgeweitet, die „einen Hilfebedarf im Bereich der Grundpflege und hauswirtschaftlichen Versorgung haben, der nicht das Ausmaß der Pflegestufe I erreicht“ (§ 45b Abs. 1 SGB XI – n.F.). Zudem wurden die Leistungsbeträge deutlich angehoben, auf 100 Euro monatlich (Grundbetrag) oder 200 Euro monatlich (erhöhter Betrag). Die Höhe des jeweiligen Anspruchs nach Satz 2 wird von der Pflegekasse auf Empfehlung des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung im Einzelfall festgelegt und dem Versicherten mitgeteilt (§ 45b Abs. 1 Satz 2 und 3 SGB XI). Tatsächlich hat sich die Akzeptanz der Leistung mit dieser großzügigeren Regelung deutlich erhöht. So lagen die Ausgaben der Sozialen Pflegeversicherung für diese zusätzlichen Betreuungsleistungen bereits 2008 doppelt so hoch wie 2007 – obwohl das neue Recht erst zur zweiten Jahreshälfte in Kraft getreten ist.

Auch diese deutlich erfolgreichere Regelung kann aber letztlich nicht überdecken, dass das systematische Problem in einem sozialrechtlichen Pflegebedürftigkeitsbegriff liegt, der die besonderen Belange und Betreuungsbedarfe bei gerontopsychiatrischen Beeinträchtigungen systematisch ausklammert. Um das Problem sozusagen an der Wurzel zu packen, hat das Bundesgesundheitsministerium 2006 einen Beirat zur Überprüfung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs einberufen, der im Februar 2009 seinen Abschlussbericht vorgelegt<sup>7</sup> und im Mai 2009 noch einmal einen Umsetzungsbericht nachgelegt hat<sup>8</sup>, der von der Ministerin zusätzlich angefordert wurde. Schon aus dem zeitlichen Ablauf wird klar, dass die Ergebnisse des Beirats noch nicht in das PfWG eingeflossen sind. Die Umsetzung der Vorschläge des Beirats bedarf daher einer neuerlichen Pflegeversicherungsreform. Im Koalitionsvertrag der neuen Bundesregierung heißt es hierzu:

*Wir wollen eine neue, differenziertere Definition der Pflegebedürftigkeit. Damit schaffen wir mehr Leistungsgerechtigkeit in der Pflegeversicherung. Es liegen bereits gute Ansätze vor, die Pflegebedürftigkeit so neu zu klassifizieren, dass nicht nur körperliche Beeinträchtigungen, sondern auch anderweitiger Betreuungsbedarf (z. B. aufgrund von Demenz) berücksichtigt werden können. Wir werden die Auswirkungen dieser Ansätze auf die Gestaltung der Pflegeversicherung und auch die Zusammenhänge mit anderen Leistungssystemen überprüfen (CDU/CSU, FDP 2009: 93).*

Es ist daher davon auszugehen, dass die Vorschläge des Beirates zumindest geprüft werden. Wie sehen diese Vorschläge aus? Den Kern des Beiratsvorschlags bildet ein

---

in Deutschland über 900.000 Personen mit einer mittleren oder schweren Demenzerkrankung leben.

<sup>7</sup> [http://www.bmg.bund.de/cln\\_178/nn\\_1168248/SharedDocs/Downloads/DE/Pflege/Bericht\\_zum\\_Pflegebed\\_C3\\_BCrftigkeitsbegriff,templateId=raw,property=publicationFile.pdf/Bericht\\_zum\\_Pflegebed%C3%BCrftigkeitsbegriff.pdf](http://www.bmg.bund.de/cln_178/nn_1168248/SharedDocs/Downloads/DE/Pflege/Bericht_zum_Pflegebed_C3_BCrftigkeitsbegriff,templateId=raw,property=publicationFile.pdf/Bericht_zum_Pflegebed%C3%BCrftigkeitsbegriff.pdf).

<sup>8</sup> [http://www.bmg.bund.de/cln\\_178/SharedDocs/Downloads/DE/Pflege/Umsetzungsbericht\\_20Pflegebed\\_C3\\_BCrftigkeitsbegriff,templateId=raw,property=publicationFile.pdf/Umsetzungsbericht%20Pflegebed%C3%BCrftigkeitsbegriff.pdf](http://www.bmg.bund.de/cln_178/SharedDocs/Downloads/DE/Pflege/Umsetzungsbericht_20Pflegebed_C3_BCrftigkeitsbegriff,templateId=raw,property=publicationFile.pdf/Umsetzungsbericht%20Pflegebed%C3%BCrftigkeitsbegriff.pdf).

neues Begutachtungsassessment, dass von Pflegewissenschaftlern der Universität Bielefeld entwickelt und in einem groß angelegten Feldversuch getestet wurde. Dabei hat sich gezeigt, dass es sich um ein Instrument mit einer guten Reliabilität handelt, das auf eine umfassende Abbildung der Pflegebedürftigkeit abzielt. Das modular aufgebaute Assessment umfasst 8 Module, von denen allerdings nur die ersten sechs für die Einstufung der Pflegebedürftigkeit genutzt werden sollen:

1. Mobilität
2. Kognitive und kommunikative Fähigkeiten
3. Verhaltensweisen und psychische Problemlagen
4. Selbstversorgung
5. Umgang mit krankheits-/therapiebedingten Anforderungen und Belastungen
6. Gestaltung des Alltagslebens und soziale Kontakte
7. Außerhäusliche Aktivitäten
8. Haushaltsführung.

Insbesondere durch die Module 2 und 3 werden die gerontopsychiatrischen Beeinträchtigungen, die bislang bei der Begutachtung ausgeblendet wurden, nunmehr systematisch in die Begutachtung integriert, so dass eine ausgewogene Berücksichtigung von physischen und psychischen Beeinträchtigungen ermöglicht wird.

Die beim Assessment erhobenen Fähigkeiten werden mittels einer komplexen Bewertungssystematik auf einer Skala abgebildet, die von 0 (sozusagen „vollständige Selbstständigkeit“) bis 100 (sozusagen „vollständige Unselbstständigkeit“) reicht. Anhand der Werte auf dieser Skala – so der Vorschlag des Beirats – können die Antragsteller auf Pflegeleistungen, die einen Schwellenwert überschreiten, für den ein Wert von 15 vorgeschlagen wurde, in einen von 5 Bedarfsgraden eingeteilt werden.

Die Schwierigkeit besteht nun darin, für diese 5 Bedarfsgrade angemessene Leistungshöhen festzulegen. Schon allein der Übergang von 3 Pflegestufen (+ Härtefälle) auf 5 Bedarfsgrade verhindert dabei, dass die alten Leistungshöhen eins-zu-eins auf die neuen Bedarfsgrade übertragen werden können. Da zudem immer die finanziellen Implikationen zu berücksichtigen sind – schließlich entspricht die Verteilung der Pflegebedürftigen auf die neuen Bedarfsgrade nicht notwendigerweise der alten Pflegestufenverteilung – handelt es sich hierbei um eine eminent politische Aufgabe, die weit über eine bloß fachlich zu begründende Setzung hinausgeht. Der Beirat hat in seinem Umsetzungsbericht daher lediglich Szenarien vorgeschlagen und deren finanzielle Folgen abgeschätzt. Die tatsächliche leistungsrechtliche Ausgestaltung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs mit einer neuen Abstufung bleibt aber Aufgabe des demokratisch legitimierten Gesetzgebers.



## 4 Pflege im Spiegel amtlicher Statistiken und anderer Datenquellen

### 4.1 Sozialwissenschaftliche Studien zur Pflegebedürftigkeit

Im folgenden Abschnitt werden aktuelle deutsche und internationale Studien zur Pflegebedürftigkeit dargestellt. Im Fokus stehen hierfür in erster Linie umfangreiche sozialwissenschaftliche Erhebungen bzw. Studien und deren Befunde aus den Jahren 2000–2009, die den Blick auf die Situation der Pflegebedürftigen und deren Versorgung ermöglichen. Die Studien und vorgestellten Befunde erheben dabei nicht den Anspruch auf Vollständigkeit. Vielmehr soll das Analysepotenzial der Erhebungen an einigen Studien exemplarisch vorgestellt werden. Für länger zurückliegende Studien, die vor allem in den 1990er Jahren durchgeführt wurden, kann auf den ersten GEK-Pflegereport 2008 (Rothgang et al. 2008) verwiesen werden.

#### 4.1.1 SHARE („Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe“)

Die umfangreichste internationale sozialwissenschaftliche Erhebung der letzten Jahre, die u. a. Daten zur Pflegesituation bereitstellt, ist das SHARE-Projekt („Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe“), das vom Mannheimer Forschungsinstitut Ökonomie und Demographischer Wandel (MEA) koordiniert wird (Börsch-Supan et al. 2005; 2008). Diese international vergleichende und multidisziplinäre Panelstudie umfasst die nicht-institutionalisierte Bevölkerung im Alter über 50 Jahren aus insgesamt 12 Ländern: Belgien, Dänemark, Deutschland, Frankreich, Griechenland, Israel, Italien, den Niederlanden, Österreich, Schweden, der Schweiz und Spanien. Die erste Welle wurde 2004 erhoben und umfasst insgesamt Daten von ca. 31 Tsd. Befragten. Die zweite Welle (mit den zusätzlichen Ländern Polen, der Tschechischen Republik und Irland, jedoch ohne Israel) wurde 2006/07 erhoben und stellt Informationen von ca. 30 Tsd. Befragten bereit, wovon ca. 20 Tsd. aus der ersten Welle wiederbefragt werden konnten. Eine dritte Welle mit Retrospektivbefragungen ist für 2008/09 angesetzt. Weitere Wellen sind im 2-Jahresabstand geplant. Zu den Befragungsschwerpunkten gehören neben Fragen zur Gesundheit (subjektive Gesundheitseinschätzung, physische und kognitive Beeinträchtigungen, Gesundheitsverhalten, Inanspruchnahme von Gesundheitseinrichtungen), Biomarkern („Greifkraft“, BMI, „Peak-Flow“-Messung), psychischer Gesundheit (psychisches Wohlbefinden, Zufriedenheit) auch Fragen zu sozioökonomischen Variablen, zu Netzwerken und sozialer Unterstützung in Form von *informeller Pflege*.

Studien zur Pflegesituation, die aus dem SHARE-Projekt hervorgegangen sind, beziehen sich überwiegend auf Fragen zur informellen Unterstützung von Pflegebedürftigen durch meist angehörige *Pflegepersonen*. Die Studien (z. B. Hank/Stuck 2007) beziffern den Anteil der Pflegeleistenden unter den über 50-Jährigen auf ca. 5 %, von denen sich wiederum ein hoher Anteil durch eine regelmäßige Pflegetätigkeit charakterisieren lässt. So pflegen fast die Hälfte der Pflegepersonen täglich und ein weiteres Drittel fast wöchentlich. Darüber hinaus konnten bspw. Haberkern/Szydlik (2008) zeigen, dass

deutliche Unterschiede zwischen den untersuchten Ländern bestehen (vgl. auch Brandt et al. 2009): Während in Nordeuropa ca. 4 % der Befragten im Alter über 64 Jahren gepflegt werden, sind es in den mitteleuropäischen Ländern (mit Ausnahme der Schweiz) bis zu 10 % und in Südeuropa bis zu 13 %. Dabei zeigt sich, dass in den Ländern mit einem hohen Anteil an formellen (ambulanten) Pflegearrangements gleichzeitig die informelle Pflege geringer verbreitet ist und umgekehrt (Pommer et al. 2007). Grundlegend ist für Pflegetätigkeiten in diesem Zusammenhang auch, auf welches informelle Netzwerk die gesundheitlich eingeschränkte ältere Bevölkerung im Pflegefall potenziell zurückgreifen kann. Hier belegen die Analysen von Pommer et al. (2007), dass nahezu 80 % aller Personen über 50 Jahren und 72 % aller Personen über 50 Jahren mit Pflegebedarf über ein *familiales* Netzwerk verfügen. 55 % der Pflegebedürftigen finden das familiäre Netzwerk innerhalb des eigenen Haushalts.

Insbesondere steht bei den Studien zu den Pflegetätigkeiten die (oft problematische) Vereinbarkeit von informeller Pflege und Erwerbstätigkeit im Vordergrund. So haben bspw. Callegaro/Pasini (2008) gezeigt, dass Entscheidungen zur Pflege nicht unabhängig von Entscheidungen über den Erwerbsumfang gefällt werden. So reduziert eine intensive Pflegetätigkeit von Frauen die Wahrscheinlichkeit, erwerbstätig zu sein (Crespo 2006). Dabei geht vor allem eine Gesundheitsverschlechterung der Eltern mit einer geringeren Wahrscheinlichkeit einer Erwerbstätigkeit von Frauen und einer höheren Wahrscheinlichkeit einer Pflegetätigkeit einher (Crespo/Mira 2008). Bolin et al. (2008) konnten darüber hinaus den Effekt anschließend reduzierter Erwerbsquoten sowohl für Männer als auch für Frauen über 50 Jahren nachweisen. Ebenfalls fanden sie Hinweise auf einen reduzierten Erwerbsumfang nach den Pflegetätigkeiten.

Im internationalen Vergleich haben die Studien (Crespo 2006; Crespo/Mira 2008) dabei vor allem gezeigt, dass ein Nord-Süd Gefälle besteht. In Ländern mit ausgeprägter formeller Versorgung der Pflegebedürftigen durch ambulante Dienstleister (Dänemark, Schweden und den Niederlanden) besteht der stärkste Zusammenhang zwischen Pflegetätigkeiten und geringer Erwerbstätigkeit. Ein geringerer Zusammenhang besteht in den zentraleuropäischen Ländern (Österreich, Belgien, Frankreich, Deutschland, Schweiz). Der geringste Zusammenhang ist in den südeuropäischen Ländern (Griechenland, Spanien und Italien) vorzufinden, wo Pflege traditionell in den Aufgabenbereich der Familie fällt.

Die Ausübung von Pflegetätigkeiten ist darüber hinaus aber auch durch das soziale Netzwerk geprägt. Dementsprechend konnten Callegaro/Pasini (2008) zeigen, dass Geschwister die Wahrscheinlichkeit der Ausübung von Pflegetätigkeiten mindern.

Ebenfalls in Zusammenhang mit der informellen Pflege durch private Pflegepersonen steht die Untersuchung von Litwin/Attias-Donfut (2009), die für die Länder Frankreich und Israel feststellen, dass, entsprechend der Komplementaritätsthese, ambulante Pflegedienste die Angehörigen eher entlasten als dass sich, entsprechend der Substitutionsthese, die Pflege durch die Kinder reduziert. Dabei konnten sie ebenfalls zeigen, dass die Kombination aus informeller und formeller Pflege vor allem bei größerem Pflegebedarf verbreiteter ist.

Resümierend kann die Nutzung der SHARE-Daten zur Situation der Pflegebedürftigen dahingehend beurteilt werden, dass bislang überwiegend deren Versorgung durch meist angehörige *Pflegepersonen* im Mittelpunkt der Studien steht. Die Untersuchungen thematisierten dabei dass Ausmaß und die Verbreitung von Pflegetätigkeiten, die Ver einbarkeit von Pflegetätigkeiten und Erwerbstätigkeit, den Wohlfahrtsstaatlichen Kontext, Netzwerkeinflüsse sowie das Zusammenspiel von informeller und formeller (ambulanter) Pflege. Studien, die sich auf die Pflegebedürftigen beziehen, deren Situation, Lebenskontext sowie Gesundheit beleuchten, fehlen bislang. Insbesondere der Panelcharakter der SHARE-Daten bietet hier jedoch ein erhebliches Analysepotential um vor allem auch der Prozesshaftigkeit von Pflegebedürftigkeit gerecht zu werden.

#### 4.1.2 EUROFAMCARE („Services for Supporting Family Carers of Elderly People in Europe: Characteristics, Coverage and Usage“)

EUROFAMCARE ist ein weiteres internationales Projekt, das bereits im Frühjahr 2006 abgeschlossen wurde. Es wurde im 5. Rahmenprogramm der Europäischen Gemeinschaft unter der Key Action 6: The Ageing Population and Disabilities, 6.5: Health and Social Care Services to older People gefördert (Eurofame Consortium 2006). Zu den Zielsetzungen des Projekts gehörte die Analyse der Situation pflegender Angehöriger von älteren Menschen in Europa, insbesondere hinsichtlich der Existenz, Bekanntheit, Verfügbarkeit, Nutzung und Akzeptanz sowie der Hindernisse bei der Inanspruchnahme von unterstützenden Maßnahmen für die pflegenden Angehörigen. Darüber hinaus wird umfangreich die Hilfs- und Bedarfssituation der Pflegebedürftigen erhoben.

Die empirische Untersuchung wurde 2004 in 6 Ländern durchgeführt (Deutschland, Griechenland, Italien, Polen, Schweden und Großbritannien). Sie umfasst für die Länder jeweils eine Baseline-Studie mit ca. 1.000 pflegenden Angehörigen, die mindestens 4 Std. in der Woche ihren pflegebedürftigen Angehörigen im Alter über 65 Jahren pflegen oder unterstützen und eine Follow-Up-Studie, die 12 Monate nach der Erstbefragung durchgeführt wurde. Damit stehen insgesamt Angaben zu 5.923 Befragten zur Verfügung. Zusätzlich wurden in 23 europäischen Ländern Hintergrundberichte erstellt, um die Situation pflegender Angehöriger zu dokumentieren.

Betrachtet man die wichtigsten Ergebnisse der Studie hinsichtlich der Nutzung einzelner Dienste (z. B. Lamura et al. 2006), dann zeigt sich, dass ein Drittel der *pflegenden Angehörigen* innerhalb der letzten 6 Monate einen Dienst in Anspruch genommen hat. Fast 5 % haben sozial-emotionale Hilfe in Form von Beratungen, Sozialarbeit oder Selbsthilfegruppen, 4 % haben Informationsangebote über Erkrankungen oder Pflegedienste, 1,7 % haben Entlastungsangebote, etwa durch eine Kurzzeitpflege und 11 % haben allgemeine Dienste wie die eines Hausarztes in Anspruch genommen. Betrachtet man die Dienstleistungen für die *älteren Menschen*, dann überwiegen ambulante Pflegedienste (16,5 %), Haushaltshilfen (16,1 %), emotionale bzw. psychosoziale Betreuungen (12,2 %), Transportdienste (10,6 %), soziale Dienste (7,5 %) sowie privat bezahlte Pflegekräfte (2,6 %). Insgesamt haben damit fast alle älteren Menschen einen sozialen Dienst in den letzten sechs Monaten genutzt. Dabei zeigte sich, dass die pflegen-

den Angehörigen insbesondere in Schweden, Großbritannien und Deutschland ein breites Angebot professioneller Unterstützung in Anspruch nehmen können.

Hilfen bzw. Beratungen beim Zugang zu den Diensten wurden von den pflegenden Angehörigen bei den Angehörigen des Gesundheitssystems, sowie in den Mittelmeerländern vor allem bei den informellen Netzwerken wie Familie, Freunden und Nachbarn gesehen. Hindernisse bei der Inanspruchnahme bzw. z. T. auch Gründe für die Nichtinanspruchnahme von Diensten werden in bürokratischen Hürden gesehen (13,1%), die vor allem in Deutschland und den Mittelmeerländern verbreitet sind, in hohen Kosten (12,8%), insbesondere in Polen und Griechenland, sowie mangelnder Informationsvermittlung (8,9%), die am häufigsten in Italien, Polen und Großbritannien als problematisch angesehen wird.

Die aus der Eurofamcare-Studie hervorgegangene Erhebung bietet damit umfangreiche Items zur Hilfebedarfsanalyse sowohl der Pflegebedürftigen älteren Menschen als auch der sie pflegenden Menschen und bietet damit einen wichtigen Beitrag der Analyse zur Situation der häuslichen Pflege.

#### 4.1.3 LEILA75+

Die Hilfe- und Pflegebedürftigkeit im Alter in den neuen Bundesländern wurde von Wilms et al. (2001) untersucht. Ihre Ergebnisse beruhen auf der Leipziger Langzeitstudie (LEILA75+), einer prospektiven populationsbezogenen Studie zur Epidemiologie demenzieller Erkrankungen im Alter, die zwischen dem 1.1.1997 und dem 30.6.1998 erhoben wurde. Der Stichprobenumfang umfasst 1.338 Personen in einem Alter von über 75 Jahren. Die Repräsentativität ist – aufgrund einer systematischen Zufallsstichprobe – zwar grundsätzlich gegeben, allerdings nur beschränkt auf Leipzig-Süd. Bestandteil der Studie waren 5 Follow-Up Befragungen zwischen 1998 und 2005, die durchschnittlich ca. alle 17 Monate durchgeführt wurden und neben klinischen Interviews auch neuropsychologische Assessments beinhalteten.

Mit dem Ziel eine Beschreibung der Einschränkungen in der selbständigen Lebensführung aus der Altenbevölkerung einer Großstadt in den neuen Bundesländern zu liefern und zusätzlich die Effekte soziodemographischer Merkmale zu berücksichtigen, konnten interessante Ergebnisse aus der Baseline-Erhebung 1998 vorgelegt werden (Wilms et al 2001). Es zeigt sich – in deutlicher Anlehnung an andere Altersstudien –, dass mehr als 45 % der befragten Personen vor allem Probleme bei beweglichkeitsbezogenen, instrumentellen Aktivitäten des täglichen Lebens (IADL) haben und dass das durchschnittliche Ausmaß an Schwierigkeiten bei der Ausübung von ADLs/IADLs um etwa 10 % höher liegt als im Bundesdurchschnitt.

Neuere Untersuchungen, die den Längsschnittcharakter der Studie nutzen, liegen bspw. mit Luck et al. (2008) vor. Sie analysieren die Dauer, die an Demenz erkrankte ältere Menschen durchschnittlich in der häuslichen Umgebung bis zum Heimeintritt verweilen. Demnach verbringen alle an Demenz inzidenten Fälle durchschnittlich 1.005 Tage bis zum Heimeintritt in der häuslichen Umgebung. Das Risiko bei verwitweten und geschiedenen Menschen ist dabei um 350 % höher als bei verheirateten Menschen,

wodurch Verwitwete und Geschiedenen durchschnittlich 964 Tage zu Hause verbringen und Verheiratete 1.522 Tage.

#### 4.1.4 LEANDER („Belastung pflegender Angehöriger von demenziell Erkrankten“)

Die Längsschnittstudie LEANDER, gefördert vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, hat zum Ziel, die Belastung pflegender Angehöriger demenziell Erkrankter in Bezug auf Unterschiede in der Pflegebelastung, ihrer Veränderungen über die Zeit, Auswirkungen auf das psychische und physische Wohlbefinden und auf die Evaluation von Interventionen zu untersuchen.<sup>9</sup>

Die Ausgangsstichprobe umfasst 888 Personen, die über fünf Messzeitpunkte im Zeitraum von 36 Monaten befragt wurden. Für 226 Probanden liegen dabei Informationen zu allen Befragungszeitpunkten vor. Neben soziodemografischen Merkmalen wie (u. a. Familienstand, Elternschaft, Berufstätigkeit, Schulabschluss, Haushaltseinkommen) und Merkmalen der Pflegearrangements (Betreuungsdauer und der Inanspruchnahme professioneller Unterstützung) wird eine Vielzahl von Belastungsdimensionen abgebildet (u. a. basale und erweiterte Betreuungsaufgaben, emotionale Unterstützung, kognitive Einbußen, Beziehungsverlust, mangelnde soziale Anerkennung). Darüber hinaus werden die Auswirkungen der Belastungsdimension auf Depressivität, Aggressivität und Gesundheitsstatus der Pflegenden analysiert.

Bezogen auf das Ausmaß der Belastung zeigen die Befunde (vgl. Zank/Schacke 2007), dass sich Männer und Frauen nicht in ihrer objektiven Belastung unterscheiden, Frauen sich aber stärker belastet fühlen als Männer. Ferner steigt die Belastung mit zunehmendem Schweregrad der Demenz an und wird in den Kleinstädten stärker empfunden als in Großstädten. Darüber hinaus beschreiben sich pflegende Angehörige im gemeinsamen Haushalt mit den Pflegebedürftigen objektiv und subjektiv belasteter als in getrennten Haushalten.

Die negativen Konsequenzen des Pflegeprozesses werden vor allem in den persönlichen Einschränkungen, die mit der Pflege verbunden sind, gesehen. Diese sind insbesondere für eine erhöhte Depressivität als auch für einen schlechteren physischen Gesundheitszustand bedeutsam. Weiterhin ist die Belastung durch die Beaufsichtigung („Rund-um-die-Uhr-Betreuung“) und eine niedrige Schulbildung ein Prädiktor für erhöhte Aggressivität.

Die Leander-Studie bietet damit insgesamt eine sehr differenzierte Analyse einzelner Belastungsdimensionen. Hervorzuheben ist insbesondere auch der Längsschnittcharakter, der Informationen in kürzeren Zeitintervallen bereitstellt, als dies in anderen Erhebungen der Fall ist.

---

<sup>9</sup> Ein weiterer geplanter Projektabschnitt widmet sich den Prädiktoren der Morbidität und Mortalität der Demenzpatienten und pflegenden Angehörigen.

## 4.2 Die Statistik der Pflegekassen und die Pflegestatistik

Die amtliche Statistik stellt zwei Datengrundlagen zur Pflegesituation zur Verfügung: Die Daten der sozialen Pflegeversicherung und die Pflegestatistik. Die Daten der sozialen Pflegeversicherung basieren auf den Geschäfts- und Rechnungsergebnisse der Pflegekassen nach § 79 SGB IV. Diese Daten liefern Informationen darüber, welche Leistungen durch die *soziale Pflegeversicherung*, d. h. gesetzlichen Pflegekassen für die häusliche und stationäre Pflege erbracht werden. Die Daten werden dem BMG von den Kassen zur Verfügung gestellt. Das BMG veröffentlicht dann die entsprechenden Statistiken. Die *Pflegestatistik* nach § 109 SGB XI setzt sich aus zwei Datenquellen zusammen: Zum einen gibt es eine Erhebung bei den Leistungsanbietern (ambulante und stationäre Pflegeeinrichtungen) über ihre Leistungen und ihre Ausstattung und zum anderen gibt es eine Erhebung bei den Kostenträgern (den Spitzenverbänden der Pflegekassen und dem Verband der privaten Krankenversicherung) über die Leistungen und die Leistungsempfänger. Die Pflegestatistik wird von den Statistischen Ämtern des Bundes und der Länder seit 1999 alle zwei Jahre erhoben.<sup>10</sup>

Die unterschiedlichen Berichtswege, mit denen beide Datenquellen verknüpft sind, verfolgen damit auch unterschiedliche Zielsetzungen: Während die Pflegestatistik vor allem dazu dient, die Situation in den stationären Heimen und den ambulanten Diensten zu beschreiben (vgl. Statistisches Bundesamt 2008), stehen bei den Daten der sozialen Pflegeversicherung vor allem Fragen der Ausgabenentwicklung und der Finanzierung im Vordergrund.

Bezogen auf den Berichtszeitraum und den Umfang der zur Verfügung gestellten Informationen sind mit beiden Datensätzen unterschiedliche Vor- und Nachteile verbunden. Die Statistik der Pflegekassen umfasst den Berichtszeitraum seit Einführung der Pflegeversicherung und wird jährlich erhoben. Die Pflegestatistik stellt erst ab 1999 Informationen zur Verfügung und wird nur alle zwei Jahre erstellt. Die Statistik der Pflegekassen weist aber eine Reihe von Nachteilen auf:

1. Sie enthält nur Informationen über Leistungen der sozialen Pflegeversicherung und nicht über Leistungen der privaten Pflegeversicherung, so dass kein vollständiger Überblick über die Pflegebedürftigkeit in Deutschland gewonnen werden kann.
2. Die Informationen sind weniger detailliert.
3. Informationen über die Leistungsanbieter sind nicht enthalten. Vielmehr wird lediglich die Leistungsinanspruchnahme der Versicherten beschrieben.

Nachfolgend wird die Statistik der Pflegekassen daher nur zur Darstellung der Entwicklung der Pflegeversicherung über den gesamten Zeitraum ab 1995 herangezogen,

---

<sup>10</sup> Der Stichtag für die ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen ist der 15.12. und der Stichtag für die Spitzenverbände der Pflegekassen und den Verband der privaten Krankenversicherung der 31.12. Die Rücksendung der Erhebung erfolgt jeweils bis zum 31.3. des Folgejahres.

also bei der Betrachtung langer Zeitreihen. Da diese Daten aber nicht umfassend und auch nicht so differenzierbar sind, werden die weiteren differenzierteren Analysen der Leistungsbezieher und der Leistungsanbieter mit den Daten der Pflegetatistik durchgeführt.

Weitere Datengrundlagen, die insbesondere für die Analyse der *Pflegepersonen* genutzt werden, sind die Daten der *Rentenversicherung* und des *Sozio-ökonomischen Panel (SOEP)* (Abschnitt 4.6).

In den Versichertenkonten der *Rentenversicherung* sind alle Daten, die für einen (späteren) Rentenbezug relevant sind, gespeichert. Zu diesen Daten gehören insbesondere Informationen darüber, für welche Zeiträume in welcher Höhe Beiträge zur Rentenversicherung entrichtet wurden und andere Zeiten, wie z. B. Kindererziehung aber auch Pflege, anzurechnen sind.

Eine weitere Datenquelle ist das *Sozio-ökonomischen Panel (SOEP)*. Das SOEP ist eine seit 1984 laufende jährliche Wiederholungsbefragung von Deutschen, Ausländern und Zuwanderern in den alten und neuen Bundesländern. Die Stichprobe umfasste im Erhebungsjahr 2006 fast 11.000 Haushalte mit mehr als 20.000 Personen. Themenschwerpunkte sind unter anderem Haushaltzusammensetzung, Erwerbs- und Familienbiographie, Erwerbsbeteiligung und berufliche Mobilität, Einkommensverläufe, Gesundheit und Lebenszufriedenheit. Im Rahmen der Erfragung der heutigen Lebenssituation wurde dabei auch die Frage nach Pflegetätigkeiten gestellt.

Darüber hinaus werden die Daten der Sozialhilfe und der Kriegsopferfürsorge für die Analyse der Finanzierung der Kosten der Pflegebedürftigkeit herangezogen (Abschnitt 4.11).

## 4.3 Die Entwicklung der Zahl der Pflegebedürftigen

Der folgende Abschnitt gibt einen grundlegenden Überblick über die Entwicklung der Zahl der Pflegebedürftigen in Deutschland. Die dargestellten Entwicklungen gliedern sich dabei in die Entwicklungen nach *Pflegestufen* (Abschnitt 4.3.1), nach *Leistungsarten* (Abschnitt 4.3.2) und nach *Pflegestufen innerhalb der Leistungsarten* (Abschnitt 4.3.3).

### 4.3.1 Die Entwicklung der Zahl der Pflegebedürftigen nach Pflegestufen

Der folgende Abschnitt gibt einen grundlegenden Überblick über die Entwicklung der Zahl der Pflegebedürftigen in Deutschland. Diese Entwicklung wird zunächst anhand der oben beschriebenen Daten der *sozialen Pflegeversicherung* sowie der Daten der *Pflegetatistik* nachgezeichnet. Wie in Tabelle 5 zu sehen ist, ist die Zahl der gesetzlich versicherten Pflegebedürftigen seit Einführung der Pflegeversicherung 1995 von anfänglich ca. 1,06 Mio. innerhalb von vier Jahren auf ca. 1,83 Mio. angestiegen. Dabei ist zu berücksichtigen, dass im ersten Jahr der Pflegeversicherung noch keine stationären Leistungen gewährt wurden. Ab dem Jahr 2000 führten die jährlichen Zuwachsraten von durchschnittlich 1,1 % (absolut durchschnittlich ca. 25 Tsd.) zu einem Anstieg

*Tabelle 5: Entwicklung der Zahl der Pflegebedürftigen in der Sozialen Pflegeversicherung nach Pflegestufe*

	Anzahl der Pflegebedürftigen			
	Insgesamt	Pflegestufe I	Pflegestufe II	Pflegestufe III
1995	1.061.418	-	-	-
1996	1.546.746	620.318	670.147	256.281
1997	1.659.948	727.864	675.965	256.119
1998	1.738.118	804.356	682.431	251.331
1999	1.826.362	872.264	698.846	255.252
2000	1.822.169	892.583	683.266	246.320
2001	1.839.602	916.623	679.472	243.507
2002	1.888.969	956.376	685.524	247.069
2003	1.895.417	971.209	679.159	245.049
2004	1.925.703	991.467	685.558	248.678
2005	1.951.953	1.010.844	688.371	252.738
2006	1.968.505	1.033.272	683.109	252.124
2007	2.029.285	1.077.718	693.077	258.490

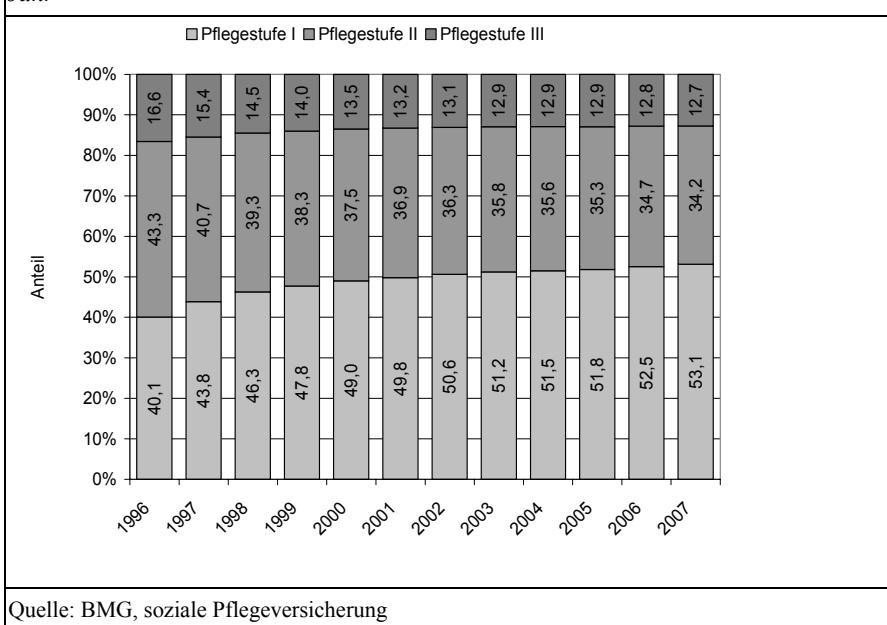
Quelle: BMG, soziale Pflegeversicherung

der Pflegebedürftigen auf 2,03 Mio. Im Jahr 2007. Damit ist der bislang deutlichste Anstieg bis einschließlich 1999 erfolgt, wobei im Jahr 2007 mit ca. 61 Tsd. (+3,09%) die stärksten Zuwächse seitdem zu verzeichnen sind. Gründe für die Entwicklung bis 1999 werden vor allem in allgemeinen Einführungseffekten gesehen, wonach sich – verbunden mit dem steigenden Bekanntheitsgrad der Pflegeversicherung – erst ein Bestand an Pflegebedürftigen aufbauen musste.

Die Entwicklung der *Verteilungen* der Pflegestufen im Zeitraum von 1996 bis 2007 (Abbildung 3) zeigt, dass sich die Anteile der Pflegestufen vor allem bis 2000 deutlich in Richtung Pflegestufe I verschoben haben: Während 1996 40,1% der Pflegebedürftigen in Pflegestufe I waren, erhöhte sich dieser Anteilswert auf 49% im Jahr 2000.

In den Folgejahren erhöhte sich dieser Anteil nur noch geringfügig auf zuletzt 53,1% im Jahr 2007. Demgegenüber war der Anteil der Pflegebedürftigen in Pflegestufe II und III rückläufig (bei absolut betrachtet in etwa konstanten Zahlen). Besonders drastisch war der Rückgang zwischen 1996 und 2000: Der Anteil der Pflegebedürftigen in Pflegestufe II belief sich 1996 auf 43,4%, gegenüber 37,5% im Jahr 2000 und zuletzt 34,2% im Jahr 2007, während der Anteil der Pflegebedürftigen in Pflegestufe III von 16,6% (1996), über 13,5% (2000) auf zuletzt 12,7% (2007) zurück ging. Auch hier sind für die 1990er Jahre Einführungseffekte zu beachten. So wurden die Personen, die bei Einführung der Pflegeversicherung Pflegeleistungen nach §§ 53-57 SGB V erhalten haben, automatisch in Pflegestufe II eingestuft, was zu einem im Vergleich zur normalen Begutachtung womöglich zu hohen Anteil der Pflegebedürftigen in Stufe II und einem zu niedrigen Anteil in Pflegestufe I geführt haben mag. Auch die jüngere Entwicklung nach 2000 ist aber durch eine – schlechende – Zunahme des Anteils der Pflegebedürftigen in Pflegestufe I und eine gleichzeitige Abnahme des Anteils der Pflegebedürftigen in den Pflegestufen II und III gekennzeichnet.

Abbildung 3: Verteilungen der Pflegestufen in der Sozialen Pflegeversicherung nach Jahr



Quelle: BMG, soziale Pflegeversicherung

Eine ähnliche Entwicklung belegen die Daten der *Pflegestatistik*, anhand derer die Entwicklung jedoch erst ab 1999 nachgezeichnet werden kann. Nach der Pflegestatistik ist die Zahl der Pflegebedürftigen insgesamt (in sozialer und privater Pflegeversicherung) von ca. 2,02 Mio. im Jahr 1999 um 11,4 % auf 2,25 Mio. im Jahr 2007 angestiegen (Tabelle 6). Zu beachten ist jedoch, dass im gleichen Zeitraum die Zahl der mindestens 60-jährigen Bevölkerung in Deutschland ebenfalls um ca. 10 % zugenommen hat (Statistisches Bundesamt 2009a). Da die Pflegebedürftigen zu ca. 86 % 60 Jahre und älter sind ist die Zunahme der Zahl der Pflegebedürftigen nicht unmittelbar als Ausdruck eines tendenziell höheren Risikos von Pflegebedürftigkeit zu werten, sondern mindestens zum Teil als Folge der demografischen Entwicklung zu sehen.<sup>11</sup> Die etwas höheren Werte der Pflegestatistik gegenüber der *sozialen Pflegeversicherung* (2,25 Mio. gegenüber 2,03 Mio. in 2007) resultieren vor allem aus der Berücksichtigung der *privaten Pflegepflichtversicherung*, deren Bestand im Jahr 2007 140.230 Pflegebedürftige umfasst hat (Verband der privaten Krankenversicherung e. V. 2008).<sup>12</sup>

<sup>11</sup> Die Zahl der Personen im Alter von mindestens 80 hat im gleichen Zeitraum sogar um 33 % zugenommen.

<sup>12</sup> Darüber hinaus unterscheiden sich beide Datenquellen u. a. durch noch nicht erfolgte Zuordnungen von Pflegestufen in Pflegeheimen, durch mögliche Doppelerfassungen sowie

Tabelle 6: Entwicklung der Zahl der Pflegebedürftigen in der Pflegestatistik nach Pflegestufen

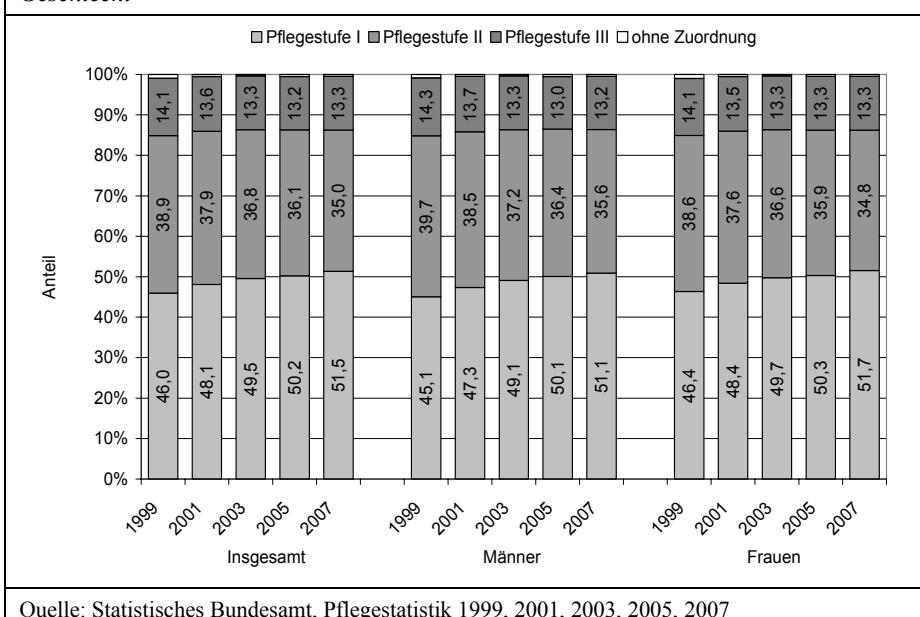
	Anzahl der Pflegebedürftigen				
	Insgesamt	Pflegestufe I	Pflegestufe II	Pflegestufe III <sup>1)</sup>	noch nicht zugeordnet <sup>2)</sup>
1999	2.016.091	926.476	784.824	289.518	19.527
2001	2.039.780	980.621	772.397	276.420	10.342
2003	2.076.935	1.029.078	764.077	276.126	7.654
2005	2.128.550	1.068.943	768.093	280.693	10.821
2007	2.246.829	1.156.779	787.456	291.752	10.833

1) Einschließlich Härtefälle

2) Pflegebedürftige in stationären Einrichtungen, die noch nicht begutachtet wurden

Quelle: Statistisches Bundesamt, Pflegestatistik 1999, 2001, 2003, 2005, 2007

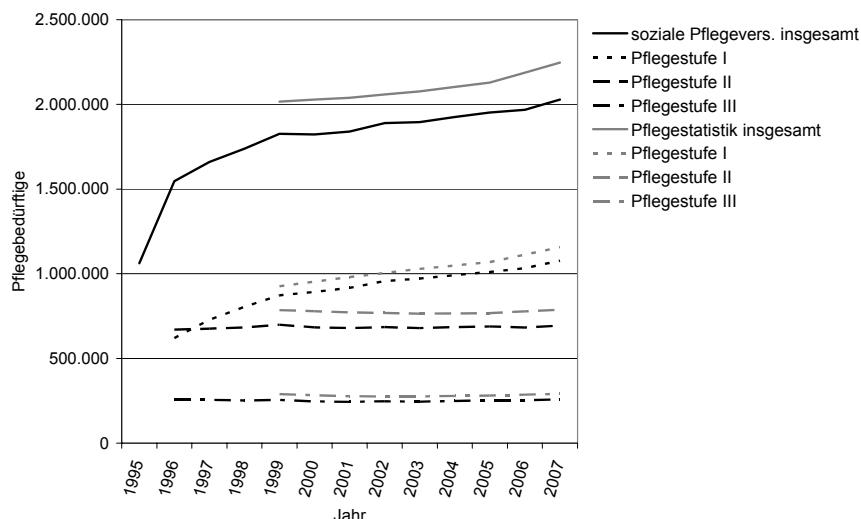
Abbildung 4: Verteilung der Pflegestufen in der Pflegestatistik nach Jahr und Geschlecht



Quelle: Statistisches Bundesamt, Pflegestatistik 1999, 2001, 2003, 2005, 2007

durch eine z. T. unterschiedliche Erfassung von behinderten Menschen die insgesamt zu einer Abweichung in Höhe von 80.000 Pflegebedürftigen führen (vgl. zum Überblick Statistisches Bundesamt 2008).

Abbildung 5: Entwicklung der Zahl der Pflegebedürftigen in der Sozialen Pflegeversicherung im Vergleich zu den Pflegebedürftigen in der Pflegestatistik<sup>1)</sup>



Quelle: BMG, soziale Pflegeversicherung; Statistisches Bundesamt, Pflegestatistik 1999, 2001, 2003, 2005, 2007

1) Die Werte der Pflegestatistik wurden interpoliert

Ebenso wie mit den Daten der *sozialen Pflegeversicherung* lässt sich anhand der *Pflegestatistik* die Entwicklung der Verteilung der Pflegestufen nachzeichnen. So zeigt sich in Abbildung 4 ebenfalls die zuvor festgestellte schleichende Verschiebung der Anteile in den Pflegestufen in Richtung Pflegestufe I: Während 1999 46 % der Pflegebedürftigen in Pflegestufe I waren, erhöhte sich der Anteil bis 2007 auf 51,5 %. Demgegenüber stehen die Rückgänge der Anteile der Pflegestufen II und III: Der Anteil der Pflegebedürftigen der Pflegestufe II reduzierte sich von 38,9 % im Jahr 1999 auf 35,0 % im Jahr 2007, während der Anteil der Pflegebedürftigen in der Pflegestufe III von 14,1 % (1999) auf 13,3 % (2007) zurückging. Auffallend sind dabei insbesondere die nahezu identische Verteilung auf die einzelnen Pflegestufen sowie die nahezu gleichförmige verlaufende Entwicklung bei Männern und Frauen, die jeweils nur um maximal 1,5 Prozentpunkte und teilweise deutlich weniger divergieren.

Abschließend sind in Abbildung 5 die Entwicklungen der Zahl der Pflegebedürftigen anhand beider Datenquellen zum Vergleich gegenübergestellt. Insgesamt wird deutlich, dass beide Datenquellen nahezu die gleiche Entwicklung abbilden, wenn auch auf etwas unterschiedlichem Niveau. So unterscheidet sich die Anzahl der Pflegebedürftigen bei Pflegestufe I nur um ca. 6 %, während sie bei Pflegestufe II und III um ca. 11-13 % und insgesamt über alle Pflegestufen um 9-11 % divergiert. Diese Niveauunter-

schiede sind jedoch überwiegend darauf zurückzuführen, dass in der Pflegestatistik zusätzlich zu den gesetzlich Versicherten die PPV-Versicherten berücksichtigt sind.

#### 4.3.2 Die Entwicklung der Zahl der Pflegebedürftigen nach Leistungsarten

Von besonderer Bedeutung bei der Pflegeversicherung sind – nicht zuletzt aus Kostengründen – neben den Pflegestufen die Leistungsarten. Hierbei sind insbesondere die Hauptleistungsarten Pflegegeld, Pflegesachleistungen, Kombileistungen sowie Leistungen bei stationärer Pflege zu unterscheiden.<sup>13</sup> Im Folgenden wird zunächst auf die Entwicklung in der sozialen Pflegeversicherung und anschließend auf die in der Pflegestatistik, also die in sozialer und privater Pflegeversicherung eingegangen.

Nach den Daten der *sozialen Pflegeversicherung* (Tabelle 7 und Abbildung 6) werden im Jahr 2007 mehr als zwei Drittel (1,38 Mio. bzw. 70%) der Pflegebedürftigen zu Hause versorgt. Hiervon erhalten ca. 986 Tsd. (50%) Pflegegeld, werden also in der Regel ohne Beteiligung zugelassener Pflegedienste durch Angehörige gepflegt.

Der wichtigste Grund für die hohe Verbreitung dieser Leistungsart ist, dass die meisten Pflegebedürftigen in der gewohnten Umgebung von vertrauten Personen betreut werden möchten und eine Entscheidung für professionelle Pflegekräfte erst dann getroffen wird, wenn die Betreuung durch Angehörige oder andere Personen im häuslichen Umfeld nicht mehr im erforderlichen Maße möglich ist (Runde et al. 2003). Darüber hinaus werden ca. 402 Tsd. in Privathaushalten durch ambulante Pflegedienste betreut, wobei ca. 184 Tsd. (9,3%) Pflegesachleistungen beziehen, also ausschließlich ambulante Pflegedienste und ca. 217 Tsd. (11%) Kombileistungen beziehen, also sowohl Pflegedienste als auch Angehörige für die Pflege bezahlt werden.

Bezogen auf die Leistungen bei häuslicher Pflege, hat die Verbreitung des Pflegegelds von 61,3% im Jahr 1996 auf 49,9% im Jahr 2007 abgenommen, wobei der jährliche Rückgang des Anteilswertes nur anfänglich stärker ausgeprägt war und seit 2002 weniger als 1% des jeweiligen Ausgangswertes beträgt. Der Anteil der Nutzer von Pflegesachleistungen nimmt dagegen von 6,9% im Jahr 1996 auf 9,3% im Jahr 2007 zu, wobei die jährlichen Zuwachsrate seit 2002 maximal 2% betragen. Der Anteil der Nutzer von Kombileistungen ist lediglich in den ersten Jahren der Pflegeversicherung angestiegen und liegt seit 1998 konstant bei ca. 10-11%. Der Anteil der Bezieher stationären Leistungen weist demgegenüber mit 23,1% im Jahr 1996 ein deutlich höheres Niveau auf, das sich jedoch seit 1999 ebenfalls „nur noch“ um ca. 1-2% pro Jahr gegenüber dem Vorgängerwert erhöht. Insgesamt sind damit die Entwicklungen in der jüngeren Vergangenheit überwiegend durch „schleichende“ Veränderungen gekennzeichnet.

---

<sup>13</sup> Weitere Leistungsarten wie Tages- und Nachtpflege bzw. Kurzzeitpflege sind in der Pflegestatistik in den stationären Leistungen und häusliche Pflege bei Verhinderung der Pflegeperson in den Pflegesachleistungen bzw. in den Kombinationsleistungen enthalten. In der sozialen Pflegeversicherung dagegen werden diese Leistungen getrennt ausgewiesen und werden im Folgenden vernachlässigt.

Tabelle 7: Entwicklung der Zahl der Pflegebedürftigen in der Sozialen Pflegeversicherung nach Leistungsart

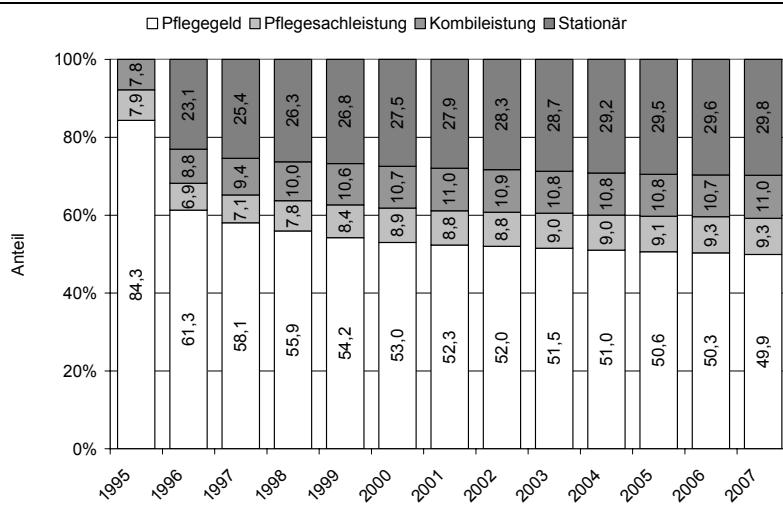
	Anzahl der Pflegebedürftigen <sup>1)</sup>				
	Insgesamt	Pflegegeld <sup>2)</sup>	Pflegesachleistung <sup>3)</sup>	Kombileistung	Stationär
1995	1.052.790	887.697	82.763	82.330	
1996	1.540.203	943.877	105.879	135.305	355.142
1997	1.672.185	970.775	119.167	157.390	424.853
1998	1.721.078	962.669	133.895	171.764	452.750
1999	1.813.095	982.877	152.648	192.556	485.014
2000	1.802.188	954.684	159.693	193.018	494.793
2001	1.838.827	962.130	161.653	201.667	513.377
2002	1.880.606	977.327	165.679	205.322	532.278
2003	1.880.649	968.289	169.580	202.710	540.070
2004	1.881.128	959.580	169.357	203.544	548.647
2005	1.896.929	959.546	173.251	204.348	559.784
2006	1.942.649	977.034	180.944	208.825	575.846
2007	1.977.125	986.294	184.280	217.724	588.827

1) Die Anzahl der Pflegebedürftigen ist aus Leistungstagen errechnet.

2) ausschließlicher Bezug

Quelle: BMG, soziale Pflegeversicherung

Abbildung 6: Verteilung der Leistungsarten in der Sozialen Pflegeversicherung nach Jahr



Quelle: BMG, soziale Pflegeversicherung

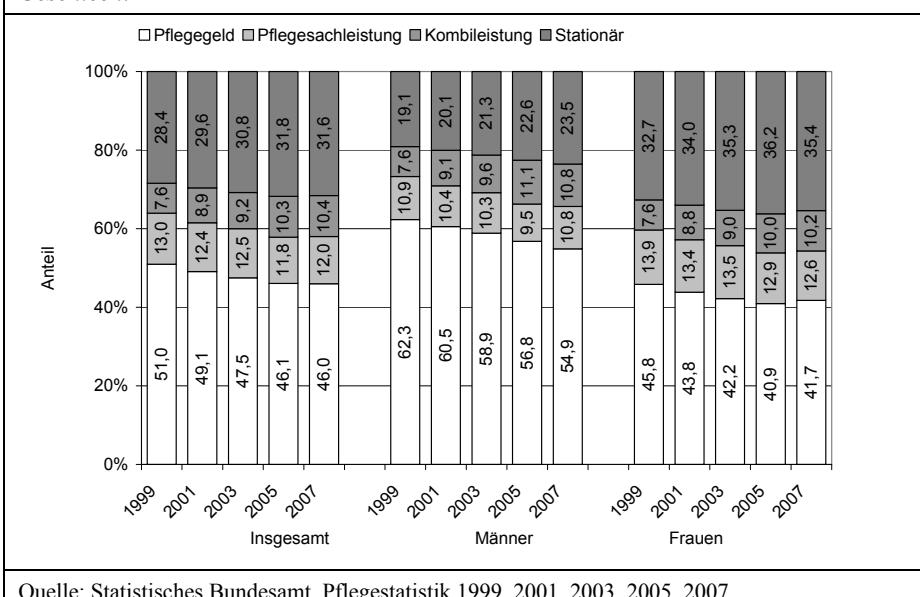
*Tabelle 8: Entwicklung der Zahl der Pflegebedürftigen in der Pflegestatistik nach Leistungsart*

	Anzahl der Pflegebedürftigen				
	Insgesamt	Pflegegeld <sup>1)</sup>	Pflegesachleistung <sup>1)</sup>	Kombileistung	Stationär
1999	2.016.091	1.027.591	261.461	153.828	573.211
2001	2.039.780	1.000.736	253.852	180.827	604.365
2003	2.076.935	986.520	259.598	190.528	640.289
2005	2.128.550	980.425	251.346	220.197	676.582
2007	2.246.829	1.033.286	270.092	234.140	709.311

1) ausschließlicher Bezug

Quelle: Statistisches Bundesamt, Pflegestatistik 1999, 2001, 2003, 2005, 2007

*Abbildung 7: Verteilung der Leistungsarten in der Pflegestatistik nach Jahr und Geschlecht*



Quelle: Statistisches Bundesamt, Pflegestatistik 1999, 2001, 2003, 2005, 2007

Ein in Teilen etwas anderes Bild ergeben die Daten der *Pflegestatistik* in Tabelle 8 und Abbildung 7. Hier zeigt sich bei der Entwicklung des Pflegegelds eine ähnliche Entwicklung, wenn auch die Werte um ca. 3-4 Prozentpunkte niedriger liegen. Im Unterschied dazu, ging der Anteil der Bezieher von Pflegesachleistungen von 1999 bis 2007 von 13 % auf 12 % minimal zurück, während die Entwicklung der Kombileistungen durch eine Zunahme des Nutzeranteils von 7,6 % auf 10,4 % gekennzeichnet ist. Lediglich die stationären Leistungen weisen die gleiche Entwicklung wie in der Kasenstatistik auf, wenn auch die Anteilswerte ca. 2 Prozentpunkte höher liegen.

In den Daten der Pflegestatistik zeigt sich zusätzlich, dass im Jahr 2007 Frauen ca. 13 Prozentpunkte seltener als Männer Pflegegeld beziehen, dafür aber ca. 12 Prozentpunkte häufiger stationäre Pflege beanspruchen. Die Entwicklungen verlaufen damit für Männer und Frauen auf unterschiedlichem Niveau, aber durchaus ähnlich.

Insgesamt zeigt sich damit dass unterschiedliche Datengrundlagen ähnliche Entwicklungen, wenn auch auf unterschiedlichem Niveau, belegen, aber auch im Fall der Pflegesachleistungen unterschiedliche Entwicklungen anzeigen. Wesentlichster Unterschied zwischen den Daten ist der Einbezug der Privaten Pflegepflichtversicherung in der Pflegestatistik. Werden die benannten Unterschiede auf die Privatversicherten zurückgeführt, dann zeigt sich, dass bei diesem Personenkreis die „professionelle Pflege“ stärker verbreitet ist.

#### 4.3.3 Die Entwicklung der Zahl der Pflegebedürftigen nach Leistungsarten und Pflegestufe

Wurden in den vorangegangenen Kapiteln die Pflegestufen und die Leistungsarten separat in ihrer jeweiligen Entwicklung betrachtet, so werden im folgenden Abschnitt beide Merkmale kombiniert und es wird neben der Art der Leistung (Pflege durch Angehörige bzw. durch ambulante Pflegedienste sowie die Pflege im Heim) zusätzlich nach der Pflegestufe unterschieden. Im Folgenden wird die *jüngere* Entwicklung d.h. ab 1999 anhand der Daten der *Pflegestatistik* nachgezeichnet, da nur in ihr die dafür notwendigen Differenzierungen enthalten sind.

Nachdem die Zahl der Pflegebedürftigen in der häuslichen Pflege zwischen 1999 und 2005 mit ca. 1,44 Mio. nahezu konstant geblieben ist, ist sie im Jahr 2007 auf ca. 1,54 Mio. angestiegen (Tabelle 9). Darüber hinaus zeigen die Daten in Abbildung 8 jedoch auch deutliche Strukturverschiebungen in Richtung Pflegestufe I: Während 1999 52 % der Pflegebedürftigen in Pflegestufe I waren, erhöhte sich der Anteil bis 2007 auf 58,8 %. Demgegenüber stehen die Rückgänge der Anteile der Pflegestufe II: Diese reduzierten sich von 37,1 % in 1999 auf 31,7 % in 2007. Die Anteile in der Pflegestufe III ändern sich nur marginal. Vergleicht man die Pflegestufen in der häuslichen Pflege mit den Pflegestufen insgesamt (Abbildung 4), fällt für die Männer ein etwas höherer Anteil (ca. 2-4 Prozentpunkte) und für die Frauen ein deutlich höherer Anteil (ca. 10-12 Prozentpunkte) in der Pflegestufe I auf. Entsprechend sind die höheren Pflegestufen in der häuslichen Pflege weniger vertreten. Neben diesem Niveauunterschied folgt die Entwicklung der häuslichen Pflege dem allgemeinen Trend einer schleichenden Zunahme von Pflegebedürftigen in der Pflegestufe I.

Im Folgenden werden die Leistungen in der häuslichen Pflege (ausschließlich Pflegegeld, ausschließlich Pflegesachleistung sowie Kombinationsleistungen) näher differenziert. In Tabelle 10 sind hierzu die Pflegebedürftigen wiedergegeben, die ausschließlich Pflegegeld erhalten, also in aller Regel ohne Hilfe zugelassener Pflegedienste gepflegt werden.

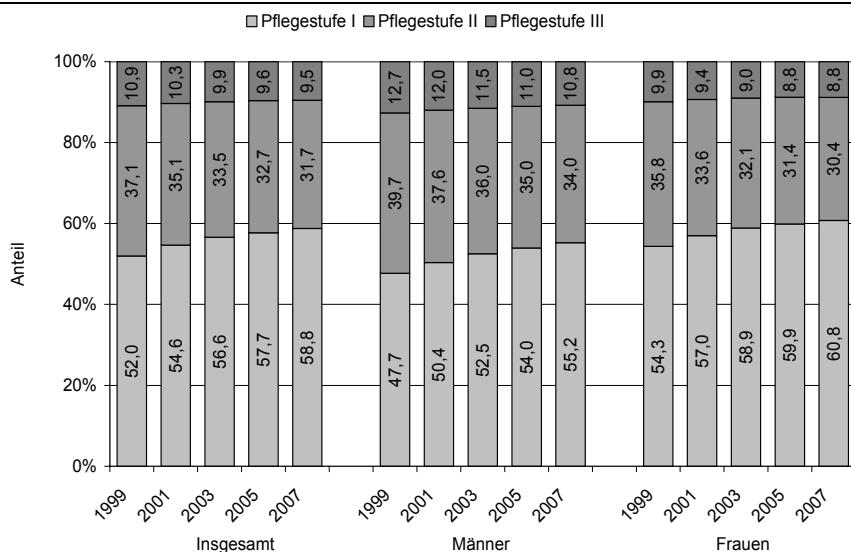
*Tabelle 9: Entwicklung der Zahl der Pflegebedürftigen in der häuslichen Pflege nach Pflegestufe (Pflegegeld, Pflegesachleistung und Kombileistungen)*

	Anzahl der Pflegebedürftigen			
	Insgesamt	Pflegestufe I	Pflegestufe II	Pflegestufe III
1999	1.442.880	749.903	535.885	158.435
2001	1.435.415	784.068	503.246	148.101
2003	1.436.646	812.771	481.378	142.497
2005	1.451.968	837.837	474.542	139.589
2007	1.537.518	903.373	487.529	146.616

1) Einschließlich Härtefälle

Quelle: Statistisches Bundesamt, Pflegestatistik 1999, 2001, 2003, 2005, 2007

*Abbildung 8: Verteilung der Pflegestufen in der häuslichen Pflege nach Jahr und Geschlecht (Pflegegeld, Pflegesachleistung und Kombileistungen)*



Quelle: Statistisches Bundesamt, Pflegestatistik 1999, 2001, 2003, 2005, 2007

Insgesamt liegt deren Zahl 2005 nur sehr geringfügig über dem Wert von 1999. Das allgemeine Muster einer schlechenden Zunahme von Leistungen der Pflegestufe I bleibt auch hier erhalten: Der Leistungsbezug erhöht sich je nach Geschlecht zwischen 6 und 7 Prozentpunkten über den Beobachtungszeitraum, wobei die Frauen ca. 6 Prozentpunkte häufiger in Pflegestufe I vertreten sind.

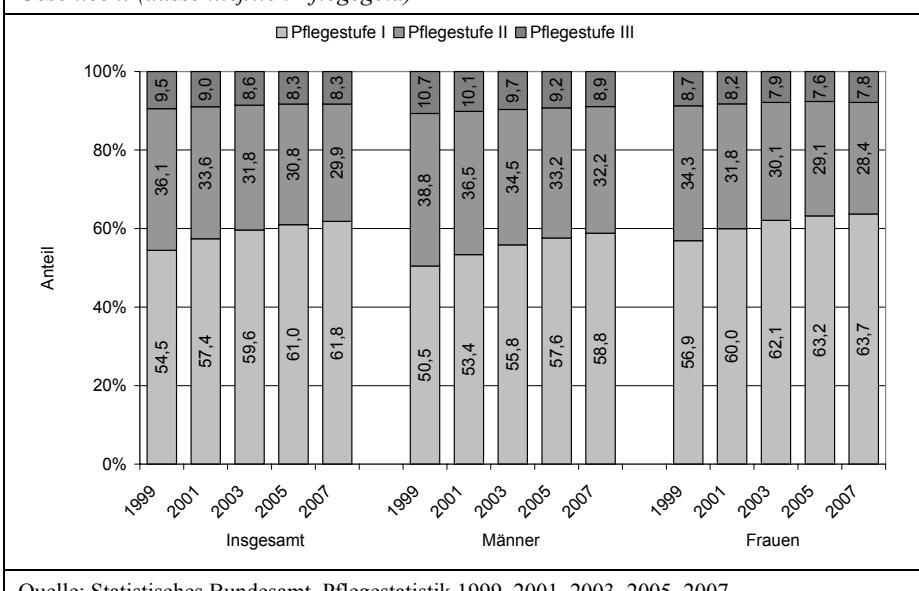
*Tabelle 10: Die Entwicklung der Zahl der Pflegebedürftigen in der häuslichen Pflege (ausschließlich Pflegegeld)*

	Anzahl der Pflegebedürftigen			
	Insgesamt	Pflegestufe I	Pflegestufe II	Pflegestufe III
1999	1.027.591	559.603	370.517	97.471
2001	1.000.736	574.455	336.529	89.752
2003	986.520	588.039	313.820	84.661
2005	980.425	597.751	301.605	81.069
2007	1.033.286	638.846	308.997	85.443

1) Einschließlich Härtefälle

Quelle: Statistisches Bundesamt, Pflegestatistik 1999, 2001, 2003, 2005, 2007

*Abbildung 9: Verteilung der Pflegestufen in der häuslichen Pflege nach Jahr und Geschlecht (ausschließlich Pflegegeld)*



Quelle: Statistisches Bundesamt, Pflegestatistik 1999, 2001, 2003, 2005, 2007

Die Zahl der Pflegebedürftigen, die ausschließlich ambulante Sachleistungen und kein Pflegegeld in Ansprache nehmen (Tabelle 11), bleibt bis 2005 nahezu konstant bei ca. 255 Tsd. Zum Jahr 2007 steigt die Zahl der Sachleistungsbezieher auf 270 Tsd. an. Die Verteilung der Pflegestufen bei denjenigen, die ausschließlich Sachleistungen beziehen (Abbildung 10) nimmt eine ähnliche Entwicklung wie bei den Empfängern des Pflegegelds. Der Anteil der Pflegebedürftigen in Pflegestufe I nimmt um ca. 6-8 Prozentpunkte zu, während Frauen zusätzlich ca. 5-8 Prozentpunkte häufiger in Pflegestufe I vertreten sind. Darüber hinaus sind die Pflegestufen II und III (insbesondere bei den Männern) etwas stärker ausgeprägt, als bei den Beziehern von Pflegegeld.

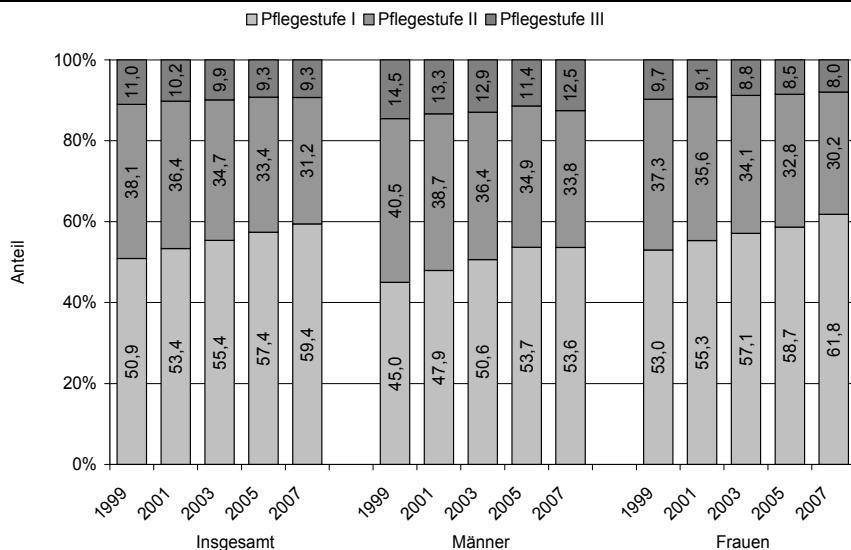
*Tabelle 11: Die Entwicklung der Zahl der Pflegebedürftigen in der häuslichen Pflege (ausschließlich Pflegesachleistung)*

	Pflegedienst	Anzahl der Pflegebedürftigen			
		Insgesamt	Insgesamt	Pflegestufe I	Pflegestufe II
1999	10.820	261.461	133.064	99.654	28.733
2001	10.594	253.852	135.486	92.389	25.977
2003	10.619	259.598	143.817	90.093	25.688
2005	10.977	251.346	144.162	83.916	23.268
2007	11.529	270.092	160.557	84.383	25.152

1) Einschließlich Härtefälle

Quelle: Statistisches Bundesamt, Pflegestatistik 1999, 2001, 2003, 2005, 2007

*Abbildung 10: Verteilung der Pflegestufen in der häuslichen Pflege nach Jahr und Geschlecht (ausschließlich Pflegesachleistung)*



Quelle: Statistisches Bundesamt, Pflegestatistik 1999, 2001, 2003, 2005, 2007

In Tabelle 12 und Abbildung 11 sind schließlich die Zahlen der Pflegebedürftigen wiedergegeben, die Kombinationsleistungen beziehen, die also sowohl durch Angehörige als auch durch ambulante Pflegedienste gepflegt werden. Insgesamt erhöht sich die Zahl der Bezieher dieser Leistung kontinuierlich von ca. 154 Tsd. Im Jahr 1999 auf ca. 234 Tsd. im Jahr 2007 und damit bislang um 52 % des genannten Ausgangswertes. Damit liegt bei den Kombinationsleistungen (gegenüber dem ausschließlichen Bezug von Pflegegeld oder Pflegesachleistung) auch der stärkste Anstieg im Leistungsbezug

vor. Im häuslichen Bereich ist somit insgesamt weniger ein „Trend zur professionellen Pflege“ zu beobachten, als ein Trend zur gemeinsamen Pflege durch Angehörige und ambulante Pflegedienste, der sich in steigender Inanspruchnahme der Kombinationsleistung äußert.<sup>14</sup>

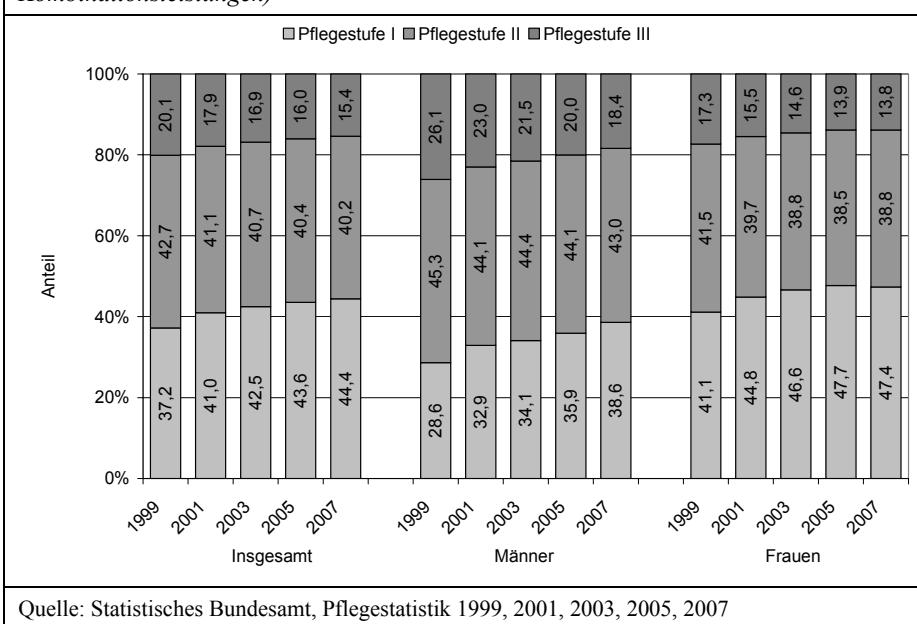
*Tabelle 12: Die Entwicklung der Zahl der Pflegebedürftigen in der häuslichen Pflege (ausschließlich Kombinationsleistungen)*

	Anzahl der Pflegebedürftigen			
	Insgesamt	Pflegestufe I	Pflegestufe II	Pflegestufe III <sup>1)</sup>
1999	153.828	57.236	65.704	30.888
2001	180.827	74.127	74.328	32.372
2003	190.528	80.915	77.465	32.148
2005	220.197	95.924	89.021	35.252
2007	234.140	103.970	94.149	36.021

1) Einschließlich Härtefälle

Quelle: Statistisches Bundesamt, Pflegetatistik 1999, 2001, 2003, 2005, 2007

*Abbildung 11: Verteilung der Pflegestufen in der häuslichen Pflege (ausschließlich Kombinationsleistungen)*



Quelle: Statistisches Bundesamt, Pflegetatistik 1999, 2001, 2003, 2005, 2007

<sup>14</sup> Dabei ist zu berücksichtigen, dass auch die Arrangements mit professioneller Pflege durch private Pflege mitgeprägt sind. Nach Schneekloth und Wahl (2005, S.74) entfallen auf ca. 36% der Arrangements mit professioneller Pflege im häuslichen Bereich 8% auf die ausschließlich professionelle Pflege.

Auch bei den Kombinationsleistungen zeigt sich die Zunahme des Anteils von Pflegebedürftigen der Pflegestufe I um ca. 6-10 Prozentpunkte von 1999 bis 2007. Darüber hinaus zeigt sich bei dieser Leistung der deutlichste Geschlechtsunterschied: Die Anteile der Frauen in Pflegestufe I liegen ca. 8-12 Prozentpunkte über denen der Männer. Des Weiteren sind mehr Pflegebedürftige in Pflegestufe II und III als bei ausschließlich ambulanter Pflege (vgl. Abbildung 10), wobei insbesondere der Leistungsbezug in Pflegestufe III ca. 80 % häufiger ist.

Betrachtet man alle Leistungsarten, ist hingegen tendenziell von einem Trend zur „professionellen“ Pflege auszugehen, wie auch die Entwicklung der Zahl der Pflegebedürftigen in der stationären Pflege zeigt (Tabelle 13). Insgesamt nimmt die Heimbevölkerung im Zeitraum von 1999 bis 2007 von ca. 573 Tsd. um 24 % auf ca. 709 Tsd. zu. Eine Entwicklung, die sich ebenfalls in einer deutlichen Zunahme der Anzahl der Pflegeheime niederschlägt. Im Unterschied zur häuslichen Pflege liefert jedoch die Pflegebedürftigkeit in Pflegeheimen ein etwas anderes Bild: Zum einen verändern sich die Anteile in den Pflegestufen im Zeitverlauf nicht in dem Umfang wie bei den anderen Pflegeleistungen (Abbildung 12). Zum anderen sind auch die Anteile in den einzelnen Pflegestufen für Männer und Frauen relativ ähnlich. Während sie für Männer in der Pflegestufe I ca. 3-4 Prozentpunkte höher liegen, sind Frauen in Pflegestufe II um ca. 3-4 Prozentpunkte häufiger vertreten. Die Anteile in der Pflegestufe III unterscheiden sich noch geringfügiger.

Betrachtet man die Entwicklung der Zahl der Pflegebedürftigen *insgesamt*, d. h. über alle Leistungsarten, dann kann festgehalten werden, dass die Zahl der Pflegebedürftigen zwischen 1999 und 2005 leicht und bis 2007 etwas stärker zugenommen hat. Diese Zunahme erfolgte in unterschiedlichem Ausmaß, aber in allen Leistungsarten. Im gleichen Zeitraum hat aber auch die Zahl der älteren Menschen in Deutschland zugenommen. Die Entwicklung der absoluten Bestandsgrößen der Pflegebedürftigen ist zum großen Teil auf altersstrukturelle Veränderungen zurückzuführen. Dennoch kann es auch Veränderungen in den altersspezifischen Quoten der Pflegebedürftigkeit geben. Um dies zu überprüfen werden in Abschnitt 4.4 die Trends in den Pflegeprävalenzen dargestellt.

Im Bereich der häuslichen Pflege steigt der Anteil in Pflegestufe I schleichend an, während in der stationären Pflege nahezu keine Veränderungen in der Verteilung der Pflegestufen festgestellt werden konnten. Hier deuten sich Tendenzen an, wonach sich in der häuslichen Pflege das familiäre Pflegepotential und damit die Möglichkeit von familiärer häuslicher Pflege generell verschlechtert haben könnte.

Interpretiert man die Anteile in den Pflegestufen im Sinne des „Pflegeaufwands“, der im Rahmen der Pflege bewältigt werden muss, dann zeigt sich bei der ausschließlichen Pflege durch Angehörige der größte Anteil an Pflegebedürftigen der Pflegestufe I und damit der geringste Pflegeaufwand. In der ausschließlich durch Pflegedienste erbrachten Leistungen nach SGB XI findet sich dagegen ein leicht geringerer Anteil an Pflegebedürftigen der Pflegestufe I, gefolgt von den Kombileistungen und schließlich dem geringsten Anteil und damit dem höchsten Pflegeaufwand in der stationären Pflege.

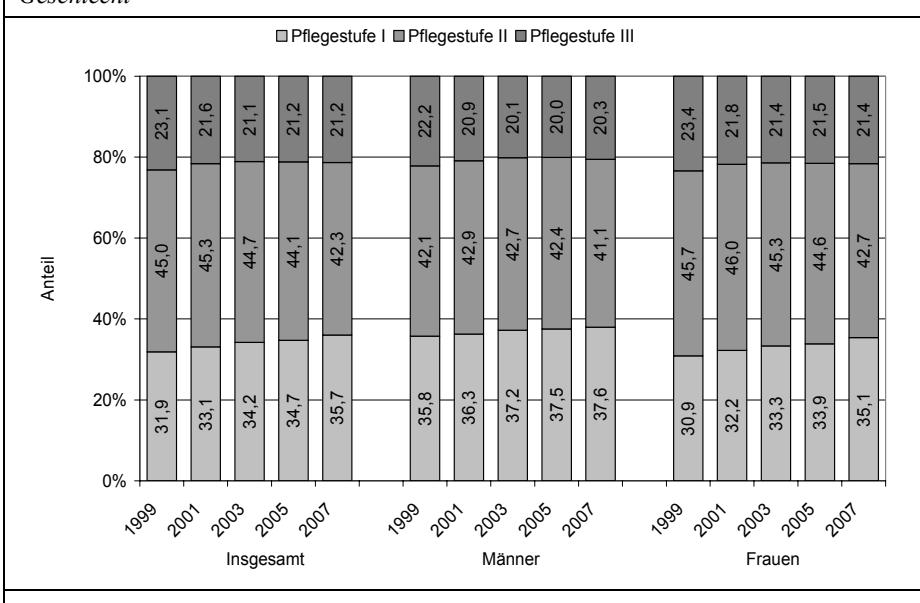
Tabelle 13: Die Entwicklung der Zahl der Pflegebedürftigen in der stationären Pflege

	Pflegeheime	Anzahl der Pflegebedürftigen				
	Insgesamt	Insgesamt	Pflegestufe I	Pflegestufe II	Pflegestufe III <sup>1)</sup>	noch nicht zugeordnet
1999	8.859	573.211	176.573	248.939	128.172	19.527
2001	9.165	604.365	196.553	269.151	128.319	10.342
2003	9.743	640.289	216.307	282.699	133.629	7.654
2005	10.424	676.582	231.106	293.551	141.104	10.821
2007	11.029	709.311	253.406	299.936	150.089	10.833

1) Einschließlich Härtefälle

Quelle: Statistisches Bundesamt, Pflegestatistik 1999, 2001, 2003, 2005, 2007

Abbildung 12: Verteilung der Pflegestufen in der stationären Pflege nach Jahr und Geschlecht



Quelle: Statistisches Bundesamt, Pflegestatistik 1999, 2001, 2003, 2005, 2007

Die dargestellten Entwicklungen der Zahlen der Pflegebedürftigen orientieren sich an der Inanspruchnahme der Pflegeleistungen nach SGB XI. Ob darüber hinaus „Pflegebedarf“ besteht, kann nur mit Bezug auf andere Datenquellen diskutiert werden, die den Pflege- bzw. Hilfebedarf selbst quantifizieren. Beispielsweise kommen Schneekloth et al. in der MUG III-Studie (Schneekloth und Wahl 2005) zu dem Ergebnis, dass neben den ca. 1,4 Mio. Pflegebedürftigen, die häuslich betreut werden, ca. 2,94 Mio. Menschen zusätzlichen „Hilfebedarf“ aufweisen, der umfänglich aber unterhalb der Schwelle liegt, deren Überschreiten zu Leistungen nach dem SGB XI berechtigt. Zudem sind neben diesem Hilfebedarf auch nicht die Pflegeleistungen dokumentiert, die

ohne Vergütungen durch Pflegekassen erfolgen. So ist es wohl die Regel, dass auch dann, wenn nur Pflegesachleistungen durch Pflegedienste finanziert werden, nebenbei auch noch Angehörige sich um die Pflegebedürftigen kümmern.

## 4.4 Die Prävalenz von Pflegebedürftigkeit

Während die Entwicklungen der absoluten Häufigkeiten der Pflegebedürftigen (Abschnitt 4.3) letztlich „nur“ über die quantitative Verbreitung der Inanspruchnahme von Leistungen nach SGB XI informieren, lassen sie *keine* Aussagen darüber zu, ob sich das *individuelle Risiko* von Pflegebedürftigkeit im Zeitverlauf geändert hat. Zur Beantwortung dieser Frage muss die Entwicklung der Zahl der Pflegebedürftigen *unabhängig* von der altersstrukturellen Entwicklung betrachtet werden, es muss mit anderen Worten die Entwicklung der so genannten *Prävalenzen* nachgezeichnet werden. Im Folgenden wird daher die Entwicklung der Prävalenzen im Zeitraum von 1999 bis 2007 für alle Pflegestufen untersucht (Abschnitt 4.4.1). Ergänzt wird diese Betrachtung um die Aspekte der Altersabhängigkeit und der Geschlechtsunterschiede in der Inanspruchnahme der Pflegeleistungen (Abschnitt 4.4.2). Die Analysen werden anhand der Pflegestatistik durchgeführt.

### 4.4.1 Die Entwicklung der Prävalenzen

Für eine gegebene Population kann die Zahl der Pflegebedürftigen zur Zahl der Mitglieder der Gesamtpopulation ins Verhältnis gesetzt werden. Dieser Quotient gibt die „Prävalenz“ des interessierenden Zustands, hier also der Pflegebedürftigkeit, an und kann selbst wieder nach Teilstrukturen (in diesem Fall insbesondere nach Alter und Geschlecht) differenziert werden (vgl. Kreienbrock/Schach 2005: S.10).<sup>15</sup> Prospektiv gewendet kann diese Prävalenz als Pflegewahrscheinlichkeit oder Pflegefallwahrscheinlichkeit interpretiert werden, also als Wahrscheinlichkeit dafür, dass ein Mitglied der entsprechenden Population pflegebedürftig ist. In der Literatur werden Modellrechnungen zur Gesundheitsentwicklung und zum Hilfe- bzw. Pflegebedarf vor allem im Hinblick auf die bekannt gewordene Kontroverse um die „Kompression der Morbidität“ geführt.<sup>16</sup> Dabei geht es um die Frage, ob mit der steigenden Lebenserwartung auch eine Verlängerung der krankheitsfreien Lebensphase einher geht, oder ob durch die verlängerte Lebenserwartung lediglich die Lebensphase in gesundheitlicher Beeinträchtigung bzw. Krankheit weiter ausgedehnt wird. Diese Frage wird in der Literatur überwiegend zugunsten der erstgenannten Alternative beantwortet: die gewonnenen Jahre sind im Allgemeinen auch gesunde Jahre. Weitere Untersuchungen haben dabei gezeigt, dass dieser Zugewinn an gesunden Lebensjahren auch von der Definition von Gesundheit bzw. Krankheit abhängig ist: So ist im Hinblick auf schwerwiegende gesundheitlichen Beeinträchtigungen ein deutlicher Zugewinn der so genannten „aktiven

---

<sup>15</sup> Innerhalb der Berichte zur Pflegestatistik des Statistischen Bundesamtes wird synonym die Bezeichnung „Pflegequote“ verwendet.

<sup>16</sup> Vgl. Rothgang (2002) für Deutschland sowie Comas-Herrera et al. (2006) und OECD (2006).

Lebenserwartung“ für jüngere Geburtskohorten zu verzeichnen. Bei moderaten und leichten Beeinträchtigungen fällt dieser Zugewinn geringer aus (Cambois 1996, Robine et al. 2003, Unger 2006). Insgesamt beobachten diese Studien also überwiegend einen Rückgang der alters- und geschlechtsspezifischen Prävalenz, der je nach verwendetem Gesundheitsindikator unterschiedlich stark ausfällt und zwischen verschiedenen Ländern differenziert (Jacobzone et al. 1998, Jacobzone 1999).

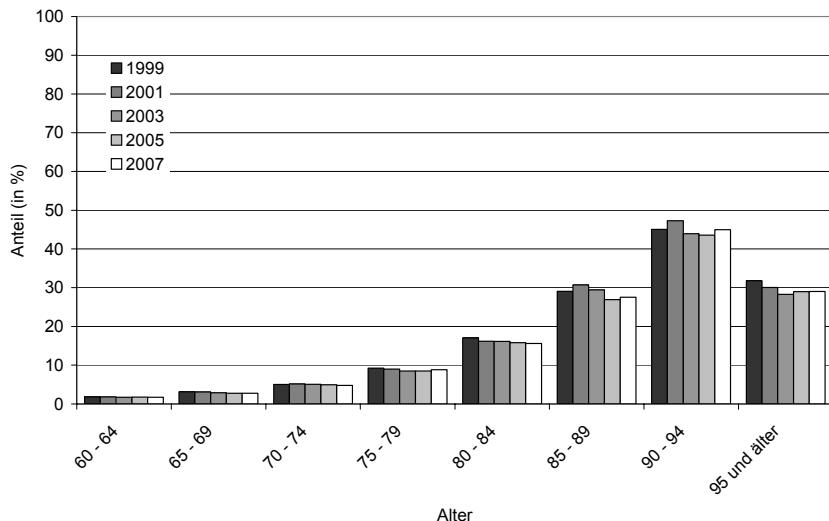
Allerdings wird in den Studien zur aktiven Lebenserwartung nicht die Inanspruchnahme von Pflegeleistungen nach SGB XI untersucht, sondern die Entwicklung der allgemeinen Morbidität, wobei aber verstärkt auch subjektive Selbsteinschätzungen in den Funktionseinschränkungen bei den (instrumentellen) „Aktivitäten des täglichen Lebens“ (ADL/IADL) zum Einsatz kommen (Unger 2003, 2006). Dabei ist die Bestimmung des individuellen Hilfebedarfs nach dem ADL/IADL-Konzept der sozialrechtlichen Bestimmung von Pflegebedürftigkeit im Rahmen der Pflegeversicherung sehr ähnlich. Mit diesem Konzept werden funktionelle Beeinträchtigungen gemessen: Bei den basalen Lebensaktivitäten (ADL) handelt es sich um die regelmäßige Selbstpflege (Waschen, An- und Ausziehen), die Einnahme von Mahlzeiten, Toilettenbenutzung sowie innerhäusliche Mobilität. Die instrumentellen Lebensaktivitäten (IADL) umfassen Haushaltsführung, Nahrungszubereitung und außerhäusliche Mobilität. Mit Hilfe dieser Indikatoren kann damit ebenfalls das Ausmaß funktionaler Beeinträchtigung und damit auch die Pflegebedürftigkeit bestimmt werden.

Betrachtet man nun die Entwicklung der alters- und geschlechtsspezifischen Pflegeprävalenzen in den letzten Jahren, dann lässt sich zunächst keine wesentliche Veränderung erkennen (Abbildung 13 und Abbildung 14). Dies zeigt sich auch anhand der zusammengefassten Prävalenzen für alle Pflegestufen oberhalb Alter 60 (Abbildung 21 und Abbildung 22): Insgesamt betragen die Pflegeprävalenzen für die mindestens 60-Jährigen in den Jahren 1999 / 2001 / 2003 / 2005 / 2007 für Männer 5,92 % / 5,92 % / 5,75 % / 5,93 % / 6,25 % und für Frauen 11,18 % / 11,38 % / 10,95 % / 11,13 % / 11,64 %.<sup>17</sup> Damit ist der absolute Anstieg der Zahl der Pflegebedürftigen (siehe Kapitel 3.1) nicht primär auf eine Erhöhung des individuellen Risikos von Pflegebedürftigkeit in der jüngsten Vergangenheit zurückzuführen, vielmehr lässt sich dieser Anstieg zu großen Teilen auf die veränderte Altersstruktur zurückführen. Es kam also über alle Pflegestufen hinweg zu einem Anstieg der Zahl der Pflegebedürftigen, weil auch die Zahl der Menschen in höherem Alter zugenommen hat.

---

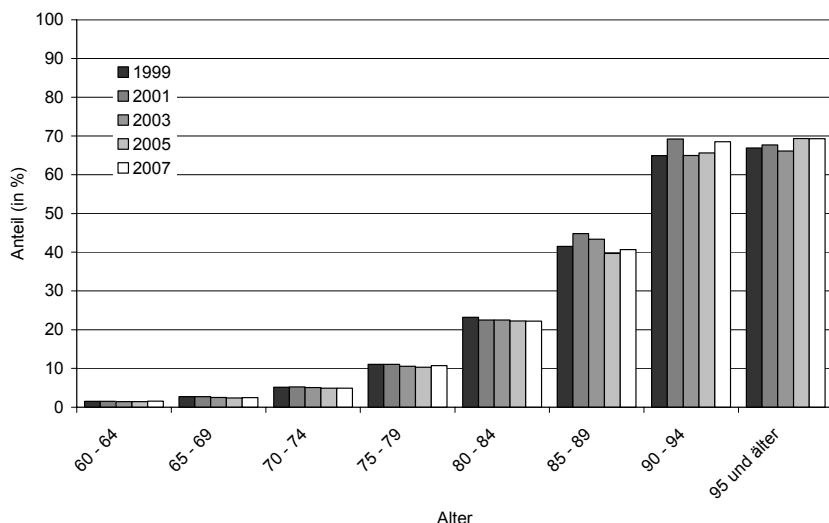
<sup>17</sup> Aufgrund der starken Altersabhängigkeit des Pflegerisikos sind die zusammengefassten Prävalenzen der über 60-Jährigen aber nur eingeschränkt interpretierbar.

Abbildung 13: Prävalenzen von Männern (alle Pflegest.) nach Altersgruppen und Jahr



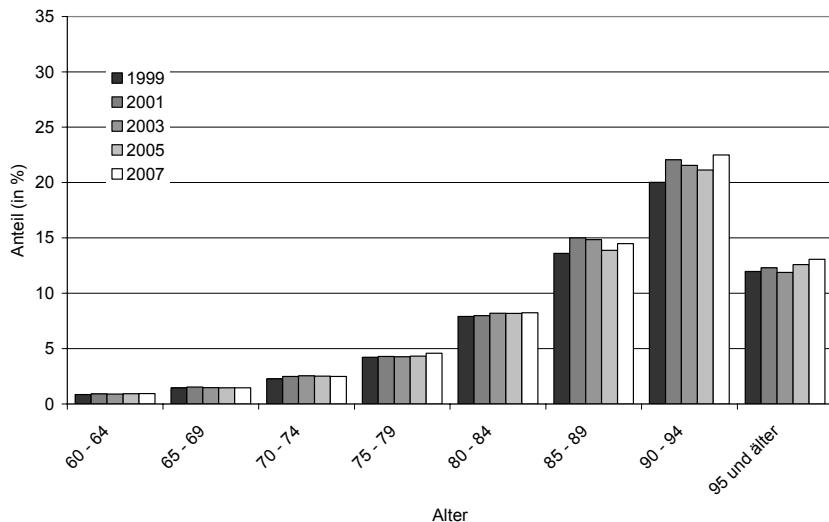
Quelle: Statistisches Bundesamt, Pflegestatistik 1999, 2001, 2003, 2005, 2007

Abbildung 14: Prävalenzen von Frauen (alle Pflegest.) nach Altersgruppen und Jahr



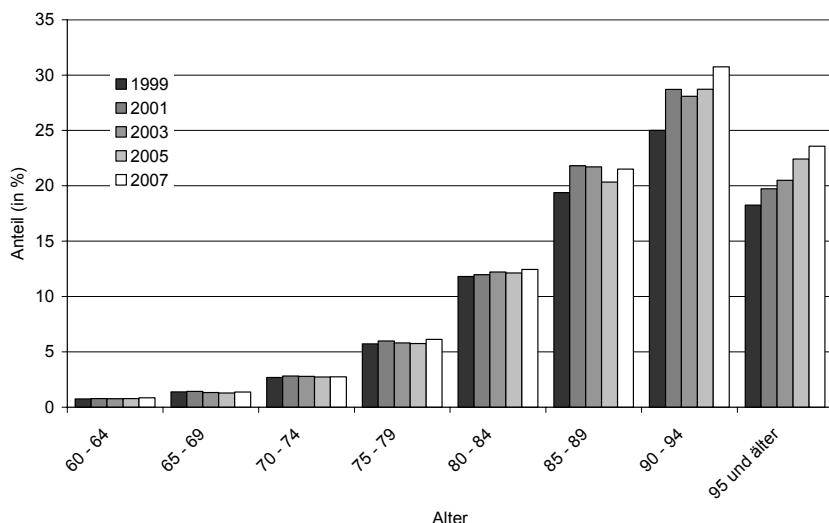
Quelle: Statistisches Bundesamt, Pflegestatistik 1999, 2001, 2003, 2005, 2007

Abbildung 15: Prävalenzen von Männern (Pflegest. I) nach Altersgruppen und Jahr



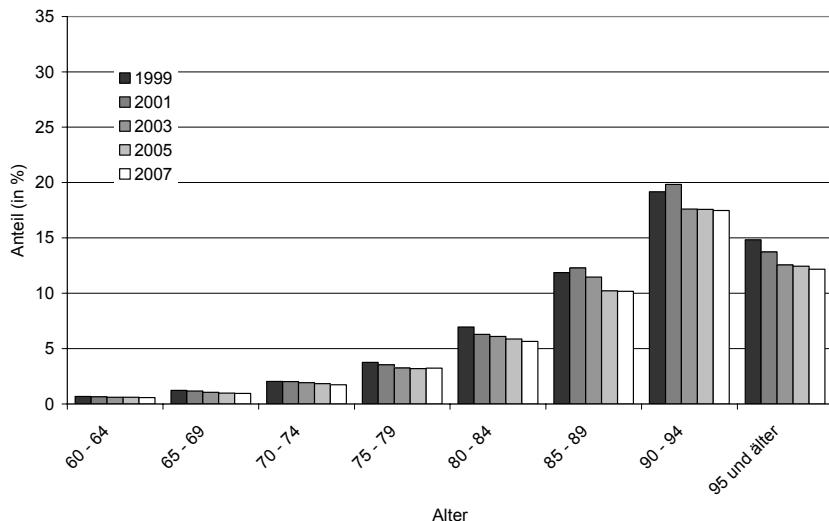
Quelle: Statistisches Bundesamt, Pflegestatistik 1999, 2001, 2003, 2005, 2007

Abbildung 16: Prävalenzen von Frauen (Pflegest. I) nach Altersgruppen und Jahr



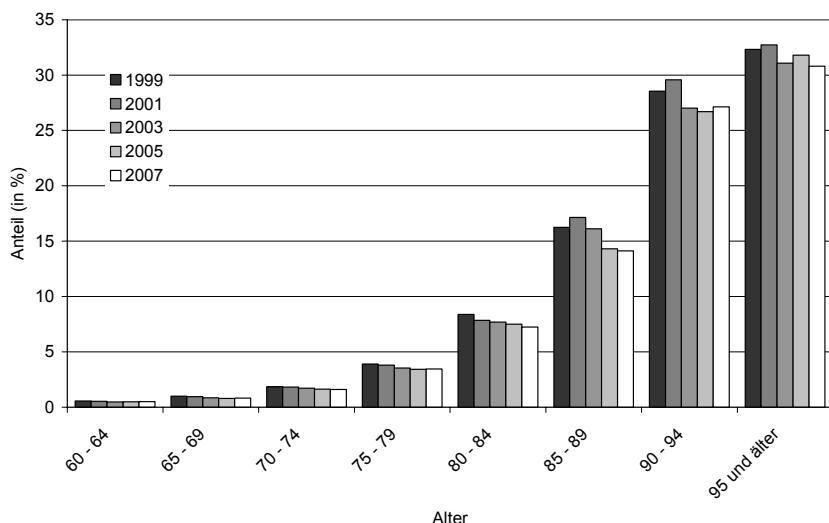
Quelle: Statistisches Bundesamt, Pflegestatistik 1999, 2001, 2003, 2005, 2007

Abbildung 17: Prävalenzen von Männern (Pflegest. II) nach Altersgruppen und Jahr



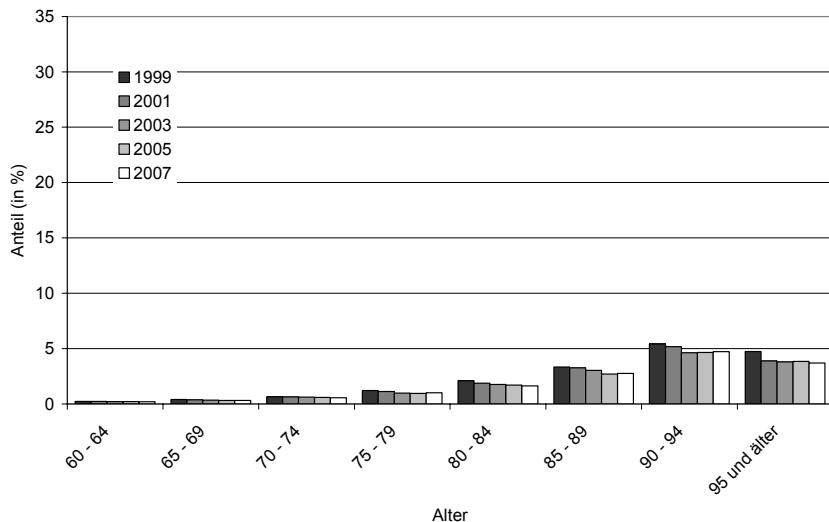
Quelle: Statistisches Bundesamt, Pflegestatistik 1999, 2001, 2003, 2005, 2007

Abbildung 18: Prävalenzen von Frauen (Pflegest. II) nach Altersgruppen und Jahr



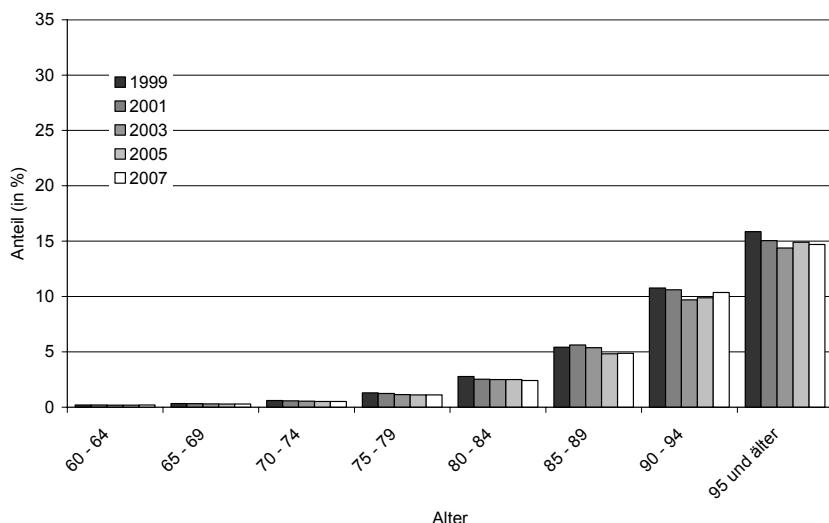
Quelle: Statistisches Bundesamt, Pflegestatistik 1999, 2001, 2003, 2005, 2007

Abbildung 19: Prävalenzen von Männern (Pflegest. III) nach Altersgruppen und Jahr



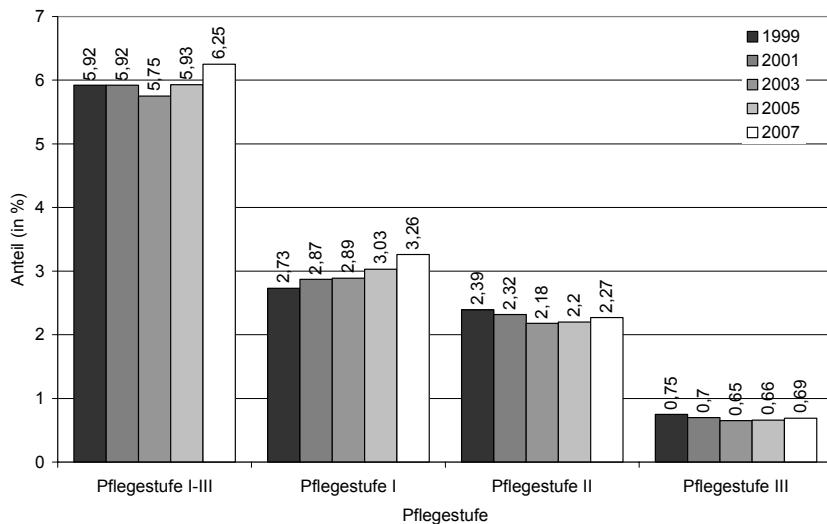
Quelle: Statistisches Bundesamt, Pflegestatistik 1999, 2001, 2003, 2005, 2007

Abbildung 20: Prävalenzen von Frauen (Pflegest. III) nach Altersgruppen und Jahr



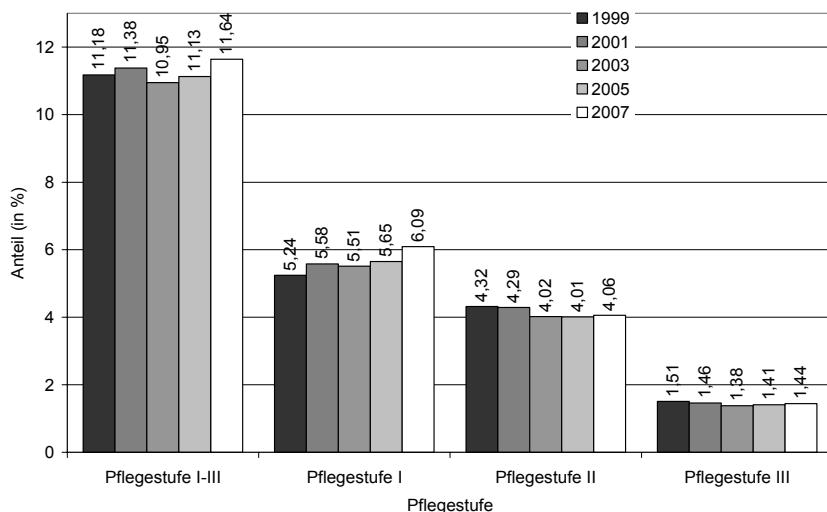
Quelle: Statistisches Bundesamt, Pflegestatistik 1999, 2001, 2003, 2005, 2007

Abbildung 21: Prävalenzen von Männern über Alter 60 nach Pflegestufen und Jahr



Quelle: Statistisches Bundesamt, Pflegestatistik 1999, 2001, 2003, 2005, 2007

Abbildung 22: Prävalenzen von Frauen über Alter 60 nach Pflegestufen und Jahr



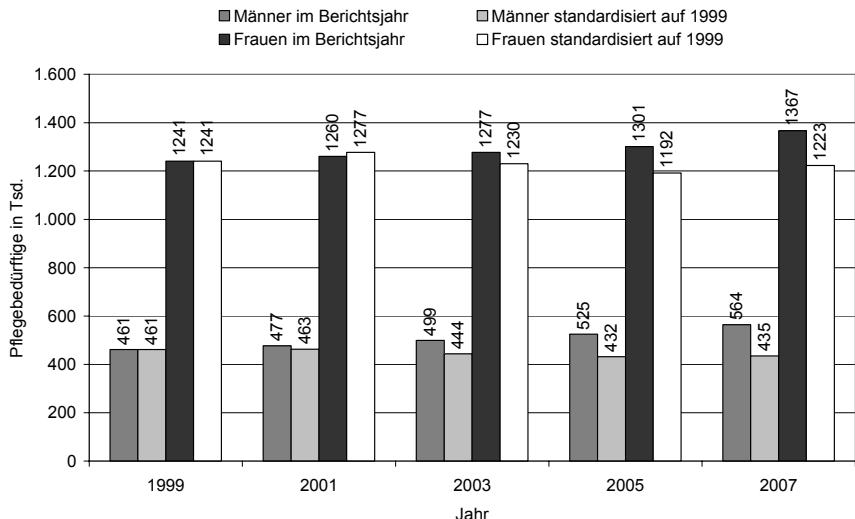
Quelle: Statistisches Bundesamt, Pflegestatistik 1999, 2001, 2003, 2005, 2007

Trotzdem stellt sich die Frage, wie es zu der „schleichenden“ Ausweitung an Pflegebedürftigen der Pflegestufe I, also einer Veränderung der Prävalenzstruktur gekommen ist (vgl. Abschnitt. 4.3): Hier zeigen sich in den einzelnen Pflegestufen (Abbildung 15 – Abbildung 20) nur bei genauerer Betrachtung Veränderungen. So kam es in Pflegestufe I zu einer Erhöhung der Prävalenzen im Zeitverlauf (Abbildung 15 und Abbildung 16), während in Pflegestufe II und III (Abbildung 17 – Abbildung 20), zumindest der Tendenz nach, geringfügige Abnahmen im Zeitverlauf erkennbar sind. Diese Entwicklung zeigt sich besonders deutlich bei den zusammengefassten Pflegeprävalenzen ab Alter 60 (Abbildung 21 und Abbildung 22). Für Männer beispielsweise betragen die Prävalenzen in den Jahren 1999 / 2001 / 2003 / 2005 / 2007 in Pflegestufe I 2,73 % / 2,87 % / 2,89 % / 3,03 % / 3,26 %, in Pflegestufe II 2,39 % / 2,32 % / 2,18 % / 2,20 % / 2,27 % und in Pflegestufe III 0,75 % / 0,70 % / 0,65 % / 0,66 % / 0,69 %.

Betrachtet man die Entwicklungen in den einzelnen Pflegestufen *relativ* zueinander, dann kann durchaus auf eine schleichende Zunahme an Leistungsbeziehern der Pflegestufe I gegenüber den Pflegestufen II und III geschlossen werden. Zumindest der groben Tendenz nach scheint damit eine gewisse Parallelität in den festgestellten Entwicklungen in Studien zur aktiven Lebenserwartung und in der sozialrechtlichen Inanspruchnahme von Leistungen nach SGB XI vorzuliegen: Bei schwereren *relativ* zu leichteren gesundheitlichen Beeinträchtigungen, bzw. bei höheren *relativ* zu niedrigen Pflegestufen ist insgesamt eine Verbesserung im Zeitverlauf, im Sinne eines Rückgangs der Prävalenz, zu beobachten.

Abschließend wird in Abbildung 23 simuliert, wie sich die Zahl der Pflegebedürftigen über Alter 60 bis zum Jahr 2007 entwickelt hätte, wenn die Altersstruktur zu Beginn des Beobachtungszeitraums, hier 1999, kontrahaktisch für den gesamten Beobachtungszeitraum zugrunde gelegt wird („Altersstandardisierung“). Es wird mit anderen Worten also geprüft, welcher Anteil der Veränderung der altersstrukturellen Zusammensetzung der Bevölkerung (also der „Alterung“ der Bevölkerung) an dem Anstieg der Zahl der Pflegebedürftigen zukommt. Betrachtet man zunächst die Entwicklung der Zahl der Pflegebedürftigen im jeweiligen Berichtsjahr, dann zeigt sich, dass die Zahl der pflegebedürftigen Männer von 461 Tsd. im Jahr 1999 um ca. 22 % auf 564 Tsd. im Jahr 2007 ansteigt, die der Frauen von 1.241 Tsd. um ca. 10 % auf 1.367 Tsd. Wird hingegen durch eine Altersstandardisierung in allen Jahren die Altersstruktur des Jahres 1999 zugrunde gelegt, dann zeigen sich nahezu keine (Frauen) bzw. geringe (Männer) Veränderungen – und zwar in Richtung auf eine Verringerung der Zahl der Pflegebedürftigen: Die Zahl der pflegebedürftigen Frauen hat sich um 1 %, die der Männer sogar um 5 % verringert. Betrachtet man anschließend für das Jahr 2007 den Unterschied der Messungen mit und ohne Altersstandardisierung, dann erhält man den Anteil, der auf die altersstrukturelle Veränderung im Zeitraum von 1999 bis 2007 entfällt: Die Zahl der pflegebedürftigen Männer wäre im Jahr 2007 um ca. 30 % (435 Tsd. gegenüber 564 Tsd.) und die der Frauen um ca. 12 % (1.223 Tsd. gegenüber 1.367 Tsd.) geringer, wenn sich die Alterstruktur seit 1999 nicht verändert hätte.

Abbildung 23: Entwicklung der Pflegebedürftigen über Alter 60 nach Geschlecht



Quelle: Statistisches Bundesamt, Pflegestatistik 1999, 2001, 2003, 2005, 2007

#### 4.4.2 Alters- und Geschlechtsunterschiede

Betrachtet man die Abbildung 13 und Abbildung 14 dann zeigt sich zunächst, dass die Menschen mit zunehmendem Alter i. d. R. eher pflegebedürftig sind. Während bei den 70-74-Jährigen Männern und Frauen „nur“ jede(r) zwanzigste (5 %) pflegebedürftig ist, erreicht die Pflegeprävalenz bei den 90-94-Jährigen Männern mit 45 % und mit 65 % bei den Frauen den höchsten Wert. Das Muster der Altersabhängigkeit bleibt über alle Pflegestufen erhalten, wobei erwartungsgemäß die Pflegequoten bei Pflegestufe I am höchsten sind, gefolgt von Pflegestufe II und Pflegestufe III: Beispielsweise haben 85-89-Jährige Männer in Pflegestufe I eine Pflegeprävalenz von ca. 14 % (Abbildung 15), in Pflegestufe II eine Pflegeprävalenz von ca. 11 % (Abbildung 17) und in Pflegestufe III eine Pflegeprävalenz von ca. 3 % (Abbildung 19).

Auffallend ist neben der mit dem Alter ansteigenden Pflegeprävalenz für beide Geschlechter, dass es insbesondere in Pflegestufe I bei beiden Geschlechtern und in Pflegestufe II bei den Männern zu einem Rückgang der Prävalenzen oberhalb von Alter 95 kommt. Verantwortlich hierfür ist möglicherweise ein *selektives Überleben* insbesondere der Männer: Diese älteren Kohorten sind in besonderem Maße nachhaltig dem Einfluss z. T. beider Weltkriege ausgesetzt. So waren beispielsweise die Männergenerationen von 1888 bis 1901 am häufigsten unter den Opfern des ersten Weltkriegs vertreten sowie die Generationen von 1893 bis 1901 als Reservisten im Zweiten Weltkrieg eingezogen worden. Die Generationen von 1914 bis 1920 zählten in besonderem Maße ebenfalls zu den Opfern des zweiten Weltkriegs (Haudidier 1996: 142). Insofern

ist davon auszugehen, dass die männlichen Kohorten, die von Kriegseinflüssen betrofen sind, einer „negativen“ Risikoselektion unterworfen sind: Die relativ gesunden Wehrpflichtigen fielen verstärkt dem Krieg zum Opfer mit der Folge, dass die relativ schlechten gesundheitlichen Risiken überleben (Dinkel 1984).

Eine weitere mögliche Erklärung könnte in ungenauen Bestandszahlen des Statistischen Bundesamtes der Bevölkerung über Alter 95 beruhen, auf denen die Nenner der berichteten Prävalenzen basieren. Diese beruhen im Wesentlichen auf Bevölkerungsfortschreibungen seit der letzten Volkszählung 1987. Demgegenüber erlauben GEK-Daten eine genauere Validierung des Nenners der Prävalenzen, da diese über den Versichererstatus gemessen werden (vgl. Kapitel 5).

Über alle Pflegestufen (Abbildung 15 bis Abbildung 20) zeigt sich eine deutlich höhere Prävalenz bei den Frauen, wobei auch hier eine Altersabhängigkeit zu erkennen ist: Während bis zur Altersgruppe der 70-74-Jährigen Männer und Frauen nahezu identische Prävalenzen aufweisen, haben Frauen in den anschließenden Altersgruppen deutlich höhere Prävalenzen. Auch hier zeigen Untersuchungen zur aktiven Lebenserwartung ähnliche Befunde. Demnach leben Frauen zwar insgesamt länger, verbringen aber insgesamt mehr Lebensjahre in gesundheitlicher Beeinträchtigung (Bebbington 1988, Klein/Unger 1999, Land 1994, Unger 2006).

## 4.5 Wege in die und aus der Pflege: Inzidenzen und die Reversibilität von Pflegebedürftigkeit

Im vorangegangenen Abschnitt wurde festgestellt, dass sich das *individuelle Risiko* von Pflegebedürftigkeit – gemessen über die Entwicklung der Prävalenzen – im Zeitverlauf nicht geändert hat. Da sich die Bestandsgrößen der Pflegebedürftigen jedoch aus den Flussgrößen der Zugänge (Inzidenzen<sup>18</sup>) in und aus den Abgängen (Reversibilität der Pflegebedürftigkeit und Tod) aus der Pflegebedürftigkeit zusammensetzen, werden im Folgenden zunächst die Zugänge in die Pflegebedürftigkeit anhand der Begutachtungen in den Daten des Medizinischen Dienstes der Spitzenverbände der Krankenkassen e. V. (MDS) dargestellt. Da die Daten des MDS jedoch nur *absolute* Fallzahlen<sup>19</sup> beinhalten, die zudem nicht nach Alter differenziert sind, kann noch nicht abschließend geklärt werden, ob sich der Pflegebeginn im Zeitverlauf geändert hat oder – analog der Prävalenzen – gleich geblieben ist. Diese Analysen sind jedoch mit GEK-Daten möglich und werden in Abschnitt 0 durchgeführt.

Zunächst wird jedoch auf die Entwicklung der Begutachtungen (Abschnitt 4.5.1) eingegangen, da sich die Zugänge in bzw. die Wechsel zwischen den einzelnen Pflegestufen aus unterschiedlichen Arten von Begutachtungen ergeben. Anschließend wird die Ent-

---

<sup>18</sup> Inzidenzen werden in diesem Pflegereport – analog der Prävalenzen – als *Anteile*, bezogen auf eine Risikopopulation, verstanden (Kreienbrock/Schach 2005).

<sup>19</sup> Dementsprechend werden im Folgenden primär inzidente (absolute) *Fälle* betrachtet.

wicklung der daraus resultierenden inzidenten Fälle und die Reversibilität (als Inzidenzen) in der Pflegebiographie thematisiert (Abschnitt 4.5.2).

Die *Verweildauer* in der Pflegebedürftigkeit – die zentrale Größe zwischen Ein- und Austritt aus der Pflege – kann dagegen bislang nicht mit amtlichen Daten analysiert werden. Das gleiche gilt für die Beendigung von Pflegebedürftigkeit durch den *Tod*. Entsprechende Untersuchungen werden jedoch ebenfalls Teil der Analysen sein, die mit GEK-Daten durchgeführt werden (Kapitel 5).

#### 4.5.1 Entwicklung der Begutachtungen

Der Medizinische Dienst der Krankenversicherung (MDK) prüft im Auftrag der Pflegekassen, ob die Voraussetzungen von Pflegebedürftigkeit nach SGB XI vorliegen (§ 18 SGB XI). Hierbei sind drei Formen von Begutachtungen zu unterscheiden: Erstbegutachtungen, Wiederholungsbegutachtungen und Widerspruchsgutachten. Erstbegutachtungen liegen vor, wenn der Antragsteller noch keine Leistungen nach dem SGB XI bezieht. Höherstufungs-, bzw. Wiederholungsbegutachtungen werden auf Initiative der Versicherten oder der Pflegekassen durchgeführt, wenn z. B. der Versicherte eine Zunahme des Hilfebedarfs vermutet, und Widerspruchsgutachten erfolgen, wenn der Versicherte Einspruch gegen den Leistungsbescheid seiner Pflegekasse erhebt.

Insgesamt hat sich die Zahl der Begutachtungen von anfänglich 1,7 Mio. Gutachten im Jahr 1995 nach nur wenigen Jahren auf ca. 1,3 Mio. verringert und blieb dann relativ konstant (Tabelle 14). Die Zahl der Erstgutachten lag anfänglich bei ca. 1,4 Mio. in 1996. Diese Zahl verringerte sich auf durchschnittlich ca. 675 Tsd. im Zeitraum von 1999 bis 2007, wobei auch der Anteil an Erstbegutachtungen in diesem Zeitraum nahezu konstant bei ca. 52 % aller Begutachtungen liegt. Analog dazu nahm der Anteil der Höherstufungs- bzw. Wiederholungsgutachten, für den sich erst ein Bestand an Pflegebedürftigen aufbauen musste, zu Beginn stark zu und bewegt sich seit ca. 2002 bei absolut ca. 540 Tsd. Personen, bzw. bei ca. 41 % der Begutachtungen. Als Grund dafür, dass die Zahl der Höherstufungs-/Wiederholungsgutachten 1996 noch sehr gering ist und in den Jahren 1997 und 1998 deutlich ansteigt, kann in der mittleren Zeit zwischen Erst- und Folgebegutachtung gesehen werden, die auf 2 bis 3 Jahre geschätzt werden kann (MDS 2004: 8). Die Zahl der Widerspruchsgutachten lag mit durchschnittlich ca. 80 Tsd. bzw. mit durchschnittlich ca. 6,5 % über den gesamten Beobachtungszeitraum deutlich niedriger.<sup>20</sup>

Im Jahr 2008 ist ein deutlicher Anstieg der Zahl der Begutachtungen auf ca. 1,5 Mio. gegenüber ca. 1,3 Mio. im Jahr 2007 und damit um ca. 200 Tsd. (15 %) zu verzeichnen. Die Gründe hierfür liegen in den Gesetzesänderungen im SGB XI durch das zum 1.7.2008 in Kraft getretene Pflege-Weiterentwicklungsgesetz (PfWG), nach dem An-

---

<sup>20</sup> Die Widerspruchsgutachten werden im Folgenden vernachlässigt, da sie insgesamt nur ca. 6,5 % der durchgeführten Begutachtungen ausmachen und darüber hinaus in ca. 60 % der Fälle zu keiner Änderung der Pflegestufenempfehlung führen.

tragsteller auch dann einen Rechtsanspruch auf zusätzliche Betreuungsleistungen gemäß § 45b SGB XI haben, wenn nicht die Voraussetzungen von Pflegebedürftigkeit nach §§ 14 und 15 SGB XI vorliegen.<sup>21</sup> Erste Auswertungen hierzu haben gezeigt, dass im 3. und 4. Quartal 2008 von den 509 Tsd. Begutachtungen für ambulante Leistungen 28% zum Personenkreis mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz gehören und damit einen Anspruch auf zusätzliche Betreuungsleistungen haben. Die Anteile der Empfehlungen für zusätzliche Betreuungsleistungen steigen dabei nach Pflegebedürftigkeit: Während sie für die nicht Pflegebedürftigen lediglich 13% betragen, belaufen sie sich in Pflegestufe I (II, III) auf 25% (39%, 56%). Damit bekommen 2008 ca. 18 Tsd. Menschen zusätzliche Betreuungsleistungen (mit einem in der Regel demenzbedingten Hilfebedarf), die bislang von der Pflegeversicherung nicht berücksichtigt wurden (MDS 2009, S.12).<sup>22</sup>

*Tabelle 14: Ambulante und stationäre Begutachtungen der Pflegebedürftigkeit in der Sozialen Pflegeversicherung nach Gutachtenart (Anteile in Prozent in Klammer)*

		Davon		
	Insgesamt	Erstgutachten	Höherstufungs-/ Wiederholungsgutachten	Widersprüche
1995	1.705.617		•	nicht verfügbar
1996	1.661.115	1.390.126 (83,7)	180.909 (10,9)	90.080 (5,4)
1997	1.370.409	905.439 (66,1)	371.502 (27,1)	93.468 (6,8)
1998	1.339.749	750.645 (56,0)	495.561 (37,0)	93.543 (7,0)
1999	1.248.282	690.134 (55,3)	481.678 (38,6)	76.470 (6,1)
2000	1.271.580	679.588 (53,4)	512.238 (40,3)	79.754 (6,3)
2001	1.267.989	670.889 (52,9)	519.266 (41,0)	77.833 (6,1)
2002	1.280.718	666.071 (52,0)	543.711 (42,5)	70.936 (5,5)
2003	1.301.025	671.364 (51,6)	552.014 (42,4)	77.647 (6,0)
2004	1.261.544	651.485 (51,6)	529.988 (42,0)	80.071 (6,3)
2005	1.306.653	674.101 (51,6)	543.396 (41,6)	89.156 (6,8)
2006	1.305.745	686.032 (52,5)	531.415 (40,7)	88.289 (6,8)
2007	1.325.774	696.709 (52,6)	538.268 (40,6)	90.797 (6,8)
2008 <sup>1)</sup>	1.526.939	•		nicht verfügbar

1) Werte der „Übergangsstatistik“ (siehe Fußnote 21). Trennung nach Begutachtungsarten ab 2009 (MDS 2009, S.5).

Quelle: MDS

<sup>21</sup> Damit verbunden war es notwendig, für den Zeitraum der Überarbeitung der Statistikrichtlinie (§ 53a Satz 1 Nr. 3 SGB XI) eine „Übergangsstatistik“ zu erstellen, auf der die Werte für 2008 beruhen (MDS 2009, S. 2).

<sup>22</sup> Die Anteile der Empfehlungen für zusätzliche Betreuungsleistungen bei stationären Leistungen fallen mit 48% deutlich höher aus, als der Anteil von 28% für Pflegebedürftige im ambulanten Bereich.

#### 4.5.2 Entwicklung der Inzidenzen und die Reversibilität von Pflegebedürftigkeit

Aus den unterschiedlichen Begutachtungen resultieren unterschiedliche Zugänge zu den Bestandsgrößen der Pflegebedürftigen: Während die Erstbegutachtungen zu Neuzugängen in die einzelnen Pflegestufen führen, tragen die Höherstufungs-/Wiederholungsgutachten zu Wechseln zwischen den einzelnen Pflegestufen bei. Im Folgenden wird daher zunächst auf die Erstbegutachtungen eingegangen und anschließend auf die Höherstufungs-/Wiederholungsgutachten.

In Tabelle 15 sind hierzu zunächst die Erstbegutachtungen der Anträge auf ambulante und stationäre Leistungen aufgeführt. Demnach wurden zur Einführung der Pflegeversicherung 1995 ca. 1,7 Mio. Anträge auf ambulante Leistungen begutachtet. In den Jahren ab 1996 wurden zusätzlich Anträge auf stationäre Leistungen begutachtet. Bis 2002 zeigt die Tabelle eine abnehmende Anzahl an Erstbegutachtungen, d. h. immer weniger Menschen beantragen erstmalig Leistungen aus der Pflegeversicherung, während ab etwa 2002 die Zahl der Erstbegutachtungen leicht zunimmt. Der Anteil der abgelehnten Anträge beläuft sich während des gesamten Zeitraums auf etwa 30 %. Ab 1999 wird – bei steigender Tendenz – bei durchschnittlich ca. 475 Tsd. Menschen jährlich im Rahmen der Erstbegutachtung eine Pflegestufe zuerkannt. Inwieweit die steigende Tendenz auf alterstrukturelle Veränderungen der Bevölkerung oder veränderte altersspezifische Morbidität zurückgeführt werden muss, kann mit den Daten des MDS nicht beurteilt werden. Entsprechende Analysen zu Veränderungen im (altersabhängigen) Pflegebeginn werden jedoch mit GEK-Daten in Abschnitt 0 durchgeführt.

*Tabelle 15: Erstbegutachtungen der Anträge auf Zuweisung einer Pflegestufe*

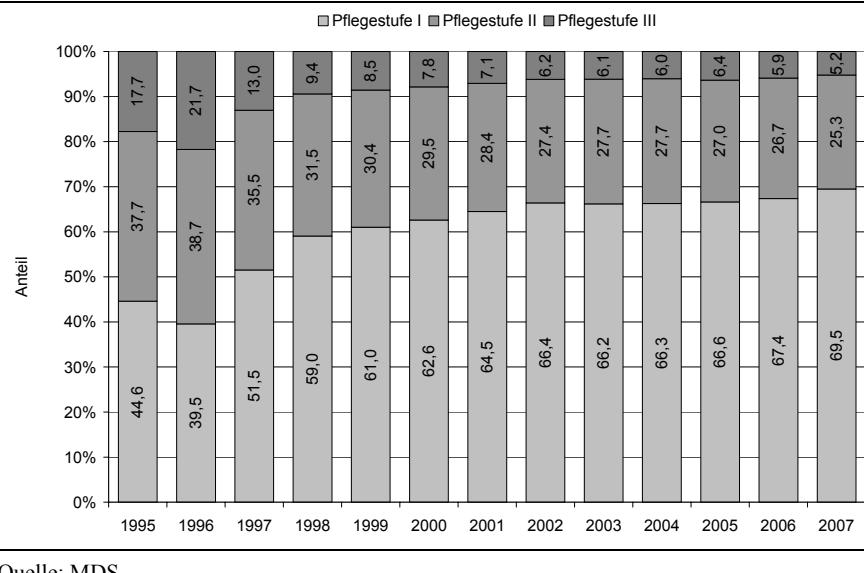
	Erstbegutachtungen	Pflegebedürftige insgesamt	Davon		
			Pflegestufe I	Pflegestufe II	Pflegestufe III
1995	1.678.792	1.182.398	527.369	445.297	209.732
1996	1.390.126	1.021.974	404.173	395.578	222.223
1997	905.439	655.488	337.752	232.390	85.346
1998	750.645	526.107	310.640	165.907	49.560
1999	690.134	489.691	298.778	149.067	41.846
2000	679.588	475.236	297.642	140.361	37.233
2001	670.889	473.691	305.485	134.758	33.448
2002	666.071	469.377	311.664	128.777	28.936
2003	671.364	470.590	311.499	130.205	28.887
2004	651.485	458.735	304.080	126.960	27.695
2005	674.101	476.589	317.502	128.753	30.335
2006	686.032	487.083	328.609	130.346	28.813
2007	696.704	493.266	342.778	124.710	25.778

\* nur Antragsteller auf ambulante Leistungen

Werte für 2008 nicht verfügbar (siehe Fußnote 21).

Quelle: MDS

Abbildung 24: Verteilung der Pflegestufen bei ambulanten und stationären Erstbegutachtungen nach Jahr



Quelle: MDS

In Abbildung 24 ist Pflegestufenverteilung der Erstbegutachtungen seit 1995 abgetragen. Auffallend ist im Zeitablauf insbesondere die vermehrte Zuweisung der Pflegestufe I und der relative Rückgang in der Zuweisung der Pflegestufen II und III. Als Gründe hierfür werden u. a. sog. Einführungseffekte genannt. Demnach werden anfänglich – auch bei Betrachtung von inzidenten Fällen – alle Pflegebedürftigen, d. h. auch alle bereits bestehenden Leistungsfälle erfasst, die – im Vergleich zu Neufällen – einen höheren durchschnittlichen Pflegegrad aufweisen, weil sie schon eine längere „Pflegekarriere“ mit tendenziell ansteigendem Pflegebedarf aufweisen. Damit lässt sich u. a. der zunächst höhere Anteil an Begutachtungen der Pflegestufe II und III in den ersten 3 Jahren der Pflegebegutachtung erklären (MDS 2004: S.11). Erst danach werden nur die innerhalb eines Jahres „neu“ hinzukommenden Pflegebedürftigen erfasst (vgl. MDS 2004: S.11). Darüber hinaus wurde bei Einführung der Pflegeversicherung festgelegt, dass die Bezieher von Pflegeleistungen nach § 53ff. SGB V, also der Pflegebedürftigen im Sinne der damaligen GKV-Leistungen, ohne vorherige Begutachtung der Pflegestufe II zugeordnet wurden. Des Weiteren führte die Begutachtungspraxis auch dazu, dass Erstantragsteller in Alten-/Pflegeheimen meist im Rahmen eines Kurzgutachtens bei festgestellter Pflegebedürftigkeit in der Statistik als Pflegestufe I ausgewiesen wurden und erst in der Folgebegutachtung der Grad der Pflegebedürftigkeit ermittelt wurde. Damit wurden sie in den Erstbegutachtungen (z. T. zu niedrig) als Pflegestufe I geführt (vgl. ausführlicher MDS 2004: 11). Betrachtet man jedoch den jüngeren Zeitraum ab 1999, der von den Änderungen nicht betroffen ist, dann lässt sich bei den inzidenten Fällen – entsprechend der Zunahme bei den Bestandsgrößen der

Pflegebedürftigen (vgl. Abschnitt 4.3.1) – ebenfalls eine schleichende Zunahme an Pflegebedürftigen der Pflegestufe I feststellen.<sup>23</sup>

Die zweite Form der Begutachtung, die den Bestand an Pflegebedürftigen beeinflusst, sind die Höherstufungs- bzw. Wiederholungsbegutachtungen. Diese werden seit ca. 2002 bei durchschnittlich ca. 540 Tsd. Personen, bzw. bei ca. 41 % der Begutachtungen durchgeführt (vgl. Tabelle 14). Damit werden ca.  $\frac{1}{4} - \frac{1}{3}$  aller Leistungsempfänger der Pflegeversicherung pro Jahr wiederholt begutachtet. Hier wird geprüft, ob sich die festgestellten Pflegestufen verändert haben oder gleich geblieben sind. Damit führen die Neubegutachtungen z. T. zu Veränderungen in der Pflegestufe und damit ebenfalls zu (Neu)Zugängen in den entsprechenden Pflegestufen. In Tabelle 16 ist diese „Mobilität“ zwischen den Pflegestufen näher aufgeführt. Demnach ist der Verlauf von Pflegebedürftigkeit *im Lebensverlauf der Pflegebedürftigen* vor allem durch eine Zunahme des Hilfebedarfs gekennzeichnet: Während ca. 46 % der Antragsteller in Pflegestufe I keine Veränderung in der Einstufung erfahren, werden ebenfalls ca. 46 % in einer höheren Pflegestufe eingestuft. Ca. 8 % werden sogar als nicht mehr pflegebedürftig im Sinne des SGB XI eingestuft, beziehen also keine Leistungen mehr aus der Pflegeversicherung. In den höheren Pflegestufen fallen die Höherstufungsanteile geringer und die Niedrigerstufungsanteile höher aus: Während in Pflegestufe II (III) ca. 35 % (0 %) höher eingestuft werden, werden gleichzeitig ca. 11 % (17 %) niedriger eingestuft.<sup>24</sup> Insgesamt zeigen die Befunde damit vor allem, dass Pflegebedürftigkeit kein statischer Zustand ist und in vielen Fällen im Lebensverlauf zunimmt. Die Befunde zeigen jedoch auch, dass Pflegebedürftigkeit abnehmen kann und zwar je nach Pflegestufe in ca. 8-17 % der Begutachtungen. Jedoch muss auch einschränkend darauf hingewiesen werden, dass der vollständigen Reversibilität von Pflegebedürftigkeit von ca. 20.000 Fällen im Jahr (8 % der 332.233 Antragsteller für Wiederholungsbegutachtung aus Pflegestufe I im Jahr 2006) ca. 2,13 Mio. Pflegebedürftige gegenüberstehen.<sup>25</sup>

Betrachtet man die zeitliche Entwicklung der Höherstufungs-/ Wiederholungsbegutachtungen, dann wird vor allem deutlich, dass die Veränderungsquoten nahezu über den gesamten Zeitraum, besonders aber seit 2000 nahezu konstant geblieben sind. Welchen Anteil die Höherstufungs-/Wiederholungsbegutachtungen und damit die Wechsel zwischen den einzelnen Pflegestufen insgesamt an der Entwicklung der Pflegestufen – insbesondere an der Ausweitung der Pflegestufe I an allen Pflegestufen – haben, kann anhand der Daten des MDS nicht abschließend geklärt werden. Insbeson-

<sup>23</sup> Ein Überblick über die Änderungen der Begutachtungs-Richtlinien findet sich bei BMG (2008).

<sup>24</sup> Die Höherstufungsquoten sind dabei im stationären Bereich deutlich stärker ausgeprägt. Hier haben im Jahr 2006 ca. 70 % aller Leistungsbezieher der Pflegestufe I und ca. 56 % aller Leistungsbezieher der Pflegestufe II einen Hilfebedarf der meist jeweils nächst höheren Pflegestufe (MDS 2007: 11)

<sup>25</sup> Ob auch in Pflegestufe II und III eine vollständige Reversibilität von Pflegebedürftigkeit beobachtet werden kann, kann anhand der hier verwendeten Daten des MDS nicht geklärt werden.

*Tabelle 16: Einstufungen nach Höherstufungs-/Wiederholungsbegutachtungen bei ambulanten Leistungen nach Pflegestufe und Jahr (Anteile in Prozent)*

	Pflegestufe I			Pflegestufe II			Pflegestufe III	
	niedriger	gleich	höher	niedriger	gleich	höher	niedriger	gleich
1996	1)	1)	1)	1)	1)	1)	1)	1)
1997	1)	1)	1)	1)	1)	1)	1)	1)
1998	8,6	41,3	50,2	13,2	48,7	38,1	28,1	71,9
1999	1)	1)	1)	1)	1)	1)	1)	1)
2000	8,0	45,3	46,7	11,6	53,6	34,8	21,5	78,5
2001	1)	1)	1)	1)	1)	1)	1)	1)
2002	7,7	46,3	46,0	10,4	54,2	35,4	17,3	82,7
2003	8,0	46,8	45,1	11,1	54,5	34,4	18,4	81,6
2004	8,2	46	45,8	11,1	54,8	34,1	17,8	82,2
2005	7,9	45,2	46,9	10,2	52,9	36,9	15,8	84,2
2006	8,1	46,1	45,8	10,2	53,2	36,6	17,0	83
2007	14,3	62,0	23,7	14,5	64,9	20,6	8,5	91,5

1) Werte nicht verfügbar

Werte für 2008 nicht verfügbar (siehe Fußnote 21).

Quelle: MDS

dere eine Altersdifferenzierung bei den Wechseln zwischen den einzelnen Pflegestufen ist hierfür nötig. Diese Analysen sind jedoch Teil der Analysen, die anhand der GEK-Daten durchgeführt werden können (vgl. Kapitel 4.1).

## 4.6 Die Pflegepersonen

Ein zentrales Anliegen der Pflegeversicherung ist – gemäß dem Grundsatz „Vorrang der häuslichen Pflege“ – die Stärkung der häuslichen Pflege. So besagt § 3 SGB XI ausdrücklich: „*Die Pflegeversicherung soll mit ihren Leistungen vorrangig die häusliche Pflege und die Pflegebereitschaft der Angehörigen und Nachbarn unterstützen, damit die Pflegebedürftigen möglichst lange in ihrer häuslichen Umgebung bleiben können. Leistungen der teilstationären Pflege und der Kurzzeitpflege gehen den Leistungen der vollstationären Pflege vor.*“ Gegenwärtig belegen die Daten zu den Pflegeleistungen die Bedeutung der häuslichen Pflege: So werden im Jahr 2007 ca. 1,03 Mio. Pflegebedürftige als Geldleistungsempfänger ohne Hinzuziehung zugelassener Pflegeeinrichtungen und weitere ca. 234 Tsd. sowohl von privaten Pflegepersonen als auch von professionellen Pflegediensten zu Hause gepflegt (Kombileistungsempfänger, vgl. Abschnitt 4.3.2). Angesichts der soziodemographischen Veränderungen, insbesondere durch sinkende Geburtenzahlen, einem Rückgang der Eheschließungen und steigenden Scheidungsquoten sowie steigender Frauenerwerbstätigkeit, zunehmender Mobilität und damit geringerer räumlichen Nähe von Familienangehörigen und des zunehmenden Anteils von Single-Haushalten stellt sich allerdings die Frage, ob damit zu rechnen ist, dass das familiäre Pflegepotential in Zukunft weiter zurück geht. Gleichzeitig ist auch mit einem Sinken der Pflegebereitschaft zu rechnen, da die Pflege zunehmend weniger als Familienpflicht, sondern eher als „gesamtgesellschaftliche Aufgabe“ (§ 8 Abs. 1

SGB XI) wahrgenommen wird. Die Milieus mit ausgeprägter Pflegebereitschaft verlieren zudem quantitativ an Bedeutung (Blinkert/Klie 1999 und 2000). So zeigen die Daten zur Entwicklung der Inanspruchnahme von Pflegeversicherungsleistungen auch, dass der Anteil zu Hause gepflegter Pflegebedürftiger an allen Pflegebedürftigen von 71,6% im Jahr 1999 kontinuierlich auf 68,4% im Jahr 2007 zurückgegangen ist (vgl. Abschnitt 4.3.2).

Um das Pflegepotenzial in der häuslichen Pflege genauer bewerten zu können, ist daher die Bestimmung der Zahl der Pflegepersonen erforderlich. Einen ersten Anhaltspunkt über die Anzahl von Pflegepersonen bieten die Leistungsempfänger des Pflegegeldes und der Kombileistungen. Diese Leistungen werden von den Pflegekassen für die Sicherstellung der häuslichen Pflege an die Pflegebedürftigen ausgezahlt. Diese Leistung bezogen im Jahr 2007 ca. 1,27 Mio. Pflegebedürftige. Die Anzahl der an der häuslichen Pflege beteiligten Personen kann jedoch auch deutlich höher liegen, beispielsweise wenn sich mehrere Personen die Pflege aufteilen. So werden zwar 36% aller Pflegebedürftigen von einer Person gepflegt, denen aber 29% der Pflegebedürftigen gegenüber stehen die von zwei Personen gepflegt werden, und 27% aller Pflegebedürftigen werden sogar von drei und mehr Personen gepflegt (Meyer et al. 2007: 17).

Informationen über die Entwicklung der Zahl der Pflegepersonen im Zeitverlauf liegen bislang jedoch nur sehr vereinzelt vor.<sup>26</sup> Die Gründe liegen vor allem darin, dass repräsentative Erhebungen zur Anzahl von Pflegepersonen und zum Ausmaß von Pflegetätigkeiten generell kaum vorliegen, während hingegen einige Untersuchungen angeführt werden können, die, gestützt auf kleinere Befragtengruppen von pflegenden Angehörigen, deren spezifische Situation darstellen.<sup>27</sup> Um diese Lücke zu schließen, wird in diesem Abschnitt die Entwicklung der Pflegepersonen, also der Personen die eine nichterwerbsbezogene Pflegetätigkeit ausüben, im Zeitverlauf untersucht. Eine hierfür geeignete und kaum genutzte Datengrundlage sind die prozessproduzierten Daten der Rentenversicherung.<sup>28</sup> Diese lassen Rückschlüsse auf den pflegenden Personenkreis zu, da innerhalb der Rentenversicherung – bei nichterwerbsbezogener Pflege – Rentenansprüche erworben werden können. Darüber hinaus kann auf repräsentative Survey-Daten wie die des Sozio-ökonomischen Panels (SOEP) vom Deutschen Institut für Wirtschaftsforschung (DIW) zurückgegriffen werden, die ebenfalls Informationen zu

<sup>26</sup> Auch die MUG I und die MUG III-Studie erlaubt zwar einen Vergleich von Merkmalen der Hautpflegepersonen über eine Dekade hinweg, jedoch werden keinerlei Aussagen zur Anzahl dieser Personen in Deutschland getroffen.

<sup>27</sup> Zu nennen ist hier insbesondere die EUROFAMCARE-Studie, bei der in sechs Ländern (Deutschland, Griechenland, Italien, Polen, Schweden, Vereinigtes Königreich) jeweils ca. 1.000 pflegende Angehörige älterer Menschen ab 65 Jahren befragt wurden (vgl. Döhner et al. 2007).

<sup>28</sup> Lediglich von Stegmann und Mika (2007) wurde die ehrenamtliche Pflege in den Versichertenbiographien der gesetzlichen Rentenversicherung analysiert. Jedoch konzentriert sich auch ihre Untersuchung auf die Gruppe der Pflegepersonen und vernachlässigt die Verbreitung der Pflegepersonen insgesamt.

geleisteter Pflege enthalten. Die Charakterisierung als „Pflegeperson“ orientiert sich dabei vor allem an den in den betrachteten Datengrundlagen verwendeten Definitionen und Erhebungskonzepten von geleisteter Pflege.

#### 4.6.1 Pflegepersonen in den Daten der deutschen Rentenversicherung

Zu den Leistungen der Pflegeversicherung gehört neben dem Pflegegeld für die Pflegebedürftigen die Übernahme der Beiträge an die Rentenversicherung für „Pflegepersonen“ im Sinne des § 19 SGB XI. Seit dem 1.4.1995 besteht für Personen in der gesetzlichen Rentenversicherung Versicherungspflicht, wenn sie einen Pflegebedürftigen nicht erwerbsmäßig wenigstens 14 Stunden wöchentlich in seiner häuslichen Umgebung pflegen und dieser Anspruch auf Leistungen aus der gesetzlichen oder privaten Pflegeversicherung hat. Darüber hinaus darf der Umfang der Erwerbstätigkeit der Pflegepersonen 30 Std. in der Woche nicht übersteigen und diese dürfen selbst noch keine Altersrente beziehen (vgl. Rothgang 1997: 254f.). Dabei richtet sich die Höhe der Beiträge nach dem Schweregrad (Pflegestufe) der Pflegebedürftigkeit und nach dem vom Medizinischen Dienst festgestellten zeitlichen Umfang der Pflegetätigkeit. Die Beiträge sollen dabei, durch ihre entsprechende Höhe<sup>29</sup>, das Potenzial haben, nennenswert zu den Rentenanwartschaften beizutragen und so die familiäre Pflege anzuerkennen und die Pflegepersonen besser abzusichern und damit dazu beizutragen, dass auch weiterhin häuslich gepflegt wird (vgl. Stegmann/Mika 2007: 772).

In Tabelle 17 ist hierzu die Zahl der Pflegepersonen in der Rentenversicherung wiedergegeben, für die während eines Jahres entweder ganzjährig oder einen Teil des Jahres Beiträge gezahlt wurden. In diesem Zusammenhang ist darauf zu verweisen, dass anhand der Versichertenkonten natürlich nur „jüngere“ Altergruppen bis zum Rentenalter untersucht werden können und damit in erster Linie die Pflege durch die Kindergeneration abgebildet wird.

Zunächst ist auffallend, dass die Zahl der Pflegepersonen (insbesondere derer, die ganzjährig pflegen) in den ersten Jahren ansteigt. Die Gründe hiefür liegen vermutlich darin, dass – analog des Anstiegs der Zahl der Pflegebedürftigen in den ersten Jahren seit Einführung der Pflegeversicherung (vgl. Abschnitt 4.3.1) – Einführungseffekte verantwortlich sind. Diese sind beispielsweise der zunehmende Bekanntheitsgrad der Pflegeversicherung und der Leistungen zur sozialen Absicherung der Pflegepersonen nach § 44 SGB XI. Interessant ist weiterhin vor allem die separate Betrachtung von pflegenden Männern und Frauen. Während bereits nach wenigen Jahren die Zahl der Männer für die Beiträge gezahlt werden, bei durchschnittlich 38 Tsd. liegt und bis heute nahezu konstant ist, nimmt die entsprechende (deutlich höhere) Zahl der Frauen

---

<sup>29</sup> Beispielsweise werden in Pflegestufe I bei einem Pflegeumfang von 14 Std./Woche 0,266 Entgeltpunkte gutgeschrieben, während in Pflegestufe III und einem Pflegeumfang von 28 Std./Woche 0,8 Entgeltpunkte gutgeschrieben werden (vgl. Stegmann/Mika 2007: 780). Ein Entgeltpunkt entspricht dabei den Beitragszahlungen, die ein gesetzlich Rentenversicherter mit durchschnittlichem versicherungspflichtigem Entgelt im Laufe eines Jahres einzahlen würde.

Tabelle 17: Pflegepersonen nach Pflegedauer und Jahr

	Männer			Frauen		
	Insgesamt	Ganzjährig	Nicht ganzjährig	Insgesamt	Ganzjährig	Nicht ganzjährig
1995	11.204	147	11.057	186.705	3.211	183.494
1996	24.657	13.067	11.590	383.456	227.643	155.813
1997	33.445	18.450	14.995	482.310	302.370	179.940
1998	36.463	19.808	16.655	497.674	306.650	191.024
1999	36.788	19.844	16.944	474.886	289.014	185.872
2000	38.404	21.090	17.314	489.290	306.634	182.656
2001	37.520	20.747	16.773	467.804	293.520	174.284
2002	37.156	20.484	16.672	437.768	271.897	165.871
2003	38.085	20.751	17.334	424.684	266.094	158.590
2004	37.931	20.616	17.315	402.681	251.963	150.718
2005	39.533	21.351	18.182	395.435	244.735	150.700
2006	39.367	21.605	17.762	379.307	234.716	144.591
2007	39.498	21.829	17.669	369.211	227.739	141.472

Quelle: Deutsche Rentenversicherung, Versicherte 1995-2007

von ca. 482 Tsd. im Jahr 1997 auf ca. 369 Tsd. im Jahr 2007 ab. Von dieser drastischen Abnahme um ca.  $\frac{1}{4}$  ist dabei gleichermaßen die durchgehend ganzjährige Pflege als auch die nicht ganzjährige Pflege betroffen. Insgesamt zeigt sich damit eine rückläufige Tendenz der intergenerativen Pflege, die durch einen Rückgang der pflegenden Frauen im erwerbsfähigen Alter ausgelöst ist.

Die Daten der Rentenversicherung erlauben über die eben durchgeführte jahresweise Betrachtung der Entwicklung der Pflegepersonen hinaus auch die Beantwortung der Frage, ob eine Person *jemals* im Lebensverlauf gepflegt hat *oder nicht*. Für die empirische Analyse werden daher in einem zweiten Schritt die Rentenzugänge der Jahre 2000-2007 herangezogen und überprüft, welcher *Anteil* dieser Jahrgänge Rentenansprüche aus geleisteter Pflege erworben hat.<sup>30</sup> In diesem Zusammenhang ist darauf zu verweisen, dass anhand der Rentenzugänge natürlich nur ältere Geburtsjahrgänge mit abgeschlossenen Erwerbsverläufen betrachtet werden können und folglich auch keine Aussagen zum Pflegeverhalten oberhalb des hier betrachteten Beginns der Altersrenten (60-65) gemacht werden können. In Tabelle 18 sind hierzu die Altersrenten für Männer und Frauen nach Geburtsjahren bzw. Rentenzugangsjahr wiedergegeben.<sup>31</sup> Demnach beziehen im Jahr 2000 erstmals 587.380 Personen eine Altersrente. Von diesen haben 12.461 Personen und damit 2,12 % Rentenansprüche aus geleisteter Pflege erworben. In den nachfolgenden Jahren (mit Ausnahme von 2006) ändert sich der Anteil von Pflegepersonen an den Altersrentenzugängen nur geringfügig. Es haben also ca. 2,1-2,4 %

<sup>30</sup> Für die Rentenzugangsjahre vor 2000 werden die Pflegepersonen nicht ausgewiesen.

<sup>31</sup> Die Pflegepersonen werden in der Rentenzugangsstatistik nicht separat für Männer und Frauen ausgewiesen.

Tabelle 18: Pflegepersonen nach Geburtsjahren (Rentenzugangsjahren)				
Geburtsjahre	Rentenzugangsjahr	Altersrenten	Pflegepersonen	Anteil (in %)
1935-40	2000	587.380	12.461	2,12
1936-41	2001	532.706	11.920	2,24
1937-42	2002	491.282	11.343	2,31
1938-43	2003	513.439	12.245	2,38
1939-44	2004	494.292	11.175	2,26
1940-45	2005	449.490	10.345	2,30
1941-46	2006	429.194	12.022	2,80
1942-47	2007	450.538	11.079	2,46

Quelle: Deutsche Rentenversicherung, Rentenzugänge 2000-2007

aller Personen, die in den Jahren 2000-2005 erstmalig eine Altersrente bezogen haben, jemals in ihrem Leben vor ihrer Verrentung gepflegt. Dabei ist jedoch auch zu bedenken, dass im hier betrachteten Zeitraum die älteren im Vergleich zu den jüngeren Kohorten weniger Zeit hatten – nach Einführung der Pflegeversicherung 1995 – Berücksichtigungszeiten aus geleisteter Pflege zurückzulegen: Während für die Rentenzugangskohorte 2000 ein Zeitraum von maximal 5 Jahren zur Verfügung stand, betrug dieser für die Rentenzugangskohorte 2006 schon 11 Jahre. Dass dennoch kein eindeutiger Anstieg der Quote festzustellen ist, spricht wiederum eher für abnehmende familiäre Pflegekapazitäten im Bereich der intergenerativen Pflege oder aber dafür, dass die Pflegelast auf mehrere Schultern verteilt wurde und somit die Grenze von mindestens 14 Stunden nicht mehr erreicht wurde.

#### 4.6.2 Pflegepersonen in den Daten des Sozio-ökonomischen Panels

Den Daten der Rentenversicherung liegt eine relativ „harte“ Abgrenzung von Pflegetätigkeiten von mindestens 14 Std. in der Woche zugrunde. In den Daten des Sozio-ökonomischen Panels (SOEP) werden hingegen auch geringfügige Pflegetätigkeiten abgebildet: Die Pflegetätigkeit wurde über die Frage erhoben: „Wie viele Stunden pro Tag entfallen bei Ihnen an einem durchschnittlichen Werktag auf die folgenden Tätigkeiten – Versorgung und Betreuung von pflegebedürftigen Personen?“

Betrachtet man die Entwicklung in Tabelle 19 dann zeigt sich, dass den ca. 1,2 Mio. Pflegebedürftigen in 2006, die ohne Einbeziehung von Pflegeeinrichtungen gepflegt werden (also Pflegegeld oder Kombileistungen beziehen), ca. 3,68 Mio. und damit nahezu dreimal so viele Pflegende gegenüberstehen. Die Entwicklung ist dabei von einem *Anstieg* der Zahl der Pflegenden gekennzeichnet: Während 2001 ca. 3,02 Mio. Pflegende an der häuslichen Pflege beteiligt waren, stieg die Anzahl bis 2006 auf 3,68 Mio. Der Anteil der an der Pflege beteiligten Männer belief sich während des Zeitraums auf nahezu konstant 35 %. Mit anderen Worten kommen auf einen pflegenden Mann zwei pflegende Frauen. Ein Vergleich der MUG I und der MUG III-Studie zeigt hingegen einen Anstieg des Anteils pflegender Männer von 17% in 1991 auf 27% in 2002 (Schneekloth/Wahl 2005: 77). Hierbei muss jedoch auch berücksichtigt werden, dass die hier mit dem SOEP untersuchten Pflegepersonen – im Gegensatz zu den in den MuG-Studien untersuchten „Hauptpflegepersonen“ – vermutlich keine „Hauptpflege-

Tabelle 19: Pflegepersonen nach Jahr und Geschlecht

	Insgesamt	Männer	Quote	Frauen	Quote
2001	3.023.149	1.061.617	3,75	1.961.532	6,12
2002	3.338.687	1.206.090	4,38	2.132.597	6,74
2003	3.594.032	1.265.394	4,52	2.328.638	7,26
2004	3.743.936	1.366.638	4,90	2.377.298	7,37
2005	3.463.392	1.203.796	4,32	2.259.596	6,86
2006	3.676.797	1.372.015	5,00	2.304.782	7,29

Quelle: SOEP (2001-2006), gewichtet

personen“ sind, sondern zu einem Großteil darüber hinausgehende zusätzliche Pflege leisten.

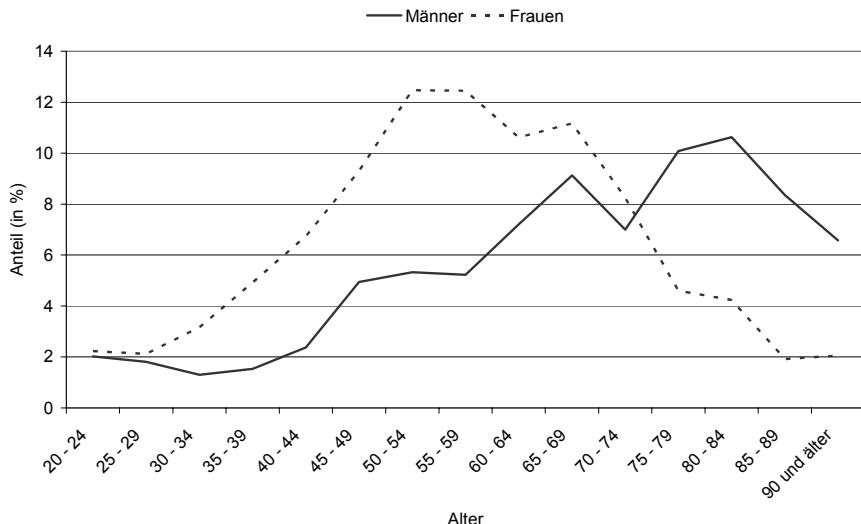
Um zu berücksichtigen dass während dieses Zeitraums Altersstrukturverschiebungen stattgefunden haben, die Gesellschaft also „altet“, sind ebenfalls die Quoten der Pflegenden, jeweils bezogen auf die entsprechenden Gruppengrößen der Männer und Frauen, wiedergegeben. Hierbei zeigt sich, dass im Jahr 2006 ca. 5 % der Männer und ca. 7,29 % der Frauen pflegen, wobei die Werte innerhalb des Zeitraums sogar geringfügig angestiegen sind (bei den Männern etwas ausgeprägter als bei den Frauen).

Darüber hinausgehende Berechnungen mit dem SOEP haben gezeigt, dass das Durchschnittsalter der Pflegepersonen zwischen 2001 und 2006 nahezu unverändert geblieben ist.<sup>32</sup> Anhand dieses Befunds kann zusätzlich die Validität der Daten der Rentenversicherung beurteilt werden. Denn durch diesen Befund wird zusätzlich bestätigt, dass die abnehmende Zahl der pflegenden Frauen in den Daten der Rentenversicherung (vgl. Tabelle 17) in erster Linie *nicht* darauf zurückzuführen ist, dass diese aufgrund ihres Alters schon eine Altersrente beziehen und damit aus der *Versichertenstatistik* heraus gefallen sind.

Dass die Gruppe der Pflegenden dabei auch über die bestehenden Geschlechterunterschiede hinaus heterogen ist, zeigt Abbildung 25. Demnach pflegen Frauen im Alter von 45-75 Jahren am häufigsten, während Männer erst in höheren Altersjahren pflegen (vgl. Schupp/Künemund 2004). Insgesamt üben ca. 33 % der Männer und 22 % der Frauen über 60 Jahren eine Pflegetätigkeit aus. Gründe für diese stärkere Verbreitung der Pflegetätigkeiten in jüngeren Jahren bei den Frauen könnten darin liegen, dass beim Tod des ersten Elternteils meist die weibliche Kindergeneration die Verantwortung für den verbliebenen Elternteil übernimmt (Stein et al. 1998). Der höhere Anteil an pflegenden Männern in höherem Alter ist vermutlich darauf zurückzuführen, dass Männer häufiger ihre Partnerinnen und weniger ihre Eltern pflegen. Insgesamt kann damit sowohl von intergenerativer Pflege (vor allem bei den weiblichen Pflegepersonen) als

<sup>32</sup> Bei Männern beträgt das Durchschnittsalter ca. 58 Jahre und bei Frauen ca. 54 Jahre.

Abbildung 25: Pflegepersonen nach Alter und Geschlecht



Quelle: SOEP (2001-2006), gewichtet

auch von intragenerativer Pflege (vor allem bei den männlichen Pflegepersonen) gesprochen werden.<sup>33</sup>

Gründe für die insgesamt stärkere Verbreitung von Pflegetätigkeiten bei den Frauen können auch in der schwierigen Vereinbarkeit von Pflege und Erwerbstätigkeit liegen. So konnten Schneider et al. (2001) zeigen, dass Frauen bei einem Pflegefall im Haushalt auch eine erhöhte Neigung zur (vorübergehenden) Aufgabe ihrer Erwerbstätigkeit haben. Eine weitere Erklärung bieten die so genannten Opportunitätskosten. Danach neigen Frauen eher zur Aufgabe ihrer Erwerbstätigkeit, da ihre Entlohnung auf dem Arbeitsmarkt geringer ist als die der Männer und damit auch ihr Einkommensausfall – bei einer Pflegetätigkeit – unter dem der Männer liegt.

Die vorangegangenen Übersichten haben vor allem gezeigt, dass die absolute Zahl der Pflegepersonen stark vom verwendeten Erhebungskonzept von geleisteter Pflege und auch von den in den Datengrundlagen verfügbaren Altersgruppen abhängig ist. Während den Daten der Rentenversicherung eine mindestens 14 Std./Woche umfassende Pflege zugrunde liegt und dadurch durchschnittlich 400.000 Pflegepersonen unterhalb von 60-65 Jahren in 2006 ausweist, lassen sich die Pflegepersonen aller Altersklassen

<sup>33</sup> Kritisch anzumerken ist, dass den auf die Bevölkerung der BRD hochgerechneten Auswertungen, insbesondere in den oberen Altersjahren, z. T. geringe absolute Fallzahlen an Pflegepersonen zugrunde liegen.

anhand des SOEP auf ca. 3,5 Mio. beziffern, wobei hier kein Mindestmaß an geleisteter Pflege zugrunde gelegt wird. Interessant sind auch die Geschlechteranteile bei den unterschiedlichen Erhebungskonzepten von Pflege: Während bei den „erheblichen“ Pflegetätigkeiten in der Rentenstatistik Männer nur ein Zehntel der Pflegepersonen ausmachen (vgl. Tabelle 17), beläuft sich deren Anteil bei den „geringeren“ Pflegetätigkeiten im SOEP nahezu auf mehr als ein Drittel (vgl. Tabelle 19).

Mit den unterschiedlich intensiven Formen von Pflege sind zudem auch unterschiedliche Entwicklungen verbunden: Während die „erheblichen“ Pflegetätigkeiten in der Rentenstatistik leicht rückläufig sind, scheinen die „geringeren“ Pflegetätigkeiten im SOEP sogar anzusteigen. Beachtlich ist dies, da diese Entwicklung – die auf einen Anstieg in der Entwicklung „leichterer“ Pflegetätigkeiten hindeutet – sich auch im Anstieg der niedrigeren Pflegestufe I bei Beziehern des Pflegegelds wieder findet (vgl. Abschnitt 4.3.3). Diese Vermutung hat hier allerdings nur spekulativen Charakter und kann an dieser Stelle nicht weiter verfolgt werden.

#### 4.6.3 Das zukünftige Pflegepotential

Für die zukünftige Entwicklung des häuslichen Pflegepotenzials werden in der wissenschaftlichen Literatur demographische und sozio-ökonomische Entwicklungen angeführt, die maßgeblichen Einfluss auf das zukünftige Pflegepotential nehmen dürften. Hier werden insbesondere das Pflegepotential durch den Lebenspartner und die Kinder sowie weiterer nicht-familialer Pflegepersonen angeführt (Stichwort Singularisierung), möglicherweise steigende Erwerbsquoten bei Frauen und kulturelle Veränderungen, die die Pflegebereitschaft verändern können (vgl. Rothgang 2002; Blinkert/Klie 1999).

Während heute und in der jüngeren Vergangenheit vor allem ältere Frauen ohne Partner sind und damit auch weniger Partner in der häuslichen Pflege zur Verfügung stehen, wird sich diese Situation zukünftig eher verbessern. Denn die Partnerlosigkeit in den höheren Altersjahren ist weitgehend (neben der höheren Lebenserwartung der Frauen) eine Folge des kriegsbedingten „Frauenüberschusses“. Aufgrund des erwartbaren Rückgangs dieses Geschlechterungleichgewichts ist zukünftig auch ein Rückgang der Partnerlosen unter den Pflegebedürftigen Frauen zu erwarten, wodurch das häusliche Pflegepotenzial weiter ansteigen wird (Schupp/Künemund 2004).

Ein weiterer Grund – die Kinderzahl – wird in der wissenschaftlichen Diskussion kontrovers beurteilt. Während Doblhammer et al. (2006) eine positive Entwicklung des familialen Pflegepotenzials damit begründen, dass die Kinderzahl der nach den 1930er Jahren geborenen Frauen wieder ansteigt und damit auch potenziell mehr Kinder an der Pflege ihrer Eltern beteiligt sein können als bei den vor den 1930er geborenen Frauen, sehen Schmähl und Rothgang (2001) auf Basis einer Re-Analyse der Infratest-Daten in der Kinderzahl *keinen* hinreichenden Indikator für das familiale Pflegepotential. Vielmehr sei entscheidend, *ob* Kinder vorhanden sind, also letztlich der Anteil der *Kinderoberen*. So sehen zwar Schmähl und Rothgang (2001: 288) einen höheren Bezug von Geldleistungen gegenüber Sachleistungen und damit eine stärkere Pflegebereitschaft bei Pflegebedürftigen mit Kindern, jedoch keine weiteren Unterschiede nach der Kinderzahl: „Bei den älteren Pflegebedürftigen (60 Jahre und älter), nehmen Pflegebedürf-

tige mit Kindern jedoch relativ häufiger Geldleistungen und weniger Sachleistungen in Anspruch als Kinderlose. Die Kinderzahl ist hierfür kaum bedeutsam“.

Wesentliche Determinante für die Wahl der Pflegeform ist das Unterstützungssystem, das einem Pflegebedürftigen zur Verfügung steht. Neben allgemein demographischen Faktoren sind für die Entwicklung dieses Support-Systems auch sozialstrukturelle Veränderungen, insbesondere Veränderungen der Haushalts- und Familienstrukturen entscheidend. Das zeigen auch empirische Studien (vgl. Schneekloth/Pothof 1993; Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung 1993; Blinkert/Klie 1999). Dabei zeigt sich, dass die Versorgung durch familiale Pflegepersonen und Pflegepersonen aus dem Freundeskreis schlechter und die Inanspruchnahme von professionellen Einrichtungen daher um so höher ist, je kleiner der Haushalt ist, in dem der Pflegebedürftige lebt bzw. bei Beginn der Pflegebedürftigkeit gelebt hat. Unterschiede ergeben sich dabei vor allem zwischen Pflegebedürftigen in Einpersonenhaushalten und solchen in größeren Haushalten, während die Unterschiede zwischen Zwei-, Drei- sowie Vier- und Mehrpersonenhaushalten nicht so sehr ins Gewicht fallen. Der zukünftigen Entwicklung vor allem des Anteils der Einpersonenhaushalte kommt daher entscheidende Bedeutung für das Inanspruchnahmeverhalten der Pflegebedürftigen zu.

Familiale Pflege erfordert große Opfer von den Pflegepersonen, in materieller ebenso wie in immaterieller Hinsicht und erzeugt erhebliche Belastungen für die Pflegepersonen (vgl. Fischer et al. 1995; Halsig/Zimmermann 1994: 225-227, 234-241; Schneekloth/Pothoff 1993: 135-138; Thiede 1990: 20-24). So wird in einer von Infra-test im Auftrag des Bundesgesundheitsministeriums durchgeführten Befragung die Belastung durch Pflegetätigkeit von 40 % der befragten Hauptpflegepersonen als sehr stark und von 43 % als stark empfunden (Schneekloth/Müller 2000: 56).<sup>34</sup> Insbesondere ist eine intensive Pflege mit einer Berufstätigkeit der Pflegeperson kaum vereinbar (Beck et al. 1997; KDA 1992).<sup>35</sup> Damit ist aber auch die zukünftige Erwerbsquote – insbesondere von Frauen, die derzeit das Rückgrat der familialen Pflege bilden – von Bedeutung. Wird nicht unterstellt, dass sich die Bereitschaft der Männer zur Übernahme der Elternpflege wesentlich erhöht, ist – ceteris paribus – daher damit zu rechnen, dass von der zu erwartenden Steigerung der Frauenerwerbsquote ein negativer Einfluss auf die familiale Pflegebereitschaft ausgeht und damit ein weiterer Beitrag zur Verschiebung der Pflegeform vom informellen in den formellen Sektor geleistet wird.

---

<sup>34</sup> Lediglich 14 % der Befragten empfinden die Belastung eher wenig oder gar nicht. Vor Einführung der Pflegeversicherung lag dieser Wert mit 10% sogar noch niedriger (Schneekloth/Müller 2000: 56).

<sup>35</sup> So sind von den Hauptpflegepersonen im erwerbstäglichen Alter (16-64 Jahre) nach Schneekloth/Müller (2000: 58f.) 64 % nicht erwerbstätig, 8 % geringfügig beschäftigt, 13 % teilzeitbeschäftigt und nur 16 % mit mindestens 30 Stunden pro Woche vollzeiterwerbstätig. Von den Hauptpflegepersonen, die zu Beginn der Pflege erwerbstätig waren, haben mehr als die Hälfte ihre Erwerbstätigkeit aufgegeben oder eingeschränkt (Rothgang 2002: S.31).

Schließlich ist auf die kulturellen Veränderungen hinzuweisen. In der Vergangenheit wurde insbesondere von den Töchtern und Schwiegertöchtern in hohem Maße eine „Pflicht zu pflegen“ wahrgenommen. Diese wurde durch die Einführung der Pflegeversicherung insofern unterhöhlt, als Pflege nunmehr explizit als „gesamtgesellschaftliche Aufgabe“ (§ 8 Abs. 1 SGB XI) definiert wird. Damit ist klar, dass es nicht die alleinige Aufgabe der Familie ist, für eine angemessene pflegerische Versorgung Sorge zu tragen. Verstärkt wird diese Tendenz noch durch Verschiebungen zwischen verschiedenen „Milieus“. Wie Blinkert und Klie (1999) fanden, wird die Pflege eigener Angehöriger insbesondere in traditionalistischen Milieus als selbstverständliche Pflicht empfunden – nicht aber in individualisierten Milieus. Gerade diese werden in Zukunft aber an Bedeutung gewinnen, so dass der Anteil der Pflegebedürftigen mit stabilen Unterstützungsnetzwerken sinken, der mit labilen aber steigen wird, was die Wahrscheinlichkeit für ein Pflegearrangement ohne Beteiligung professioneller Pflege reduziert.

Insgesamt tragen damit die demografischen und sozialstrukturellen Entwicklungen im Bereich der Pflege durch die Kinder und nicht-familialer Pflegepersonen eher zu einer Verschärfung des häuslichen Pflegepotentials in Zukunft bei und bewirken vermutlich einen Anstieg in den Innanspruchnahmen stationärer Pflege. Im Bereich der Partnerpflege wird der Rückgang der Partnerlosigkeit vermutlich eher das familiäre Pflegepotential fördern. Weitergehende Studien, die vor allem die *relative Bedeutung* der verschiedenen genannten Einflussmechanismen benennen, fehlen bislang.

## 4.7 Die stationären Pflegeeinrichtungen

Der folgende Abschnitt gibt einen Überblick über die stationären Pflegeeinrichtungen. Dazu wird zuerst die allgemeine Entwicklung der Verbreitung der Heime nach Art des Heims und Träger der Einrichtung beschrieben. Anschließend wird auf die zur Verfügung stehenden Plätze, auf die tatsächliche Auslastung und die angebotenen Leistungsarten eingegangen. Abschließend werden Struktur und Tätigkeitsbereich der Beschäftigten dargestellt.

Die Zahl der Pflegeheime (Tabelle 20) ist seit 1999 von 8.859 um ca. 25 % auf 11.029 im Jahr 2007 angestiegen.<sup>36</sup> Die Mehrzahl, nämlich 6.072 bzw. 55 % der Heime, befand sich 2007 in freigemeinnütziger Trägerschaft.<sup>37</sup> Der Anteil der 4.322 Heime in privater Trägerschaft belief sich auf 39 % und weitere 635 Heime, bzw. ca. 6 % aller Heime

<sup>36</sup> Aussagen zur Entwicklung der Zahl der Pflegeheime vor Einführung der Pflegestatistik sind nur sehr begrenzt möglich. Insbesondere haben „die Mehrzahl der früher neben Pflegeheimen bestehenden Altenwohnhäuser oder mehrgliedrigen Alteneinrichtungen den überwiegenden Teil ihrer Wohn- und/oder Heimplätze umgewidmet oder ausgegliedert und einen Versorgungsvertrag als stationäre Pflegeeinrichtung abgeschlossen“ (BMG 2001).

<sup>37</sup> Im Erhebungsbogen der Pflegestatistik werden genannt: Deutscher Caritasverband, Diakonisches Werk, Arbeiterwohlfahrt, Deutsches Rotes Kreuz, Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband, bzw. die jeweils angeschlossenen Träger sowie die Zentralwohlfahrtsstelle der Juden in Deutschland und die jüdische Kultusgemeinde.

befanden sich in öffentlicher Trägerschaft. Die Zahl der Pflegeheime ist insbesondere dadurch gestiegen, dass die Zahl der Pflegeheime für ältere Menschen zugenommen hat. Dabei hat sich die Zahl der Pflegeheime für ältere Menschen je nach Träger unterschiedlich entwickelt: Während die Zahl der Pflegeheime für ältere Menschen in frei-gemeinnütziger Trägerschaft von 4.805 im Jahr 1999 um 18% auf 5.690 im Jahr 2007 zugenommen hat, findet sich bei den privaten Trägern ein drastischerer Anstieg von 2.854 (1999) um 40% auf 4.004 (2007). Die Zahl der Pflegeheime in öffentlicher Trägerschaft ist dagegen rückläufig. Die Zahl der Pflegeheime für psychisch Kranke ist dagegen über alle Träger relativ konstant. Die Zahl der Pflegeheime für Behinderte verändert sich zwar absolut nicht in solch bedeutsamen Umfang wie die Zahl der Pflegeheime für ältere Menschen, doch gibt es auch hier deutliche Zunahmen von bis zu 45%.

*Tabelle 20: Entwicklung der Anzahl der Pflegeeinrichtungen nach Art und Träger der Einrichtung*

	1999	2001	2003	2005	2007
<b>Pflegeheime (alle Träger)</b>					
Insgesamt	8.859	9.165	9.743	10.424	11.029
für ältere Menschen	8.333	8.603	9.170	9.723	10.259
für Behinderte <sup>2)</sup>	203	221	226	236	262
für psychisch Kranke	323 1)	341 1)	347 1)	353	345
für Schwerkranke und Sterbende				112	163
<b>Pflegeheime (private Träger)</b>					
Insgesamt	3.092	3.286	3.610	3974	4322
für ältere Menschen	2.854	3.043	3.364	3664	4004
für Behinderte <sup>2)</sup>	64	66	61	75	70
für psychisch Kranke	174 1)	177 1)	185 1)	203	194
für Schwerkranke und Sterbende				32	54
<b>Pflegeheime (frei-gemeinnützige Träger)</b>					
Insgesamt	5.017	5.130	5.405	5748	6072
für ältere Menschen	4.805	4.893	5.157	5431	5690
für Behinderte <sup>2)</sup>	122	137	147	148	177
für psychisch Kranke	90 1)	100 1)	101 1)	93	102
für Schwerkranke und Sterbende				76	103
<b>Pflegeheime (öffentliche Träger)</b>					
Insgesamt	750	749	728	702	635
für ältere Menschen	674	667	649	628	565
für Behinderte <sup>2)</sup>	17	18	18	13	15
für psychisch Kranke	59 1)	64 1)	61 1)	57	49
für Schwerkranke und Sterbende				4	6
1) noch nicht erhoben					
2) Nicht erfasst werden im vollstationären Bereich die Empfänger/-innen von Pflegeleistungen der Hilfe für behinderte Menschen nach § 43 a SGB XI.					
Quelle: Statistisches Bundesamt, Pflegestatistik 1999, 2001, 2003, 2005, 2007					

*Tabelle 21: Entwicklung der Heime nach Pflegeangebot und Auslastung*

	1999	2001	2003	2005	2007
Pflegeheime insgesamt	8.859	9.165	9.743	10.424	11.029
verfügbare Plätze					
Heimplätze insgesamt	645.456	674.292	713.195	757.186	799.059
Vollstationäre Pflege	631.382	658.317	694.939	737.815	777.015
davon Dauerpflege	621.502	648.543	683.941	726.448	765.736
davon Kurzzeitpflege	9.880	13.558	10.998	11.367	11.279
Tagespflege	13.339	15.522	17.831	19.044	21.610
Nachtpflege	735	453	425	327	434
Durchschnittliche Platzzahl pro Heim	72,9	73,6	73,2	72,6	72,5
Auslastung in Prozent					
Vollstationäre Dauerpflege	89,2 <sub>1)</sub>	89,8 <sub>1)</sub>	89,5 <sub>1)</sub>	88,7 <sub>1)</sub>	87,6 <sub>1)</sub>
Vollstationäre Kurzzeitpflege					
Tagespflege	77	79,9	95,8	100	107,3
Nachtpflege	23,5	12,1	6,8	5,5	7,6

1) Berechnung nicht sinnvoll

Quelle: Statistisches Bundesamt, Pflegestatistik 1999, 2001, 2003, 2005, 2007

Dem Anstieg der Zahl der Pflegeheime steht ein Anstieg der Zahl der Heimplätze in etwa der gleichen Größenordnung gegenüber (Tabelle 21): Während 1999 8.859 Pflegeheime mit 645.456 Pflegeplätzen zur Verfügung standen, kamen 2007 auf die 11.029 Pflegeheime 799.059 Pflegeplätze. Damit betrug die durchschnittliche Pflegeplatzzahl während des Zeitraums pro Heim ca. 73. Die überwiegende Mehrheit der Heimplätze (ca. 97%) steht dabei für die vollstationäre Dauerpflege zur Verfügung. Auf die vollstationäre Kurzzeitpflege, bzw. auf die Tagespflege entfallen nur 11 Tsd. bzw. ca. 22 Tsd. Heimplätze und auf die Nachtpflege nur wenige Hundert. Betrachtet man die Entwicklung zwischen 1999 und 2007, dann hat vor allem die Zahl der vollstationären Dauerpflegeplätze um ca. 23 % und die Zahl der Tagespflegeplätze um ca. 62 % zugenommen. Das Platzangebot war dabei im Bereich der stationären Dauerpflege durchgängig zu ca. 88 % ausgelastet, was etwa 671 Tsd. Pflegebedürftigen im Jahr 2007 entspricht. Jedoch ist zu berücksichtigen, dass in der Pflegestatistik die Pflegebedürftigen mit der so genannten Pflegestufe „0“ nicht erhoben werden. Der Wert der tatsächlichen Auslastungsquote kann daher auch etwas höher ausfallen.

Betrachtet man die Entwicklung des Heimpersonals in Tabelle 22, dann zeigt sich ein Anstieg der Beschäftigtenzahl von 440.940 im Jahr 1999 um ca. 30 % auf 573.545 im Jahr 2007.<sup>38</sup> Dieser Anstieg beruht dabei im Wesentlichen auf dem Anstieg der Teilzeit- und geringfügig Beschäftigten. Die Anzahl der Vollzeitbeschäftigen bleibt dagegen bei durchschnittlich ca. 203-219 Tsd. weitgehend konstant. Der Anteil der Vollbe-

<sup>38</sup> Bis zur Einführung der Pflegestatistik nach § 109 SGB XI konnten nur sehr begrenzt Aussagen zu den Auswirkungen der Pflegeversicherung auf den Arbeitsmarkt getroffen werden (BMG 2001: 75).

Tabelle 22: Heimpersonal nach Beschäftigungsverhältnis und Tätigkeitsbereich

	1999	2001	2003	2005	2007
Anzahl					
Personal insgesamt	440.940	475.368	510.857	546.397	573.545
Beschäftigungsverhältnis					
Vollzeit	211.544	218.898	216.510	208.201	202.764
Teilzeit über 50 %	100.897	120.218	140.488	162.385	184.594
Teilzeit unter 50 %, nicht geringfügig	54.749	61.843	71.066	78.485	84.666
geringfügig beschäftigt	42.795	44.371	49.179	55.238	58.730
Praktikant, Schüler, Auszubildender	16.782	16.511	22.031	31.623	32.315
Helfer im freiwilligen sozialen Jahr	2.389	2.273	3.373	4.003	3.951
Zivildienstleistender	11.784	11.254	8.210	6.462	6.523
Überwiegender Tätigkeitsbereich					
Pflege und Betreuung	287.267	315.200	345.255	374.116	393.772
soziale Betreuung	14.967	16.741	17.833	20.253	22.405
Hauswirtschaftsbereich	93.622	96.874	98.627	100.346	102.547
haustechnischer Bereich	13.635	13.797	13.929	14.373	15.057
Verwaltung, Geschäftsführung	24.502	26.120	28.021	30.176	31.754
sonstiger Bereich	6.947	6.636	7.192	7.133	8.010
in Prozent					
Personal insgesamt	100	100	100	100	100
Beschäftigungsverhältnis					
Vollzeit	48	46	42,4	38,1	35,4
Teilzeit über 50 %	22,9	25,3	27,5	29,7	32,2
Teilzeit unter 50 %, nicht geringfügig	12,4	13	13,9	14,4	14,8
geringfügig beschäftigt	9,7	9,3	9,6	10,1	10,2
Praktikant, Schüler, Auszubildender	3,8	3,5	4,3	5,8	5,6
Helfer im freiwilligen sozialen Jahr	0,5	0,5	0,7	0,7	0,7
Zivildienstleistender	2,7	2,4	1,6	1,2	1,1
Überwiegender Tätigkeitsbereich					
Pflege und Betreuung	65,1	66,3	67,6	68,5	68,7
soziale Betreuung	3,4	3,5	3,5	3,7	3,9
Hauswirtschaftsbereich	21,2	20,4	19,3	18,4	17,9
haustechnischer Bereich	3,1	2,9	2,7	2,6	2,6
Verwaltung, Geschäftsführung	5,6	5,5	5,5	5,5	5,5
sonstiger Bereich	1,6	1,4	1,4	1,3	1,4

Quelle: Statistisches Bundesamt, Pflegestatistik 1999, 2001, 2003, 2005, 2007

beschäftigten hat somit von 48 % im Jahr 1999 kontinuierlich auf 35,4 % im Jahr 2007 abgenommen. Die Zahl der Praktikanten, Schüler und Auszubildenden hat innerhalb des Zeitraums von ca. 16 Tsd. auf ca. 32 Tsd. zugenommen, während die Zahl der Zivildienstleistenden von ca. 12 Tsd. auf ca. 7 Tsd. abgenommen hat. Die Helfer im freiwilligen sozialen Jahr sind zwar absolut betrachtet auch leicht stärker vertreten, ihr Anteil bewegt sich jedoch konstant unter einem Prozent.

Der überwiegende Tätigkeitsbereich des Heimpersonals entfiel dabei auf die Pflege und Betreuung, wobei dieser Bereich in den letzten Jahren noch geringfügig auf zuletzt

68,7% im Jahr 2007 angestiegen ist. Auf die soziale Betreuung entfielen noch weitere ca. 3,9%. Der hauswirtschaftliche bzw. haustechnische Bereich nahm dagegen absolut betrachtet leicht zu, reduzierte sich jedoch an allen Tätigkeiten in den letzten Jahren auf zusammen 17,9% in 2007. Auf Verwaltung und Geschäftsführung entfielen konstant ca. 5,5% aller Tätigkeiten.

## 4.8 Heimentgelte

Die Leistungen, die von der Pflegeversicherung im Bereich der stationären Pflege getragen werden, belaufen sich in Pflegestufe I auf 1.023 Euro, in Pflegestufe II auf 1.279 Euro und in Pflegestufe III seit dem 1.7.2008 auf 1.470 Euro.<sup>39</sup> Diese Leistungen der Pflegeversicherung können dabei *ausschließlich* zur Finanzierung der *Pflegekosten* im Heim aufgewendet werden. Die Gesamtkosten, die für einen Pflegeplatz in Einrichtungen der stationären Pflege anfallen, also die so genannten Heimentgelte, liegen jedoch erheblich höher, da zum einen die Leistungen der Pflegeversicherung die Pflegekosten (Pflegesätze) der Heime nicht vollständig abdecken und zum anderen noch die Kosten für *Unterkunft und Verpflegung*, die so genannten Hotelkosten, hinzukommen.<sup>40</sup>

Eine besondere Situation ergibt sich für die Sozialhilfeträger. Insbesondere für die Pflegebedürftigen in stationärer Pflege sind die SGB XI-Leistungen nämlich in der Regel nicht ausreichend, um die Pflegekosten abzudecken. Ein Teil der Pflegebedürftigen in stationärer Pflege ist daher auf Hilfe zur Pflege als SGB XII-Leistung angewiesen und zwar tendenziell je eher, je höher die Pflegestufe ist. Erhöht sich nun die Zahl der Leistungsempfänger, entstehen auch höhere Ausgaben beim Sozialhilfeträger. Ein höherer Anteil von Pflegebedürftigen in Pflegestufe I wirkt für die Sozialhilfeträger dagegen tendenziell Ausgaben senkend.

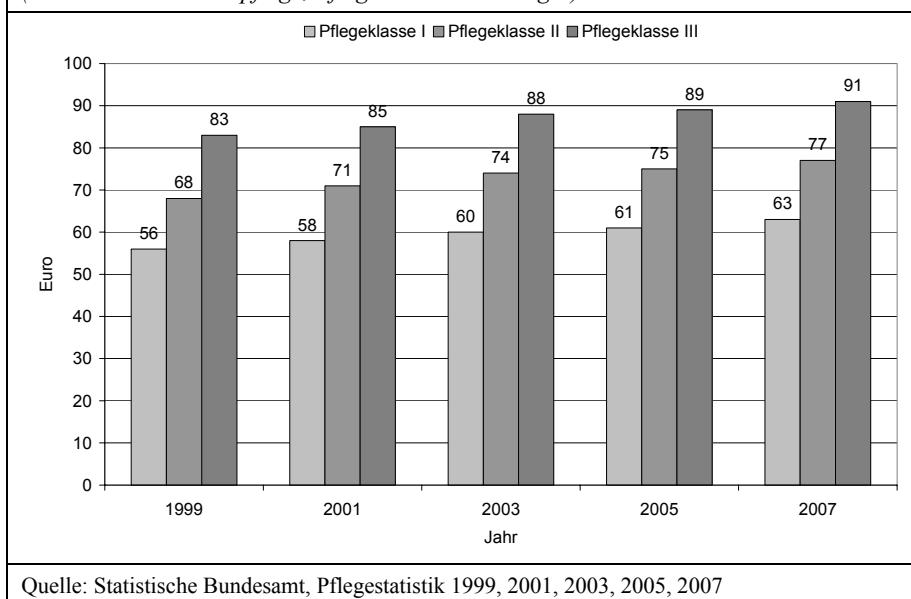
Wie sich die individuellen „Heimentgelte“, also die Kosten für die Pflege sowie für Unterkunft und Verpflegung insgesamt entwickeln, soll zunächst beschrieben werden. In Abbildung 26 sind hierzu die durchschnittlichen Heimentgelte für die vollstationäre Dauerpflege wiedergegeben. Wie zu sehen ist, richtet sich die Höhe der Vergütung für die Pflege zunächst nach den einzelnen Pflegeklassen (denen die Pflegestufen entsprechen): Im Jahr 1999 belaufen sich die Kosten bei Pflegestufe I auf 56 Euro, bei Pflegestufe II auf 68 Euro und bei Pflegestufe III auf 83 Euro pro Tag. Die darin enthaltenen Kosten für Unterkunft und Verpflegung belaufen sich auf ca. 19 Euro pro Tag. Von jedem Pflegebedürftigen im Heim der Pflegestufe I, der 1999 eine vollstationäre Dau-

---

<sup>39</sup> Einen Überblick über die im Pflege-Weiterentwicklungsgesetz vorgesehenen Dynamisierungen von Leistungen der Pflegeversicherung gibt auch Abschnitt 3.1.2.

<sup>40</sup> Die den Bewohnern in Rechnung gestellten *Investitionskosten* müssen im Folgenden vernachlässigt werden, da sie nicht in der Pflegestatistik erhoben werden. Diese belaufen sich auf durchschnittlich ca. 11,57 Euro pro Tag (Augurzyk et al. 2007: 25). Weiterhin werden *Zusatzausgaben* in Form von besonderen Komfortleistungen und die *Ausbildungsumlage* ebenfalls wegen fehlender Erfassung im Folgenden nicht berücksichtigt.

Abbildung 26: Entwicklung der durchschnittlichen Heimentgelte pro Tag (vollstationäre Dauerpflege, Pflegeheime aller Träger)



Quelle: Statistische Bundesamt, Pflegestatistik 1999, 2001, 2003, 2005, 2007

erpflege beansprucht, sind also zusammen 56 Euro für Pflege sowie für Unterkunft und Verpflegung pro Tag an das Heim zu entrichten. Das sind bei durchschnittlich 30,4 Tagessätzen 1.702 Euro pro Monat. Bei Pflegestufe II entspricht das einem Monatsbeitrag von 2.067 Euro und bei Pflegestufe III von 2.523 Euro.<sup>41</sup>

Welchen Veränderungen ist nun die Entwicklung des Heimentgeltes unterworfen? Wie in der Abbildung zu sehen ist, divergieren die Kosten zwischen den Erhebungsjahren der Pflegestatistik leicht: Während sich die Pflegesätze in Pflegestufe I zwischen 1999 und 2007 um 7 Euro erhöht haben, stiegen sie in Pflegestufe II um 9 Euro und in Pflegestufe III um 8 Euro. Insgesamt kann damit eine relativ gleichmäßige Entwicklung beobachtet werden, die in etwa einer Preissteigerung von 10% in 8 Jahren entspricht. Dementsprechend fallen auch die monatlichen Kosten für Pflege und für Unterkunft und Verpflegung im Jahr 2007 aus: für Pflegestufe I 1.915 Euro, für Pflegestufe II 2.340 Euro und für Pflegestufe III 2.766 Euro.

Untersuchungen zu den neueren Entwicklungen der Heimentgelte im Zeitverlauf, wie sie in der Abbildung dargestellt sind, liegen bislang *nicht* vor, wohl aber zu regional

<sup>41</sup> Zu berücksichtigen sind hier noch weitere Kosten (vgl. Fußnote 40).

unterschiedlichen Heimentgelten.<sup>42</sup> Da hieraus aber mögliche Erklärungsansätze gewonnen werden können, wird exemplarisch auf eine diesbezügliche Studie eingegangen (vgl. Augurzky et al. 2007). Berichtet wird hierzu ein zentraler Befund einer vom Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes NRW beauftragten Studie zur Untersuchung der überdurchschnittlich hohen Heimentgelte in NRW: „Eine wesentliche Erklärungsgröße für die höheren Pflegeheimkosten in NRW liegt in den Personalkosten. Hier können grundsätzlich eingesetzte Personalmenge, Vergütung des Personals und Struktur des eingesetzten Personals Unterschiede erklären. Für NRW ist festzustellen, dass über alle Personalgruppen rund 3 % mehr Personal (Vollzeitäquivalente) je Bewohner zum Einsatz kommt. Allein hierdurch kann bereits 20 % der Preisunterschiede erklärt werden. Zugleich werden die Vollzeitkräfte in NRW auch um etwa 3 % besser vergütet als in den anderen Bundesländern, was zusätzlich 20 % der Preisunterschiede erklärt. Dazu trägt bei, dass die Pflegekräfte in NRW etwas älter als in den Vergleichsländern sind, Tarifverträge häufiger zur Anwendung kommen und der Anteil der (tendenziell geringer vergütenden) privaten Pflegeheime unterdurchschnittlich ist“ (Augurzky et al. 2007: 11).

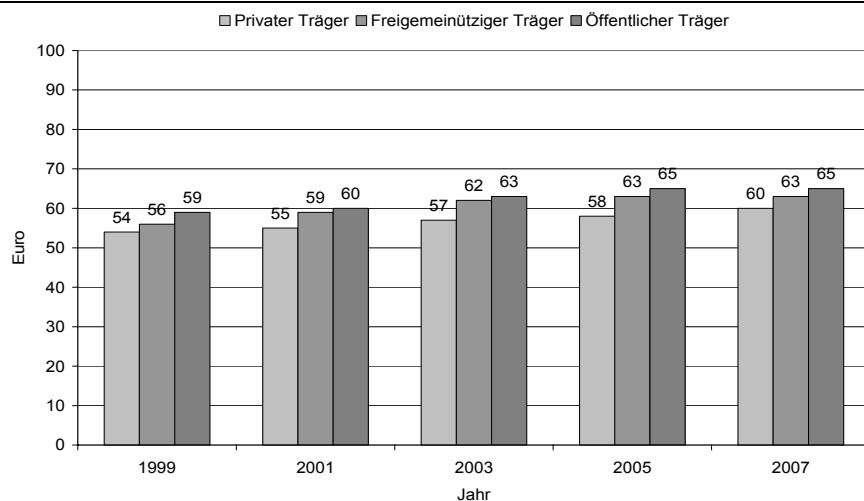
Die unterschiedliche Personalstruktur steht dabei auch in engem Zusammenhang mit der *Trägerschaft* der Pflegeeinrichtung, also der Unterscheidung zwischen öffentlichen, privaten und freigemeinnützigen Einrichtungen, die durch jeweils unterschiedliche organisationsspezifischen Merkmale charakterisiert ist: „So ist z. B. bekannt, dass insbesondere in öffentlichen Einrichtungen Tarifverträge Anwendung finden, während der Abschluss derartiger Verträge in privaten Einrichtungen eher unüblich ist. Weiterhin wird in privaten Heimen weniger und jüngeres Personal beschäftigt. Aus diesem Grunde kann angenommen werden, dass die Heimentgelte in privaten Pflegeheimen deutlich unter den Entgelten von Heimen mit einer anderen Trägerschaft liegen.“ (Augurzky et al. 2007: 67).

Im Folgenden wird daher die Entwicklung der Heimentgelte nach Trägerschaft betrachtet. Wie Abbildung 27 bis Abbildung 29 demonstrieren, liegen insbesondere die Heimentgelte bei den Einrichtungen in privater Trägerschaft unter denen der Heimentgelte der Einrichtungen in freigemeinnütziger Trägerschaft und diese wiederum unter den Heimentgelten der Einrichtungen der öffentlichen Träger. Auffallend ist dabei vor allem, dass sich die Heimentgelte zwischen Einrichtungen in freigemeinnütziger Trägerschaft und Einrichtungen der öffentlichen Träger weniger unterscheiden. Insbesondere bei den Pflegeklassen II und III ist der Unterschied minimal.

---

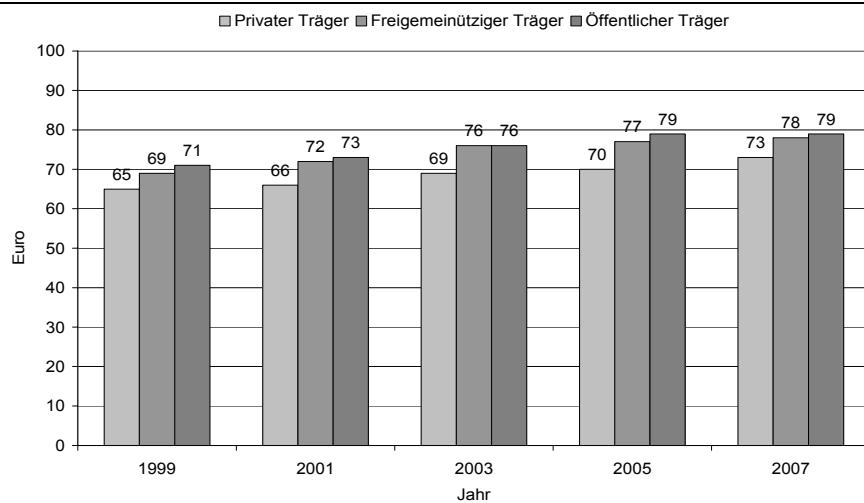
<sup>42</sup> Für den Zeitraum zwischen 1995 und 1998 kann die Untersuchung von Roth und Rothgang (1999) angeführt werden. Anhand von Daten aller rheinländischen Pflegeheime konnten sie zeigen, dass die mit der Einführung der 2. Stufe der Pflegeversicherung zum 1.7.1996 eingeführte Neuregelung der Vergütung von Pflegeeinrichtungen zu einer Homogenisierung der Pflegesätze geführt hat, die durch eine „Angleichung nach oben“ erzielt wurde.

Abbildung 27: Entwicklung der durchschnittlichen Heimentgelte der Pflegeklasse I nach Träger (vollstationäre Dauerpflege)



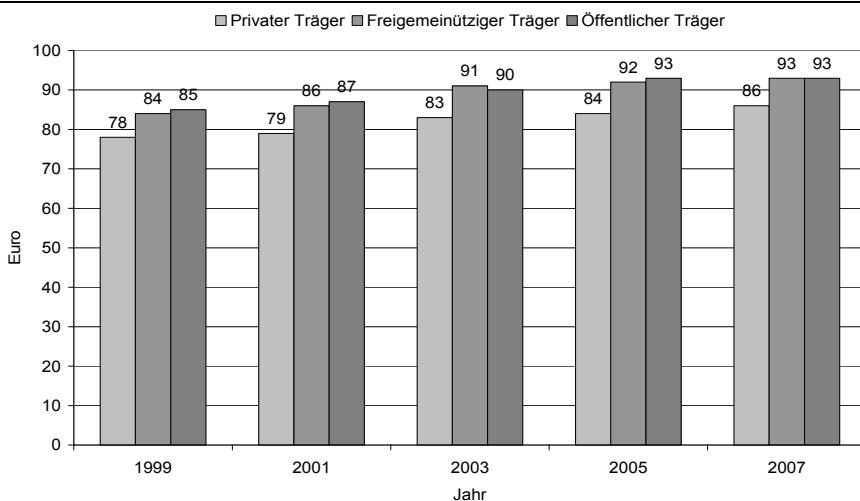
Quelle: Statistische Bundesamt, Pflegetatistik 1999, 2001, 2003, 2005, 2007

Abbildung 28: Entwicklung der durchschnittlichen Heimentgelte der Pflegeklasse II nach Träger (vollstationäre Dauerpflege)



Quelle: Statistische Bundesamt, Pflegetatistik 1999, 2001, 2003, 2005, 2007

Abbildung 29: Entwicklung der durchschnittlichen Heimentgelte der Pflegeklasse III nach Träger (vollstationäre Dauerpflege)



Quelle: Statistische Bundesamt, Pflegestatistik 1999, 2001, 2003, 2005, 2007

#### 4.9 Ambulante Pflegedienste

Im folgenden Abschnitt wird zunächst die nach Träger und Angebot differenzierte Entwicklung der Zahl ambulanter Pflegedienste beschrieben. Anschließend wird auf die in den Diensten bestehenden Beschäftigungsverhältnisse sowie auf die überwiegenden Tätigkeitsbereiche des eingesetzten Personals eingegangen.

Wie Tabelle 23 zeigt, ist im Unterschied zu den stationären Pflegeeinrichtungen bei den ambulanten Pflegediensten nur ein moderater absoluter Anstieg von 10.820 im Jahr 1999 auf 11.529 im Jahr 2007 und damit um ca. 7% zu verzeichnen (der Anstieg der stationären Pflegeeinrichtungen beläuft sich im gleichen Zeitraum auf ca. 25%). Auffallend ist dabei, dass das Verhältnis von privaten Trägern und freigemeinnützigen Trägern 1999 mit ca. 5.504 bzw. 5.103 noch annähernd ausgeglichen war. Seitdem ist die Zahl der Pflegedienste in privater Trägerschaft bis zum Jahr 2007 um ca. 25% auf 6.903 angestiegen, während die Zahl der Pflegedienste der freigemeinnützigen Träger um 13% auf zuletzt 4.435 kontinuierlich abgenommen hat. Die Pflegedienste der öffentlichen Träger sind dagegen bei leicht abnehmender Tendenz nur schwach vertreten (ca. 200).

Ein Kennzeichen der ambulanten Pflegedienste ist dabei, dass nahezu alle Dienste (ca. 97%) neben den Leistungen nach SGB XI auch häusliche Krankenpflege und ca. 2/3 aller Dienste auch Hilfe zur Pflege nach SGB XII anbieten. Organisatorisch sind dabei 2007 ca. 9% der Pflegedienste an Wohneinrichtungen (z.B. Altenheime, Altenwohnheim oder betreutes Wohnen) und ca. 6% an Pflegeheime angeschlossen. Betrachtet man

die Entwicklung über den gesamten Zeitraum, ist ebenfalls bemerkenswert, dass die Zahl der Pflegedienste als eigenständige Dienste von Wohneinrichtungen bzw. Pflegeheimen über alle Träger hinweg drastisch um ca. 30-100 % zugenommen hat.

*Tabelle 23: Entwicklung der Anzahl der ambulanten Pflegedienste nach Angebot und Träger der Einrichtung*

	1999	2001	2003	2005	2007
Pflegedienste (alle Träger)					
Insgesamt	10.820	10.594	10.619	10.977	11.529
mit anderen Sozialleistungen gemischt:					
häusl. Krankenpfl. o. Hilfe n. SGB V	10.389	10.247	10.284	10.650	11.204
Hilfe zur Pflege nach SGB XII	6.979	7.281	7.487	5.841	6.946
sonstige ambulante Hilfeleistungen	5.350	5.272	5.219	4.726	5.140
eigenst. Dienst e. Wohneinrichtung <sup>1)</sup>	687	824	984	1.020	1.075
eigenst. Dienst e. sonst. Einrichtung <sup>2)</sup>	167	188	202	216	229
eigenst. Dienste an einem Pflegeheim	<sup>3)</sup> 590	624	633	690	
Pflegedienste (private Träger)					
Insgesamt	5.504	5.493	5.849	6.327	6.903
mit anderen Sozialleistungen gemischt:					
häusl. Krankenpfl. o. Hilfe n. SGB V	5.264	5.293	5.638	6.122	6.689
Hilfe zur Pflege nach SGB XII	3.267	3.554	3.948	3.338	4.065
sonstige ambulante Hilfeleistungen	1.744	1.854	2.064	1.988	2.279
eigenst. Dienst e. Wohneinrichtung <sup>1)</sup>	244	299	388	419	489
eigenst. Dienst e. sonst. Einrichtung <sup>2)</sup>	24	26	38	40	46
eigenst. Dienste an einem Pflegeheim	<sup>3)</sup> 211	236	266	273	
Pflegedienste (freigemeinnützige Träger)					
Insgesamt	5.103	4.897	4.587	4.457	4.435
mit anderen Sozialleistungen gemischt:					
häusl. Krankenpfl. o. Hilfe n. SGB V	4.918	4.758	4.472	4.337	4.327
Hilfe zur Pflege nach SGB XII	3.608	3.616	3.433	2.429	2.786
sonstige ambulante Hilfeleistungen	3.517	3.337	3.080	2.670	2.779
eigenst. Dienst e. Wohneinrichtung <sup>1)</sup>	426	496	571	574	552
eigenst. Dienst e. sonst. Einrichtung <sup>2)</sup>	117	140	136	147	149
eigenst. Dienste an einem Pflegeheim	<sup>3)</sup> 356	365	343	384	
Pflegedienste (öffentliche Träger)					
Insgesamt	213	204	183	193	191
mit anderen Sozialleistungen gemischt:					
häusl. Krankenpfl. o. Hilfe n. SGB V	207	196	174	191	188
Hilfe zur Pflege nach SGB XII	104	111	106	74	95
sonstige ambulante Hilfeleistungen	89	81	75	68	82
eigenst. Dienst e. Wohneinrichtung <sup>1)</sup>	17	29	25	27	34
eigenst. Dienst e. sonst. Einrichtung <sup>2)</sup>	26	22	28	29	34
eigenst. Dienste an einem Pflegeheim	<sup>3)</sup> 23	23	24	33	

1) z. B. Altenheim, Altenwohnheim, betreutes Wohnen

2) z. B. Krankenhaus

3) nicht verfügbar

Quelle: Statistisches Bundesamt, Pflegestatistik 1999, 2001, 2003, 2005, 2007

Tabelle 24: Pflegedienstpersonal nach Beschäftigungsverhältnis und Tätigkeitsbereich

	1999	2001	2003	2005	2007
Anzahl					
Personal insgesamt	183.782	189.567	200.897	214.307	236.162
Beschäftigungsverhältnis					
Vollzeit	56.914	57.524	57.510	56.354	62.405
Teilzeit über 50 %	49.149	55.008	60.762	68.141	77.762
Teilzeit unter 50 %, nicht geringfügig	28.794	30.824	32.797	35.040	36.683
geringfügig beschäftigt	39.126	37.326	42.565	47.957	53.034
Praktikant, Schüler, Auszubildender	1.816	1.809	2.460	3.530	3.462
Helfer im freiwilligen sozialen Jahr	562	471	642	703	599
Zivildienstleistender	7.421	6.605	4.161	2.582	2.217
Überwiegender Tätigkeitsbereich					
Pflegedienstleitung	11.528	12.122	12.786	13.753	14.859
Grundpflege	119.388	124.602	135.540	147.973	163.580
hauswirtschaftliche Versorgung	34.902	33.738	32.449	29.853	33.140
Verwaltung, Geschäftsführung	9.121	9.695	10.447	11.666	12.349
sonstiger Bereich	8.843	9.410	9.675	11.062	12.234
in Prozent					
Personal insgesamt	100	100	100	100	100
Beschäftigungsverhältnis					
Vollzeit	30,9	30,3	28,6	26,3	26,4
Teilzeit über 50 %	26,7	29	30,2	31,8	32,9
Teilzeit unter 50 %, nicht geringfügig	15,7	16,3	16,3	16,4	15,5
geringfügig beschäftigt	21,3	19,7	21,2	22,4	22,5
Praktikant, Schüler, Auszubildender	1	1	1,2	1,6	1,5
Helfer im freiwilligen sozialen Jahr	0,3	0,2	0,3	0,3	0,3
Zivildienstleistender	4	3,5	2,1	1,2	0,9
Überwiegender Tätigkeitsbereich					
Pflegedienstleitung	6,3	6,4	6,4	6,4	6,3
Grundpflege	65	65,7	67,5	69	69,3
hauswirtschaftliche Versorgung	19	17,8	16,2	13,9	14
Verwaltung, Geschäftsführung	5	5,1	5,2	5,4	5,2
sonstiger Bereich	4,8	5	4,8	5,2	5,2

Quelle: Statistisches Bundesamt, Pflegestatistik 1999, 2001, 2003, 2005, 2007

Betrachtet man die Entwicklung des Pflegedienstpersonals in Tabelle 24, dann zeigt sich ein Anstieg von 183.782 im Jahr 1999 um ca. 29 % auf 236.162 im Jahr 2007 und damit auch eine Personalzunahme in den einzelnen Pflegediensten. Entsprechend der Entwicklung in den stationären Einrichtungen bleibt aber auch hier die Zahl der Vollzeitbeschäftigte mit 56.914 (1999) und 62.405 (2007) relativ konstant, während die Zahl der Teilzeit- und geringfügig Beschäftigten deutlich steigt. Die Zahl der Praktikanten, Schüler und Auszubildenden hat innerhalb des Zeitraums von 1.816 auf 3.462 zugenommen, während die Zahl der Zivildienstleistenden drastisch von 7.421 auf 2.217

abgenommen hat. Die Anzahl der Helfer im freiwilligen sozialen Jahr schwankt im Zeitraum von 1999 bis 2007 zwischen 471-703.

Für 65 % der Beschäftigten im Jahr 1999 und 69,3 % der Beschäftigten im Jahr 2007 war der überwiegende Tätigkeitsbereich die Grundpflege. Der Anteil der Beschäftigten, die in hauswirtschaftlicher Versorgung tätig sind, ging um 5 Prozentpunkte von 19 % auf 14 % zurück. Der Anteil der Beschäftigten in der Pflegedienstleitung (6 %), in der Verwaltung und Geschäftsführung (5 %) sowie in sonstigen Bereichen (5 %) blieb nahezu konstant.

## 4.10 Entgelte für ambulante Pflege

Die Ausgestaltung der Entgelte in der ambulanten Pflege unterscheidet sich stark von den Heimentgelten. Insbesondere besteht eine Vielzahl an vergütungsrelevanten Details. Es bestehen dabei mehrere Optionen die Vergütung zu gestalten: Einzelleistungsvergütung, Zeitvergütung, Leistungskomplexe und eine Kombination aus Leistungskomplexen und Zeitvergütung.

Bei einer Einzelleistungsvergütung werden alle seitens des Pflegedienstes erbrachten Leistungen einzeln vergütet. Nicht an den erbrachten Leistungen, sondern an der für diese aufgewendete Zeit orientiert sich die Zeitvergütung. Die bedeutsamste Vergütungsform ist das Leistungskomplexsystem. Im Leistungskomplexsystem werden einzelne, aber inhaltlich zusammengehörende Leistungen zu einem Leistungskomplex zusammengefasst. Der Pflegebedürftige kann nur zwischen Leistungskomplexen, aber nicht einzelnen Verrichtungen, wählen. Trotzdem existieren Systeme die Abwahlmöglichkeiten gewähren. Braucht z. B. ein Pflegebedürftiger Hilfe bei der Morgentoilette, welche auch die Hilfe beim Aufstehen aus dem Bett beinhaltet, obwohl der Versicherte dazu selbst in der Lage ist, kann er diese Leistung in Ländern mit Abwahloptionen abwählen.

Vereinbart wird die Höhe der Entgelte für die Leistungskomplexe zwischen Kostenträgern, also den Pflegekassen, und den Leistungserbringern bzw. deren Verbänden. Jeder Leistungskomplex wird mit Punktwerten belegt, welche zwischen den Leistungskomplexen die Relationen widerspiegeln sollen. Da diese als relativ konstant anzusehen sind, werden in der Regel die Punktwerte nicht verändert, sondern es wird nur über die Entgelthöhe eines Punktwertes verhandelt. Wird die Höhe des Punktwertes mit der Anzahl der Punkte für einen Leistungskomplex multipliziert, ergibt sich die Entgelt Höhe für den jeweiligen Leistungskomplex.

Die Kataloge der Leistungskomplexsysteme sind je nach Bundesland unterschiedlich ausgestaltet. So ist es möglich, dass Pflegebedürftige in einem Bundesland eine Leistung in Anspruch nehmen können, welche im Leistungskomplexsystem eines anderen Bundeslandes gar nicht existiert. Zudem herrscht in manchen Bundesländern ein Nebeneinander unterschiedlicher Vergütungsformen. Insgesamt stellt die Vergütung nach Leistungskomplexen mit etwa 80 % die häufigste Vergütungsform dar (Bundesministerium für Gesundheit 2001). Insbesondere aufgrund dieser regionalen Disparitäten ist es auch nur regional gegliedert möglich, Entgelte für ambulante Pflegeleistungen darzu-

stellen. Da die regionale Versorgung Schwerpunktthema dieses Pflegereports ist, finden sich weiterführende Analysen in diesem Teil (siehe Abschnitt 6.1.3).

## 4.11 Finanzierung der Pflegebedürftigkeit

Die Kosten, die durch eine Pflegebedürftigkeit entstehen, werden zum Teil durch die Pflegeversicherung abgedeckt. Trotzdem können weitere Deckungslücken entstehen – insbesondere im Bereich der stationären Pflege –, beispielsweise wenn der Pflegebedürftige bzw. seine unterhaltpflichtigen Angehörigen nicht in der Lage sind, den Teil der Heimentgelte, der die Leistungen der Pflegeversicherung übersteigt, zu tragen. In diesen Fällen können Leistungen der Sozialhilfe in Anspruch genommen werden. Darüber hinaus tragen aber auch andere Träger zur Finanzierung von Pflegebedürftigkeit bei, z. B. die Kriegsopfersversorgung.

Das folgende Kapitel gibt einen Überblick über die mit der Pflegebedürftigkeit in Zusammenhang stehenden Einnahmen und Ausgaben. Dabei wird die Finanzentwicklung der quantitativ bedeutendsten Träger der Finanzierung von Pflegebedürftigkeit, der Sozialen und privaten Pflegeversicherung (Abschnitt 4.11.1 und Abschnitt 0), der Sozialhilfe (Abschnitt 4.11.3) und der Kriegsopfersversorgung (Abschnitt 0) dargestellt. Das Kapitel endet mit einem Überblick über die Gesamtausgaben zur Finanzierung von Langzeitpflege (Abschnitt 4.11.5).

### 4.11.1 Die Finanzentwicklung der gesetzlichen Pflegeversicherung

Pflegebedürftigkeit wird wesentlich durch die Pflegeversicherung finanziert. Deren *Einnahmen* resultieren dabei fast ausschließlich aus Beiträgen, die im Umlageverfahren aufgebracht werden. Wie in Tabelle 25 zu sehen ist, stiegen die Einnahmen von 1995 bis 1997 von zunächst 8,41 Mrd. auf 15,94 Mrd. Euro an. Dieser sprunghaft Anstieg ist auf die Anhebung des Beitragssatzes von 1,0% auf 1,7% im Juli 1996 zurückzuführen, die bereits bei Einführung des Pflege-Versicherungsgesetzes festgelegt worden war und der Finanzierung der erst ab Juli 1996 gewährten Leistungen bei stationärer Pflege diente. Bis 2004 war der Beitragssatz konstant und erhöhte sich ab 2005 mit dem Kinder-Berücksichtigungsgesetz vom 15.12.2004 (BGBl I: 3448) um den Zusatzbeitrag für Kinderlose in Höhe von 0,25 Beitragssatzpunkten. Zur Finanzierung der Maßnahmen der Pflegereform 2008 wurde der Beitragssatz zum 1. Juli 2008 um 0,25 Prozentpunkte von 1,70% auf 1,95% erhöht. Für Kinderlose stieg der Beitrag ebenfalls um 0,25 Prozentpunkte und liegt seitdem bei 2,20%. Insgesamt sind die jährlichen Einnahmen von 1997 bis 2008 um 3,83 Mrd. Euro auf 19,77 Mrd. Euro gestiegen und waren dabei in den Jahren 2003 und 2007 sogar rückläufig. Von 1997 bis 2008 sind damit die Einnahmen um durchschnittlich 1,9% pro Jahr gewachsen (geometrisches Mittel). Allerdings gehen hierbei sowohl die Einführung des Zusatzbeitrags für Kinderlose als auch die Beitragsanhebung 2008 ein. Wird deshalb nur der hiervon unberührte Zeitraum von 1997 bis 2004 betrachtet, so ergibt sich eine durchschnittliche nominale jährliche

Wachstumsrate (geometrisches Mittel) der nominalen Beitragseinnahmen von lediglich 0,8 %.<sup>43</sup>

Bei den *Ausgaben* handelt es sich überwiegend um Leistungsausgaben. Der Anteil der Verwaltungskosten lag 2008 bei lediglich 3,4 % der Gesamtausgaben. Selbst wenn die Kosten des MDK hinzugerechnet werden, liegt der Ausgabenanteil, der nicht für Leistungen verwendet wird, immer noch (geringfügig) unter 5 %. Von den Leistungsausgaben entfällt ca. die Hälfte auf die Leistungen bei vollstationärer Pflege. Die Ausgaben für Pflegegeld betragen ca. 22 % und für Pflegesachleistungen im ambulanten Bereich ca. 14 % der Gesamtausgaben. Von 1997 bis 2008 lagen die durchschnittlichen jährlichen Ausgabensteigerungen bei ca. 2,2 % (geometrisches Mittel), allerdings mit einer deutlich abnehmenden Tendenz. So lagen die Ausgabensteigerungen nach den Jahren 1998 (4,9 %), 1999 (3,0 %) und 2000 (2,0 %) zwischen 2004 und 2006 sogar unter einem Prozent. Im Jahr 2007 erhöhte sich die Ausgabensteigerung wieder auf 1,7 % und im Jahr 2008 sogar um 4,3 %. Diese jüngste Erhöhung in 2008 ist dabei vor allem auf die Anhebung der Leistungssätze im ambulanten Bereich zurückzuführen (siehe Kapitel 3.1.2). So stiegen die Geldleistungen und die Pflegesachleistungen um jeweils ca. 5,2 % auf 4,24 Mrd. Euro, bzw. 2,6 Mrd. Euro, während die Leistungen für die vollstationäre Pflege nur um ca. 2,5 % auf 9,05 Mrd. Euro anstiegen. Letzteres ist darauf zurückzuführen, dass die Leistungssätze für vollstationäre Pflege in den Stufen I und II nicht erhöht wurden. Einen insgesamt geringen Anteil an allen Ausgaben – jedoch mit der höchsten Zuwachsrate von 100 % – stellen die zusätzlichen (meist demenzbedingten) Betreuungsleistungen nach § 45b SGB XI, die gestiegen sind, nachdem Antragstellern im Pflege-Weiterentwicklungsgesetz ab Juli 2008 auch dann einen Rechtsanspruch auf zusätzliche Betreuungsleistungen zugebilligt wird, wenn nicht die Voraussetzungen von Pflegebedürftigkeit nach §§ 14 und 15 SGB XI vorliegen. Danach werden Versicherten mit einem geringen allgemeinen Betreuungsbedarf (erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz) monatlich 100 Euro und Versicherten mit einem höheren allgemeinen Betreuungsbedarf (in erhöhtem Maße eingeschränkte Alltagskompetenz) monatlich 200 Euro gewährt. Erste Auswertungen hierzu haben gezeigt, dass im 3. und 4. Quartal 2008 von den 509 Tsd. Begutachtungen für ambulante Leistungen 28 % zum Personenkreis mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz gehörten und damit einen Anspruch auf zusätzliche Betreuungsleistungen haben (MDS 2009, S.11).

Die Einnahmen der Pflegeversicherung lagen im ersten Jahr ihrer Existenz deutlich über den Ausgaben. Das ist in erster Linie darauf zurückzuführen, dass von Januar bis März 1995 zwar bereits Beiträge abgeführt, aber noch keine Leistungen gewährt wurden. Auch für die Folgejahre hatte die Pflegeversicherung zunächst einen *Überschuss* der Einnahmen über die Ausgaben zu verzeichnen, der allerdings jedes Jahr geringer wurde. 1999 hat die Pflegeversicherung erstmals mit einem negativen Saldo abgeschlossen und auch 2000 und 2001 wurde ein *Defizit* realisiert.

---

<sup>43</sup> Vgl. Rothgang/Dräther 2009 für eine Analyse der dem zugrunde liegenden „strukturellen Einnahmeschwäche“ der Sozialen Pflegeversicherung.

*Tabelle 25: Finanzentwicklung der gesetzlichen Pflegeversicherung (in Mrd. €)*

	1995	1996	1997	1998	1999
<b>Einnahmen</b>					
Beitragseinnahmen	8,31	11,9	15,77	15,8	16,13
Sonstige Einnahmen	0,09	0,14	0,17	0,2	0,19
<b>Einnahmen insgesamt</b>	<b>8,41</b>	<b>12,04</b>	<b>15,94</b>	<b>16</b>	<b>16,32</b>
<b>Ausgaben</b>					
Leistungsausgaben	4,42	10,25	14,34	15,07	15,55
Davon					
Geldleistung	3,04	4,44	4,32	4,28	4,24
Pflegesachleistung	0,69	1,54	1,77	1,99	2,13
Pflegeurlaub	0,13	0,13	0,05	0,06	0,07
Tages-/Nachtpflege	0,01	0,03	0,04	0,05	0,05
Zusätzliche Betreuungsl.	—	—	—	—	—
Kurzzeitpflege	0,05	0,09	0,1	0,11	0,12
Soziale Sicherung der					
Pflegeperson	0,31	0,93	1,19	1,16	1,13
Pflegemittel/ techn. Hilfen	0,2	0,39	0,33	0,37	0,42
Vollstationäre Pflege	0	2,69	6,41	6,84	7,18
Vollstationäre Pflege in					
Behindertenheimen	0	0,01	0,13	0,22	0,2
Verwaltungskosten	0,32	0,36	0,55	0,56	0,55
Kostenanteil für MDK	0,23	0,24	0,23	0,24	0,24
Sonstige Kosten	0	0,01	0,01	0,02	0,01
<b>Ausgaben insgesamt</b>	<b>4,97</b>	<b>10,86</b>	<b>15,14</b>	<b>15,88</b>	<b>16,35</b>
<b>Liquidität</b>					
Überschuss	3,44	1,18	0,8	0,13	-0,03
Investitionsdarlehen an den Bund	-0,56	—	—	—	—
Mittelbestand	2,87	4,05	4,86	4,99	4,95
In Monatsausgaben lt. Haushaltspan	3,93	2,96	3,77	3,7	3,61

Quelle: BMG, Soziale Pflegeversicherung

2002 war das Defizit erstmals erheblich, wurde allerdings durch die Rückzahlung des dem Bund 1995 gewährten Darlehens sogar überkompensiert, so dass die Mittelbestände der Pflegeversicherung am Ende des Jahres 2002 in etwa denen des Jahres 1999 entsprachen. 2003 hingegen wurde wiederum ein erhebliches Defizit realisiert, das erstmals zu einem merklichen Abschmelzen der Liquidität geführt hat. Nachdem die Pflegeversicherung 2004 mit dem höchsten Defizit ihrer noch jungen Geschichte abgeschlossen hat, wurde der Pflegeversicherung durch die Einführung des Zusatzbeitrags für Kinderlose im Kinder-Berücksichtigungsgesetz zusätzlichen Einnahmen zugeführt. Dennoch schloss die Pflegeversicherung erneut mit einem Defizit, das ohne die Zusatzeinnahmen allerdings bei etwa einer Milliarde Euro gelegen hätte. Die Vorverlegung der Fälligkeit der Sozialversicherungsbeiträge – durch die von den Beschäftigten (einmalig) 13 Beiträge eingegangen sind – hat 2006 zu Mehreinnahmen geführt, die dann zu einem Überschuss geführt haben. Ohne diesen Einmaleffekt hätte die Pflegeversicherung auch 2006 mit einem Defizit in dreistelliger

Tabelle 21: Finanzentwicklung der ges. Pflegeversicherung (in Mrd. €)(Fortsetzung)

	2002	2003	2004	2005	2006
<b>Einnahmen</b>					
Beitragseinnahmen	16,76	16,61	16,64	17,38	18,36
Sonstige Einnahmen	0,22	0,25	0,23	0,12	0,13
<b>Einnahmen insgesamt</b>	<b>16,98</b>	<b>16,86</b>	<b>16,87</b>	<b>17,49</b>	<b>18,49</b>
<b>Ausgaben</b>					
Leistungsausgaben	16,47	16,64	16,77	16,98	17,14
Davon					
Geldleistung	4,18	4,11	4,08	4,05	4,02
Pflegesachleistung	2,37	2,38	2,37	2,4	2,42
Pflegeurlaub	0,13	0,16	0,17	0,19	0,21
Tages-/Nachtpflege	0,08	0,08	0,08	0,08	0,09
Zusätzliche Betreuungsl.	0	0,01	0,02	0,02	0,03
Kurzzeitpflege	0,16	0,16	0,2	0,21	0,23
Soziale Sicherung der					
Pflegeperson	0,96	0,95	0,93	0,9	0,86
Pflegemittel/ techn. Hilfen	0,38	0,36	0,34	0,38	0,38
Vollstationäre Pflege	8	8,2	8,35	8,52	8,67
Vollstationäre Pflege in					
Behindertenheimen	0,21	0,23	0,23	0,23	0,24
Verwaltungskosten	0,58	0,59	0,58	0,59	0,62
Kosten für MDK	0,26	0,26	0,27	0,28	0,27
Sonstige Kosten	0,01	0,06	0,07	0	0
<b>Ausgaben insgesamt</b>	<b>17,36</b>	<b>17,56</b>	<b>17,69</b>	<b>17,86</b>	<b>18,03</b>
<b>Liquidität</b>					
Überschuss	-0,38	-0,69	-0,82	-0,36	0,45
Investitionsdarlehen an den Bund	0,56	—	—	—	—
Mittelbestand	4,93	4,24	3,42	3,05	3,5
In Monatsausgaben lt. Haushaltspan	3,34	2,82	2,27	2,01	2,29

Quelle: BMG, Soziale Pflegeversicherung

Millionenhöhe abgeschlossen. Im Jahr 2007 wurde wieder ein Defizit in etwa der Höhe des Defizits von 2005 erreicht und im Jahr 2008 führte vor allem die Anhebung der Beitragssätze, durch die die Einnahmen um ca. 9,7% anstiegen, zu einem erneuten Überschuss.

Die negative Bilanzentwicklung in den letzten Jahren ist auf Entwicklungen der Einnahmen- und Ausgabenseite zurückzuführen. Zunächst ist die *Zahl der Leistungsempfänger* stark gestiegen – was weit überwiegend auf die demografischen Veränderungen zurückgeführt werden kann (vgl. Abschnitt 4.4) – wodurch es aber zu entsprechenden Ausgabeneffekten gekommen ist, die durch den *Trend zur* – für die Pflegeversicherung ausgabenintensiveren – *professionellen Pflege* (vgl. Abschnitt 4.3.2) noch verstärkt wurden.

Gleichzeitig leidet die Pflegeversicherung aber unter einer anhaltenden *Einnahmeschwäche*, die sich in dem geringen Einnahmewachstum zeigt. Diese Entwicklung ist zum Teil sozialpolitisch bedingt, da der Gesetzgeber selbst die Einnahmebasis der

Pflegeversicherung geschwächt hat. So beruht das Defizit des Jahres 2000 vor allem auf einer gesetzlichen Absenkung der Beitragszahlung für Arbeitslose, die zu Minder-einnahmen der Pflegeversicherung von rund 200 Mio. Euro geführt hat. Ohne diesen Eingriff des Gesetzgebers hätte die Pflegeversicherung demnach 2000 mit einem positiven Saldo abgeschlossen. Ebenso ist in Zukunft damit zu rechnen, dass der Pflegeversicherung durch eine steigende Inanspruchnahme der Möglichkeit von Gehaltsumwandlungen weitere Beiträge entzogen werden. Entscheidend ist aber letztlich die *strukturelle Einnahmeschwäche*, die so auch in der gesetzlichen Krankenversicherung besteht und darauf zurückzuführen ist, dass die Grundlohnsumme, also die Summe aller beitragspflichtigen Einnahmen, langsamer wächst als das Sozialprodukt.

#### 4.11.2 Die Finanzierung von Pflegebedürftigkeit durch die private Pflegeversicherung

Die private Pflegeversicherung umfasst im Jahr 2007 einen Versichertenbestand von ca. 9,3 Mio. Menschen gegenüber ca. 70,3 Mio. Menschen in der sozialen Pflegeversicherung und damit ca. 12 % aller Versicherten. Die Beiträge werden wie in der privaten Krankenversicherung unabhängig vom Einkommen des Versicherten kalkuliert. Wegen der unterschiedlichen Finanzierungsverfahren von sozialer (Umlageverfahren) und privater Pflegeversicherung (Kapitaldeckungsverfahren) ist ein Vergleich der beiden Versicherungszweige nur eingeschränkt möglich. Im Folgenden werden daher nur wenige zentrale Kennzahlen der privaten Pflegeversicherung beschrieben.

Kritisch zu sehen ist allerdings, dass die private (PPV) und die soziale Pflegeversicherung (SPV) höchst ungleich verteilte Pflegerisiken aufweisen. Während die Leistungsausgaben bei der SPV je Versichertem rund 241 Euro/Jahr betragen, belaufen sich die Leistungsausgaben in der PPV auf 60 Euro/Jahr. Selbst wenn für die Beihilfeberechtigten noch geschätzte Beihilfezahlungen hinzugaddiert werden, ergibt sich ein Betrag von 121 Euro/Jahr, der zudem noch überschätzt sein dürfte (vgl. Dräther et al. 2009).

*Tabelle 26: Finanzentwicklung der privaten Pflegeversicherung (in Mio. €)*

Jahr	Beitragseinnahmen	Versicherungsleistungen	Überschuss	Altersrückstellungen
1995	1.253,0	92,8	1.160,2	521,5
1996	1.697,0	300,8	1.396,2	1.356,9
1997	2.166,5	446,8	1.719,7	2.543,2
1998	2.149,1	449,8	1.699,3	3.486,0
1999	1.974,5	462,9	1.511,6	5.316,4
2000	2.008,6	471,1	1.537,5	6.532,6
2001	1.955,1	486,1	1.469,0	8.585,8
2002	1.985,2	496,9	1.488,3	9.889,5
2003	1.847,9	517,9	1.330,0	11.797,7
2004	1.871,4	528,5	1.342,9	12.956,7
2005	1.867,5	549,8	1.317,7	14.623,2
2006	1.871,3	563,8	1.307,5	15.871,4
2007	1.882,9	578,1	1.304,8	17.150,5

Quelle: Verband der privaten Krankenversicherung e. V., Zahlenbericht 2005/2006, Zahlenbericht 2007/2008

Wie in Tabelle 26 zu sehen ist, erreichten die jährlichen Einnahmen nach einem Anstieg in den ersten Jahren nach Einführung der Pflegeversicherung im Jahr 1997 und 1998 mit ca. 2,16 Mrd. Euro ihren Höhepunkt, gehen anschließend bis 2003 zurück und sind seitdem nahezu konstant bei zuletzt 1,88 Mrd. Euro in 2008. Demgegenüber sind die Versicherungsleistungen anfänglich stark gestiegen auf ca. 450 Mio. Euro in den Jahren 1997 und 1998 und haben sich bis 2007 kontinuierlich auf zuletzt 578 Mio. Euro erhöht. Aus den Beitragseinnahmen und Ausgaben resultiert ab 1997 ein abnehmender Überschuss von 1,7 Mrd. Euro auf 1,3 Mrd. Euro im Jahr 2007. Seit Beginn der Pflegeversicherung wurden insgesamt 17,2 Mrd. Euro an Altersrückstellungen angesammelt.

#### 4.11.3 Die Finanzierung von Pflegebedürftigkeit durch die Sozialhilfe

Insoweit die Leistungen der Pflegeversicherung nicht ausreichen, um den Pflegebedarf abzudecken, sind von den Pflegebedürftigen auch eigene Leistungen zu erbringen. Verfügt der Pflegebedürftige (bzw. die unterhaltpflichtige(n) Person(en)) dabei nicht über genügend Mittel, um die verbleibenden Aufwendungen zu tragen, können ergänzende Leistungen der Sozialhilfe in Anspruch genommen werden.

Diese „Hilfe zur Pflege“ (§ 51 ff. SGB XII) geht dabei u. a. über den sozialrechtlichen Leistungsbegriff der Pflegeversicherung hinaus und bezieht auch gegebenenfalls Leistungen unterhalb der Grenze von Pflegestufe I mit ein. So können auch Menschen, die voraussichtlich für weniger als sechs Monate der Pflege bedürfen, also nur einen vorübergehenden Pflegebedarf haben, Hilfe zur Pflege erhalten. Darüber hinaus kann auch ein geringerer Pflegebedarf, also ein Bedarf der so genannten „Pflegestufe 0“ ausreichen, um Hilfe zur Pflege zu erhalten.

Tabelle 27 gibt zunächst einen Überblick über die Entwicklung der Zahl der Empfänger von „Hilfe zur Pflege“. Diese sind seit der Einführung der Pflegeversicherung innerhalb weniger Jahre stark zurückgegangen: von ca. 453 Tsd. im Jahr 1994 (ein Jahr vor Einführung der Pflegeversicherung) auf ca. 222 Tsd. im Jahr 1998.<sup>44</sup> In den Folgejahren stieg die Empfängerzahl wieder und liegt zuletzt im Jahr 2007 bei 266 Tsd.

Betrachtet man die Empfängerzahlen im ambulanten und stationären Bereich separat, dann zeigt sich, dass im ambulanten Bereich zunächst ein drastischer Rückgang um  $\frac{2}{3}$  von ca. 189 Tsd. im Jahr 1994 auf ca. 57 Tsd. im Jahr 1999 zu verzeichnen ist. Anschließend ist die Entwicklung vor allem durch Schwankungen zwischen ca. 55 Tsd. und ca. 65 Tsd. gekennzeichnet. Insgesamt ist die Hilfe zur Pflege im ambulanten Bereich jedoch nur gering verbreitet. So stehen den 64 Tsd. Empfängern von Hilfe zur Pflege außerhalb von Einrichtungen im Jahr 2007 ca. 1,5 Mio. Leistungsempfänger der Pflegeversicherung im ambulanten Bereich gegenüberstanden. Damit kommen auf einen Empfänger von Hilfe zur Pflege außerhalb von Einrichtungen mehr als 20 Empfänger von Pflegeversicherungsleistungen bei häuslicher Pflege.

---

<sup>44</sup> Vgl. Roth/Rothgang 2001 für eine vertiefende Analyse.

*Tabelle 27: Empfänger von Hilfe zur Pflege am Jahresende*

	Insgesamt	Ambulant	Stationär
1994	453.613	189.254	268.382
1995	372.828	85.092	288.199
1996	285.340	66.387	219.136
1997	250.911	64.396	186.672
1998	222.231	62.202	160.238
1999	247.333	56.616	190.868
2000	261.404	58.797	202.734
2001	255.883	60.514	195.531
2002	246.212	59.801	186.591
2003	242.066	55.405	186.867
2004	246.372	55.233	191.324
2005	261.316	59.771	202.361
2006	273.063	60.492	213.348
2007	266.701	64.067	203.584

Quelle: Statistisches Bundesamt, Fachserie 13, Reihe 2 Sozialhilfe

Im stationären Bereich ist die Zahl der Empfänger von Hilfe zur Pflege deutlich höher, was im Wesentlichen auf die Höhe der Heimentgelte zurückzuführen ist und auf die Schwierigkeiten die erforderlichen Eigenanteile zu den hohen Kosten beizutragen. Hier war die Entwicklung seit 1996 durch einen Rückgang auf ca. 160 Tsd. im Jahr 1998 gekennzeichnet. Anschließend kam es wieder zu einem Anstieg bis auf ca. 203 Tsd. im Jahr 2000, einem Rückgang auf 186. Tsd. im Jahr 2002 und seitdem zu einem kontinuierlichen Anstieg bis auf ca. 214 Tsd. im Jahr 2006. 2007 ging die Zahl der Empfänger von Hilfe zur Pflege erneut auf ca. 204 Tsd. zurück.

Welche finanziellen Auswirkungen die Entwicklung der Zahl der Empfänger von Hilfe zur Pflege auf die Sozialhilfeausgaben hat, ist in Tabelle 28 wiedergegeben. Demnach

*Tabelle 28: Netto-Ausgaben der Sozialhilfe für Hilfe zur Pflege (in Tsd. €)*

Jahr	Insgesamt	Ambulant	Stationär
1994	6.599.240	803.366	5.795.873
1995	6.263.896	509.492	5.754.404
1996	4.823.045	370.420	4.452.625
1997	2.508.574	375.471	2.133.103
1998	2.284.230	390.280	1.893.949
1999	2.319.851	396.850	1.923.000
2000	2.307.817	421.231	1.895.586
2001	2.349.025	439.419	1.909.605
2002	2.421.293	473.638	1.947.654
2003	2.420.352	514.889	1.905.463
2004	2.513.250	525.181	1.988.069
2005	2.610.673	546.963	2.063.709
2006	2.529.942	600.989	1.928.953
2007	2.666.213	623.611	2.042.602

Quelle: Statistisches Bundesamt, Fachserie 13, Reihe 2, Sozialhilfe

sind die gesamten Ausgaben für Hilfe zur Pflege von rund 6,6 Mrd. Euro im Jahr 1994 auf 2,3 Mrd. Euro im Jahr 2000 und damit um ca. 75 % zurückgegangen. Anschließend sind sie dann bis 2007 auf ca. 2,7 Mrd. Euro gestiegen. Diese Entwicklung ist vor allem durch einen deutlichen Ausgabenrückgang im stationären Bereich von 5,8 Mrd. im Jahr 1994 auf 1,9 Mrd. im Jahr 1998 gekennzeichnet. In den Folgejahren schwankten die Ausgaben überwiegend zwischen 1,9 und 2,0 Mrd. Im ambulanten Bereich ist ebenfalls ein deutlicher Rückgang der Ausgaben von 803 Mio. im Jahr 1994 auf 370 Mio. im Jahr 1996 zu verzeichnen. Auffällig ist hingegen, dass seit 1997 ein Ausgabenanstieg auf zuletzt 624 Mio. Euro im Jahr 2007 eingesetzt hat, obwohl die Empfängerzahlen im gleichen Zeitraum im ambulanten Bereich teilweise rückläufig waren (vgl. Tabelle 27).

#### 4.11.4 Die Finanzierung von Pflegebedürftigkeit durch die Kriegsopferfürsorge

Die Kriegsopferfürsorge ist Teil des sozialen Entschädigungsrechts. Sie wird im Hinblick auf die größte Gruppe der Leistungsberechtigten so genannt, umfasst aber alle Fürsorgeleistungen im sozialen Entschädigungsrecht. Sie ist in den § 25 bis 27j Bundesversorgungsgesetz geregelt und dient der Ergänzung der übrigen Leistungen des Bundesversorgungsgesetzes durch besondere Hilfen im Einzelfall

Eine weitere Finanzierungsquelle der Pflegeleistungen ist die Kriegsopferfürsorge (KOF). Die Kriegsopferfürsorge ist ein Teil des sozialen Entschädigungsrechts und ist in § 25 bis 27j Bundesversorgungsgesetz (BVG) geregelt. Die Kriegsopferfürsorge stellt zur Ergänzung der übrigen Leistungen des BVG, insbesondere zu den Entschädigungsrenten, individuelle Hilfen im Einzelfall bereit. Der Name bezieht sich auf die größte Gruppe der Anspruchsberechtigten. Anspruchsberechtigt sind aber nicht nur Kriegsopfer, sondern auch andere Personen, die einen bleibenden Gesundheitsschaden erlitten haben. Zu dem anspruchsberechtigten Personenkreis gehört, wer nach dem Sozialen Entschädigungsrecht als Beschädigte(r) eine Grundrente bezieht oder Anspruch auf Heilbehandlung hat bzw. als Hinterbliebene(r) Hinterbliebenenrente oder Witwen- oder Waisenbeihilfe erhält. Die Kriegsopferfürsorge umfasst für Berechtigte nach dem Bundesversorgungsgesetz Hilfen zur beruflichen Rehabilitation (§ 26 und 26a), Krankenhilfe (§ 26b), Hilfe zur Pflege (§ 26c), Hilfe zur Weiterführung des Haushalts (§ 26d), Altenhilfe (§ 26e), Erziehungshilfe (§ 27), ergänzende Hilfe zum Lebensunterhalt (§ 27a), Erholungshilfe (§ 27b), Wohnungshilfe (§ 27c) und Hilfen in besonderen Lebenslagen (§ 27d). Leistungen der KOF werden gewährt, soweit die Beschädigten infolge der Schädigung und die Hinterbliebenen infolge des Verlustes des Ehegatten, Elternteils, Kindes oder Enkelkindes nicht in der Lage sind, ihren anzuerkennenden Bedarf aus den Versorgungsleistungen und ihrem sonstigen Einkommen und Vermögen zu decken.

In Tabelle 29 sind die Zahl der Leistungsempfänger und die Bruttoausgaben insgesamt ausgewiesen sowie die Ausgaben für die Leistungsempfänger, die Hilfe zur Pflege als Teil der Kriegsopferfürsorge erhalten. Seit Einführung der Pflegeversicherung hat die Zahl der Leistungsempfänger von ca. 149 Tsd. in 1995 auf ca. 60 Tsd. in 2006 abgenommen hat. Der Anteil von Empfängern von Hilfen zur Pflege hat dabei von ca. 58 Tsd. (39 % aller Leistungsempfänger) auf ca. 20 Tsd. (34 % aller Leistungsempfänger)

*Tabelle 29: Leistungsempfänger und Bruttoausgaben der Kriegsopferfürsorge*

Leistungsempfänger der Kriegsopferfürsorge		Bruttoausgaben in Mio. Euro	
Jahr	Insgesamt	Hilfe zur Pflege	Insgesamt
1995	149.281	58.347	1.354
1996	132.587	47.619	1.195
1997	117.403	37.238	765
1998	106.617	32.333	689
1999	98.876	29.823	649
2000 <sup>45)</sup>	97.488	28.822	630
2002	84.911	28.333	591
2004	76.055	24.704	588
2006	59.849	20.532	531

1) Seit Berichtsjahr 2000 wird die Statistik nur noch alle 2 Jahre erhoben

Quelle: Statistisches Bundesamt, Kriegsopferfürsorgestatistik

abgenommen. Die Bruttoausgaben haben sich dabei von ca. 1,3 Mio. Euro auf ca. 0,5 Mio. Euro verringert. Dass die Ausgaben für die Hilfe zur Pflege den größten Anteil an allen Leistungsausgaben stellen, wird vor allem in den ersten Jahren nach Einführung der Pflegeversicherung deutlich: Während 1995 der Anteil noch ca. 75 % betrug, reduzierte er sich allerdings auf 56 % im Jahr 2006.

#### 4.11.5 Die Finanzierung von Pflegebedürftigkeit im Überblick

Der folgende Abschnitt gibt abschließend einen Überblick über die zuvor genannten öffentlichen<sup>45</sup> und die privaten Ausgaben für Pflegebedürftigkeit im Jahr 2007.<sup>46</sup> Die öffentlichen Ausgaben können dabei den Berichterstattungen aus den jeweiligen Organisationen (Pflegeversicherung, Sozialhilfe, Kriegsopfersversorgung) entnommen werden,<sup>47</sup> während die privaten Ausgaben auf Schätzungen beruhen. Für die privaten Ausgaben für Pflege im Pflegeheim wurden die Leistungsempfänger (entsprechend ihrer Pflegestufe) mit dem pro Kopf zu tragenden Anteil an den Heimentgelten, die nicht von der Pflegeversicherung getragen werden, multipliziert. Von diesen privaten Gesamtaufwendungen für die stationäre Pflege wurden anschließend die Nettoausgaben der Sozialhilfe für Hilfe zur Pflege innerhalb von Einrichtungen abgezogen. Für die

<sup>45</sup> Die private Pflegepflichtversicherung wird für den Zweck dieser Übersicht dem öffentlichen Sektor zugerechnet, da auch sie per Gesetz gegründet wurde.

<sup>46</sup> Es handelt sich hierbei um die Ausgaben für Pflegebedürftigkeit und nicht um die Ausgaben für die Pflegebedürftigen. Ausgaben die etwa in der Krankenversicherung für Pflegebedürftige anfallen, werden daher nicht berücksichtigt.

<sup>47</sup> Bei diesem institutionellen Zugang werden damit auch die Ausgaben für Pflegegeld berücksichtigt. Die Opportunitätskosten der familialen Pflege, die insbesondere auf Einkommensausfällen für aufgegebene oder reduzierte Erwerbstätigkeit beruhen, werden dagegen nicht berücksichtigt. Würden derartige indirekte Kosten und intangible Kosten berücksichtigt, würde sich das Bild deutlich verändern.

*Tabelle 30: Ausgaben für Pflegebedürftigkeit nach Finanzierungsquelle in 2007*

Ausgabenquelle	in Mrd. €	als % der öffentl./priv. Ausgaben	als % aller Ausgaben
Öffentliche Ausgaben		100	
Soziale Pflegeversicherung	18,34	83,8	59,1
Private Pflegeversicherung	0,58	2,6	1,9
Sozialhilfe	2,67	12,2	8,6
Kriegsopferfürsorge <sup>1)</sup>	0,3	1,4	1
Private Ausgaben*		100	
Pflegeheim	6,81	74,7	22
häusliche Pflege	2,31	25,3	7,4
Insgesamt			100

\*Schätzungen  
1) Wert aus 2006  
Quelle: BMG, soziale Pflegeversicherung; Verband der privaten Krankenversicherung e. V., Zahlenbericht 2007/2008; Statistisches Bundesamt, Sozialhilfestatistik, Kriegsopferfürsorgestatistik

privaten Ausgaben für die häusliche Pflege wurden die Leistungsempfänger mit den durchschnittlichen selbst getragenen Kosten pro Kopf multipliziert.<sup>48</sup>

Wie in Tabelle 30 zu sehen ist, werden etwa 30 % der Ausgaben privat finanziert. Hier von entfallen etwa ein Viertel (=7,4 % der Gesamtkosten) auf den häuslichen und drei Viertel (= 22 % der Gesamtkosten) auf den stationären Bereich. Bei den öffentlichen Ausgaben wird mit 83,8 % der bei weitem größte Teil von der Sozialen Pflegeversicherung abgedeckt, während auf die Sozialhilfe 12,2 % entfallen. Demgegenüber ist der Anteil, der jeweils von der privaten Pflegeversicherung und der Kriegsopfersversorgung getragen wird mit 2,6 % bzw. 1,4 % relativ gering. Insgesamt entfallen auf die Soziale Pflegeversicherung 59,1 % aller Ausgaben, auf die privat getragene stationäre Pflege 22 %, auf die Sozialhilfe 8,6 %, auf die privat getragene häusliche Pflege 7,4 % und auf die Kriegsopferfürsorge, bzw. die private Pflegeversicherung 1,9, bzw. 1 %.

<sup>48</sup> Die Höhe der selbst getragenen Kosten wurde der Infratest-Repräsentativerhebung 1998 entnommen (Schneekloth/Müller 2000: 79).



## 5 Eintritt, Verlauf und Wandel von Pflegebedürftigkeit

Die amtlichen Statistiken – wie sie in Kapitel 4 ausführlich beschrieben und wiedergegeben wurden – verdeutlichen das genaue Ausmaß des jeweils aktuellen Leistungsgeschehens und stellen damit sicherlich eines der wichtigsten Datenquellen für die Pflegeberichterstattung dar. Was diesen Daten allerdings fehlt, ist die Möglichkeit, damit der Prozesshaftigkeit von Pflegebedürftigkeit gerecht zu werden – also Eintrittswahrscheinlichkeiten und Verläufe von Pflegebedürftigkeit zu bestimmen. In diesem Kapitel wird versucht, einige diesbezügliche Wissenslücken auf Basis der Analyse von GEK-Routinedaten zu schließen. Hierzu werden insbesondere die Lebenszeitprävalenz der über 60-Jährigen, also die Wahrscheinlichkeit dafür, nach Vollendung des 60. Lebensjahres jemals pflegebedürftig zu werden, die zeitlichen Dauern von Pflegebedürftigkeit und Pflegearrangements sowie Übergänge zwischen verschiedenen Pflegestufen und Pflegearrangements untersucht.

Abschnitt 5.1 liefert zunächst eine Beschreibung der verwendeten Datenbasis und der genutzten Variablen. Außerdem wird die Repräsentativität der GEK-Daten durch einen Vergleich mit der amtlichen Statistik geprüft. Im Anschluss daran wird in Abschnitt 5.2 darauf eingegangen, wer überhaupt pflegebedürftig wird und wie dieser Eintritt in die Pflegebedürftigkeit dem zeitlichen Wandel unterworfen ist. Ebenso wird auf die Determinanten der Pflegebedürftigkeit insgesamt und die Determinanten für den Übergang in ein Pflegeheim eingegangen, aber auch gefragt, wie hoch der Anteil der Versicherten ist, die am dem 60. Lebensjahr pflegebedürftig werden. Ergänzt werden diese Analysen durch Berechnungen zur „Lebenserwartung in Pflegebedürftigkeit“.

Neben Fragen zum Eintritt in die Pflegebedürftigkeit ist es von besonderem Interesse, was mit den pflegebedürftigen Männern und Frauen nach dem Eintritt in die Lebensphase „Pflegebedürftigkeit“ geschieht. In Abschnitt 5.3 werden daher die weiteren Pflegeverläufe untersucht und zwar in Bezug auf die Dauer der Pflegebedürftigkeit sowie auf Bewegungen zwischen den Pflegestufen und zwischen den Pflegearrangements. Somit werden insgesamt umfangreiche Einblicke in die dynamischen Aspekte von Pflegebedürftigkeit ermöglicht, die so mit anderen Daten als den SPV-Daten gegenwärtig in Deutschland nicht möglich sind.

Bei der Untersuchung der *Verläufe* von Pflegebedürftigkeit wird von der Art der Kategorisierung, wie sie in der amtlichen Statistik vorgenommen wird, abgewichen. Während in der Pflegestatistik der nach Leistungsart differenzierte Leistungsbezug im Fokus steht, soll im Folgenden danach unterschieden werden, ob zuhause oder im Heim gepflegt wird und ob Pflegedienste an einer häuslichen Pflege beteiligt sind.. Wir sprechen daher von „Pflegearrangements“.

Als „pflegebedürftig“ gelten in den nachfolgenden Untersuchungen die Versicherten, deren Pflegebedürftigkeit von der Pflegekasse anerkannt wurde.<sup>49</sup> Dabei ist bekannt,

---

<sup>49</sup> Der Anerkennungsbescheid der Kasse beruht dabei regelmäßig auf der Begutachtung durch den MDK. Zum Ablauf des Begutachtungsverfahrens siehe MDS (2006). Die Personen, die

dass Pflegebedürftigkeit zumeist im höheren Lebensalter auftritt und in jüngeren Jahren nur eine vergleichsweise geringere Rolle spielt (Wagner/Lürken 2002: 40ff.; Wagner/Brucker 2003: 36ff.; Schneekloth 2005: 67ff.; Abschnitt 4.4). So lag beispielsweise 2002 das Durchschnittsalter der vom MDK erstmalig als „pflegebedürftig“ begutachteten Personen bei 76,4 Jahren, wobei das Durchschnittsalter für Männer 72,2 Jahre und für Frauen 78,8 Jahre betrug. (Wagner/Brucker 2003: 36). Etwa 80% der Personen, die als pflegebedürftig eingestuft wurden, waren 70 Jahre oder älter (ebenda). Pflegebedürftigkeit ist damit in erster Linie ein Phänomen des (höheren) Alters, weshalb auch in den nachfolgenden Analysen der Fokus auf die ältere Bevölkerung gelegt wird.

## 5.1 Datenbasis für die Analyse der Pflegebedürftigkeit

Datenbasis für die Verlaufs- und Versorgungsanalysen sind prozessproduzierte Routinedaten, deren Potential für die Versorgungsforschung schon seit einiger Zeit hervorgehoben wird (Ferber/Behrens 1997; Swart/Ihle 2005; Müller/Braun 2006). Routinedaten bieten zum einen sehr hohe Fallzahlen, die andernfalls mittels Primärerhebungen nicht zu vertretbaren Kosten erhoben werden könnten. Zum anderen ermöglichen Routinedaten die Bearbeitung von wissenschaftlichen Fragestellungen, zu denen es an alternativen Datenquellen mangelt. Dies gilt insbesondere für Längsschnittanalysen zur Pflegebedürftigkeit bzw. für Studien zu Pflegeverläufen, da diesbezüglich gegenwärtig in Deutschland keine anderen Datensätze vorliegen. Die in diesem Kapitel verwendeten GEK-Routinedaten bieten die Möglichkeit zur taggenauen Abbildung des Leistungsge- schehens seit 1998.

Als Schwäche der Routinedatenanalyse wird oftmals deren teilweise unzureichende Validität genannt. Dieser Einwand trifft insbesondere dann zu, wenn die Daten nicht zahlungsrelevant sind, da die für die Dateneingabe zuständigen Sachbearbeiter Datenfelder, die folgenlos für die von ihnen zu verantwortende Zahlungsvorgänge (Stichwort: „Leistungsgewährung“) sind, mit weniger Sorgfalt bearbeiten. Entscheidend für die folgenden Untersuchungen ist, dass bei der Analyse von Pflegeverläufen ausschließlich zahlungsrelevante Variablen zum Tragen kommen. Zudem legt die GEK als Folge ihrer Kooperationen mit unterschiedlichen Forschergruppen sehr viel Wert auf die Qualität ihrer Routinedaten – auch in Bezug auf die nicht zahlungsrelevanten. Aus diesen Gründen sind die hier verwendeten Daten als sehr valide zu betrachten.

### 5.1.1 Beschreibung der GEK-Routinedaten

In den GEK-Daten sind Informationen von mehr als 3,1 Millionen Personen enthalten, die jemals im Zeitraum von 1990 – 2009 Mitglieder der GEK waren oder sind bzw. mitversichert waren oder sind. Die dabei in den GEK-Daten enthaltenen Informationen stehen in verschiedenen Teildatensätzen zur Verfügung, insbesondere den Stammdaten,

---

zwar einen Pflegebedarf haben, der aber unterhalb des Bedarfs liegt, dessen Überschreiten zu Leistungsansprüchen nach dem SGB XI führt, werden daher im Folgenden nicht berücksichtigt. Diese von Schneekloth (1995) als „Hilfebedürftige“ bezeichnete Gruppe ist noch einmal etwa 1,5-mal so groß wie die der Pflegebedürftigen im Sinne des SGB XI.

den Rentendaten, den Arbeitsunfähigkeitsdaten, den Daten über Arzneimittel-Verordnungen, Heil- und Hilfsmitteln und ambulant-ärztliche Leistungen, den Daten zur Pflegebedürftigkeit und den Daten über stationäre Behandlungen. Diese verschiedenen Teildatensätze können mittels einer pseudonymisierten, personenbezogenen Identifikationsnummer miteinander kombiniert werden.

Für die hier bearbeiteten Fragestellungen zum Eintritt, Verlauf und Wandel von Pflegebedürftigkeit wurde jeweils auf mehrere dieser Teildatensätze zurückgegriffen:

- Die *Stammdaten* liefern grundlegende demografische Informationen zum Geschlecht, Geburtsjahr, Familienstand oder zu den Mitgliedschaftszeiten.
- Der Datensatz über *stationäre Behandlungen* liefert Informationen über die Zeiten mit Krankenhausaufenthalten oder Rehabilitationsmaßnahmen. Zu diesen stationären Maßnahmen sind zudem die Diagnosen gemäß der Internationalen Klassifikation der Krankheiten (ICD-Codes) angegeben.
- Die *Pflegedaten* enthalten alle Informationen über die Leistungen der Sozialen Pflegeversicherung (SGB XI): nach Leistungsarten differenzierte Leistungsbezüge mit Beginn und Ende des jeweiligen Bezugs und ebenfalls taggenaue Angaben zur Pflegestufe.
- Die *Daten zu den Berufsverläufen* und die *Arbeitsunfähigkeitsdaten* enthalten ebenso wie die Stammdaten und die stationären Daten Informationen zu den Beitragsgruppen. Aus diesen konnte die frühere Erwerbstätigkeit (Arbeiter/Angestellte) rekonstruiert werden.

### 5.1.2 Variablenkonstruktion und Selektionen

Soweit nicht anders angegeben, wurde das Beobachtungsfenster vom 1.1.2000 – 31.12.2008 gefasst. Es wird also ein 9-Jahreszeitraum beobachtet. Im Einzelnen wurden für die nachstehenden Analysen folgende Variablen verwendet:

- Geschlecht (männlich/weiblich).
- Alter: Das Alter wurde dafür durch die Subtraktion des Geburtsjahres vom jeweiligen Beobachtungsjahr ermittelt.
- Familienstand: Als Proxy für ein Leben in Partnerschaft wurde der Familienstand berücksichtigt. Dabei werden *Verheiratete* und *Unverheiratete* (Ledige, Verwitwete, Geschiedene) unterschieden. Die „Unverheirateten“ umfassen daher teilweise auch Personen, die mit einem Partner zusammenleben. Die Variable ist als zeitveränderliche Variable aus den Stammdaten gewonnen. Sie begründet sich auf die Angabe zum Familienstand, die meist für die Versicherten vorliegt und auf die Angabe zum Versicherungsverhältnis. Mitversicherte bekommen bei der Angabe: „als Ehegatte mitversichert“ den Zustand „Verheiratet“ zugeschrieben und mitversicherte Kinder bekommen den Zustand „Ledig“ zugeschrieben, wenn für diese Personen kein Eintrag zum Familienstand vorlag.
- Frühere Erwerbstätigkeit: Um einen Proxy für den Einfluss der Arbeitswelt zu generieren, wurde rekonstruiert, ob Personen den Arbeitern oder den Ange-

stellten zuzuordnen sind. Dies geschah über die Feststellung, ob aus den Beitragsgruppen zu erkennen war, ob Beiträge an die Bundesversicherungsanstalt für Angestellte (BfA) oder Beiträge an die Landesversicherungsanstalt (LVA) entrichtet wurden.

- Erkrankungen: Zur Messung wichtiger Morbiditäten wurde auf die Diagnosen aus den stationären Daten des jeweiligen Berichtsjahres und des Vorjahres zurückgegriffen. Diese sind für den Untersuchungszeitraum fast durchgängig als ICD-10 kodiert. Für die Erfassung der Erkrankungen im Jahr 1999 und in Einzelfällen auch nach der Einführung der ICD-10 im Jahr 2000 mussten die vorliegenden ICD-9-Kodierungen berücksichtigt und rekodiert werden. Differenziert werden *bösartige Neubildungen* (ICD9: 140-209; ICD10: C00-C97), *psychische Erkrankungen* (ICD9: 290-319; ICD10: F00-F99), *neurologische Erkrankungen* (ICD9: 320-359; ICD10: G00-G99), *Herz-Kreislauf-Erkrankungen* (ICD9: 390-459; ICD10: I00-I99) sowie *Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems* (ICD9: 710-739; ICD10: M00-M99). Berücksichtigt wurden sowohl die Haupt- als auch die Nebendiagnosen. Wenn es in einem Jahr zu stationären Aufenthalten kam, ohne dass dabei eine dieser erwähnten Diagnosen vergeben wurde, dann wurde die Person der Kategorie *Sonstige Erkrankungen* zugeordnet.
- Multimorbidität: Als Proxy für Multimorbidität dienen diese sechs erwähnten Diagnosegruppen bei stationären Behandlungen. Dabei wurde danach differenziert, ob Personen unter *einem Hauptleiden*, unter *zwei Hauptleiden* oder unter *drei oder mehr Hauptleiden* litten.
- Pflegestufe: Bei der Pflegestufe wird zwischen *Pflegestufe I*, *Pflegestufe II* und *Pflegestufe III* unterschieden. Die wenigen Härtefälle wurden der Pflegestufe III zugeordnet.
- Pflegeleistung im Sinne der amtlichen Statistik: Zur Bestimmung der Pflegeprävalenzen werden folgende Leistungen nach SGB XI berücksichtigt: die Pflegesachleistungen, das Pflegegeld, die Verhinderungspflege, die Tages- und Nachtpflege die Kurzzeitpflege und die vollstationäre Pflege. Für die Überprüfung der Repräsentativität wurden die Leistungen entsprechend der amtlichen Statistik wie folgt zusammengefasst: *in Heimen versorgt* (vollstationäre Pflege, Tages- und Nachtpflege, Kurzzeitpflege), *zu Hause versorgt durch Pflegedienste* (Pflegesachleistungen, Verhinderungspflege), *zu Hause versorgt durch Angehörige* (Pflegegeld).
- Pflegearrangements: Um zu differenzieren, ob die Pflege im Wesentlichen durch nahe stehende Personen erbracht wird, oder ob häufig oder dauerhaft die häusliche Pflege um professionelle Pflegeleistungen im Sinne des SGB XI ergänzt werden oder ob die zu pflegenden Personen dauerhaft im Pflegeheim untergebracht werden, werden die Leistungen zu Pflegearrangements anders zusammengefasst: *Informelle Pflege* (Pflegegeld, Verhinderungspflege), *Formell-ambulante Pflege* (Pflegesachleistungen, Kurzzeitpflege, Tages- und Nachtpflege), *Vollstationäre Pflege im Heim* (vollstationäre Pflege).

Auf Grund der Datenbasis, ist Pflegebedürftigkeit im Rahmen dieses Pflegereports immer *sozialrechtlich* zu verstehen. Es gelten damit immer nur diejenigen Personen als pflegebedürftig, die pflegebedürftig *im Sinne des SGB XI* sind.

Für die nachstehenden Analysen der Inzidenzen und weiteren Pflegeverläufe, die auf den soeben beschriebenen Daten basieren, wurden ausschließlich pflegebedürftige Männer und Frauen berücksichtigt, die bei einem erstmaligen Pflegeleistungsbezug mindestens 60 Jahre alt waren. Bei der Untersuchung der Prävalenzen werden alle diejenigen betrachtet, die zum Beobachtungszeitpunkt mindestens 60 Jahre alt waren. Damit soll der Fokus auf die Pflegebedürftigkeit im höheren Lebensalter gelegt werden.<sup>50</sup> Für die Analysen wurde außerdem kontrolliert, dass sie im Jahr zuvor mindestens 365 Tage versichert waren, um zu verhindern, dass die Kontrollvariablen einem Selektionsbias unterliegen.

### 5.1.3 Zur Repräsentativität der GEK-Routinedaten

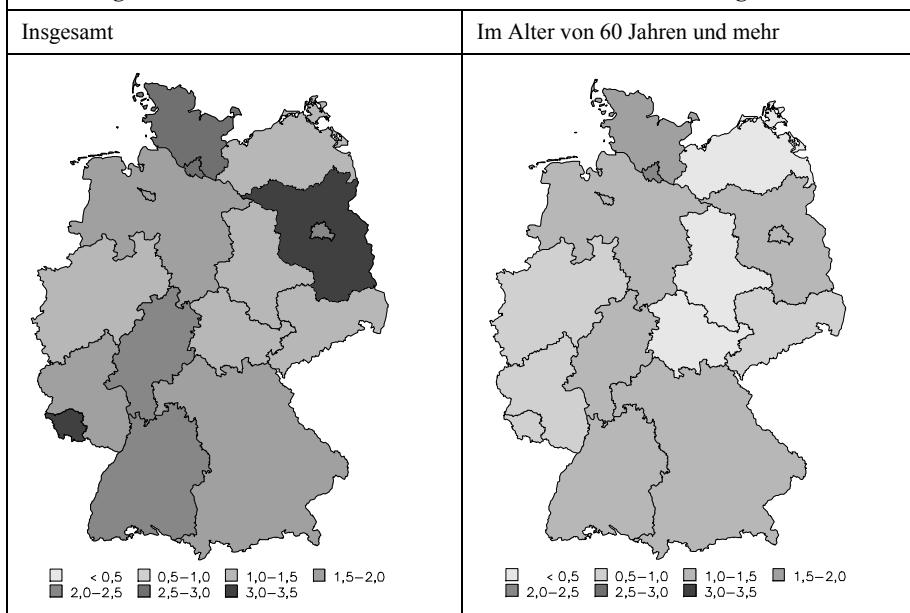
Der Anteil der GEK-Versicherten an der Bevölkerung beträgt in jedem Bundesland mehr als 1 %. Somit ist ein höherer Bevölkerungsanteil abgedeckt als z. B. im Mikrozensus. Die geringsten Anteile sind noch in Sachsen-Anhalt (1,13 %), in Sachsen (1,18 %), in Mecklenburg-Vorpommern (1,34 %), Thüringen (1,37 %) und Nordrhein-Westfalen (1,37 %) zu finden. Unter zwei Prozent bleiben die Anteile dann noch in Rheinland-Pfalz (1,74 %), Bremen (1,78 %) und Niedersachsen (1,98 %). Zwischen zwei und drei Prozent liegen die Anteile in Hessen (2,17 %), Berlin (2,22 %), Baden-Württemberg (2,46 %), Hamburg (2,76 %) und Schleswig-Holstein (2,84 %). Sogar über drei Prozent liegen die Anteile in Brandenburg (3,10 %) und im Saarland (3,23 %) (Abbildung 30).

Wie bereits ausgeführt, wird für die Darstellung und Analysen der Pflegeleistungen im Folgenden auf die mindestens 60-Jährigen abgestellt. Daher ist von besonderer Bedeutung, wie der Anteil der GEK-Versicherten in dieser Alterskategorie ist. Da die GEK im Durchschnitt jüngere Mitglieder hat, sind die Anteile an der Bevölkerung bei den über 60-Jährigen insgesamt geringer als die Anteile an der Bevölkerung, wenn alle Altersjahre zusammen betrachtet werden. Die Unterschiede in der Repräsentation zwischen den einzelnen Bundesländern stellen sich vergleichbar dar wie bei der Gesamtbeobachtung. Ebenfalls sind in den Ländern Sachsen-Anhalt (0,32 %), Mecklenburg-Vorpommern (0,37 %), Thüringen (0,42 %), Sachsen (0,57 %) und Nordrhein-Westfalen (0,66 %) die geringsten Anteile zu finden. In Rheinland-Pfalz (0,81 %) und im Saarland (0,97 %) werden ebenfalls noch etwas weniger als ein Prozent der über 60-jährigen Bevölkerung durch die GEK-Versicherten repräsentiert. Mehr als ein Prozent der Bevölkerung sind in Niedersachsen (1,05 %), in Brandenburg (1,08 %), in Berlin (1,11 %),

---

<sup>50</sup> Da es sich bei den jüngeren Pflegebedürftigen primär um behinderte Menschen handelt, deren Lebensumstände ganz andere Probleme aufwerfen, stehen diese hier nicht im Mittelpunkt des Interesses und wurden nicht berücksichtigt. Entsprechend wurden die Leistungen für Pflege in vollstationären Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen nach § 43a SGB XI hier nicht berücksichtigt.

Abbildung 30: Anteil der GEK-Versicherten an der Gesamtbevölkerung im Jahr 2007



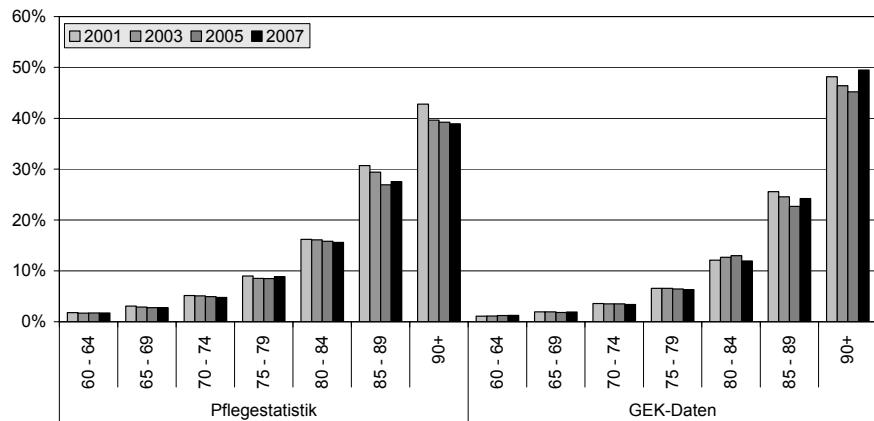
in Bremen (1,12 %), in Bayern (1,19 %), in Hessen (1,35 %), in Baden-Württemberg (1,47 %) und Schleswig-Holstein bei der GEK versichert. In Hamburg liegt der Anteil sogar bei 2,17 %.

Der höchste Anteil der GEK-Versicherten an der Bevölkerung findet sich also im Süden, im Norden und um Berlin. Dies gilt sowohl für die Gesamtbevölkerung als auch für die Bevölkerung im Alter von mindestens 60 Jahren. Aber auch in den Bundesländern mit einem geringen Anteil von GEK-Versicherten, ergeben sich höhere Anteils-werte als in vielen Bevölkerungsstichproben, die für Deutschland insgesamt eine hohe Repräsentativität beanspruchen. Die geringste Personenzahl an GEK-Versicherten im Jahr 2007 ist in Mecklenburg-Vorpommern zu finden. Selbst dort sind es noch 1.606 Personen. Für die anderen beiden Länder mit einem Anteil von weniger als 0,5 % der Bevölkerung im Alter von 60 Jahren und mehr stehen Informationen von 2.229 Personen (Sachsen-Anhalt) bzw. 2.619 Personen (Thüringen) zur Verfügung. Die Sächsische Bevölkerung wird durch 6.979 GEK-Versicherte vertreten, im Saarland sind es 2.688, in Rheinland-Pfalz 8.190 und in Nordrhein-Westfalen 29.546 GEK-Versicherte im Alter von 60 Jahren und mehr. In absoluten Zahlen gemessen ist Baden-Württemberg mit Daten von 37.312 versicherten Personen am besten vertreten.

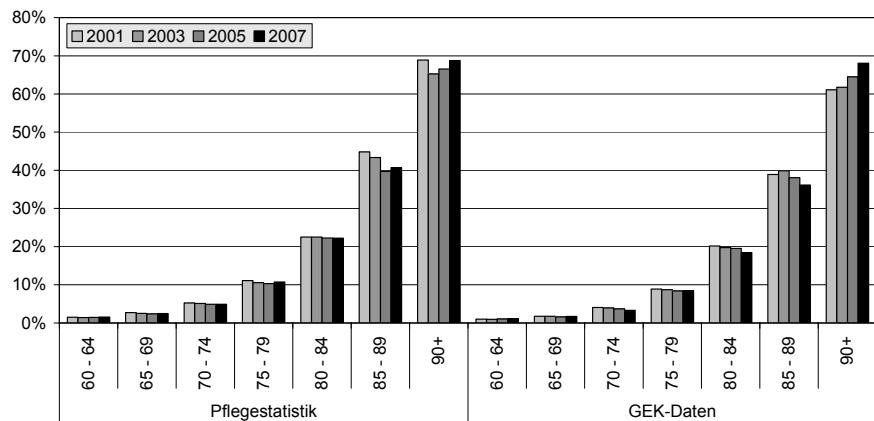
Zur weiteren Bewertung der Datenqualität werden die Pflegedaten aus den GEK-Routinedaten den amtlichen Statistiken gegenübergestellt. Verglichen werden die Pflegeprävalenzen der Bevölkerung über 60 Jahren (Abbildung 31). Als Bewertungskriterien werden die absoluten Unterschiede innerhalb der einzelnen Kategorien, die relativen

Abbildung 31: Pflegeprävalenz nach Alter und Geschlecht – Vergleich von Pflegestatistik und GEK-Daten

a) Männer



b) Frauen



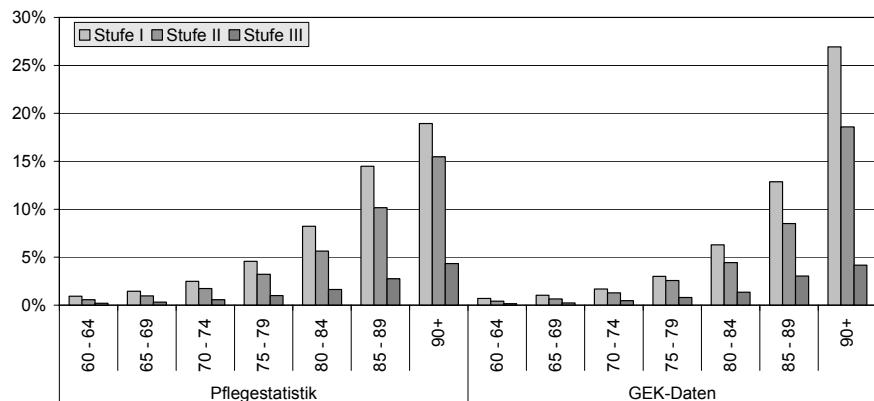
Quelle: Pflegestatistik 2007; GEK-Daten

Unterschiede zwischen Männern und Frauen und die relativen Unterschiede zwischen den Alterskategorien betrachtet.

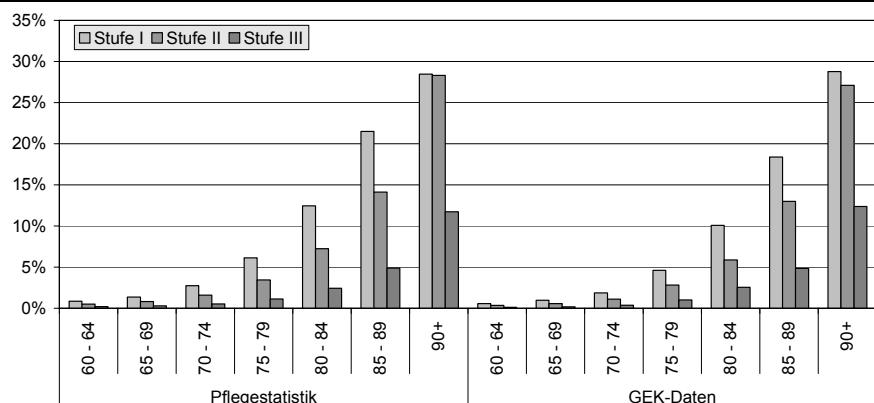
Der Blick auf die *absoluten Werte* zeigt zunächst für die jüngste Alterskategorie jeweils sehr geringe Prävalenzen in beiden Datenquellen. Mit dem Alter steigt in beiden Fällen die Prävalenz exponentiell an. Die größte Differenz zwischen amtlicher Statistik und GEK-Daten ergibt sich dann in der Alterskategorie 85-90. Für Männer ergibt sich laut der amtlichen Statistik in dieser Alterskategorie eine Prävalenz von 27,5% und auf

Abbildung 32: Prävalenzen nach Altersgruppen, Geschlecht und Pflegestufen im Jahr 2007 – Vergleich von Pflegestatistik und GEK-Daten

a) Männer



b) Frauen



Quelle: Pflegestatistik 2007; GEK-Daten

Basis der GEK-Daten eine von 24,2 %. Für Frauen liegen die Werte bei 40,7 % bzw. 36,1 % für das Jahr 2007.

Der *Geschlechterunterschied* liegt in der Alterskategorie 85-90 auf Basis der amtlichen Statistik bei 13,2 Prozentpunkten und auf Basis der GEK-Daten bei 11,9 Prozentpunkten. In der amtlichen Statistik liegt die Prävalenz bei den Frauen in diesem Alter um 48 % höher als bei den Männern und auf Basis der GEK-Daten um 49 % höher.

Betrachtet man die Relationen zwischen den Alterskategorien ergeben sich folgende Unterschiede: Die Berechnung der Relation der Prävalenz bei den 85-90-Jährigen im Vergleich zu den 60-65-Jährigen ergibt auf Basis der amtlichen Statistik einen Faktor

von 23,3 und auf Basis der GEK-Daten einen Faktor von 26,8. Alle anderen Unterschiede in den Relationen bezüglich des Alters sind geringer.

Ein Vergleich mit den Prävalenzen der vorherigen Erhebungsjahre 2001, 2003 und 2005 zeigt, dass die Prävalenzen auf Basis beider Datenquellen jeweils sehr konstant bleiben. Daher ist also auch für zukünftige Untersuchungen eine Prognose für die Gesamtbevölkerung auf Basis der GEK-Daten möglich, wenn für jede Alterskategorie eine entsprechende Gewichtungsvariable mit berücksichtigt wird. Insgesamt liegt die Prävalenz bei den GEK-Versicherten etwas niedriger, aber die Struktur der Alters- und Geschlechterunterschiede bleibt vergleichbar.

Betrachtet man die Prävalenzen differenziert nach Pflegestufen, zeigen sich auch eher Niveau- als Strukturunterschiede. Auf Basis der Pflegestatistik und gleichermaßen auf Basis der GEK-Daten ist der Anteil der Personen mit Pflegestufe I deutlich höher als der Anteil der Personen mit Pflegestufe II oder mit Pflegestufe III. Selbst die relativ ähnlichen Anteile der über 90-jährigen Frauen mit Pflegestufe I und Pflegestufe II spiegeln sich in beiden Datenquellen wieder. Allerdings ist auch zu beobachten, dass die geringere Prävalenz unter den GEK-Versicherten mehr in den niedrigeren Pflegestufen zu finden ist als in Pflegestufe III. Abgesehen von den Unterschieden bei den über 90-jährigen Männern, bei denen in Pflegestufe I ein Unterschied von 8 Prozentpunkten gemessen wird, findet sich der größte Unterschied bei den Männern im Alter von 80-84 in Pflegestufe I von 1,9 Prozentpunkten und bei den Frauen im Alter von 86-89 Jahren in Pflegestufe I von 3,1 Prozentpunkten.

Insgesamt lässt sich somit festhalten, dass die gemessene Prävalenz auf Basis der GEK-Daten zwar insgesamt etwas geringer ist, aber zur Bestimmung der Unterschiede von Subpopulationen sind diese Daten hervorragend geeignet. Diese Aussage betrifft zunächst nur die Pflegebedürftigkeit ab einem Alter von mindestens 60 Jahren. Andere Altersgruppen wurden an dieser Stelle nicht überprüft. Da die amtlichen Daten – im Gegensatz zu den GEK-Daten – auch Personen der Privaten Pflegeversicherung einschließen und diese nur einen geringen Anteil ausmachen, kann davon ausgegangen werden, dass die Ergebnisse der hier genutzten Datenbasis sich gut auf die Versicherten der Sozialen Pflegeversicherung übertragen lassen. Eine höhere Männerquote in der GEK ist insofern unproblematisch als alle Analysen für Männer und Frauen getrennt durchgeführt werden.

#### 5.1.4 Grundauszählungen der differenzierenden Merkmale

Tabelle 31 zeigt die Anteile der über 60-jährigen GEK-Versicherten in den einzelnen Jahren differenziert nach den Merkmalen, die auch später in den Analysen berücksichtigt werden. Der Anteil der männlichen Versicherten liegt über alle Beobachtungsjahre stets höher als der Anteil der weiblichen Versicherten. Dieser Unterschied nimmt aber über die Jahre 2000–2008 von 21 Prozentpunkten auf 17,4 Prozentpunkte ab. Die meisten Versicherten im Alter über 60 Jahren sind 60–64 Jahre alt. Dies gilt zumindest für alle Jahre bis 2006. Ab diesem Jahr ist die größte Alterskategorie diejenige der 65–69-Jährigen (über 30%). Die weiteren Alterskategorien sind deutlich geringer besetzt.

*Tabelle 31: Anzahl der Personen im Alter von 60 Jahren und mehr im jeweiligen Untersuchungsjahr und die Anteile der differenzierenden Merkmale je Jahr*

Merkmal	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
N in 1.000	138	149	158	167	177	190	204	218	232
davon in Prozent									
Inzidenzen	1,4	1,3	1,3	1,3	1,3	1,3	1,3	1,3	1,4
Frauen	39,5	39,3	39,2	39,3	39,5	39,9	40,3	40,8	41,3
Männer	60,5	60,7	60,8	60,7	60,5	60,1	59,7	59,2	58,7
Alter 60 – 64	42,3	41,9	40,4	38,6	36,5	32,9	30,7	30,3	30,0
Alter 65 – 69	24,4	25,5	26,9	28,6	29,8	31,5	32,2	31,4	30,2
Alter 70 – 74	17,6	16,7	16,2	15,6	15,9	17,0	18,3	19,5	20,8
Alter 75 – 79	10,1	10,1	10,2	10,7	11,0	11,2	10,9	10,6	10,3
Alter 80 – 84	3,5	4,0	4,6	5,0	5,2	5,5	5,7	5,9	6,1
Alter 85 – 89	1,7	1,4	1,2	1,1	1,2	1,5	1,8	2,0	2,2
Alter 90 +	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4	0,3
(ehem.) Arbeiter	60,3	59,9	59,7	59,4	59,0	58,3	57,3	57,0	56,8
(ehem.) Angestellter	37,3	37,7	38,0	38,3	38,5	38,8	39,3	39,1	38,9
Ledig	3,8	4,0	4,0	4,1	4,2	5,2	5,1	4,9	4,9
Verheiratet	80,7	80,8	80,1	80,8	80,5	79,7	79,6	79,5	79,6
Verwitwet	11,3	10,8	11,2	10,3	10,3	10,0	10,0	10,0	9,7
Geschieden	4,2	4,4	4,6	4,8	5,0	5,1	5,3	5,6	5,8
Bösartige Neubildung	4,2	4,5	4,7	4,9	5,0	4,8	4,7	4,7	4,8
Psychische Störung	1,9	2,4	3,2	4,4	5,0	4,9	4,8	4,7	4,8
Neurologische Erkrank.	2,1	2,9	3,5	4,4	5,1	5,4	5,5	5,7	5,9
Herz-/Kreislauf	13,9	15,3	17,7	20,5	22,0	22,0	22,0	22,2	22,5
Muskel-Skelett-System	9,4	10,0	10,1	10,8	11,0	10,8	10,9	11,2	11,6
Sonstige Erkrankungen	13,5	12,2	10,6	9,0	7,8	7,7	7,9	8,4	8,6
Ohne diese Hauptleiden	64,8	64,6	64,7	64,4	64,5	64,9	64,7	64,2	63,5
Eine Hauptleiden	27,1	26,0	24,1	22,1	20,6	20,3	20,3	20,6	20,8
Zwei Hauptleiden	6,6	7,3	8,4	9,5	10,3	10,2	10,3	10,4	10,7
Mehr Hauptleiden	1,5	2,1	2,8	4,0	4,6	4,6	4,6	4,8	5,0

Die GEK war ursprünglich eine Krankenkasse für Metallarbeiter. Dies zeigt sich auch im hohen Anteil der (ehemaligen) Arbeiter unter den über 60-Jährigen (abnehmend von 60 % auf 57 %). Über alle Jahre sind jeweils ca. 80 % der über 60-Jährigen verheiratet. Dabei sind aber zunehmende Anteile an Geschiedenen zu beobachten (4 %–6 %). Durch verändertes Kodierverhalten im Krankenhaus steigt die Zahl der Diagnosen insbesondere im Zeitraum von 2000–2004 an. Dadurch werden einem größeren Anteil der Personen Erkrankungen zugeschrieben.<sup>51</sup> Ein relativ konstanter Anteil von 4 %–5 % ergibt sich dennoch für die Zahl der Krebsdiagnosen im jeweils aktuellen oder im Vorjahr. Drastischer steigt der Anteil der Personen mit psychischen Diagnosen im Zeitraum von 2000–2004 von 2 % auf 5 % an. Ebenso sieht es mit den neurologischen

<sup>51</sup> Verantwortlich für verändertes Kodierverhalten können die Verpflichtung zur Dokumentation nach § 301 SGB V aber auch die Einführung des neuen Abrechnungssystems ab 2003 sein.

Erkrankungen aus. Auf höherem Niveau lässt sich die gleiche Entwicklung bei den Diagnosen der Erkrankungen des Herz-/Kreislaufsystems beobachten. Hierbei steigen die Anteile von 14 % auf 22 %. Muskulo-skeletale Erkrankungen werden ebenso wie Krebserkrankungen nur in geringem Umfang mehr diagnostiziert. Die Restkategorie umfasst die Diagnosen aus den Krankenhausaufhalten, die nicht durch die bisherigen genannten Diagnosegruppen abgedeckt sind. Eine Zuordnung ergibt sich nur dann, wenn keine der anderen Diagnosen vergeben wurde. Entsprechend der sich im Zeitverlauf verändernden Diagnosekodierungen nimmt somit die Restkategorie im Ausmaß ab. Sie sinkt von 13 % auf 8 %. Der Anteil der Personen, die keine Krankenhausaufenthalte hatte, blieb mit ca. 64 % sehr konstant. Entsprechend des veränderten Kodierverhaltens steigt im Zeitraum von 2000–2004 der Anteil der Personen mit mehreren dokumentierten Hauptleiden an.

## 5.2 Wer wird pflegebedürftig?

In der amtlichen Statistik werden nur bestimmte Pflegeleistungen für die Ermittlung der Zahl der Leistungsempfänger berücksichtigt. Dies sind Pflegegeld, Pflegesachleistung, Verhinderungspflege, teilstationäre Pflege, Kurzzeitpflege und vollstationäre Heimpflege. Die Messung der Zahl der Leistungsempfänger wird in diesem Report in gleicher Weise vorgenommen. Zusätzlich stehen in den in diesem Kapitel verwandten Routinedaten noch Informationen zur Behindertenpflege zur Verfügung. Diese werden hier wie in der amtlichen Statistik nicht weiter berücksichtigt. Ebenso werden bei der Auszählung der Leistungsempfänger nicht jene Leistungen berücksichtigt, die nicht originäre und eigenständige Pflegeleistungen sind, sondern als Zusatzeleistungen zu verstehen sind. Hierzu gehören Zuschüsse für stationäre Pflege, Kostenerstattungen an Vertragseinrichtungen ohne Vertragsvereinbarung, Maßnahmen zur Verbesserung des individuellen Wohnumfeldes, zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel, technische Hilfsmittel und Betreuungsleistungen. Außerdem werden im Folgenden die Zeiten nicht berücksichtigt, in denen Leistungsansprüche ruhen.

In den GEK-Daten ist für jede Person, die Leistungen nach SGB XI bezieht, der Zugangszeitpunkt zur Pflege vermerkt. Außerdem ist für jede Leistung das Anfangs- und Enddatum vermerkt. In vielen Fällen liegen die Zeitpunkte des Pflegezugangs vor dem Anfangsdatum der ersten definierten Pflegeleistungen. Dies kann u. a. dann vorkommen, wenn ein Versicherter neu in die GEK eintritt und zuvor schon Pflegeleistungen erhalten hat, welche nun aber nicht in den GEK-Daten dokumentiert sind. Liegen solche Fälle vor, können diese nicht mehr als inzidente Fälle gewertet werden, weil die Vorinformation über Leistungsinhalt und Pflegestufe fehlen. Dieser Umstand ist besonders häufig zu Beginn der Datenerhebung (1998) festzustellen, aber eben auch bei Personen, die neu in die Versicherung eintreten. So sind beispielsweise bei den über 90.000 HZK-Versicherten, die nach der Fusion von GEK und HZK mit dem 1. Juli 2008 zu GEK-Versicherten wurden, über 3.200 Personen mit einem Beginn von Pflegegeld, Pflegesachleistung, Verhinderungspflege, Kurzzeitpflege, Tages- oder Nachtpflege oder vollstationäre Pflege zum 1. Juli 2008 registriert, die nicht als inzidente Fälle gewertet werden können. Diese typische Art der Linkzensierung der Daten, verhindert eine Messung der Wahrscheinlichkeit, pflegebedürftig zu werden. Für die

Tabelle 32: Anzahl der Inzidenten Fälle nach Jahr, Eingangspflegestufe und -leistung										
Jahr	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	Gesamt
N	1959	1892	2024	2105	2292	2459	2697	2897	3185	21510
<u>Eingangs-</u> <u>leistung</u>										
informelle Pflege	1213	1241	1287	1294	1473	1558	1652	1866	2086	13670
formell-ambul. Pflege	473	387	437	445	513	586	659	652	750	4902
vollstationäre Pflege	273	264	300	366	306	315	386	379	349	2938
<u>Eingangs-</u> <u>pflegestufe</u>										
Stufe I	1146	1124	1168	1271	1393	1526	1718	1901	2144	13391
Stufe II	621	569	662	640	722	753	795	812	844	6418
Stufe III	192	199	194	194	177	180	184	184	197	1701

Quelle: GEK-Daten

Messung der Inzidenz wird daher nicht nur darauf geachtet, dass es keine Pflegezugeangszeiten vor den ersten definierten Pflegeleistungen gibt, sondern auch noch darauf, dass die Versicherten vor dem ersten Bezug von Pflegeleistungen mindestens einen Tag ohne Pflegeleistungen und im gesamten Vorjahr durchgängig versichert waren. In der Summe über die Beobachtungsjahre 2000-2008 sind somit insgesamt 21.510 inzidente Fälle zu beobachten (Tabelle 32).

In den folgenden Abschnitten soll nun detaillierter untersucht werden, durch welche Merkmale sich die pflegebedürftigen Menschen charakterisieren lassen (Abschnitt 5.2.1), wie der (altersabhängige) Eintritt in die Pflegebedürftigkeit erfolgt und vor allem, wie dieser Eintritt in die Pflegebedürftigkeit dem zeitlichen Wandel unterworfen ist (Abschnitt 0). Diese tiefer gehenden Analysen erlauben damit die Beantwortung von Fragen, die mit amtlichen Daten (Kapitel 4) *nicht* zu beantworten sind: Hat sich die Wahrscheinlichkeit pflegebedürftig zu werden in den letzten Jahren erhöht oder verringert? Sind einzelne Pflegestufen von diesen Entwicklungen besonders betroffen? In einem weiteren Abschnitt sollen die Einflussfaktoren, die den Eintritt in die Pflegebedürftigkeit beeinflussen, dargestellt werden (Abschnitt 5.2.3). Darüber hinaus werden die genannten Analysen zum Eintritt und den Einflussfaktoren von Pflegebedürftigkeit ebenfalls für den Übergang in die stationäre Pflege, also ins Pflegeheim durchgeführt (Abschnitte 5.2.4 und 5.2.5).

Abschließend soll der Frage nachgegangen werden, wie sich die Pflegebedürftigkeit im Lebensverlauf darstellt. Hierzu wird zum einen, eine *individuelle* Perspektive verfolgt und gefragt, wie wahrscheinlich es ist, überhaupt im verbleibenden Lebensverlauf pflegebedürftig zu werden (Abschnitt 5.2.6). Zum anderen wird eine *populationsbezogene* Analyse durchgeführt, die Aufschluss darüber gibt, welcher Anteil an der Lebenserwartung durchschnittlich in Pflegebedürftigkeit verbracht wird (Abschnitt 5.2.7).

### 5.2.1 Charakterisierung der inzidenten Fälle

Diese zunächst den Analysen vorangestellte Deskription dient der Charakterisierung der neu in die Pflegebedürftigkeit eingetretenen Menschen und dem Wandel dieser Charakteristika. Sie sagt damit jedoch noch nichts über die Risiken aus, dass beispielsweise bestimmte Merkmalsausprägungen eine Pflegebedürftigkeit begünstigen oder erschweren, da für solche Aussagen der Bezug zur Merkmalsverteilung der gesamten Bevölkerung nötig ist.

Wie in Tabelle 33 zu sehen ist, erfolgt der Eintritt in die Pflegebedürftigkeit für Männer meist mit Pflegestufe I bei steigender Tendenz (51-64 %), während der Pflegebeginn in Pflegestufe II (36-28 %) und Pflegestufe III (13-8 %) im Zeitverlauf zurückgeht. Bei den Frauen (Tabelle 34) verläuft die Entwicklung ähnlich, jedoch mit höheren Anteilen in Pflegestufe I (66-72 %) und geringeren Anteilen in Pflegestufe II (28-24 %) und Pflegestufe III (7-4 %). Deutliche Unterschiede zwischen den Geschlechtern zeigen sich beim Familienstand. Während Männer bei Pflegebeginn noch zu ca. 80 % verheiratet und zu ca. 12 % verwitwet sind, sind die Anteile bei den Frauen relativ ähnlich. Sie belaufen sich im Zeitraum von 2000 bis 2008 auf ca. 40-50 %. Die Ledigen und Geschiedenen-Anteile sind bei beiden Geschlechtern mit ca. 3-5 % gering vertreten. Ebenfalls bei Männern und Frauen finden sich weniger Angestellte (ca. 27-35 %) als Arbeiter.

Betrachtet man die Erkrankungen, dann weisen im Jahr 2008 erstmals pflegebedürftige Männer zu ca. 31-37 % bösartige Neubildungen, psychische- und neurologische Erkrankungen und zu 72 % Herz-Kreislauf Erkrankungen auf. Muskel-Skelett Erkrankungen finden sich dagegen lediglich bei ca. 22 % der Männer. Bei den Frauen finden sich der Tendenz nach ähnliche Werte. Mit ca. 21 % sind bösartige Neubildungen am wenigsten verbreitet, während psychische-, neurologische und Muskel-Skelett Erkrankungen mit ca. 30-33 % vertreten sind. Häufigste Erkrankung ist ebenfalls Herz-Kreislauf mit ca. 65 %.

Veränderungen der Erkrankungshäufigkeit im Zeitverlauf sind nur eingeschränkt zu interpretieren, da insbesondere die Einführung des DRG-Systems 2003 („Diagnose Related Groups“), dessen Ziel die Umstellung auf eine vollständig fallpauschalenbasierte Finanzierung der Krankenhäuser war, vermutlich auch mit einem geänderten Kodierverhalten bei Haupt- und Nebendiagnosen verbunden war. Ein wesentliches Problem hierbei ist, dass Diagnosen zur Abrechnung gebracht werden können, die bereits Bestandteil einer DRG sind, um dadurch eine Höherbewertung zu erreichen (Wasem et. al 2007). Dementsprechend weist die Erkrankungshäufigkeit (mit Ausnahme der bösartigen Neubildungen) zwischen 2002 und 2004 einen deutlichen Anstieg auf, während sie in der Folgezeit weitgehend stabil bleibt.

*Tabelle 33: Anteile erstmalig pflegebedürftiger Männern nach Jahr, Pflegestufe, Familienstand, Sozialschicht und Gesundheitszustand (in %)*

	Jahr				
	2000	2002	2004	2006	2008
Pflegestufe I	51,1	52,0	55,0	57,6	64,0
Pflegestufe II	35,8	36,6	35,7	34,0	28,4
Pflegestufe III	13,1	11,5	9,4	8,5	7,7
Familienstand					
Ledig	4,1	3,7	5,3	5,6	4,6
Verheiratet	78,0	80,9	78,7	78,9	79,2
Verwitwet	12,8	12,3	11,7	11,7	10,8
Geschieden	5,1	3,1	4,3	3,8	5,4
Angestellte	31,2	32,6	34,6	34,6	34,3
Erkrankungen					
bös. Neubildungen	30,9	35,1	38,4	35,7	31,3
Psychische	13,8	23,6	40,5	38,8	35,4
Neurologische	16,0	26,9	38,0	40,0	37,6
Herz-Kreislauf	52,6	64,8	76,9	72,7	72,2
Muskel-Skelett	11,7	16,8	22,4	24,0	22,6
Durchschnittsalter	74,7	75,2	75,1	75,8	75,9

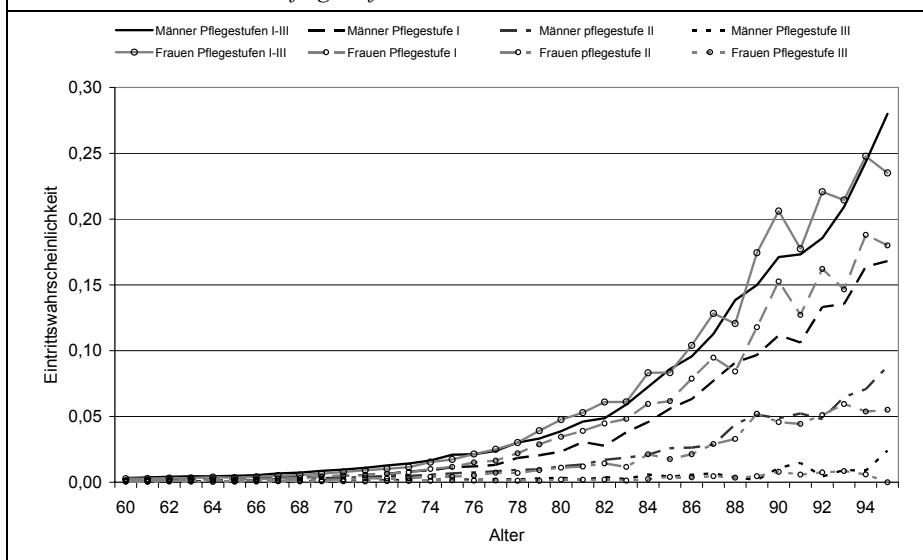
*Tabelle 34: Anteile erstmalig pflegebedürftiger Frauen nach Jahr Pflegestufe, Familienstand, Sozialschicht und Gesundheitszustand (in %)*

	Jahr				
	2000	2002	2004	2006	2008
Pflegestufe I	65,8	65,2	68,3	71,8	72,3
Pflegestufe II	27,7	27,9	26,4	23,8	23,8
Pflegestufe III	6,6	6,9	5,3	4,4	4,0
Familienstand					
Ledig	4,0	4,7	3,3	8,4	4,9
Verheiratet	44,7	41,8	48,0	45,4	48,6
Verwitwet	48,5	51,1	44,9	42,2	43,3
Geschieden	2,8	2,4	3,7	4,0	3,2
Angestellte	27,3	31,2	32,8	35,1	35,3
Erkrankungen					
bös. Neubildungen	18,5	18,4	20,8	19,7	20,8
Psychische	12,7	23,0	34,7	33,8	33,5
Neurologische	11,1	19,5	28,5	28,8	29,9
Herz-Kreislauf	46,9	58,4	67,7	64,8	65,5
Muskel-Skelett	16,4	21,0	28,9	31,1	30,2
Durchschnittsalter	78,5	79,0	78,4	78,6	78,9

## 5.2.2 Inzidenzen und Wandel von Pflegebedürftigkeit

Betrachtet man die Eintrittswahrscheinlichkeiten in die Pflegebedürftigkeit (Abbildung 33) dann zeigt sich, dass die Wahrscheinlichkeit pflegebedürftig zu werden, mit zunehmendem Alter ansteigt. Während beispielsweise noch nicht pflegebedürftige 80-jährige Männer zu ca. 5% innerhalb eines Jahres pflegebedürftig werden, sind es im Alter von 85 Jahren bereits ca. 10% und im Alter von 90 Jahren ca. 20%. Die Wahrscheinlichkeit, eine Pflegebiografie mit Pflegestufe I zu beginnen, ist dabei am größten. Etwa halb so groß ist in jedem Alter die Wahrscheinlichkeit in Pflegestufe II zu beginnen. Die Wahrscheinlichkeit, mit Pflegestufe III in die Pflegebedürftigkeit zu gelangen, ist selbst in den höheren Altersjahren geringer als 1%. Insgesamt zeigen die Analysen damit, dass Pflegebiografien überwiegend in Pflegestufe I und II beginnen und ein Pflegebeginn in Pflegestufe III äußerst selten ist. Darüber hinaus wird auch deutlich, dass sich die Inzidenzen der Pflegebedürftigkeit zwischen Männern und Frauen nicht gravierend unterscheiden und dies umso weniger je höher die Pflegestufe ist. Während die Inzidenzen in Pflegestufe I (sowie bezogen auf alle Pflegestufen insgesamt) bei Frauen noch leicht über denen der Männer liegen, unterscheiden sich die Inzidenzen in Pflegestufe II und III kaum noch.

Abbildung 33: Eintrittswahrscheinlichkeit in die Pflegebedürftigkeit für Männer und Frauen ab Alter 60 nach Pflegestufe



Im Folgenden wird untersucht, ob sich die Wahrscheinlichkeit, pflegebedürftig zu werden, in den letzten Jahren erhöht oder verringert hat, sowie, ob einzelne Pflegestu-

Tabelle 35: Inzidenzen von Männern nach Alter, Jahr und Pflegestufe (in %)

Pflegestufe	Alter	Jahr				
		2000	2002	2004	2006	2008
I-III	60-69	0,51	0,48	0,50	0,49	0,57
	70-79	1,76	1,91	1,76	1,63	1,57
	80-89	7,27	6,50	6,16	6,11	6,37
	90-	16,61	19,79	18,85	21,95	19,96
I	60-69	0,24	0,22	0,25	0,26	0,33
	70-79	0,81	0,99	0,93	0,89	1,00
	80-89	4,51	3,77	3,85	3,78	4,36
	90-	11,07	10,60	10,86	15,24	12,57
II	60-69	0,19	0,17	0,19	0,16	0,19
	70-79	0,71	0,70	0,68	0,61	0,43
	80-89	2,22	2,35	1,86	1,98	1,70
	90-	4,06	8,83	6,39	5,49	3,89
III	60-69	0,09	0,09	0,06	0,07	0,06
	70-79	0,24	0,22	0,15	0,13	0,13
	80-89	0,53	0,37	0,45	0,34	0,31
	90-	1,48	0,35	1,60	1,22	1,50

fen von diesen Entwicklungen besonders betroffen sind. Hierzu wird in Tabelle 35 für Männer und in Tabelle 36 für Frauen die zeitliche Entwicklung der Inzidenzen jeweils für 10-Jahres-Alterskategorien untersucht. Dabei sind die Fallzahlen in der Kategorie der über 90-Jährigen sehr gering, so dass Ergebnisse für diese Alterskategorie mit Vorsicht interpretiert werden müssen. Es dominieren für die Entwicklung der aus den Inzidenzen resultierenden *absoluten inzidenten Fälle* bei Männern und Frauen die Altersbereiche 60-89, da diese in der untersuchten Population am stärksten vertreten sind.

Bei den Männern (Tabelle 35) zeigt sich über alle Pflegestufen hinweg zunächst ein uneinheitliches Bild mit einer tendenziellen Abnahme der Inzidenz in den mittleren Alterskategorien der 70-89-Jährigen und einem tendenziellen Anstieg der Inzidenz in der untersten (60-69) und obersten Altersgruppe (90 Jahre und älter). Diese Entwicklung lässt sich jedoch auf unterschiedliche und z. T gegenläufige (!) Entwicklungen in den einzelnen Pflegestufen zurückführen. So nehmen die Inzidenzen in Pflegestufe I eher zu, insbesondere bei den 60-69-Jährigen und bei den 70-79-Jährigen, während in Pflegestufe II und III bei den 70-89-Jährigen bereits ein kontinuierlicher Rückgang der Inzidenzen zu beobachten ist. Mit zunehmender Pflegestufe kommt es damit ebenfalls zu einem stärkeren Rückgang der Inzidenzen im Zeitverlauf.

Für die Frauen (Tabelle 36) geben die Befunde noch deutlicheren Anlass für Optimismus. So zeigen sich nahezu ausnahmslos (abgesehen von der geringer besetzten Alterskategorie der über 90-Jährigen) Rückgänge der Inzidenzen im Zeitverlauf über alle Pflegestufen (lediglich die Inzidenzen der 60-69-Jährigen Frauen weisen insgesamt sowie mit einer Eingangspflegestufe I eine sehr uneinheitliche Entwicklung auf). Auffallend ist dabei ein z. T. stärkerer Rückgang zwischen 2000 und 2002 als in den Fol-

Tabelle 36: Inzidenzen von Frauen nach Alter, Jahr und Pflegestufe (in %)

Pflegestufe	Alter	Jahr				
		2000	2002	2004	2006	2008
I-III	60-69	0,41	0,36	0,39	0,40	0,37
	70-79	2,35	1,60	1,84	1,53	1,39
	80-89	10,33	7,87	6,91	6,94	6,67
	90-	21,92	22,30	22,18	20,37	23,02
I	60-69	0,22	0,18	0,21	0,25	0,23
	70-79	1,53	1,11	1,24	1,10	0,97
	80-89	7,10	5,40	5,13	5,16	5,09
	90-	16,22	13,85	16,02	15,43	18,84
II	60-69	0,13	0,14	0,13	0,11	0,11
	70-79	0,63	0,35	0,50	0,37	0,37
	80-89	2,86	2,14	1,57	1,57	1,40
	90-	5,41	7,04	5,54	4,73	3,95
III	60-69	0,06	0,04	0,05	0,04	0,04
	70-79	0,19	0,13	0,10	0,07	0,05
	80-89	0,37	0,32	0,21	0,20	0,18
	90-	0,30	1,41	0,62	0,21	0,23

geahren. Interessant ist ebenfalls der schon bei den Männern festgestellte Befund, wonach mit höherer Pflegestufe der Rückgang auch erheblich größer ausfällt.

Abschließend werden zur Beurteilung der Entwicklung der Inzidenzen Modellschätzungen durchgeführt, um einerseits die durchschnittliche jahresweise Veränderung zwischen 2000 und 2008 quantifizieren zu können und um andererseits zu entscheiden, ob diese Veränderung statistisch signifikant ist.<sup>52</sup> In Tabelle 37 sind hierzu die Modellschätzungen für Männer differenziert nach Pflegestufe wiedergegeben. Die hier dargestellten Relativen Risiken geben dabei die Veränderung der Eintrittswahrscheinlichkeiten in die Pflegebedürftigkeit bei Veränderung der unabhängigen Variablen (Alter, Jahr) um eine Einheit wieder. So bedeutet der Alterseffekt von 1,144 bei den Männern in Pflegestufe I-III, das mit jedem zusätzlichen Altersjahr die Eintrittswahrscheinlichkeit um das 1,114-fache und damit um 11,4% ansteigt. Der Jahreseffekt von 0,99 besagt, dass in jedem nachfolgenden Jahr zwischen 2000 und 2008 die Eintrittswahrscheinlichkeit um 1% zurückgeht. Legt man diesen jährlichen Rückgang der Inzidenz bei den Männern für den Zeitraum von 2000 bis 2008 zugrunde, dann ergibt sich insgesamt ein Rückgang um 7,73 %, unabhängig vom betrachteten Alter.

<sup>52</sup> Die Berechnungen beruhen dabei auf einem ereignisanalytischen Exponentialmodell, bei dem neben dem Altersjahr auch das Kalenderjahr berücksichtigt wird. Das Modell hat die Form:  $r(Alter) = \alpha \exp(\beta Alter) \exp(\gamma Jahr)$ . In weiterführenden Analysen konnte weder ein Interaktionseffekte zwischen Alter und Jahr, noch ein quadratischer Jahreseffekt nachgewiesen werden.

*Tabelle 37: Eintrittswahrscheinlichkeiten in die Pflegestufen im Zeitverlauf (Relative Risiken)*

Pflegestufe I-III			
	Männer		Frauen
Exp(Konstante)	5,216		57,288 ***
Alter	1,144 ***		1,162 ***
Jahr	0,990 **		0,964 ***
Ereignisse	11988		9538
Versichertenjahre	979663		655033
Log-Likelihood	-58179,653		-46801,590
Pflegestufe I			
	Männer		Frauen
Exp(Konstante)	-45,897 ***		27,899 **
Alter	1,157 ***		1,172 ***
Jahr	1,015 **		0,978 ***
Ereignisse	6843		6564
Versichertenjahre	979663		655033
Log-Likelihood	-36267,173		-30938,872
Pflegestufe II			
	Männer		Frauen
Exp(Konstante)	44,410 ***		105,332 ***
Alter	1,136 ***		1,150 ***
Jahr	0,971 ***		0,941 ***
Ereignisse	3973		2444
Versichertenjahre	979663		655033
Log-Likelihood	-23926,679		-14417,005
Pflegestufe III			
	Männer		Frauen
Exp(Konstante)	153,035 ***		180,270 ***
Alter	1,096 ***		1,101 ***
Jahr	0,920 ***		0,908 ***
Ereignisse	1158		523
Versichertenjahre	979663		655033
Log-Likelihood	-8682,001		-4082,769
Irrtumswahrscheinlichkeiten: *** P<0,1 %; **P<1 %; * P<5 %			

Betrachtet man die einzelnen Pflegestufen bei den Männern, dann lässt sich mit den Modellschätzungen das zuvor gewonnene Bild aus den Entwicklungen nach Alterskategorien (Tabelle 35) bestätigen. Die Eintrittswahrscheinlichkeit für Männer in Pflegestufe I steigt pro Jahr um 1,5 %, während sie in Pflegestufe II um 2,9 % und in Pflegestufe III um 8 % abnimmt. Obwohl die Eintrittswahrscheinlichkeit in Pflegestufe I ansteigt (und durch ihre Verbreitung auch die Entwicklung insgesamt über alle Pflege-

stufen maßgeblich beeinflusst), bewirken die deutlichen Rückgänge in den Pflegestufen II und III trotzdem eine Abnahme der Inzidenz um 1 % pro Jahr über alle Pflegestufen.

Ebenfalls in Einklang mit den deskriptiven Befunden nach Alterskategorien (Tabelle 36) stehen die Analyseergebnisse bei den Frauen. Hier erhöht sich für jedes zusätzliche Altersjahr die Eintrittswahrscheinlichkeit um 16,2 %, während sie für jedes nachfolgende Kalenderjahr zwischen 2000 und 2008 um 3,6 % zurückgeht. Insgesamt nimmt damit die Eintrittswahrscheinlichkeit für Frauen über den gesamten Zeitraum von 2000 bis 2008 um 25,43 % ab. Dieser insgesamt hohe Rückgang ist dabei auch vom anfänglich starken Rückgang zwischen 2000 und 2002 geprägt (vgl. Tabelle 36).<sup>53</sup> Zudem verringert sich für jedes nachfolgende Jahr das Risiko des Eintritts in die Pflegebedürftigkeit zusätzlich, je höher die betrachtete Pflegestufe ist. Die Rückgänge pro Kalenderjahr belaufen sich dabei auf 2,2 % in Pflegestufe I, 5,9 % in Pflegestufe II und 9,2 % in Pflegestufe III.

Die hier durchgeführten Analysen zum zeitlichen Wandel der Eintrittswahrscheinlichkeit in die Pflegebedürftigkeit liefern durchweg den erfreulichen Befund, dass das Risiko pflegebedürftig *zu werden*, im Alter zurückgegangen ist. Während bei den Männern lediglich von einem geringen Rückgang ausgegangen werden kann, fällt dieser bei den Frauen weitaus größer aus. Erhebliche Unterschiede zeigten sich dabei zwischen den einzelnen Pflegestufen, mit jeweils höheren Rückgängen in höheren Pflegestufen.<sup>54</sup> Entsprechende Vergleichsstudien fehlen bislang, insbesondere solche mit ähnlich hohen Fallzahl. So konnten für die hier durchgeführten Analysen fast 22 Tsd. Eintritte in die Pflegebedürftigkeit im Zeitraum von 2000 bis 2008 untersucht werden. Studien, die ebenfalls den Eintritt in Pflegebedürftigkeit untersuchen liegen allenfalls auf Grundlage von Survey-Daten vor. So konnten Ziegler und Doblhammer (2008) anhand des sozio-ökonomischen Panel (SOEP) zeigen, dass das Risiko, pflegebedürftig zu werden, im Zeitraum zwischen 1986 und 2005 leicht zurückgegangen ist, wenn jegliche Form von Pflegebedürftigkeit gemessen wird. Bei schwerwiegender Pflegebedürftigkeit konnten sie diesen Rückgang nicht nachweisen. Ihre Analysen beruhen jedoch auf subjektiven Auskünften über Pflegebedürftige Personen im Haushalt, ohne die sozialrechtliche Inanspruchnahme von Leistungen nach SGB XI zu kontrollieren.

---

<sup>53</sup> Aber auch später beginnende Beobachtungsfenster zwischen 2001 und 2004 ergaben hoch signifikante Rückgänge der Inzidenzen pro Kalenderjahr von 2,6-3,1 %.

<sup>54</sup> Damit zeigt sich eine gewisse Parallelität der hier gefundenen Entwicklungen und der Befunde aus Studien zur „aktiven Lebenserwartung“, die meist auf Alltags einschränkungen in den „Aktivitäten des täglichen Lebens“ (ADL) beruhen. So ist bei schwerwiegenden gesundheitlichen Beeinträchtigungen ein deutlicher Zugewinn der so genannten „aktiven Lebenserwartung“ für jüngere Geburtskohorten zu verzeichnen. Bei moderaten und leichten Beeinträchtigungen fällt dieser Zugewinn geringer aus (Cambois 1996; Robine et al. 2003; Unger 2006).

### 5.2.3 Einflussfaktoren für den Eintritt in die Pflegebedürftigkeit

Um den Eintritt in die Pflegebedürftigkeit näher zu untersuchen, werden im Folgenden demografische, medizinische und soziale Einflussfaktoren diskutiert. Die Bedeutung dieser Einflussfaktoren ist in Tabelle 38 in einer Modellschätzung dargestellt. Analog der Schätzung der Eintrittswahrscheinlichkeiten in die Pflegestufen im Zeitverlauf (Tabelle 37) werden Relative Risiken berichtet, die die Veränderung der Eintrittswahrscheinlichkeit in Abhängigkeit von Veränderungen der unabhängigen Variablen um eine Einheit wiedergeben. Hierbei wird zwischen einem Modell 1 (ohne Erkrankungen) und einem Modell 2 (mit Erkrankungen) unterschieden. Dieses Vorgehen erlaubt, den Einfluss der Erkrankungen auf die sozialen und demografischen Einflussfaktoren näher zu untersuchen.

Wie sich zeigt, kann als erstes der bekannte *Alterseffekt* nachgewiesen werden: Mit jedem zusätzlichen Altersjahr nimmt die Wahrscheinlichkeit dafür, pflegebedürftig zu werden, um 14,3 % für Männer und um 15,3 % für Frauen zu (Modell 1). Unter Berücksichtigung der Erkrankungen (Modell 2) verringert sich der Einfluss des Alters auf 11,6 % bzw. 13,5 %. Das impliziert, dass ein Teil des Alterseffektes auf die auch im höheren Alter häufiger auftretenden Krankheiten zurückgeführt werden kann. Pflegebedürftigkeit lässt sich also nicht nur mithilfe des Alters, sondern auch unter Berücksichtigung der Vorerkrankungen vorhersagen, wobei die Vorhersagekraft bei Betrachtung beider Merkmale steigt.

Von besonderer Bedeutung für den Eintritt in die Pflegebedürftigkeit ist darüber hinaus auch die der *Familienstand*.<sup>55</sup> So profitieren insbesondere verheiratete Personen von den Unterstützungs- und Pflegeleistungen durch ihren Lebenspartner bzw. ihrer Lebenspartnerin, was sich in den für Ledigen, Verwitweten und Geschiedenen ersichtlich höheren Eintrittswahrscheinlichkeiten von Pflegebedürftigkeit niederschlägt. Ledige Männer haben demnach ein um 26,6 %, verwitwete ein um 27,3 % und geschiedene Männer ein um 20,4 % höheres Risiko pflegebedürftig zu werden.

Wenngleich der protektive Effekt des Zusammenlebens für beide Geschlechter in ähnlicher Höhe liegt, profitieren insbesondere die Männer von der „ehelichen Pflege“, weil sie im hohen Alter seltener allein leben (Höpflinger 2002). Dies liegt vor allem daran, dass Männer eine geringere Lebenserwartung besitzen, oftmals jüngere Lebenspartnerinnen haben und Frauen daher einem weitaus höheren Verwitwungsrisiko ausgesetzt sind. Aus diesem Grund können Frauen im Falle der Pflegebedürftigkeit oftmals nicht – wie Männer – auf die informellen partnerschaftlichen Ressourcen zurückgreifen und sind weitaus häufiger auf formelle Hilfe- und Pflegeleistungen angewiesen.<sup>56</sup> Deshalb beantragen ältere Frauen mit einer größeren Wahrscheinlichkeit als Männer eine Pfle-

---

<sup>55</sup> Der Familienstand dient hier als Proxy für das Zusammenleben mit einem Partner.

<sup>56</sup> Hierbei kann es des Öfteren vorkommen, dass Hilfestellungen gar nicht als wirkliche Pflege wahrgenommen werden. Dies kann beispielsweise insbesondere dann der Fall sein, wenn Partnerinnen ihren Partnern bei Verrichtungen des alltäglichen Lebens (z. B. Mahlzeiten zubereiten, Saubermachen, Einkaufen) unterstützen.

gestufe, um somit Leistungen nach der Sozialen Pflegeversicherung in Anspruch nehmen zu können. Dies bestätigt sich auch anhand des höheren Pflegebedürftigkeitsrisikos für ledige und geschiedene Frauen, das etwa 5 Prozentpunkte über dem der ledigen und geschiedenen Männer liegt.

*Tabelle 38: Einflussfaktoren in die Pflegebedürftigkeit (Relative Risiken)*

Männer				
	Modell 1		Modell 2	
Exp(Konstante)	-13,893	***	-13,161	***
Alter	1,143	***	1,116	***
Familienstand				
ledig	1,266	***	1,218	***
verwitwet	1,273	***	1,189	***
geschieden	1,204	***	1,053	
Frühere Tätigkeit				
Angestellter	0,769	***	0,785	***
Erkrankungen				
bös. Neubildungen			3,647	***
Psychische			3,592	***
Neurologische			2,973	***
Herz-Kreislauf			2,596	***
Muskel-Skelett			0,988	
Ereignisse	11792		11792	
Versichertjahre	956376		956376	
Log-Likelihood	-56966,577		-47491,589	
Frauen				
	Modell 1		Modell 2	
Exp(Konstante)	-14,701	***	-14,255	***
Alter	1,153	***	1,135	***
Familienstand				
ledig	1,301	***	1,256	***
verwitwet	1,277	***	1,199	***
geschieden	1,252	***	1,160	**
Frühere Tätigkeit				
Angestellter	0,824	***	0,809	***
Erkrankungen				
bös. Neubildungen			3,195	***
Psychische			2,996	***
Neurologische			2,387	***
Herz-Kreislauf			2,439	***
Muskel-Skelett			1,045	
Ereignisse	9381		9381	
Versichertjahre	628827		628827	
Log-Likelihood	-41321,585		-36294,545	

Referenz sind verheiratete Menschen, mit Schichtstatus „Arbeiter“ ohne Erkrankungen

Irrtumswahrscheinlichkeiten: \*\*\* P<0,1%; \*\*P<1%; \* P<5%

Einen weiteren Einflussfaktor auf den Eintritt in die Pflegebedürftigkeit stellt die *soziale Lage* dar. Da diese jedoch nicht direkt gemessen werden konnte, wurde die frühere Tätigkeit als diesbezüglicher Proxy verwendet. Verwendet man nun dieses Annäherungsmaß für die soziale Lage der Versicherten und differenziert hierbei zwischen Arbeitern und Angestellten, dann zeigt sich, dass Angestellte ein niedrigeres Risiko als Arbeiter aufweisen (23,1 % bei den Männern und 17,6 % bei den Frauen), pflegebedürftig zu werden.

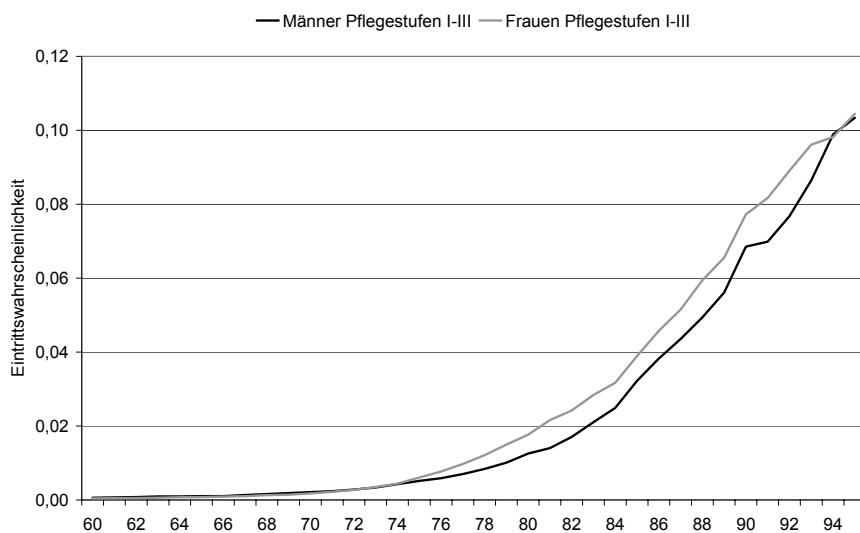
Neben diesen soziodemografischen Merkmalen, bestimmt insbesondere die *vorhergehende Krankheitsgeschichte* eine später im Lebensverlauf auftretende Pflegebedürftigkeit. Zum einen spielt diesbezüglich Multimorbidität eine besondere Rolle. Demnach nimmt das Pflegebedürftigkeitsrisiko deutlich mit der Anzahl an Erkrankungen zu, unter denen Personen leiden. Zum anderen sind einige spezifische Erkrankungen in besonderem Maße mit einer möglichen Pflegebedürftigkeit verbunden. Zu nennen sind hierbei in erster Linie bösartige Neubildungen, psychische und neurologische Erkrankungen, die das Risiko bei den Männern (Frauen) um 264 % (219 %), 259 % (199 %), bzw. 197 % (138 %) erhöhen. Daneben sind außerdem Erkrankungen des Herz-Kreislaufsystems relevant (159 % bei den Männern und 143 % bei den Frauen). Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems sind hingegen – wider die Erwartungen – statistisch nicht signifikant. Fasst man diese Ergebnisse bezüglich des medizinischen Hintergrunds zusammen, dann sind im Allgemeinen multimorbide Personen sowie Personen, die unter psychischen Erkrankungen und Neubildungen leiden, am stärksten dem Risiko der Pflegebedürftigkeit ausgesetzt.

#### 5.2.4 Inzidenzen des Heimeintritts

Wurden im vorherigen Abschnitt die Einflussfaktoren auf das Risiko der Pflegebedürftigkeit beschrieben, so soll in diesem Abschnitt auf das spezielle Risiko des Heimübergangs eingegangen werden. Der Eintritt in ein Pflegeheim, als Ereignis im Lebensverlauf, hat dabei in den letzten Jahren erheblich an Bedeutung gewonnen und wird zudem in Zukunft weiter an Relevanz gewinnen (Bickel/Jaeger 1986; Klein/Salaske 1994, Bickel 1996; Klein 1998; Schneekloth/Müller 1998; Schneekloth/Törne 2007; Blinkert/Klie 2008). Dies liegt vor allem an der Alterung der Gesellschaft, aber ebenso an veränderten Familien- und Haushaltssstrukturen (z. B. dem Rückgang von Fertilität und Haushaltsgrößen, der Zunahme der Ledigen- und Scheidungsquote). Die Heimübersiedlung selbst bedeutet dabei immer ein kritisches Lebensereignis, dass einen bedeutenden Einschnitt im Lebensverlauf darstellt (Filipp/Ferring 1989; Saup 1984; Saup 1993; Wahl/Kruse 1999; Peters 2004).

Betrachtet man zunächst die Heimeintrittswahrscheinlichkeiten (Abbildung 34) dann zeigt sich, dass diese mit zunehmendem Alter ansteigen, aber deutlich unter den Wahrscheinlichkeiten liegen, überhaupt pflegebedürftig zu werden. Während beispielsweise insgesamt ca. 1,5 % der Männer und Frauen im Alter von 80 Jahren pflegebedürftig werden, sind es im Alter von 85 Jahren 3 % und im Alter von 90 Jahren ca. 7-8 % (vgl. Abbildung 33). Die Heimeintrittswahrscheinlichkeit beträgt damit ca.  $\frac{1}{4}$ - $\frac{1}{3}$  der Wahrscheinlichkeit, überhaupt pflegebedürftig zu werden.

Abbildung 34: Heimeintrittswahrscheinlichkeit von Männern und Frauen (gleitender 3-Jahres Durchschnitt)



Aufgrund des kontinuierlichen Anstiegs des Anteils der stationären Pflege an allen Pflegeleistungen von 28,4% im Jahr 1999 auf 31,6% im Jahr 2007 (vgl. Abschnitt 4.3.2), stellt sich die Frage, inwieweit hierfür auch ein *Wandel* des Risikos eines Heimeintritts verantwortlich gemacht werden kann. Analog der Frage nach einem Wandel der Wahrscheinlichkeit dafür, überhaupt pflegebedürftig zu werden, stellen sich die Fragen, ob sich die nach Altersklassen differenzierten Heimeintrittswahrscheinlichkeiten in den letzten Jahren erhöht oder verringert haben, und ob dabei die einzelnen Pflegestufen unterschiedlich betroffen sind.

Hierzu wird in Tabelle 39 für Männer und in Tabelle 40 für Frauen die zeitliche Entwicklung der Inzidenzen jeweils für 10-Jahres-Altersgruppen dargestellt. Die Werte verdeutlichen dabei vor allem – sowohl für Männer, als auch für Frauen – dass die Entwicklung des Heimeintrittsrisikos erheblichen Schwankungen unterworfen ist und kaum eindeutige Trends identifiziert werden können. Lediglich in Pflegestufe I kann bei den Männern tendenziell ein Anstieg erkannt werden.

Zur Beurteilung der Entwicklung der Inzidenzen werden daher ebenfalls Modellschätzungen zum Wandel des Heimeintritts zwischen 2000 und 2008 durchgeführt. Wie in Tabelle 41 zu sehen ist, bestätigt sich vor allem bei den Frauen die weitgehende Konstanz der Heimeintrittswahrscheinlichkeit. Der Jahreseffekt über alle Pflegestufen mit 0,993 entspricht nur einer äußerst geringfügigen Abnahme von 0,7% pro Jahr und ist zudem nicht signifikant. Lediglich der Jahreseffekt in Pflegestufe II (0,981) ist schwach signifikant und bestätigt einen Rückgang. Betrachtet man die Männer, dann kann ein

leichter Anstieg von 1,3 % über alle Pflegestufen beobachtet werden, der allerdings auch nur schwach signifikant ist. Interessant ist jedoch bei den Männern die schon zuvor beim Wandel des Pflegebedürftigkeitsrisikos (vgl. Tabelle 37) festgestellte gegenläufige Entwicklung in den einzelnen Pflegestufen. Während in Pflegestufe I ein deutlicher Anstieg um 3,5 % pro Jahr festgestellt werden kann, der zudem hoch signifikant ist, ist die Entwicklung in Pflegestufe III von einem, ebenfalls hoch signifikanten, Rückgang um 6,3 % geprägt.

*Tabelle 39: Inzidenzen des Heimeintritts von Männern nach Alter, Jahr und Pflegestufe (in %)*

Pflegestufe	Alter	Jahr				
		2000	2002	2004	2006	2008
I-III	60-69	0,08	0,11	0,09	0,10	0,10
	70-79	0,36	0,44	0,44	0,41	0,42
	80-89	2,29	2,16	1,90	2,51	2,38
	90-	5,91	7,36	9,09	11,13	8,07
I	60-69	0,03	0,04	0,03	0,03	0,04
	70-79	0,08	0,13	0,16	0,16	0,19
	80-89	1,10	0,89	0,74	1,06	1,16
	90-	2,23	3,22	4,44	4,77	3,35
II	60-69	0,03	0,04	0,04	0,06	0,04
	70-79	0,19	0,22	0,23	0,20	0,19
	80-89	0,97	0,85	0,85	1,25	1,02
	90-	2,42	3,68	3,43	5,17	3,54
III	60-69	0,02	0,02	0,02	0,01	0,02
	70-79	0,09	0,09	0,05	0,05	0,04
	80-89	0,23	0,32	0,31	0,19	0,21
	90-	0,27	0,46	1,21	1,19	1,18

*Tabelle 40: Inzidenzen des Heimeintritts von Frauen nach Alter, Jahr und Pflegestufe (in %)*

Pflegestufe	Alter	Jahr				
		2000	2002	2004	2006	2008
I-III	60-69	0,11	0,07	0,07	0,09	0,08
	70-79	0,60	0,52	0,53	0,62	0,49
	80-89	3,64	3,22	2,98	2,95	3,13
	90-	8,84	8,65	8,22	10,58	9,95
I	60-69	0,05	0,03	0,02	0,04	0,03
	70-79	0,28	0,23	0,26	0,30	0,23
	80-89	1,83	1,68	1,72	1,69	1,74
	90-	4,15	4,19	3,99	4,55	5,16
II	60-69	0,04	0,03	0,04	0,04	0,03
	70-79	0,26	0,24	0,22	0,25	0,22
	80-89	1,57	1,40	1,17	1,04	1,17
	90-	4,15	3,92	3,64	5,46	4,67
III	60-69	0,02	0,01	0,01	0,01	0,01
	70-79	0,06	0,05	0,05	0,07	0,05
	80-89	0,24	0,14	0,09	0,21	0,21
	90-	0,54	0,54	0,59	0,57	0,12

Tabelle 41: Heimeintrittswahrscheinlichkeiten im Zeitverlauf (Relative Risiken)

Pflegestufe I-III				
	Männer		Frauen	
Exp(Konstante)	-43,639	***		-3,023
Alter	1,176	***		1,185 ***
Jahr	1,013	*		0,993
Ereignisse	3647			4075
Versichertenjahre	1011087			683962
Log-Likelihood	-			-
	20835,8			20320,
	16			426
Pflegestufe I				
	Männer		Frauen	
Exp(Konstante)	-87,927	***		-
				27,099
Alter	1,189	***		1,192 ***
Jahr	1,035	***		1,004
Ereignisse	1482			2069
Versichertenjahre	1011087			683962
Log-Likelihood	-			-
	9589,30			11546,
	1			615
Pflegestufe II				
	Männer		Frauen	
Exp(Konstante)	-55,793	**		19,013
Alter	1,176	***		1,184 ***
Jahr	1,019	*		0,981 *
Ereignisse	1664			1679
Versichertenjahre	1011087			683962
Log-Likelihood	-			-
	10815,2			9870,5
	27			49
Pflegestufe III				
	Männer		Frauen	
Exp(Konstante)	112,797	**		24,221
Alter	1,144	***		1,145 ***
Jahr	0,937	***		0,979
Ereignisse	486			322
Versichertenjahre	1011087			683962
Log-Likelihood	-			-
	3908,51			2560,2
	8			56

Irrtumswahrscheinlichkeiten: \*\*\* P<0,1%; \*\*P<1%; \* P<5%

Insgesamt kann damit aufgrund der festgestellten Entwicklungen *nicht* von einem „Heimsog“ aufgrund eines gestiegenen altersspezifischen Risikos eines Heimeintritts

gesprochen werden. Bei Kontrolle des Alters kommt es somit bei den Frauen zu keiner feststellbaren Veränderung der Heimeintrittswahrscheinlichkeit zwischen 2000 und 2008. Lediglich bei den Männern liegt ein (allerdings nur schwach signifikanter) geringfügiger Anstieg vor. Damit ist die Ausweitung des stationären Sektors an allen Pflegeleistungen von 28,4% im Jahr 1999 auf 31,6% im Jahr 2007 *nicht* auf ein gestiegenes Heimeintrittsrisiko zurück zu führen.

### 5.2.5 Einflussfaktoren für den Eintritt ins Pflegeheim

In der wissenschaftlichen Literatur wird eine Vielzahl von unterschiedlichen Einflussfaktoren auf den Heimeintritt diskutiert (Beland 1984; Murtough 1990; Lieberman/Kramer 1991; Holden et al. 1997; Klein et al. 1997; Russell et al. 1997; Klein 1998; Mager 1999; Lindrooth et al. 2000; Schneekloth/Törne 2007; Voges 2008). Am wichtigsten scheinen dabei die folgenden Faktoren zu sein: der Gesundheitszustand, der Grad an Pflegebedürftigkeit, das Geschlecht, das Alter, die sozialen Netzwerke sowie die familiäre Situation. Weitere Hauptgründe für den Wechsel in ein Pflegeheim werden in der Überlastung der Angehörigen, dem Nichtvorhandensein von Hilfe-/Pflegepersonen, dem eigenen Wunsch der Pflegebedürftigen in einer nicht pflegegerechten Wohnung nach einer geeigneten Betreuung, dem Wunsch nach sozialer Einbindung sowie dem Wunsch, den Angehörigen nicht zur Last fallen zu wollen, gesehen (Schneekloth/Törne 2007: 99f.).

Die Effekte der wichtigsten Einflussfaktoren sind in Tabelle 42 wiedergegeben. Dargestellt sind hierbei – wie im vorherigen Abschnitt – so genannte relative Risiken, mit denen Unterschiede in den Wahrscheinlichkeiten eines Heimeintritts zum Ausdruck gebracht werden. Ebenfalls wird zwischen einem Modell 1 (ohne Erkrankungen) und einem Modell 2 (mit Erkrankungen) unterschieden.

Wie der Tabelle zu entnehmen ist, kann zunächst auf die bekannten Alterseffekte für Männer und Frauen hingewiesen werden, die in ähnlicher Form für das Risiko der allgemeinen Pflegebedürftigkeit oben beschrieben wurden.

Ein Faktor, der im Unterschied zum Risiko generell pflegebedürftig zu werden, eine deutlich größere Rolle spielt, ist der *Familienstand*. Ist das Risiko, pflegebedürftig zu werden, für ledige, verwitwete und geschiedene Personen um 20-30% höher als für Verheiratete (Tabelle 38), ist das Risiko eines Heimeintritts bei Männern um 181,4% (Ledige), 118,7% (Verwitwete) bzw. 162,6% (Geschiedene) höher als bei Verheirateten (Tabelle 42). Bei den Frauen liegt die Risikoerhöhung gegenüber den Verheirateten immer noch bei 71,7% (Ledige), 88,0% (Verwitwete) bzw. 106,8% (Geschiedene) (Tabelle 42). Die Risikoerhöhung durch den Status „allein lebend“ ist damit bei den Frauen in Bezug auf das Risiko eines Heimeintritts um etwa 50% größer als im Hinblick auf das Risiko, pflegebedürftig zu werden. Bei den Männern ist der Effekt um ein Vielfaches größer, wenn der Heimeintritt und nicht das erstmalige Auftreten von Pflegebedürftigkeit betrachtet wird. Dies verdeutlicht noch einmal, wie groß – insbesondere für Männer – die Bedeutung der Hilfe- und Pflegeleistungen einer Lebenspartnerin bzw. eines Lebenspartners ausfallen. Fehlt also die partnerschaftliche Unterstützung, so

Tabelle 42: Einflussfaktoren für den Eintritt ins Pflegeheim (Relative Risiken)

	Männer			
	Modell 1		Modell 2	
Exp(Konstante)	-17,195	***	-16,203	***
Alter	1,170	***	1,136	***
Familienstand				
ledig	2,814	***	2,619	***
verwitwet	2,187	***	1,976	***
geschieden	2,626	***	2,249	***
Frühere Tätigkeit				
Angestellter	0,843	***	0,891	**
Erkrankungen				
Neubildungen			1,784	***
Psychische			7,214	***
Neurologische			3,002	***
Herzkrankheiten			2,327	***
Muskel-Skelett			0,877	**
Ereignisse	3602		3602	
Personenjahre	987425		987425	
Log-Likelihood	-20234,241		-16587,434	
	Frauen			
	Modell 1		Modell 2	
Exp(Konstante)	-16,915	***	-15,986	***
Alter	1,166	***	1,139	***
Familienstand				
ledig	1,717	***	1,744	***
verwitwet	1,880	***	1,759	***
geschieden	2,068	***	1,882	***
Frühere Tätigkeit				
Angestellter	0,947		0,948	
Erkrankungen				
Neubildungen			1,823	***
Psychische			4,901	***
Neurologische			2,304	***
Herzkrankheiten			2,368	***
Muskel-Skelett			0,876	***
Ereignisse	4030		4030	
Personenjahre	657258		657258	
Log-Likelihood	-19875,924		-17214,464	

Irrtumswahrscheinlichkeiten: \*\*\* P<0,1 %, \*\*P<1 %, \* P<5 %

nimmt die Wahrscheinlichkeit, stationäre Pflegeleistungen in Anspruch nehmen zu müssen, dramatisch zu.

Darüber hinaus kann, wie beim allgemeinen Pflegebedürftigkeitsrisiko, so auch in Bezug auf den Heimeintritt, ein Effekt der *sozialen Lage* festgestellt werden, der aller-

dings etwas geringer ausfällt und bei den Frauen zudem nicht signifikant ist. Demnach sind Arbeiter im Vergleich zu Angestellten einem leicht höheren Heimeintrittsrisiko ausgesetzt, womit noch einmal deutlich wird, dass die sozioökonomisch Bessergestellten, den Heimeintritt in begrenztem Umfang verhindern oder zumindest zeitlich hinauszögern können. Dass der Einfluss auf den Heimeintritt kleiner ist, kann dahingehend interpretiert werden, dass Schichtunterschiede bei einem schlechten Gesundheitszustand eine geringere Bedeutung zukommt, da hier eher die Qualität ärztlicher Versorgung im Vordergrund steht (Klein/Unger 2001: S.98). Dem entsprechend werden vor einem Heimeintritt z. T. schon Pflegeleistungen bezogen, was auf schon vorliegende gesundheitliche Einschränkungen hinweist.

Von größter Bedeutung für den Umzug in ein Pflegeheim, sind die *gesundheitlichen Einflussfaktoren*. Hier ist zum einen wiederum die Multimorbidität zu nennen. Dabei gilt, dass der Heimübergang für eine Person umso wahrscheinlicher wird, je mehr Erkrankungen bei dieser Person diagnostiziert wurden.

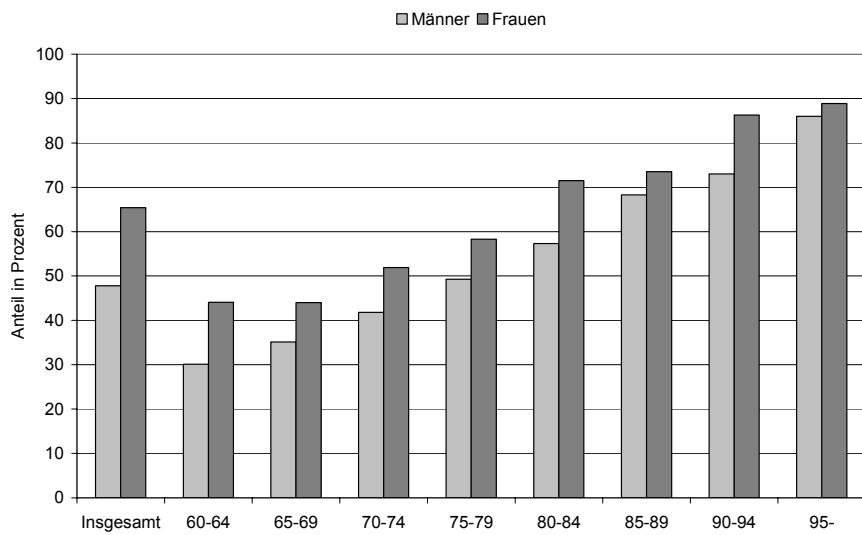
Betrachtet man in diesem Rahmen die Erkrankungen selbst, so zeigt sich im Falle des Heimübergangs, die zentrale Bedeutung der *psychischen Erkrankungen*, die das Risiko bei den Männern um 721,4% und bei den Frauen um 490,1% erhöhen. An zweiter Stelle folgen bei den Männern die neurologischen Erkrankungen mit 300,2% und bei Frauen in etwa gleicher Größenordnung die neurologischen und Herz-Kreislauf-Erkrankungen mit 230,4%. Bösartige Neubildungen haben mit etwa 180% bei Männern und Frauen eine geringere Bedeutung und Muskel-Skelett-Erkrankungen senken sogar das Risiko eines Heimeintritts um ca. 12%. Folglich kann zusammenfassend festgehalten werden, dass eher Multimorbidität und psychische Erkrankungen zu einem Heimeintritt führen als schwere somatische Erkrankungen (Neubildungen, Herz-Kreislauf-Erkrankungen) und dass körperliche Gebrechen (Erkrankungen am Muskel-Skelett-System), die üblicherweise mit dem Alter in Zusammenhang gebracht werden, weitaus weniger stark einen Heimeintritt beeinflussen als möglicherweise angenommen.

## 5.2.6 Pflegehäufigkeit im Lebensverlauf

Nachdem gezeigt wurde, welche Personengruppen dem Pflegebedürftigkeitsrisiko in besonderem Maße ausgesetzt sind, soll im Folgenden untersucht werden, wie groß die Häufigkeit bzw. die Wahrscheinlichkeit ausfällt, nach Erreichen des 60. Lebensjahres *überhaupt* im weiteren Lebensverlauf pflegebedürftig zu werden. Um diese Fragestellung beantworten zu können, wurden alle im Jahr 2008 verstorbenen GEK-Versicherten mit einem Alter von mindestens 60 Jahren dahingehend untersucht, ob diese vor ihrem Versterben pflegebedürftig waren oder nicht.

Da davon ausgegangen werden kann, dass Pflegebedürftigkeit mit dem Alter zusammenhängt, wurde nicht nur betrachtet, ob die betroffenen Personen pflegebedürftig waren, sondern ebenfalls, inwieweit sich die Pflegeprävalenzen nach dem Alter der Verstorbenen unterscheiden. Die jeweiligen Anteile sind in Abbildung 35 dargestellt. Betrachtet man zunächst den Durchschnittswert über alle mindestens 60-Jährigen, dann ergibt sich für Männer eine Wahrscheinlichkeit von 47,8% und für Frauen von 65,4%

Abbildung 35: Pflegewahrscheinlichkeit der Todesfälle in 2008 nach Alter



pflegebedürftig gewesen zu sein. Demnach waren fast jeder zweite Mann und fast  $\frac{2}{3}$  aller Frauen, die das Alter von 60 erreichen, *jemals* im Lebensverlauf pflegebedürftig.<sup>57</sup>

Reine Querschnittsbetrachtungen können demgegenüber leicht dazu führen, dass Pflegerisiko zu unterschätzen. So sind derzeit nur 2,6 % der Bevölkerung pflegebedürftig.<sup>58</sup> Selbst wenn die Betrachtung auf die Altenbevölkerung (65 Jahre und älter) bezogen wird, liegt das Risiko nur bei ca. 12 %.<sup>59</sup> Die Prävalenz zeigt dagegen realistisch an, dass jeder Zweite im Laufe seines Lebens pflegebedürftig wird und unterstreicht damit die gesellschaftliche Bedeutung des Pflegerisikos.

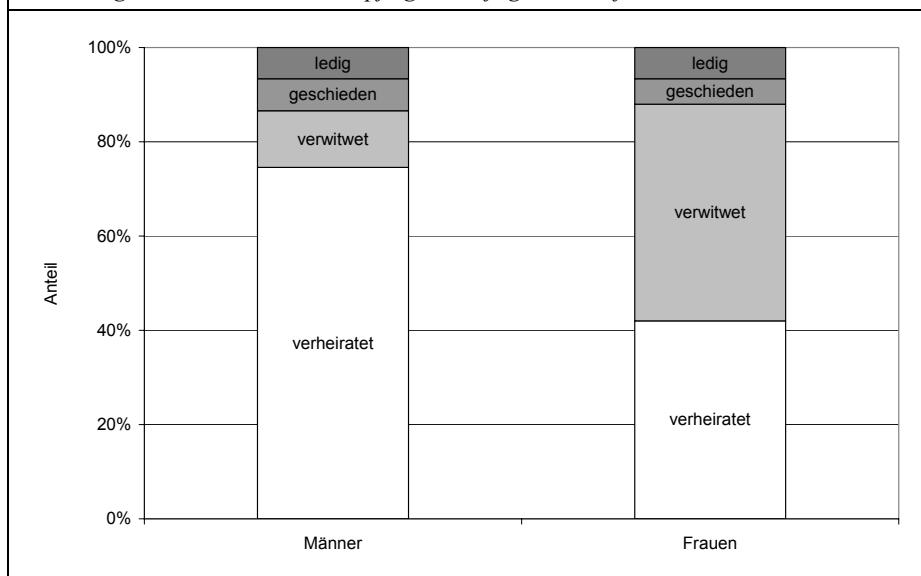
Auffällig ist weiterhin die Abhängigkeit der Pflegeprävalenz vom Alter der Verstorbenen. Männer, die im Alter von 60-64 versterben, waren demnach zu ca. 30 % pflegebedürftig, während über 95-Jährige Männer zu ca. 86 % pflegebedürftig waren. Damit ist insgesamt (d. h. über alle Altersjahre) die Wahrscheinlichkeit pflegebedürftig gewesen zu sein, zwangsläufig auch von der Altersverteilung der Sterbefälle abhängig und wird

<sup>57</sup> Die etwas niedrigeren Werte im Pflegereport 2008 (Rothgang et al. 2008) liegen darin begründet, dass in der Vorjahresbetrachtung (2007) einige Pflegeepisoden des 4. Quartals noch nicht in den Daten eingeschlossen waren.

<sup>58</sup> Dieser Wert ergibt sich, wenn die Zahl von rund 2,1 Millionen Pflegebedürftigen in Relation zur Bevölkerungszahl von 82,4 Millionen gesetzt wird.

<sup>59</sup> Hierbei wird von einer Altenbevölkerung von 16,3 Millionen Personen ausgegangen.

Abbildung 36: Familienstand der pflegebedürftigen Sterbefälle im Jahr 2008



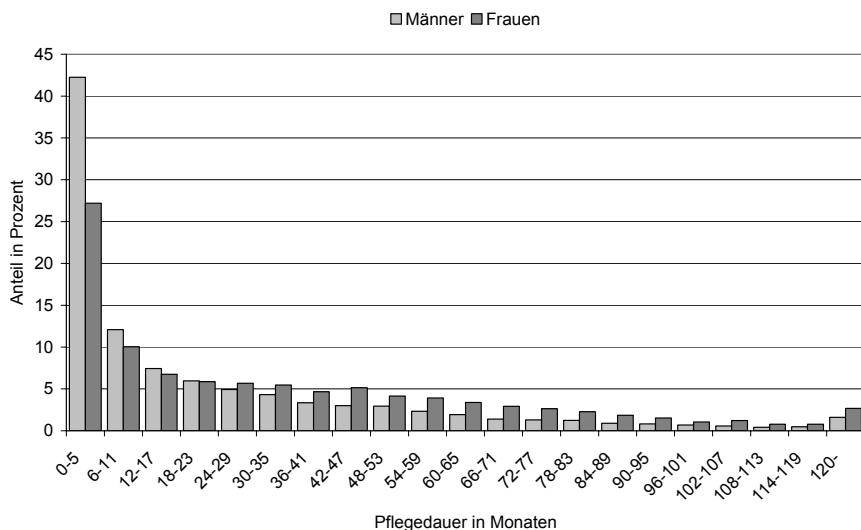
daher vermutlich in Zukunft noch weiterhin ansteigen. Betrachtet man die Pflegewahrscheinlichkeiten der Frauen im Lebensverlauf, dann ergeben sich leicht höhere Werte von ca. 44 % bei den 60-64-Jährigen und von ca. 89 % bei den über 95-Jährigen.

In Abbildung 36 ist schließlich der Familienstand der pflegebedürftigen Sterbefälle in 2008 wiedergegeben. Demnach sind pflegebedürftige Männer zu ca. 75 % verheiratet, wenn sie sterben, Frauen dagegen lediglich zu 42 %. Dies liegt jedoch z. T. an der höheren Lebenserwartung der Frauen und dem damit verbundenen höheren Alter der Frauen beim Todesfall. Beispielsweise beträgt das Durchschnittsalter der Todesfälle in Pflegebedürftigkeit für die Männer 75,2 Jahre und für die Frauen 80,2 Jahre. Es verdeutlicht aber vor allem, dass Frauen zu nahezu 60 % partnerlos sterben. Die deutlichsten Unterschiede zeigen sich darüber hinaus im Anteil der Verwitweten (Männer: 12 %, Frauen 46 %), wohingegen der Anteil der Geschiedenen relativ ähnlich (Männer: 6,8 %, Frauen 5,4 %) und der Ledigen (Männer: 6,6 %, Frauen: 6,6 %) gleich ist.

Abschließend wird die Frage beantwortet, wie lange eine einmal eingetretene Pflegebedürftigkeit<sup>60</sup> andauert. Dazu werden retrospektiv die Pflegedauern der verstorbenen Menschen in Pflege ausgewertet. In Abbildung 37 sind hierzu auf 6-Monats-Basis die

<sup>60</sup> Das Auftreten von Pflegebedürftigkeit ist hier, aufgrund von Links-Zensierungen in den GEK-Daten, definiert als erstmaliger Leistungsbezug nach SGB XI, wobei alle Leistungen zugrunde gelegt werden, also auch z. B. Maßnahmen zu Verbesserung des ind. Wohnumfeldes, technische Hilfsmittel, Pflegehilfsmittel.

Abbildung 37: Pflegedauer der pflegebedürftigen Sterbefälle in 2008



entsprechenden Pflegedauern für Männer und Frauen wiedergegeben. Es zeigt sich vor allem, dass Pflege von vergleichsweise kurzer Dauer ist: Für ca. 42 % der Männer und ca. 27 % der Frauen dauert Pflege weniger als ein halbes Jahr an und für weitere 12 % der Männer bzw. 10 % der Frauen dauert sie zwischen 6 und 11 Monaten. Jedoch darf ebenso nicht vergessen werden, dass für einen kleinen Anteil der Menschen Pflegebedürftigkeit auch mehrere Jahre andauern kann: Beispielsweise liegen für 10 % der Männer (Frauen) die Pflegedauern bei mehr als 4,5 (6) Jahren. Für 1,6 (2,7) % werden sogar Dauern von mehr als 10 Jahren gemessen.

### 5.2.7 Lebenserwartung in und ohne Pflegebedürftigkeit

Im Unterschied zur vormaligen Pflegeprävalenz der über 60-Jährigen, also dem *individuellen Risiko, jemals im Lebensverlauf pflegebedürftig zu werden*, informiert die *Lebenserwartung ohne, bzw. in Pflegebedürftigkeit* darüber, wie *viele Jahre* der ferne-  
ren Lebenserwartung in einem bestimmten Alter frei von Pflegebedürftigkeit, bzw. in Pflegebedürftigkeit zu erwarten sind. Dieses Konzept ist angelehnt an das Konzept der „aktiven Lebenserwartung“, mit dem seit etwa 10 Jahren in Deutschland die Ausmaß der Lebenserwartung ohne gesundheitliche Beeinträchtigung in Relation zur Gesamtlebenserwartung analysiert wird (Klein/Unger 1999; Unger 2003; 2006).<sup>61</sup> Veränderun-

<sup>61</sup> Erste internationale Studien hierzu, die auch als „Healthy-Life-Expectancy“ bzw. „Disability-Free Life-Expectancy“ bezeichnet werden, wurden bereits in den 80er Jahren durchgeführt (z. B. Katz et al. (1983), Wilkins und Adams (1986), Bebbington (1988)).

*Tabelle 43: Lebenserwartung von Männern und Frauen im Alter x nach Pflegebedürftigkeit*

Gesamte Restlebenserwartung	Ohne Pflegebedürftigkeit	Lebenserwartung im Alter x in Jahren			Anteil der Lebenserwartung an der Gesamtlebenserwartung (in %)			
		in Pflegestufe I	in Pflegestufe II	in Pflegestufe III	ohne Pflegebedürftigkeit	in Pflegestufe I	in Pflegestufe II	in Pflegestufe III
<b>Männer</b>								
60	20,73	19,48	0,59	0,50	0,15	94,0	2,9	2,4
65	16,80	15,53	0,60	0,51	0,16	92,4	3,6	3,1
70	13,15	11,85	0,61	0,53	0,16	90,1	4,7	4,0
75	9,91	8,57	0,63	0,54	0,16	86,5	6,4	5,5
80	7,17	5,78	0,67	0,56	0,16	80,6	9,3	7,8
85	4,87	3,46	0,69	0,56	0,16	71,0	14,2	11,6
90	3,26	1,84	0,69	0,58	0,15	56,3	21,2	17,8
<b>Frauen</b>								
60	24,62	22,03	1,27	0,96	0,35	89,5	5,2	3,9
65	20,17	17,56	1,28	0,97	0,36	87,1	6,3	4,8
70	15,92	13,28	1,29	0,99	0,36	83,4	8,1	6,2
75	12,04	9,36	1,30	1,01	0,37	77,8	10,8	8,4
80	8,66	5,94	1,30	1,03	0,38	68,6	15,0	11,9
85	5,91	3,29	1,18	1,05	0,39	55,6	20,0	17,8
90	3,91	1,55	0,96	1,00	0,41	39,6	24,5	25,6

gen dieser „aktiven Lebenserwartung“ werden unter der bekannt gewordenen Kontroverse um die „Kompression der Morbidität“ geführt und versuchen die Frage zu beantworten, ob mit der steigenden Lebenserwartung auch eine Verlängerung der krankheitsfreien Lebensphase einhergeht (Cambois/ Robine 1996; Robine et al. 1993). Die einzige Studie, die bislang für Deutschland die *Lebenserwartung in Pflegebedürftigkeit* quantifiziert, bezieht sich allerdings auf das Jahr 1999 und basiert auf einer relativ groben Alterskategorisierung der Prävalenzen von Pflegebedürftigkeit der sozialen Pflegeversicherung (Bickel 2001).

Im Folgenden wird daher erstmals für Deutschland für die jüngere Vergangenheit die Lebenserwartung in bzw. frei von Pflegebedürftigkeit anhand von Routinedaten einer Krankenkasse bestimmt.<sup>62</sup> In Abbildung 38 sind für Männer und in Abbildung 39 für Frauen die Überlebenskurven nach dem Status der Pflegebedürftigkeit und Pflegestufe, sowie in Tabelle 43 die dazugehörigen Lebenserwartungen (als jeweilige Fläche unter den Kurven) nach Alter und Geschlecht wiedergegeben.<sup>63</sup>

<sup>62</sup> Die Analysen mit den GEK-Daten beziehen sich auf den Zeitraum 2000-2008 und sind daher als (periodenbezogene) Durchschnittswerte dieses Zeitraums zu interpretieren.

<sup>63</sup> Die Berechnungen wurden nach dem Prävalenzraten-Verfahren von Sullivan (1977) durchgeführt, bei dem die Überlebenden jedes Altersjahres nach der Prävalenz der jeweiligen Pflegestufe gewichtet werden.

Abbildung 38: Überlebende Männer ab Alter 60 nach Pflegebedürftigkeit

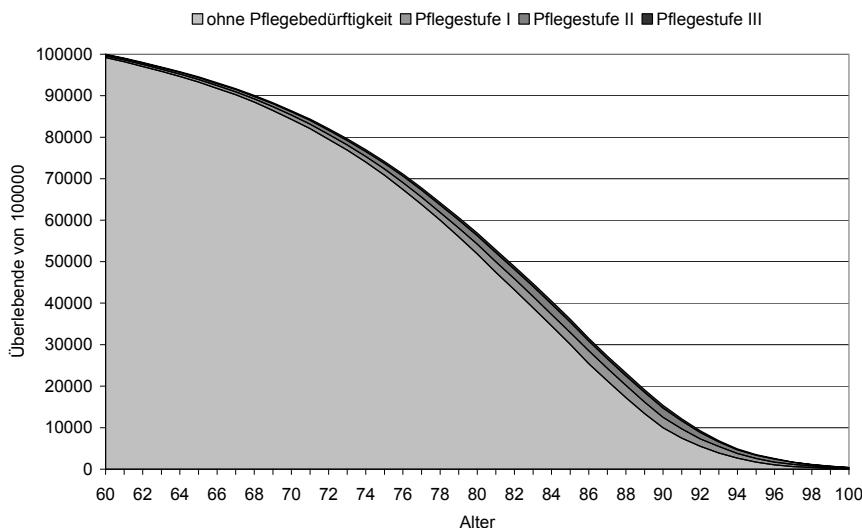
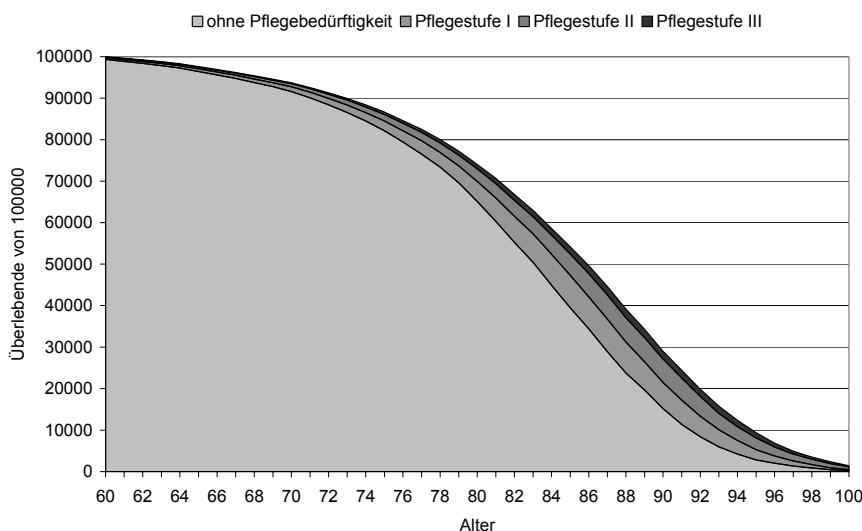


Abbildung 39: Überlebende Frauen ab Alter 60 nach Pflegebedürftigkeit



Bei den Männern ergibt sich eine Restlebenserwartung im Alter 60 von 20,73 Jahren insgesamt und von 19,48 Jahren (bzw. 94 %) frei von Pflegebedürftigkeit. 1,25 Jahre werden demnach durchschnittlich in Pflegebedürftigkeit verbracht. Davon entfallen bei den Männern ca. 7 Monate (0,59 Jahre) auf Pflegestufe I, 6 Monate (0,5 Jahre) auf Pflegestufe II und ca. 2 Monate (0,15 Jahre) auf Pflegestufe III. In höheren Altersjahren wird die gesamte Restlebenserwartung erwartungsgemäß kleiner, wobei die Lebenserwartung ohne Pflegebedürftigkeit *anteilig* geringer wird: während beispielsweise der Anteil der Lebenserwartung ohne Pflegebedürftigkeit im Alter 60 noch 94 % beträgt, nimmt er bis zum Alter von 80 Jahren auf 80,6 % ab (Tabelle 43).

Bei den Frauen ergibt sich eine höhere Restlebenserwartung im Alter 60 von 24,62 Jahren insgesamt und hiervon 22,03 Jahren (bzw. 89,5 %) frei von Pflegebedürftigkeit. Durchschnittlich 2,59 Jahre – doppelt so viele, wie bei den Männern – werden dagegen in Pflegebedürftigkeit verbracht. Davon entfallen bei den Frauen gut 15 Monate (1,27 Jahre) auf Pflegestufe I, fast 12 Monate (0,96 Jahre) auf Pflegestufe II und gut 4 Monate (0,35 Jahre) auf Pflegestufe III. In höheren Altersjahren wird die gesamte Restlebenserwartung ebenfalls erwartungsgemäß kleiner, wobei auch hier die Lebenserwartung ohne Pflegebedürftigkeit *anteilig* – sogar noch etwas deutlicher als bei den Männern – abnimmt: während beispielsweise der Anteil der Lebenserwartung ohne Pflegebedürftigkeit im Alter von 60 Jahren noch 89,5 % beträgt, nimmt er bis zum Alter von 80 Jahren bereits auf 68,6 % ab.

Die Analysen zur Lebenserwartung in bzw. frei von Pflegebedürftigkeit zeigen, dass für Personen, die das 60 Lebensjahr erreichen, – auch wenn das *individuelle Gesamtlebenszeitrisiko* von Pflegebedürftigkeit mit durchschnittlich ca. 50 % sehr hoch ist (vgl. Abschnitt 5.2.6) – dennoch nur ein geringer Anteil von 6 % bei den Männern und 10,5 % bei den Frauen an *allen* erwartbaren Lebensjahren der Restlebenszeit ab dem Alter 60 in Pflegebedürftigkeit verbracht wird. (d. h. auch von denjenigen Menschen, die zeitlebens *nie* pflegebedürftig werden)

## 5.2.8 Fazit zum Pflegebeginn und zur Ereigniswahrscheinlichkeit von Pflegebedürftigkeit

Die Wahrscheinlichkeit, pflegebedürftig zu werden, steigt mit zunehmendem Alter an und beträgt sowohl für Männer als auch für Frauen im Alter 80 ca. 5 %, im Alter 85 ca. 10 % und im Alter von 90 Jahren ca. 20 %. Die Pflegebiografien beginnen überwiegend in Pflegestufe I und II, während ein Pflegebeginn in Pflegestufe III äußerst selten ist. Die Heimeintrittswahrscheinlichkeit steigt ebenfalls mit zunehmendem Alter an, beträgt aber nur ca. ¼-⅓ der Wahrscheinlichkeit, überhaupt pflegebedürftig zu werden.

Wichtigste Ursache einer Pflegebedürftigkeit ist die vorhergehende Krankheitsgeschichte. Zu nennen sind hierbei in erster Linie bösartige Neubildungen, psychische und neurologische Erkrankungen, die das Risiko von Pflegebedürftigkeit bei den Männern um 200-260 % und bei den Frauen um 140-220 % erhöhen. Beim Eintritt in ein Pflegeheim zeigt sich die gravierende Bedeutung der psychischen Erkrankungen, die das Risiko bei den Männern um 720 % und bei den Frauen um 490 % erhöhen. Von entscheidender Bedeutung ist – vor allem bei einem Heimeintritt – darüber hinaus die

Bedeutung des Familienstands. So haben partnerlose Männer zwar nur ein etwa 25% höheres Risiko, pflegebedürftig zu werden, aber ein ca. 220-260% höheres Risiko stationäre Leistungen in einem Pflegeheim zu beanspruchen, als verheiratete Männer. Das Heimeintrittsrisiko für partnerlose Frauen ist dagegen mit 180-210% etwas geringer, unterstreicht aber ebenfalls die Bedeutung der Hilfe- und Pflegeleistungen einer Lebenspartnerin bzw. eines Lebenspartners.

Die Analysen zum zeitlichen Wandel der Eintrittswahrscheinlichkeiten in die Pflegebedürftigkeit liefern durchweg den erfreulichen Befund, dass das Risiko, pflegebedürftig zu werden, zwischen 2000 und 2008 signifikant zurückgegangen ist. Während bei den Männern lediglich von einem geringen Rückgang von 1% pro Jahr ausgegangen werden kann, fällt dieser bei den Frauen mit 3,6% pro Jahr weitaus größer aus. Für den gesamten Zeitraum zwischen 2000 und 2008 ergibt sich daraus ein Rückgang von ca. 8% bei den Männern und von ca. 25% bei den Frauen. Bei den Heimeintrittswahrscheinlichkeiten konnten hingegen keine wesentlichen Veränderungen festgestellt werden. Somit ist die gestiegene Inanspruchnahme des stationären Sektors vor allem der demografischen Alterung geschuldet und wird sich vermutlich weiter ausweiten.

Die Wahrscheinlichkeit, *jemals* im Lebensverlauf pflegebedürftig gewesen zu sein, ist in erheblichem Maße vom Alter des Versterbens abhängig. Männer (Frauen), die im Alter von 60-64 versterben, waren demnach zu ca. 30% (44%) pflegebedürftig, während über 95-Jährige zu ca. 86% (89%) pflegebedürftig waren. Nahezu 60% der Frauen, jedoch nur 25% der Männer, versterben partnerlos, was jedoch z.T. an der höheren Lebenserwartung der Frauen liegt. Trotz dieser hohen Wahrscheinlichkeiten – wonach ca. die Hälfte aller Menschen jemals im Lebensverlauf pflegebedürftig wird – ist es dennoch „nur“ ein kleiner Anteil an der Lebenserwartung, der in Pflegebedürftigkeit verbracht wird. Bei den Männern ergibt sich eine Restlebenserwartung im Alter 60 von 20,73 Jahren insgesamt und von 19,84 Jahren (bzw. 94%) frei von Pflegebedürftigkeit, d. h. 1,25 Jahre werden durchschnittlich in Pflegebedürftigkeit verbracht. Bei den Frauen ergibt sich zunächst eine höhere Restlebenserwartung im Alter 60 von 24,62 Jahren insgesamt und von 22,03 Jahren (bzw. 89,5%) frei von Pflegebedürftigkeit, d. h. 2,59 Jahre – doppelt so viele, wie bei den Männern – werden durchschnittlich in Pflegebedürftigkeit verbracht. Dass dieser Anteil in Pflegebedürftigkeit so gering ist, liegt in erster Linie an der vergleichsweise kurzen Dauer von Pflegebedürftigkeit: Für ca. 42% der Männer und ca. 27% der Frauen dauert Pflege weniger als ein halbes Jahr an und für weitere 12% der Männer bzw. 10% der Frauen dauert sie zwischen 6 und 11 Monaten.

### 5.3 Pflegebedürftig! Und dann?

Wie gestalten sich die Pflegeverläufe nach Eintritt in die Pflegebedürftigkeit? Kann man sagen, „Einmal pflegebedürftig – immer pflegebedürftig“? Gibt es nur Steigerungen in den Pflegestufen? Gibt es auf Individualebene im Pflegeverlauf einen Trend zur Professionalisierung der Pflege, also Verläufe die mit familialer Pflege beginnen, die dann durch professionelle Pflege ergänzt bzw. ersetzt werden? Diese Fragen sollen in den folgenden Abschnitten beantwortet werden. Angefangen wird damit, ab Pflegebe-

ginn die Zeiten, die in den jeweiligen Pflegestufen (Abschnitt 5.3.1) und innerhalb der Pflegearrangements (5.3.2) durchschnittlich verbracht werden, darzustellen, sowie die Quote der im Zeitverlauf Überlebenden zu ermitteln (0). Im Anschluss daran wird aufgezeigt, zu welchen Wechseln es zwischen den Pflegestufen (5.3.4) und zwischen den Pflegearrangements (5.3.5) kommt. Abschließend wird nach den typischen Sequenzmustern jeweils der Pflegestufen (5.3.6) und der Pflegearrangements (5.3.7) gesucht.

### 5.3.1 Pflegezeiten in Pflegestufen

Wenn jemand pflegebedürftig wird, dann stellt sich sowohl für den Pflegebedürftigen und seine Angehörigen, als auch für die Kostenträger und eventuelle Pflegeeinrichtungen die Frage, wie lange die Zeit in der Pflegebedürftigkeit andauern wird. Denn einerseits stellt vor allem die Angehörigenpflege für diese ein erhebliches Belastungspotential dar und andererseits ist vor allem eine länger andauernde Pflegebedürftigkeit auch mit erheblichen finanziellen Kosten verbunden.

Wie lange eine Person durchschnittlich pflegebedürftig ist, kann momentan *prospektiv* noch nicht beurteilt werden. Dafür müsste für definierte Pflegeeintrittskohorten der gesamte Pflegeverlauf bis zum Tod rekonstruiert werden können. Die Pflegeleistungen sind in den GEK-Daten erst ab 1998 dokumentiert und werden für die vorliegenden Auswertungen erst ab dem Jahr 2000 betrachtet. In dem beobachtbaren Zeitfenster von neun Jahren gibt es noch eine große Zahl an Überlebenden, so dass noch für keine Kohorte der gesamte Pflegeverlauf abschließend betrachtet werden kann.<sup>64</sup>

Um dennoch (prospektive) Aussagen darüber machen zu können, welche Zeiten nach Eintritt in Pflegebedürftigkeit in dieser verbracht werden, sind für alle Personen die nachfolgenden durchschnittlichen Zeiten danach bemessen worden, ob diese in den verschiedenen Pflegestufen, ohne Leistung oder als nicht versicherte Person verlebt wurden, oder ob die Person schon tot war. Je weiter das Jahr des Eintritts der Pflegebedürftigkeit zurückliegt, desto größer ist die beobachtbare Zeit. Die durchschnittliche Beobachtungsdauer liegt bei den Personen mit Pflegebeginn im Jahr 2008 bei einem halben Jahr (Tabelle 44). Diejenigen mit Pflegebeginn im Jahr 2007 konnten durchschnittlich 1,5 Jahre beobachtet werden usw. Die durchschnittlichen Beobachtungsdauern werden also mit jedem weiter zurückliegenden Beginnjahr um ein Jahr länger, bis schließlich für die Personen mit Pflegebeginn im Jahr 2000 insgesamt 8 ½ Jahre Beobachtungszeit zur Verfügung stehen.

Je nach Inzidenzjahr ergeben sich nun unterschiedliche Zeiten, die in Pflege verbracht werden. Von den 6,5 Monaten, die erstmals pflegebedürftige Frauen und Männer seit Pflegeeintritt im Jahr 2008 bis zum 31.12.2008 beobachtet werden können, verbringen die Frauen 5,2 Monate (Männer: 4,8 Monate) in Pflege. Durchschnittlich 1,0 Monate (M: 1,6) sind sie schon verstorben. 0,2 Monate (M: 0,1) erhalten sie keine Leistungen

---

<sup>64</sup> Eine Alternative hierzu ist die *retrospektive* Analyse von Pflegedauern z. B. der Sterbefälle eines Kalenderjahres, wie sie beispielsweise in Abschnitt 5.2.6 durchgeführt wurde.

Tabelle 44: Durchschnittliche Zeit in Pflegestufen ab der Pflegeinzidenz nach Eingangsjahr (in Monaten)									
Inzidenzjahr	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Inzidente Fälle	1959	1892	2024	2105	2292	2459	2697	2897	3185
Frauen									
Keine Leistung	2,4	2,2	2,0	1,7	1,5	1,0	0,9	0,5	0,2
Stufe I	24,6	21,9	18,9	18,8	18,0	15,8	13,5	9,4	3,9
Stufe II	15,0	14,3	14,0	11,4	9,5	7,5	5,6	2,9	1,2
Stufe III	4,4	4,5	4,6	3,9	2,5	2,1	1,1	0,6	0,1
Tot	54,7	44,6	36,8	28,8	21,4	14,8	8,6	4,5	1,0
Kassenwechsel	1,9	2,6	2,0	1,7	1,2	1,0	0,6	0,3	0,2
Gesamt	103,0	90,1	78,2	66,3	54,1	42,2	30,3	18,3	6,5
Männer									
Keine Leistung	1,5	1,4	1,1	1,3	1,0	0,8	0,5	0,4	0,1
Stufe I	14,1	14,0	13,2	13,9	11,3	11,1	9,1	6,9	3,4
Stufe II	11,5	9,5	9,5	9,1	7,3	7,5	5,3	3,2	1,2
Stufe III	4,1	4,2	3,4	2,6	2,2	1,5	1,2	0,6	0,2
Tot	71,2	60,9	50,9	39,2	32,4	21,3	14,1	7,1	1,6
Kassenwechsel	0,1	0,2	0,1	0,2	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0
Gesamt	102,6	90,3	78,2	66,2	54,3	42,2	30,2	18,3	6,5

Quelle: GEK-Daten

und 0,2 Monate (M: 0,0) sind sie nicht bei der GEK versichert. Die Zeiten, die mit Pflegeleistungen liegen also für die Frauen bei 80 % der beobachteten Zeit und für die Männer bei 74 % der beobachteten Zeit. Ein Blick auf die Kohorte mit Inzidenz im Jahr 2000 zeigt schon deutlich andere Proportionen. Auf den durchschnittlich beobachtbaren Zeitraum von 8½ Jahren entfallen 2,4 Monate (M: 1,5) auf leistungsfreie Zeiten, 1,9 Monate (M: 0,1) auf Zeiten ohne Versichertenstatus, durchschnittlich 54,7 Monate (M: 71,2) sind die Pflegebedürftigen schon verstorben und 44 Monate (M: 29,7) wurden in Pflege verbracht. Die Zeiten, die mit Pflegeleistungen liegen hier für die Frauen bei 43 % und für die Männer bei 29 % der Zeit bis zum 31.12.2008.

Vergleicht man nun die Zeiten in Pflege der Inzidenzjahre 2008 rückwärts bis 2000, dann zeigt sich eine stete Zunahme der Zeit in Pflege, je weiter in den Inzidenzjahren zurückgegangen wird. Mit jedem Jahr, das man weiter zurückgeht, wird aber tendenziell die Zunahme geringer. Mit Inzidenzjahr 2008 liegt die durchschnittliche Zeit in Pflege bis zum 31.12.2008 bei 5,2 Monaten (M: 4,8); mit Inzidenzjahr 2006 bei 20,2 (M: 15,6); mit Inzidenzjahr 2004 bei 30,0 Monaten (M: 20,8), im Inzidenzjahr 2002 bei 37,5 Monaten (M: 26,1) und mit Inzidenzjahr 2000 bei 44 Monaten (M: 29,7). Die Zunahme der Pflegezeiten in diesen Zwei-Jahres-Schritten sinkt für die Frauen von 15 Monaten (2008 - 2006), über 9,8 Monate (2006 - 2004) und 7,5 Monate (2004 - 2002) auf 6,5 Monate (2002 - 2000). Bei den Männern entwickeln sich die Zunahmen in der Pflegezeit von 9,8 Monaten (2008 - 2006), über 5,2 Monate (2006 - 2004) und 5,3

Monate (2004 - 2002) auf 3,6 Monate (2002 - 2000). Da sich die Differenzen bezüglich der Dauer in Pflege zwischen den Inzidenzjahren stark verändern, kann auch noch kein Grenzwert ausgemacht werden, wie lange die durchschnittliche Dauer in Pflege insgesamt sein wird, wenn alle Personen mit Pflegeleistungen bis zum Tod beobachtet werden können.<sup>65</sup>

Festzuhalten ist aber zunächst, dass die Dauer der in Pflege verbrachten Zeit für Frauen ca. 50 % länger ist als für Männer. Zirka die Hälfte der Zeit in Pflege wird in Pflegestufe I verbracht und nur 10 % der Zeit verbringen Frauen (Männer: 14 %) in Pflegestufe III. Die Zeiten, in denen keine Pflegeleistungen bezogen werden, sind mit ca. 2 Monaten vergleichsweise sehr kurz.<sup>66</sup> Die Zeiten, in denen die Personen nicht bei der GEK versichert sind, fallen für Frauen länger aus, weil sie mit Renteneintritt aus dem Mitversichertenzustand in eine eigene Mitgliedschaft wechseln können, der manchmal auch mit einem Kassenwechsel verbunden ist. Insgesamt sind aber auch diese Zeiten mit ca. 2 Monaten relativ kurz.

### 5.3.2 Pflegezeiten in Pflegearrangements

Alle methodischen Hinweise, die schon für die Pflegezeiten insgesamt bzw. in verschiedenen Pflegestufen gegeben wurden, haben auch bei der Betrachtung der Pflegezeiten nach Pflegearrangements ihre Gültigkeit: Je länger das Inzidenzjahr zurück liegt, desto länger ist die durchschnittliche Pflegedauer. Die Aussagen über die Zeiten ohne Pflegeleistungen und ohne Versicherungszeiten bei der GEK sind entsprechend den Ausführungen zu den Pflegezeiten nach Pflegestufen zu sehen.

Tabelle 45 beschreibt getrennt für Frauen und Männer die durchschnittlichen Zeiten nach Pflegearrangement und Jahr der Pflegeeinvidenz. Im Jahr 2008 erstmalig pflegebedürftige Frauen werden bis zum Jahresende durchschnittlich 2,8 Monate (Männer: 3,0) zu Hause durch Angehörige gepflegt. In 2,4 Monaten (M: 1,8) wird professionelle Hilfe in Anspruch genommen. Je länger das Beobachtungsfenster ist, desto mehr verändern sich die Relationen dabei in der Art der professionellen Unterstützung, wenn Frauen pflegebedürftig sind. In den ersten Jahren sind die Anteile der formell-ambulanten Pflege und der vollstationären Pflege noch ziemlich gleich. Spätestens ab dem vierten Jahr ist aber der Anteil der Zeit in vollstationärer Pflege deutlich größer. Aus der Inzidenzkohorte von 2004 resultiert schon ein Verhältnis von 6,9 Monaten mit formell-ambulanter Pflege und 10,1 Monaten in vollstationärer Pflege. In der Inzidenzkohorte von 2000 werden bis zum 31.12.2008 9,7 Monate mit formell-ambulanter Pflege und 13,9 Monate in vollstationärer Pflege verbracht. Bei den Männern zeigen sich hier nicht

---

<sup>65</sup> Prinzipiell ist hier zudem eine altersspezifische Betrachtung zusätzlich angebracht.

<sup>66</sup> Es sei an dieser Stelle schon darauf hingewiesen, dass es sich in der Regel bei den leistungsfreien Zeiten um Unterbrechungen handelt, in denen z.B. Krankenhausaufenthalte stattfinden. Die wenigsten der leistungsfreien Zeiten sind langfristig und bis zum Ende des Beobachtungsfensters am 31.12.2008 andauernd (s.u.), so dass von einem Ende der Pflegebedürftigkeit gesprochen werden kann.

*Tabelle 45: Durchschnittliche Zeit in Pflegearrangements ab der Pflegeinzidenz nach Eingangsjahr (in Monaten)*

Inzidenzjahr	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Inzidente Fälle	1959	1892	2024	2105	2292	2459	2697	2897	3185
Frauen									
Keine Leistung	2,4	2,2	2,0	1,7	1,5	1,0	0,9	0,5	0,2
informelle Pflege									
formell-ambul.	20,4	18,4	15,7	14,6	13,0	11,3	8,8	6,5	2,8
Pflege vollstationäre	9,7	8,6	9,0	8,3	6,9	6,4	5,3	3,3	1,3
Pflege	13,9	13,8	12,8	11,2	10,1	7,7	6,1	3,1	1,1
tot	54,7	44,6	36,8	28,8	21,4	14,8	8,6	4,5	1,0
Kassenwechsel	1,9	2,6	2,0	1,7	1,2	1,0	0,6	0,3	0,2
Gesamt	103,0	90,1	78,2	66,3	54,1	42,2	30,3	18,3	6,5
Männer									
Keine Leistung	1,5	1,4	1,1	1,3	1,0	0,8	0,5	0,4	0,1
informelle Pflege									
formell-ambul.	17,0	15,7	14,6	13,9	12,0	10,4	8,7	6,0	3,0
Pflege vollstationäre	6,4	6,3	5,6	5,8	4,4	4,9	3,7	2,7	1,1
Pflege	6,4	5,7	5,9	5,9	4,4	4,9	3,1	2,1	0,7
tot	71,2	60,9	50,9	39,2	32,4	21,3	14,1	7,1	1,6
Kassenwechsel	0,1	0,2	0,1	0,2	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0
Gesamt	102,6	90,3	78,2	66,2	54,3	42,2	30,2	18,3	6,5

Quelle: GEK-Daten

diese unterschiedlichen, sondern sehr gleichförmige Verteilungen. In fast identischer Weise steigt die verbrachte Zeit mit formell-ambulanter Pflege und vollstationärer Pflege von der Inzidenzkohorte 2008 von ca. 1 Monat auf ca. 6 Monate bei der Inzidenzkohorte 2003. Auch für die früheren Inzidenzkohorten gibt es dann nur noch unwesentlich längere Zeiten mit formell-ambulanter Pflege oder vollstationärer Pflege zu beobachten.

Insgesamt kann also festgehalten werden: Männer werden durchschnittlich ca. ein halbes Jahr mit formell-ambulanter Unterstützung gepflegt, verbringen ca. ein halbes Jahr im Pflegeheim und werden durchschnittlich mindestens 1½ Jahre informell gepflegt. Frauen, die pflegebedürftig werden, werden durchschnittlich über ein Jahr vollstationär gepflegt und über zwei Jahre durch Angehörige mit oder ohne formell-ambulante Unterstützung in der Pflege. Dabei werden 10 Monate mit formell-ambulanter Pflege erreicht. Diese Angaben beziehen sich auf die Personen, die acht Jahre beobachtet werden konnten. Wie die Analysen in Abschnitt 5.2.6 gezeigt haben, liegt die Überlebenszeit nach Eintritt in die Pflegebedürftigkeit bei etwa 5 % der Betroffenen

über acht Jahre. Eine Ausdehnung des Beobachtungsfensters dürfte daher zu einer geringfügigen Korrektur der genannten Werte nach oben führen.

### 5.3.3 Dauer bis zum Tod

Die zuvor gemessenen durchschnittlichen Dauern in der Pflege können sich für einzelne Unterkategorien der Pflegebedürftigen unterschiedlich verteilen. So gibt es – wie bereits festgestellt – einen Unterschied zwischen Männern und Frauen, aber es kann auch noch einen Unterschied nach Eintrittspflegestufe und nach Eintrittspflegearrangement geben. Da aus den bisherigen Darstellungen zum Verlauf der Pflegebedürftigkeit deutlich wird, dass die wenigste Zeit nach Eintritt in die Pflegebedürftigkeit ohne Pflegeleistungen verbracht wird, ist es sinnvoll, für die verschiedenen Differenzierungsmerkmale die Zeit bis zum Tod als Maßstab heranzuziehen.

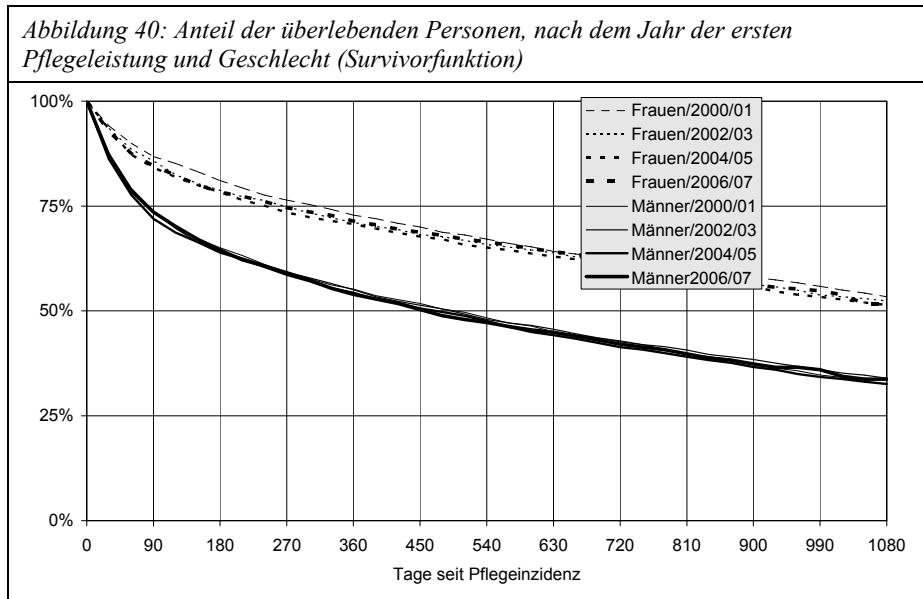
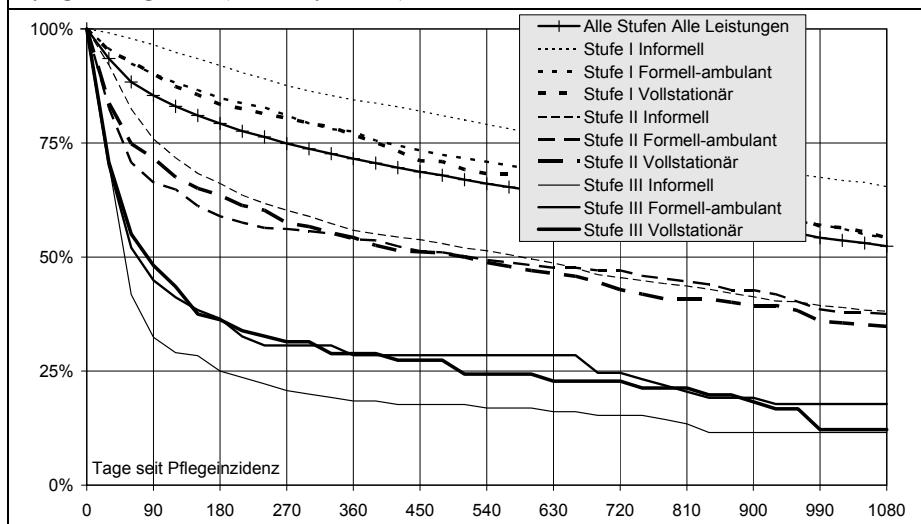


Abbildung 40 zeigt die Überlebensfunktion von Personen, die in den Jahren 2000–2007 erstmalig Pflegeleistungen bezogen haben. Abgetragen ist auf der X-Achse die Zeit seit erster Pflegeleistung und auf der Y-Achse der Anteil der Personen, die bis zum jeweiligen Messzeitpunkt noch überlebt haben. Ausgewiesen sind die Anteile für die Inzidenzkohorten 2000/01, 2002/03, 2004/05 und 2006/07 jeweils für Männer und Frauen getrennt. Bei der Darstellung der Anteile über einen Zeitraum von drei Jahren zeigt sich kein bedeutender Unterschied zwischen den Inzidenzkohorten. Alle Kurven verlaufen einerseits für die Frauen und andererseits für die Männer jeweils fast identisch. Der

Abbildung 41: Anteil der überlebenden Frauen nach Eingangspflegestufe und Pflegearrangement (Survivorfunktion)

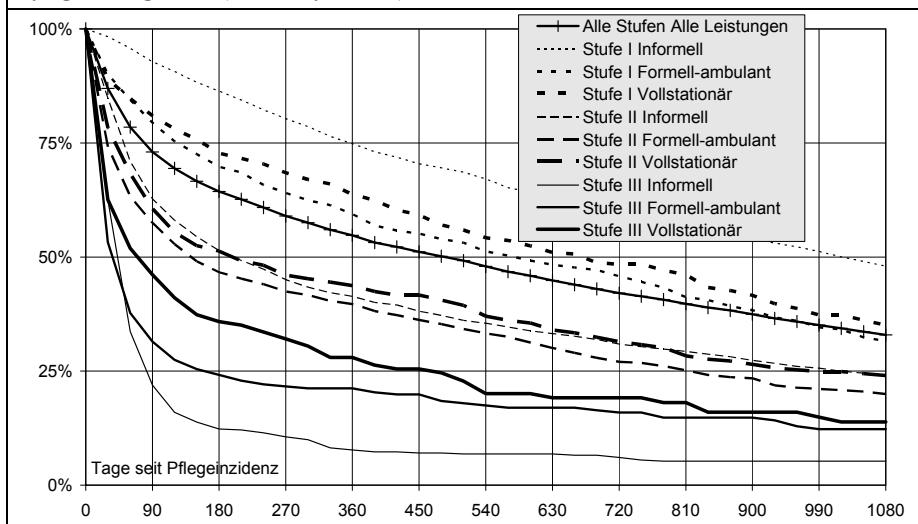


einige Unterschied, der deutlich hervorsticht, ist der Unterschied zwischen Männern und Frauen. In allen Inzidenzkohorten haben nach drei Jahren noch knapp über 50% der Frauen überlebt. Unter den Männern sind hingegen nach ca. 1½ Jahren schon 50% verstorben. 25% der Männer, die erstmalig Pflegeleistungen bekommen, sind schon vor Ende des dritten Monats verstorben. Dieser Anteil wird bei den Frauen erst nach einem dreiviertel Jahr erreicht. Die Sterblichkeit der pflegebedürftigen Männer ist also insgesamt deutlich höher als die der pflegebedürftigen Frauen.

Werden nun die Anteile der Verstorbenen im Zeitverlauf differenziert nach Eingangspflegestufe und Eingangspflegearrangement betrachtet, zeigen sich bei den Frauen und bei den Männern gleichförmige Auffälligkeiten (Abbildung 41 und Abbildung 42). Betrachtet man die Überlebensfunktion jeweils für diejenigen Frauen und Männer, die mit Pflegestufe II beginnen, dann unterscheiden sie sich innerhalb der Geschlechter kaum danach, ob sie mit informeller Pflege, formell-ambulanter Pflege oder vollstationärer Pflege beginnen. Beginnen die Pflegeleistungen aber mit Pflegestufe I, dann ist die Überlebenswahrscheinlichkeit bei eingangs informell gepflegten Männern und Frauen deutlich höher als bei eingangs mit professionellen Leistungen unterstützten Männern und Frauen. Genau umgekehrt ist die Überlebenswahrscheinlichkeit bei eingangs informell gepflegten Frauen und Männern deutlich geringer als bei professionell gepflegten Personen, wenn der erstmalige Leistungsbezug gleich mit Pflegestufe III einsetzt.

Als erste noch spekulative Erklärungsansätze könnten folgende Zusammenhänge eine Rolle spielen: Auf der einen Seite gibt es die Personen, die im Zustand schwerster Pflegebedürftigkeit mit dem Leistungsbezug beginnen und insgesamt eine geringere

Abbildung 42: Anteil überlebenden Männer nach Eingangspflegestufe und Pflegearrangement (Survivorfunktion)



weitere Lebenserwartung haben. Diejenigen, denen eine besonders hohe baldige Sterbewahrscheinlichkeit attestiert wird, werden dann von den Angehörigen nicht noch aus dem gewohnten Umfeld herausgerissen, sondern es wird versucht, sie noch bis zum Ende zu Hause zu pflegen. Somit kommen dann diejenigen Schwerstpflegebedürftigen, bei denen eine längere Phase der Pflegebedürftigkeit erwartet werden kann, häufiger ins Pflegeheim. Gemäß dieser Überlegung überleben sie dort also nicht wegen der besonderen Pflege länger, sondern wegen der speziellen Vorselektion.

Auf der anderen Seite beginnen die meisten Pflegebedürftigen mit der Pflegestufe I. Unter diesen Pflegebedürftigen gibt es aber diejenigen, die aufgrund chronisch-degenerativer Erkrankungen und Alterung schlechend immer weniger in der Lage sind, ihren Alltag zu bewältigen und daher immer mehr Hilfe in Anspruch nehmen müssen. Durch den Gewöhnungseffekt kann die Angehörigenpflege kontinuierlich ausgebaut werden, so dass sie noch lange in gewohnter Umgebung leben können. Anders sieht es hingegen bei plötzlich eintretenden Erkrankungen aus, die einerseits überraschend für die Angehörigen kommen und andererseits auch mit einer höheren anschließenden Sterblichkeit verbunden sein kann (z. B. Schlaganfall). Durch diese plötzlich auftretende Pflegebedürftigkeit gibt es keine Eingewöhnungszeit für die Angehörigen und aufgrund der hohen, plötzlich vorliegenden Pflegebedarfe, wird häufiger sofort ein Pflegedienst eingeschaltet oder eine Verlegung ins Pflegeheim vollzogen. Auch hier wäre es dieser

Überlegung zufolge die Vorselektion und nicht die bessere oder schlechtere Pflege, die genau in umgekehrter Weise für eine unterschiedliche Lebenserwartung sorgt.<sup>67</sup>

### 5.3.4 Wechsel der Pflegestufen

Bislang wurden nur die Dauern innerhalb der Pflegestufen oder der Pflegearrangements insgesamt betrachtet. Damit wird aber noch nicht deutlich, inwieweit es überhaupt zu Wechseln zwischen Pflegestufen oder zwischen Pflegearrangements kommt. Um dies zu untersuchen, werden nun einerseits die Wechsel insgesamt ausgezählt und andererseits die Wechsel, die nach einem erstmaligen Leistungsbezug folgen, mithilfe von Übergangsratenmodellen analysiert.

Tabelle 46 zeigt zunächst für alle inzidenten Pflegeverläufe seit 2000, wie viele Pflegeepisoden mit einem Wechsel von den einzelnen Pflegestufen in andere Pflegestufen enden und wie viele Episoden zum Ende der Beobachtung am 31.12.2008 in welchem Zustand enden. Dazu sind links in der Tabelle die jeweiligen Ausgangszustände benannt und als Spaltenüberschriften sind die Zielzustände benannt. Im Pflegeverlauf kann es zu Wechseln von „Ohne Leistung“, „Stufe I“, „Stufe II“, „Stufe III“ und „Kassenwechsel“ zu „Ohne Leistung“, „Stufe I“, „Stufe II“, „Stufe III“, „Tot“ und „Kassenwechsel“ kommen. Die grau unterlegten Zellen in den Diagonalen zeigen dabei die jeweils letzte Episode an, die mit dem Ende des Beobachtungsfensters durch die Rechtszensierung der Daten, endet. In dieser Periode sind Anfangs- und Endzustand definitionsgemäß identisch. Gibt es bei einem Pflegebedürftigen vom Eintritt der Pflegebedürftigkeit bis zum Ende des Beobachtungszeitpunkts keinen Zustandswechsel, so ist er nur hier erfasst. Alle Pflegebedürftigen, bei denen ein Zustandswechsel auftritt, sind dagegen durch mindestens zwei, bzw. bei häufigerem Zustandswechsel entsprechend mehr Episoden vertreten.

Tabelle 46 zeigt bei 21.510 inzidenten Fällen insgesamt 58.905 Episoden. Pro Pflegedürftigem sind damit durchschnittlich 2,7 Episoden bzw. 1,7 Zustandswechsel erfasst. Von allen Episoden endet pro Person genau eine, insgesamt also 21.510 Episoden, am 31.12.2008. Dies sind die grau unterlegten Zellen. Die Wechsel sind weiß unterlegt und summieren sich auf 37.395 auf. Im Durchschnitt hat also jeder Pflegebedürftige fast zweimal in irgendeiner Form zwischen den möglichen Ausprägungen gewechselt.

Insgesamt sind für Frauen 4.667 und für Männer 4.642 Episoden ohne Leistungsbezug feststellbar. Zum Ende des Beobachtungsfensters am 31.12.2008 sind aber nur 205 Frauen und 199 Männer in diesem Zustand ohne Leistungsbezug. Damit wird deutlich, dass diese Zeiten ohne Leistungsbezug in aller Regel Unterbrechungszeiten sind. Diese sind meistens durch Krankenhausaufenthalte bedingt, durch welche dann die SGB XI Leistungen ausgesetzt werden.

---

<sup>67</sup> Beide Erklärungsansätze können an dieser Stelle nicht überprüft werden. Dies bleibt weiteren Untersuchungen vorbehalten.

Tabelle 46: Anzahl der Wechsel der Pflegestufen unter den Leistungsbeziehern seit 2000

von Stufe ...	... nach Stufe						Gesamt
	Ohne Leistung	Stufe 1	Stufe 2	Stufe 3	Tot	Kassenwechsel	
Frauen							
Ohne Leistung	205	2149	1351	304	621	37	4667
Stufe 1	2950	2293	2165	299	1079	90	8876
Stufe 2	1382	163	1317	981	2049	114	6006
Stufe 3	286	9	43	467	1229	79	2113
Tot	0	0	0	0	4978	0	4978
Kassenwechsel	49	6	4	0	0	261	320
Männer							
Ohne Leistung	199	1545	1419	480	993	6	4642
Stufe 1	2422	2077	2152	336	1594	5	8586
Stufe 2	1698	189	1240	1069	3396	6	7598
Stufe 3	522	10	52	411	2054	8	3057
Tot	0	0	0	0	8037	0	8037
Kassenwechsel	0	0	0	0	0	25	25
Gesamt	9713	8441	9743	4347	26030	631	58905
Grau unterlegte Felder zeigen die Anzahl der jeweiligen Personen zum 31.12.2008.							

Unter den Frauen wurden 8.876 Episoden und unter den Männern 8.586 Episoden in Pflegestufe I festgestellt. Davon waren 2.293 Episoden bei den Frauen und 2.077 Episoden bei den Männern noch am 31.12.2008 aktuell. Aus Stufe I gab es für die Frauen 2.950 Wechsel (Männer: 2.422) in leistungsfreie Zeiten. Die Wechsel in Stufe II sind ähnlich häufig (Frauen: 2.165; Männer: 2.152). In Stufe III gibt es aus Stufe I deutlich weniger Wechsel (F: 299; M: 336). Unter den Pflegebedürftigen in Stufe I ist der Anteil derer, die versterben (F: 1.079; M: 1.594), größer als der derjenigen, die von Stufe I in Stufe III wechseln.<sup>68</sup> Die Wechselhäufigkeiten ausgehend von Stufe II machen deutlich, dass es tendenziell deutlich häufiger zu einer Höherstufung in Stufe III (F: 981; M: 1.069) als zu einer Herabstufung in Stufe I (F: 163; M: 189) kommt. Besonders deutlich wird die Asymmetrie bei den Wechseln aus Stufe III: Die Wechsel in Stufe I sind die Ausnahme (F: 9; M: 10) und auch die Wechsel in Stufe II sind selten (F: 43; M: 52).

Bemerkenswert ist aber auch, dass die meisten Verstorbenen aus der Pflegestufe II (F: 2.049; M: 3.396) und nicht etwa aus Stufe III (F: 1.229; M: 2.054) kommen. Es ist also keineswegs die Regel, dass Pflegebedürftige die gesamte „Pflegebedürftigkeitsstufen-

<sup>68</sup> Hierbei ist streng genommen noch zu bedenken, dass eine Person, die aus Stufe I in Stufe III wechselt, theoretisch auch wieder in Stufe I zurückwechseln kann, um dann erneut in Stufe III zu wechseln. Somit kann die Zahl der Wechselepisoden von Stufe I in Stufe III höher liegen als die Zahl der Personen. Dies ist bei einem Wechsel in den Zustand Tod dagegen ausgeschlossen.

leiter“ absolvieren. Vielmehr versterben mehr als 70% der hier erfassten Personen (F: 71,8%; M: 70,8%) in Stufe I oder II.<sup>69</sup>

Fast alle Zeiten ohne Leistungsbezug sind Unterbrechungszeiten sind<sup>70</sup> und keine Zeiten der überwundenen Pflegebedürftigkeit. In den Abschnitten zuvor wurde schon deutlich, dass die Summe der daraus resultierenden Zeiten ohne Pflegeleistungen letztlich sehr klein ist. Deutlich wird aber auch, dass der Pflegeverlauf in besonderem Maße dann zur Einbahnstraße wird, wenn eine Schwerstpflegebedürftigkeit vorliegt. Bei erheblich und schwer pflegebedürftigen Personen kann es dagegen durchaus zu Rückstufungen kommen.

In Tabelle 47, Tabelle 48 und Tabelle 49 werden die Einflussfaktoren untersucht, die spezielle Übergänge wahrscheinlicher oder unwahrscheinlicher machen. In Tabelle 47 wird dabei von einem erstmaligen Leistungsbezug in Pflegestufe I ausgegangen. Tabelle 48 stellt die relativen Risiken nach Beginn mit Pflegestufe II dar und Tabelle 49 zeigt die Effekte auf die Wechsel nach Beginn in Pflegestufe III.

Untersucht werden die Effekte des Alters, des Familienstands, des Sozialstatus und vorangegangener stationärer Behandlungen wegen spezieller Erkrankungen. Die Zahl der Ereignisse zeigt, dass die Höherstufungen von Stufe I in Stufe III deutlich seltener sind, als Übergänge in leistungsfreie Zeiten, in Stufe II oder in den Tod (Tabelle 47). Je höher das Alter ist, desto schneller kommt es insgesamt zu einer Höherstufung, einer leistungsfreien Zeit oder zum Todesfall. Insbesondere die Höherstufung in Stufe II wird mit jedem Lebensjahr wahrscheinlicher. Nicht verheiratete Männer haben deutlich höhere Risiken einer leistungsfreien Zeit, aber geringere Risiken einer Höherstufung aus Stufe I. Klare Tendenzen sind für die Frauen bezüglich des Familienstands nicht zu erkennen. Deutlich wird aber, dass spezielle Erkrankungen auch spezielle Verlaufformen hervorrufen. So gehen psychischen Erkrankungen verstärkt mit Höherstufung einher, während Effekte auf die Sterblichkeit eher gering sind. Bösartige Neubildungen wirken nicht nur stark in Richtung Höherstufung, sondern auch in Richtung einer höheren Sterblichkeit. Ganz anders wirkt wiederum die Behandlung wegen Muskel- oder Skeletterkrankungen. Dies hat aber wohl weniger damit zu tun, dass eine solche Behandlung eine größere Pflegebedürftigkeit verhindert, sondern eher damit, dass bei Vorliegen pflegebegründender Diagnosen die Muskel- und Skeletterkrankungen zweitrangig werden. Wer dennoch entsprechend therapiert wird, wird insgesamt nicht so pflegebedürftig sein.<sup>71</sup> Die Zahl der stationären Diagnosestellungen spielt eine untergeordnete Rolle. Die Effekte von einem, zweien oder drei und mehr Hauptleiden wirken

<sup>69</sup> Die Personen ohne Leistungsbezug wurden bei der Prozentuierung nicht berücksichtigt, da es sich hierbei überwiegend um Personen handeln dürfte, die während eines Krankenhausaufenthaltes gestorben sind.

<sup>70</sup> Vergleiche hierzu die Analysen der Pflegesequenzen weiter unten.

<sup>71</sup> Entsprechende Ergebnisse finden sich im GEK-Pflegereport von 2008, in dem festgestellt wurde, dass muskulo-skeletale Erkrankungen bei Pflegebedürftigen deutlich seltener diagnostiziert werden (Rothgang et al. 2008).

fast gleichförmig. Insgesamt steigt durch vorangegangene stationäre Aufenthalte die Wahrscheinlichkeit einer Höherstufung, einer leistungsfreien Zeit oder eines Todesfalls.

*Tabelle 47: Relative Risiken des Wechsels in andere Pflegestufen oder des Versterbens nach dem Pflegebeginn mit Stufe I (Exponentialmodell)*

	Leistungsfrei	Stufe II	Stufe III	Tod
Männer				
Konstante	0,0001 ***	0,0000 ***	0,0000 ***	0,0001 ***
Alter	1,01 *	1,03 ***	1,02 **	1,01 ***
Ledig	1,47 ***	0,74 *	0,78	1,42 **
Verwitwet	1,25 ***	0,71 ***	0,63 *	1,10
Geschieden	1,68 ***	0,68 **	1,04	1,24
Angestellter	1,11 *	1,04	0,78	1,08
bös. Neubildungen	1,62 ***	1,90 ***	2,70 ***	3,73 ***
Psychische	1,61 ***	1,57 ***	2,08 ***	1,03
Neurologische	1,18 *	1,40 ***	1,15	0,69 ***
Herz-Kreislauf	1,37 ***	0,83 *	0,68	1,30 **
Muskel-Skelett	1,32 ***	0,80 **	0,56 **	0,86
Ein Hauptleiden	2,53 ***	1,26 *	1,64	2,90 ***
Zwei Hauptleiden	2,59 ***	1,45 **	2,94 **	2,58 ***
Drei u. mehr Hauptleiden	2,34 ***	1,41	2,38	2,43 ***
Versicherte	6842			
Ereignisse	1750	1755	282	1346
Frauen				
Konstante	0,0005 ***	0,0000 ***	0,0000 ***	0,0000 ***
Alter	0,99 ***	1,03 ***	1,00	1,01 **
Ledig	1,55 ***	1,16	1,91 *	1,42 *
Verwitwet	1,11 *	0,89 *	1,07	1,26 **
Geschieden	1,33 **	0,79	0,62	0,75
Angestellter	1,09	1,00	0,76	0,90
bös. Neubildungen	1,38 ***	1,62 ***	4,85 ***	3,74 ***
Psychische	1,35 ***	1,83 ***	2,11 ***	1,32 **
Neurologische	1,06	1,29 **	1,23	0,83
Herz-Kreislauf	1,23 **	0,89	0,72	1,08
Muskel-Skelett	1,17 *	0,72 ***	0,52 ***	0,70 ***
Ein Hauptleiden	2,58 ***	1,22 *	1,73 *	2,63 ***
Zwei Hauptleiden	2,95 ***	1,52 **	2,18 *	2,71 ***
Drei u. mehr Hauptleiden	3,02 ***	1,70 *	2,24	2,90 ***
Versicherte	6549			
Ereignisse	1951	1661	238	856

Referenzkategorie: verheiratete Menschen, mit Schichtstatus „Arbeiter“ ohne Erkrankungen  
 Irrtumswahrscheinlichkeiten: \*\*\* P < 0,1 %; \*\* P < 1 %; \* P < 5 %

Tabelle 48: Relative Risiken des Wechsels in andere Pflegestufen oder des Versterbens nach dem Pflegebeginn mit Stufe II (Exponentialmodell)

	Leistungsfrei	Stufe I	Stufe III	Tod
	Männer			
Konstante	0,0000 ***	0,0008 ***	0,0003 ***	0,0007 ***
Alter	1,01 *	0,97 **	1,00	1,00
Ledig	1,40	1,98	0,55	1,60 ***
Verwitwet	0,94	1,56	0,86	1,29 ***
Geschieden	1,12	0,20	0,77	1,32 *
Angestellter	1,09	1,21	0,99	0,93
bös. Neubildungen	1,91 ***	0,84	1,72 ***	5,05 ***
Psychische	1,19	0,91	1,35 *	0,85 *
Neurologische	0,98	0,85	1,08	0,54 ***
Herz-Kreislauf	1,23	0,98	0,54 ***	0,98
Muskel-Skelett	1,29 *	1,20	0,69 *	0,95
Ein Hauptleiden	6,47 ***	1,62	1,42	3,02 ***
Zwei Hauptleiden	6,54 ***	1,14	2,31 ***	2,67 ***
Drei u. mehr Hauptleiden	6,54 ***	1,48	2,84 **	2,35 ***
Versicherte	3975			
Ereignisse	754	125	506	2086
	Frauen			
Konstante	0,0007 ***	0,0006 ***	0,0003 ***	0,0006 ***
Alter	0,98 **	0,97	1,00	0,99
Ledig	1,26	0,28	0,87	1,18
Verwitwet	1,05	1,03	0,77 *	1,22 **
Geschieden	1,36	0,00	1,05	1,35
Angestellter	0,89	1,01	0,97	1,04
bös. Neubildungen	1,72 ***	1,95	2,25 ***	5,01 ***
Psychische	1,02	1,68	1,62 **	0,86
Neurologische	0,85	1,51	1,13	0,67 ***
Herz-Kreislauf	0,94	1,79	0,58 **	1,15
Muskel-Skelett	1,03	1,54	0,69 *	0,66 ***
Ein Hauptleiden	3,06 ***	0,97	1,46	2,02 ***
Zwei Hauptleiden	3,80 ***	0,73	1,69	2,32 ***
Drei u. mehr Hauptleiden	5,04 ***	0,27	1,85	2,30 **
Versicherte	2443			
Ereignisse	528	82	354	996

Referenzkategorie: verheiratete Menschen, mit Schichtstatus „Arbeiter“ ohne Erkrankungen

Irrtumswahrscheinlichkeiten: \*\*\* P < 0,1%; \*\* P < 1%; \* P < 5%

Tabelle 48 zeigt die relativen Risiken bezüglich der Übergangsraten aus Pflegestufe II in die Pflegestufe I oder III sowie in eine leistungsfreie Zeit oder den Tod. Alter, Familienstand und Sozialstatus sind nur schwach oder gar nicht signifikant. Einzig auffällig sind die etwas höheren Sterberaten der nicht verheirateten Männer. Besonders große Effekte treten wieder bei der Zahl der stationären Diagnosestellungen auf. Dabei wirken aber wieder alle drei Kategorien sehr gleichförmig. Insgesamt gibt es nach einer

*Tabelle 49: Relative Risiken des Wechsels in andere Pflegestufen oder des Versterbens nach dem Pflegebeginn mit Stufe III (Exponentialmodell)*

	Leistungsfrei	Stufe I	Stufe II	Tod
Männer				
Konstante	0,0001 ***			0,0017 ***
Alter	1,01			1,00
Ledig	1,21			0,66 *
Verwitwet	1,01			1,58 ***
Geschieden	0,69			0,67 *
Angestellter	0,87			0,98
bös. Neubildungen	2,62 ***			6,68 ***
Psychische	2,07 ***			1,02
Neurologische	0,98			0,53 ***
Herz-Kreislauf	0,94			0,96
Muskel-Skelett	1,44			0,94
Ein Hauptleiden	4,24 *			2,10 ***
Zwei Hauptleiden	4,83 *			2,26 ***
Drei u. mehr Hauptleiden	3,99			1,84
Versicherte	1172			
Ereignisse	156	5	10	921
Frauen				
Konstante	0,0000 ***			0,0027 ***
Alter	1,03			1,00
Ledig	2,73 *			1,22
Verwitwet	0,62			1,26
Geschieden	0,52			1,83 *
Angestellter	0,60 *			0,75 *
bös. Neubildungen	4,76 ***			5,44 ***
Psychische	1,10			0,53 **
Neurologische	0,88			0,72
Herz-Kreislauf	1,27			0,95
Muskel-Skelett	1,03			0,96
Ein Hauptleiden	2,92			1,58
Zwei Hauptleiden	2,81			1,46
Drei u. mehr Hauptleiden	2,85			1,04
Versicherte	529			
Ereignisse	80	1	9	360

Referenzkategorie: verheiratete Menschen, mit Schichtstatus „Arbeiter“ ohne Erkrankungen  
 Irrtumswahrscheinlichkeiten: \*\*\* P < 0,1 %; \*\* P < 1 %; \* P < 5 %

stationären Diagnosestellung schneller eine Höherstufung, eine leistungsfreie Zeit oder einen Todesfall. Zusätzlich stark ausgeprägte, im statistischen Sinn positive Effekte gibt es die Feststellung bösartiger Neubildungen. Die betroffenen Personen haben eine um den Faktor fünf höhere Sterblichkeit.

Tabelle 49 gibt schließlich die relativen Risiken der Übergangsraten aus Pflegestufe III wieder. Dabei ist die Zahl der Herabstufungen in Pflegestufe I oder II so gering, dass eine Betrachtung der Modelle keine tragfähigen Erklärungsansätze für Unterschiede in den Raten zulässt. Hinsichtlich der Übergänge in die leistungsfreie Zeit oder den Tod zeigen sich aber entsprechende Effekte der stationär diagnostizierten Erkrankungen wie im Modell der Übergangsraten aus Pflegestufe II. Die stationären Aufenthalte führen generell zu einer höheren Übergangsrate in eine leistungsfreie Zeit und auch in den Tod. Ein besonderer zusätzlicher Effekt entsteht noch, wenn bösartige Neubildungen diagnostiziert wurden.

Bösartige Neubildungen sind somit zwar eine wesentliche pflegebegründende Diagnose, die Betroffenen haben aber eine geringere Restlebenserwartung und sind somit weniger lange pflegebedürftig. Psychische Erkrankungen sind noch häufiger pflegebegründende Diagnosen, führen aber nicht so schnell zum Tod.

### 5.3.5 Wechsel der Pflegearrangements

Während die Wechsel der Pflegestufen insbesondere davon abhängig sind, dass die Fristen zur erneuten Begutachtung eingehalten werden, kann es schneller zu Wechseln des Pflegearrangements kommen. Insbesondere die Wechsel von informeller Pflege zu formell-ambulanter Pflege und umgekehrt sind deutlich unkomplizierter. Entsprechend zeigt Tabelle 50 auch mit 73.983 Episoden, dass die Zahl der Wechsel zwischen den Arrangements bei den 21.510 Pflegebedürftigen um ca. 15 Tsd. höher liegt als die Zahl der Wechsel zwischen den Pflegestufen, so dass durchschnittlich 3,4 Episoden und entsprechend 2,4 Zustandswechsel pro Pflegebedürftigem zu verzeichnen sind. Die Zahl der leistungsfreien Zeiten, der Todesfälle und der Kassenwechsel bleibt naturgemäß im Vergleich zu Tabelle 46 unverändert.

Insgesamt sind für Frauen 11.090 (Männer: 13.823) Übergänge aus der informellen Pflege zu beobachten. Der Zielzustand ist in 2.077 (M: 2.046) Fällen eine leistungsfreie Zeit. 4.870-mal (M: 5.432) kommt es zu einem Wechsel in formell-ambulante Pflege. Deutlich weniger gibt es einen Wechsel in vollstationäre Pflege (F: 714; M: 593). Unter den informell gepflegten Frauen sind insgesamt 1.559 Todesfälle (M: 3489) zu beobachten. Aus der deutlich geringeren Zahl an formell-ambulanten Pflegearrangements resultieren mehr Wechsel in die vollstationäre Pflege (F: 1.105; M: 964) als aus den häufigeren informellen Pflegearrangements. Dies bestätigt sich, wenn die Zugänge in stationäre Pflege betrachtet werden: 29% der Zugänge von Frauen (M: 25%) in vollstationäre Pflege resultieren aus Personen, die zuvor eine Episode ohne Leistungsbezug, in der Regel einen Krankenhausaufenthalt, hatten, 28% (M: 23%) entstammen einem informellen Pflegearrangement, aber 43% (M: 38%) einem formell-ambulanten Pflegearrangement. Entsprechend ist die Sterblichkeit in diesem Arrangement geringer (F: 734; M: 1.325), was darauf hindeutet, dass mit dem nahenden Tod Umzüge in eine Pflegeheim durchgeführt werden. Der Blick auf die Übergänge aus der vollstationären Versorgung zeigt schließlich mehr Übergänge in Zeiten ohne Pflegeleistungen (F: 326; M: 319) als Auszüge aus dem Pflegeheim zur informellen (F: 126; M 119) oder formell-ambulanten (F: 84; M: 111) Pflege. Hingegen sind 2.064 Todesfälle unter den

*Tabelle 50: Anzahl der Wechsel der Pflegearrangements unter den Leistungsbeziehern seit 2000*

von Arrangement ...	... nach Arrangement						Gesamt
	Ohne Leistung	Informelle Pflege	Formell- ambulant	Voll- stationär	Tot	Kassen- wechsel	
Frauen							
Ohne Leistung	205	1289	1779	736	621	37	4667
Informelle Pfl.	2077	1701	4870	714	1559	169	11090
Formell-amb.	2215	4000	990	1105	734	58	9102
Vollstationär	326	126	84	1386	2064	56	4042
Tot	0	0	0	0	4978	0	4978
Kassenwechsel	49	4	3	3	0	261	320
Männer							
Ohne Leistung	199	1277	1526	641	993	6	4642
Informelle Pfl.	2277	2020	5432	593	3489	12	13823
Formell-amb.	2046	4428	840	964	1325	2	9605
Vollstationär	319	119	111	868	2230	5	3652
Tot	0	0	0	0	8037	0	8037
Kassenwechsel	0	0	0	0	0	25	25
Gesamt	9713	14964	15635	7010	26030	631	73983

Grau unterlegte Felder zeigen die Anzahl der jeweiligen Personen zum 31.12.2008

pflegebedürftigen Heimbewohnerinnen und 2.230 Todesfälle unter den Heimbewohnern festzustellen. Die Hälften (Frauen) bzw. fast Zweidrittel (Männer) der Episoden in vollstationärer Pflege enden somit im Beobachtungszeitraum mit dem Tod.

Festzustellen ist insgesamt, dass die häufigsten Bewegungen, die Wechsel zwischen den informellen und formell-ambulanten Pflegearrangements sind. Übergänge ins Pflegeheim treten überproportional nach formell-ambulanter Pflege auf. Pflegebedürftige Männer versterben mehr als Frauen in häuslicher Umgebung. Diese Befunde legen es nahe, dass es zwei verschiedene, aber jeweils quantitativ stark vertretene Verläufe gibt: zum einen die von Personen, die mit informellen Pflege bis zu ihrem Tod betreut werden, und zum anderen die derjenigen, bei denen eine formelle Pflege mit formell-ambulanten Arrangements beginnt, aber mit stationärer Pflege endet. Diese These wird im nachfolgenden Abschnitt 5.3.6 noch weiter untersucht.

Auch bei den Wechseln der Pflegearrangements interessiert nun, welche Faktoren diese Wechsel in besonderem Maße beeinflussen. Dazu werden in Tabelle 51, Tabelle 52 und Tabelle 53 relative Risiken aus Exponentialmodellen dargestellt. Differenziert wird wiederum nach Alter, Geschlecht, Sozialstatus, Art und Anzahl der stationären Diagnosen.

Tabelle 51 stellt zunächst die relativen Risiken dar, aus der informellen Pflege in andere Zustände zu wechseln. Mit steigendem Alter kommt es zu weniger leistungsfreien Zeiten, also weniger Krankenhausaufenthalten, aber auch zu weniger Todesfällen. Stattdessen werden eher formell-ambulante oder vollstationäre Leistungen in Anspruch

genommen, bevor die pflegebedürftige Person verstirbt. Die nicht verheirateten Personen haben innerhalb dieses Pflegearrangements eine ähnlich hohe Sterblichkeitsrate wie Verheiratete. Höher ist hingegen die Wahrscheinlichkeit, ins Pflegeheim zu wechseln. Das relative Risiko ist ca. doppelt so hoch wie bei verheirateten Frauen und Männern. Der gemessene Sozialstatus hat keinen bedeutenden Effekt. Der wesentlichste Effekt liegt in den Diagnosestellungen durch stationäre Aufenthalte. Dabei ist es relativ wenig bedeutsam, wie viele Hauptleiden festgestellt wurden. Allein, dass ein Krankenhausaufenthalt vorlag, ist assoziiert mit einer höheren Wahrscheinlichkeit von leistungsfreien Zeiten, aber auch mit einer höheren Sterblichkeit. Wechsel in formell-ambulante Pflegearrangements oder vollstationäre Pflege werden damit ebenfalls wahrscheinlicher. Dies spricht insgesamt für deutlich kürzere Pflegeepisoden mit informeller Pflege, wenn es zu Beginn zu einem Krankenhausaufenthalt kam. Psychische Erkrankungen und bösartige Neubildungen sind die Erkrankungen, die eine professionellere Hilfe wahrscheinlicher machen. Zudem ist, wie bereits erwähnt, die Sterblichkeit bei festgestellten bösartigen Neubildungen deutlich höher. Alle festgestellten Zusammenhänge gestalten sich für Frauen und Männer in ähnlicher Weise.

Tabelle 52 zeigt die relativen Risiken, aus der formell-ambulanten Pflege in andere Zustände zu wechseln. Die Zahl der signifikanten Effekte ist bei den Übergängen aus der formell-ambulanten Pflege geringer als bei den Übergängen aus der informellen Pflege, was insbesondere durch die geringere Fallzahl zu erklären ist.

Etwas überraschend erscheint hier wiederum der Zusammenhang, dass mit steigendem Alter die Sterblichkeit sinkt – zumal in diesen Modellen stattdessen keine anderen Übergänge mit steigendem Alter besonders hervortreten. Zu berücksichtigen ist bei dieser Feststellung aber, dass die Erkrankungen mit kontrolliert sind. Mit höherem Alter steigt normalerweise die Zahl der Erkrankungen und so kann der fehlende Alterseffekt mit der Berücksichtigung der Krankheiten als eigenständige Erklärungsfaktoren erklärt werden. Die nicht verheirateten Frauen und Männer haben häufiger eine leistungsfreie Zeit und kommen häufiger ins Pflegeheim. Der Wechsel in informelle Pflege ist für sie seltener als für verheiratete Frauen und Männer. Der Sozialstatus hat eine eher untergeordnete Bedeutung. Bedeutend ist auch für Wechsel aus diesem Pflegearrangement heraus, ob es einen Krankenhausaufenthalt gegeben hat. Ein solcher Aufenthalt hat wiederum relativ unabhängig von der Zahl der Hauptleiden zur Folge, dass es zu mehr leistungsfreien Zeiten und zu mehr Übergängen in andere Pflegearrangements kommt. Auffällig ist hierbei, dass die Übergangsraten in die vollstationäre Pflege, aber auch in die informelle Pflege doppelt so hoch sind wie bei Pflegebedürftigen ohne Krankenhausaufenthalt. In besonderem Maße steigern die Krebspatienten noch diese Übergangswahrscheinlichkeiten.

Tabelle 51: Relative Risiken des Wechsels in andere Pflegearrangements oder des Versterbens nach Pflegebeginn mit informeller Pflege (Exponentialmodell)

	Leistungsfrei	Formell-amb. Männer	Pflegeheim	Tod
Konstante	0,0001 ***	0,0000 ***	0,0000 ***	0,0005 ***
Alter	0,99	1,04 ***	1,06 ***	0,99 ***
Ledig	1,52 *	2,01 ***	3,16 ***	1,08
Verwitwet	1,24 *	0,99	1,85 ***	0,93
Geschieden	1,80 ***	1,14	2,92 ***	0,98
Angestellter	1,06	1,10 *	0,78	0,96
bös. Neubildungen	1,58 ***	2,17 ***	1,87 **	5,92 ***
Psychische	1,65 ***	1,70 ***	3,38 ***	0,86 *
Neurologische	1,31 **	1,13 *	0,88	0,68 ***
Herz-Kreislauf	1,31 **	0,94	0,94	1,02
Muskel-Skelett	1,51 ***	0,85 **	1,02	0,76 ***
Ein Hauptleiden	2,79 ***	1,81 ***	1,91 *	3,08 ***
Zwei Hauptleiden	3,21 ***	1,80 ***	1,74	2,79 ***
Drei u. mehr Hauptleiden	2,62 ***	1,66 ***	1,79	2,24 ***
Versicherte	7999			
Ereignisse	1129	2936	231	2188
Frauen				
Konstante	0,0009 ***	0,0001 ***	0,0000 ***	0,0003 ***
Alter	0,97 ***	1,02 ***	1,04 ***	0,99 *
Ledig	1,61 **	1,39 **	2,65 ***	1,49 *
Verwitwet	1,27 **	1,22 ***	2,28 ***	1,19 *
Geschieden	1,60 **	1,18	1,81	0,78
Angestellter	0,98	1,07	1,05	0,87
bös. Neubildungen	1,38 **	1,95 ***	1,27	5,88 ***
Psychische	1,40 ***	1,82 ***	2,66 ***	1,00
Neurologische	1,01	1,12	1,31	0,85
Herz-Kreislauf	1,18	0,83 *	0,80	1,04
Muskel-Skelett	1,13	0,87 *	0,61 *	0,60 ***
Ein Hauptleiden	2,52 ***	1,43 ***	1,54	2,24 ***
Zwei Hauptleiden	3,03 ***	1,79 ***	1,71	1,91 **
Drei u. mehr Hauptleiden	3,49 ***	1,67 **	1,96	1,88 *
Versicherte	5671			
Ereignisse	964	2277	284	868

Referenzkategorie: verheiratete Menschen, mit Schichtstatus „Arbeiter“ ohne Erkrankungen  
 Irrtumswahrscheinlichkeiten: \*\*\* P < 0,1 %; \*\* P < 1 %; \* P < 5 %

*Tabelle 52: Relative Risiken des Wechsels in andere Pflegearrangements oder des Versterbens nach Pflegebeginn mit formell-ambulanter Pflege (Exponentialmodell)*

	Leistungsfrei	Informell	Pflegeheim	Tod
Männer				
Konstante	0,0003 ***	0,0037 ***	0,0003 ***	0,0076 ***
Alter	1,00	0,98 ***	1,00	0,96 ***
Ledig	1,66 ***	0,65 *	1,88 ***	0,86
Verwitwet	1,20	0,67 ***	1,33 *	0,59 ***
Geschieden	1,68 ***	0,48 **	1,41	0,97
Angestellter	1,17 *	1,15	1,20	1,19
bös. Neubildungen	1,89 ***	1,78 ***	1,81 ***	7,55 ***
Psychische	1,07	1,00	1,90 ***	0,68 **
Neurologische	0,78 *	0,74 *	0,94	0,48 ***
Herz-Kreislauf	1,09	1,11	1,11	0,70 *
Muskel-Skelett	0,88	1,06	1,02	0,69 *
Ein Hauptleiden	5,04 ***	2,16 ***	2,29 **	3,37 ***
Zwei Hauptleiden	6,56 ***	2,56 ***	2,35 **	3,57 ***
Drei u. mehr Hauptleiden	7,68 ***	2,97 ***	1,99	3,18 **
Versicherte	2536			
Ereignisse	746	686	407	509
Frauen				
Konstante	0,0008 ***	0,0024 ***	0,0001 ***	0,0058 ***
Alter	0,99	0,98 **	1,01	0,97 ***
Ledig	1,51 **	0,56 *	1,37	0,65
Verwitwet	1,07	0,96	1,50 ***	0,78
Geschieden	0,81	0,71	1,02	0,68
Angestellter	0,97	0,99	1,04	0,93
bös. Neubildungen	1,73 ***	1,80 ***	1,85 ***	8,12 ***
Psychische	1,63 ***	0,99	1,95 ***	0,98
Neurologische	1,04	1,00	1,17	0,58 *
Herz-Kreislauf	1,21	1,23	0,96	0,87
Muskel-Skelett	1,25 *	1,02	1,02	0,77
Ein Hauptleiden	2,84 ***	1,93 ***	2,39 ***	1,89 **
Zwei Hauptleiden	2,94 ***	2,48 ***	2,30 **	1,58
Drei u. mehr Hauptleiden	2,71 ***	2,42 **	2,08	1,23
Versicherte	2366			
Ereignisse	771	623	471	274

Referenzkategorie: verheiratete Menschen, mit Schichtstatus „Arbeiter“ ohne Erkrankungen  
 Irrtumswahrscheinlichkeiten: \*\*\* P < 0,1 %; \*\* P < 1 %; \* P < 5 %

Tabelle 53: Relative Risiken des Wechsels in andere Pflegearrangements oder des Versterbens nach Pflegebeginn im Pflegeheim (Exponentialmodell)

	Leistungsfrei	Informell	Formell-amb.	Tod
Männer				
Konstante	0,0011 ***	0,0186 *	0,0028 **	0,0006 ***
Alter	0,96 ***	0,92 ***	0,93 ***	1,00
Ledig	0,35 **	0,30	0,57	0,78 *
Verwitwet	0,62 *	0,63	0,15 **	0,89
Geschieden	0,56	0,21 *	0,07 *	0,70 **
Angestellter	1,02	0,98	1,08	0,95
bös. Neubildungen	1,77 *	1,50	4,32 ***	3,76 ***
Psychische	1,17	0,36 *	0,38 *	0,74 ***
Neurologische	0,68	0,50	1,16	0,78 *
Herz-Kreislauf	1,11	3,17	0,81	1,07
Muskel-Skelett	1,66	0,64	0,97	0,99
Ein Hauptleiden	5,00 **	1,76	6,08	2,69 ***
Zwei Hauptleiden	5,86 **	3,49	8,40	3,24 ***
Drei u. mehr Hauptleiden	4,68	4,32	16,41	2,86 ***
Versicherte	1454			
Ereignisse	118	36	39	947
Frauen				
Konstante	0,0005 ***	0,0010 ***	0,0023 **	0,0001 ***
Alter	0,97 *	0,96	0,94 *	1,01 *
Ledig	1,27	0,00	0,40	1,03
Verwitwet	0,77	0,45 *	0,53	0,89
Geschieden	0,80	0,47	0,36	1,20
Angestellter	1,22	0,80	1,47	0,91
bös. Neubildungen	1,42	2,07	4,38 *	4,57 ***
Psychische	1,27	0,55	0,35	0,86
Neurologische	1,42	0,96	0,33	0,89
Herz-Kreislauf	0,91	1,29	0,99	1,39 **
Muskel-Skelett	1,72	2,10	0,50	0,84
Ein Hauptleiden	4,16 ***	1,61	3,24	2,58 ***
Zwei Hauptleiden	3,54 *	1,31	7,27	2,21 ***
Drei u. mehr Hauptleiden	2,17	1,60	10,19	2,05 *
Versicherte	1484			
Ereignisse	126	39	30	814

Referenzkategorie: verheiratete Menschen, mit Schichtstatus „Arbeiter“ ohne Erkrankungen  
 Irrtumswahrscheinlichkeiten: \*\*\* P<0,1%; \*\* P<1%; \* P<5%

Signifikante Effekte auf die relativen Risiken eines Wechsels aus der vollstationären Pflege sind auf Grund der noch geringeren Fallzahl noch seltener (Tabelle 53). Festzustellen ist allerdings, dass mit steigendem Alter die Wahrscheinlichkeit sinkt, dass sich das Pflegearrangement ändert. Die in der Bevölkerung feststellbare mit steigendem Alter höhere Sterblichkeit ist auch bei den Pflegeheimbewohnern über die gemessenen Erkrankungen vermittelt. Dies ist wieder ganz besonders deutlich bei den Krebserkrankungen feststellbar. Alle anderen kontrollierten Faktoren spielen keine besondere Rolle

für die Wahrscheinlichkeit für Wechsel aus der stationären Pflege. Allerdings scheinen die nicht verheirateten Männer im Pflegeheim eine geringere Sterbewahrscheinlichkeit zu haben als die verheirateten Männer. Dies dürfte darauf zurückzuführen sein, dass sie im Fall der Pflegebedürftigkeit schneller ins Pflegeheim kommen als verheiratete Männer und dann im Pflegeheim längere Zeit verbringen. In den Daten zu sehen wäre dann ein Selektionseffekt.

### 5.3.6 Sequenzen der Pflegestufen

In diesem Abschnitt soll dargestellt werden, wie die Sequenzen der Pflegestufen nach erstmaligem Leistungsbezug aussehen. Es stellen sich die Fragen, ob die Verläufe stabil sind, ob sie sich grundsätzlich in eine Richtung bewegen, wie viele Pflegestufen durchlaufen werden, bei wie vielen Personen es Unterbrechungen gibt usw. Um einen einigermaßen vollständigen Überblick über die Sequenzen der Pflegestufen zu bekommen, ist es sinnvoll, ein möglichst langes Beobachtungsfenster zu wählen. Daher werden hier nur die Personen betrachtet, die im Jahr 2000 erstmalig Pflegeleistungen erhalten haben.

Weil viele kurzfristige Unterbrechungen durch leistungsfreie Zeiten die Sequenzmuster unübersichtlich gestalten und die Unterbrechungszeiten in der Regel von untergeordneter Bedeutung sind, werden in den nachfolgenden Sequenzdarstellungen die Unterbrechungen nur dann berücksichtigt, wenn sie Ende 2008 noch andauert. Es wird allerdings darauf hingewiesen, ob es in der Summe zu mehr als einem halben Jahr Unterbrechungszeiten gekommen ist.<sup>72</sup>

Gemäß diesen Setzungen finden sich 62 verschiedene Sequenzen, wovon die 32 häufigsten in Tabelle 54 aufgeführt sind. Die Sequenzen bilden sich aus den Zuständen Pflegestufe I (in den Sequenzen in Tabelle 54 kodiert als 1), Pflegestufe II (2), Pflegestufe III oder Härtefälle (3), Tod (8), Ende 2008 ohne Pflegearrangement (0), nicht versichert bei der GEK (9). Die häufigste Sequenz ist mit 392 Fällen der Start in Pflegestufe II mit Eintreten des Todes vor dem 31.12.2008 ohne sonstige Veränderungen (Index 1). Die zweithäufigste Sequenz ist mit 360 Fällen der Start in Pflegestufe I mit Eintreten des Todes vor dem 31.12.2008 und ebenfalls ohne sonstige Veränderungen (Index 2). Index 3 zeigt die Häufigkeit des Eintritts mit Stufe I, einem Wechsel in Stufe II und anschließendem Todesfall vor dem 31.12.2008 (299 Fälle).

Insgesamt enden 1.638 (83,6 %) der 1.959 Sequenzen mit dem Tod. In 22 Fällen ist die Person am Ende nicht bei der GEK versichert. 118 Sequenzen (=6,0 %) enden in Pfle-

---

<sup>72</sup> Von den insgesamt 1.959 Personen, die im Jahr 2000 mit einem der drei Pflegearrangements erstmalig Leistungen bezogen haben, sind nur 17 Personen Ende 2008 nicht in einem dieser Pflegearrangements, aber bei der GEK versichert. Insgesamt kommt es dagegen bei 776 Personen zu Unterbrechungen. Diese Unterbrechungen summieren sich allerdings bei 459 Personen auf höchstens 31 Tage auf. Bei weiteren 122 Personen summieren sich die Unterbrechungen auf bis zu zwei Monate auf. Nur 91 Personen haben in der Summe leistungsfreien Zeiten von mehr als einem halben Jahr.

gestufe I, 116 (=5,9%) in Pflegestufe II und 48 (=2,5%) in Pflegestufe III. Hierbei handelt es sich somit um Personen, deren „Pflegekarriere“ noch nicht abgeschlossen ist und über das Beobachtungsfenster von durchschnittlich 8½ Jahren hinausgeht. 17 Personen sind, wie schon erwähnt, Ende 2008 ohne Leistungsbezug, aber Mitglied der GEK. Mit Index 12 ist zu sehen, dass 14 Sequenzen mit der Stufe I beginnen und dann ohne Leistungsbezug Ende 2008 enden. Davon sind 13 mit langfristigen leistungsfreien Zeiten, also schon dauerhaft aus dem Leistungsgeschehen ausgestiegen.

*Tabelle 54: Sequenzen der Pflegestufen nach Eintritt in die Pflege im Jahr 2000*

Index	Sequenzen	Anzahl	%	Mehr als ½ Jahr Unterbrechungen	%
1	28	392	20,01	4	1,0
2	18	360	18,38	22	6,1
3	128	299	15,26	8	2,7
4	38	179	9,14	0	0,0
5	238	132	6,74	2	1,5
6	1238	131	6,69	4	3,1
7	1_____	97	4,95	15	15,5
8	138	90	4,59	2	2,2
9	12_____	80	4,08	10	12,5
10	2_____	29	1,48	0	0,0
11	123	23	1,17	2	8,7
12	10_____	14	0,71	13	92,9
13	23_____	14	0,71	0	0,0
14	21_____	12	0,61	1	8,3
15	29?	11	0,56	1	9,1
16	121_____	7	0,36	0	0,0
17	1218	6	0,31	1	16,7
18	2128	6	0,31	0	0,0
19	121238	5	0,26	0	0,0
20	218	5	0,26	1	20,0
21	12128	4	0,2	0	0,0
22	19?	4	0,2	0	0,0
23	212_____	4	0,2	0	0,0
24	3_____	4	0,2	0	0,0
25	39?	4	0,2	0	0,0
26	1328	3	0,15	0	0,0
27	13_____	3	0,15	0	0,0
28	2328	3	0,15	0	0,0
29	13238	2	0,1	0	0,0
30	239?	2	0,1	0	0,0
31	318	2	0,1	1	50,0
32	328	2	0,1	0	0,0

Merkmale in der Sequenz: Pflegestufe I (1), Pflegestufe II (2), Pflegestufe III oder Härtefälle (3), Tod (8), Ende 2008 ohne Pflegearrangement (0), nicht bei der GEK versichert - Kassenwechsel (9?), der Unterstrich bedeutet, die Sequenz dauert noch an.

Die restlichen 30 Sequenzen, die in der Tabelle 54 nicht aufgeführt sind, kommen jeweils nur einmal vor und zeigen durchweg deutlich mehr Schwankungen. Siebenmal ist dafür eine zeitweise Nichtmitgliedschaft verantwortlich. Viermal ist bei den nicht aufgeführten 30 Sequenzen die letzte Pflegestufe gleich der ersten gemessenen Pflegestufe, siebenmal ist sie niedriger und 19-mal ist sie höher.

Bei den in der Tabelle 54 dargestellten Sequenzen zeigen sich zu einem großen Anteil von 48% stabile Verläufe ohne Wechsel bis zum Tod (Index 1, 2, 4). Hinzu kommen noch 6,7% der Verläufe, die bis zum Ende der Beobachtung noch mit der Eingangspflegestufe andauern (Index 7, 10, 24). Wertet man auch die Verläufe als stabile Verläufe, in denen zwischendurch oder zum Ende noch versicherungsfreie Zeiten auftraten, aber ansonsten zwischen Pflegebeginn und Ende der Beobachtung kein Pflegestufewchsel stattfand (Index 15, 22, 25), ergibt sich in der Summe ein Anteilswert von 55,3% stabiler Verläufe. Neben den stabilen Verläufen sind die Verläufe mit steter Höherstufung (Index 3, 5, 6, 8, 9, 11, 13, 27, 30) mit einem Anteil von 39,6% besonders häufig. Eine stete Geringerstufung (Index 12, 14, 20, 31) ist mit 1,9% hingegen seltener. Vielfache Schwankungen in den Pflegestufen bilden mit 3,1% auch eher die Ausnahme.

### 5.3.7 Sequenzen der Pflegearrangements

Die Messung der Sequenzen der Pflegearrangements gestaltet sich in gleicher Weise wie die Messung der Sequenzen der Pflegestufen. Was die Lücken betrifft, bleiben die Ergebnisse bestehen. Einen Überblick über die Sequenzen der Pflegearrangements zu gewinnen, fällt aber deutlich schwerer, weil es deutlich häufiger zu Wechseln der Arrangements als zu Wechseln der Pflegestufe kommt. Wird die taggenauen Betrachtung beibehalten, entstehen bis zu 46 Wechsel zwischen den Zuständen „Informelle Pflege“ (in den Sequenzen in Tabelle 55 kodiert als 1), „Ambulant-formelle Pflege“ (2), „Vollstationäre Pflege“ (6), „Leistungsfreie Zeit“ als GEK-Mitglied (0), wegen „Kassenwechsel“ nicht als GEK-Mitglied versichert (9) und Tod (8).

96,5% der Sequenzen beinhalten nur bis zu 8 Wechsel. Um die Sequenzen überschaubar zu halten, werden daher nur die ersten 8 Wechsel betrachtet. Allein dies führt aber schon zu 112 verschiedenen Sequenzen in den beobachteten Pflegeverläufen. Tabelle 55 zeigt, dass sich trotz der Vielzahl an möglichen und auch faktischen Sequenzen aber einige Sequenzen auch mit der taggenauen Messweise als bedeutend herausstellen. So werden 23,3% nur informell bis zum Tod gepflegt (Index 1). 12% beginnen mit vollstationären Pflegeleistungen, beziehen keine weiteren Pflegeleistungen und versterben dann im Beobachtungszeitraum (Index 2). 7,1% beginnen mit formell-ambulanter Pflege und versterben dann ohne Wechsel der Pflegearrangements (Index 3). Dies sind zusammen schon 42,5%. Bezeichnet man alle Sequenzen, die keinen Wechsel des Pflegearrangements enthalten als stabil und bezieht dabei sowohl die Verläufe, die mit dem Tod enden, als auch die, bei denen das ursprüngliche Pflegearrangement bis zum Ende anhält, ein, und schließt dabei auch die Verläufe mit Zeiten ohne GEK-Mitgliedschaft nicht aus, dann können 49,8% der Sequenzen als durch stabile Verläufe gekennzeichnet angesehen werden (Index 1, 2, 3, 5, 22, 29, 38 und einige mehr).

Tabelle 55: Sequenzen der Pflegearrangements ab Pflegeeintritt im Jahr 2000

Index	Sequenzen	Anzahl	%	Anzahl kumuliert	% kumuliert
1	18	457	23,33	457	23,33
2	68	236	12,05	693	35,38
3	28	140	7,15	833	42,53
4	268	111	5,67	944	48,20
5	1	99	5,05	1043	53,25
6	128	85	4,34	1128	57,59
7	1218	68	3,47	1196	61,06
8	168	60	3,06	1256	64,12
9	1268	59	3,01	1315	67,13
10	218	52	2,65	1367	69,78
11	121212121	45	2,30	1412	72,08
12	12168	42	2,14	1454	74,22
13	12128	29	1,48	1483	75,70
14	121218	28	1,43	1511	77,13
15	1212168	22	1,12	1533	78,25
16	121268	21	1,07	1554	79,32
17	12121218	20	1,02	1574	80,34
18	121 -	19	0,97	1593	81,31
19	1212128	17	0,87	1610	82,18
20	21218	17	0,87	1627	83,05
21	26	17	0,87	1644	83,92
22	6	17	0,87	1661	84,79
23	2128	16	0,82	1677	85,61
24	16	15	0,77	1692	86,38
25	2168	15	0,77	1707	87,15
26	126	14	0,71	1721	87,86
27	21268	13	0,66	1734	88,52
28	10	11	0,56	1745	89,08
29	19?	10	0,51	1755	89,59
30	1212	9	0,46	1764	90,05
31	212121212	9	0,46	1773	90,51
32	212128	9	0,46	1782	90,97
33	212168	9	0,46	1791	91,43
34	12121268	7	0,36	1798	91,79
35	1216	7	0,36	1805	92,15
36	121212128	6	0,31	1811	92,46
37	12	6	0,31	1817	92,77
38	2	6	0,31	1823	93,08
39	12121212	5	0,26	1828	93,34
40	121212168	5	0,26	1833	93,60
41	121212	5	0,26	1838	93,86
42	212121216	5	0,26	1843	94,12
43	2121218	5	0,26	1848	94,38

Sequenzmerkmale: Informelle Pflege (1), formell-amb. Pflege (2), vollstationäre Pflege (6), Tod (8), Ende 2008 ohne Pflegearrangement (0), nicht versichert (9?); ( ) rechtszensiert.

Tabelle 56: Gröbere Sequenzmessung der Pflegearrangements ab Eintritt im Jahr 2000

Index	Sequenzen	Anzahl	%	Mehr als ½ Jahr Unterbr.	%
1	18	457	23,33	11	2,4
2	68	236	12,05	6	2,5
3	28	232	11,84	1	0,4
4	128	140	7,15	2	1,4
5	268	138	7,04	1	0,7
6	1	99	5,05	7	7,1
7	1268	81	4,13	2	2,5
8	168	60	3,06	4	6,7
9	12168	34	1,74	2	5,9
10	1218	28	1,43	1	3,6
11	2128	25	1,28	1	4,0
12	12128	23	1,17	2	8,7
13	218	23	1,17	2	8,7
14	26	22	1,12	4	18,2
15	121212121	20	1,02	1	5,0
16	21268	19	0,97	1	5,3
17	121	18	0,92	2	11,1
18	6	17	0,87	2	11,8
19	121268	15	0,77	1	6,7
20	12	15	0,77	2	13,3
21	16	15	0,77	0	0,0
22	2	13	0,66	1	7,7
23	2168	12	0,61	1	8,3
24	10	11	0,56	10	90,9
25	126	11	0,56	1	9,1
26	19?	10	0,51	0	0,0
27	1212128	8	0,41	0	0,0
28	121218	7	0,36	0	0,0
29	1212	7	0,36	1	14,3
30	1216	7	0,36	1	14,3
31	12121218	6	0,31	0	0,0
32	212128	6	0,31	0	0,0
33	212168	6	0,31	1	16,7
34	21218	6	0,31	0	0,0
35	2126	6	0,31	2	33,3
36	212	6	0,31	1	16,7
37	12126	5	0,26	0	0,0
38	12121268	4	0,20	0	0,0
39	121212	4	0,20	0	0,0
40	1212168	4	0,20	0	0,0
41	12121	4	0,20	0	0,0
42	2628	4	0,20	0	0,0
43	29?	4	0,20	1	25,0
44	618	4	0,20	1	25,0

Sequenzmerkmale: Informelle Pflege (1), formell-amb. Pflege (2), vollstationäre Pflege (6), Tod (8), Ende 2008 ohne Pflegearrangement (0), nicht versichert (9?); ( ) rechtszensiert.

Als stete Professionalisierung in den Pflegeverläufen lassen sich diejenigen Sequenzen bezeichnen, die nur Wechsel in der Richtung „Informelle Pflege“ → „Formell-ambulante Pflege“ → „Vollstationäre Pflege“ haben. Dabei wird die Richtung nicht gestört, wenn zwischenzeitlich oder am Ende eine Nichtmitgliedschaft oder der Tod auftreten. Solche Professionalisierungen zeigen sich in 19,0% der Sequenzen (Index 4, 6, 8, 9, 21, 24, 26, 37 und einige nicht aufgeführten Sequenzen). Eine stete Deprofessionalisierung in den Pflegeverläufen, also eine stete genau umgekehrte Verlaufsrichtung, ist mit 3,7% deutlich seltener (Index 10, 28 und einige nicht aufgeführte Sequenzen). 27,5% der Sequenzen zeigen ständige Wechsel in beide Richtungen an.

Weiterhin zeigt sich, dass es insbesondere sehr viele Sequenzen gibt, in denen es ständige Wechsel zwischen informeller Pflege und formell-ambulanter Pflege gibt (z. B. Index 11, 14, 17, 19, 20). Wenn diese Wechsel fortwährend auftreten, kann eigentlich nicht von einer steten informellen Pflege gesprochen werden, sondern muss eigentlich von formell-ambulanter Pflege gesprochen werden. Um solche Arrangements, die möglicherweise wöchentliche oder monatliche Wechsel zwischen informellen und formell-ambulanten Pflegearrangements beinhalten, wurde in Tabelle 56 die Messung der Zeiten formell-ambulanter Pflegearrangements so ausgedehnt, dass je ein halber Monat vor und ein halber Monat nach Inanspruchnahme von Pflegesachleistungen oder Kombinationsleistungen die Zeiten der informellen Pflegearrangements überschrieben wurden. Somit sollten die regelmäßig, bis zu monatlich wiederkehrenden formell-ambulanten Pflegearrangements innerhalb informeller Pflegearrangements zu einem Gesamtarrangement zusammengefasst werden.

Trotz dieser Transformation wird die Zahl der gefundenen Sequenzen mit bis zu 8 beobachteten Wechseln nur etwas geringer. Statt 112 verschiedenen Sequenzen ergeben sich nun 107 verschiedene Sequenzen. Allerdings werden im Detail einzelne Veränderungen sichtbar.

So werden mit der größeren Messmethode zwar weiterhin 23,3% nur informell bis zum Tod gepflegt. 12% beginnen auch mit dieser Messmethode mit vollstationären Pflegeleistungen, beziehen keine weiteren Pflegeleistungen und versterben dann im Beobachtungszeitraum. Es steigt aber der Anteil, der Pflegebedürftigen, die mit formell-ambulanter Pflege und dann ohne Wechsel der Pflegearrangements versterben von 7,1% auf 11,8%. So steigert sich der Anteil der stabilen Verläufe bis zum Tod auf 55,1% (Index 1, 2, 3, 6, 18, 22, 26, 43 und einige nicht dargestellte Sequenzen). Über die Hälfte aller Pflegeverläufe beginnt also in einem bestimmten Pflegearrangement und ändert sich bis zum Tod nicht. Besonders hoch ist dabei der Anteil der Pflegeverläufe, die mit informeller Pflege beginnen und zum Ende der Beobachtungszeit immer noch andauern (99 Fälle = 5%). Pflegeverläufe, die mit formell-ambulanter Pflege oder vollstationärer Pflege beginnen und zum Ende der Beobachtung noch andauern, sind hingegen seltener (17 Fälle = 0,9% bzw. 13 Fälle = 0,7%).

Typische Verläufe sind neben den konstanten Verläufen auch noch diejenigen, die eine Professionalisierung im Verlauf anzeigen. Gemeint sind wiederum die Sequenzen, die Wechsel von informeller Pflege zu formell-ambulanter Pflege oder vollstationärer Pflege anzeigen oder die Wechsel von formell-ambulanter Pflege zu vollstationärer

Pflege anzeigen. Todesereignisse oder Zeiten der Nichtmitgliedschaft bei der GEK werden dabei nicht als Negierung dieser Definition angesehen. Insgesamt nehmen 24,9 % der größer gemessenen Sequenzen einen solchen Verlauf der Professionalisierung (Index 4, 5, 7, 8, 14, 20, 21, 25 und einige nicht aufgeführte Sequenzen).

Entgegengesetzte Sequenzen, die eine stete Deprofessionalisierung des Pflegeverlaufs anzeigen sind mit 2,2 % selten (Index 13, 24, 44 und einige andere nicht aufgeführte Sequenzen). Die Sequenzen, die einen Wechsel von vollstationärer Pflege in informelle Pflege oder formell-ambulante Pflege beinhalten, sind besonders gering besetzt. Tabelle 56 zeigt hierzu nur zwei Sequenzen (Index 42, 44) die jeweils viermal vorkommen. Aber auch die hier nicht dargestellten Sequenzen haben genauso wie diese zu allermeist nach dem Wechsel von vollstationärer Pflege in andere Arrangements das Todesereignis oder aber eine Rückkehr in die vollstationäre Pflege.

Trotz der Transformation der Episodendauer von formell-ambulanten Leistungen, zeigen sich noch immer sehr viele Sequenzen, die durch viele Wechsel zwischen informeller Pflege und formell-ambulanter Pflege gekennzeichnet sind und dann in vollstationäre Pflege, den Tod oder über die vollstationäre Pflege in den Tod münden. Der Anteil dieser labilen Verläufe beträgt 17,8 % (Index 9-12, 15-17, 19, 23, 27-42).

### 5.3.8 Fazit zu den Pflegeverläufen

Es gibt verschiedene Erkrankungen, die eng mit dem Beginn der Pflegeverläufe in Zusammenhang stehen und die in unterschiedlichem Maße die Überlebenszeiten vorschreiben lassen. So sind Personen, die an bösartigen Neubildungen erkrankt sind, verstärkt pflegebedürftig. Weil diese Personen schneller versterben ist die Prävalenz der derartig erkrankten Pflegebedürftigen letztlich aber relativ gering. Psychische Erkrankungen führen zwar auch zu einer erhöhten Pflegebedürftigkeit, aber die Sterblichkeit wird durch diese Erkrankungen deutlich weniger erhöht. Aus diesem Grund ist die Prävalenz psychischer Erkrankungen bei pflegebedürftigen Personen höher.

Insgesamt gibt es nach Beginn der Pflegebedürftigkeit einen großen Anteil von 25 % der Männer und ca. 15 % der Frauen, die schon nach drei Monaten verstorben sind. Es gibt aber einen deutlich höheren Anteil von über 30 % der Männer und über 50 % der Frauen, die länger als drei Jahre überleben. Die durchschnittliche Zeit, in der innerhalb des Beobachtungsfensters für die 2000er Zugangskohorte von durchschnittlich 8½ Jahren Pflegeleistungen bezogen wurden, liegt für Frauen bei knapp unter 4 Jahren und für Männer bei ca. 2,5 Jahren. Die meiste Zeit mit Pflegeleistungen wird einerseits in Pflegestufe I und andererseits mit informeller Pflege verbracht. Frauen verbringen dabei mit über einem Jahr deutlich mehr Zeit in vollstationärer Pflege als Männer, die es auf nur ca. ein halbes Jahr bringen.

Auffällig sind die unterschiedlichen Überlebenskurven nach Eingangspflegestufe in Kombination mit dem Eingangspflegearrangement, die darauf hinweisen, dass es bei der Wahl des Pflegearrangements krankheits- und schweregradbedingte Selektionen gibt. Wenn es in Zukunft auch darum gehen soll, Prognosen der Pflegeprävalenz aufzu-

stellen, dann wäre es deshalb wünschenswert, die Erkrankungsrisiken bei der Kalkulation mit berücksichtigt werden.

Insgesamt weisen alle gewählten Methoden zur Untersuchungen der Verläufe darauf hin, dass es ein Zurück aus der Pflegebedürftigkeit nur in eingeschränktem Maße gibt. Das zeigt sich daran, dass die leistungsfreien Zeiten in der Regel sehr kurz sind und ihnen meistens wieder Pflegeleistungen folgen. Es handelt es sich nicht zuletzt um Zeiten, die mit einem Krankenhausaufenthalt verbracht werden. Außerdem wird auch im individuellen Pflegeverlauf deutlich, dass es häufig zu einer Professionalisierung der Pflege kommt. Dies zeigt sich in den sehr häufigen Übergängen von informeller Pflege zu formell-ambulanten Pflegeleistungen und weiter zu vollstationärer Pflege. Die Hälfte der Pflegeverläufe ist aber bezüglich der Pflegearrangements bis zum Ende der Beobachtung bzw. bis zum Tod stabil, woran informelle Pflegearrangements einen besonderen Anteil haben.

Soll informelle Pflege auch im Hinblick auf die damit verbundene relative finanzielle Entlastung der Pflegekassen gefördert werden, muss dies insbesondere zu Beginn der Pflegebedürftigkeit geschehen, da der Beginn der Pflege der entscheidende Moment für die weitere Ausgestaltung der Sequenzen in den Pflegearrangements ist.

# 6 Regionale Unterschiede in der Versorgung

In der deutschen Diskussion werden regionale Unterschiede in der Versorgung zumeist in Verbindung mit Versorgungsdefiziten in ländlichen Regionen diskutiert. Häufig im Fokus steht hierbei die Fach- oder Hausarztdichte. Während in hoch verdichteten Regionen teilweise von einer Überversorgung gesprochen werden kann, liegt in einigen ländlichen Regionen zumindest die Bedrohung einer Unterversorgung vor (Klose et al. 2007). Entsprechende Diskussionen konzentrieren sich auf den medizinischen Sektor. Spezielle Analysen der Versorgung speziell Pflegebedürftigen fehlen dagegen, obwohl diese Personengruppe insbesondere vor dem Hintergrund des demographischen Wandels von besonderer Bedeutung ist.

Im Folgenden werden die regionalen Unterschiede im Pflegemarkt anhand der Pflegedaten der Statistischen Ämter des Bundes dargestellt (Abschnitt 6.1). Daran anschließend wird – ebenfalls im Hinblick auf regionale Unterschiede – die medizinische Versorgung von Pflegebedürftigen anhand der GEK-Routinedaten betrachtet (Abschnitt 0).

## 6.1 Regional differenzierter Pflegemarkt

Ziel dieses Abschnitts ist es einen Überblick über den regional differenzierten Markt für professionelle Pflegeleistungen zu geben. Hierbei kann zwischen der Mengen- und der Preiskomponente unterschieden werden. Die Menge der in Anspruch genommenen Pflegeleistungen hängt zum einen von den Kapazitäten, die in Abschnitt 6.1.1 dargestellt werden. Diese werden aber nur dann relevant, wenn sie eine entsprechende kaufkräftige Nachfrage finden. In Abschnitt 6.1.2 wird daher die Inanspruchnahme dieser Leistungen untersucht, während Abschnitt 6.1.3 den Entgelten gewidmet ist. Einleitend werden in jedem Abschnitt kurz die verwendeten Daten vorgestellt. Anschließend werden jeweils der stationäre und der ambulante Sektor behandelt, ehe die Ergebnisse abschließend zusammengefasst werden.

Zur Darstellung regionaler Unterschiede werden zwei Gliederungen verwendet. Zum einen die politische Gliederung nach Bundesländern oder Kreisen und zum anderen die sozialräumliche Gliederung nach Gemeindetypen. Dabei wird unterschieden nach Agglomerationsräumen, verstädterten Räumen und ländlichen Räumen. Diese Kategorisierung erlaubt Vergleiche von Regionen ohne die Zuschreibung räumlicher Problemkategorien sowie raumordnungspolitischer Zuweisungen (BBR 2008). Als Parameter zur Bestimmung des Raumes dienen „Verdichtung“ und „Zentralität“.

- *Agglomerationsräume* sind definiert als Oberzentren mit über 300.000 Einwohnern oder einer Dichte um 300 Einwohner/km<sup>2</sup>.
- Bei einer Dichte größer als 150 Einwohner/km<sup>2</sup> oder einem Oberzentrum mit über 100.000 Einwohnern bei einer Mindestdichte von 100 Einwohner/km<sup>2</sup> wird die Region zum *verstädterten Raum* gezählt.

- Dem „*ländlichen Raum*“ werden auch Kommunen mit einer Dichte von mehr als 150 Einwohner/km<sup>2</sup> aber ohne ein Oberzentrum mit über 100.000 Einwohnern zugerechnet. Ebenfalls zählen Kommunen mit einem Oberzentrum über 100.000 Einwohner, aber einer Dichte von unter 100 Einwohner/km<sup>2</sup> zum ländlichen Raum.

Bedingt durch Mortalität, Fertilität und Mobilität einer Region kann sich die Zuordnung daher im zeitlichen Verlauf ändern. Deshalb wird die Raumbeobachtung seitens des Bundesamtes für Bauwesen und Raumordnung laufend durchgeführt und ggf. aktualisiert. Weiterhin erfordern Kreisgebietsreformen, wie sie 2007 in Sachsen-Anhalt und 2008 in Sachsen stattgefunden haben, ggf. eine neue Kategorisierung der Regionen. Die zum Stand des 31.12.2008 vergebenen Raumregionen, die auch für die weiteren Analysen verwendet werden, sind auf Kreisebene in *Abbildung 43* dargestellt.

Deutlich zu erkennen ist im Norden ein „Band“, welches die Agglomerationsräume Hamburg, Bremen und Hannover miteinander verbindet. In den neuen Bundesländern zählen Berlin mit all seinen angrenzenden Kreisen sowie die Regionen Sachsens um Dresden und Leipzig herum ebenfalls zum Agglomerationsraum. Um Nürnberg und München in Bayern, sowie Stuttgart in Baden-Württemberg sind Agglomerationsräume im Süden Deutschlands zu finden. Daneben zählt das Rhein-Main-Gebiet, welches Kreise und kreisfreie Städte der Bundesländer Baden-Württemberg, Rheinland-Pfalz und Hessen umfasst, neben dem Großbereich Ruhrgebiet und seinen umliegenden Kreisen und kreisfreien Städten, und die Saarregion zu den am meisten verdichteten und zentralisierten Regionen.

Ländliche Regionen finden sich im westlichen und nord-östlichen Niedersachsen sowie insbesondere in den grenznahen Gebieten Schleswig-Holsteins. Der gesamte Nordosten Deutschlands, worunter Mecklenburg-Vorpommern in seiner Gesamtheit bis auf die Region Rostock und Brandenburgs Norden zu verstehen ist, unterliegt einer ländlichen Prägung. Des Weiteren fallen in den neuen Bundesländern kleinere Regionen in Sachsen-Anhalt und Sachsen unter die Definition des ländlichen Raums. Eine große ländliche Fläche lässt sich im Zentrum Deutschlands, zusammengesetzt aus Teilen Thüringens, Hessens und Bayerns, lokalisieren. Überhaupt stellen weite Teile Bayerns (östlich und westlich von Nürnberg sowie der gesamte Grenzbereich Bayerns zu Österreich und der Tschechischen Republik, angefangen im Südwesten bis hin zum Osten Bayerns) eine ländliche Region dar.

Bevor auf weitere Analysen eingegangen wird, wird in *Abbildung 44* die Prävalenz der Pflegebedürftigkeit gemessen an allen Einwohnern des jeweiligen Kreises dargestellt. Zu Steigerung der Übersichtlichkeit sind diese Prävalenzen in fünf gleich stark belegten Klassen (Quintile) eingeteilt. Jede Kommune (Kreise und kreisfreie Städte) werden mit einer Farbschattierung markiert, die jeweils für ein Quintil steht. Die Quintile zwei bis vier umfassen zusammen eine Spannweite von insgesamt 2,32 bis 3,35, während sowohl auf das erste Quintil (1,47-2,32), als auch das fünfte Quintil (3,35-4,97) weitaus größere Spannen entfallen. Auffällig sind die in *Abbildung 44* dargestellten dunklen Flächen in den neuen Bundesländern, die auf eine hohe Prävalenz der Pflegebedürftigkeit hinweisen. Der Norden mit hohen Prävalenzen insbesondere in Mecklenburg-Vorpommern und Nordbrandenburg ist hiervon etwas stärker betroffen als der Süden in

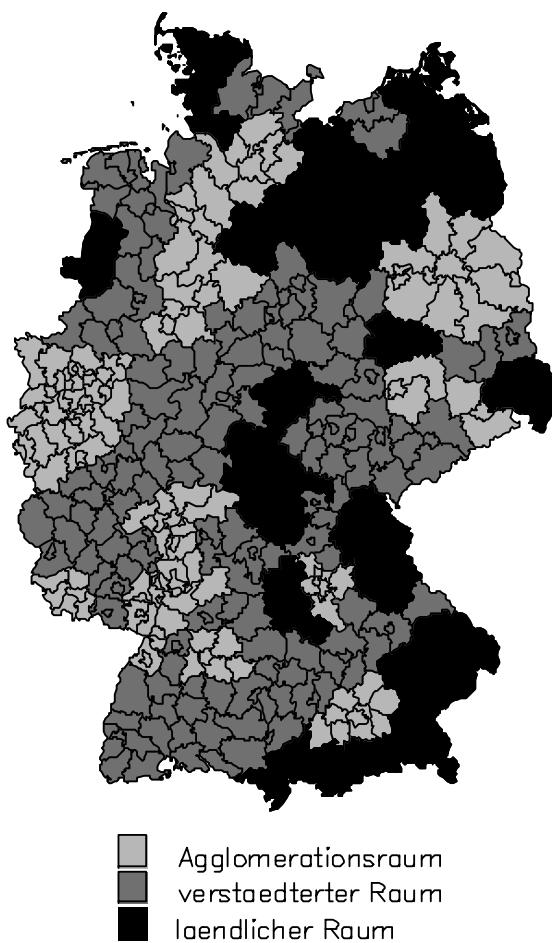
Ostdeutschland. Von dort aus erstrecken sich die hochprävalenten Kreise westwärts bis nach Hessen und Nordniedersachsen. Ebenfalls eine überdurchschnittlich hohe Pflegebedürftigkeit ist in Ostbayern in den an die Tschechische Republik angrenzenden Kreisen auszumachen. Vereinzelte hoch prävalente Kommunen lassen sich zudem in Baden-Württemberg und Westniedersachsen ausmachen. Sehr heterogen hingegen fällt das Bild im Großbereich Ruhrgebiet aus, für das kein einheitliches Bild auszumachen ist. Deutlich sichtbar sind niedrige Prävalenzen in Ostwestfalen. Die mit Abstand meisten Kommunen mit einer niedrigen Prävalenz finden sich im südlichen Rheinland-Pfalz sowie Bayern und vor allem in Baden-Württemberg.

Ursächlich für die unterschiedlichen Prävalenzen sind die differierenden Altersstrukturen, die wiederum nicht zuletzt durch Binnenmigration entstehen. Die meisten Abwanderungen sind für das Jahr 2006 in den neuen Bundesländern Mecklenburg-Vorpommern (5,7 pro 1000 Einwohner), Thüringen (6,0 pro 1000 Einwohner) und Sachsen-Anhalt (6,9 pro 1000 Einwohner) zu beobachten (Statistisches Bundesamt 2008). Hierbei handelt es sich in der Regel um jüngere Personen, die wegen Arbeitslosigkeit oder Perspektivlosigkeit aus ihrer alten Heimat emigrieren. Diese Wanderungen führen auf der einen Seite zu einer demographischen „Verjüngung“ der Regionen in die hingezogen wird und auf der anderen Seite zu einer demographischen Alterung der Regionen aus denen die Migration stattfindet. Um einen von der Altersstruktur weniger geprägten Überblick zu erhalten ist in *Abbildung 45* die Prävalenz der Pflegebedürftigkeit bezogen auf die mindestens 75 Jahre alte Bevölkerung dargestellt. Bei der Betrachtung dieser Abbildung kann festgestellt werden, dass die Prävalenz in den neuen Bundesländern noch höher ist, als in der vorherigen Darstellung. Mecklenburg-Vorpommern und der Norden Brandenburgs weisen nunmehr fast flächendeckend die höchsten Prävalenzen auf. Für Sachsen kann wiederum gesagt werden, dass die Prävalenzen unter allen neuen Bundesländern dort am niedrigsten sind. Auffällig ist außerdem ein höherer Anteil hochprävalenter Kreise im Niedersachsen, wobei sich dieser auf den Westen fokussiert. Niedrigere Prävalenzen verglichen mit *Abbildung 44* sind neben Sachsen insbesondere in NRW und Rheinland-Pfalz zu beobachten.

Die Vermutung, dass die hohen Prävalenzen in den neuen Bundesländern ausschließlich auf den Wegzug der jüngeren Bevölkerung und den entsprechend hohen Altenanteil zurückgeführt werden kann, lässt sich demnach nicht bestätigen: Auch wenn nur die mindestens 75-Jährigen betrachtet werden, zeigt sich für die neuen Bundesländer eine deutlich höhere Prävalenz. Zumindest für Mecklenburg-Vorpommern und Brandenburg ist sogar ein umgekehrter Effekt zu beobachten: Bezogen auf die Altenbevölkerung zeigt sich die herausgehobene Position dieser Länder sogar noch stärker.

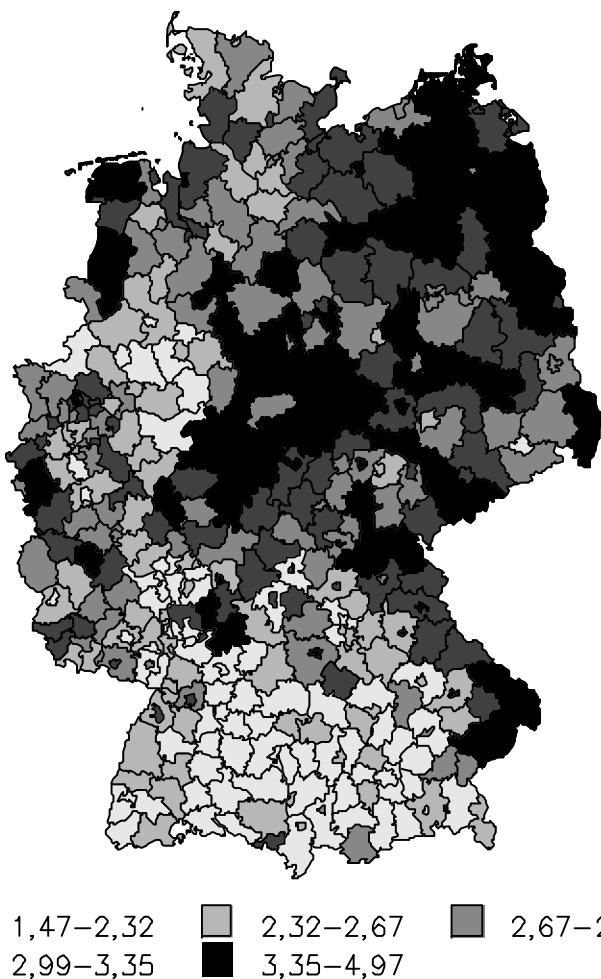
Insgesamt lässt sich im Hinblick auf die Pflegebedürftigkeit von einem Nord-Süd-Gefälle sprechen, da sich die niedrigprävalenten Regionen fast ohne Ausnahme im südlichen Teil Deutschlands befinden, während sich die hochprävalenten Regionen in der nördlichen Hälfte Deutschlands befinden, mit einer starken Tendenz zu Zentral- und Ostdeutschland.

Abbildung 43: Gemeindetyp nach Kreis



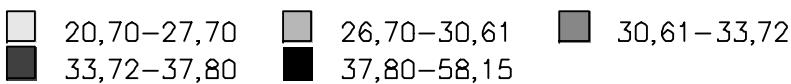
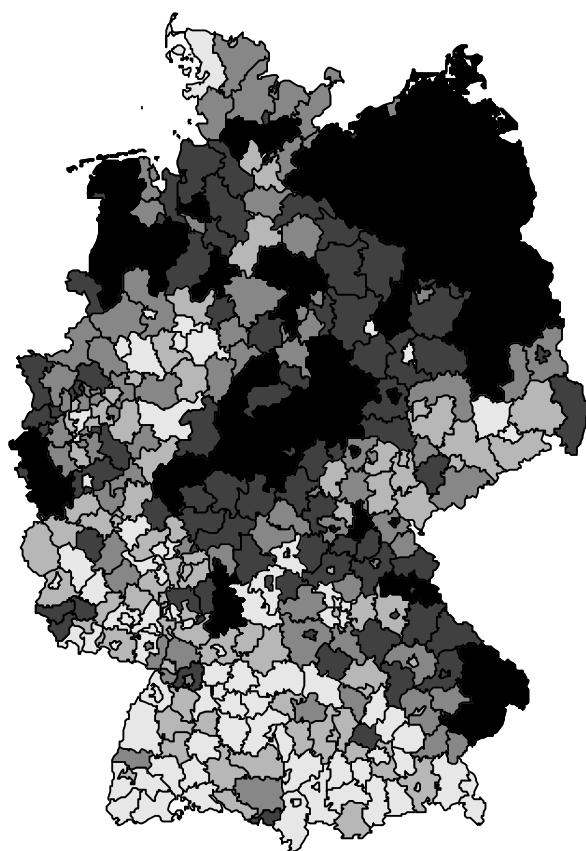
Quelle: FDZ der Länder 2009, Statistisches Bundesamt 2009

Abbildung 44: Prävalenz der Pflegebedürftigkeit (in %)



Quelle: FDZ der Länder 2009

Abbildung 45: Prävalenz der Pflegebedürftigkeit je Altenbevölkerung (älter 75) (in %)



Quelle: FDZ der Länder 2009

Tabelle 57: Prävalenz der Pflegebedürftigkeit nach Gemeindetyp

	Prävalenz (SD)	Minimum	Maximum
Agglomerationsraum	2,66 (0,48)	1,47	4,07
Verstädterter Raum	2,83 (0,58)	1,82	4,68
Ländlicher Raum	3,20 (0,66)	1,85	4,97

In Klammern ist jeweils die Standardabweichung angegeben.

Tabelle 57 veranschaulicht die Unterschiede der Prävalenz der Pflegebedürftigkeit nach Gemeindetypen. Mit fallendem Agglomerationsgrad steigt die Prävalenz an. Sind in Agglomerationsräumen 2,66 % der Bevölkerung pflegebedürftig, sind es in verstädterten Räumen bereits 2,83 %, während der höchste Anteil der Pflegebedürftigen im ländlichen Raum mit 3,20 % zu finden ist.

### 6.1.1 Kapazitäten

Ein wichtiges Kennzeichen für die Größe des Pflegemarktes ist die Kapazität. Diese ist je nach Leistungsart jedoch unterschiedlich darstellbar. Während im stationären Sektor die Kapazität über die vorhandenen Plätze in Heimen ausgedrückt werden kann, besteht eine ähnliche Möglichkeit für ambulante Pflegedienste nicht. Deshalb wird zur Darstellung der Kapazitäten im ambulanten Bereich auf die Beschäftigtenzahl zurückgegriffen.

Nach einer kurzen Beschreibung der Datenbasis (Abschnitt 0) erfolgt die Ergebnisdarstellung für vollstationäre Heimplätze (Abschnitt 0) und Beschäftigte der ambulanten Pflegeeinrichtungen gemessen in Vollzeitäquivalenten (Abschnitt 6.1.1.3). Jeweils wird mit einer Darstellung begonnen, die sich auf die Kapazitäten je Fläche bezieht. Daran schließt sich jeweils eine Darstellung an, in der die absoluten Werte in Relation zur Altenbevölkerung (>75 Jahre) gesetzt werden.<sup>73</sup> Abgeschlossen werden beide Sektoren mit zwei Illustrationen zur Quote der Beschäftigten in Vollzeitäquivalenten, die auf 100 Pflegebedürftige kommen. Zunächst wird die Quote in Bezug auf alle Beschäftigten unabhängig von ihrer Tätigkeit bezogen, in der zweiten Abbildung wird dagegen nur das unmittelbar pflegende Personal berücksichtigt. Abschließend werden die Ergebnisse in Bezug auf die Kapazitäten in Abschnitt 6.1.1.4 noch einmal zusammengefasst.

#### 6.1.1.1 Datenbasis für die Messung der Kapazitäten

Datengrundlage für dieses Kapitel ist die Pflegestatistik, die bereits im Abschnitt 4.2 ausführlich beschrieben wurde. Für diese Untersuchung wurden die Daten auf Kreisebene verwendet, um eine möglichst tiefe Darstellung der Ergebnisse zu ermöglichen.

<sup>73</sup> Eine Karte zur Veranschaulichung der Beschäftigten in vollstationären Heimen ist nicht notwendig, da die Darstellung dieser Kapazität bereits über die Heimplätze erfolgt. Da mit einer steigenden Anzahl an Pflegeheimplätzen auch die Anzahl an Beschäftigten zunimmt, bringt eine solche Abbildung keinerlei neuen Erkenntnisse. Tatsächlich sind beide Karten anhand ihrer Ausprägungen miteinander fast identisch.

*Tabelle 58: Gewichtungsfaktoren für die Umrechnung in Vollzeitäquivalente*

Beschäftigungsverhältnis	Gewichtungsfaktor
Vollzeitbeschäftigt	1,00
Teilzeitbeschäftigt > 50 % (nicht 400-Euro-Job)	0,75
Teilzeitbeschäftigt <= 50 % (nicht 400-Euro-Job)	0,45
Geringfügig beschäftigt (400-Euro-Job)	0,25
Praktikant, Schüler, Auszubildender	0,20
Helper im Freiwilligen Sozialen Jahr	1,00
Zivildienstleistender	1,00

Die Bundesrepublik Deutschland ist in Kreise bzw. kreisfreie Städte aufgeteilt, die sich im Laufe der Zeit verändern können. Im Sommer 2008 erfuhr das Bundesland Sachsen eine Kreisgebietsreform. Mit Wirkung vom 1.8.2008 sind im Freistaat Sachsen das Gesetz zur „Neugliederung des Gebietes der Landkreise des Freistaates Sachsen und zur Änderung anderer Gesetze (Sächsisches Kreisgebietsneugliederungsgesetz - SächsKrGebNG“ und das Gesetz zur „Neuordnung der Sächsischen Verwaltung (Sächsisches Verwaltungsneuordnungsgesetz SächsVwNG“ in Kraft getreten. Aus den ehemals existierenden 22 Kreisen und 7 kreisfreien Städten entstanden 10 Kreise und 3 kreisfreie Städte. Dies geschah durch die Zusammenlegung von Kreisen bzw. kreisfreien Städten. Kein einziger Kreis ist hierbei geteilt worden. Um möglichst aktuelle Ergebnisdarstellungen zu präsentieren, werden die Ergebnisse nachfolgend für die zusammengefassten neuen Kommunen durch Aggregation der noch nach der alten Gliederung erhobenen Daten der Pflegetatistik dargestellt.<sup>74</sup>

Die verwendeten Pflegedaten wurden vom Forschungsdatenzentrum (FDZ) der Länder dankenswerterweise bereitgestellt und in den Räumen des Statistischen Landesamtes Bremen analysiert. Zur Darstellung der Kapazitäten werden die Anzahl der vollstationären Heimplätze sowie die Beschäftigtenzahlen benötigt. Beschäftigte können in Vollzeit oder in Teilzeit beschäftigt sein, letzteres zudem zu einem unterschiedlichen Anteil. Aus diesem Grunde sind die absoluten Beschäftigtenzahlen weniger aussagekräftig. Die Aussagekraft kann durch eine Umrechnung in Vollzeitäquivalente gesteigert werden. Die hier vorgenommen Umrechnung folgt der Vorgehensweise, die vom Statistischen Bundesamt u. a. für die Pflegetatistik verwendet wird. Die dabei berücksichtigten Kategorien und die zugehörigen Gewichtungsfaktoren sind Tabelle 58 zu entnehmen. Demnach sind beispielsweise drei Vollzeitbeschäftigte mit dem Gewichtungsfaktor 1 vier Teilzeitbeschäftigte mit über 50 % der regulären Arbeitszeit (bei nicht Vorliegend eines Beschäftigungsverhältnisses auf 400-Euro-Basis) gleichzusetzen.

Da Pflegebedürftigkeit ein vorwiegend im hohen Lebensalter auftretendes Phänomen ist, ist es sinnvoll die Kapazitäten auf die Altenbevölkerung zu beziehen, die im Fol-

<sup>74</sup> Die Kreisgebietsreform trat zum 1.8.2008 in Kraft. Die Erhebungen der Pflegetatistik erfolgten dagegen zum 15.12.2007, während sich die verwendeten Regionalstatistiken auf den 31.12.2007 beziehen.

genden als mindestens 75-Jährige abgegrenzt wird. Im Jahre 2002 lag das Durchschnittsalter der Erstbegutachteten und als „pflegebedürftig“ eingestuften Personen bei 76,4 Jahren, wobei das Durchschnittsalter der Männer 72,2 Jahre und das der Frauen 78,8 Jahre betrug (Wagner/Brucker 2003). Die Abgrenzung ist daher im Hinblick auf Pflegebedürftigkeit plausibel. Die entsprechende Bevölkerungszahl ist der Regionalstatistik des Statistischen Bundesamtes (2009) entnommen. Aus der gleichen Statistik stammen die absoluten Zahlen zur Bevölkerungs- und Flächengröße der Kreise. Alle Daten wurden zum Stichtag 31.12.2007 erhoben.

#### 6.1.1.2 Kapazitäten in der stationären Pflege

*Abbildung 46* stellt die Anzahl der Heimplätze in vollstationärer Pflege pro Fläche je Kommune dar. Damit soll zum Ausdruck gebracht werden, wo sich in Deutschland Heimplätze in großer Zahl befinden. Nicht berücksichtigt wird hierbei die Einwohnerzahl der jeweiligen Kreise, welche jedoch einen Einfluss auf die vorhandenen Heimplätze hat. Wiederum wurden Quintile gebildet, also fünf Klassen, mit annähernd gleicher Besetzungszahl. Die Karte zeigt, in welchen Kommunen große oder kleine Kapazitäten pro Fläche bereitgestellt werden.

Kreisfreie Städte sind verglichen mit Kreisen flächenmäßig kleiner, verfügen dabei jedoch über eine höhere Bevölkerungsdichte. Dies spiegelt sich in der Abbildung durch eine hohe Anzahl kleiner Kommunen mit dunkler Färbung wider, bei denen es sich in der Regel um kreisfreie Städte handelt. Die Kommunen mit der dunkelsten Färbung haben zwischen 8,66 und 31,72 vollstationäre Heimplätze pro Quadratkilometer, die Kommunen im untersten Quintil hingegen liegen im Bereich von 0,33 und 0,88. Die Kapazitäten pro Quadratkilometer unterscheiden sich zwischen der Kommune mit dem höchsten und der mit dem niedrigsten Wert demnach um den Faktor 10.

In NRW, dem bevölkerungsstärksten Bundesland, liegt eine hohe Konzentration von Kommunen mit dunklen Flächen vor. Eine Vielzahl davon entfällt auf flächenmäßig kleine Kommunen im Ruhrgebiet. Genauso wie dort zeigen auch die Beispiele Südniedersachsen, Schleswig-Holstein und Sachsen, dass auch große Kreise vorhanden sind, die dunkel markiert sind, also über hohe Kapazitäten pro Fläche verfügen. Ausgenommen die kreisfreien Städte in Mecklenburg-Vorpommern und Brandenburg, werden die dortigen teilweise sehr flächengroßen Kreise überwiegend mit der hellsten verfügbaren Farbe gekennzeichnet. Im Osten der Bundesrepublik stehen weniger vollstationäre Heimplätze pro Quadratkilometer zur Verfügung als im Westen, wobei der Begriff Osten hier weit gefasst wird und ebenfalls den östlichen Teil Bayerns umschließt. Ausnahmen hiervon bilden die bereits erwähnten kreisfreie Städte und Sachsen. Insgesamt lässt sich hier von einem Ost-West-Gefälle sprechen. Zudem sind Heime im starken Maße in Ballungsgebieten wie dem Ruhrgebiet und nicht in ländlichen Räumen zu finden. Etwaige Vermutungen, dass Pflegeheimkapazitäten vor allem im ländlichen Raum zur Verfügung gestellt werden, weil dort billigere Grundstücke erworben werden können, lassen sich anhand von *Abbildung 46* nicht bestätigen.

Werden die Heimkapazitäten ins Verhältnis zur Altenbevölkerung gesetzt, ergibt sich indes ein verändertes Bild (*Abbildung 47*). Während die Aussagen zu Schleswig-Hol-

stein und Niedersachsen beibehalten werden können, befinden sich sowohl in NRW, als auch in Sachsen kaum noch ganz dunkel eingefärbte Kreise, welche nunmehr mit einer Größe von mindestens als 13,39 Plätzen je 100 Einwohner im Alter von mindestens 75 Jahren definiert sind. In diese Kategorie fallen hingegen verstärkt Kreise in Mecklenburg-Vorpommern und vereinzelt auch in Brandenburg. Von wenigen Ausnahmen abgesehen lässt sich feststellen, dass der nördliche Teil der Bundesrepublik bezogen auf die Altenbevölkerung über eine hohe Kapazität an Plätzen für vollstationäre Pflege verfügt. Ergänzt wird dies durch eine hohe Heimplatzdichte im nördlichen Teil Bayerns. Die meisten Kreise mit einer geringen Kapazität (weniger als 10,45 Heimplätzen je 100 Einwohner im Alter von mindestens 75 Jahren) hingegen scheinen sich auf einer Linie zu befinden, die sich vom Saarland aus diagonal über Rheinland-Pfalz, Hessen und Thüringen bis an die nördliche Grenzen Sachsens zieht. Zudem lassen sich einzelne Regionen mit einem niedrigen vollstationären Pflegeheimbettenbestand in Baden-Württemberg und Bayern ausmachen.

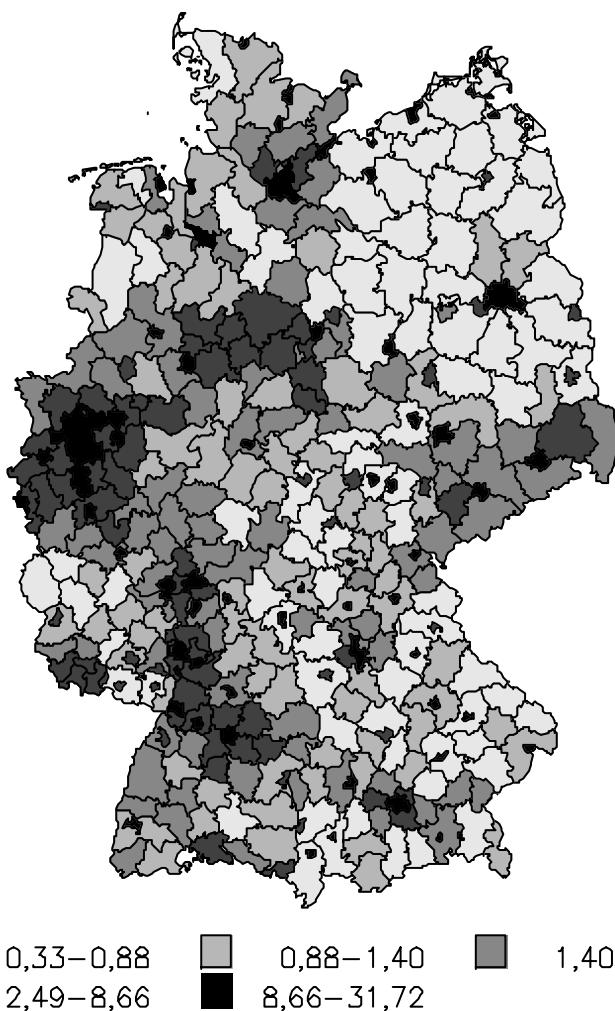
Beschäftigte in Pflegeheimen in Vollzeitäquivalenten je 100 Pflegebedürftige in vollstationärer Pflege nach Kreis sind in *Abbildung 48* abgetragen. Zu beobachten ist ein sehr stark ausgeprägtes Gefälle zwischen den neuen und den alten Bundesländern. Fast alle Kreise im neuen Bundesgebiet werden mit der hellsten Farbe versehen, welche mit 36,96 bis 55,46 Beschäftigten in Vollzeitäquivalenten je 100 Pflegebedürftigen in vollstationärer Pflege definiert ist. Regionen mit einer hohen Beschäftigtenquote sind insbesondere Schleswig-Holstein, NRW und daran angrenzende Regionen Niedersachsens. Für südliche Teile Deutschlands gilt dies ebenso, jedoch existieren dort häufiger auch Gemeinden mit einer geringen Quote, so dass kein ganz einheitliches Bild entsteht. Das Hauptaugenmerk muss bei dieser Darstellung auf dem gravierenden Unterschied zwischen Ost und West liegen.

Wurden in der vorherigen Abbildung alle Beschäftigten in Vollzeitäquivalenten als Referenz herangezogen, wird in *Abbildung 49* nur das in der Pflege und Betreuung (hierzu zählt nicht die hauswirtschaftliche Versorgung) beschäftigte Personal in Vollzeitäquivalenten betrachtet. Zum einen sind diese Personengruppen stärker in die direkte Pflege involviert und zum anderen weniger von Outsourcing betroffen, wenn auch dieser Bereich nicht vollkommen von Outsourcing-Maßnahmen ausgeschlossen ist (Augurzky et al. 2007). Ausgegliedertes Personal (bzw. Personal von Fremdfirmen, das ausgegliederte Aufgaben übernimmt), wird von der Pflegestatistik nicht erfasst. Outsourcing kann den Vergleich zwischen Einrichtungen bzw. Gemeinden daher verzerrn. Die Betrachtung nur der Beschäftigten in Pflege und Betreuung reduziert diese Verzerrung. Allerdings kann es stattdessen zu Verzerrungen kommen, wenn die Zuordnung zwischen Pflege und Hauswirtschaft etwa in verschiedenen Bundesländern uneinheitlich gehandhabt wird.<sup>75</sup>

---

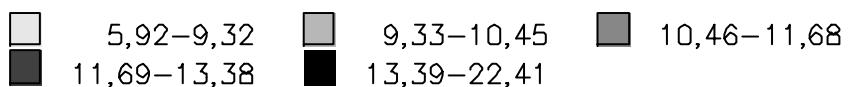
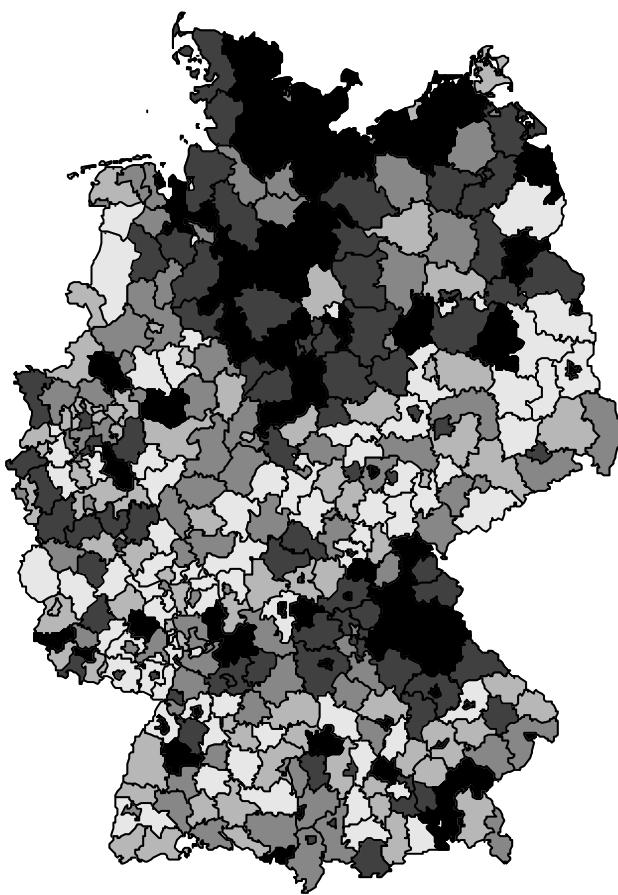
<sup>75</sup> Unterschiedliche Abgrenzungen zwischen Pflege und hauswirtschaftlichem Bereich konnten beispielsweise Augurzky et al. (2008: 55ff.) nachweisen.

Abbildung 46: Heimplätze in vollstationärer Pflege je km<sup>2</sup>



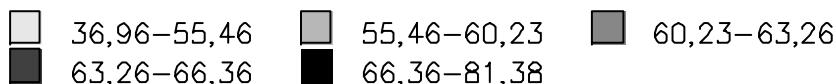
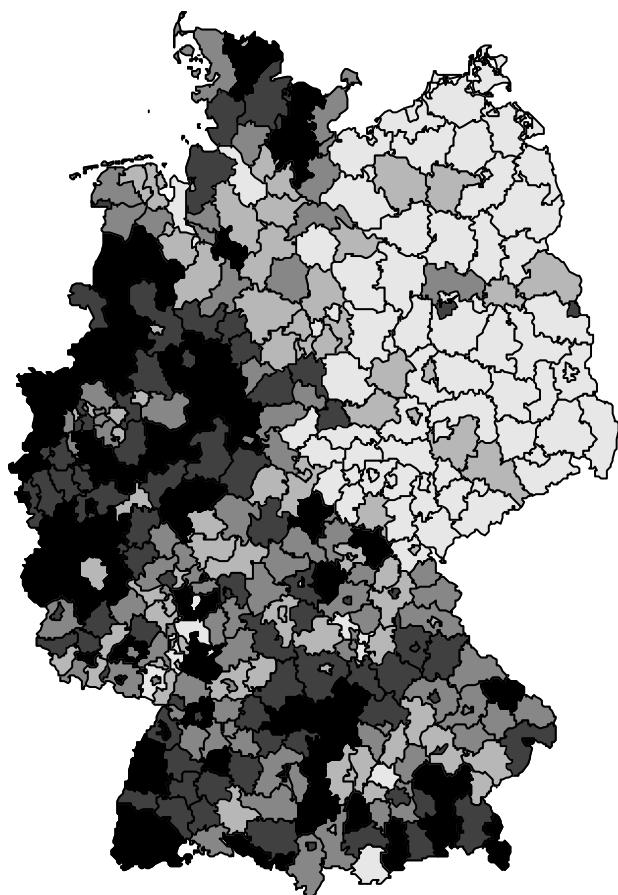
Quelle: FDZ der Länder 2009

Abbildung 47: Heimplätze in vollstationärer Pflege je 100 Einwohner älter 75 nach Kreisen



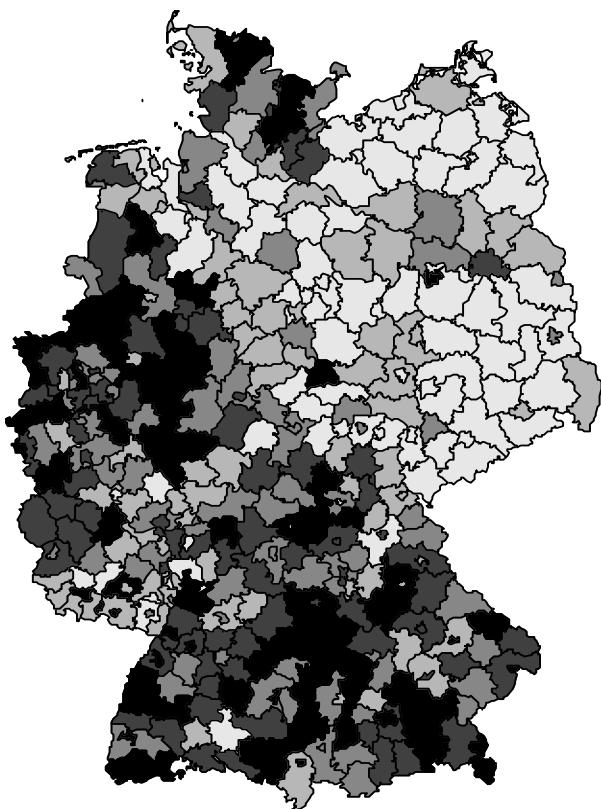
Quelle: FDZ der Länder 2009, Statistisches Bundesamt 2009

Abbildung 48: Beschäftigte in Pflegeheimen in Vollzeitäquivalenten je 100 Pflegebedürftige in vollstationär Pflege nach Kreis



Quelle: FDZ der Länder 2009

Abbildung 49: Beschäftigte in Pflege und Betreuung in Pflegeheimen in Vollzeitäquivalenten je 100 Pflegebedürftige in vollstationär Pflege nach Kreis



Quelle: FDZ der Länder 2009

Erhebliche Veränderungen bei Betrachtung des Pflegepersonals in Vollzeitäquivalenten pro 100 Pflegebedürftige sind im Vergleich zur Gesamtbeschäftigenquote aber nicht zu sehen. Wiederum ist ein erheblicher Ost-West Unterschied zu beobachten mit mehr Pflegekräften pro Pflegebedürftigem in den alten Bundesländern. Sehr hell eingefärbte Kreise mit 26,18 bis 38,91 vollzeitäquivalente Beschäftigte in der Pflege und Betreuung pro 100 Pflegebedürftige sind fast nur im Osten zu finden. Kreise dunkelster Färbung sind vor allem in NRW, Bayern und Baden-Württemberg zu finden. Hier stehen also erkennbar mehr Pflegekräfte für die Betreuung eines Heimbewohners zur Verfügung. Zwar ist die Spannweite deutlich geringer als bei den Kapazitäten, jedoch werden in den Kommunen mit der höchsten Beschäftigungsquote immerhin doppelt so viel Pflegekräfte und sogar mehr als doppelt so viel Beschäftigte pro pflegebedürftigem Heimbewohner eingesetzt wie in den Gemeinden mit der niedrigsten Beschäftigtenquote.

#### 6.1.1.3 Kapazitäten in der ambulanten Pflege

Zur Darstellung der Kapazitäten im ambulanten Bereich kann zunächst die Beschäftigtenzahl (in Vollzeitäquivalenten) je Quadratkilometer betrachtet werden, die *Abbildung 50* zu entnehmen ist. Wie im stationären Sektor handelt es sich bei den Kommunen mit der dunkelsten Färbung, die hier Kapazitäten von mehr als 1,727 Vollzeitäquivalenten pro Quadratkilometer entspricht, um kreisfreie Städte. Allerdings ist die Spannweite dieses fünften Quintils, das eine Spanne von 1,727 bis 13,55 umfasst, sehr groß. Verglichen damit ist die Spanne der Gemeinden, welche die hellste Färbung enthalten, mit Werten zwischen 0,053 und 0,167 als sehr klein zu anzusehen, obgleich beide Einfärbungen gleich häufig vertreten sind.<sup>76</sup> Im Ballungsraum des Ruhrgebiets findet sich bis auf eine Ausnahme keine einzige Gemeinde, die nicht über die dunkelste Einfärbung verfügt. Auch abseits des Ruhgebiets weist NRW bezogen auf die Fläche noch eine sehr hohe Dichte an Beschäftigten in ambulanten Pflegediensten auf. Für das benachbarte Niedersachsen ergibt sich ein stark von Heterogenität geprägtes Bild. Kommunen mit einer hohen Dichte im Süden, stehen Kommunen mit sehr niedriger Dichte im Osten gegenüber, während der Westen Niedersachsens eine Mittelposition einnimmt. Die Gebiete Niedersachsens mit niedriger Beschäftigungsichte grenzen direkt an jene in Mecklenburg-Vorpommern und Brandenburg an, wobei sich diese in Mecklenburg-Vorpommern bis zur polnischen Grenze erstrecken. In ihrer Gesamtheit weisen die Ostdeutschen Bundesländer ein Nord-Süd-Gefälle auf, wobei im Süden eine höhere Beschäftigendichte im ambulanten Sektor auszumachen ist. Die auf die Fläche bezogene Beschäftigendichte in Bayern ist geringer als in Baden-Württemberg. Ballungsgebiete wie Nürnberg oder München sind sehr dunkel eingefärbt, wohingegen ansonsten verstärkt Gemeinden in den beiden hellsten Tönen wahrzunehmen sind.

---

<sup>76</sup> Da Deutschland in insgesamt 413 Kreise und kreisfreie Städte eingeteilt ist, ist es nicht möglich 5 Klassen mit genau gleicher Besetzung zu bilden. In jedem der Quintile sind daher jeweils 82 oder 83 Gemeinden enthalten.

In *Abbildung 51* wird die Anzahl der Beschäftigten der ambulanten Pflegedienste in Vollzeitäquivalenten in Relation zur Altenbevölkerung gesetzt, die wiederum als Bevölkerung mit einem Mindestalter von 75 abgegrenzt wird. Auch hier gilt: Je dunkler die Fläche, desto höher die Ausprägung des untersuchten Merkmals (hier: Beschäftigten der ambulanten Pflegedienste in Vollzeitäquivalenten pro Altenbevölkerung). Im Vergleich zu *Abbildung 50* ergeben sich gravierende Unterschiede: Zu beobachten ist ein sehr starkes Ost-West-Gefälle mit einer bezogen auf die Altenbevölkerung sehr hohen Beschäftigungszahl in den neuen Ländern. In der Mehrzahl der Kommunen der neuen Bundesländer kommen mehr als 2,60 Vollzeitäquivalente auf 100 Einwohner im Alter von mindestens 75 Jahren. Mehrheitlich sind diese Kommunen den Bundesländern Mecklenburg-Vorpommern, Brandenburg, Berlin als Stadtstaat und Sachsen zuzuordnen. In den westlich gelegenen neuen Bundesländer Sachsen-Anhalt und Thüringen ist der Anteil der Beschäftigten je Einwohner dagegen geringer, aber immer noch höher als in Süd- oder Westdeutschland. Dieses Ost-West-Gefälle lässt sich auch in den beiden genannten Bundesländern selbst beobachten, so dass von einem fließenden Übergang des neuen ins alte Bundesgebiet gesprochen werden kann.

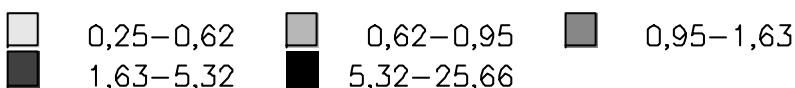
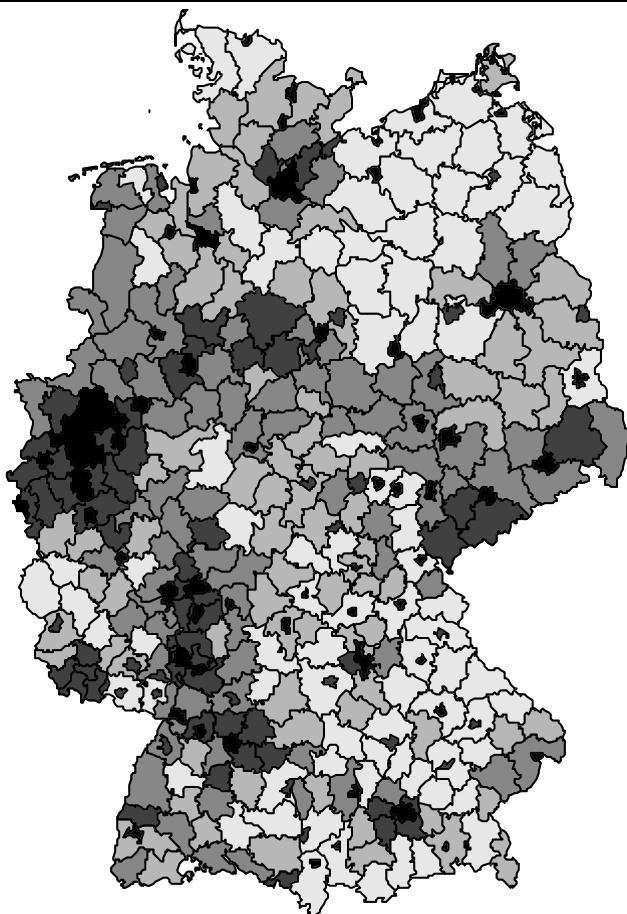
Im sowohl an Thüringen als auch an Sachsen-Anhalt angrenzendem Niedersachsen zeigt sich ein uneinheitliches Bild. Allerdings gibt es keine Kommunen mit einem Anteil von weniger als 1,50 Beschäftige pro 100 Einwohner im Alter von mindestens 75 Jahren. Die an die Niederlande grenzenden Gemeinden Niedersachsens fallen sogar in das fünfte Quintil mit einem Wert von mindestens 2,60. NRW weist bezogen auf die Altenbevölkerung eine in etwa durchschnittlichen Kapazität im ambulanten Sektor auf, wobei auch hier große Unterschiede vorliegen: So sind im östlichen Teil NRW's Gemeinden mit einer geringen Kapazität zu beachten. Südlich von NRW lässt sich die Kapazität im ambulanten Bereich bezogen auf die Altersbevölkerung als relativ gering bezeichnen. Dies gilt sowohl für Rheinland-Pfalz als auch für Hessen sowie für die südlichen Bundesländer Baden-Württemberg und Bayern. In den beiden letztgenannten Ländern ist die Anzahl der Kommunen mit hellsten Flächen, d.h. mit weniger als 1,50 Beschäftigten je 100 Einwohner im Alter von mindestens 75 Jahren, jeweils am höchsten. Kommunen mit einem überdurchschnittlichen Beschäftigtenanteil liegen zwar auch vor, jedoch nur in geringem Maße. Insgesamt verfügt der Süden der Bundesrepublik bezogen auf die Fläche über die geringsten ambulanten Pflegekapazitäten, während diese in den neuen Bundesländern am größten sind, weshalb sich de facto von dem bereits erwähnten Ost-Süd-Gefälle sprechen lässt.

Bei den bisher beschriebenen Ergebnissen blieb der Anteil der Bevölkerung, der durch ambulante Pflegedienste versorgt wird, unberücksichtigt. Tatsächlich sind aber Substitutionseffekte zwischen ambulanter und vollstationärer Pflege zu erwarten. Deshalb illustriert *Abbildung 52* die Zahl der Beschäftigten der ambulanten Pflegedienste in Vollzeitäquivalenten, die auf 100 Pflegebedürftige in ambulanter Pflege kommen. Diese Kennziffer soll nachfolgend mit dem Begriff „Betreuungsdichte“ umschrieben werden. Die Abbildung zeigt eine Konzentration hoher Betreuungsdichte in den neuen Bundesländern, wenn auch etwas weniger stark ausgeprägt als bei der Betrachtung der Beschäftigten pro Altenbevölkerung (*Abbildung 51*). Die Beobachtung einer starken Annäherung des Niveaus in Sachsen-Anhalt und Thüringen an die alten Bundesländer

bleibt hingegen erhalten. Jene alten Länder weisen indes ein in sich inkonsistentes Bild auf. So sind in Schleswig-Holstein und Niedersachsen Kommunen mit allen fünf möglichen Einfärbungen vorhanden, wobei Niedersachsen eine hohe Anzahl an Gemeinden aufweist, mit einer Betreuungsdichte zwischen 13,02 bis 23,37 (entspricht der hellsten Farbe). Das gleiche lässt sich über die Bundesländer NRW, Hessen und Rheinland-Pfalz sagen. Eingeschränkt gilt dies auch für Bayern. Hier lassen sich hell eingefärbte Kommunen jedoch überwiegend im Norden ausmachen, während südwärts tendenziell ein Anstieg der Beschäftigten pro Pflegebedürftigen im ambulanten Bereich zu verzeichnen ist. Eine exponierte Stellung unter den alten Bundesländern nimmt Baden-Württemberg ein, das nur eine geringe Anzahl an Kreisen mit hellen Farben aufweist und somit tendenziell dem Niveau der Ostländer zuzuordnen ist. Zwar sind die Kapazitäten in Relation zur Altenbevölkerung damit in Baden-Württemberg eher gering, allerdings ist die Personalausstattung im Fall einer Inanspruchnahme dann eher hoch.

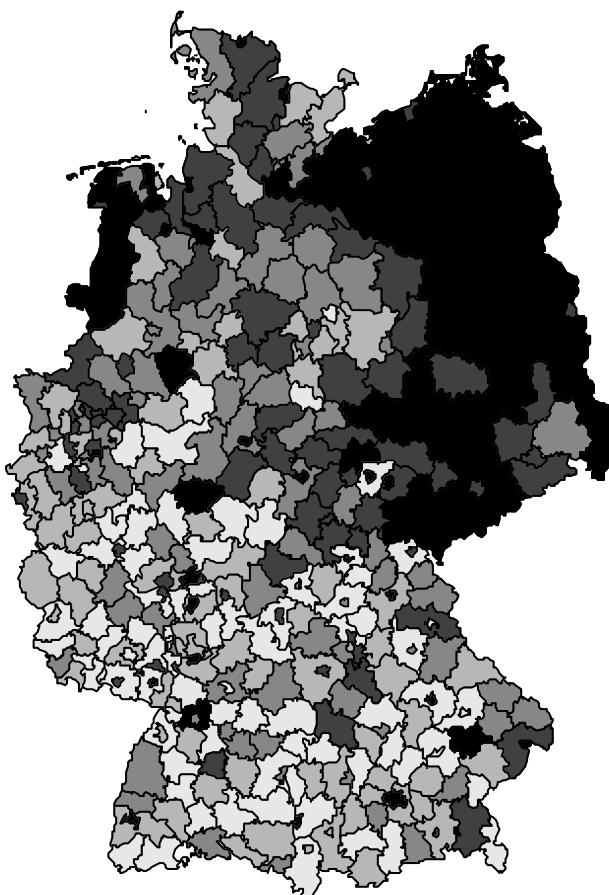
Die Zahl der Beschäftigten in der Grundpflege der ambulanten Pflegedienste in Vollzeitäquivalenten je 100 Pflegebedürftige nach Kreis ist in *Abbildung 53* abgetragen. Die Abbildung unterscheidet sich hinsichtlich der Tendenz ihrer Ergebnisse nicht wesentlich von *Abbildung 52*. Fast zwei Drittel aller Kreise haben in beiden Abbildungen dieselbe Farbschattierung. Erwähnenswerte Unterschiede zeigen sich für Niedersachsen, NRW und Thüringen. In diesen Ländern ist ein hoher Anteil an Kommunen zu beobachten, die bei Betrachtung des Pflegepersonals pro Pflegebedürftigem eine dunklere Einfärbung aufweisen als bei der Betrachtung des gesamten Personals pro Pflegebedürftigem. Das trifft in Niedersachsen auf 30% (vierzehn von 46) der Gemeinden, in NRW auf 46% (35 von 54) der Kommunen und in Thüringen ebenfalls auf 30% (sieben von 23) der Kreise und kreisfreien Städte zu. Der entgegengesetzte Effekt einer helleren Farbschattierung verteilt sich mit Ausnahme von Rheinland-Pfalz und Baden-Württemberg relativ regelmäßig auf die verbleibenden Bundesländer. In Rheinland-Pfalz beträgt der Anteil heller eingefärbter Kommunen 28% (zehn von 36) und in Baden-Württemberg sogar 39% (siebzehn von 44).

Abbildung 50: Beschäftigte der ambulanten Pflegedienste in Vollzeitäquivalenten je  $km^2$  nach Kreis



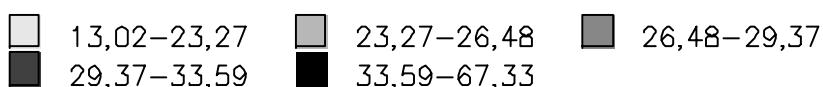
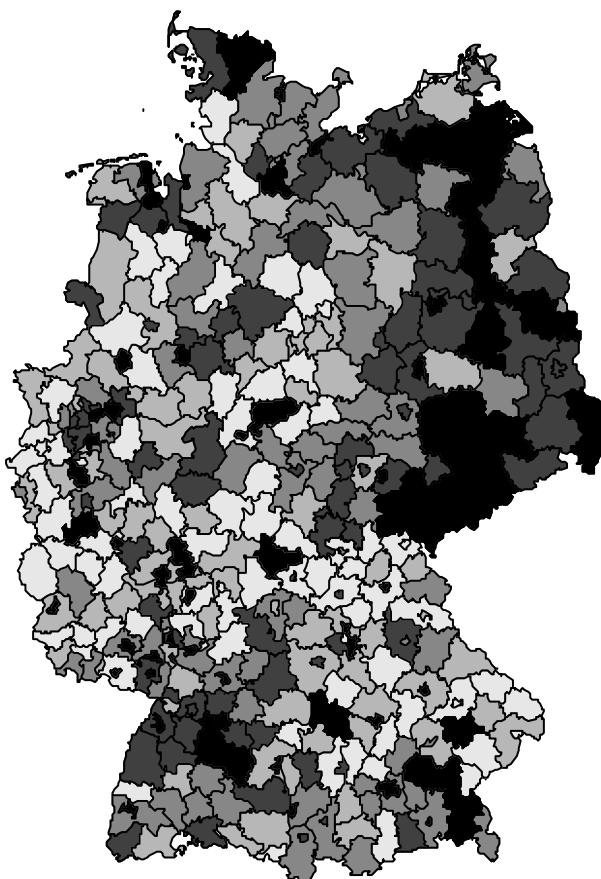
Quelle: FDZ der Länder 2009

Abbildung 51: Beschäftigte der ambulanten Pflegedienste in Vollzeitäquivalenten je Altenbevölkerung (>75 Jahre) nach Kreisen



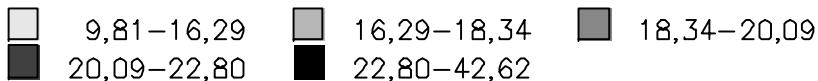
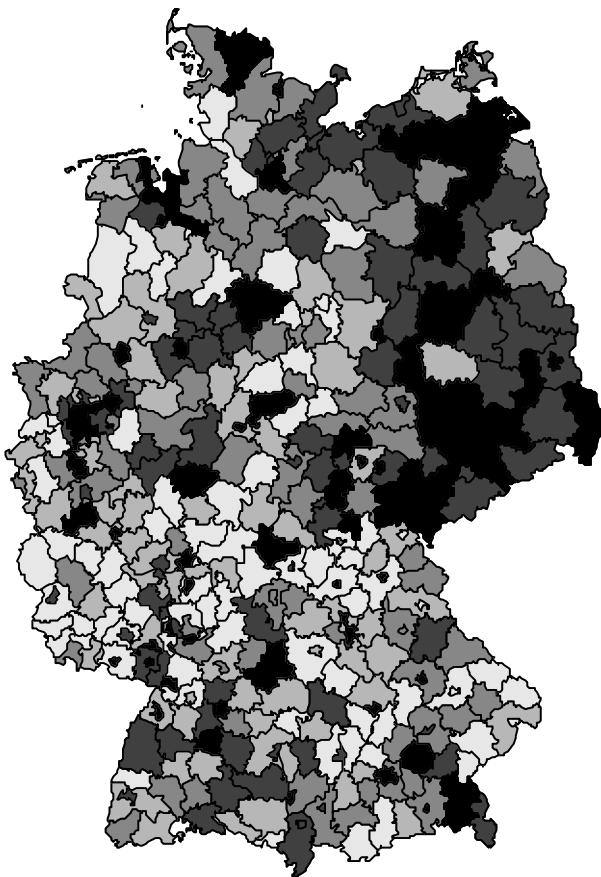
Quelle: FDZ der Länder 2009, Statistisches Bundesamt 2009

Abbildung 52: Beschäftigte der ambulanten Pflegedienste in Vollzeitäquivalenten je 100 Pflegebedürftige in ambulanter Pflege nach Kreis



Quelle: FDZ der Länder 2009

Abbildung 53: Beschäftigte in der Grundpflege der ambulanten Pflegedienste in Vollzeitäquivalenten je 100 Pflegebedürftige in ambulanter Pflege nach Kreis



Quelle: FDZ der Länder 2009

#### 6.1.1.4 Fazit zur regionalen Verteilung der Kapazitäten

Hinsichtlich der Kapazitäten lässt sich ein sehr ausgeprägtes und gegenläufiges Ost-West Gefälle ausmachen. Während in den alten Bundesländern der stationäre Bereich höhere Kapazitäten aufweist, verfügen die neuen Bundesländer über höhere Kapazitäten im ambulanten Sektor. Dieser Effekt zeigt sich verstärkt bei Analyse der Beschäftigten pro Pflegebedürftige, wohingegen der Norden der neuen Bundesländer bezogen auf die Altenbevölkerung eine hohe Anzahl an stationären Pflegeplätzen aufweist.

Als äußerst interessant erweist sich der Vergleich der *Abbildung 48* mit der *Abbildung 52*, in denen die Beschäftigtenzahlen pro Pflegebedürftige im jeweiligen Sektor hinsichtlich des Ost-West-Unterschieds dargestellt werden. Da der Betreuungsaufwand bei der Rundumversorgung in Pflegeheimen höher ist, überrascht es kaum, dass die über die Quintile ablesbaren Werte für den stationären Bereich insgesamt über denen des ambulanten Bereichs liegen. Trotzdem gibt es insgesamt drei von 413 Kreisen, in denen es mehr Beschäftigte in der ambulanten als in der stationären Pflege gibt. Eindrücklicher ist jedoch der starke Ost-West-Unterschied zwischen beiden Sektoren. Während in den alten Bundesländern in Pflegeheimen mit Abstand mehr Beschäftigte pro Bewohner eingesetzt werden, belegen die neuen Bundesländer führende Ränge hinsichtlich der Beschäftigtenzahlen pro versorgten Pflegebedürftigen in der ambulanten Pflege. Dies führt unweigerlich zur Frage nach Substitutionseffekten zwischen dem ambulanten und stationären Sektor: Sind die Kapazitäten im stationären Sektor hoch, sind sie dementsprechend im ambulanten Sektor gering und vice versa. Um diese These zu bestätigen ist ein Korrelationskoeffizient<sup>77</sup> mit den Variablen *Heimplätze in vollstationärer Pflege je 100 Einwohner im Alter von mindestens 75 Jahren* und der Variable *Beschäftigte der ambulanten Pflegedienste in Vollzeitäquivalenten je Altenbevölkerung (>75 Jahre)* errechnet worden. Seine Höhe beträgt 0,05. Die Effektstärke liegt demzufolge nahe bei 0 und ist sehr schwach. Für die Gesamtheit aller Kommunen kann damit die Vermutung, dass eine höhere stationäre Kapazität mit einer geringeren ambulanten Kapazität entgegensteht, nicht bestätigt werden. Das positive Vorzeichen weist im Gegenteil auf einen positiven Zusammenhang zwischen den Kapazitäten in beiden Sektoren hin. Der Wert ist aber so gering, dass insgesamt kein signifikanter Zusammenhang gefunden wird. Der optisch ins Auge fallende inverse Zusammenhang zwischen den Kapazitäten in beiden Sektoren im Ost-West-Vergleich, wird bei einer Berücksichtigung der jeweiligen Varianz in den alten und neuen Ländern damit nicht bestätigt.

Ein anderer Erklärungsansatz der starken Unterschiede in den Beschäftigtenzahlen zwischen den neuen und alten Bundesländern kann eine Analyse der Struktur der Pfle-

---

<sup>77</sup> Der (Rang) Korrelationskoeffizient kann Werte zwischen -1 und 1 annehmen. Läge er bei -1 würde dies bedeuten, dass die zugewiesenen Ränge in beiden Sektoren anders geartet sind. Hat eine Kommune die höchste Kapazität im stationären Sektor (Rang stationär: 1), hat sie demzufolge den „umgekehrten“, d. h. den letzten Rang im ambulanten Sektor. Beträgt der Rangkorrelationskoeffizient hingegen 1, bedeutet dies, dass jede Gemeinde sowohl im ambulanten wie auch im stationären Sektor den gleichen Rang belegt.

gebedürftigen liefern. Sind weniger Beschäftigte in Heimen pro Pflegebedürftige beschäftigt, ist dies nicht notwendigerweise gleichbedeutend mit einer schlechteren Versorgung oder einer Überbelastung des Personals, da nicht per se davon ausgegangen werden kann, dass Pflegebedürftigen das gleiche Ausmaß an Versorgung nötig haben. Als Schweregrad der Pflegebedürftigkeit kann am einfachsten die zugewiesene Pflegestufe hinzugezogen werden.

Bei einem Vergleich von zwei Heimen mit einer unterschiedlichen Struktur der Heimbewohner sollte sich dies auch in der Anzahl der Beschäftigten widerspiegeln, da Pflegebedürftige mit höherer Pflegestufe eines höheren Betreuungsaufwands bedürfen als Pflegebedürftige mit einer niedrigen Pflegestufe. Somit könnte die niedrige Beschäftigtenquote im Osten durch eine Bewohnerstruktur mit tendenziell niedrigerer Pflegestufe erklärt werden. Tatsächlich liegt jedoch ein umgekehrter Effekt vor. In Kommunen mit einer niedrigen Beschäftigtenquote, die im ersten Quintil liegen, sind die Bewohner pflegebedürftiger als in den restlichen Kreisen. Für Pflegebedürftige in Gemeinden mit einer niedrigen Beschäftigtenquote ergibt sich eine Verteilung auf die Pflegestufen von: 33,6% in Pflegestufe 1, 45,6% in Pflegestufe 2 und 24,0% in Pflegestufe 3, während in den verbleibenden 80% der Gemeinden folgende Verteilung vorliegt: 35,4% in Pflegestufe 1, 41,8% in Pflegestufe 2 und 20,7% in Pflegestufe 3. Die Unterschiede unter den Gemeinden, die im zweiten bis fünften Quintil liegen, waren hingegen nur sehr gering.

Somit können die Ergebnisse zur Beschäftigtenzahl pro versorgtem Pflegebedürftigen einen Hinweis auf eine mögliche Unterversorgung liefern, wobei natürlich nicht ausgeschlossen werden kann, dass die Differenzen durch Qualitätsunterschiede, z. B. durch ein besser geschultes Personal, in der Versorgung ausgeglichen werden. Hinweise hierauf enthalten die Daten allerdings nicht. Es muss jedoch bedacht werden, dass in den neuen Bundesländern modernere Pflegeheime stehen als in den alten Bundesländern. Daraus ableitbare Einspareffekte sind theoretisch möglich. So können bei neueren Bauten spezifische Anforderungen besser berücksichtigt werden, die in kürzeren Wegen für das Personal resultieren. Im Umkehrschluss kann dies zu einer Einsparung an Personal führen. Darüber hinaus kann auch ein unterschiedliches Qualifikationsniveau in den betrachteten Regionen vorliegen.

Auch ein unterschiedliches Maß an Outsourcing kann als Ursache für die beobachteten Unterschiede in der Personaldichte in Frage kommen. Allerdings zeigte sich im stationären Bereich, der in höherem Maße von Outsourcing betroffen sein dürfte, dass die Unterschiede bei der Betrachtung nur der Pflegekräfte, die tendenziell weniger vom Outsourcing betroffen sind als andere Beschäftigengruppen sogar noch zugenommen haben, so dass diese Erklärung wenig plausibel erscheint.

Insgesamt gibt es Unterschiede in der Strukturqualität zwischen Ost und West. Im ambulanten Sektor weisen die neuen Länder eine höhere Personaldichte auf, die aber auch durch ein geringeres Maß an familialer Pflege bedingt sein kann. Im stationären Sektor ist die geringere Personalausstattung von Pflegeheimen hingegen auffällig. Inwieweit durch die unterschiedliche Strukturqualität die Versorgungsqualität unterschiedlich ausfällt, kann an dieser Stelle nicht beantwortet werden.

## 6.1.2 Inanspruchnahme

Nachdem im vorherigen Abschnitt die Kapazitäten im stationären und ambulanten Sektor dargestellt worden sind, wird nunmehr die Inanspruchnahme untersucht, die sich aus dem Zusammenspiel von Angebot und Nachfrage ergibt. Entscheidend für die Nachfrage von Leistungen der Pflegeversicherung ist, für welche Pflegearrangements sich die Pflegebedürftigen bzw. stellvertretend ihre Angehörigen entscheiden. Bei Wahl einer Pflegeleistung kann zwischen mehreren Leistungen gewählt werden. Soll der Pflegebedürftige in seiner häuslichen Umgebung bleiben, so besteht die Möglichkeit Pflegegeld zu beziehen, einen ambulanten Pflegedienst für die Versorgung einzuschalten oder eine Kombination aus beiden zu wählen. Falls der Pflegebedürftige nicht in seiner häuslichen Umgebung bleiben soll bzw. kann, kann stationäre Pflege gewählt werden. Unterschiede in der Inanspruchnahme können angebots- und/oder nachfragebedingt sein: Verfügbare Kapazitäten (insbesondere Heimplätze), Qualität der Pflegeeinrichtungen, Pflegestufe des Pflegebedürftigen, über die Gewährung der Leistung der Pflegeversicherung hinaus entstehende Kosten, örtliche Nähe, Bereitschaft Pflege einer Person zu übernehmen oder kulturelle Aspekte sind Determinanten der Inanspruchnahme.

Bei der nachstehenden detaillierten Untersuchung der Inanspruchnahme wird zunächst wiederum kurz auf die Datenbasis für die Messung der Inanspruchnahme eingegangen (6.1.2.1). danach erfolgt die Analyse für den stationären (Abschnitt 0) und für den ambulanten Sektor (Abschnitt 0). Abschließend erfolgt eine Zusammenfassung in der die Ergebnisse zusammengefasst und interpretiert werden (Abschnitt 0).

### 6.1.2.1 Datenbasis für die Messung der Inanspruchnahme

Zur Messung wird der Inanspruchnahme wird auf die bereits beschriebene Pflegestatistik zurückgegriffen. Ebenfalls beschrieben wurden Daten des Statistischen Bundesamtes zur Fläche der einzelnen Kreise und kreisfreien Städte. Um Unterschiede in der Inanspruchnahme zu erklären, werden bei der Analyse der Inanspruchnahme weitere gemeindebezogene Informationen benötigt. Diese entstammen INKAR (Indikatoren und Karten zur Raum- und Stadtentwicklung) – einer Zusammenstellung von Indikatoren des Bundesamtes für Bauwesen und Raumordnung (2008).<sup>78</sup>

### 6.1.2.2 Inanspruchnahme stationärer Leistungen

In *Abbildung 54* wird die Zahl der Pflegebedürftigen in vollstationärer Pflege pro Quadratkilometer angegeben. Bedingt durch die nicht berücksichtige Bevölkerungsdichte zeigt sich eine hohe Konzentration der stationär versorgten Pflegebedürftigen in den kreisfreien Städte, wobei vor allem auch das Ruhrgebiet erwähnt werden muss, da es sich hierbei den einzigen zusammenhängenden Agglomerationsraum mit einer hohen

---

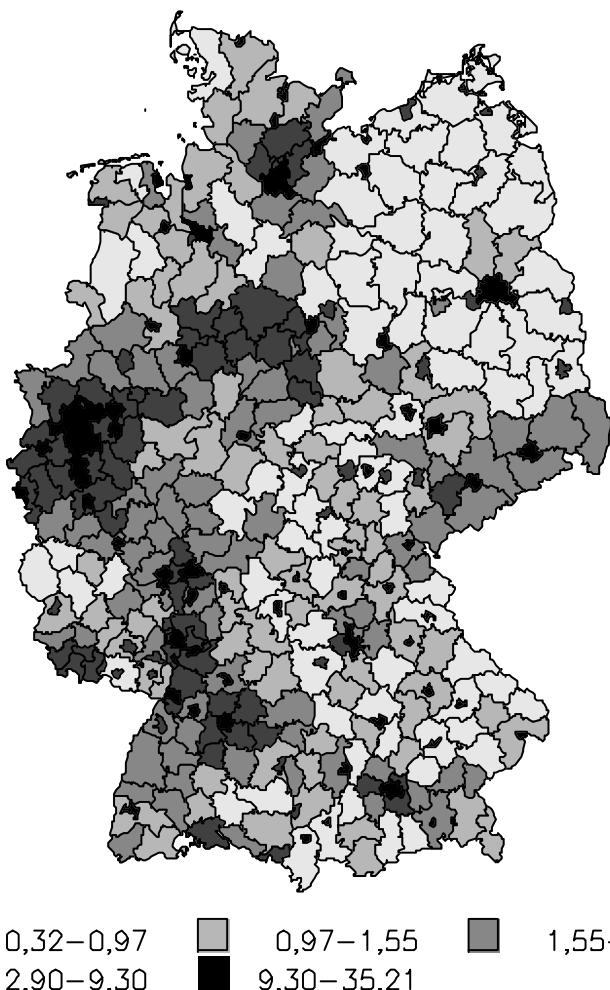
<sup>78</sup> Diese Daten sind auf Kreisebene dargestellt; berücksichtigen jedoch nicht die Kreisgebietsreformen in Sachsen-Anhalt und Sachsen. Diesbezüglich fehlende Kreisinformationen werden durch den Landesdurchschnitt ersetzt.

Pflegebedürftigendichte im stationären Bereich handelt. Auch in den ans Ruhrgebiet angrenzenden Regionen NRWs ist eine hohe Dichte feststellbar. Einige Ausnahme bilden wenige Kommunen im östlichen Teil des bevölkerungsstärksten Bundeslandes, aber insgesamt ist die Zahl der stationär versorgten Pflegebedürftigen pro Quadratkilometer in NRW größer als in jedem anderen Flächenland. Niedersachsen stellt sich bezüglich dieses Indikators als ein sehr uneinheitliches Bundesland dar. Identifiziert werden können Kommunen mit allen fünf möglichen Einfärbungen, wobei eine starke Anhäufung dunkel eingefärbter Kommunen im Südteil zu erkennen ist. Starke Differenzen kristallisieren sich auch bei der Betrachtung der neuen Bundesländer heraus. Während Mecklenburg-Vorpommern und Brandenburg bis auf wenige Ausnahmen nur 0,32 bis 0,97 (=hellste Kreise) Heimbewohner pro Quadratkilometer aufweisen, finden sich in Sachsen sogar – verglichen mit dem Rest der Bundesrepublik – überdurchschnittlich viele Pflegebedürftige. Sachsen-Anhalt und Thüringen hingegen nehmen eine Zwischenposition in den neuen Bundesländern ein, wobei Thüringen über eine Vielzahl an Gemeinden mit sehr wenigen stationären Pflegebedürftigen verfügt. Fast unweigerlich daran schließen sich Regionen in Bayern an, die ebenfalls häufig hell oder sehr hell eingefärbt sind. Das benachbarte Baden-Württemberg zeichnet indes ein anderes Bild. Es gibt eine hohe Zahl an hellen Gemeinden (2. Quintil) mit 0,97 bis 1,55 vollstationär versorgten Pflegebedürftigen pro Quadratkilometer, jedoch – verglichen mit Bayern – nur eine geringe Anzahl an Gemeinden des 1. Quintils. Zeitgleich ist jedoch auch eine beträchtliche Anzahl an Kommunen mit einer überdurchschnittlichen Dichte an Pflegebedürftigen zu verzeichnen, wodurch sich Baden-Württemberg deutlich von Bayern unterscheidet. Hessen und Rheinland-Pfalz zeigen ein sehr heterogenes Bild, wobei eine niedrige Dichte an in Heimen versorgten Pflegebedürftigen im Westen von Rheinland-Pfalz zu beachten ist.

Insgesamt zeigt sich in vielen Bundesländern ein uneinheitliches Bild, während über NRW, Sachsen (beide eine jeweils hohe Dichte), Mecklenburg-Vorpommern, Brandenburg und etwas abgeschwächt auch über Bayern (jeweils eine niedrige Dichte) eindeutigere Aussagen abgeleitet werden können. Von besonderem Interesse ist die hohe Übereinstimmung zwischen der hier dargestellten stationären Pflegebedürftigendichte und der in *Abbildung 46* dargestellten Pflegeheimplatzdichte. Lediglich 6,5% der Kreise sind in beiden Abbildungen unterschiedlich eingefärbt. Dies impliziert, dass sich Kapazitäten und Inanspruchnahme nicht wesentlich unterscheiden, die Inanspruchnahme also immer noch stark vom Angebot determiniert wird, während Überkapazitäten nicht erkennbar sind.

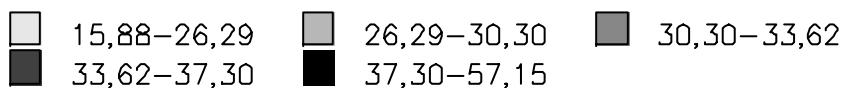
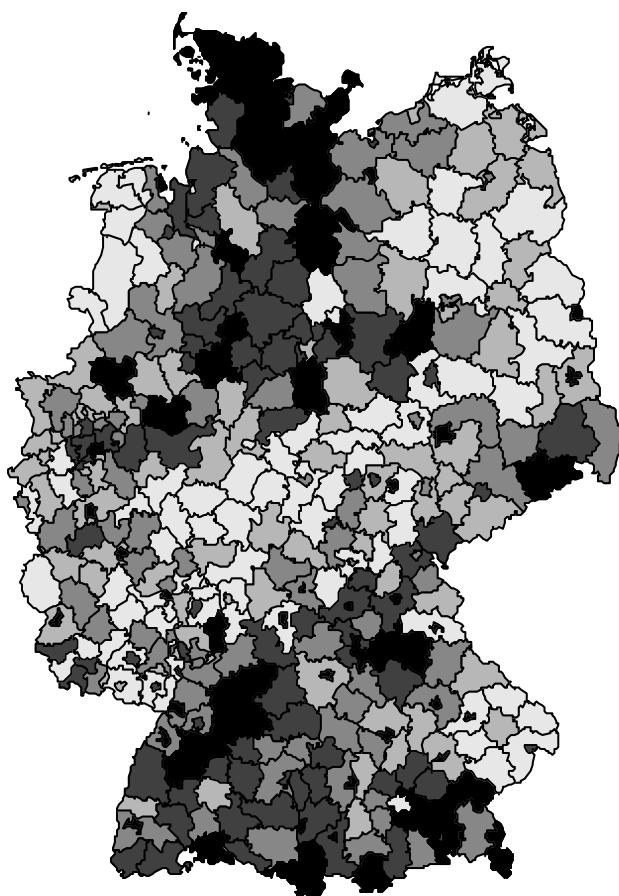
Welcher Anteil der Pflegebedürftigen auf den stationären Bereich entfällt, wird aus *Abbildung 55* ersichtlich. Hierbei ergibt sich ein deutlich anderes Bild: So ist der Anteil der stationär versorgten Pflegebedürftigen in NRW keineswegs überdurchschnittlich. Die hohe Anzahl der Pflegebedürftigen in vollstationärer Pflege pro Quadratkilometer ist lediglich Ausdruck der großen Bevölkerungsdichte dieses Bundeslandes. In Niedersachsen ist die Variabilität in den Ausprägungen der Kreise ebenfalls groß, jedoch ist der Anteil der stationär versorgten Pflegebedürftigen dort insgesamt größer als in NRW.

Abbildung 54: Anzahl der vollstationär versorgten Pflegebedürftigen pro km<sup>2</sup> nach Kreis



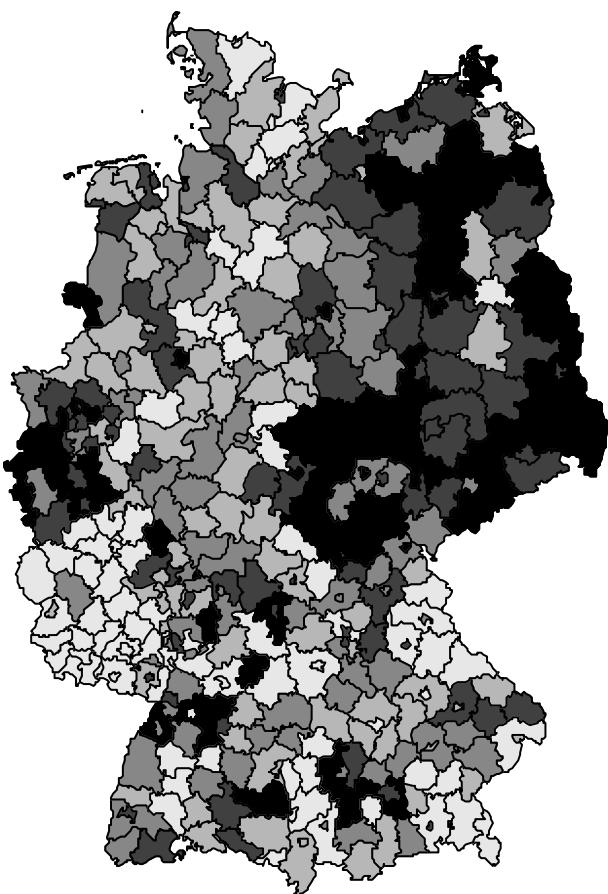
Quelle: FDZ der Länder 2009

Abbildung 55: Anteil der in Heimen versorgten Pflegebedürftigen an allen Pflegebedürftigen nach Kreis (in %)



Quelle: FDZ der Länder 2009

Abbildung 56: Auslastung der Heimplätze nach Kreis (in %)



Quelle: FDZ der Länder 2009

Nicht zutreffend ist dies allerdings für die westlichen Regionen Niedersachsens, in denen nur zwischen 15,88 % und 26,29 % der Pflegebedürftigen vollstationär versorgt werden (1. Quintil). Dies sind genau die Kreise, in denen die Kapazitäten der ambulanten Pflegedienste bezogen auf die Altenbevölkerung besonders groß waren (vgl. *Abbildung 51*). Sehr stark verbreitet ist die stationäre Pflege in den nördlichen Bundesländern Hamburg und Schleswig-Holstein. In Hamburg und den meisten Kommunen Schleswig-Holsteins liegt der Anteil der stationär versorgten Pflegebedürftigen zwischen 37,50 % und 57,15 % (=dunkelste Flächen, 5. Quintil). Die Anzahl der zu diesem Quintil zugehörigen Kommunen ist in den neuen Bundesländern hingegen sehr gering. Dort dominieren Kommunen, mit hellen oder sehr hellen Einfärbungen, was gleichbedeutend mit einem Anteil zwischen 15,88 % und 30,30 % (1. und 2. Quintil) ist. Am ehesten hiervon auszunehmen sind Sachsen und Sachsen-Anhalt, Länder, in denen Gemeinden mit einem überdurchschnittlichen Anteil Pflegebedürftiger existieren, die in Heimen versorgt werden. Im Süden der Bundesrepublik ist der Anteil der Heimbewohner an allen Pflegebedürftigen relativ hoch. In Bayern gibt es jedoch im östlichen Teil Regionen mit einem niedrigen Heimbewohneranteil. Insgesamt weist Baden-Württemberg im Vergleich zu Bayern ein erkennbar höherer Anteil an stationär versorgten Pflegebedürftigen auf, was jedoch nicht den Gesamteindruck eines überdurchschnittlich hohen Anteils an Heimbewohnern in den beiden südlichsten Bundesländern schmälern kann. Das angrenzende Hessen ist hingegen von einem geringen Anteil an Heimbewohnern geprägt. Dort finden sich hauptsächlich nur schwach eingefärbte Kommunen; ein Befund, der zumindest teilweise auch auf Rheinland-Pfalz zutrifft. Allerdings ist die Anzahl der Kommunen mit unterdurchschnittlichem Anteil an stationär versorgten Pflegebedürftigen nicht ganz so hoch, während gleichzeitig Kommunen im dritten oder in höheren Quintilen vorzufinden sind.

Resümierend lässt sich ein hoher Anteil an Heimbewohner unter allen Pflegebedürftigen insbesondere im Norden (Schleswig-Holstein, Hamburg und etwas abgeschwächt Niedersachsen) und im Süden (Baden-Württemberg und Bayern) feststellen. Dem stehen sehr niedrige Anteile in Hessen und in der Mehrzahl der neuen Bundesländer (ohne Berlin, Sachsen und Sachsen-Anhalt) gegenüber.

Als Quotient aus Inanspruchnahme und Kapazitäten des stationären Sektors ergibt sich die Auslastung, die in *Abbildung 56* dargestellt ist: Je dunkler die Einfärbung des jeweiligen Kreises, desto höher ist seine Auslastung.

Bemerkenswert ist dabei zunächst, dass ein Fünftel der Einrichtungen eine Auslastung von weniger als 83,5 % aufweist. Hierbei ist allerdings zu beachten, dass ein Teil der Heimbewohner nicht pflegebedürftig im Sinne des SGB XI ist (so genannte Heimbewohner der Stufe 0). Selbst wenn diese Personen berücksichtigt werden, ist die Auslastung für die Heime im 1. Quintil aber kritisch gering. Hinsichtlich der regionalen Verteilung sind sehr viele der Regionen mit einer geringen Auslastung in Rheinland-Pfalz auszumachen. In den meisten rheinland-pfälzischen Kommunen beträgt die Auslastung zwischen 63,16 % und 83,52 % (=hellste Flächen). Konträr dazu gestaltet sich das Bild für das im Norden angrenzende NRW, welches über einige Kommunen mit einer Auslastung von 94,55 % bis 103,42 % (=dunkelste Flächen) verfügt, wobei sich

diese auf das Ruhrgebiet und das Rheinland konzentrieren, während im Osten wiederum helle Kreise zu finden sind. In Niedersachsen verfügen die Heime entweder über eine unterdurchschnittliche oder mittlere Auslastung. Kreise mit einer über 91,06%igen (Beginn des vierten Quintils) Auslastung sind selten, was gleichzeitig auch über Schleswig-Holstein und Hessen gesagt werden kann. Mit Ausnahme Berlins, welches eine Auslastung im 1. Quintil aufweist, weisen die neuen Bundesländer sehr hohe Auslastungsquoten aus. Dies trifft insbesondere auf die Bundesländer Sachsen und Thüringen zu, während dies für Sachsen-Anhalt nicht ganz so ausgeprägt ist. In Bayern und Baden-Württemberg ist die Heimauslastung nicht auf einem so niedrigen Niveau wie in Rheinland-Pfalz, allerdings immer noch als unterdurchschnittlich zu bezeichnen.

Die höchsten Auslastungen sind damit in den Teilen der neuen Bundesländer (insbesondere Sachsen und Thüringen) zu beobachten, die bezogen auf die Altenpopulation über geringe Heimkapazitäten verfügen, aber auch in Teilen Nordrhein-Westfalens, Brandenburgs und Mecklenburgs die nicht über geringe Heimkapazitäten verfügen. Ein eindeutiger Zusammenhang zwischen Auslastung und Kapazitäten scheint somit nicht zu bestehen. Dies ist auch durchaus plausibel, wenn berücksichtigt wird, dass mit der ambulanten Pflege unter Einbeziehung von Pflegediensten und der rein familialen Pflege durchaus Alternativen zur Heimpflege zur Verfügung stehen, so dass ein einfacher Zusammenhang zwischen Kapazitäten und Auslastung nicht zu erwarten ist.

#### 6.1.2.3 Inanspruchnahme ambulanter Leistungen

Die Anzahl der unter Beteiligung ambulanter Pflegedienste gepflegten Pflegebedürftigen pro Quadratkilometer ist in Abbildung 57 dargestellt. Diese Abbildung ist das Pendant zu *Abbildung 54* für den stationären Bereich. Da es sich jeweils um eine flächenbezogene Darstellung handelt, die die Bevölkerungsgröße nicht berücksichtigt, könnte vermutet werden, der Einfluss der Fläche sei so groß, dass zwischen beiden Abbildungen kein Unterschied zu erkennen ist. Für kreisfreie Städte, die sich durch eine hohe Bevölkerungsdichte auszeichnen trifft dies auch zu, aber insgesamt sind Verschiebungen zwischen der Dichte der Pflegebedürftigen im stationären Sektor verglichen mit der Dichte im ambulanten Sektor zu beobachten. Mit 134 Kommunen ist immerhin rund ein Drittel aller Kommunen bezüglich der ambulanten Pflegebedürftigendichte anders eingefärbt als in der stationären Versorgung. Hinzugefügt werden muss jedoch, dass die Veränderung in der Regel nur ein Quintil, d. h. eine Veränderung um eine Farbschattierung, beträgt. Eine Verschiebung um zwei Farbschattierungen haben lediglich acht Kommunen erfahren, von denen sich zwei in Niedersachsen und drei in Bayern befinden, während sich die restlichen auf Rheinland-Pfalz, Baden-Württemberg und Sachsen-Anhalt verteilen.

In den neuen Bundesländern ist ein klarer Trend zu sehr hellen Einfärbungen zu beobachten. Etwa 39% bzw. 34 der 87 Kommunen weisen im ambulanten Sektor eine andere Einfärbung aus als im stationären Sektor. Damit unterscheiden sich ambulante und stationäre Inanspruchnahme in den neuen Ländern stärker als im Bundesdurchschnitt. Wie sich aus der Gegenüberstellung der beiden Abbildungen erkennen lässt, erfolgen in den 34 Kommunen nur „Höherstufungen“, in dem Sinne, dass eine dunklere

Einfärbung bei den ambulant versorgten Pflegebedürftigen auftritt. Am stärksten ist die Veränderung in Brandenburg mit 66 % dunkler eingefärbten Kreisen. Nichtexistent im neuen Bundesgebiet sind Kommunen, die bezogen auf ihre Farbe, im stationären Bereich in einem höheren Quintil sind als im ambulanten. Dies spricht dafür, dass die Heimpflege im Vergleich zur Pflege unter Beteiligung ambulanter Dienste in den neuen Ländern weniger ausgeprägt ist als in der alten Bundesrepublik.

Da sich per Definition die Anzahl der in einer Farbe markierten Kreise nicht verändert, müssen den erwähnten Höherstufungen im Osten Abstufungen im Westen in etwa gleicher Größenordnung gegenüberstehen<sup>79</sup>. Am stärksten fallen diese in Schleswig-Holstein (fünf Abstufungen bei insgesamt 15 Kommunen und keiner Höherstufung), Baden-Württemberg (zwölf Abstufungen, davon eine um zwei Farbschattierungen, bei insgesamt 44 Kommunen und vier Höherstufungen) und Bayern (24 Abstufungen, wovon zwei um zwei Farbschattierungen, bei insgesamt 96 Gemeinden und elf Höherstufungen, wovon eine um zwei Farbschattierungen) aus. Den restlichen Bundesländer lässt sich ein kein derart eindeutiges Muster zuweisen. Mit NRW gibt es ein altes Bundesland in dem vier Höherstufungen drei Abstufungen gegenüberstehen und somit die Anzahl der Höherstufungen jene der Abstufungen übersteigt.

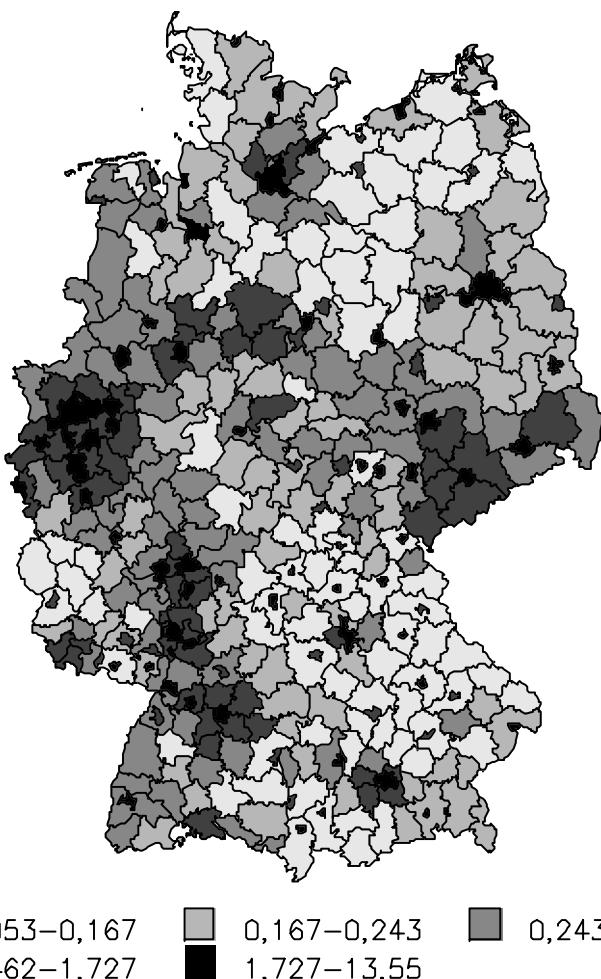
Der damit erweckte Eindruck einer stärkeren Fokussierung auf den ambulanten Sektor vor allem in den neuen Bundesländern wird durch Abbildung 58, in welcher der Anteil der durch ambulante Pflegeeinrichtungen versorger Pflegebedürftiger an allen Pflegebedürftigen im Kreis ausgegeben wird, untermauert. In fast der Hälfte (45 %) aller ostdeutschen Kreise werden mehr als 25,54 % (=dunkelste Flächen) der Pflegebedürftigen durch ambulante Pflegedienste versorgt. In Sachsen (62 %) und Brandenburg (66 %) ist der Anteil jener Kommunen an allen Kommunen des jeweiligen Bundeslands am höchsten. Unterschiede zwischen den anderen neuen Bundesländern sind nicht sonderlich groß. Das durchschnittlich zugewiesene Quintil beträgt ca. 3,7<sup>80</sup>, während Berlin im vierten Quintil wieder zu finden ist. Durchschnittlich viele Menschen werden in Schleswig-Holstein, dem Land, in dem der Anteil der stationär versorgten Pflegebedürftigen mit am höchsten ist, durch ambulante Pflegedienste versorgt. In Niedersachsen ist sich die Mehrzahl der Kommunen dunkel bzw. sehr dunkel eingefärbt, wodurch ein höheres Inanspruchnahmeniveau als im Heimbereich erreicht wird.

---

<sup>79</sup> Leichte Abweichungen können durch die Anzahl der 413 Kreise zu Stande kommen, da diese nicht zu gleichen Anteilen auf fünf Quintile aufzuteilen sind.

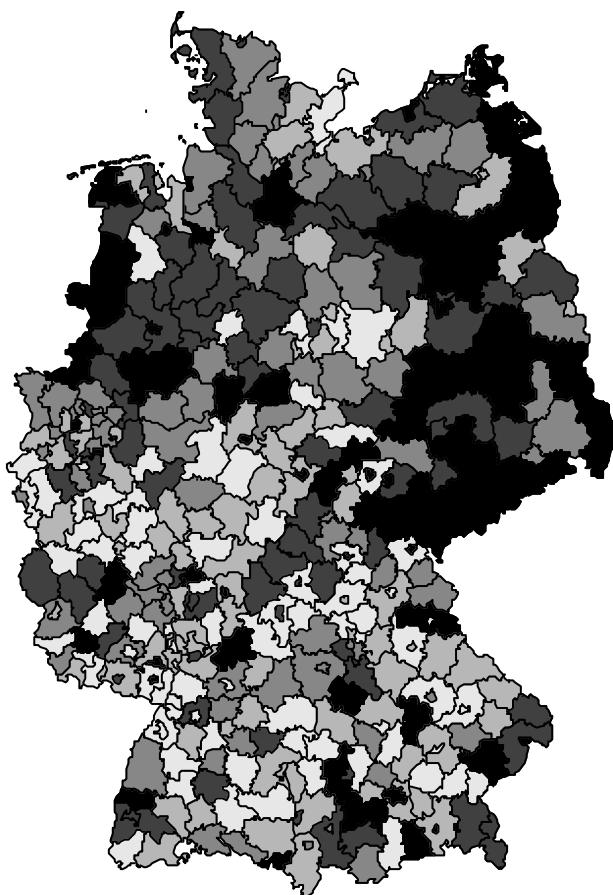
<sup>80</sup> Dieser Wert kann auch als eine Einfärbung bzw. Farbschattierung mit der Stärke 3,7 auf einer Skala von 1 bis 5 interpretiert werden.

Abbildung 57: Anzahl der durch ambulante Pflegedienste versorgte Pflegebedürftige je km<sup>2</sup> nach Kreis



Quelle: FDZ der Länder 2009

Abbildung 58: Anteil der durch ambulante Pflegedienste versorgten Pflegebedürftigen an allen Pflegebedürftigen nach Kreis (in %)



Quelle: FDZ der Länder 2009

#### 6.1.2.4 Fazit zur regionalen Verteilung der Inanspruchnahme

Auch bei der Inanspruchnahme ist ein Ost-West-Unterschied feststellbar. Die Inanspruchnahme ambulanter Leistungen ist im Osten höher als im Westen, wobei das Bild in den neuen Bundesländern nicht einheitlich ist. Eine hohe Inanspruchnahme ambulanter Dienste findet sich auch im Westen Niedersachsens. Sie ist dort mit einer sehr geringen Inanspruchnahme im stationären Bereich gekoppelt. In NRW besteht eine insgesamt durchschnittliche Inanspruchnahme ambulanter Pflegedienste und insgesamt eher durchschnittliche Inanspruchnahme stationärer Pflegeleistungen und einer sehr hohen Auslastung der Pflegeheime (Tabelle 59). Die rein familiale Pflege ohne Nutzung von Pflegediensten ist somit eher unterdurchschnittlich. Hessens Kommunen haben wiederum nur einen sehr geringen Anteil durch ambulante Dienste versorger Pflegebedürftiger, aber auch einen geringen Anteil an Heimbewohnern. Da, wie in Abschnitt 5.1.2 beschrieben, drei Arrangements unterschieden werden können und Hessen sowohl in der ambulanten wie auch stationären Versorgung eine niedrige Inanspruchnahme aufweist, ist dies mit einer sehr hohen Inanspruchnahme von Pflegegeld und einem hohen Anteil rein informeller Pflege gleichzusetzen.

*Tabelle 59: Anteile der Inanspruchnahmen im Jahr 2007 nach Art und Bundesland*

	vollstationäre Pflege	ambulante Pflegesachleistungen	Pflegegeld
Schleswig-Holstein	40,4	20,9	38,8
Hamburg	33,8	29,5	36,6
Niedersachsen	32,7	23,0	44,3
Bremen	29,0	28,7	42,3
Nordrhein-Westfalen	31,7	22,0	46,3
Hessen	25,4	20,3	54,3
Rheinland-Pfalz	28,9	19,5	51,6
Baden-Württemberg	35,4	19,7	44,9
Bayern	33,2	22,2	44,6
Saarland	31,6	19,9	48,5
Berlin	28,2	23,8	47,9
Brandenburg	25,1	26,6	48,3
Mecklenburg-Vorpommern	29,5	24,3	46,3
Sachsen	34,0	25,8	40,2
Sachsen-Anhalt	29,6	24,3	46,1
Thüringen	27,8	23,2	49,1
Deutschland	31,6	22,4	46,0

Quelle: Statistisches Bundesamt 2009a

Ein anders gerichteter Effekt lässt sich indes für alle kreisfreien Städte beschreiben. Hohen Anteilen an Heimbewohnern und Sachleistungsempfängern stehen sehr geringe Anteile an Pflegegeldempfängern gegenüber.

Die Baden-Württembergischen und Bayrischen Kommunen weisen überdurchschnittlich hohe Anteile an vollstationär versorgten Pflegebedürftigen auf. Die Anteile der Leistungsempfänger, die Leistungen ambulanter Pflegedienste in Anspruch nehmen,

sind hingegen unterdurchschnittlich. So fallen diesbezüglich die Hälfte aller bayerischen Kommunen und Zweidrittel der Baden-Württembergischen Kommunen in die ersten beiden Quintile.

Die Inanspruchnahme stationärer Leistungen in den neuen Bundesländern ist unterdurchschnittlich, die Auslastung der Heimplätze hingegen überdurchschnittlich und zum Teil kritisch hoch.<sup>81</sup> Hieraus kann die Frage nach einer möglichen Angebotslücke abgeleitet werden. Tatsächlich besteht bundesweit ein inverser Zusammenhang zwischen Kapazität und Auslastung in den neuen Bundesländern,<sup>82</sup> der als Indiz für mögliche Unterkapazitäten gedeutet werden kann.

Nachfolgend soll in einem Modell erklärt werden, welche Faktoren die Inanspruchnahme beeinflussen. Die Inanspruchnahme von Pflegediensten und Pflegeheimen hängt zum einen von den zur Verfügung stehenden Kapazitäten ab. Als Indikator für die Kapazität werden für den stationären Bereich die vollstationären Heimplätze je Altenbevölkerung und für den ambulanten Bereich die Beschäftigten in Vollzeitäquivalenten je Altenbevölkerung in das Modell aufgenommen. Für die Wahl des Pflegearranges seitens der Nachfrager ist insbesondere von Bedeutung, ob Angehörige vorhanden sind, die bereit sind, pflegerische Aufgaben zu übernehmen. Diese Entscheidung wird nicht zuletzt von den Opportunitätskosten der familialen Pflege bestimmt. Aus diesem Grund wird die kommunale Arbeitslosenquote als ein Indikator für vorhandene Zeitressourcen, aber auch als Proxy für die ökonomische Situation in der Kommune im Modell berücksichtigt. Familiale Pflege ist leichter darstellbar, wenn Angehörige in einem Haushalt gemeinsam mit dem Pflegebedürftigen leben. Daher geht die Haushaltsgroße ebenfalls in das Modell ein. Gegen eine Inanspruchnahme stationärer Pflege sprechen hohe Heimkosten, die deshalb ebenfalls in das Modell aufgenommen werden. Unter Heimkosten wird hierbei der durchschnittliche Pflegesatz inklusive der Kosten für Unterkunft und Verpflegung sowie der Investitionskosten verstanden.<sup>83</sup> Angelehnt an das Schwerpunktthema werden weitere regionale Variablen in das Modell aufgenommen. Zum einen die Gemeindetypen und zum anderen der Kreistyp (kreisfreie Stadt oder Kreis). Da bislang mehrmals ein Ost-West Gefälle zu beobachten war, wird zudem die Variable „Neue Bundesländer“ in das Modell aufgenommen. Interessant erscheint auch die Aufnahme eines Qualitätsindikators in das Modell. Hierzu könnte auf die Personalsausstattung der Pflegeeinrichtungen zurückgegriffen werden. Da jedoch noch unklar ist, auf welche Weise sich Versicherte diesbezüglich Informationen

---

<sup>81</sup> So sind Auslastungsquoten von mehr als 100 % auf Dauer mit einer qualitativ hochwertigen Pflege nur schwer vereinbar. Weiterhin haben die Pflegebedürftigen de facto keine Möglichkeit, sich aktiv für eine bestimmte Einrichtung zu entscheiden, wenn die Einrichtungen voll ausgelastet sind.

<sup>82</sup> Der Korrelationskoeffizient nach Pearson beträgt -0,33. Es gibt also einen mittelschwachen Zusammenhang zwischen der Kapazität und Auslastung in der Form, dass eine hohe Kapazität mit einer niedrigen Auslastung einhergeht et vice versa.

<sup>83</sup> Vgl. hierzu auch Abschnitt 6.1.3.2 und insbesondere Abbildung 63.

einholen können, wird auf die Berücksichtigung eines solchen Indikators hier verzichtet.<sup>84</sup>

Tabelle 60: Regressionsmodelle: Pflegearrangements						
	stationär	ambulant	Geld			
Konstante	54,50	***	27,24	***	18,26	***
Vollstationäre Heimplätze je 100 Personen älter 75 Jahre	1,71	***	-0,35	***	-1,36	***
Beschäftigte in amb. Diensten in VZÄ je 100 Personen älter 75 Jahre	-1,84	***	4,19	***	-2,34	***
Arbeitslosenquote	-0,66	***	-0,14	**	0,81	***
Personen je Haushalt	-14,83	***	-3,38	*	18,20	***
Agglomerationsraum	0,81		-1,21	*	0,31	
Verstädterter Raum	0,36		-0,72		0,36	
Kreisfreie Stadt	1,91	**	-0,77		-1,14	
Neue Bundesländer	4,40	***	-0,33		-4,07	***
Heimkosten	0,00	*	0,00		-0,00	*

Anmerkung: \*\*\* P < 0,1%; \*\* P < 1%; \* P < 5%

Referenzkategorien: Ländlicher Raum; Kreise; alte Bundesländer

Die Ergebnisse der drei Regressionsmodelle sind in Tabelle 60 dargestellt. Die Inanspruchnahme kann durch Addition der Parameter aus den linearen Regressionsmodellen berechnet werden. Die so berechneten Parameter sind Näherungswerte für die spezielle Kategorie, da die Effekte der erklärenden Variablen über alle Subkategorien gebildet werden und nicht nur über die jeweils interessierende. Als Basiswert ist im Modell stationär der Wert 54,50 angegeben. Dies ist die durchschnittliche stationäre Inanspruchnahme der Referenzkategorie in Prozent.

Die Ergebnisse bestätigen die zugrunde liegenden Vermutungen in vielerlei Hinsicht. So gehen höhere Kapazitäten mit einer verstärkten Inanspruchnahme einher: Die stationäre Inanspruchnahme steigt um 1,71 Prozentpunkte mit jedem vollstationären Heimplatz, den es für jeweils 100 Menschen älter 75 Jahre gibt. Entsprechendes gilt für die Kapazität im ambulanten Bereich: Eine höhere Kapazität im ambulanten Sektor geht ebenfalls mit höherer Inanspruchnahme einher, während die anderen Pflegearrangements jeweils eine entsprechend geringere Inanspruchnahme aufweisen. Alle Effekte sind hoch signifikant. Auch bei der Arbeitslosenquote ist der erwartete Effekt beobachtbar. Bei höherer Arbeitslosigkeit werden weniger Menschen stationär betreut und auch weniger ambulante Pflegedienste in Anspruch genommen, da Angehörige verstärkt pflegerische Aufgaben übernehmen können. Der gleiche Effekt zeigt sich für die

<sup>84</sup> Weitere Analysen ergaben, dass sich die Erklärungskraft des Modells durch die Aufnahme entsprechender Variablen nicht verbessert und diese Variablen keinen signifikanten Effekt haben.

Haushaltsgröße: je größer der Haushalt, desto geringer ist die stationäre Inanspruchnahme. Auch diese Effekte sind hoch signifikant. Höhere Arbeitslosenquoten gehen auch mit einer geringeren Inanspruchnahme ambulanter Pflegedienste einher. Hier ist der Effekt aber nur schwach signifikant.

Mit Blick auf die regionalen Disparitäten lässt sich konstatieren, dass die Ergebnisse bezüglich des Gemeindetyps nicht signifikant sind. Hingegen wird für kreisfreie Städte ein um 1,91 Prozentpunkte höherer Anteil stationär gepflegter Pflegebedürftiger als in den Landkreisen errechnet.

Bemerkenswerte Ergebnisse liefern die letzten beiden Parameter: Obwohl die deskriptive Darstellungen der bivariaten Zusammenhänge mit Hilfe der Deutschlandkarten gezeigt haben, dass die Inanspruchnahme stationärer Leistungen in den alten Bundesländern höher ist als in den neuen Bundesländern, liefert das Modell die Erkenntnis, dass unter Kontrolle aller anderen Variablen die stationäre Inanspruchnahme in den neuen Bundesländern um 4,40 Prozentpunkte höher liegt. Die zuvor in den Kartendarstellungen gefundenen Ergebnisse resultieren also aus den unterschiedlichen Arbeitslosenquoten, den verschiedenen Angebotsstrukturen und dem Unterschied im Anteil kreisfreier Städte. Ebenfalls bemerkenswert ist, dass die Heimkosten signifikant nur einen marginalen Effekt auf die Inanspruchnahme haben.

### 6.1.3 Entgelte

Entgelte spielen sowohl im stationären wie auch im ambulanten Bereich für die Pflegebedürftigen und ihre Angehörigen bei der Wahl des Pflegearrangements eine wichtige Rolle, da die Pflegeversicherung nur Pauschalen und gedeckelte Leistungen gewährt. Darüber hinaus gehende Entgelte müssen von den Pflegebedürftigen bzw. ihren Angehörigen oder – falls nicht vorhanden – vom zuständigen Sozialhilfeträger getragen werden. Je nach Leistungserbringer können sich die Preise auch innerhalb einer Kommune Preise unterscheiden. Gleichzeitig entscheidet die Nachfrage aber indirekt auch über die Höhe der Entgelte, da Leistungsanbieter insbesondere im ambulanten Bereich in den Entgeltverhandlungen teilweise nicht alle Spielräume nach oben ausnutzen, um mehr Nachfrage auf sich zu ziehen. Im Vergleich von ambulanter und stationärer Pflege ist ein wichtiger Unterschied zu beachten: Während im stationären Sektor ein fester Preis für eine abschließend definierte Leistung zu tragen ist, können Pflegebedürftige das Leistungspaket der ambulanten Pflegedienste selbst zusammenstellen. Häufig beobachtbar ist dabei, dass ambulante Pflegesachleistungen genau bis zur Höhe der Pflegeversicherungsleistungen in Anspruch genommen werden. Höhere Preise führen dann zu geringen Nachfragemengen bei gleichem Ausgabenniveau – wenn nicht das Pflegearrangement ganz gewechselt wird.

Nach der Beschreibung der für dieses Kapitel zu Grunde liegenden Datenbasis (Abschnitt 6.1.3.1) erfolgt eine Beschreibung der Entgelte im stationären (Abschnitt 6.1.3.2) und ambulanten (Abschnitt 6.1.3.3) Sektor. Abschließend werden die Ergebnisse zusammengefasst (Abschnitt 6.1.3.4).

### 6.1.3.1 Datenbasis für die Messung der Entgelte

In diesem Kapitel wird für die Analyse der stationären Entgelte auf die bereits in den vorherigen Abschnitten beschriebenen Daten zu den Kapazitäten und zur Inanspruchnahme der Pflegestatistik und des Statistischen Bundesamtes zurückgegriffen.

In der Pflegestatistik nicht enthalten sind die den Heimbewohner oder ihren Kostenträgern gesondert in Rechnung gestellten Investitionskosten der Pflegeheime. Hierfür wird auf Informationen der BKK-Pflegedatenbank PAULA (Pflege-Angebote und Leistungsanbieter) zurückgegriffen. Die Daten werden vom BKK-Bundesverband erhoben und unterliegen einer regelmäßigen Aktualisierung. Aus Gründen des Datenschutzes kann jedoch keine Datenzusammenführung zwischen der Pflegestatistik und den Daten der BKK-Pflegedatenbank erfolgen. In Folge dessen werden die Investitionskosten als arithmetisches Mittel für jeden Kreis berechnet und auf jedes sich dort befindliche Heim mit dem gleichen Wert zum restlichen Heimentgelt addiert.

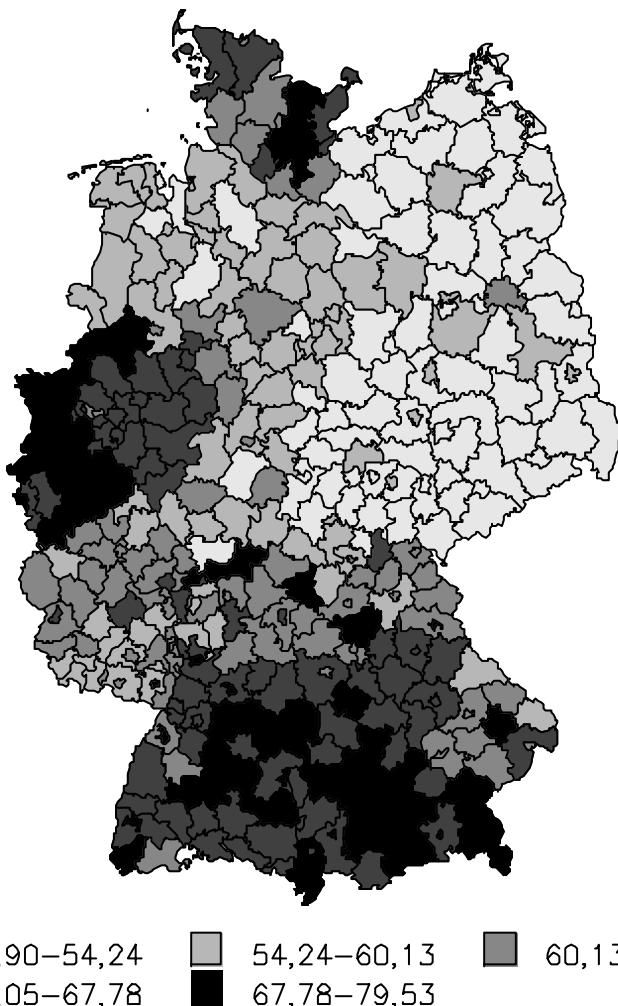
Ambulante Entgelte sind in der Pflegestatistik nicht enthalten. Zu Analysezwecken wird daher auf den Vierten Bericht zur Entwicklung der Pflegeversicherung zurückgegriffen. Dieser enthält Informationen über die Vergütungsvereinbarungen zum Stand 1. November 2007 auf Ebene der Bundesländer. Alle Informationen beruhen dabei auf Angaben des VdAK/AEV.

### 6.1.3.2 Entgelte in der stationären Pflege

Die Gesamtheimentgelte im stationären Sektor setzen sich aus drei Komponenten zusammen (87a SGB XI). Wichtigster und größter Bestandteil hierbei ist der Pflegesatz, welcher sich nach der Pflegeklasse richtet, die der zuvor von der Pflegekasse auf Basis des MDK-Gutachtens anerkannten Pflegestufe entspricht (§ 84 SGB XI). Neben den Pflegesätzen sind die Entgelte für Unterkunft und Verpflegung (so genannte „Hotalkosten“) zu begleichen (§ 87 SGB XI). Hinzu zu addieren ist ebenfalls unabhängig von der zugewiesenen Pflegestufe für jeden Bewohner der Investitionskostenanteil, der sich aus den nicht bereits öffentlich finanzierten Investitionskosten errechnet (§ 82 Abs. 3 und 4 SGB XI).

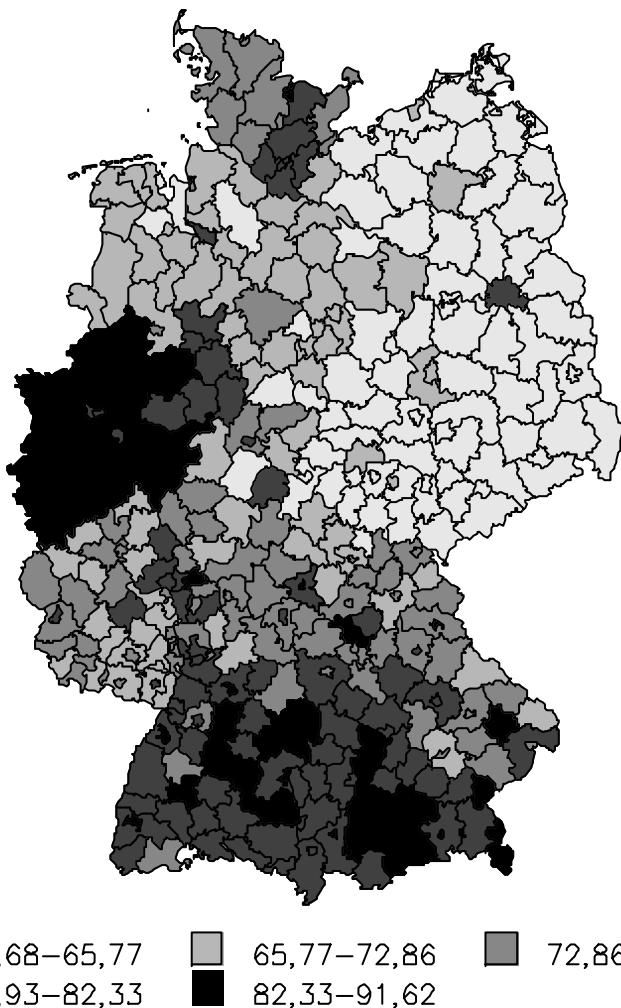
Hinsichtlich der Zuweisung der Kostenbestandteile als Pflegekosten oder als Kosten für Unterkunft und Verpflegung sind länderspezifische Unterschiede zu beobachten. So werden Aufwendungen des Wirtschaftsbedarfs oder des hauswirtschaftlichen Dienstes in NRW vollständig den Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung zugewiesen, während in Hessen eine Aufteilung stattfindet, in der 50% dieser Kosten ebenfalls den Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung zugewiesen werden und die restlichen 50% der pflegebedingten Aufwendungen zugerechnet wird (Augurzky et al. 2007). Ähnliche Unterschiede gibt es auch beim Vergleich von NRW mit Niedersachsen. Niedersachsen verteilt die Kosten der Gebäude- und Wäschereinigung zu jeweils 50% auf beide Komponenten, während NRW diesen Punkt den Kosten für Unterkunft und Verpflegung zuweist (ebenda). Um eine hohe Vergleichbarkeit zu gewährleisten, müssen daher Pflegesatz und Entgelte für Unterkunft und Verpflegung stets zusammen betrachtet werden.

Abbildung 59: Vergütung für Pflegestufe I: Pflegesatz zuzüglich Entgelte für Unterkunft und Verpflegung nach Kreis (in Euro/Tag)



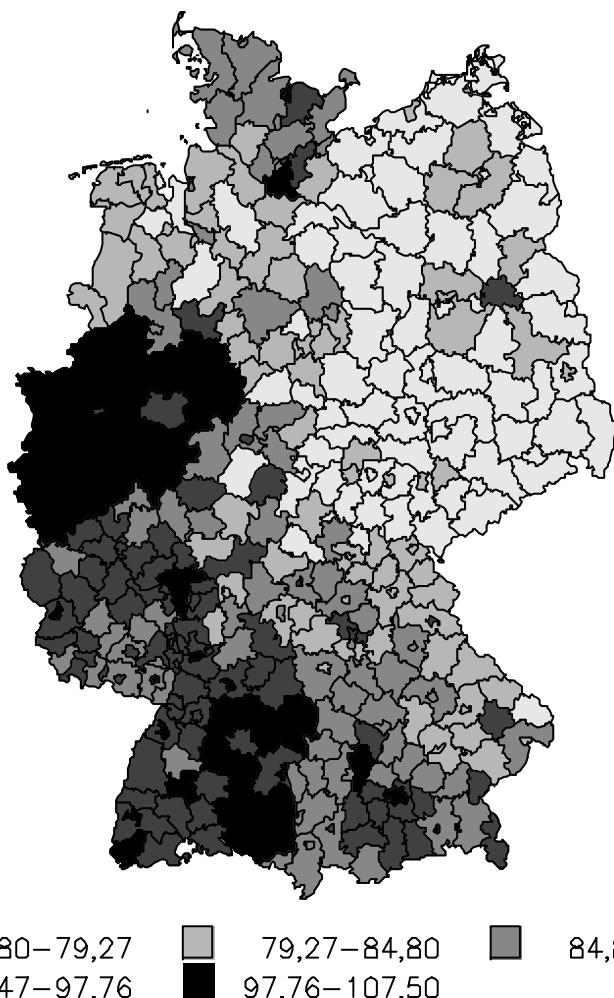
Quelle: FDZ der Länder 2009

Abbildung 60: Vergütung für Pflegestufe II: Pflegesatz zuzüglich Entgelte für Unterkunft und Verpflegung nach Kreis (in Euro/Tag)



Quelle: FDZ der Länder 2009

Abbildung 61: Vergütung für Pflegestufe III: Pflegesatz zuzüglich Entgelte für Unterkunft und Verpflegung nach Kreis (in Euro/Tag)



Quelle: FDZ der Länder 2009

In Abbildung 59, Abbildung 60 und Abbildung 61 werden die Summen dieser beiden Entgeltarten nacheinander für alle drei Pflegestufen separat dargestellt, bevor sie zusammengefasst werden. Die Entgelte sind hierbei nach verfügbaren Heimplätzen gewichtet worden. Dies ist zur Egalisierung einer unterschiedlichen Anzahl der Heimplätze notwendig. Hat ein Heim doppelt so viele Plätze wie anderes Heim, haben die Entgelte des ersten Heimes ein doppelt so hohes Gewicht.

Nachstehend werden die Entgelte für jede Preisstufe (jeweils einschließlich der Entgelte für Unterkunft und Verpflegung) betrachtet. Daran schließt sich die Darstellung eines durchschnittlichen Heimentgeltes an, das sich als gewogener Mittelwert aus den Entgelten in den drei Pflegestufen zusammensetzt. Zusätzlich zu diesem durchschnittlichen Entgelt das Pflegesatz und „Hotelkosten“ umfasst, wird auch das Gesamtentgelt einschließlich der gesondert in Rechnung gestellten Investitionskosten dargestellt.

Abbildung 59 zeigt die Vergütung für Pflegestufe I inklusive der Entgelte für Unterkunft und Verpflegung in Euro pro Tag. Die optische Darstellung verdeutlicht schnell, dass sich teure Heime vor allem im nördlichen Schleswig-Holstein, in NRW (wobei das Rheinland teurer als Westfalen-Lippe ist), in Baden-Württemberg und in Bayern befinden. Rheinland-Pfalz, Hessen und mit Einschränkung auch Niedersachsen sind in mittleren Rängen einzurordnen. Niedrigere Entgelte weisen hingegen Heime in den neuen Bundesländern auf, die bis auf wenige Ausnahmen zwischen 45,90 Euro und 54,24 Euro (= sehr helle Kreise) und damit im 1. Quintil liegen. Damit sind sie im Schnitt mehr als 20 Euro günstiger als Heimplätze der dunkelsten Einfärbung, welche eine Spanne von 67,78 Euro bis 79,53 Euro abdeckt. Bezogen auf einen Monat resultieren hieraus Preisunterschiede von mehr als 600 Euro.

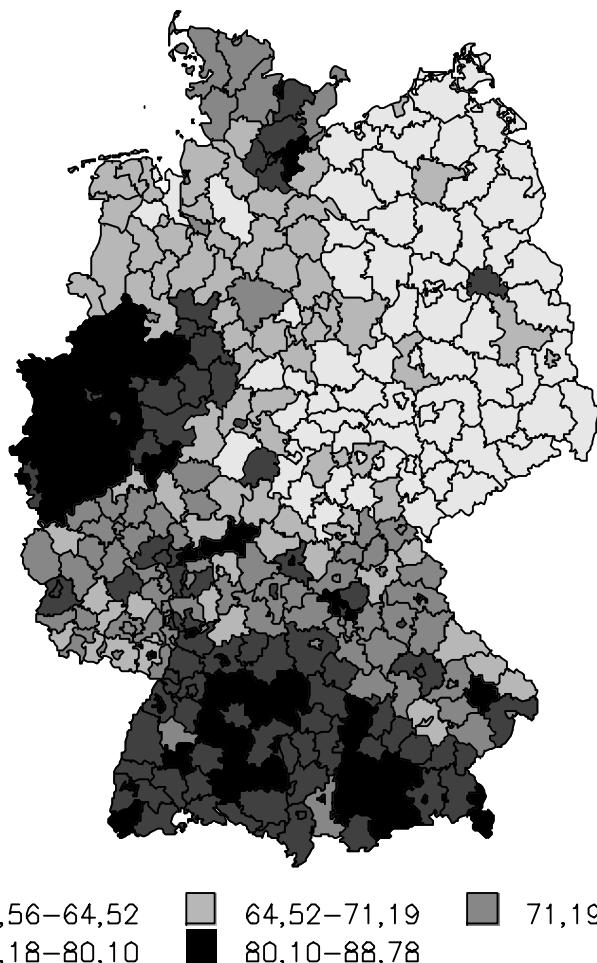
Die Vergütungshöhen in Pflegestufe II werden in Abbildung 60 dargestellt. Wie bei Pflegestufe I liegen die teuren Heimplätze in Schleswig-Holstein, NRW, Baden-Württemberg und Bayern bei gleichzeitigem Ost-West-Gefälle mit niedrigen Entgelten in den neuen Bundesländern. Allerdings wird die Sonderstellung NRWs noch deutlicher. Trotzdem wird fast jede vierte Kommune in Pflegestufe II anders eingefärbt, als es noch in Pflegestufe I der Fall war. Zudem offenbart eine genauere Betrachtung bundeslandspezifische Tendenzen im Hinblick auf eine veränderte Einfärbung. So werden in Schleswig-Holstein acht der fünfzehn Kommunen heller eingefärbt als noch in Pflegestufe I, was für ein im Bundesvergleich sinkendes Preisniveau spricht. Ähnliche Abstufungseffekte sind zudem in Rheinland-Pfalz (acht von 36 Kommunen), Baden-Württemberg (sieben von 44 Kommunen bei einer Höherstufung) und stark in Bayern mit 22 von 98 Kommunen zu identifizieren. Der umgekehrte Fall, nämlich der einer Höherstufung in dem Sinne, dass Gemeinden in Pflegestufe II dunkler als in Pflegestufe I markiert werden, beschränkt sich fast nur auf zwei Bundesländer. Hierbei handelt es sich um NRW und Hessen. Während es in NRW mit 44% (24 von 54 Gemeinden) etwas weniger als die Hälfte sind, betrifft es in Hessen mit 58% (15 von 26 Gemeinden bei einer Abstufung um sogar zwei Farbschattierungen) mehr als die Hälfte aller Gemeinden. Im Bundesvergleich spricht dies für einen relativ größeren Entgeltsprung von Stufe I nach Stufe II in NRW und Hessen als in den anderen Bundesländern. Kaum Unterschiede hingegen sind im Osten zu beobachten, wo sich vier Abstu-

funzen vier Höherstufungen gegenüber stehen und somit sowohl aufgrund ihrer Tendenz, als auch aufgrund der geringen Anzahl zu vernachlässigen sind.

Abbildung 61 illustriert die Vergütung für Pflegestufe III inklusive der Entgelte für Unterkunft und Verpflegung. Differenzen zur Abbildung der Vergütung in Pflegestufe II sind nicht sehr groß. Ausgenommen hiervon sind vor allem die Bundesländer Bayern und Rheinland-Pfalz, die gegenläufige Veränderungen aufweisen. In Bayern werden 83 % (80 von 96) der Kommunen in Pflegestufe III heller eingefärbt, als dies in Pflegestufe II der Fall ist. Ein großer Teil dieser Veränderung spiegelt sich in Hessen wider. Hier kommt es zu 29 Höherstufungen um eine Farbschattierung und sechs Höherstufungen um zwei Farbschattierungen bei nur einer unverändert zugeordneten Kommune. Damit weist Hessen im Durchschnitt eine überproportionale Steigerung der Vergütung von Pflegestufe II zu Pflegestufe III auf. Aber auch in anderen Bundesländern sind Höherstufungen zu beobachten, wenn auch nicht mehr in solch einer hohen Anzahl. NRW weist deren sechs auf bei insgesamt 48 Kommunen. Stark hingegen ist auch der Anstieg in Rheinland-Pfalz. Dort sind elf von 26 Gemeinden (= 42 %) dunkler eingefärbt worden. Prozentual gesehen verzeichnet das Saarland mit 100 % Höherstufungen das höchste Ergebnis, jedoch bezieht es sich nur auf sechs Kommunen. Immerhin elf Höherstufungen sind desweiteren in Baden-Württemberg zu verzeichnen. Dies entspricht bei insgesamt 44 Kommunen einem Viertel. Nicht tangiert wird das Ost-West-Gefälle, wenn auch eine leichte Tendenz zu höheren Preisen in den neuen Bundesländern durch elf Höherstufungen, denen fünf Abstufungen entgegenstehen, zu beachten ist.

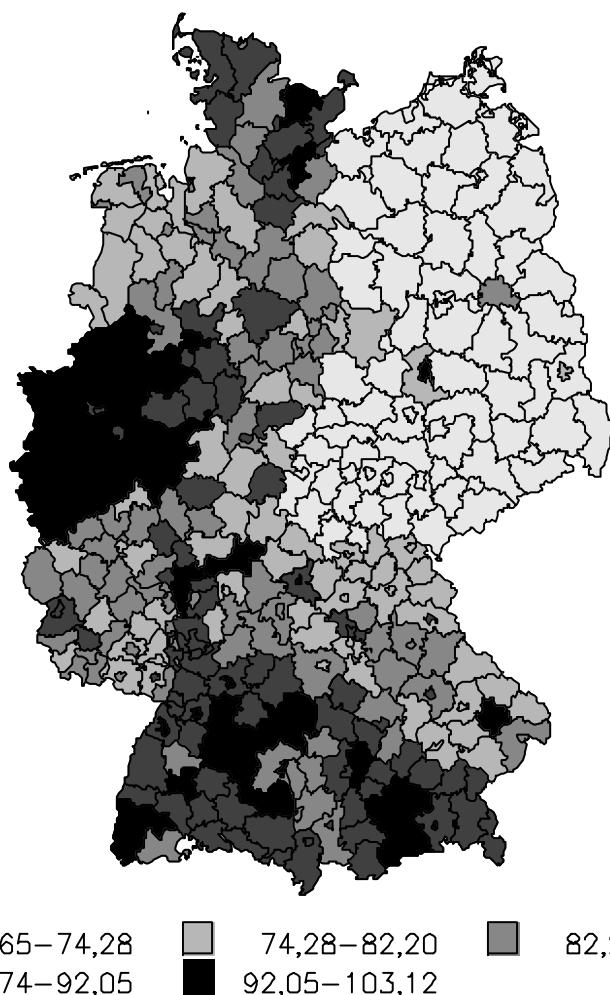
Um die eben beschriebenen Unterschiede in der Vergütung je nach Pflegestufe zusammenzufassen, weist Abbildung 62 den über alle Pflegestufen gemittelten durchschnittlichen Pflegesatz zuzüglich der Entgelte für Unterkunft und Verpflegung aus. Um die unterschiedlichen Verteilungen in den einzelnen Pflegeheimen zu kontrollieren, werden den Pflegeheimen Gewichtungsfaktoren für ihre Anteile an Bewohnern in den drei Pflegestufen zugefügt. Zur Berechnung wird praktisch jedem Heim eine gleiche Bewohnerstruktur unterstellt, aus der sich Gewichte für die Preise je nach Pflegestufe ergeben. Grundlage hierfür ist die Verteilung der Pflegebedürftigen in stationärer Pflege in Deutschland insgesamt. Die Anteile betragen für Pflegestufe I 36,3 %, für Pflegestufe II 42,9 % und für Pflegestufe III 20,8 % (Statistisches Bundesamt 2009b). Das hier mit der Verteilung in der gesamten Bundesrepublik dargestellte Bild bestätigt den Eindruck teurer Heimplätze in Schleswig-Holstein, in NRW, in Baden-Württemberg und in Bayern, während Hessen und Rheinland-Pfalz zumindest teilweise ein heterogenes Bild aufweisen, aber – zusammen mit dem Saarland – insgesamt in der mittleren Preiskategorie einzuordnen sind. Ebenfalls keine Veränderung gibt es bezüglich der ostdeutschen Bundesländer, die in der stationären Versorgung durchschnittlich die geringsten Preise erheben. Bemerkenswert ist wieder die Sonderstellung NRWs: Die Vergütung Nordrhein-Westfälischer Heime ist deutlich höher, als die in den anderen Ländern.

Abbildung 62: Durchschnittliche Vergütung: Durchschnittlicher Pflegesatz zuzüglich Entgelte für Unterkunft und Verpflegung nach Kreis (in Euro)



Quelle: FDZ der Länder 2009

Abbildung 63: Durchschnittliche Vergütung: Durchschnittlicher Pflegesatz zuzüglich Entgelte für Unterkunft und Verpflegung und getrennt in Rechnung gestellter Investitionskosten nach Kreis (in Euro)



Quelle: FDZ der Länder 2009

Abbildung 63 ergänzt die vorangegangene Darstellung um die Investitionskosten, die sich je nach Bundesland stark voneinander unterscheiden. Die hier angegebenen Gesamtheimentgelte sind die für den jeweiligen Nutzer wichtig weil nur sie alle von ihm zu zahlenden Entgeltkomponenten beinhalten. Aus Sicht der Pflegeheime dagegen ist das Heimentgelt ohne Investitionskosten von größerer Bedeutung, da diese Einnahmen für das Heim nur ein durchlaufender Posten sind. Am deutlichsten bemerkbar machen sich unterschiedliche Farbeinfärbungen verglichen mit der vorherigen Abbildung in Niedersachsen. Dort werden 65% (30 von 46) der Kommunen verglichen mit der Darstellung in Abbildung 62 dunkler eingefärbt. Begründet ist dies in den dort erhobenen überdurchschnittlichen hohen Investitionskosten, die nicht zuletzt auf eine geringere öffentliche Förderung in der Vergangenheit zurückgeführt werden können (Augurzky et al. 2007). Weitere erwähnenswerte unterschiedliche Farbschattierungen gibt es zudem in Schleswig-Holstein (9 von 15 Kommunen), NRW (5 von 54 Kommunen) und Hessen (10 von 26 Kommunen) zu beobachten. Dem stehen Abstufungen in Rheinland-Pfalz (9 von 36 Kommunen) und insbesondere Bayern mit 46% (43 von 96 Kommunen) entgegen. Letzteres lässt in beiden Bundesländern auf einen – verglichen mit den anderen Ländern – unterdurchschnittlichen Investitionskostenanteil schließen.

Eine Übersicht über die durchschnittlichen Vergütungskomponenten nach Bundesland und Pflegestufe ist Abbildung 64 und Abbildung 65 zu entnehmen. Ablesbar ist dort ebenfalls der Investitionskostenanteil, der in Niedersachsen mit 15,21 Euro am höchsten ausfällt, gefolgt von Schleswig-Holstein (13,87 Euro) und Hessen (13,34 Euro). Weiterhin bestätigt sich der unterdurchschnittliche Investitionskostenanteil in Bayern, der mit 9,36 Euro deutlich unterhalb des Durchschnitts von 10,60 Euro liegt. Am Beispiel Bayerns lassen sich gut unterschiedliche Preisniveaus der Entgeltkomponenten betrachten. Obwohl Bayern relativ geringe Investitionskosten aufweist, sind die Pflegesätze mit 49,55 Euro unter allen Bundesländern die höchsten. In Pflegestufe II hat Bayern nach Berlin (63,83 Euro), aber noch vor Baden-Württemberg (61,12 Euro) mit 61,79 Euro die zweithöchsten Entgelte aller Bundesländer, während das Land bei den Pflegekosten in Stufe III mit 70,82 Euro nur den siebten Rang unter allen Bundesländern einnimmt. Mit 77,78 Euro ist Baden-Württemberg hier am teuersten. Hinsicht der Entgelte für Unterkunft und Verpflegung weist NRW mit Abstand das höchste Niveau aus. Durchschnittlich werden in Deutschland 18,80 Euro pro Tag als Entgelt für Unterkunft und Verpflegung in Rechnung gestellt, während es in NRW 26,32 Euro sind. Dies kann zumindest teilweise auf eine andere Verteilung der Kosten auf pflegebedingte Aufwendungen sowie Kosten für Unterkunft und Verpflegung zurückgeführt werden kann. Auch Abbildung 64 und Abbildung 65 bestätigen das für die neuen Bundesländer – mit Ausnahme von Berlin – gezeichneten Bildes eines niedrigen Vergütungsniveaus in der stationären Pflege. Lediglich bei den Entgelten für Unterkunft und Verpflegung haben Sachsen-Anhalt und Thüringen) verglichen mit den alten Bundesländern höhere Werte – wenn auch nur in wenigen Fällen.

Abbildung 64: Durchschnittliches Gesamtheimentgelt nach Bundesland I (in Euro/Tag)

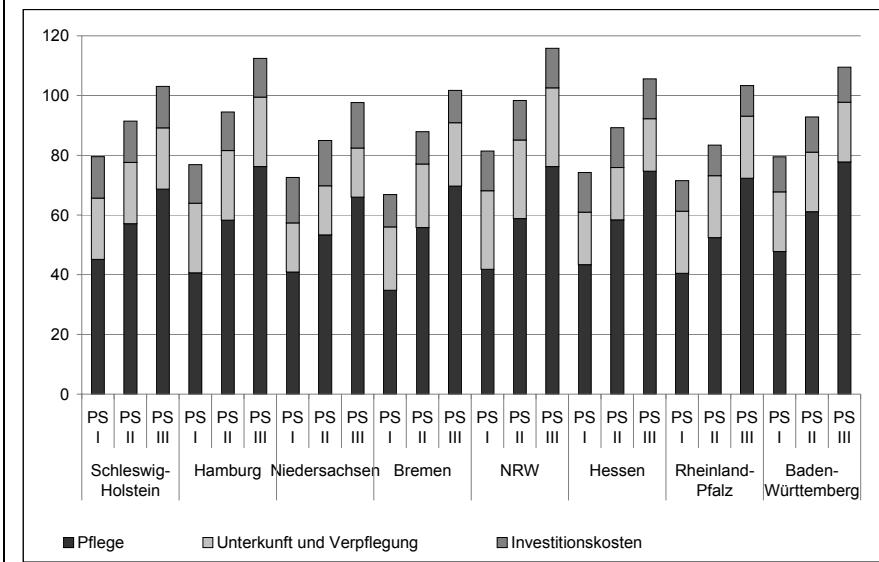
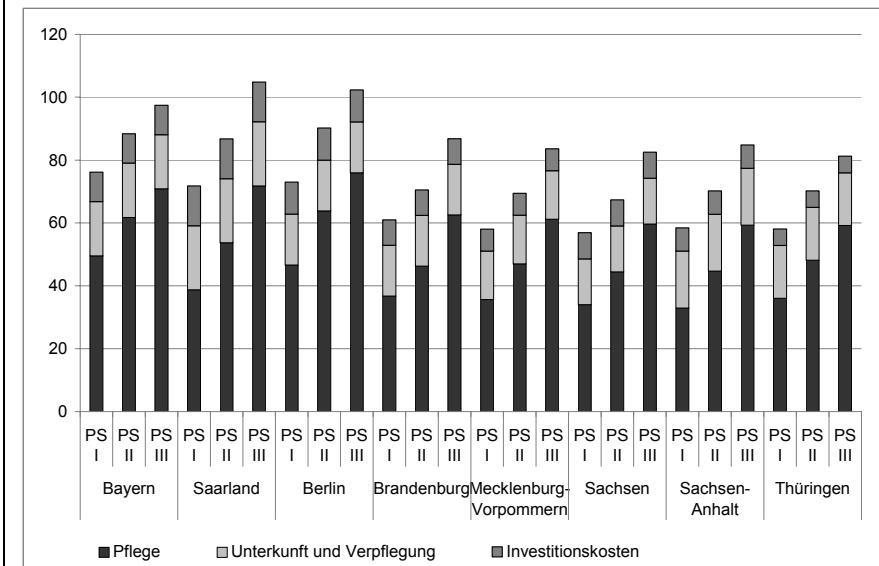


Abbildung 65: Durchschnittliches Gesamtheimentgelt nach Bundesland II (in Euro/Tag)



Quelle: FDZ der Länder 2009, PAULA 2007

Für den Pflegebedürftigen von Bedeutung ist das Gesamtheimentgelt, das an der Gesamthöhe der Balken abgelesen werden kann. Das teuerste Bundesland im stationären Sektor ist NRW. Im Schnitt fallen dort Heimentgelte von 81,38 Euro in Pflegestufe I, 98,37 Euro in Pflegestufe II und 115,83 Euro in Pflegestufe III an. Damit ist in NRW ein Heimplatz in Pflegestufe I sogar noch etwas teurer als ein Heimplatz der Pflegestufe III in Thüringen. Bezogen auf Pflegestufe III folgen Baden-Württemberg und Hamburg mit 109,47 Euro bzw. 112,43 Euro. Ferner beachtenswert ist die große Discrepanz in Bezug auf unterschiedliche Heimentgelte je nach Pflegestufe in einem Bundesland. So liegt in Bremen das Heimentgelt in Pflegestufe III über 34 % über dem Heimentgelt in Pflegestufe I, während selbige Differenz in Bayern lediglich 21 % ausmacht.

Das Regressionsmodell in Tabelle 61 erklärt das aus Abbildung 63 bekannte Gesamtheimentgelt unter Hinzuziehung der Variablen „Beschäftigte in Vollzeitäquivalenten in Pflegeheimen je 100 Pflegebedürftige“ und zwei gemeindebezogenen Variablen: dem Gemeindetyp (wobei ländliche Gebiete als Referenzkategorie dienen)<sup>85</sup> und dem Status des Kreises im Hinblick auf die Frage, ob es sich um einen Landkreis (dient als Referenzkategorie) oder eine kreisfreie Stadt handelt.<sup>86</sup> Dabei lässt sich das Modell folgendermaßen lesen: Der Schätzwert für das durchschnittliche Gesamtheimentgelt ergibt sich für einen ländlichen Landkreis (Referenz) aus der Konstante zuzüglich eines Betrags von 0,77 Euro pro (in Vollzeitäquivalenten) gemessenem Beschäftigten pro 100 Heimbewohner. Dies vermag auf den ersten Blick im Vergleich zu den anderen Koeffizienten als gering betrachtet werden, jedoch offenbare *Abbildung 48* sehr große Differenzen unter den Kreisen im Hinblick auf die Beschäftigten pro 100 Pflegebedürftiger. Während das Minimum bei 36,96 liegt, wird das Maximum bei einem Wert von 81,38 erreicht. Somit müssten für einen ländlichen Landkreis zusätzlich zur Konstanten 28,46 Euro allein aufgrund der Beschäftigten hinzugerechnet werden. Das errechnete durchschnittliche Gesamtheimentgelt erhöht sich weiterhin um 2,41 Euro, wenn es sich bei der Kommune nicht um einen Landkreis, sondern um eine kreisfreie Stadt handelt und zusätzlich um weitere 2,83 Euro (7,59 Euro), wenn die Kommune zum verstaerten Raum (Agglomerationsraum) zu rechnen ist. Folglich liegt das durchschnittliche Gesamtheimentgelt bei gleicher Personalausstattung in kreisfreien Städten, die dem Agglomerationsraum zugewiesen werden um 10,00 Euro ( $7,59 + 2,41 = 10,00$ ) höher als in ländlichen Landkreisen. Alle Ergebnisse sind signifikant mit einem  $p < 0,1\%$ . Neben der Beschäftigtenzahl fällt insbesondere der große Unterschied zwischen ländlichen und Agglomerationsräumen auf, während der Unterschied zwi-

---

<sup>85</sup> Bei der Variablen Beschäftigte in Vollzeitäquivalenten in Pflegeheimen je 100 Pflegebedürftige handelt es sich um eine intervallskalierte Variable, die auf der Kommunalebene gemessen wird.

<sup>86</sup> Eine das Modell verzerrnde Korrelation zwischen Agglomerationsraum und kreisfreien Städten konnte nicht bestätigt werden. Auch unter kreisfreien Städten sind eine Vielzahl dieser dem verstaerten Raum zuzuordnen.

ischen ländlichen Räumen und verstädterten Räumen spürbar, aber mit 2,83 Euro weniger groß ist und sich in der gleichen Größenordnung befindet wie der Unterschied zwischen kreisfreien Städten und Landkreisen.

<i>Tabelle 61: Regressionsmodell: Durchschnittlicher Pflegesatz inklusive Kosten für Unterkunft und Verpflegung und Investitionskosten</i>		
Konstante	32,29	***
Vollzeitäquivalente je 100 Pflegebedürftige	0,77	***
Agglomerationsraum	7,59	***
Verstädterter Raum	2,83	***
Kreisfreie Stadt	2,41	***

Anmerkung: \*\*\* P < 0,1 %; \*\* P < 1 %; \* P < 5 %

### 6.1.3.3 Entgelte in der ambulanten Pflege

Der Sicherstellungsauftrag für „eine bedarfsgerechte und gleichmäßige, dem allgemein anerkannten Stand medizinisch-pflegerischer Erkenntnisse entsprechende pflegerische Versorgung“ obliegt nach § 69 SGB XI den Pflegekassen. Diese haben mit Pflegediensten Versorgungsverträge abzuschließen, die ihrerseits Gewähr für eine leistungsfähige und wirtschaftliche pflegerische Versorgung übernehmen. Verankert wird dies in den Rahmenverträgen (§ 75 Abs. 2 SGB XI sowie § 132a SGB V), welche darüber hinaus den Beitritt, organisatorische und strukturelle Bedingungen, Qualitätssicherungsmaßnahmen und Fragen des Datenschutzes regeln. Bei Erfüllung der rechtlichen Voraussetzungen nach §§ 71, 113 und 113a SGB XI darf der Abschluss eines Versorgungsvertrages und damit der Marktzutritt nicht verwehrt werden. Viel mehr besitzt der Pflegedienst einen Anspruch auf einen Versorgungsvertrag mit den Pflegekassen (§ 72 Abs. 3 SGB XI). Diese Regelung sollte verstärkt zu einem Leistungswettbewerb unter den Anbietern führen (Schulin 1994). Der Marktanteil öffentlicher Pflegedienste ist verglichen mit den freigemeinnützigen und privaten Diensten mit 1,7% äußerst gering. Öffentliche Pflegedienste spielen somit eine wenig zu beachtende Rolle und sind noch am ehesten in Baden-Württemberg und Hessen mit einem Anteil von 4,0% bzw. 5,9% an allen Pflegediensten zu beachten (Statistisches Bundesamt 2009).

Nach den Versorgungs- und Rahmenverträgen handeln die Verbände der Kostenträger mit den Leistungserbringern auf Landesebene Vergütungsvereinbarungen im Sinne des § 89 SGB XI aus. Leistungserbringer schließen sich hierbei in der Regel ebenfalls zusammen und treten gemeinsam auf. Es können auch einzelne Leistungserbringer mit den Kostenträgern verhandeln. Bessere vertragliche Bedingungen sind hierauf aufgrund einer schwachen Marktposition jedoch nicht zu erwarten (Simon 2008). Daher wird von dieser Option wenig Gebrauch gemacht

Bevor auf die Vergütung in der ambulanten Pflege eingegangen wird, muss darauf hingewiesen werden, dass die Pflegedienste nicht nur Leistungen der Pflegeversicherung abrechnen, sondern auch Leistungen der häuslichen Krankenpflege nach § 37

SGB V und hauswirtschaftlichen Leistungen nach § 38 SGB V. Weiterhin sind öffentliche Haushalte (im Rahmen der Sozialhilfe und der Investitionsförderung) sowie Privathaushalte als weitere relevante Finanzierungsträger zu erwähnen, während die private Kranken-/Pflegeversicherung, die Gesetzliche Unfallversicherung und die Arbeitgeber hinsichtlich der jeweiligen Finanzierungsanteile eine untergeordnete Rolle spielen. Im Jahre 2004 war die SPV mit einem Anteil von 37% wichtigster Kostenträger ambulanter Pflegeeinrichtungen (Simon 2008).

<i>Tabelle 62: Ausgaben für ambulante Pflegeeinrichtungen im Jahre 2004</i>		
Träger	in Mio. Euro	In %
Haushalte (öffentliche)	393	5,7
Gesetzliche Krankenversicherung	1.803	26,3
Soziale Pflegeversicherung	2.565	37,4
Private Kranken-/Pflegeversicherung	98	1,4
Gesetzliche Unfallversicherung	29	0,4
Arbeitgeber	111	1,6
Haushalte (privat)	1.858	27,1

Quelle: Simon 2008 (modifiziert)

Der Gesetzgeber lässt den Beteiligten hinsichtlich der Vergütungsform sehr viel Freiraum (Douma 1999, Rosenbrock/Gerlinger 2006). In § 89 Abs. 3 SGB XI heißt es hierzu: „Die Vergütungen können, je nach Art und Umfang der Pflegeleistung, nach dem dafür erforderlichen Zeitaufwand oder unabhängig vom Zeitaufwand nach dem Leistungsinhalt des jeweiligen Pflegeeinsatzes, nach Komplexleistungen oder in Ausnahmefällen auch nach Einzelleistungen bemessen werden; sonstige Leistungen wie hauswirtschaftliche Versorgung, Behördengänge oder Fahrtkosten können auch mit Pauschalen vergütet werden.“ Als gebräuchlichste Vergütungsform im Bereich der sozialen Pflegeversicherung ist das Leistungskomplexsystem zu benennen. In der Regel werden hierbei mehrere einzelne, aber inhaltlich zusammengehörende, pflegerische Verrichtungen zu Leistungspaketen zusammengefasst. An- und Auskleiden, Teilwischen, Mund- und Zahnpflege und das Kämmen sind zum Beispiel Verrichtungen, die jeden Morgen anfallen, so dass diese zu einem Leistungskomplex zusammengeführt werden. Der Pflegebedürftige wählt die für ihn notwendigen Leistungskomplexe, aber nicht einzelne Leistungen aus.<sup>87</sup> Basierend auf seiner Auswahl wird ein Pflegevertrag zwischen dem die Leistung erbringendem ambulanten Pflegedienst und dem Pflegebedürftigen selbst unterzeichnet (§ 120 SGB XI).

<sup>87</sup> In Hessen gibt es Abwahlmöglichkeiten, in deren Rahmen nicht benötigte einzelne Leistungsbestandteile aus einem Leistungskomplex abgewählt werden können. Hingegen sind die Leistungen in Bayern sehr fein unterteilt, so dass ein Pflegebedürftiger für seine morgendlichen Verrichtungen, die jeweils von ihm benötigten Leistungen einzeln auswählen kann.

Das auf Leistungskomplexen beruhende System wird oftmals wegen seiner fehlenden Flexibilisierung bemängelt. Der Komplexität und Vielschichtigkeit häuslicher Pflegesituationen genüge es nicht (Büscher et al. 2007). Zudem wird die soziale Komponente im Leistungskatalog völlig ausgeblendet (Becher/Hermanns 1997). In einer älter werdenden Gesellschaft, in der immer mehr Menschen von Isolation im Alter bedroht sind, stellen Pflegepersonen häufig den einzigen sozialen Kontakt dar.

Im zweiten Bericht über die Entwicklung der Pflegeversicherung (Bundesministerium für Gesundheit 2001) wird von 80% der Pflegedienste berichtet, die dieses Leistungskomplexsystem praktizieren. Kleinere Anteile entfallen auf die Einzelleistungsvergütung mit 11%, Zeitvergütung 7% und auf eine Kombination aus Leistungskomplexen und Zeitvergütung mit 8% (ebd.). Die nachfolgenden Berichte der Bundesregierung enthalten hierzu keinerlei aktualisierte Zahlen. Auch der derzeitige Vierte Bericht über die Entwicklung der Pflegeversicherung (Bundesministerium für Gesundheit 2008) verweist noch immer auf den Anteil von 80% des zweiten Berichts.

Die Vergütungsvereinbarungen zwischen den Kostenträgern und Leistungserbringern werden in einem zweistufigen Preisbildungsverfahren verhandelt und weisen somit starke Parallelen zur Vergütungsform der niedergelassenen Ärzte auf. Auf der ersten Stufe werden die einzelnen Leistungskomplexe mit Punktwerten belegt (relative Preise). Die Punktwerte sollen sich am für einen Leistungskomplex benötigten Zeitaufwand in Verhältnis zu den anderen Leistungskomplexen orientieren. Relationen zwischen verschiedenen Leistungskomplexen können auf die Art und Weise sichtbar gemacht werden. Auf der zweiten Stufe wird über die Höhe des Punktwerts verhandelt. Die Vergütungshöhe eines Leistungskomplexes ergibt sich aus der Multiplikation der Höhe des Punktwertes mit den Punktwerten, die dem jeweiligen Leistungskomplex unterlegt sind. Da die Relationen unter den Leistungskomplexen als recht stabil anzusehen sind, muss nicht bei jeder Verhandlungsrounde über den (relativen) Preis für jeden einzelnen Leistungskomplex debattiert werden, sondern nur über die Höhe des Punktwertes. Mehrheitlich gilt die gleiche Höhe des Punktwerts sowohl für den Bereich der Grundpflege als auch für den Bereich der hauswirtschaftlichen Versorgung – Ausnahmen sind jedoch möglich.

Leistungskomplexe unterscheiden sich zwischen den Bundesländern nicht nur hinsichtlich ihrer Vergütungshöhe, sondern auch in Bezug auf ihre Inhalte. Umso verwirrender erscheint die Tatsache, dass gleiche Inhalte je nach Bundesland unter verschiedenen Bezeichnungen zu finden sind, gleiche Bezeichnungen andererseits aber nicht immer denselben Inhalt kennzeichnen. Beispielsweise enthält der Leistungskomplex „Große Morgen-/Abendtoilette“ im Saarland die einzelnen pflegerischen Verrichtungen „Hilfe beim Aufsuchen oder Verlassen des Bettes“, „An- und Auskleiden“, „Waschen/Duschen/Baden mit Haut- und/oder Nagelpflege/Haare waschen“, „Rasieren“, „Mundpflege und Zahnpflege“, „Kämmen einschließlich Herrichten der Tagesfrisur“ und „Betten machen/richten“. Bis auf den letzten Punkt ist dieser Leistungskomplex sowohl inhaltlich als auch namentlich identisch mit dem entsprechenden Leistungskomplex in Sachsen, Sachsen-Anhalt und Thüringen. Dies kann auch für Mecklenburg-Vorpommern gesagt werden, aber mit dem Unterschied, dass der dortige Leistungs-

komplex „große Morgen-/Abendtoilette“ die Leistung „Hilfe beim Verlassen oder Aufsuchen des Bettes“ nicht beinhaltet, diese Leistung aber als eigenständiger Leistungskomplex existiert.

Die hier vorgenommene Analyse der Entgelte in der ambulanten Pflege basiert auf den Informationen über die Vergütungsvereinbarungen zum Stand 1. November 2007, wie sie im Vierten Bericht zur Entwicklung der Pflegeversicherung angegeben werden. Dort nicht enthaltene Informationen über die konkreten Leistungsinhalte sind zusätzlichen Quellen entnommen worden. Aufgrund fehlender Informationen ist die Vergütungsvereinbarung „Bayern 2007 – Vereinbarung mit einzelnen Diensten“ nicht berücksichtigt worden. Nur für Bayern werden zwei Vergütungsvereinbarungen berücksichtigt, die Vergütungsvereinbarung mit privaten Diensten und die Vergütungsvereinbarung mit Verbänden der Wohlfahrtspflege. Für Hessen wird nur die Vergütungsvereinbarung „Hessen 2007 (M3)“, nicht aber „Hessen 2007 (M1) analysiert. Auf Zeitvergütung basierende Verträge wie „Hessen 2007 – Zeitvergütung“ und „Bremen 2007 – ISB – Individuelle Schwerstbehindertenbetreuung“ werden ebenso wenig beachtet. Damit liegen insgesamt Vergütungsvereinbarungen für 17 Untersuchungseinheiten vor.

Da Punktewerte nicht für alle Bundesländer vorliegen, werden Relationen auf Punktewebene zwischen Leistungskomplexen nicht ausgewiesen. Stattdessen werden die Preise verglichen, die ein Pflegebedürftiger je nach Bundesland für den jeweiligen Leistungskomplex zahlen muss.<sup>88</sup> Damit wird das Ziel verfolgt, die konkrete finanzielle Belastung für die Pflegebedürftigen darzustellen. Abseits der Preise für die Leistungskomplexe werden in der Mehrzahl der Bundesländer Wegepauschalen (auch Hausbesuchs- oder Anfahrtspauschale genannt) berechnet. Diese können einen eigenständigen Leistungskomplex darstellen, der in der Vergütungsvereinbarung mit einer Nummer, wie jeder andere Leistungskomplex, versehen wird. Andernfalls erscheint die Wegepauschale als gesonderter Punkt auf der Rechnung, die der Pflegebedürftige am Monatsende vom Pflegedienst erhält und von der die gewährte Pflegesachleistung abzuziehen ist. In diesem Fall sind die Wegepauschalen nicht der Anlage des Vierten Bericht zur Entwicklung der Pflegeversicherung zu entnehmen, sondern sind zusätzlich erhöhen worden.<sup>89</sup> Erhöhte Pauschalen können bei einer Inanspruchnahme zu ungünstigen Zeiten (i. d. R. zwischen 20 Uhr und 6 Uhr), sowie an Wochenenden oder Feiertagen anfallen. Hessen verlangt eine Hausbesuchspauschale in Höhe von 4,76 Euro, die sich an Wochenenden auf 9,52 Euro verdoppelt. In Schleswig-Holstein hingegen erhöht sich die Anfahrtspauschale nur an Sonntagen um 10 %. Um diesen Unterschieden gerecht zu werden, wird in den Berechnungen eine mögliche erhöhte Pauschale berücksichtigt. Hierzu wird die Pauschale für Schleswig-Holstein um ein Siebtel erhöht, da eine erhöhe

---

<sup>88</sup> Wählt der Pflegebedürftige Leistungen, deren Summe die Höhe der ihm je nach Pflegestufe gewährter Sachleistung übersteigt, muss er diese privat bezahlen. Die Preise für die Leistungskomplexe werden hiervon nicht tangiert.

<sup>89</sup> Dies geschah durch die telefonische Kontaktaufnahme mit den jeweiligen Landesvertretungen des VdEK.

Pauschale nur an Sonntagen, also an einem von sieben Wochentagen, fällig wird. Dementsprechend wird die Pauschale für die Bundesländer mit einer erhöhten Pauschale am Wochenende um zwei Siebtel erhöht, da mit Samstag und Sonntag zwei von sieben Wochentagen betroffen sind. Feiertage werden nicht berücksichtigt – auch aufgrund derer unterschiedlichen Anzahl je nach Bundesland. Je nach Leistungserbringer unterschiedliche Wegepauschalen gibt es in Nordrhein-Westfalen. Um eine mögliche systematische Verzerrung NRWs in den Analysen auszuschließen, wird aus allen bekannten Wegepauschalen in diesem Land ein arithmetisches Mittel berechnet, das im Ergebnis 3,31 Euro beträgt und für NRW in den weiteren Analysen unterstellt wird. Baden-Württemberg, Brandenburg, Saarland, Sachsen, Sachsen-Anhalt und Thüringen erheben keine gesonderte Wegepauschale, da diese bereits in den Punktwerten abgegolten ist. Ferner gilt es berücksichtigen, dass bei einem Besuch eines ambulanten Pflegedienstes mehrere Leistungskomplexe erbracht werden können, weshalb die Wegepauschale nicht in voller Höhe auf jeden Leistungskomplex hinzugerechnet werden darf. Da die vereinbarten Punktwerte den zeitlichen Aufwand für einen Leistungskomplex widerspiegeln, wird anhand der Punktrelationen ein Anteil bestimmt, in dessen Höhe die Wegepauschale auf den eigentlichen Leistungskomplex hinzuaddiert wird. In den meisten Bundesländern, für die Punktwerte ausgewiesen sind, liegt die maximale Punktwertzahl bei 600. Bei diesem Wert würde die Wegepauschale in ihrer vollen Höhe – also mit 100% – berechnet werden. Ansonsten wird entsprechend des am häufigsten genannten Punktwertes für einen Leistungskomplex dieser in Verhältnis dazu gesetzt und ein dementsprechender Prozentwert errechnet in dessen Höhe die Wegepauschale zu berechnen ist.

Zu erwähnen sind die auch im ambulanten Bereich existierenden Investitionskosten. In Bayern, Nordrhein-Westfalen, Schleswig-Holstein, Berlin, Hamburg und teilweise in Bremen (projektbezogen) und Mecklenburg-Vorpommern (nur im Kreis Ludwigslust) werden die Investitionskosten vom jeweiligen Bundesland übernommen (Verbraucherzentrale Bundesverband 2007). Werden diese nicht vom Bundesland übernommen, können sie dem Pflegebedürftigen in Rechnung gestellt werden. Simon (2008) geht jedoch davon aus, dass Einrichtungen von dieser Möglichkeit wenig Gebrauch machen, um ihre Wettbewerbsposition nicht zu schwächen. Aus diesem Grund werden die Investitionskosten nicht in die nachfolgenden Berechnungen einbezogen.

Ein Vergleich der Entgelte erfolgt im Folgenden für sechs gut vergleichbare Leistungskomplexe, für die Daten einer hohen Anzahl von Bundesländern vorliegen, nämlich

- große Morgen-/Abendtoilette,
- Hilfe bei der Nahrungsaufnahme,
- Sondernahrung,
- Hilfe beim Verlassen und/oder Wiederaufsuchen der Wohnung,
- Zubereiten einer warmen Mahlzeit
- Beheizen der Wohnung.

Leider liegen kaum Informationen über die Häufigkeit der Inanspruchnahme der Leistungskomplexe vor. Eine Befragung unter Pflegekräften der ambulanten Dienste in

Hessen ergab, dass in 33 % der Fälle der Leistungskomplex der „Großen Pflege/Große erweiterte Pflege“, während der Leistungskomplex „Essen richten“ in 21 % der Fälle in Anspruch genommen worden ist (Herdt et al. 2000). Der Leistungskomplex „Große Pflege/Große erweiterte Pflege“ ist inhaltlich mit dem hier weiter unten bezeichneten Leistungskomplex „Große Morgen-/Abendtoilette“ vergleichbar. Trotzdem sind die hessischen Ergebnisse nicht auf Deutschland übertragbar. Zum einen liegt die Erhebung bereits fast eine Dekade zurück und zum anderen kann eine von Bundesland zu Bundesland unterschiedliche Ausgestaltung der Leistungskomplexe sowie deren Zusammensetzung das Inanspruchnahmeverhalten beeinflussen.

Der Leistungskomplex „Große Morgen-/Abendtoilette“ ist sehr uneinheitlich geregelt unter den Bundesländern, worunter die Vergleichbarkeit leidet. Aufgrund seiner hohen Relevanz und Kostenintensivität soll dennoch ein Vergleich angestellt werden. Hierzu notwendig ist teilweise jedoch das Zusammenfügen mehrerer Leistungskomplexe zu einem Gesamtpaket. Das Gesamtpaket soll aus den pflegerischen Verrichtungen „Hilfe beim Aufstehen und Verlassen des Bettes“, welches in manchen Bundesländern einen eigenständigen Leistungskomplex darstellt, „An- und Auskleiden“, „Waschen/ Duschen/Baden“ (Baden muss in bestimmten Bundesländern speziell ausgewählt werden), „Rasieren beim Mann bzw. das Herrichten der Tagesfrisur bei der Frau“, „Mund-/Zahnpflege“ und „Kämmen“ bestehen. Es handelt sich demnach um ein sehr breites Leistungsspektrum, welches der Pflegebedürftige in der Regel nach und / oder vor der Nachtruhe in Anspruch nimmt. Während der Großteil der Bundesländer diesen Leistungskomplex sehr starr gestaltet, unterliegt er in Bayern einer sehr flexiblen Ausgestaltung, die dem Pflegebedürftigen das An- und Abwählen von einzelnen Leistungsteilen, wie beispielsweise „Hilfe beim An- und Auskleiden“ gestattet. In Hessen ist nur die Abwahl von einzelnen Leistungsteilen möglich. Herdt et al. (2000) weisen jedoch auf Probleme im Informationsmanagement hin. Pflegebedürftige sind sich der Möglichkeit, Leistungen abzuwählen, um den Preis des Leistungskomplexes zu minimieren, nicht immer bewusst. Sowohl in Bayern als auch in Hessen hat der Pflegebedürftige mehr Gestaltungsfreiheit bezogen auf seine individuellen Bedürfnisse.

Wie aus Abbildung 66 ersichtlich wird, unterscheiden sich die Entgelte für die große Morgen-/Abendtoilette je nach Bundesland deutlich voneinander. Der durchschnittliche Preis für diesen Leistungskomplex liegt bei 21,62 Euro. Mit 32,16 Euro ist der Leistungskomplex in Hessen am teuersten, auch wenn Pflegebedürftige aufgrund des flexiblen Leistungskataloges über Abwahlmöglichkeiten verfügen, die zu einer Preisreduzierung führen könnten. Dennoch liegt die Vergütungshöhe mehr als doppelt so hoch wie in Thüringen (15,75 Euro). Auch verglichen mit Berlin, dem mit 27,83 Euro zweitteuersten Bundesland, ist Hessens Preis um mehr als vier Euro höher. Auffallend sind zudem die letzten vier Ränge, die ausnahmslos von den neuen Bundesländern belegt werden.

Abbildung 66: Entgelte im Leistungskomplex Große Morgen-/Abendtoilette nach Bundesland

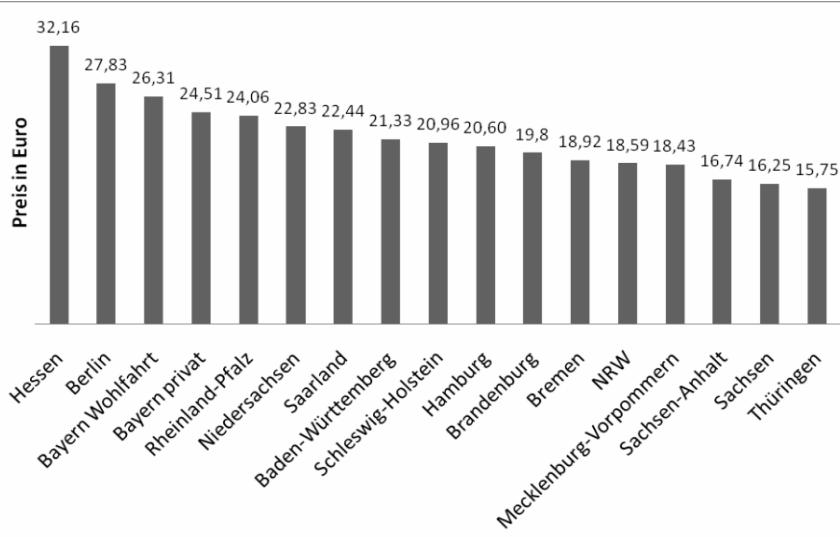
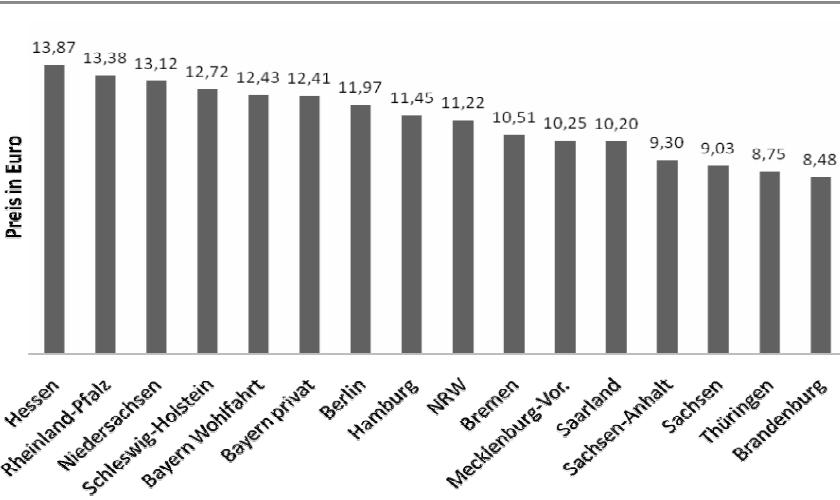


Abbildung 67: Entgelte im Leistungskomplex Hilfe bei der Nahrungsaufnahme



Unter dem Leistungskomplex „*Hilfe bei der Nahrungsaufnahme*“ wird eine Hilfestellung verstanden, welche die Teilelemente „mundgerechtes Zubereiten der Nahrung“, „Hilfe beim Essen und Trinken“ und anschließender „Hygiene im Zusammenhang mit der Nahrungsaufnahme“ bei einer Hauptmahlzeit umfasst. In ähnlicher Art liegt der Leistungskomplex in den meisten Bundesländern vor. Differenzierungen sind hinsichtlich der Art der Mahlzeit zu beachten. Hessen und Schleswig-Holstein unterscheiden zusätzlich zwischen Haupt- und Zwischenmahlzeiten (z. B. Apfel oder Joghurt). Für Berlin wird der Leistungskomplex zusätzlich um das Element „Hilfe beim Aufsuchen und Verlassen des Essensplatzes“ erweitert. Sowohl in Baden-Württemberg als auch in NRW umfasst der Leistungskomplex eine Vielzahl weiterer pflegerischer Verrichtungen. Zusätzliche Aspekte sind in beiden Bundesländern die Vorbereitung der Pflegebedürftigen zur Nahrungsaufnahme. Baden-Württemberg sieht zudem eine „Teilwasschung“ nach der Nahrungsaufnahme vor, während in Nordrhein-Westfalen Leistungen der Nachbereitung in den Leistungskomplex integriert sind. Hierzu gehören das Entsorgen und Spülen der Materialien, aber auch eine Kenntnisvermittlung über richtige Ernährung, wie sie beispielsweise bei Diabetes Patienten vornötig ist. Ein Vergleich Baden-Württembergs und NRWs mit den restlichen Bundesländern erscheint daher nicht möglich, so dass beide Bundesländer hier nicht berücksichtigt werden. Die Wegepauschale wird mit 42 % ihrer Höhe zu den Entgelten hinzuaddiert.

Wie Abbildung 67 zeigt, ist die Spannbreite der Preise im Leistungskomplex „*Hilfe bei der Nahrungsaufnahme*“ weniger stark ausgeprägt. Das höchste Entgelt wird wiederum in Hessen mit 13,87 Euro verlangt. Differenzen zu den nächst teureren Bundesländern Rheinland-Pfalz (13,38 Euro) und Niedersachsen (13,12 Euro) sind jedoch nicht sehr groß. Mit 11,22 Euro bei einem Durchschnittspreis von 11,19 Euro belegt NRW diesmal einen Rang im Mittelfeld. Zu beobachten ist ein Ost-West-Gefälle. Mit Ausnahme des Saarlands werden die niedrigsten Preise in den neuen Bundesländern (ohne Berlin) verlangt.

Sind Pflegebedürftige auch mit Hilfe nicht in der Lage, Nahrung zu sich zu nehmen, kann diese über eine Sonde verabreicht werden. Bei den betroffenen Pflegebedürftigen handelt es sich um sehr stark eingeschränkte Personen, die einen besonderen Betreuungsaufwand benötigen und daher eher in Heimen untergebracht sind. Die quantitative Bedeutung des Leistungskomplexes „*Sondennahrung*“ ist daher als gering einzuschätzen. Bis auf Berlin liegt dieser Leistungskomplex in allen Bundesländern ohne größere inhaltliche Unterschiede vor, was eine hohe Vergleichbarkeit gewährt. Die Wegepauschale wird auf 17 % beziffert.

Abbildung 68: Entgelte im Leistungskomplex „Sondennahrung“

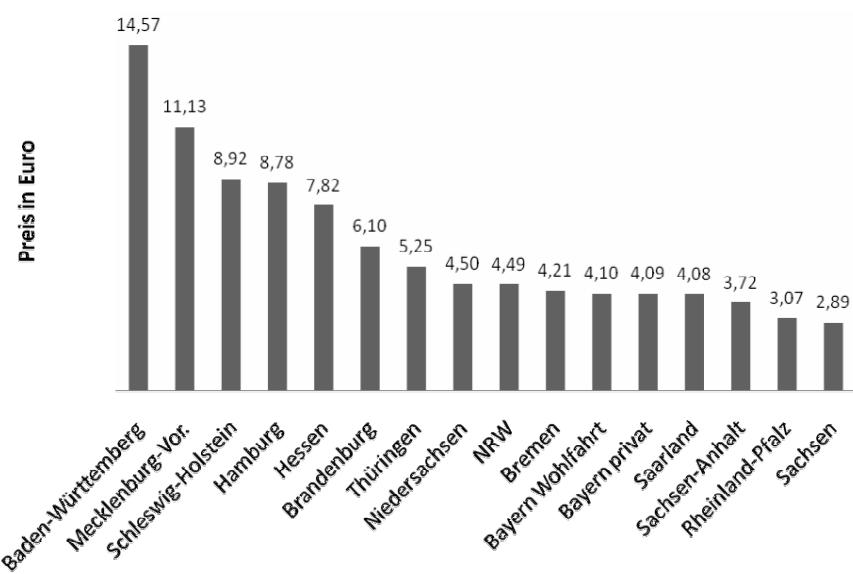


Abbildung 69: Entgelte im Leistungskomplex „Hilfe beim Verlassen und/oder Wiederaufsuchen der Wohnung“

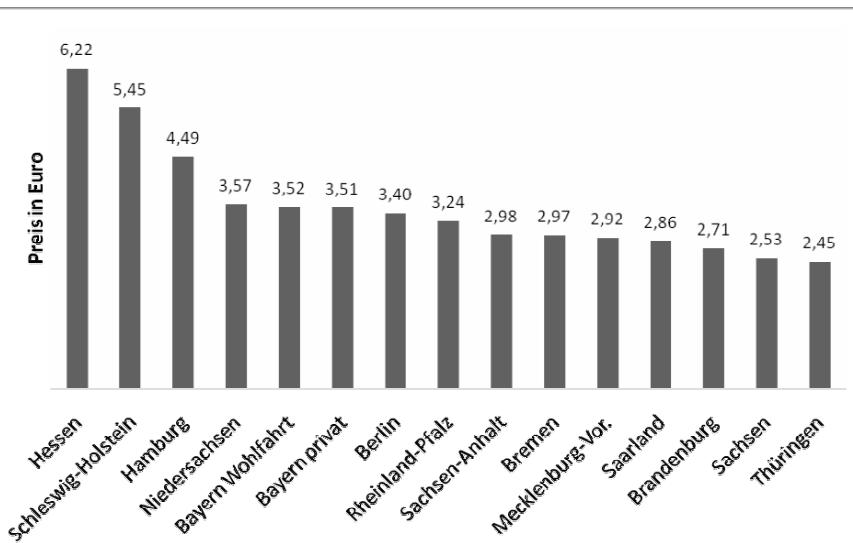


Abbildung 68 verdeutlicht die eklatanten Unterschiede unter den Bundesländern bei der Vergütung innerhalb dieses Leistungskomplexes. Die Spanne der Entgelte reicht von 14,57 Euro in Baden-Württemberg bis hin zu 2,89 Euro in Sachsen. Damit ist die gleiche Leistung in Baden-Württemberg um mehr als das Fünffache teurer als in Sachsen. Auch im benachbarten Bayern wird dieser Leistungskomplex für 4,09 Euro (private Dienste) bzw. 4,10 Euro (freigemeinnützige Dienste) erbracht. Überhaupt unterliegt die regionale Verteilung einer sehr großen Heterogenität. Markant ist die Lage der neuen Bundesländer. Mecklenburg-Vorpommern besitzt mit 11,13 Euro die zweithöchste Vergütungshöhe unter allen Bundesländern. Erst mit größerem Abstand folgen Schleswig-Holstein (8,92 Euro), Hamburg (8,78 Euro) und Hessen (7,82 Euro). Brandenburg liegt mit 6,10 Euro immerhin noch in der oberen Hälfte, obgleich es leicht unter dem Mittelwert von 6,11 Euro liegt.

Der Leistungskomplex „*Hilfestellung beim Verlassen und/oder Wiederaufsuchen der Wohnung*“ wird abgerechnet, falls der Pflegebedürftige Hilfe beim An- oder Auskleiden und insbesondere beim Treppensteigen benötigt. Hilfestellungen dieser Art werden beispielsweise bei einem Arzttermin oder dem Besuch einer Tageseinrichtung benötigt. Dieser Leistungskomplex umfasst allerdings nur die Hilfe beim Verlassen und Wiederaufsuchen der Wohnung; nicht gemeint ist die Begleitung des Pflegebedürftigen zu seinem Termin; diese Begleitung existiert jedoch in einer Vielzahl der Bundesländer als separater Leistungskomplex. Dieser verwandte Leistungskomplex wird allerdings nicht betrachtet, da die Begleitung von Pflegebedürftigen oft einer Zeitvergütung unterliegt und damit schwer vergleichbar ist. In Baden-Württemberg existiert der Leistungskomplex nur in Kombination beider Verrichtungen und wird daher genauso wenig betrachtet wie in NRW, wo nur die direkte Begleitung im Leistungskomplex wieder zu finden ist. Ferner ist die „*Hilfestellung beim Verlassen und/oder Wiederaufsuchen der Wohnung*“ ein sehr einheitlich ausgestalteter Leistungskomplex. Eine hohe Vergleichbarkeit ist somit vorhanden. Die Wegepauschale wird mit 13% ihrer Höhe zu den Entgelten hinzugaddiert

In Hessen liegt mit 6,22 Euro die höchste Vergütung für diesen Leistungskomplex vor (siehe Abbildung 69). Rang 2 wird von Schleswig-Holstein (5,45 Euro) belegt, wobei dort auch das Planen und Organisieren von Arztterminen als einzigem Bundesland im Leistungskomplex integriert ist. Während Hamburg mit 4,49 Euro ebenfalls einen vergleichsweise sehr hohen Preis für diesen Leistungskomplex ausweist, rangieren die anderen Bundesländer ohne größere Differenzen dahinter. Der Unterschied zwischen Niedersachsen mit 3,57 Euro und Thüringen als preiswertestem Bundesland mit 2,45 Euro ist hierbei nicht allzu groß. Im Durchschnitt kostet der Leistungskomplex „*Hilfe beim Verlassen und/oder Wiederaufsuchen der Wohnung*“ 3,52 Euro. Ein Ost-West-Gefälle ist erkennbar: Die neuen Bundesländer (ohne Berlin) sind vermehrt in der unteren Hälfte angesiedelt. Lediglich Bremen und Saarland erheben ähnlich niedrige Preise.

Während die bisher betrachteten Leistungskomplexe alle dem Bereich der Grundpflege zuzuordnen waren, entstammen die Leistungskomplexe „*Zubereiten einer warmen Mahlzeit*“ und „*Beheizen der Wohnung*“ dem Bereich der hauswirtschaftlichen Versorgung. Die Vergütungsvereinbarungen für Hessen und Niedersachsen fassen beide Ver-

richtungen in einen Leistungskomplex zusammen, unter den alle Aspekte der hauswirtschaftlichen Versorgung fallen und nach Zeit vergütet werden, was zum Ausschluss beider Länder aus Betrachtung führt. Das Zubereiten von Speisen ist nicht äquivalent mit einer Versorgung mit „Essen auf Rädern“. Unter der Zubereitung einer warmen Mahlzeit wird das Vorbereiten (jedoch nicht das Einkaufen, welches aber in vielen Bundesländern einen einzelnen Leistungskomplex darstellt), Kochen und auch das Wegräumen oder Spülen der gebrauchten Utensilien verstanden. Mit 45% bzw. 15% der Höhe der Anfahrtspauschale ist sie für die „Zubereitung einer warmen Mahlzeit“ und das „Beheizen der Wohnung“ einberechnet worden.

Wie in Abbildung 70 zu sehen, ist Baden-Württemberg das teuerste Bundesland in diesem Leistungskomplex. Mit 20,90 Euro ist der Preis fast dreimal so hoch wie in NRW (7,39 Euro) und immerhin noch um 42% höher als die 14,73 Euro, die in Bayern von den Verbänden der Wohlfahrt gefordert werden, womit sie den zweiten Rang einnehmen. Dieser Wert liegt noch fast drei Euro über dem durchschnittlichen Entgelt von 11,97 Euro. Überraschend wirkt indes der niedrige Preis in NRW, der auch den Preis in den neuen Bundesländern unterbietet, die – mit Ausnahme Berlins – alle direkt vor NRW platziert sind.

Der Leistungskomplex „Beheizen der Wohnung“ kann nur bei einer vorhandenen Ofenheizung abgerechnet werden. Zum Leistungskomplex gehören sowohl das Beschaffen des Heizmaterials und das Heizen als auch das Entsorgen der Verbrennungsrückstände. Laut Angaben des Statistischen Bundesamtes (2008) ist im Jahre 2006 in 7,7% der deutschen Wohneinheiten (ohne Wohnheime) überwiegend mit Einzel- oder Mehrraumöfen geheizt worden.<sup>90</sup> Insofern ist die Relevanz dieses Leistungskomplexes begrenzt, wenn auch davon ausgegangen werden kann, dass ambulant versorgte Menschen aufgrund ihres in der Regel höheren Alters in älteren Wohneinheiten leben, die häufiger eine Ofenheizung haben.

Das Beheizen der Wohnung ist mit 6,27 Euro in Baden-Württemberg am teuersten (siehe Abbildung 71). Auch Berlin, das den zweiten Rang einnimmt, liegt mit 5,57 Euro noch weit vom Durchschnittswert in Höhe von 4,06 Euro entfernt. Breit hingegen ist die Spanne der Bundesländer mit Preisen zwischen 3,15 Euro (Thüringen) und 4,54 Euro (Hamburg), die elf der vierzehn Bundesländer umfasst. Das untere Preissegment dieser Gruppe bilden die neuen Bundesländer von denen Brandenburg mit 3,76 Euro das teuerste darstellt. Auffällig niedrig sind die Vergütungshöhen in Rheinland-Pfalz (3,25 Euro) und in NRW. Nirgendwo sonst wird der Leistungskomplex mit weniger als drei Euro vergütet.

---

<sup>90</sup> In den alten Bundesländern beträgt der Anteil der Wohneinheiten mit einer Ofenheizung 8,2% und liegt somit 2,3 Prozentpunkte über dem Anteil von 5,9%, der für die neuen Bundesländer ausgewiesen wird (Statistisches Bundesamt 2008).

Abbildung 70: Entgelte im Leistungskomplex „Zubereiten einer warmen Mahlzeit“

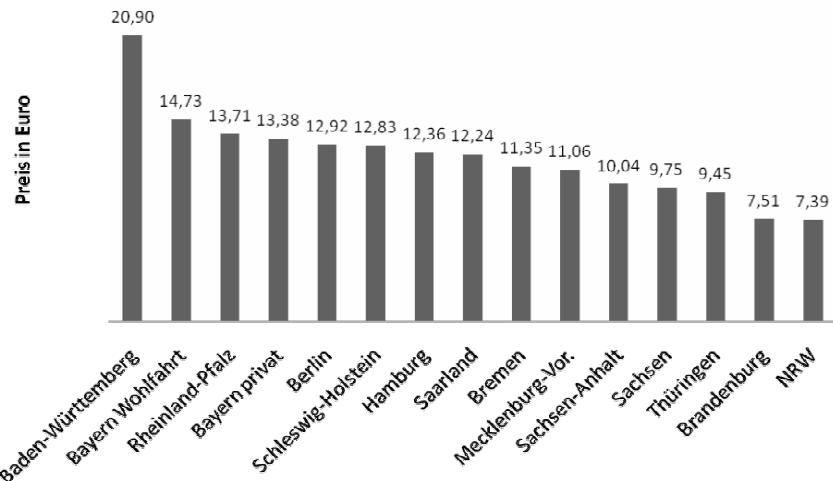
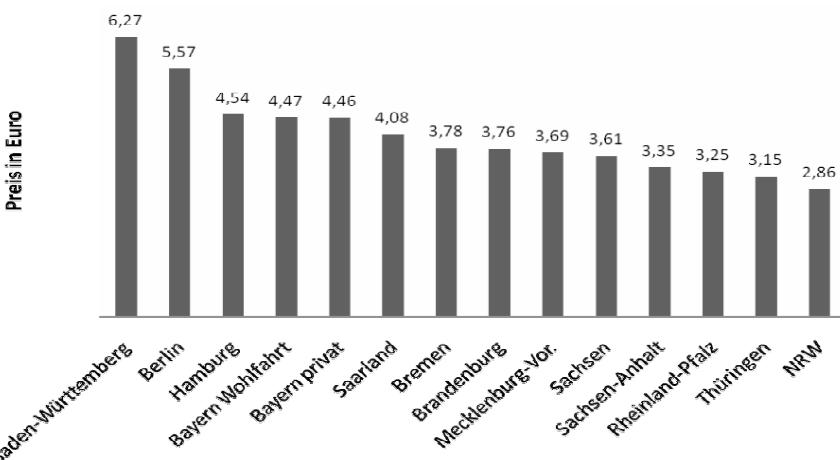


Abbildung 71: Entgelte im Leistungskomplex „Beheizen der Wohnung“



#### 6.1.3.4 Zwischenfazit zur regionalen Verteilung der Entgelte

Hinsichtlich der Vergütungshöhen im stationären Bereich sind große regionale Unterschiede zu beobachten. Diese Beobachtung trifft sowohl auf der Ebene der Bundesländer, als auch auf der Ebene der Gemeindetypen zu.

Mit NRW, Baden-Württemberg und Bayern sind schnell die drei Bundesländer mit den höchsten Entgelten im stationären Bereich ausfindig gemacht worden, wobei sich NRW noch einmal von den beiden anderen Ländern abhebt. Dieses Ergebnis gilt für die Beobachtung der Summe aus Pflegesätzen und Entgelten für Unterkunft und Verpflegung unabhängig von der Pflegestufe. Erst bei zusätzlicher Berücksichtigung der Investitionskosten wird das Niveau in Bayern etwas niedriger. Dem gegenüber wird das Preisniveau in Niedersachsen und auch in NRW noch höher. Ebenfalls konstant für alle drei Pflegestufen gilt, dass die niedrigsten Heimentgelte immer in den neuen Bundesländern zu finden sind.

Die Differenzierung nach Gemeindetyp zeigte, dass Heimentgelte mit zunehmendem Agglomerationsgrad steigen. Die täglichen Heimentgelte sind im Agglomerationsraum durchschnittlich um fast acht Euro höher als in ländlichen Regionen und immerhin noch um etwa fünf Euro teurer als in verstädterten Räumen. Über das Jahr gesehen kann so ein Unterschied von ca. 1500 Euro allein durch einen anderen Agglomerationsgrad entstehen. Dies deckt sich mit den Ergebnissen von Augurzky et al. (2007), die nachgewiesen haben, dass Heimentgelte bei einem hohen Anteil der Landbevölkerung eines Bundeslandes signifikant niedriger ausfallen.

Hinsichtlich der Vergütungshöhen in der ambulanten Pflege zeigen sich insgesamt erhebliche Unterschiede zwischen den einzelnen Bundesländern. Lediglich im Leistungskomplex „Hilfe bei der Nahrungsaufnahme“ war der Preis im teuersten Bundesland weniger als doppelt so hoch wie im preisgünstigsten Bundesland. Bei allen anderen Leistungskomplexen liegt die Spanne bei über 100 % des geringsten Preises. „Hilfestellung beim Verlassen und Wiederaufsuchen der Wohnung“ ist in Hessen fast drei Mal so teuer wie in Thüringen, das „Zubereiten einer warmen Mahlzeit“ oder das „Beheizen der Wohnung“ ist fast drei Mal so teuer in Baden-Württemberg wie in NRW. Die Vergütungshöhe für den Leistungskomplex „Sondernährung“ beträgt in Baden-Württemberg das Fünffache der Vergütungshöhe in Sachsen. Bei solch großen Preisdifferenzen kann von bundeseinheitlichen Standards nicht gesprochen werden. Unterschiedliche Preisniveaus unter den Bundesländern können sicherlich einen gewissen Teil der Unterschiede erklären und uneinheitliche Abgrenzungen der Leistungskomplexe tragen ebenfalls zur Erklärung bei, jedoch ist die Höhe der Unterschiede bemerkenswert. Eine Vereinheitlichung der Definition der Leistungskomplexe würde die Transparenz in diesem Bereich sicherlich wesentlich steigern und dazu beitragen, dass sachlich nicht begründete Unterschiede abgebaut werden können.

Zwei Leistungskomplexe mussten bei den Ländervergleichen für Baden-Württemberg aufgrund mangelnder Vergleichbarkeit ausgeschlossen werden. Bei den verbliebenen vier Leistungskomplexen wurde in Baden-Württemberg dreimal der höchste Preis verlangt. Ferner in nur vier Kategorien vertreten, aber in drei davon mit den höchsten

Preisen, ist Hessen. Beide Bundesländer lassen sich im Bundesvergleich anhand der analysierten Leistungskomplexe als jene mit den höchsten Vergütungsniveaus heraus-kristallisieren, obgleich einschränkend erwähnt werden muss, dass in Hessen nur eine der vorliegenden Vergütungsvereinbarungen betrachtet worden ist.

Ein im Durchschnitt betrachtet vergleichsweise hohes Vergütungsniveau gibt es in den beiden Stadtstaaten Berlin und Hamburg, sowie in Schleswig-Holstein, während in Bremen durchschnittliche Preise vorherrschen. Je nach Leistungskomplex als über- oder unterdurchschnittlich ist das Preisniveau im Saarland zu bezeichnen. Als äußerst heterogen stellt sich die Lage in Rheinland-Pfalz dar. Hier werden die Leistungskomplexe „Sondernährung“ und „Beheizen der Wohnung“ zu sehr niedrigen Preisen angeboten. Zeitgleich verlangt Rheinland-Pfalz im Leistungskomplex „Hilfe bei der Nahrungsaufnahme“ den zweithöchsten Preis. Vermehrt in der unteren Hälfte rangieren die neuen Bundesländer (ohne Berlin), von denen Mecklenburg-Vorpommern das teuerste Bundesland ist. Dies ist insbesondere beim Leistungskomplex „Sondernährung“ augenscheinlich, für das Mecklenburg-Vorpommern den zweithöchsten Preis aller Bundesländer verlangt. Damit ist eine Sondernährung für den Pflegebedürftigen unter finanziellen Aspekten betrachtet um fast einen Euro günstiger, als nähme er Hilfe bei der Nahrungsaufnahme in Anspruch, was schwer erklärbar scheint. Überhaupt handelt sich bei der „Sondernährung“ um den Leistungskomplex mit den größten Vergütungsdifferenzen unter den Ländern. Zudem ist hier auch kein Ost-West Gefälle zu beobachten, da neben Mecklenburg-Vorpommern mit Brandenburg und Thüringen noch zwei weitere neue Bundesländer Plätze in der oberen Hälfte belegen.

Nur für Bayern liegt eine Unterscheidung ambulanter Pflegedienste nach ihrer Trägerschaft vor. Die Preise der ambulanten Pflegeeinrichtungen, die sich in privater Trägerschaft befinden, liegen in allen sechs betrachteten Leistungskomplexen unter denen der Wohlfahrtsverbände, obwohl die Unterschiede oftmals nur sehr gering sind.<sup>91</sup> Zur Erklärung verweist Vitt (1999) auf unterschiedliche Tarifbestimmungen hin, denen Pflegedienste unterliegen können, die jedoch nicht für private Anbieter gelten. Somit können private Pflegedienste den Leistungsempfängern niedrigere Preise anbieten. Ökonomisch ist das dann für sie attraktiv, wenn sie durch niedrigere Entgelte ihren Marktanteil erhöhen können. Untersuchungen für den stationären Sektor legen nahe, dass auch andere Faktoren, u. a. eine niedrigere Personalausstattung, eine Rolle spielen können (Augurzky et al. 2008).

Die je nach Bundesland unterschiedlichen Preise können auch in anderer Hinsicht die Versorgungsqualität beeinflussen. Leistungen der Pflegeversicherung sind als Pauschalen zu verstehen, die unabhängig vom Wohnsitz des Pflegebedürftigen gewährt werden. Wegen der differierenden Preise der ambulanten Pflegedienste in den Bundesländern können jedoch nicht in jedem Bundesland Sachleistungen im selben Umfang in

---

<sup>91</sup> Ein gleichgerichteter Unterschied wurde auch für den stationären Bereich konstatiert (Augurzky et al. 2008).

Anspruch genommen werden, wenn keine Leistung privat aus eigener Tasche bezahlt werden soll.

*Tabelle 63: Preisniveaus der Bundesländer in der ambulanten Pflege*

	Rang LK 1	Rang LK 2	Rang LK 3	Rang LK 4	Rang LK 5	Rang LK 6	Mittl. Rang	Rang
Baden-Württemberg	8		1	1			2,75	2
Bayern privat	4	6	12	4	5	6	6,17	8
Bayern Wohlfahrt	3	5	11	2	4	5	5	4-5
Berlin	2	7		5	2	7	4,6	3
Brandenburg	11	16	6	14	8	13	11,3	13
Bremen	12	10	10	9	7	10	9,67	11-12
Hamburg	10	8	4	7	3	3	5,83	7
Hessen	1	1	5			1	2	1
Mecklenburg-Vorpommern	14	11	2	10	9	11	9,5	10
Niedersachsen	6	3	8			4	5,25	6
NRW	13	9	9	15	14		12	14
Rheinland-Pfalz	5	2	15	3	12	8	7,5	9
Saarland	7	12	13	8	6	12	9,67	11-12
Sachsen	16	14	16	12	10	14	13,67	17
Sachsen-Anhalt	15	13	14	11	11	9	12,17	15
Schleswig-Holstein	9		3	6		2	5	4-5
Thüringen	17	15	7	13	13	15	13,33	16

Ein Pflegebedürftiger, der einmal täglich die Leistungskomplexe „Große Morgen-/Abendtoilette“, „Hilfe bei der Nahrungsaufnahme“, „Hilfestellung beim Verlassen und/oder Wideraufsuchen der Wohnung“, „Zubereiten einer warmen Mahlzeit“ und das „Beheizen der Wohnung“<sup>92</sup> abruft, muss dafür je nach Bundesland unterschiedlich hohe Entgelte leisten. Er müsste hierfür in Rheinland-Pfalz 57,64 Euro, in Hamburg 53,44 Euro, in Thüringen aber nur 39,55 Euro für die gleiche Leistung bezahlen. Das alleinige Abrufen der Leistungskomplexe „Große Morgen-/Abendtoilette“ und „Zubereitung einer warmen Mahlzeit“ ist in Baden-Württemberg mit 42,23 Euro bereits teurer als die Summe der fünf Leistungskomplexe in Thüringen. Sozialpolitisch kann dies als Problem angesehen werden. Bei gleicher Pflegestufe erhalten die Pflegebedürftigen in Abhängigkeit ihres Bundeslandes ein unterschiedliches Leistungspaket, was einen Widerspruch zur bundeseinheitlichen Sozialversicherung darstellt. Für den darüber hinaus gehenden privaten Zukauf von Pflegeleistungen gilt es natürlich die unterschiedlichen Einkommensniveaus in den einzelnen Bundesländern zu bedenken, die das private Hinzukaufen weiterer Leistungskomplexe bei Übersteigen der Sachleistungspauschalen

<sup>92</sup> Damit beinhaltet die Aufstellung fünf der sechs betrachteten Leistungskomplexe. Der Leistungskomplex „Sondernährung“ ist wegen der hohen inhaltlichen Überschneidung zum Leistungskomplex „Hilfe bei der Nahrungsaufnahme“ nicht berücksichtigt worden. Es erscheint unwahrscheinlich beide Leistungen an einem Pflegebedürftigen auszuüben. Zudem weist der Leistungskomplex der Sondernährung starke Abweichungen zu den anderen Komplexen auf.

in einkommensstarken Regionen, wie beispielsweise Baden-Württemberg, leichter realisierbar machen als in einkommensschwachen Regionen zu denen auch Thüringen zu zählen ist.

Eine Zusammenfassung der Entgelte in der ambulanten Pflege ist in Tabelle 63 wiedergegeben. Aufgetragen sind für die einzelnen Bundesländer die Ränge in den einzelnen Leistungskomplexen. Die Betitelung der Leistungskomplexe mit LK 1, LK 2 usw. folgt der Reihenfolge der Leistungskomplexe im Textverlauf. Ränge werden mit absteigendem Entgelt vergeben. Ein Mittelwert für jedes Bundesland wird durch die Division der Summe aller Ränge eines Bundeslandes durch deren Anzahl berechnet. Eine unterschiedliche Anzahl an Rängen resultiert aus Kategorien in denen ein Bundesland aufgrund einer eingeschränkten Vergleichbarkeit nicht eingeschlossen war. Die einzelnen Leistungskomplexe umfassen zwischen 14 und 17 Beobachtungen (hier: Bundesländer). Dadurch unterliegen die Leistungskomplexe einer indirekten Gewichtung, die sich insbesondere bei den hinteren Rängen bemerkbar macht. Aussagekräftiger als der Mittelwert ist ein abschließender Rang, der die Länder anhand der Mittelwerte in eine Rangfolge bringt. Auch hier kann gezeigt werden, dass Baden-Württemberg und Hessen zu den Bundesländern mit den höchsten Entgeltniveaus gehören. Des Weiteren befinden sich Bayern (Wohlfahrt), Berlin, Niedersachsen und Schleswig-Holstein auf einem überdurchschnittlichen Niveau. Eindeutig zu sehen ist ein Ost-West-Gefälle. Niedrige Preisniveaus liegen in den neuen Bundesländern vor. Ebenfalls diesem Niveau zuzuordnen ist NRW.

Angesichts der bemerkenswerten Ergebnisse muss die Frage nach den Gründen gestellt werden. Hierzu liegen jedoch keinerlei Untersuchungen vor. Augurzky et al. (2007) untersuchten die Gründe für unterschiedliche Heimentgelte in Nordrhein-Westfalen und stellen einen Vergleich mit den westdeutschen Flächenländern (außer Schleswig-Holstein) an. Bei der Übertragung der Hypothesen und Ergebnisse des Heimsektors auf den ambulanten Sektor ist jedoch Vorsicht geboten. So gehen die Autoren von niedrigeren Entgelten in ländlichen Gebieten aus, die sich in der anschließende statistische Analyse tatsächlich zeigen. Für ambulante Pflegedienste muss dies nicht gleichermaßen gelten. Im Gegensatz zu einem festen Standort eines Heimes, können ländliche Strukturen für ambulante Pflegedienste in weiten Entfernung zwischen einzelnen Pflegebedürftigen resultieren.

Die hier betrachteten Entgelte in der ambulanten Pflege sind Verhandlungspreise. Dennoch dürfte die Marktsituation für die Preise eine Rolle spielen: Ist die lokale Konkurrenz groß, ist tendenziell mit niedrigeren Entgelten zu rechnen. Als Indikator für die lokale Konkurrenzsituation wird hier in Anlehnung an Augurzky et al. (2007) der Anteil privater Träger herangezogen. Je höher dieser ist, desto höher ist die Wettbewerbsintensität, die zu niedrigen Preisen führt – so die Hypothese. Ein entsprechendes Ergebnis lässt sich tatsächlich beobachten. Die neuen Bundesländer (einschließlich Berlin) haben bis auf Thüringen (mit 49,5 %) alle einen Anteil an privaten Trägern der größer ist als 50 % (Statistisches Bundesamt 2009). Gleichzeitig weist Baden-Württemberg als sehr kostenintensives Bundesland in der ambulanten Pflege nur einen Anteil privater Träger von 25,5 % auf und belegt damit in dieser Kategorie vor Bayern

(32,9%) den letzten Rang. Hessen, das in Tabelle 63 den ersten Rang als teuerstes Bundesland einnimmt, hat einen Anteil von 33,1% ambulanter Pflegeeinrichtungen in privater Trägerschaft. Die hohen Werte für Hamburg (67,3%) und Berlin (62,7%) widersprechen dem inversen Zusammenhang vom Anteil privater Träger und Entgelt-höhe. Somit fällt der Befund keinesfalls eindeutig aus.

Werden beide Sektoren gleichzeitig betrachtet, lassen sich gewisse Parallelen festhalten. Sowohl im stationären, als auch im ambulanten Bereich sind die Entgelte in den neuen Bundesländern niedriger als in den alten Bundesländern. Als Kontrast hierzu kann Baden-Württemberg angesehen werden, welches in beiden Sektoren zu den teuersten Bundesländern zählt. Interessant hingegen ist der Befund in NRW. Sehr hohen Entgelten im stationären Sektor stehen vergleichsweise niedrige im ambulanten Sektor gegenüber. Abgesehen von NRW sind solche Differenzen zwischen den beiden Sektoren jedoch nicht zu beobachten. Auch für Bayern und Schleswig-Holstein kann gesagt werden, dass die Entgelte in beiden Sektoren auf einem ähnlichen Niveau sind, wobei sich beide Bundesländer jeweils überdurchschnittliche Preise erheben. Abschließend lässt sich schlussfolgern, dass mit Ausnahme von NRW keine großen Unterschiede unter den Bundesländern in Bezug auf die ambulanten und stationären Entgelte zu verzeichnen sind. Werden im ambulanten Sektor hohe Entgelte gefordert, so trifft dies auch auf den stationären Sektor zu, wobei limitierend angefügt werden muss, dass für den ambulanten Sektor keine vollständigen Informationen zu den Entgelten vorlagen.

## 6.2 Regionale medizinische Versorgung

Nach der Betrachtung der regionalen Verteilung der Leistungsangebote, der Inanspruchnahme und der Preise, wird in diesem Abschnitt der Frage nachgegangen, inwieweit die medizinische Versorgung der Pflegebedürftigen regional differenziert ist. Bei dieser Betrachtung wird die Kreisebene verlassen und nur noch nach Bundesländern und Gemeindetypen differenziert.

Die Untersuchung der regionalen Unterschiede in der medizinischen Versorgung fokussiert auf die neurologischen und psychischen Erkrankungen, weil diese in erhöhtem Maße mit der Pflegebedürftigkeit in Zusammenhang stehen. Es wird untersucht, wer neurologische und psychische Erkrankungen hat, wer pflegebedürftig ist, wie häufig ärztliche Behandlungsfälle sind und in welchem Umfang typische Arzneimittel verordnet werden. Hierzu wird in Abschnitt 0 zunächst die Datengrundlage dargestellt. In Abschnitt 6.2.2, werden dann die Prävalenzen für neurologische und psychische Erkrankungen für die Altenbevölkerung untersucht. Abschnitt 6.2.3 ist der Erhebung der Behandlungshäufigkeit durch Allgemeinmediziner und Fachärzte (Neurologen, Psychiater und Nervenärzte) gewidmet, währen sich die Arzneimittelversorgung in Abschnitt 6.2.4 untersucht wird.

### 6.2.1 Datengrundlage

Datenbasis für die nachstehenden Analysen sind die prozessproduzierten Routinedaten der GEK. Diese Datenbasis ist in Abschnitt 5.1 bereits ausführlich beschrieben worden.

Um die medizinische Versorgung unter Berücksichtigung demografischer Aspekte, der Pflegestufen, des Pflegearrangements, des Gesundheitszustands und der regionalen Zuordnungen zu betrachten, müssen allerdings auch neue Variablen verwendet werden. Abschnitt 6.2.1.1 beschreibt dabei zunächst die Konstruktion der Variablen (Alter, Geschlecht, Familienstand, Gesundheitszustand, Pflegearrangement, Pflegestufe, Ge-meindetyp und Bundesland), die in die Analysen einbezogen werden. In Abschnitt 6.2.1.2 werden dann Grundauszählungen dieser Variablen präsentiert, um einen ersten Überblick zu geben, wie sich die Personen über die gemessenen Merkmale verteilen.

### 6.2.1.1 Variablenkonstruktion

Die medizinischen Versorgungsleistungen werden für das Jahr 2007 gemessen. Die Definition der einzelnen Versorgungsleistungen wird dabei in den jeweiligen Abschnitten genauer beschrieben. Es handelt sich dabei einerseits um die Häufigkeit der Behandlungsfälle durch die genannten Arztgruppen und andererseits um die definierten Tagesdosen (daily defined dose = DDD) je Medikamentengruppe. Zur Analyse werden diese Versorgungsleistungen differenziert für verschiedene Personengruppen gemessen. Die Differenzierungen sind in Tabelle 64 dargestellt. Unterschieden wird nach Alter im Jahr 2007,<sup>93</sup> Geschlecht, Familienstand, ärztlich dokumentierten Erkrankungen in den Jahren 2005 oder 2006 sowie nach dem Agglomerationsgrad des Wohnortes und dem Bundesland. Die Definitionen der Erkrankungen ergeben sich in der Regel aus der Zusammenfassung der Erkrankungen in Kapiteln oder Gruppen auf Basis der International Classification of Diseases (ICD-10), wie sie von der WHO (2009) vorgenommen werden. In Deutschland ist zur Verschlüsselung von Diagnosen in der ambulanten und stationären Versorgung die ICD-10-GM anzuwenden, die durch das Deutsche Institut für medizinischen Dokumentation und Information (DIMDI 2005) übersetzt und ergänzt wird. Die neurologischen Erkrankungen sind als G00–G99 und die psychischen Erkrankungen als F00–F99 kodiert. Nachfolgend differenzierter gefasste Krankheiten sind Demenz, Depression u. a., Schizophrenie u. a. und andere psychische Erkrankungen. Demenz wird durch das DIMDI als F00–F03 benannt. Es gibt noch weitere Kodierungen, die ebenfalls Rückschlüsse auf Demenz geben. Hierzu gehören z. B. die F10.7 (Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol), in der Alkoholdemenz aufgeführt wird. Diese und andere Formen von Demenz, die zudem teilweise nicht so klar gegenüber anderen Krankheiten abgegrenzt sind, treten aber verhältnismäßig selten auf (Schäufele et al. 2007: 195) und werden daher hier außer Acht gelassen. Für die vorliegenden Analysen werden folgende Demenzen berücksichtigt: Demenz bei Alzheimer (F00), vaskuläre Demenz (F01) und sonstige Demenz (F02 und F03). Die Depression und die bipolaren Störungen werden durch das DIMDI in die Gruppe der affektiven Störungen zusammengefasst. In diese Gruppe werden aber auch manische Episoden gefasst (F30) sowie nicht näher bezeichnete affektive Störungen (F39). Manische Episoden und die Restkategorie „nicht näher bezeichnete affektive Störungen“ werden im Folgenden nicht eingerechnet, wenn affektive Störungen untersucht werden. Hinzuge-

---

<sup>93</sup> Dieses Alter wird gemessen als 2007 – Geburtsjahr.

fügt wurde hingegen die Kodierung F06.3 aus der Gruppe der organischen, einschließlich symptomatischen psychischen Störungen, da mit dieser Kodierung die organisch begründeten affektiven (depressive, aber auch manische und gemischte) Störungen abgebildet sind, die ein erhebliches Volumen aufweisen. Schizophrenie, schizotyp und wahnhaftige Störungen werden in eine Klasse zusammengefasst (F20-F29). Die Restkategorie „andere psychische Erkrankungen“ bildet alle psychischen und Verhaltensstörungen nach Kapitel V der ICD-10-Klassifikation ab, die nicht durch Demenz, Schizophrenie u. a. oder Depression u. a. gefasst sind.

*Tabelle 64: Schematische Darstellung der Variablenkonstruktion*

Alter	60-69; 70-79; 80-89; 90+
Geschlecht	Mann; Frau
Familienstand	Verheiratet; nicht verheiratet
Neurologische Erkrankungen	Ambulante oder stationäre Diagnose in 2005 oder 2006 (min. 1 x) ICD10: G00-G99
Demenz	Ambulante oder stationäre Diagnose in 2005 oder 2006 (min. 1 x) ICD10: F00-F03
Schizophrenie, schizotyp und wahnhaftige Störungen	Ambulante oder stationäre Diagnose in 2005 oder 2006 (min. 1 x) ICD10: F20-F29
Depression, bipolare Störungen, organische affektive Störung	Ambulante oder stationäre Diagnose in 2005 oder 2006 (min. 1 x) ICD10: F31-F38 (Affektive Störungen: Depression, bipolare Störungen etc.) oder F06.3 (Organische Affektive Störung)
Andere psychische Störungen	Ambulante oder stationäre Diagnose in 2005 oder 2006 (min. 1 x) ICD10: F04-F06.2, F06.4-F09, F10-F19, F30, F39-F99
Pflegestufen	Stufe I; Stufe II; Stufe III zusammen mit Härtefällen
Pflegearrangements	Keine Leistungen; informelle Pflege (Pflegegeld, Verhinderungspflege), formell-ambulante Pflege (Pflegesachleistung, Kombileistung, Kurzzeitpflege, Tages- oder Nachtpflege; vollstationäre Pflege im Heim
Gemeindetypen	Agglomerationsraum; Verstädterte Räume; Ländliche Räume
Bundesländer	Schleswig-Holstein; Hamburg; Niedersachsen; Bremen; Nordrhein-Westfalen; Hessen; Rheinland-Pfalz; Baden-Württemberg; Bayern; Saarland; Berlin; Brandenburg; Mecklenburg-Vorpommern; Sachsen; Sachsen-Anhalt; Thüringen

Als demografische Merkmale sind das Geschlecht, das Alter und der Familienstand berücksichtigt. Die Merkmale Geschlecht und Alter sind den Stammdaten vom März 2009 entnommen. Der Familienstand ist monatsgenau den jeweiligen Stammdaten entnommen. Die Gemeindetypen wurden mittels einer eigens zu diesem Zweck von der GEK im April 2009 durchgeführten Sonderauswertung konstruiert. Basierend auf den Zuordnungen des Bundesamtes für Bauwesen und Raumordnung (BBSR 2008) wurden bei der GEK die Verknüpfungen der anonymisierten Personennummern mit den Gemeindetypen vorgenommen und dem ZeS zur Auswertung zur Verfügung gestellt. Die Zuordnung zu den Bundesländern erfolgte über die Zugehörigkeit zu Bezirken der Kassenärztlichen Vereinigungen.

Der Gesundheitszustand wurde aus den Daten der ambulanten medizinischen Versorgung und den Daten der stationären medizinischen oder rehabilitativen Versorgung rekonstruiert. Die Zuordnung zu den Erkrankungen richtet sich nach den vergebenen Diagnosen. Zugrunde gelegt wurden Informationen aus den Jahren 2005 und 2006. Die oben definierten Krankheiten wurden ausgewählt, weil sie bei Pflegebedürftigen häufig vorkommen.

Für die vorliegende Analyse wurden diejenigen Fälle als entsprechend erkrankt klassifiziert, bei denen mindestens einmal im ambulanten oder stationären Sektor eine Diagnose vergeben wurde.<sup>94</sup> Die Berücksichtigung der Krankheit auch dann, wenn sie nur in einem Quartal dokumentiert ist, trägt auch dem Umstand Rechnung, dass aktuelle Inzidenzen mit eingeschlossen werden sollen. Diese würden nicht berücksichtigt werden, wenn eine höhere Schwelle – etwa von einer entsprechenden Diagnose in mindestens drei Quartalen – als Einschlusskriterium gesetzt worden wäre.

Die Pflegearrangements sind nach den Hauptpflegeleistungen kategorisiert. Als „informell“ gepflegt werden diejenigen kategorisiert, die Pflegegeld empfangen oder kurzzeitig Verhinderungspflege, aber keine Pflegesachleistung (§ 36 SGB XI) oder Kombinationsleistung (§ 38 SGB XI) in Anspruch nehmen. Als „formell-ambulant“ werden die Arrangements kategorisiert, bei denen Sachleistungen nach § 37 SGB XI und/oder Kurzzeitpflege (§ 42 SGB XI), Tages- und Nachtpflege (§ 41 SGB XI) sowie Kombinationsleistungen (§ 38 SGB XI) in Anspruch genommen werden. Es handelt sich – kurz gesagt – um alle Pflegesituationen mit Beteiligung zugelassener Pflegeeinrichtungen aber unterhalb der vollstationären Langzeitpflege. Das dritte Pflegearrangement, ist dann der vollstationäre Aufenthalt im Pflegeheim. Nicht berücksichtigt werden bei dieser Einteilung die Pflege in vollstationären Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen nach § 43a SGB XI und zusätzliche Pflegeleistungen wie z. B. die technischen Hilfsmittel.<sup>95</sup> Die Pflegestufen sind bei den dokumentierten Pflegeleistungen jeweils mit enthalten. Die selteneren Härtefälle werden in den Analysen der Pflegestufe III zugerechnet. Pflegearrangements und Pflegestufen werden als zeitlich veränderliche Variablen gefasst. Jeder Person wird damit taggenau der Zustand der Pflegearrangements und der Pflegestufen zugeordnet.

Die Untersuchungseinheiten für die Analysen sind alle GEK-Versicherten, die am 31.12.2006 60 Jahre oder älter waren. Zudem mussten diese Personen durchgängig in den Jahren 2005 und 2006 und mindestens einen Tag im Jahr 2007 bei der GEK versichert sein, um in die Berechnungen eingeschlossen zu werden. Ein weiteres Einschlusskriterium war, dass für die betreffende Personen gültige Informationen über das Bundesland und den Gemeindetyp vorliegen.

---

<sup>94</sup> Verdachtsdiagnosen wurden grundsätzlich nicht berücksichtigt. Die Krankheit wurde nur als solche berücksichtigt, wenn der Schlüssel für Ausschluss oder Verdacht nicht gesetzt war.

<sup>95</sup> In aller Regel erhalten Bezieher von technischen Hilfsmitteln und ähnlicher SGB XI-Leistungen aber auch mindestens eine der genannten Leistungen und werde darüber einem der drei Pflegearrangements zugeordnet.

### 6.2.1.2 Grundauszählungen

In vielen Studien ist es üblich, Merkmale zwar personenbezogen, aber zu einem Stichtag zu analysieren. Der Grund dafür liegt in der Regel darin, dass die Messung nur zu einem Stichtag stattfindet. Zu diesem Stichtag lassen sich dann die gemessenen Merkmalsausprägungen den jeweiligen Personen zuordnen. Beispielsweise wird ermittelt, ob befragte Personen pflegebedürftig sind. In der entsprechenden Auswertung kann dann nur angegeben werden, wie viele Personen mit bestimmten Merkmalen (z. B. Männer – Frauen) zu dem Stichtag pflegebedürftig sind und wie viele nicht.

Die GEK-Routinedaten sind dagegen Verlaufsdaten: Merkmale werden nicht nur zu einem Zeitpunkt erhoben, sondern kontinuierlich über die Zeit. Jede Person kann einen Wechsel in den gemessenen Zuständen erleben. So werden Personen pflegebedürftig, ihre Pflegestufe ändert sich oder sie versterben. Die GEK-Routinedaten bieten damit die Möglichkeit, diese Zustandsveränderungen im Zeitverlauf zu analysieren und als erklärende Variablen zu berücksichtigen. Von dieser Möglichkeit wird im Folgenden Gebrauch gemacht.

Aus diesem Grund werden die Grundauszählungen hier nicht nur personen- und stichtagsbezogen durchgeführt. Vielmehr werden die Merkmalsausprägungen zu jedem Tag gemessen. Ein und dieselbe Person kann also in der Auszählung mehrfach auftreten, beispielsweise mit einem Zeitabschnitt (in der Sprache der Ereignisdatenanalyse: einer Episode) in Pflegestufe I und einem anderen Zeitabschnitt, also einer anderen Episode in Pflegestufe II. Alle Zeitabschnitte werden jeweils für die unterschiedenen Kategorien zusammenaddiert. Durch eine Division durch 365 werden die in Tagen gemessenen Zeitabschnitte in Versichertentage mit entsprechenden Ausprägungen umgerechnet. Das Ergebnis ist dann die Grundauszählung der Versichertentage für 2007 in Tabelle 65. Die Daten in der Tabelle können dabei aber „konventionell“ interpretiert werden: So verweist beispielsweise ein Anteilswert von 1,2% der Versichertentagen mit Pflegeleistungen durch Angehörige bei Pflegestufe I darauf, dass im Jahresdurchschnitt an jedem Tag 1,2% der Versicherten mit diesen Leistungen und dieser Stufe gepflegt wurden.

Insgesamt stehen für die Analysen Daten von 208.086 Personen zur Verfügung, die in den Jahren 2005 und 2006 durchgängig und 2007 mindestens einen Tag versichert waren, im Jahr 2007 mindestens 60 Jahre alt waren und zu denen gültige Informationen über den Gemeindetyp und das Bundesland vorliegen. Zu diesen Personen liegen 9.797 Versichertentage mit Bezug von Pflegeleistungen vor (Tabelle 65). Die Pflegestufeverteilung entspricht dabei weitgehend der Verteilung der amtlichen Statistik, und hinsichtlich der SPV-Leistungen dominiert die häusliche über die stationäre Pflege.

Trotz dieser sehr großen Fallzahlen und der sehr großen Population, die hier untersucht wird, kommt es bei spezielleren Betrachtungen immer wieder zu kleinen Zellbesetzungen. Dies ist z. B. der Fall, wenn seltene Erkrankungen nach Bundesländern dargestellt werden. Selbst bei 1.000 Untersuchungseinheiten entstehen bei Prävalenzen von 1% Zellbesetzungen von nur 10 Personen. Bei solch kleinen Zellbesetzungen kann es durch zu deutlichen Schwankungen im Anteil kommen, wenn nur wenigen Personen ihren

Zustand ändern. Daher werden in den Darstellungen die detaillierten Verteilungen nur dann interpretiert, wenn mindestens eine Zellbesetzung von 30 Personen erreicht wird.

*Tabelle 65: Grundauszählung der Versichertenjahre in 2007 in bestimmten Zuständen*

	Männer			Frauen		
	Anzahl	Vers.-Jahre	%	Anzahl	Vers.-Jahre	%
Gesamt	122597	120594	100	85489	84353	100
Alter 60 – 69	77742	76858	63,7	127595	49461	58,6
Alter 70 – 79	35742	35099	29,1	60987	24951	29,6
Alter 80 – 89	8631	8228	6,8	9305	8981	10,7
Alter 90+	482	409	0,3	1086	960	1,1
Nicht Verheiratet	20771	20317	16,9	24938	24349	28,9
Verheiratet	101826	100276	83,2	60551	60004	71,1
Informelle Pflege Stufe I	1446	1487	1,2	1333	1374	1,6
Informelle Pflege Stufe II	803	777	0,6	607	576	0,7
Informelle Pflege Stufe III	160	155	0,1	138	139	0,2
Formell-ambulante Pflege Stufe I	388	438	0,4	675	719	0,9
Formell-ambulante Pflege Stufe II	450	466	0,4	398	407	0,5
Formell-ambulante Pflege Stufe III	170	173	0,1	155	163	0,2
Vollstationäre Pflege Stufe I	354	368	0,3	595	615	0,7
Vollstationäre Pflege Stufe II	453	474	0,4	796	825	1,0
Vollstationäre Pflege Stufe III	227	230	0,2	409	412	0,5
Neurologische Erkrankungen	61473	60266	50,0	57000	56255	66,7
Demenz	3443	3186	2,6	3636	3372	4,0
Schizophrenie u. a.	1894	1805	1,5	1951	1878	2,2
Depression und bipolare Störungen	13994	13638	11,3	21794	21427	25,4
Andere psychische Störungen	38614	37712	31,3	33490	32910	39,0
Agglomerationsraum	75074	73832	61,2	50870	50183	59,5
Verstädterter Raum	38968	38368	31,8	28865	28506	33,8
Ländlicher Raum	8555	8394	7,0	5754	5664	6,7
Schleswig-Holstein	7542	7429	6,2	5090	5017	6,0
Hamburg	5426	5336	4,4	3697	3630	4,3
Niedersachsen	12351	12169	10,1	21048	8593	10,2
Bremen	1177	1159	1,0	807	798	1,0
Nordrhein-Westfalen	17532	17256	14,3	12014	11882	14,1
Hessen	11756	11578	9,6	8434	8322	9,9
Rheinland-Pfalz	4638	4566	3,8	3552	3507	4,2
Baden-Württemberg	21614	21298	17,7	15698	15513	18,4
Bayern	20887	20526	17,0	14912	14711	17,4
Saarland	1658	1632	1,4	1030	1019	1,2
Berlin	5604	5517	4,6	3382	3342	4,0
Brandenburg	4186	4114	3,4	2969	2939	3,5
Mecklenburg-Vorpommern	960	940	0,8	646	636	0,8
Sachsen	4290	4178	3,5	2689	2618	3,1
Sachsen-Anhalt	1319	1293	1,1	910	891	1,1
Thüringen	1657	1603	1,3	962	935	1,1

Anmerkung: Die Angaben zur Anzahl der Personen beziehen sich auf die jeweils erste beobachtete Ausprägung im Jahr.

## 6.2.2 Neurologische und psychische Erkrankungen

Die Darstellung der Erkrankungshäufigkeit geschieht in dreierlei Weise: 1. differenziert nach Pflegeleistungen, Alter und Geschlecht; 2. differenziert nach Gemeindetyp, Alter und Geschlecht und 3. altersstandardisiert nach Bundesland und Geschlecht. Hierbei werden neurologische Erkrankungen (6.2.2.1), psychische Störungen insgesamt (0) sowie spezielle Formen der psychischen Störungen, nämlich Demenz (0), Schizophrenie, schizotyp und wahnhafte Störungen (0), Depression und andere bipolare Störungen (0) und andere psychische Erkrankungen (0) unterschieden. Die Darstellung schließt mit einem Fazit (0).

### 6.2.2.1 Neurologische Erkrankungen

Die neurologischen Erkrankungen oder auch Krankheiten des Nervensystems untergliedern sich im ICD 10 in folgende Unterkapitel:

G00–G09 Entzündliche Krankheiten des Zentralnervensystems

G10–G13 Systematrophien, die vorwiegend das Zentralnervensystem betreffen

G20–G26 Extrapyramidale Krankheiten und Bewegungsstörungen

G30–G32 Sonstige degenerative Krankheiten des Nervensystems

G35–G37 Demyelinisierende Krankheiten des Zentralnervensystems

G40–G47 Episodische und paroxysmale Krankheiten des Nervensystems

G50–G59 Krankheiten von Nerven, Nervenwurzeln und Nervenplexus

G60–G64 Polyneuropathien und sonstige Krankheiten des peripheren Nervensystems

G70–G73 Krankheiten im Bereich der neuromuskulären Synapse und des Muskels

G80–G83 Zerebrale Lähmung und sonstige Lähmungssyndrome

G90–G99 Sonstige Krankheiten des Nervensystems.

Zu den bekanntesten und auch relevanten Erkrankungen zählen hierbei das Parkinson-Syndrom (G20 – G22) und die Alzheimer-Krankheit (G30). Zuständig zur Behandlung von neurologischen Erkrankungen sind in besonderem Maße die Neurologen und Nervenärzte<sup>96</sup>. Neurologische Erkrankungen können zu deutlichen Funktionsverlusten und damit auch zur Pflegebedürftigkeit führen.

---

<sup>96</sup> Wenn im weiteren Verlauf Neurologen und Psychiater gemeinsam erwähnt werden, sind die Nervenärzte jeweils mit eingeschlossen.

Abbildung 72: Neurologische Erkrankungen nach Pflegearrangement

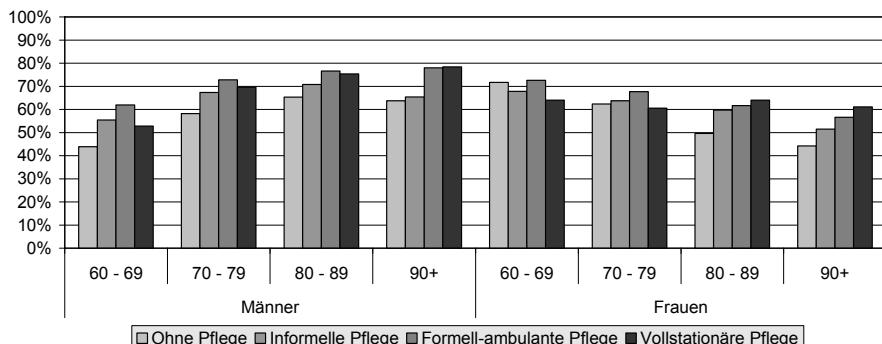


Abbildung 73: Neurologische Erkrankungen nach Gemeindetyp

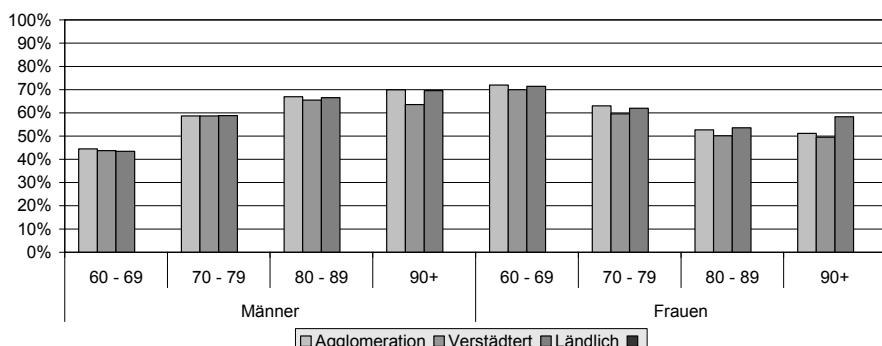
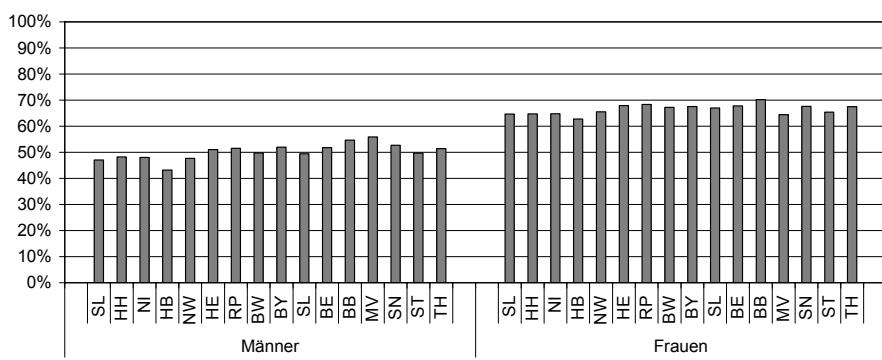


Abbildung 74: Neurologische Erkrankungen nach Bundesland



Wie Abbildung 72, Abbildung 73 und Abbildung 74 zeigen, sind neurologische Erkrankungen insgesamt in der älteren Bevölkerung sehr häufig diagnostiziert. Je nach Alterskategorie, Geschlecht, Pflegeleistung, Gemeindetyp und Bundesland schwanken die Anteile der Personen mit einer solchen Diagnose zwischen knapp über 40% bei den 60–69-jährigen Männern ohne Pflegeleistung und fast 80% bei den über 80-jährigen Männern mit professionellen Pflegeleistungen. Auffällig ist, dass bei den Männern die Diagnose mit steigendem Alter zunimmt, während sie bei Frauen mit steigendem Alter eher abnimmt. Tendenziell werden bei den Pflegebedürftigen mehr neurologische Erkrankungen festgestellt als bei den nicht pflegebedürftigen Personen. Die Differenzierung der Altenbevölkerung nach Gemeindetyp und nach Bundesland zeigt hingegen kaum nennenswerte Unterschiede.

#### 6.2.2.2 Psychische Störungen

Psychische und Verhaltensstörungen werden nach der Internationalen Klassifikation der Erkrankungen im Wesentlichen mit dem Diagnosekapitel F (F00 – F99) gefasst (DIMDI 2005).

Dieses Kapitel gliedert sich in folgende Gruppen:

F00–F09 Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen

F10–F19 Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen

F20–F29 Schizophrenie, schizotyp und wahnhafte Störungen

F30–F39 Affektive Störungen

F40–F48 Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen

F50–F59 Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren

F60–F69 Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen

F70–F79 Intelligenzstörung

F80–F89 Entwicklungsstörungen

F90–F98 Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend

F99 Nicht näher bezeichnete psychische Störungen.

Von besonderem Interesse in der vorliegenden Untersuchung sind die Demenz (F00 – F03), die Depression, bipolare Störungen und organische affektive Störung (F31 – F38; F06.3) sowie Schizophrenie, schizotyp und wahnhafte Störungen (F20 – F29), die jeweils in eigenen Abschnitten untersucht werden. Bei diesen Erkrankungen ist ein fachärztlicher Kontakt empfohlen. Die fachärztliche Zuständigkeit liegt im Wesentlichen bei Psychiatern, aber auch Neurologen oder Nervenärzten.

Abbildung 75: Psychische Störungen nach Pflegearrangement

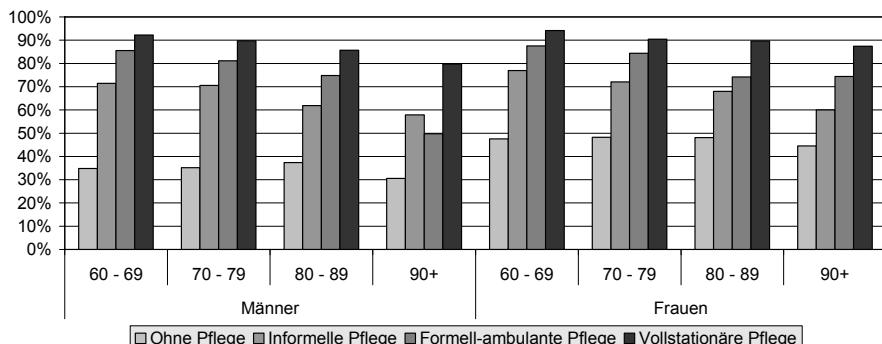


Abbildung 76: Psychische Störungen nach Gemeindetyp

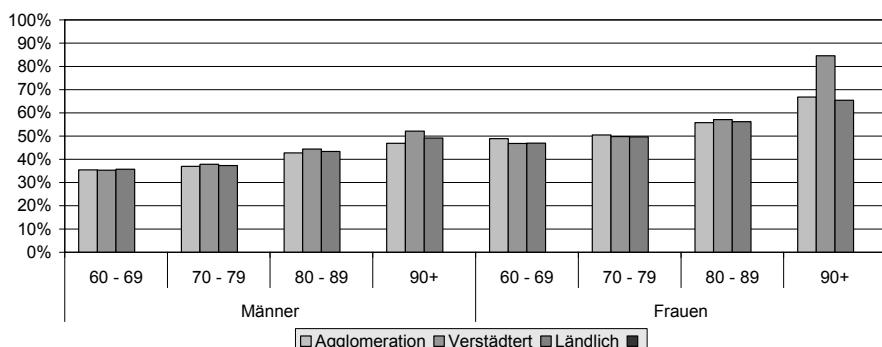
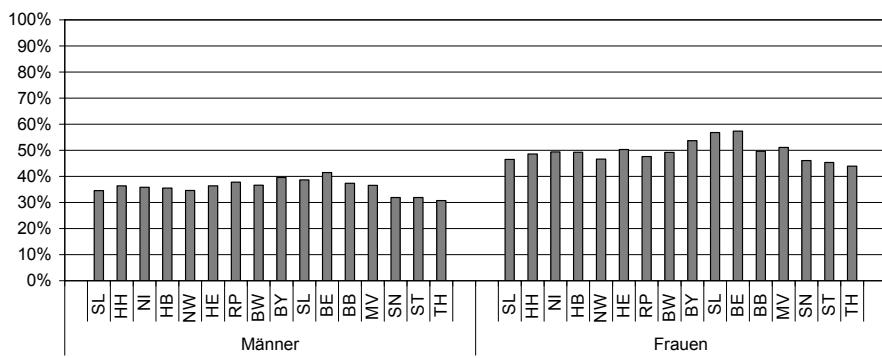


Abbildung 77 Psychische Störungen nach Bundesland



Psychische Störungen gelten in ihrer Gesamtheit mit als häufigste pflegebegründende Diagnosen (Wagner/Fleer 2007: 21). Entsprechend liegt für Pflegebedürftige auch deutlich häufiger eine Diagnose psychischer Störungen vor (Abbildung 75). Bei Pflegebedürftigen in formell-ambulanten Pflegearrangements liegt der Anteil der Personen mit einer solchen Diagnose höher als in informellen Pflegearrangements, am höchsten aber bei vollstationärer Pflege. Bei Frauen werden in allen Alterskategorien mehr psychische Störungen diagnostiziert. Während sich bei der Differenzierung nach den Gemeindetypen ein mit dem Alter ansteigender Anteil ergibt (Abbildung 76), zeigt die Differenzierung nach Pflegearrangements eine Abnahme mit dem Alter (Abbildung 75). Das kann darauf zurückgeführt werden, dass die Zahl der Pflegebedürftigen mit dem Alter steigt und psychische Störungen und Pflegebedürftigkeit positiv korrelieren. Der altersstandardisierte<sup>97</sup> Vergleich der Diagnosehäufigkeit in den Bundesländern zeigt insbesondere in den Ländern Sachsen, Sachsen-Anhalt und Thüringen geringere Prävalenzen (Abbildung 77).

#### 6.2.2.3 Demenz

Demenz ist ein Syndrom als Folge von Erkrankungen des Gehirns mit Störung der kognitiven und anderer kortikaler Funktionen mit meist progredientem Verlauf (DIMDI 2005: 165). Als dement klassifiziert sind in den Darstellungen die Personen, die 2005 oder 2006 mindestens eine ambulante oder stationäre Diagnose Demenz erhalten haben (ICD10: F00 –F03)<sup>98</sup>.

Abbildung 78, Abbildung 79 und Abbildung 80 zeigen die Prävalenz des so definierten Krankheitszustands nach SPV-Leistung, nach Gemeindetyp und nach Bundesland. Bei den mindestens 70-jährigen Heimbewohner liegt die Prävalenz einer Demenz bei rund 60 %. Bei den 60-70-jährigen Heimbewohnern ist sie je nach Geschlecht um etwa 10-15 % niedriger. Personen im Alter von 60-69 Jahren, die durch Angehörige gepflegt werden, weisen dagegen nur eine Prävalenz von 12 % (Männer) bzw. sogar unter 10 % (Frauen) auf. Bei Pflegebedürftigen in formell-ambulanter Pflege liegt der Anteil in diesem Alter bei 20 %. Bei den häuslich gepflegten Personen ist mit steigendem Alter ein zunehmend höherer Anteil an dementen Personen zu beobachten. Der Anteil erreicht bei den mindesten 80-Jährigen einen Wert von 30-40 %. Personen ohne SPV-Leistungen sind deutlich seltener dement. Erst in der Alterskategorie der über 90-jährigen wird der Anteil von 10 % überschritten – und das nur bei den Frauen. Zwischen Demenz und SPV-Leistungen zeigt sich hier also als ein deutlicher Zusammenhang. Die Differenzen der Prävalenz zwischen den Geschlechtern sind erkennbar, aber nicht sehr stark ausgeprägt. Die Verteilungen sind über alle Versorgungsarten und Alterskategorien sehr ähnlich. Einzig auffällig ist der höhere Demenzanteil bei den älteren Frauen ohne SPV-Leistungen.

---

<sup>97</sup> Die Standardisierung erfolgt auf die gesamte Stichprobenpopulation.

<sup>98</sup> Laut Kodierrichtlinien soll bei F00 (Demenz bei Alzheimer) außerdem G30 (Alzheimer) mit angegeben sein, weshalb diese Diagnose nicht extra aufgeführt wird.

Abbildung 78: Demenz nach Pflegearrangement

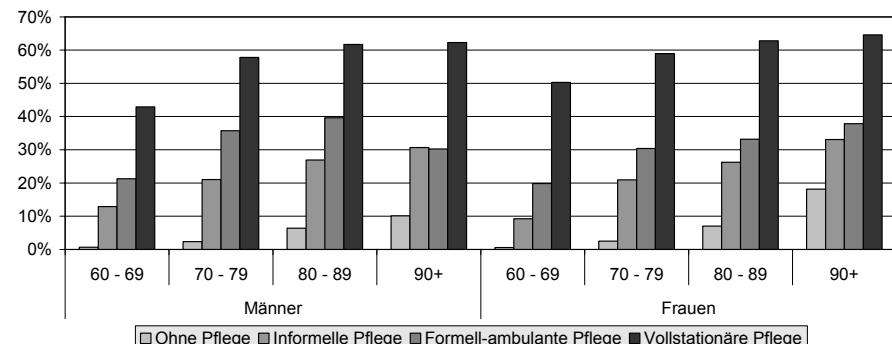


Abbildung 79: Demenz nach Gemeindetyp

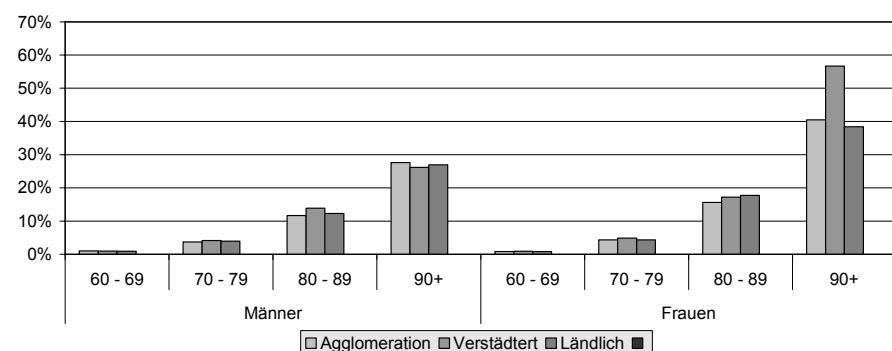
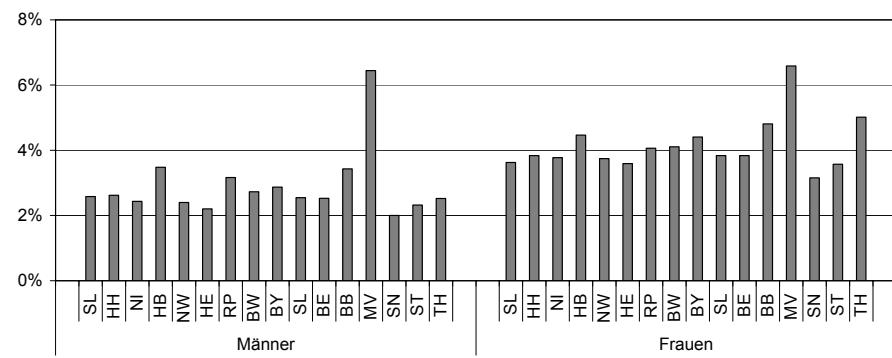


Abbildung 80 Demenz nach Bundesland



Die Differenzierung nach Gemeindetyp macht die Altersabhängigkeit der Demenz deutlich. Die Prävalenz steigt exponential mit dem Alter an. Im Alter von 60 – 69 Jahren liegt der Anteil nahe Null. Im Alter von 70 – 79 Jahren bei ca. 5 %, im Alter von 80 – 89 Jahren dann bei 11 % (Männer) bis 17 % (Frauen), und im Alter von 90 Jahren und mehr werden dann knapp 30 % und sogar über 40 % erreicht. Die Unterschiede zwischen den Gemeindetypen nehmen sich dagegen marginal aus. Sie zeigen zudem keine Tendenz an.

Beim Bundesländervergleich fällt auf, dass die Prävalenz bei den Frauen deutlich höher ist. Der größere Effekt im Vergleich zu Abbildung 78 lässt sich darauf zurückführen, dass Frauen eine höhere Lebenserwartung haben und sich die geringeren altersspezifischen Prävalenzunterschiede deshalb populationsbezogen zu größeren Unterschieden führen. Bundesländer mit einer geringen Prävalenz sind Sachsen und Sachsen-Anhalt. Überdurchschnittlich häufig ist Demenz hingegen in Brandenburg diagnostiziert. Bei der Bewertung ist allerdings zu berücksichtigen, dass die großen westdeutschen Flächenstaaten zwar jeweils durch über 10.000 GEK-Versicherte repräsentiert sind, Bremen, das Saarland, Mecklenburg-Vorpommern, Sachsen-Anhalt und Thüringen dagegen durch – teilweise deutlich – weniger GEK-Versicherte. Die geschlechtsdifferenzierten Demenzprävalenzen basieren in Bremen, dem Saarland, Mecklenburg-Vorpommern, Sachsen-Anhalt und Thüringen jeweils auf weniger als 30 Fällen.

#### 6.2.2.4 Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen

Als Personen mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen klassifiziert sind diejenigen, die 2005 oder 2006 mindestens einmal eine entsprechende ambulante oder stationäre Diagnose in diesem Bereich erhalten haben (ICD: F20 –F29).

Wie in Abbildung 81, Abbildung 82 und Abbildung 83 zu sehen, sind die Prävalenzen in der untersuchten Altersgruppe geringer als die Prävalenzen von Demenzen. Besonders niedrig sind sie bei Personen, die keine SPV-Leistungen beziehen. Bei den nicht pflegebedürftigen Männern werden in allen Alterskategorien nur Anteile von knapp über 1 % gemessen. Bei den Frauen liegt der entsprechende Anteil zwischen 1,5 % und 2 %. Bei Versicherten, die SPV-Leistungen erhalten, nimmt der Anteil mit dem Alter ab. Bei den stationär gepflegten Männern von 21 % in der ersten Alterskategorie auf 10 % in der letzten Alterskategorie. Bei den Frauen in stationärer Pflege ist ein Rückgang von 29 % auf 10 % zu beobachten. Bei den Männern, die durch Angehörige gepflegt werden, variiert der Anteil in den ersten drei Alterskategorien zwischen 8 % und 10 %, bei den Männern, die durch einen ambulanten Pflegedienst gepflegt werden, zwischen 9 % und 13 %. Bei den Frauen ist der Rückgang der Prävalenz mit dem Alter auch bei den häuslich gepflegten Personen deutlich erkennbar. So sinkt der Anteil bei den Frauen von 20 % auf 6 % (formell-ambulante Pflege) bzw. von 9 % auf 5 % (informelle Pflege). Unter Kontrolle der Pflegeleistung ist insgesamt also ein deutlicher, negativer Zusammenhang von Alter und Prävalenz festzustellen.

Abbildung 81: Schizophrenie und verwandte Störungen nach Pflegearrangement

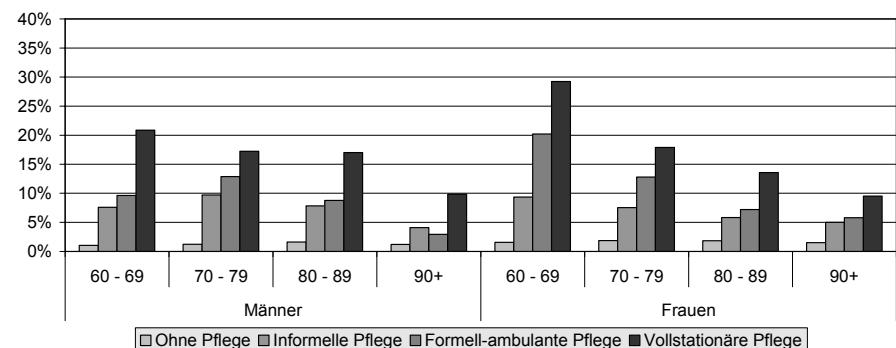


Abbildung 82: Schizophrenie und verwandte Störungen nach Gemeindetyp

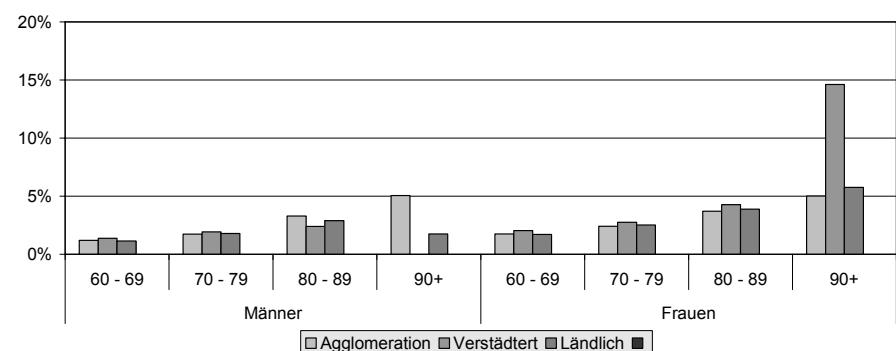
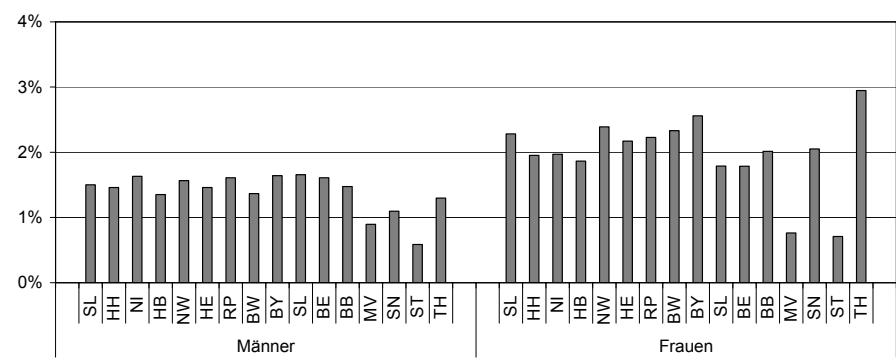


Abbildung 83 Schizophrenie und verwandte Störungen nach Bundesland



Dieser negative Zusammenhang zwischen Alter und Erkrankungshäufigkeit bleibt aber nur bestehen, solange der Empfang von Pflegeleistungen kontrolliert wird. Wird – wie in Abbildung 82 – nicht nach Pflegebedürftigkeit kontrolliert, dann zeigt sich eine mit dem Alter ansteigende Prävalenz. Die kann darauf zurückzuführen sein, dass Pflegebedürftigkeit stärker alterskorreliert ist als Schizophrenie, so dass zwar von einer Altersstufe zur die Zahl der an Schizophrenie Erkrankten steigt, die Zahl der Pflegebedürftigen aber stärker steigt, so dass der Anteil der Schizophrenen an den Pflegebedürftigen sinkt. Sobald eine Erkrankung mehr oder weniger stark alterskorreliert ist als Pflegebedürftigkeit, unterscheiden sich die nach Pflegestatus und Gemeindetyp differenzierten Abbildungen hinsichtlich der Alterseffekte. Der Blick auf die Unterscheidung nach Gemeindetypen zeigt desweiteren, dass ein systematischer Zusammenhang zwischen Gemeindetyp und Prävalenzen nicht erkennbar ist. Die einzigen Auffälligkeiten zeigen sich in der Alterskategorie der über 90-jährigen Personen. Diese Kategorie ist aber zu dünn besetzt, um Basis für weit reichende Schlussfolgerungen zu sein.

Abbildung 83 zeigt die altersstandardisierte Prävalenz nach Bundesland. Bei insgesamt rund 1,5% bis 2% Erkrankten liegen die Fallzahlen bei den gering repräsentierten Ländern bei 15 – 20 Personen. Daher ist die Aussagekraft der Ergebnisse eingeschränkt. Auffällig sind die geringeren Prävalenzen in Mecklenburg-Vorpommern, Sachsen-Anhalt und – mit Einschränkungen – Sachsen. Allerdings basieren die Prävalenzen in Bremen, im Saarland, in Mecklenburg-Vorpommern, in Sachsen-Anhalt und in Thüringen differenziert nach Geschlecht jeweils auf weniger als 30 Fällen und dürfen daher nicht überinterpretiert werden.

#### 6.2.2.5 Depression und andere bipolare Störungen

Als Personen mit depressiver Symptomatik klassifiziert sind diejenigen, die 2005 oder 2006 mindestens einmal eine ambulante oder stationäre Diagnose Depression oder bipolare Störungen erhalten haben. Aus der Diagnosegruppe „Affektive Störungen“ sind hier die Diagnosen ICD 10: F31 –F38 und außerdem die organische affektive Störung (ICD 10: F06.3) berücksichtigt.

Ebenso wie bei Schizophrenie und verwandten Störungen sind bei Depression und anderen bipolaren Störungen die Frauen stärker betroffen als die Männer (Abbildung 84). Dies zeigt sich über alle betrachteten Alterskategorien und SPV-Leistungen hinweg. Auffällig ist zudem, dass sich die Anteile der affektiv gestörten Personen in häuslicher Pflege nicht so deutlich und auch nicht einheitlich von denen in stationärer Pflege unterscheiden. Allerdings ist der Anteil bei Personen in stationärer Pflege über fast alle differenzierten Kategorien hinweg größer als bei Personen in häuslicher Pflege, nur bei den Frauen im Alter von 60-69 Jahren ergibt sich eine Ausnahme: hier werden bei Versorgung durch Pflegedienste mehr Depressionen diagnostiziert als bei Versorgung in vollstationärer Pflege. Bei nicht pflegebedürftigen Personen wird deutlich seltener „Depression“ diagnostiziert. Je nach Altersklasse schwankt der Anteil, bei den Männern zwischen 9% und 13% und bei den Frauen zwischen 20% und 26%. Die Anteile bei den zu pflegenden Personen liegen etwa doppelt so hoch.

Abbildung 84: Depressionen und andere bipolare Störungen nach Pflegearrangement

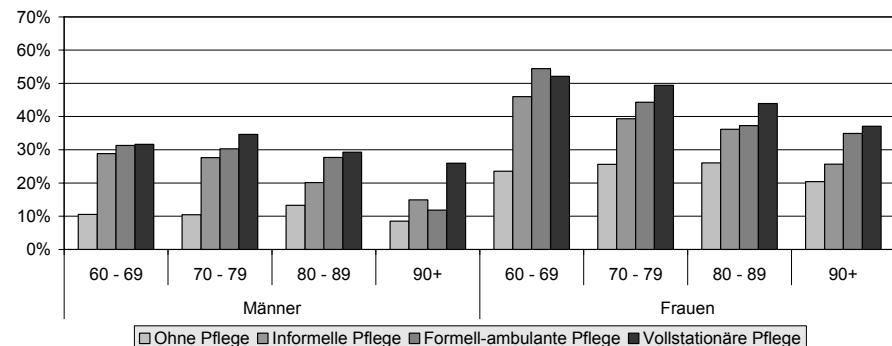


Abbildung 85: Depressionen und andere bipolare Störungen. nach Gemeindetyp

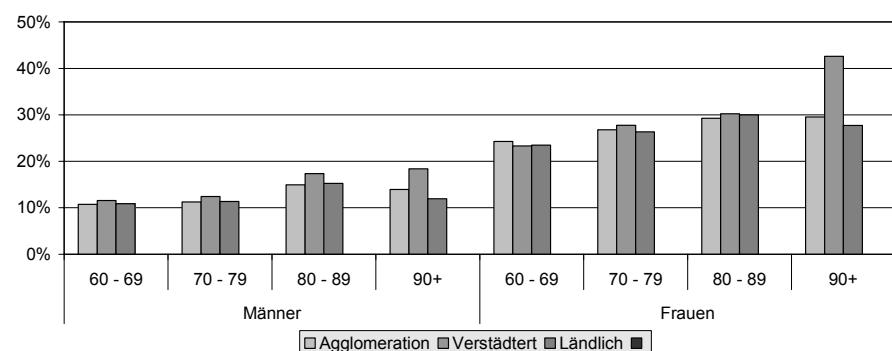
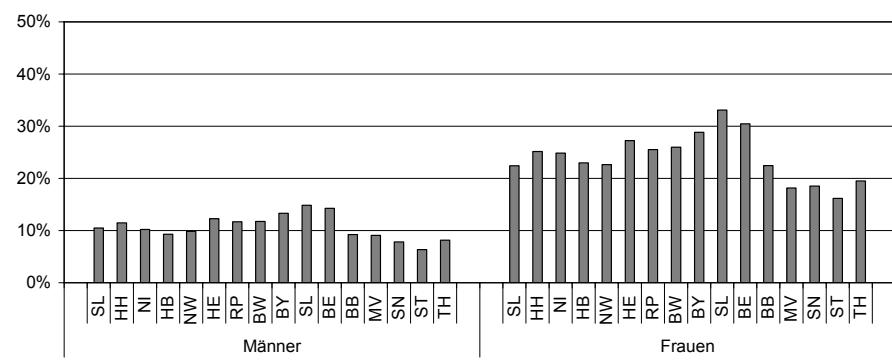


Abbildung 86 Depressionen und andere bipolare Störungen. nach Bundesland



Die Prävalenz ist bei den Pflegebedürftigen mit dem Alter tendenziell abnehmend (Ausnahme: 70-79-jährige Männer in Pflegeheimen). Bei den nicht Pflegebedürftigen steigt die Prävalenz hingegen bis zur Alterskategorie 80-89 an und sinkt dann wieder ab. Dieser Befund spiegelt wiederum die hohe Korrelation der Erkrankung mit der Pflegebedürftigkeit wider, denn mit Blick auf die Unterscheidung nach Gemeindetyp ohne Berücksichtigung der Pflegeleistung zeigt sich ein Anstieg der Prävalenz mit dem Alter.

Bei einer Unterscheidung nach Gemeindetyp (Abbildung 85) zeigen sich keine auffälligen Unterschiede: Innerhalb der jeweiligen Alters- und Geschlechterkategorien unterscheiden sich die Anteile mit festgestellter Depression nur marginal. Die größten Unterschiede gibt es in den gering besetzten Kategorien der über 90-jährigen Personen und der geringer besetzten Kategorie der 80-89-jährigen Männer. Diese Unterschiede dürfen wegen der geringen Fallzahlen aber nicht überbewertet werden. Ansonsten schwanken die Anteile jeweils nur um ca. einen Prozentpunkt innerhalb der Geschlechts- und Alterskategorien – bei Absolutwerten von 11 % bis 30 %. Eine unterschiedliche Prävalenz zwischen Stadt und Land ist somit also nicht feststellbar. Die unterschiedliche Betroffenheit der Geschlechter wird auch bei der separaten Betrachtung der Gemeindetypen deutlich. Die Anteile liegen je nach Alterskategorie für die Männer zwischen rund 11 % und 14 % und für die Frauen zwischen 24 % und 30 %.

Die Unterscheidung nach Bundesländern (Abbildung 86) zeigt erwartungsgemäß mehr Schwankungen als die Unterscheidung nach Gemeindetypen, weil nach 16 statt 3 Kategorien unterschieden wird. Ohne jetzt einzelne Differenzen über zu bewerten, erscheinen in den ostdeutschen Ländern wieder die geringsten Prävalenzen. Das Saarland und Berlin sind dagegen die Länder mit der höchsten festgestellten Prävalenz.

#### 6.2.2.6 Andere psychische Erkrankungen

Als Personen mit anderen psychischen Erkrankungen sind diejenigen klassifiziert, die 2004 oder 2005 mindestens einmal eine entsprechende ambulante oder stationäre Diagnose erhalten haben (ICD10: F04 –F06.2, F06.4 –F19, F30, F39 –F99).

Die sonstigen psychischen Störungen umfassen Störungen durch psychotrope Substanzen (ICD10: F10 – F19), neurotische, somatoforme und Belastungsstörungen (F4), Verhaltensauffälligkeiten (F5), Persönlichkeitsstörungen (F6) und Intelligenzstörungen (F7). Die Kategorien F8 – F9 haben inhaltlich und empirisch kaum eine Bedeutung (Anteil an den „anderen psychiatrischen Diagnosen“ < 2 %), weil es sich hierbei im Wesentlichen um kinderpsychiatrische Diagnosen handelt.

Diese sonstigen Störungen werden bei den Frauen im Alter von 60-69 Jahren im Pflegeheim zu 76 % festgestellt. Bei den stationär gepflegten Männern im Alter von 60-69 Jahren beträgt der Anteil 83 % (Abbildung 87). Mit steigendem Alter werden sowohl für Frauen als auch für Männer im Pflegeheim geringere Prävalenzen gemessen. Unter den über 90-Jährigen liegen die Prävalenzen bei Männern und Frauen bei 51 % bzw. 53 %.

Abbildung 87: Sonstige psychische Störungen nach Pflegearrangement

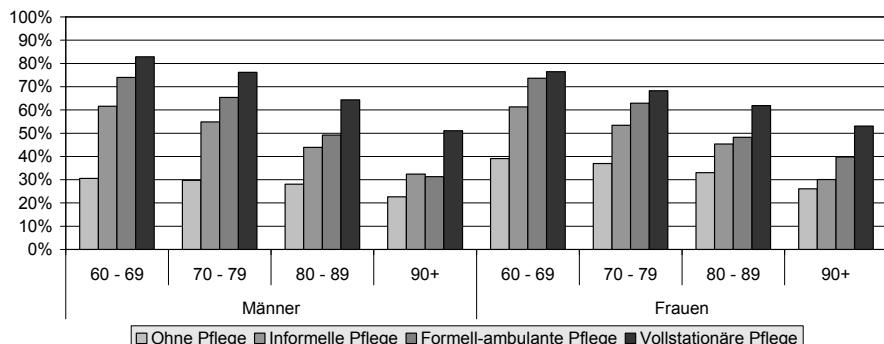


Abbildung 88: Sonstige psychische Störungen nach Gemeindetyp

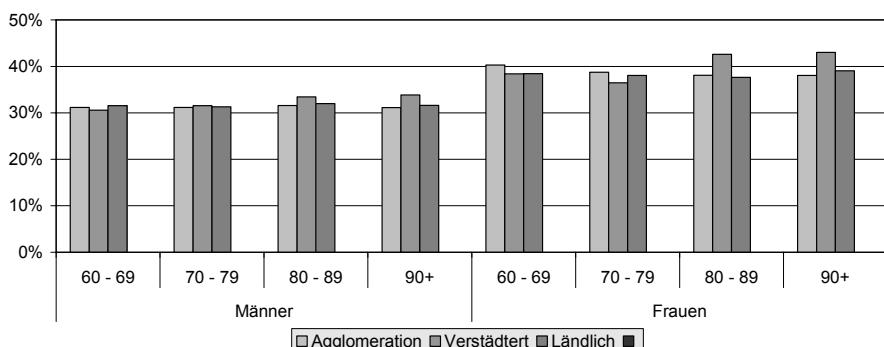
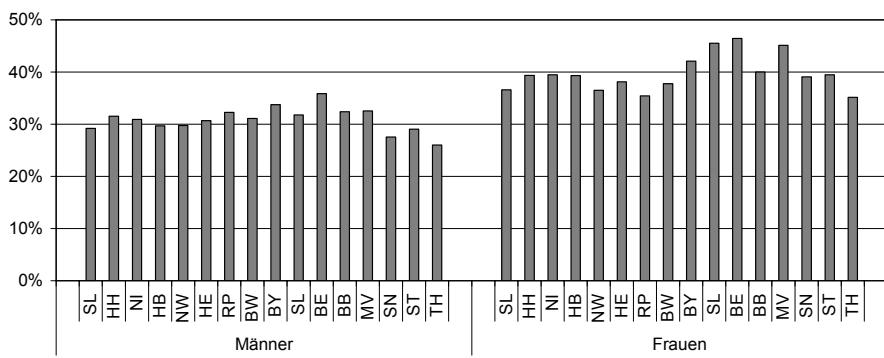


Abbildung 89 Sonstige psychische Störungen nach Bundesland



Unter den Pflegebedürftigen in formell-ambulanter Pflege, ist die Prävalenz geringer. Bei den Männern im Alter von 60-69 Jahren liegt sie bei 62 % und bei den Frauen im selben Alter bei 73 %. Mit zunehmendem Alter innerhalb der Pflegearrangements zeigen sich auch hier geringere Prävalenzen. Bei Pflegebedürftigen, die informelle Pflege erfahren, ist die Prävalenz in fast jeder Alters- und Geschlechtskategorie noch etwas geringer. Die Ausnahme bildet nur die gering besetzte Kategorie der über 90-jährigen Männer. Die Prävalenzen bei den Männern ohne SPV-Leistungen sind relativ konstant über alle Alterskategorien. Sie schwanken zwischen 31% und 23 %. Bei den Frauen wird über die Alterskategorien eine deutlicher abnehmende Prävalenz von 39 % bis 26 % gemessen.

Die Differenzierung nach Alter, Geschlecht und Gemeindetyp zeigt lediglich geschlechtsspezifische Unterschiede, aber keine bedeutsamen Alters- oder Gemeindetyp-effekte (Abbildung 88). Obwohl die altersspezifischen Prävalenzen unter den Pflegebedürftigen sinken (Abbildung 87), ist die altersspezifische Prävalenz in der Altenbevölkerung für die betrachteten Altersgruppen also annähernd identisch. Der Alterseffekt in Abbildung 87 ist somit auf die mit dem Alter steigenden Pflegeprävalenzen zurückzuführen: Anders herum betrachtet: Mit steigendem Alter wird Pflegebedürftigkeit zunehmend durch andere Krankheiten ausgelöst, so dass der Anteil der Pflegebedürftigen mit psychischen Störungen sinkt.

Der Vergleich der Anteile in den einzelnen Bundesländern (Abbildung 89) zeigt wieder für Berlin die höchste und für Thüringen die niedrigste Prävalenz. Insgesamt unterscheiden sich die ostdeutschen Länder bezüglich dieses Diagnosespektrums nicht so sehr von den westdeutschen Ländern.

#### 6.2.2.7 Fazit zur Messung des Gesundheitszustands

Die Ermittlung des Gesundheitszustands wirft zunächst Messprobleme auf. Diese können zum einen daraus resultieren, dass ein Arztkontakt gar nicht erst zustande kommt und so keine Diagnose erfolgt, und zum anderen daraus, dass der Erkrankungszustand vom behandelnden Arzt nicht zutreffend diagnostiziert und dokumentiert wird. Insbesondere bei nicht lebensbedrohlichen Erkrankungen ist dabei nicht auszuschließen, dass es durch Mobilitätsbarrieren zu weniger Arztkontakten kommt. Dies könnte der Fall sein bei Personen, die im ländlichen Raum leben. Im Fall der Pflegebedürftigkeit ergeben sich weiterhin eine Stellvertreterproblematik und die Frage, inwieweit Angehörige und Heimmitarbeiter, stellvertretend für einen Arztkontakt Sorge tragen. Fehldiagnosen sind zum einen zu erwarten, wenn der behandelnde Arzt mit Erkrankungen aus einem anderen Fachgebiet konfrontiert wird, wenn aus abrechnungstechnischen Gründen Einfluss auf die Diagnose genommen wird oder wenn keine Therapiemöglichkeiten gesehen und die Diagnose daher nicht (vollständig) dokumentiert wird.

Die in dieser Studie gemessenen Prävalenzen beruhen auf den spezifischen hier vorgenommenen Definitionen der Krankheiten. Würde eine Krankheit beispielsweise dadurch definiert, dass mindestens zweimal (und nicht wie bei den hier vorgenommenen Analysen einmal) eine entsprechende Diagnose gefunden werden muss, verringert sich die gemessene Prävalenz. Verkürzt man zudem das Beobachtungsfenster von zwei

Jahren auf ein Jahr, dann verringert sich die Prävalenz wiederum. Greift man zur Definition nur auf die ambulanten Diagnosen zurück, fällt die Prävalenz noch geringer aus. Vergleiche mit anderen Studien müssen dies immer berücksichtigen. Abweichende absolute Prävalenzen zeigen häufig vor allem die Effekte unterschiedlicher Definitionen und Messmethoden.

Bei allen in diesem Kapitel berücksichtigen Krankheiten ist zu beachten, dass die Messung der Krankheit zeitlich vor der Messung der SPV-Leistung erfolgt. Krankheiten werden für die Jahre 2005 und 2006 gemessen; die SPV-Leistungen für 2007 erhoben. Da Pflegebedürftigkeit sozialrechtlich als Folge von Krankheit oder Behinderung definiert ist, liegt die Vermutung nahe, dass die Krankheit und ihre Komorbiditäten dann, wenn sich die Prävalenzen zwischen Beziehern von SPV-Leistungen und nicht pflegebedürftigen Personen unterscheiden, mit ursächlich für die Pflegebedürftigkeit sind. Dennoch ist eine Kausalität mit der hier gewählten Messmethode nicht nachweisbar. Vor dem Hintergrund dieser Einschränkungen haben die vorstehenden Analysen interessante Ergebnisse hervorgebracht:

Für mehr als die Hälfte der über 60-Jährigen wurde eine *neurologische Erkrankung* diagnostiziert. Die Prävalenzen unterscheiden sich dabei zwischen Pflegebedürftigen und Nicht-Pflegebedürftigen nicht dramatisch. Bei den *psychischen Krankheiten* sind hingegen große Unterschiede in der Prävalenz zwischen Beziehern von SPV-Leistungen und Personen ohne SPV-Leistungen zu finden. Diese Krankheiten gelten auch als pflegebegründende Krankheiten im Begutachtungsverfahren. Dabei sind die psychischen Erkrankungen insbesondere in der stationären Pflege relevant. Insbesondere im Zusammenhang mit der Pflege im Heim ist die *Demenz* dabei von großer Bedeutung. Die mit den GEK-Routinedaten gemessene Prävalenz liegt je nach Alter zwischen 43 % und 65 %. Die innerhalb der MuG IV-Studie mit einem Assessment erhobenen Daten (Schneekloth/von Törne 2007: 105) ergaben ganz ähnliche Prävalenzen wie die Messung mit den GEK-Routinedaten. Zu geringeren Prävalenzen kommen in der Regel die Studien, die auf Befragungen von Pflegekräften beruhen (z. B: Hallauer et al. 2005; Schneekloth/von Törne 2007). Hierbei werden Prävalenzen von nur 1/3 bis 1/2 festgestellt.

Bezüglich der *Depression* unter Heimbewohnern berichten Schäufele et al. (2007: 188) eine Prävalenz von ca. 38 % und Hartwig et al. (2005: 276) geben 54 % an. Mit einem Assessmentinstrument messen Becker et al. (2003: 264) eine Prävalenz von 42 %. Die mit den GEK-Daten gefundenen Anteile liegen für Männer bei knapp über 30 % und für Frauen bei ca. 45 % und somit insgesamt eher im Bereich der Ergebnisse von Schäufele et al. und Becker et al. Bei Pflegebedürftigen in anderen Pflegearrangements ergeben sich etwas niedrigere Prävalenzen, die aber dennoch deutlich über denen der Nicht-Pflegebedürftigen liegen.

Die Prävalenzen psychischer Störungen fallen bei den Frauen fast durchweg höher aus als bei den Männern. Sie steigt auch durchweg mit dem Alter an.

Die gemessenen Unterschiede nach Gemeindetyp lassen *keine* unterschiedliche Diagnosepraxis in Stadt und Land vermuten. Die Unterschiede sind in aller Regel sehr ge-

ring. Die Unterschiede, die sich im Vergleich der Bundesländer zeigen, sind zum Teil der größeren Differenzierung geschuldet. Je mehr Kategorien verglichen werden, desto kleiner ist die Besetzung innerhalb der einzelnen Kategorien und damit steigt dann die Wahrscheinlichkeit, dass sich Anteilswerte deutlich unterscheiden. Länderunterschiede müssen daher mit Vorsicht interpretiert werden. Zu beachten ist weiterhin, dass die ostdeutschen GEK-Versicherten im Zuge und nach der Wiedervereinigung als neue Mitglieder zur GEK gekommen sind und daher im Durchschnitt jünger sind als die westdeutschen. Um damit verbundene Verzerrungen zu vermeiden wurden die nach Bundesländern differenzierten Prävalenzen altersstandardisiert angegeben.

### 6.2.3 Behandlungshäufigkeit durch Allgemeinmediziner und Neurologen/Psychiater

Mit der regional differenzierten Analyse der ärztlichen Behandlungshäufigkeit von Pflegebedürftigen wird in diesem Report Neuland betreten. Daher wird zunächst kurz auf die vorliegende Studienlage eingegangen (0). Anschließend werden die Methodik der hier vorgenommene Messungen (6.2.3.2) und der verwendete Bewertungsmaßstab (6.2.3.3) vorgestellt. Vor diesem Hintergrund wird in den beiden folgenden Abschnitten dann die Behandlungshäufigkeit mit Allgemeinmedizinern (6.2.3.4) und Fachärzten (0) analysiert und bewertet (6.2.3.6).

#### 6.2.3.1 Bisherige Studien zu Behandlungsfällen von Pflegebedürftigen

Studien, die sich mit dem Ausmaß der ärztlichen Versorgung von Pflegebedürftigen beschäftigen, sind rar, und der regionale Aspekt ist dabei völlig unterbelichtet. Aktuell sind die

- SÄVIP-Studie (Hallauer et al. 2005; Hibbeler 2005),
- die MuG III-Studie (Schneekloth/Wahl 2007),
- das Berliner Projekt (Kotek 2005; Hibbeler 2007; KV-Blatt-Redaktion 2007),
- die MuG IV-Studie (Schneekloth/von Törne 2007; Schäufele et al. 2007) und
- der GEK-Pflegereport 2008 (Rothgang et. al 2008)

zu nennen. Die ersten drei genannten Studien beschäftigen sich ausschließlich mit der medizinischen Versorgung von Pflegeheimbewohnern. Die Untersuchung der Versorgung ambulant gepfleger Personen gestaltet sich aus logistischen Gründen problematischer. Tenor der genannten Studien, aber auch älterer Studien (z. B. Tews 1982) ist, dass die Versorgung durch Allgemeinmediziner relativ unproblematisch ist. Hingegen sei hinsichtlich der fachärztlichen Versorgung teilweise Unterversorgung zu vermuten (vgl. Rothgang et al. 2008: 186ff). Inwieweit es diesbezügliche regionale Unterschiede gibt, ist bisher noch nicht untersucht worden. In methodischer Hinsicht kritisch ist bei den genannten Studien (mit Ausnahme des Pflegereports) erstens, dass die Erkrankung und Versorgung nicht individuumsbezogen zusammengebracht werden können, sondern als Aggregate miteinander verglichen werden, und zweitens, dass die Diagnosen nicht auf ärztlichen Informationen beruhen.

### 6.2.3.2 Methodik

Der Zahl der ärztlichen Behandlungsfälle wird über die abgerechneten Fälle aus den Daten der ambulant-ärztlichen Versorgung ermittelt. Alle Behandlungen eines Patienten bei einem bestimmten Arzt innerhalb eines Quartals bilden in der Regel jeweils genau einen Behandlungsfall (Grobe/Dörning/Schwartz 2007: 34). Innerhalb der Fälle, die quartalsweise erfasst werden, gibt es jeweils einen Zeitpunkt des Behandlungsbeginns und einen Zeitpunkt des Behandlungsendes. In nur ca. 0,5% der Fälle liegen diese Zeitpunkte außerhalb des Berichtsquartals. Innerhalb eines Behandlungsfalls kann es zu mehreren Kontakten kommen. Für die Analysen beschränken wir uns aber auf die Zahl der Behandlungsfälle. Zu den einzelnen Fällen sind innerhalb der Arztnummern jeweils Kodierungen zu den Fachgebieten der behandelnden Ärzte gegeben (ITSG 2007: 42). Die Fachgebiete werden für die nachfolgenden Analysen in folgender Weise zusammengefasst:

1. Allgemeinärzte (Kodierung 80-99; ohne Internisten 19-22; ohne Medizinische Versorgungszentren 32-34) und
2. Neurologen, Nervenärzte oder Psychiater (Nervenarzt, Kinder- und Jugend-Psychiater = Kodierung 38-40; Psychotherapeutische Medizin (Ärzte) = Kodierung 50-52).

Die zeitliche Zuordnung der Fälle geschieht in den vorliegenden Analysen jeweils zum Behandlungsbeginn. Wenn der Patient beispielsweise zum Behandlungsbeginn mit Pflegestufe I Pflegegeld empfängt, dann wird dieser Zustand der ganzen Behandlung zugeordnet. Wenn er zwei Wochen später in Pflegestufe II ist, wird dieser Behandlungsfall deshalb trotzdem nicht dem Zeitraum mit Stufe II zugeordnet. Alle Zeiten in den definierten Zuständen werden auf Tagesbasis zusammenaddiert und schließlich durch 365 dividiert. Somit ergeben sich die Zeiten als Versichertenjahre in den definierten Zuständen. Die ärztlichen Leistungen werden dann ins Verhältnis gesetzt zu den Versichertenjahren, in denen die Leistung begonnen wurde. Wenn an einem Tag mehrere Fälle beginnen, weil verschiedene Ärzte kontaktiert wurden, dann werden alle Fälle gezählt.

### 6.2.3.3 Bewertungsmaßstab der Behandlungshäufigkeit

Um die Zahl der Behandlungsfälle bewerten zu können, bedarf es eines Bewertungsmaßstabs. Ausgehend von der Tatsache, dass es sich bei psychischen Störungen und neurologischen Erkrankungen um tendenziell chronische Erkrankungen handelt, ist ein regelmäßiger Arztkontakt angemessen. Wie häufig ein Arztkontakt nun aber sein muss, damit die Patienten angemessen versorgt sind, lässt sich weder pauschal noch im Einzelfall wirklich genau beiftern. Dabei ist die Angemessenheit der Zahl der Arztkontakte auch je Facharztdisziplin unterschiedlich zu bewerten.

Da die Allgemeinmediziner in der Regel diejenigen Ärzte sind, die den häufigsten Kontakt zu den Patienten haben und außerdem dazu angehalten sind, die weitere Versorgung zu organisieren (insbesondere in Hausarztmodellen), ist bei pflegebedürftigen und/oder erkrankten Personen mindestens ein Behandlungsfall pro Quartal angemessen.

Beckmann (1992: 36f) weist weiterhin auf die Notwendigkeit regelmäßiger Kontakte zu Psychiatern hin. Da insbesondere die psychischen Erkrankungen gehäuft in Pflegeheimen auftreten, ist ein besonderes Augenmerk auf die psychiatrische und neurologische Versorgung zu legen. Die Deutsche Gesellschaft für Neurologie (2003) beschreibt die Differentialdiagnose und die medikamentöse Therapie z. B. bei Demenzen als fachärztliche Aufgabe, die Neurologen, Psychiater, Neuropsychologen oder Neuroradiologen zu erfüllen haben. Bei Vorliegen psychischer Störungen und neurologischer Erkrankungen ist daher auch ein regelmäßiger Kontakt zu Neurologen und Psychiatern zu fordern. Hallauer et al. (2007: 35f.) sprechen von regelmäßigen Besuchen von Neurologen/Psychiatern, wenn sie die Heimbewohner bei Vorliegen einer neurologischen/psychiatrischen Krankheit „mindestens einmal pro Quartal“ die Heimbewohner besuchen.

Zur Bewertung der regionalen Unterschiede in der Versorgung werden die Unterschiede in der Behandlungshäufigkeit differenziert für Agglomerationsräume, verstaertigte Räume und ländliche Räume sowie nach Bundesländern gemessen. In multivariaten Regressionsmodellen werden anschließend die Signifikanzen der Unterschiede unter Kontrolle von Alter, Geschlecht, Pflegeleistung, Pflegestufe und psychischer und neurologischer Erkrankung gemessen.

#### 6.2.3.4 Allgemeinmediziner

Abbildung 90 zeigt die durchschnittliche Zahl der Behandlungen durch Allgemeinmediziner differenziert nach Alter, Geschlecht und Pflegeleistung. Durchgängig liegt die Zahl der Behandlungsfälle bei den Pflegebedürftigen in stationärer Pflege höher als bei den gleichaltrigen Personen in häuslicher Pflege, welche wiederum eine höhere Zahl an Behandlungsfällen aufweisen als die Versicherten ohne SPV-Leistungen. Dabei sind die Unterschiede zwischen Männern und Frauen nicht prominent. Mit steigendem Alter steigt bei den Personen ohne SPV-Leistungen die Fallhäufigkeit leicht an. Bei den Pflegebedürftigen ist ein solcher Effekt – insbesondere bei den Frauen – nicht erkennbar. Abbildung 91 zeigt die Zahl der Behandlungsfälle differenziert nach Alter, Geschlecht und Gemeindetyp. Deutlich werden die jeweils sehr ähnliche Behandlungshäufigkeit für Männer und Frauen und der Anstieg der Behandlungshäufigkeit mit dem Alter. Vor allem aber tritt deutlich hervor, dass die Behandlungshäufigkeit im ländlichen Raum in allen unterschiedenen Kategorien größer ist als im verstaerteten Raum, diese aber immer noch die Behandlungshäufig im Agglomerationsraum übertrifft. Abbildung 92 zeigt schließlich die unterschiedlichen Behandlungshäufigkeiten nach Bundesländern und Geschlecht. Die Werte sind dabei altersstandardisiert nach der gesamten Population in der Untersuchung. Trotz der insgesamt geringeren Prävalenz neurologischer Erkrankungen und psychischer Störungen in den ostdeutschen Ländern sind in den ostdeutschen Ländern die größten Behandlungshäufigkeiten durch Allgemeinmediziner feststellbar. Während die Häufigkeit hier bei nahe oder über drei Behandlungsfällen liegt, werden für die Länder mit hoher Bevölkerungsdichte – Berlin, Hamburg und Nordrhein-Westfalen – Fallzahlen von durchgängig und teilweise deutlich unter 2,5 gemessen.

Die linearen Regressionsmodelle in Tabelle 66 stellen dar, inwieweit Unterschiede zwischen Teilstichproben vorhanden und statistisch signifikant sind. Während die Fallzahlen in den Grafiken für die einzelnen untersuchten Kategorien direkt abzulesen sind, müssen die Fallhäufigkeiten aus den linearen Regressionsmodellen durch Addition berechnet werden. Diese so berechneten Häufigkeiten sind Näherungswerte für die spezielle Kategorie, da die Effekte der erklärenden Variablen über alle Subkategorien gebildet werden und nicht nur über die jeweils interessierende. Als Basiswert ist in Modell 1 der Wert 1,93 angegeben. Dies ist die durchschnittliche Fallzahl der Behandlungen der Referenzkategorie. Diese Referenzkategorie wird gebildet von Männern im Alter von 60-69 Jahren, die nicht verheiratet sind, keine SPV-Leistungen erhalten und für die keine der im Modell berücksichtigten Erkrankungen diagnostiziert wurde. Die weiteren Werte in der ersten Spalte des jeweiligen Modells geben an, um wie viele Behandlungsfälle sich die anderen Kategorien von der Referenzkategorie unterscheiden und ob diese Unterschiede statistisch signifikant sind. Für die nicht erkrankten, verheirateten 60-69-jährigen Männer ohne SPV-Leistungen werden durch die Addition des im Modell angegebenen Koeffizienten beispielsweise durchschnittlich  $2,03$  ( $1,93 + 0,10$ ) Behandlungsfälle pro Versichertensjahr berechnet. Für verheiratete, demente, pflegebedürftige Männer in diesem Alter mit der Pflegestufe I in vollstationärer Pflege werden durchschnittlich  $3,57$  ( $1,93 + 0,10 + 0,19 + 1,35$ ) Behandlungsfälle pro Versichertensjahr berechnet.

Frauen unterscheiden sich in Modell 1 (und im Übrigen auch in den anderen Modellen) unter Kontrolle der übrigen Variablen nicht von Männern. In höherem Alter finden mehr Behandlungen statt. Im Vergleich zu den 60-69-Jährigen haben 70-79-Jährige in Modell 1 0,25 Behandlungen und 80-89-Jährige durchschnittlich 0,36 Behandlungen mehr als die Referenzkategorie. Verheiratete haben 0,10 Behandlungen mehr als nicht verheiratete Personen. Bei Pflegebedürftigen in informeller oder formell-ambulanter Pflege steigt die Behandlungsintensität mit der Pflegestufe. Während sich mit Pflegestufe I noch 0,39 bzw. 0,70 Behandlungsfälle mehr zeigen, müssen stattdessen in Pflegestufe III 0,91 Behandlungsfälle hinzugaddiert werden. Für Pflegebedürftige in stationärer Pflege ergeben sich unter Kontrolle der anderen Variablen durchschnittlich um 1,3 mehr Behandlungsfälle als für Personen ohne SPV-Leistung. Die gemessenen Erkrankungen führen jeweils zu mehr Behandlungsfällen. Nicht signifikant sind dabei allerdings die Unterschiede bei Demenz sowie Schizophrenie und verwandte Störungen. Mit sinkendem Agglomerationsgrad sinken die Behandlungsfälle. Auch dieser Effekt ist hoch signifikant.

In Modell 2 wird statt des Gemeindetyps das Bundesland kontrolliert. Der Wert der Konstante ist mit 2,04 im Vergleich zu Modell 1 etwas höher. Relativ unverändert bleiben die restlichen Werte. Baden-Württemberg dient nunmehr als Referenzkategorie. Verglichen damit zeigen sich bei den meisten Bundesländern signifikante Unterschiede in den Behandlungsfällen. In allen neuen Bundesländern liegen signifikant mehr Behandlungsfälle vor, wobei der Effekt in Thüringen mit im Vergleich zu Baden-Württemberg 0,6 zusätzlichen Behandlungsfällen am stärksten ausgeprägt ist. Die wenigsten Behandlungsfälle errechnen sich indes für Berlin (-0,47), NRW (-0,39) und Hamburg (-0,33).

Abbildung 90: Behandlungsfälle durch Allgemeinmediziner pro Versichertenjahr nach Pflegearrangement

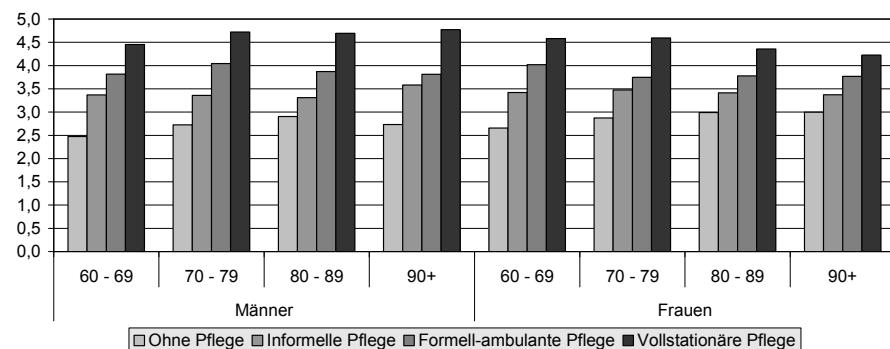


Abbildung 91: ... nach Gemeindetyp

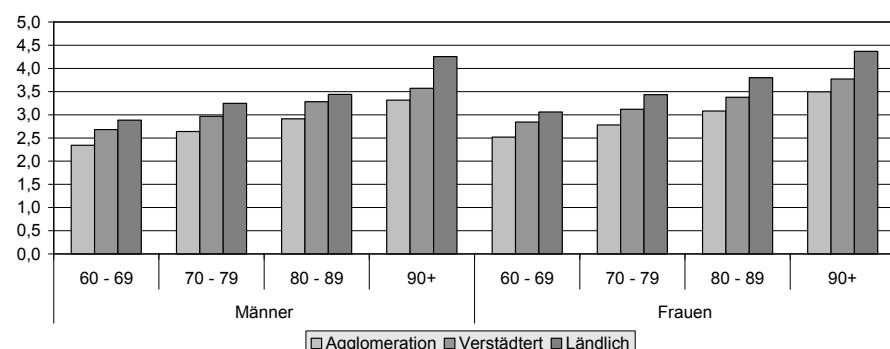


Abbildung 92: ... nach Bundesland

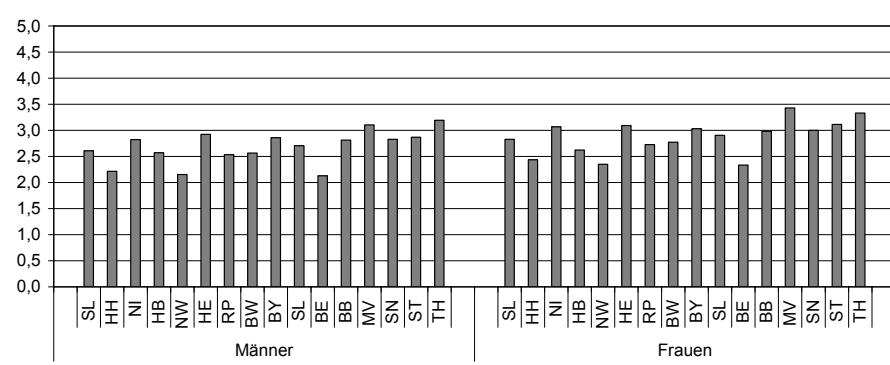


Tabelle 66: Regressionsmodelle: Behandlungsfälle pro Versichertenjahr durch Allgemeinmediziner

	Modell 1	Modell 2	Modell 3
Konstante	1,93 ***	2,04 ***	1,85 ***
Frau	0,02	0,02	0,02
Alter 70 – 79	0,25 ***	0,23 ***	0,24 ***
Alter 80 – 89	0,36 ***	0,34 ***	0,35 ***
Alter 90+	0,34	0,32	0,34
Verheiratet	0,10 *	0,10 *	0,09 *
Informelle Pflege Stufe I	0,39 **	0,41 **	0,40 **
Informelle Pflege Stufe II	0,46 *	0,47 *	0,46 *
Informelle Pflege Stufe III	0,91 *	0,90 *	0,89 *
Formell-ambulante Pflege Stufe I	0,70 ***	0,72 ***	0,71 ***
Formell-ambulante Pflege Stufe II	0,89 ***	0,92 ***	0,92 ***
Formell-ambulante Pflege Stufe III	0,91 *	0,90 *	0,90 *
Vollstationäre Pflege Stufe I	1,35 ***	1,37 ***	1,36 ***
Vollstationäre Pflege Stufe II	1,35 ***	1,36 ***	1,36 ***
Vollstationäre Pflege Stufe III	1,27 ***	1,26 ***	1,26 ***
Neurologische Erkrankungen	0,39 ***	0,38 ***	0,38 ***
Demenz	0,19	0,19	0,19
Schizophrenie u. a.	0,20	0,20	0,20
Depression und bipolare Störungen	0,36 ***	0,36 ***	0,36 ***
Andere psychische Störungen	0,34 ***	0,34 ***	0,34 ***
Verstädterter Raum	0,33 ***		0,31 ***
Ländlicher Raum	0,57 ***		0,40 ***
Schleswig-Holstein		0,07	0,06
Hamburg		-0,33 ***	-0,14
Niedersachsen		0,28 ***	0,25 ***
Bremen		-0,04	0,13
Nordrhein-Westfalen		-0,39 ***	-0,25 ***
Hessen		0,34 ***	0,46 ***
Rheinland-Pfalz		-0,03	-0,13
Bayern		0,26 ***	0,30 ***
Saarland		0,14	0,32 *
Berlin		-0,47 ***	-0,29 ***
Brandenburg		0,21 *	0,36 ***
Mecklenburg-Vorpommern		0,51 **	0,33
Sachsen		0,28 **	0,42 ***
Sachsen-Anhalt		0,35 *	0,21
Thüringen		0,60 ***	0,44 **

Anmerkung: \*\*\* P < 0,1%; \*\* P < 1%; \* P < 5%

Referenzkategorie: Mann, Alter 60 – 69, nicht verheiratet, ohne Pflegeleistung, ohne erwähnte Erkrankungen, Agglomerationsraum, Baden-Württemberg

Zur Interpretation: Die Behandlungshäufigkeiten einer speziellen Kategorie errechnet sich aus der Summe der interessierenden Koeffizienten mit der Konstanten.

Das dritte Modell beinhaltet sowohl den Gemeindetyp als auch das Bundesland. Auch hier sind abseits der regionalen Variablen keine großen Veränderungen der Effektstär-

ken zu beobachten. Der Effekt des Gemeindetyps wird verglichen mit Modell 1, welches nur den Gemeindetyp, aber nicht die Bundesländer beinhaltete, geringer. Er fällt jedoch im stärkeren Maße für den ländlichen Raum (von 0,57 auf 0,40), als für den verstaaterten Raum, der nur einer marginalen Veränderung unterliegt (von 0,33 auf 0,31). Die Gemeindetypeffekte bleiben hoch signifikant. Veränderungen sind auch für die Bundesländer zu beobachten, die sich aus der unterschiedlichen Zusammensetzung nach Gemeindetyp ergibt. Hinsichtlich der Richtung der Koeffizienten sind jedoch keine Veränderungen festzustellen. Auffällig ist jedoch, dass in den neuen Bundesländern nunmehr nur noch drei der fünf Bundesländer eine signifikant höhere Behandlungshäufigkeit aufweisen. Dabei liegt die Effektstärke in Brandenburg und Sachsen aber noch höher als in Modell 2. Der Befund signifikant weniger Behandlungsfälle in Berlin und NRW bleibt bestehen, für Hamburg ist der Effekt nunmehr nicht mehr signifikant.

#### 6.2.3.5 Neurologen oder Psychiater

Während die Zahl der Behandlungsfälle bei nicht pflegebedürftigen Versicherten im Alter von 60 bis 89 Jahren zwischen 0,2 und 0,3 pro Versichertenjahr liegt, ist Anzahl der Behandlungen bei Pflegebedürftigen wesentlich höher (Abbildung 93). Dabei liegt die Häufigkeit bei den stationär gepflegten Personen insgesamt noch wieder ca. doppelt so hoch wie bei den häuslich gepflegten Personen. Ob die häusliche Pflege unter Einbeziehung eines Pflegedienstes erfolgt oder nicht, fällt hierbei kaum ins Gewicht. Mit dem Alter sinkt für alle Pflegebedürftigen die Zahl der Behandlungsfälle. Bei den Pflegebedürftigen in stationärer Pflege fällt zudem auf, dass zwar in der Altersgruppe der 60-69-Jährigen bei den Frauen mit 2,1 Fällen eine etwas höhere Anzahl an Behandlungsfällen vorliegt als bei den Männern (2,0 Fälle), dieser Wert in den höheren Alterskategorien aber stets unter dem der stationär versorgten Männern liegt. Bei den Pflegebedürftigen in informeller Pflege unterscheidet sich die Zahl der Behandlungsfälle nicht mehr vor der der Personen ohne SPV-Leistungen haben.

In Abbildung 94 wird die Zahl der Behandlungsfälle differenziert nach Alter, Geschlecht und Gemeindetyp dargestellt. Die Behandlungshäufigkeit ist hierbei für Frauen in der Regel höher als für Männer und steigt mit dem Alter leicht an. Für alle Alters- und Geschlechtskategorien zeigt sich ein gleichgerichteter regionaler Effekt: Die meisten Behandlungsfälle liegen im Agglomerationsraum und die wenigsten in ländlichen Räumen vor. Damit ergibt sich für die fachärztliche Versorgung der genau umgekehrte Befund wie für die Hausärzte.

Zu beobachten sind auch Unterschiede in den Behandlungsfällen nach Geschlecht und Bundesland (Abbildung 95). Größere Unterschiede als 0,2 Behandlungsfälle zwischen zwei Bundesländern sind unabhängig vom Geschlecht aber nicht nachzuweisen. Bei einem Wertebereich von knapp 0,2 bis etwas über 0,4 ist dies aber kein kleiner Unterschied. Vom Durchschnitt nach oben abweichende Behandlungshäufigkeiten sind sowohl unter den Männern als auch unter den Frauen in den Stadtstaaten Hamburg, Bremen, Berlin sowie den Bundesländern NRW und dem Saarland zu beobachten. In den neuen Bundesländern ist zudem zu beobachten, dass in der weiblichen Bevölkerung

eine relativ hohe Zahl an Behandlungsfällen in Mecklenburg-Vorpommern, Sachsen und Thüringen zu finden ist, während die männlichen Population in der Regel weniger Kontakte als in den alten Bundesländern aufweisen.

Wie das in Tabelle 67 abgebildete Modell 1 zeigt, sind geschlechtsbezogene Unterschiede nicht sehr stark ausgeprägt. Frauen weisen demnach 0,03 Behandlungsfälle weniger auf als Männer. Das Modell bestätigt weiterhin den deskriptiven Befund der Abbildungen einer mit dem Alter fallenden Behandlungshäufigkeit: In der höchsten Alterskategorie ist die Zahl der Behandlungsfälle durch Neurologen oder Psychiater um 0,39 geringer als bei den 60-69-Jährigen. Ebenfalls ein signifikanter Unterschied ist zwischen Pflegebedürftigen in Heimen und Nichtpflegebedürftigen auszumachen, der zusätzlich mit der Pflegestufe ansteigt. So müssten in Pflegestufe I 0,55, in Pflegestufe II 0,68 und Pflegestufe III 0,74 Behandlungsfälle zum Basiswert hinzugaddiert werden. Ein gleichermaßen eindeutiges Bild ergibt sich für die anderen Pflegearrangements nicht: Die Effekte sind nur teilweise signifikant, und die gemessenen Unterschiede fallen durchgängig geringer aus. Höchst signifikante Werte liefert das Krankheitsspektrum. Mehr als einen Behandlungsfall zusätzlich weisen Personen mit der Diagnose Schizophrenie und verwandte Störungen auf, gefolgt von Demenz (0,58) und Depressionen (0,46). Regionale Unterschiede in Bezug auf den Gemeindetyp belegen signifikant weniger Behandlungsfälle mit abnehmendem Agglomerationsgrad, aber die Effektstärken sind mit -0,04 bzw. -0,07 gering.

Wird der Gemeindetyp im Regressionsmodell durch die Bundesländer ersetzt (Modell 2), hat dies keine weit reichende Wirkung auf die Effektstärken. Unter den Bundesländern sind nur die Werte für die hoch agglomerierten Bundesländer Hamburg, NRW und Berlin signifikant, wobei sich die Effektstärke zwischen 0,05 und 0,08 bewegt und somit nicht von der Höhe der Effekte des Gemeindetyps abweicht. Im dritten Modell ändert sich ebenfalls wenig. Der Effekt des verstaatlichten Raums verliert seine Signifikanz, während der Wert für den ländlichen Raum von -0,07 auf -0,06 sinkt und noch schwach signifikant bleibt. Auch der Wert für Berlin ist nicht mehr signifikant, sondern nur noch für NRW und Hamburg wobei er etwas schwächer als in Modell 2 ausfällt. Bei gleichzeitiger Kontrolle der (untereinander korrelierten) Variablen Gemeindetyp und Bundesland verteilt sich der Effekt damit auf beide Dimensionen und verliert dadurch jeweils an Signifikanz.

Abbildung 93: Behandlungsfälle durch Neurologen oder Psychiater pro Versichertenjahr nach Pflegearrangement

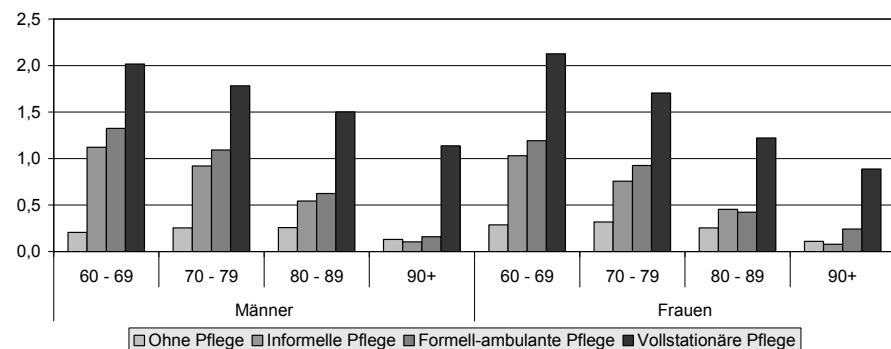


Abbildung 94: ... nach Gemeindetyp

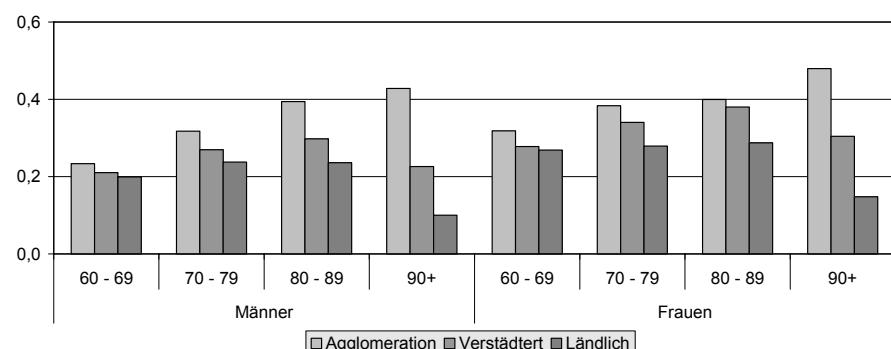


Abbildung 95 ... nach Bundesland

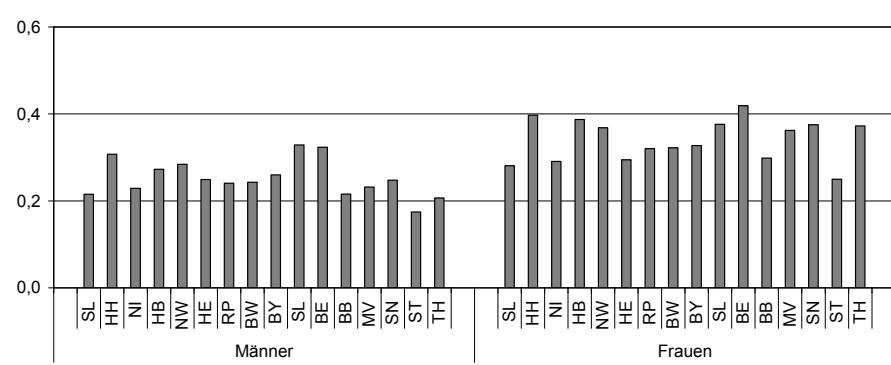


Tabelle 67: Regressionsmodelle: Behandlungsfälle pro Versichertengeschäftsjahr durch Neurologen oder Psychiater

	Modell 1	Modell 2	Modell 3
Konstante	0,07 ***	0,04 *	0,05 **
Frau	-0,03 **	-0,03 **	-0,03 **
Alter 70 – 79	0,02	0,02 *	0,02
Alter 80 – 89	-0,11 ***	-0,10 ***	-0,10 ***
Alter 90+	-0,39 ***	-0,38 ***	-0,39 ***
Verheiratet	0,03 *	0,03 *	0,03 *
Informelle Pflege Stufe I	0,27 ***	0,27 ***	0,27 ***
Informelle Pflege Stufe II	0,31 ***	0,31 ***	0,31 ***
Informelle Pflege Stufe III	0,20	0,20	0,20
Formell-ambulante Pflege Stufe I	0,13	0,13	0,13
Formell-ambulante Pflege Stufe II	0,28 ***	0,28 ***	0,28 ***
Formell-ambulante Pflege Stufe III	0,07	0,07	0,07
Vollstationäre Pflege Stufe I	0,55 ***	0,54 ***	0,55 ***
Vollstationäre Pflege Stufe II	0,68 ***	0,68 ***	0,68 ***
Vollstationäre Pflege Stufe III	0,74 ***	0,74 ***	0,74 ***
Neurologische Erkrankungen	0,04 ***	0,04 ***	0,04 ***
Demenz	0,58 ***	0,58 ***	0,58 ***
Schizophrenie u. a.	1,07 ***	1,07 ***	1,07 ***
Depression und bipolare Störungen	0,46 ***	0,46 ***	0,46 ***
Andere psychische Störungen	0,20 ***	0,20 ***	0,20 ***
Verstädterter Raum	-0,04 ***		-0,02
Ländlicher Raum	-0,07 ***		-0,06 *
Schleswig-Holstein		-0,02	-0,02
Hamburg		0,08 **	0,06 *
Niedersachsen		-0,02	-0,01
Bremen		0,05	0,04
Nordrhein-Westfalen		0,06 **	0,04 *
Hessen		-0,01	-0,02
Rheinland-Pfalz		0,00	0,01
Bayern		-0,01	-0,01
Saarland		0,05	0,03
Berlin		0,05 *	0,04
Brandenburg		-0,01	-0,02
Mecklenburg-Vorpommern		0,05	0,08
Sachsen		0,06	0,04
Sachsen-Anhalt		-0,01	0,00
Thüringen		0,02	0,04

Anmerkung: \*\*\* P < 0,1%; \*\* P < 1%; \* P < 5%

Referenzkategorie: Mann, Alter 60 – 69, nicht verheiratet, ohne Pflegeleistung, ohne erwähnte Erkrankungen, Agglomerationsraum, Baden-Württemberg

Zur Interpretation: Die Behandlungshäufigkeiten einer speziellen Kategorie errechnet sich aus der Summe der interessierenden Koeffizienten mit der Konstanten.

#### 6.2.3.6 Bewertung der ärztlichen Versorgung

Wie in Abschnitt 6.2.3.3 ausgeführt, werden zwei Maßstäbe zur Bewertung der vorstehend beschriebenen Behandlungshäufigkeiten herangezogen: Zum einen wird ein Vergleich der differenzierten Subpopulationen miteinander angestellt. Zum anderen können absolute Behandlungshäufigkeiten mit Empfehlungen zur Behandlungshäufigkeit verglichen werden, soweit diese vorhanden sind. Nach regionalen Gesichtspunkten unterscheidende Empfehlungen liegen nicht vor, für sie ist aber auch kein Grund erkennbar. Derartige differenzierte Empfehlungen könnten einzig durch stark voneinander abweichende Prävalenzen begründet werden. Derartige Abweichungen könnten jedoch in Abschnitt 6.2.2 nicht belegt werden. Zielgrößen werden in der Literatur mitunter als Mindestkontaktehäufigkeit pro Quartal oder pro Jahr angegeben. In den hier verwendeten Routinedaten der Kassen wurden stattdessen die Behandlungsfälle pro Jahr ausgezählt, die im Normalfall pro Arzt und Patient nur einmal im Quartal auftreten. Wenn dabei durchschnittlich vier Behandlungsfälle gemessen werden, entspricht das etwa einem quartalsweisen Behandlungsfall. Werden die gemessenen Kontaktehäufigkeiten mit den Zielgruppen verglichen, ergeben sich für die hier untersuchten Arztgruppen unterschiedliche Ergebnisse.

Bei den *Allgemeinärzten* hat die Analyse in Abschnitt 6.2.3.4 gezeigt, dass Pflegebedürftige – auch bei Kontrolle von Alter, Geschlecht und Erkrankung – signifikant mehr Behandlungsfälle als nicht Pflegebedürftige aufweisen. Dabei ist zu berücksichtigen, dass pflegebedürftige Heimbewohner die meisten Behandlungsfälle aufweisen, gefolgt von Pflegebedürftigen in formell-ambulanter und vor Pflegebedürftigen in informeller Pflege. Bei Heimbewohnern spielt die Pflegestufe kaum eine Rolle. Bei einer Pflege durch Angehörige hingegen steigen die Behandlungsfälle mit der Pflegestufe. Dies trifft auch für ambulant versorgte Versicherte zu, obwohl die Steigerung von Pflegestufe zu Pflegestufe dort weniger stark ausfällt. Diese Unterschiede bleiben auch bei Berücksichtigung regionaler Ausprägungen bestehen. Weiterhin zeigt sich, dass in verstädterten Räumen signifikant mehr Behandlungsfälle vorliegen als im Agglomerationsraum und noch mehr als in diesen beiden Räumen in ländlichen Gebieten. Die beobachteten Unterschiede liegen bei 0,3 und 0,4 Behandlungsfällen pro Jahr. Das sind immerhin fast 10% der für chronisch Erkrankte geforderten Fallzahl von 4 Behandlungen pro Jahr. Im Hinblick auf diese Absolutzahl ist anzumerken, dass erst in höheren Jahrgängen Behandlungsfallzahlen erreicht werden, die knapp den diesbezüglich erhobenen Forderungen entsprechen. Für über 80-jährige Baden-Württembergische Pflegeheimbewohner mit demenziellen Störungen im Agglomerationsraum wird im Regressionsmodell eine Behandlungshäufigkeit von 3,75 errechnet. Für die gleiche Klientel wird im ländlichen Raum ermittelt das Modell eine Behandlungshäufigkeit von 4,15. Im Agglomerationsraum von Baden-Württemberg können stationär und durch Pflegedienste versorgte Männer wie Frauen den Forderungen knapp oder ganz entsprechen, während Pflegebedürftige in informeller Pflege, das vorgegebene Ziel mit einem realisierten Wert von etwa 2,8 Behandlungsfällen deutlicher unterschreiten. Für den ländlichen Raum in Hessen, Sachsen und Thüringen werden allerdings auch für die durch Angehörige gepflegten dementen Personen noch 3,6 Behandlungsfälle errechnet, was knapp der Vorgabe entspricht.

Für Versicherte in Agglomerationsräumen zeigen sich mehr Behandlungsfälle durch *Neurologen oder Psychiater* als für Versicherte in verstädterten und ländlichen Räumen. Im Regressionsmodell erwiesen sich diese Unterschiede jedoch als schwach bzw. – bei Einschluss auch der Ländervariablen – nicht signifikant. Lediglich für die ländliche Bevölkerung werden signifikant weniger Behandlungen durch Neurologen oder Psychiater gemessen. Dieser auf den ersten Blick geringe Effekt von -0,06 Behandlungsfällen im ländlichen Raum im Vergleich zum Agglomerationsraum gewinnt aber an Bedeutung, wenn man sich vor Augen führt, dass dieser Effekt über erkrankte und gesunde gemeinsam gemessen wurde. Neurologische Erkrankungen sind bei ca. 50% der Männer und bei ca. 65% der Frauen gemessen worden und psychische Störungen bei ca. 35% der Männer und ca. 50% der Frauen. Die insgesamt resultierende Behandlungshäufigkeit durch Neurologen und Psychiater liegt nur bei ca. 0,29 pro Jahr. Daher entspricht die Differenz von 0,06 Behandlungsfällen zwischen ländlichem Raum und Agglomerationsraum etwa einem Fünftel der absoluten Zahl der Behandlungsfälle und ist damit eine relevante Größe.

Um dies deutlich zu machen, wird in *Tabelle 68* zusätzlich eine Auszählung der Behandlungsfälle nach Gemeindetyp in Abhängigkeit von neurologischen und psychiatrischen Erkrankungen vorgenommen. Sehr deutlich wird dabei, dass die Behandlungsfälle unabhängig davon, ob eine Pflegebedürftigkeit vorliegt, mit abnehmendem Agglomerationsgrad geringer ausfallen. Die meisten Behandlungsfälle liegen demnach in Agglomerationsräumen und die wenigsten in ländlichen Räumen vor, während der verstädtete Raum eine Mittelposition einnimmt. Weiterhin zeigt sich, dass die Zielgröße von einem Behandlungsfall pro Quartal (siehe Abschnitt 0) durchgängig weit unterschritten wird. Vor allem aber belegt, die Tabelle die deutlichen Unterschiede in der fachärztlichen Versorgung neurologisch und psychisch erkrankter Pflegebedürftiger in Abhängigkeit vom Agglomerationstyp. Durchweg liegt die Behandlungsintensität bei diesen Personen im ländlichen Raum um 30-40% unter dem in Agglomerationsräumen erreichten Wert.<sup>99</sup> Insbesondere für den ländlichen Raum kann eine Unterversorgung daher nicht ausgeschlossen werden.

*Tabelle 68: Behandlungsfälle pro Versichertennjahr durch Psychiater/Neurologen nach Gemeindetypen, Pflegebedürftigkeit und Erkrankungen*

Krankheit	Ohne Pflegeleistung			Mit Pflegeleistung		
	Aggl.	Verst.	Land	Aggl.	Verst.	Land
Demenz	1,1	1,0	0,9	1,6	1,3	1,1
Schizophrenie u. a.	1,6	1,6	1,3	2,3	2,0	1,4
Depression u. a.	0,8	0,7	0,7	1,5	1,1	0,9
Sonstige psychische Störungen	0,5	0,4	0,4	1,4	1,1	0,9
Neurologische Erkrankungen	0,3	0,3	0,3	1,1	0,9	0,8

<sup>99</sup> Die entsprechenden Differenzen sind 0,5 Fälle (=31%) bei Demenz, 0,9 Fälle (=39%) bei Schizophrenie und verwandten Störungen, 0,6 Fälle (=40%) bei Depression, 0,5 Fälle (=36%) bei sonstigen psychischen Störungen und 0,3 Fälle (=27%) bei neurologischen Erkrankungen.

Tabelle 69 fasst die Ergebnisse für Allgemeinmediziner sowie Neurologen und Psychiater noch einmal tabellarisch zusammen und vergleicht dabei Personen im Agglomerationsraum mit Personen des ländlichen Raumes. Im Hinblick auf die Behandlungshäufigkeiten durch Allgemeinmediziner gilt es zu konstatieren, dass Versicherte in ländlichen Regionen signifikant mehr Behandlungsfälle aufweisen und dabei den Zielwert knapp erreichen. Für sich genommen erscheint das Versorgungsniveau damit tendenziell eher unproblematisch zu sein.. Allerdings sollte nicht übersehen werden, dass die größere Zahl der Behandlungsfälle im ländlichen Raum womöglich auf ein dortiges Unterangebot an Fachärzten zurückzuführen ist. Eingeschränkte Mobilität und lange Wege erschweren zusätzlich das Aufsuchen eines Facharztes, weshalb der Allgemeinarzt erster Ansprechpartner bleibt. Hinsichtlich der Kontakte zu Fachärzten lässt sich nämlich sagen, dass die empfohlene Kontaktdichte für psychisch erkrankte Personen deutlich unterschritten wird und damit sowohl für Pflegebedürftige als auch für Nicht-Pflegebedürftige tendenziell Unterversorgung zu konstatieren ist. Insbesondere bei psychisch erkrankten Pflegebedürftigen liegt die Kontaktdichte im ländlichen Raum zudem um etwa ein Drittel unter der Kontaktdichte im Agglomerationsraum. Da nicht davon ausgegangen werden kann, dass diese relative und absolute Unterversorgung durch die höhere Kontaktdichte bei Allgemeinärzten ausgeglichen werden kann, ist die fachärztliche Versorgung mit Psychiatern und Neurologen im ländlichen Raum für Pflegebedürftige als problematisch einzustufen.

Daran anknüpfend lässt sich die niedrigere Kontaktdichte mit Neurologen oder Psychiatern erklären, die in hoch verdichteten Räumen höher ausfällt, weil sich dort mehr Fachärzte wie in diesem Fall Neurologen und Psychiater niederlassen. Trotzdem bleibt unabhängig des regionalen Bezugs die Kontakthäufigkeit gering und ist damit wiederholt als problematisch einzustufen (Rothgang et al. 2008).

Tabelle 69: Bewertung der ärztlichen Versorgung von Pflegebedürftigen im ländlichen Raum im Überblick			
Facharztgruppe	Im Vergleich zu den Personen im Agglomerationsraum haben Pflegebedürftige im ländlichen Raum ...	Absolutmaß	Bewertung
Allgemeinärzte	signifikant mehr Behandlungsfälle	ausreichend/ knapp ausreichend	eher unproblematisch
Neurologen / Psychiater	signifikant weniger Behandlungsfälle	weit unter den Empfehlungen	problematisch

## 6.2.4 Arzneimittelversorgung

Auch bei der Beschreibung und Bewertung der Arzneimittelversorgung müssen zunächst einleitende Anmerkungen zur Methodik der Messung (Abschnitt 6.2.4.1) und zu den später verwendeten Bewertungsmaßstäben zur Beurteilung der Medikation (Abschnitt 6.2.4.2) gemacht werden. Beschrieben wird anschließend das Ausmaß der

Verordnung von Psycholeptika (Abschnitt 6.2.4.3), Antidepressiva (Abschnitt 6.2.4.4) und Antidepressiva (Abschnitt 0), die abschließend bewertet wird (Abschnitt 6.2.4.6).

#### 6.2.4.1 Methodik

Die Arzneimittelmengen werden in DDD (engl: Defined Daily Dose) gemessen. Diese Maßzahl gibt eine angenommene mittlere Tagesdosis eines Erwachsenen bei den wichtigsten Indikationen wieder. Dies ist lediglich eine Rechnungsgröße, die nicht mit der empfohlenen oder verschriebenen Dosis des Einzelfalls verwechselt werden darf. Die Verordnungen von Medikamenten sind für die vorliegenden Analysen nach der medizinisch-therapeutisch-chemischen Klassifikation (ATC) kategorisiert. Hierbei werden unterschieden:

- beruhigende Mittel zur Behandlung von Psychosen, Angstzuständen, Schlaflosigkeit usw. (Psycholeptika ATC N05),
- Antidepressiva zur Behandlung von Depressionen (ATC N06A) und
- Antidementiva zur Behandlung von Demenzen (ATC N06D).

Eine ausführliche Liste der ATC-Klassifikationen stellt das DIMDI (2008) zur Verfügung. Die zeitliche Zuordnung der Verordnungen erfolgt über das Verordnungsdatum und nicht über das Ausgabedatum.

#### 6.2.4.2 Zur Beurteilung der Medikation

Um die Angemessenheit einer Medikation beurteilen zu können, muss bekannt sein, ob eine Erkrankung vorliegt, die medikamentös therapiert werden kann. Zudem sollte die Notwendigkeit oder Indikation einer Medikation bekannt sein. Diese beiden Faktoren werden allerdings nicht immer einheitlich bewertet. Ob eine Person in bestimmter Weise erkrankt ist, lässt sich im besten Fall nach einer ausführlichen Diagnostik durch Ärzte erfahren. Im Rahmen dieser Studie wird hierzu auf die schon bekannten Diagnoseden zurückgegriffen. Ob eine Medikation als solche angemessen, nötig oder sinnvoll ist, kann z. B. wissenschaftlichen Studien oder Leitlinien entnommen werden – so diese vorhanden sind.

Der Fokus soll hier auf den psychischen Störungen liegen, weshalb folgende Verordnungen von Medikamenten zur Behandlung dieser in den folgenden Analysen Berücksichtigung finden:

- Psycholeptika (ATC: N05; inklusive Antipsychotika (ATC: N05A), Anxiolytika (ATC: N05B), Hypnotika und Sedativa (ATC: N05C)),
- Antidepressiva (ATC: N06A; ohne homöopathische und anthroposophische Antidepressiva (ATC: N06AH) sowie ohne pflanzliche Antidepressiva (ATC: N06AP)) und
- Antidementiva (ATC: N06D; ohne homöopathische und anthroposophische Antidementiva (ATC: N06DH) sowie ohne pflanzliche Antidementiva (ATC: N06DP)).

Unter *Psycholeptika* sind Antipsychotika (ATC: N05A), Anxiolytika (ATC: N05B) sowie Hypnotika und Sedativa (ATC: N05C) gefasst. Insbesondere Personen mit schizophrenen Störungen und Depressionen sollten solche Verordnungen erhalten (AWMF 2005a). Schizophrene benötigen in der Regel eine regelmäßige Arzneimitteltherapie mit Psychopharmaka (ABDA 2005).

*Antidepressiva* werden neben der Psychotherapie zur Behandlung depressiver Störungen eingesetzt. Darüber hinaus finden sie auch zur Therapie von Angststörungen oder in der Schmerztherapie als trizyklische Antidepressiva und als Koanalgetika Anwendung (Glaeske et al. 2009: 173). Antidepressiva sollten bei mittleren bis schweren Depressionen zum Einsatz kommen, während leichte Depressionen insbesondere mit Psychotherapie zu behandeln sind (AWMF 2002). Da Depressionen unter pflegebedürftigen Personen häufig vorkommen, ist von einer größeren Verordnungsmenge bei Pflegebedürftigen auszugehen. Aufgrund einer eingeschränkten Verschreibungspflicht werden homöopathische und anthroposophische Antidepressiva (N06AH) sowie pflanzliche Antidepressiva (N06AP) in den Analysen nicht berücksichtigt. In die Analysen einbezogen werden: Nichtselektive Monoamin-Wiederaufnahmehemmer (N06AA) (Trizyklische Antidepressiva), Selektive Serotonin-Wiederaufnahmehemmer (SSRI = Selective Serotonin Reuptake Inhibitor) (N06AB), nicht-selektive Monoaminoxidasehemmer (N06AF), Monoaminoxidase-A-Hemmer (N06AG) und andere Antidepressiva (N06AX).

Bei den *Antidementiva* ist zu unterscheiden zwischen Cholinesterasehemmern (N06DA) und anderen Antidementiva (N06DX). Unter letztere fällt insbesondere Memantin (N06DX01). Antidementiva sind zur Behandlung häufiger Demenzformen gedacht. Acetylcholinesterase-Hemmstoffe bei leichter bis mittelschwerer und Memantin bei mittelschwerer bis schwerer Alzheimer-Demenz werden von der Deutschen Gesellschaft für Neurologie als evidenzbasierte Therapien benannt (Deutsche Gesellschaft für Neurologie 2005). Dies wird vom Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) in einem aktuellen Bericht bestritten.<sup>100</sup> Acetylcholinesterase-Hemmstoffe helfen zugleich auch bei den depressiven und psychotischen Symptomen, die im Zuge einer Demenz auftreten können, und sparen somit die Verordnung von Antidepressiva und Neuroleptika. Die homöopathischen und anthroposophischen Antidementiva (N06DH) sowie pflanzliche Antidepressiva (N06DP) wurden nicht berücksichtigt.

Zur Bewertung der Verordnungsmenge wird vor allem auf den Vergleich mit Nicht-Pflegebedürftigen und Pflegebedürftigen in häuslicher Pflege zurückgegriffen. Gemesen wird die Verordnungsmenge in DDD pro Versichertenjahr.

---

<sup>100</sup> Der im September 2009 veröffentlichter Abschlussbericht des IQWiG zu Memantin bei Alzheimer Demenz kommt zu folgendem Ergebnis: „Es gibt keinen Beleg für einen Nutzen der Memantin-Therapie bei Patienten mit Alzheimer Demenz. Dies gilt für Patienten mit mittelschwerer und schwerer Alzheimer Demenz gleichermaßen. Auch für die Behandlung als Monotherapie sowie in Kombination mit anderen Antidementiva gibt es jeweils keinen Beleg für einen Nutzen“ (IQWiG 2009: vii).

#### 6.2.4.3 Psycholeptika

In Abbildung 96 sind die Verordnungsmengen von Psycholeptika nach Pflegeleistung, Alter und Geschlecht dargestellt. Mit zunehmendem Alter wird die Zahl der verordneten DDD bei gleicher Pflegeleistung unabhängig vom Geschlecht geringer. Eine Ausnahme hiervon bildet die Gruppe der Personen ohne SPV-Leistungen. Dort steigt mit dem Alter auch die Anzahl verordneter DDD, wenn auch auf deutlich niedrigem Niveau, welches nie die Höhe der SPV-Leistungsbezieher erreicht. Männer im Alter von 60-69 Jahren bekommen bei informeller Pflege durchschnittlich 43 DDD, 51 DDD bei ambulanter Pflege unter Einbezug eines ambulanten Pflegedienstes und 114 DDD bei einem Heimaufenthalt. Unter der weiblichen Bevölkerung werden im gleichen Alter mit 65 DDD (Angehörige), 90 DDD (ambulant) und 148 DDD (stationär) mehr Psycholeptika verordnet. Eine höhere Gabe an Psycholpetika zu Gunsten der Frauen ist auch noch in der Gruppe der 70-79jährigen festzustellen, ehe sich die Unterschiede erst ab der Gruppe der 80-89-Jährigen nahezu nivellieren.

Eine Unterscheidung nach Gemeindetyp wird in Abbildung 97 vorgenommen, aus der auch noch einmal hervorgeht, dass Frauen etwas mehr Psycholeptika verordnet bekommen. Für die Männer ist eine leichte Tendenz einer höheren Verordnung in ländlichen Räumen zu beobachten, während sie in allen Kategorien in Agglomerationsräumen am geringsten ist. Ähnliches lässt sich unter der weiblichen Bevölkerung nicht beobachten. Zwar werden in der Altersgruppe der 70-79-Jährigen Frauen die meisten DDD an Psycholeptika ebenfalls im ländlichen Raum verschrieben, aber der Unterschied zum verstädteten Raum ist nur marginal. In den übrigen Alterskategorien hingegen sind die meisten Verordnungen im verstädteten Raum zu beobachten. Wie bei den Männern ist die Zahl der Verordnungen im Agglomerationsraum jeweils am niedrigsten. Limitierend muss ergänzt werden, dass die Differenzen erst mit den schwächer besetzten höheren Alterskategorien größer werden.

In Abbildung 98 sind die DDD von Psycholeptika nach Geschlecht und Bundesland abgetragen. Bei den Männern fällt zwar die verhältnismäßig hohe Verordnungsmenge im Saarland auf, jedoch ist zu bedenken, dass die Versichertenzahl dort gering ist. Die Ergebnisse sind daher wenig belastbar. Sehr auffällig und belastbarer ist hingegen ein zu beobachtetes Ost-West-Gefälle. Unabhängig vom Geschlecht werden in den neuen Bundesländern weniger Psycholeptika verordnet als in den alten Bundesländern. Lediglich Hessen ist hiervon auszunehmen, welches in beiden Geschlechterkategorien ebenfalls ein mit den neuen Bundesländern vergleichbares Niveau aufweist.

Regressionsmodelle sind Tabelle 70 zu entnehmen. Modell 1 verdeutlicht die signifikant höhere Verordnung von Psycholeptika an Frauen. Im Vergleich zu den Männern müssen für weibliche Versichte jeweils 2,70 DDD zum Basiswert hinzugefügt werden. Das Alter hat dagegen einen geringeren und nur teilweise signifikanten Einfluss. Nennenswert ist vor allem der Wert von -9,46 DDD für über 90-Jährige, während für 70-79-Jährige – verglichen mit der Referenzkategorie der 60-69-Jährigen – noch 1,29 DDD hinzugefügt werden müssen. Um ein Vielfaches höher als der Einfluss der soziodemografischen Merkmale wiegt die Pflegebedürftigkeit, wobei sich die

Parameter jedoch je nach Pflegearrangement sehr voneinander unterscheiden. Im stationären Bereich ist der Einfluss der Pflegestufe nicht sehr groß – allerdings bei sehr hohen Werten. So wirkt ein Heimaufenthalt in Pflegestufe I mit 69,58 DDD zwar am stärksten, aber die Wirkung bei Vorliegen von Pflegestufe II oder III ist mit 60,27 bzw. 59,98 nur etwas niedriger. Bei informeller oder formell-ambulanter zeichnet sich indes ein anderes Bild: Während dort in den ersten beiden Pflegestufen zwischen 20 und 25 DDD zum Basiswert hinzugaddiert werden müssten, sind es in der Pflegestufe III bereits 66,11 DDD (informelle Pflege) bzw. 52,75 DDD (formell-ambulante Pflege), also das gut zweieinhalb- bis dreifache. Dass der Pflegestatus und insbesondere die Heimpflege – bei Kontrolle psychischer Erkrankungen – einen solch hohen Einfluss auf die Verordnung hat, ist bemerkenswert. Unter den Erkrankungen erweisen sich Schizophrenie und verwandte Störungen als bedeutendster Erklärungsfaktor. Personen mit solchen Störungen werden 93,51 DDD mehr verordnet als Personen, die dieses Krankheitsbild nicht aufweisen. Immerhin noch zusätzliche 18 DDD fallen bei Personen mit einer Depression an, wohingegen auf die Demenz nur 6 DDD und auf andere psychische Störungen 7 DDD zusätzlich entfallen. Im verstaedterten Raum werden knapp 3 DDD mehr verordnet als in Agglomerationsräumen. Im ländlichen Raum beträgt der Wert knapp 2 DDD, ist allerdings nur schwach signifikant.

Wird anstatt des Gemeindetyps das Bundesland eingesetzt (Modell 2), bleiben die meisten Werte davon unberührt. Da die Effekte für jedes Bundesland negativ sind, lässt sich schlussfolgern, dass die meisten DDD an Psycholeptika in Baden-Württemberg verordnet werden. In sieben Bundesländern werden signifikant weniger Psycholeptika verordnet, wobei die Werte für Berlin (7 DDD), Brandenburg und Thüringen (6 DDD) am höchsten sind.

Modell 3 berücksichtigt sowohl den Gemeindetyp, als auch das Bundesland. Es zeigt sich, dass mit abnehmendem Agglomerationsgrad signifikant mehr Psycholeptika verordnet werden. Die Effektstärken betragen für den verstaedterten Raum 2 DDD und für den ländlichen Raum 3 DDD. Agglomerationsräume bleiben die Räume mit der geringsten Verordnung, die Rangfolge von verstaedterten und ländlichen Räumen hat sich beim Übergang von Modell 1 zu Modell 3 hingegen umgekehrt. Dabei hat die Signifikanz zugenommen. Ferner ist zu beachten, dass nach Modell 3 in zehn Bundesländern signifikant weniger Psycholeptika verordnet werden als im Referenzbundesland Baden-Württemberg. Zu diesen Ländern zählen alle neuen Bundesländern. Das Saarland weist in Modell 3 zwar mehr Verordnungen auf als Baden-Württemberg, der Effekt ist aber nicht signifikant.

Abbildung 96: Zahl der verordneten DDD von Psycholeptika ATC N05 pro Versichertenjahr nach Pflegearrangement

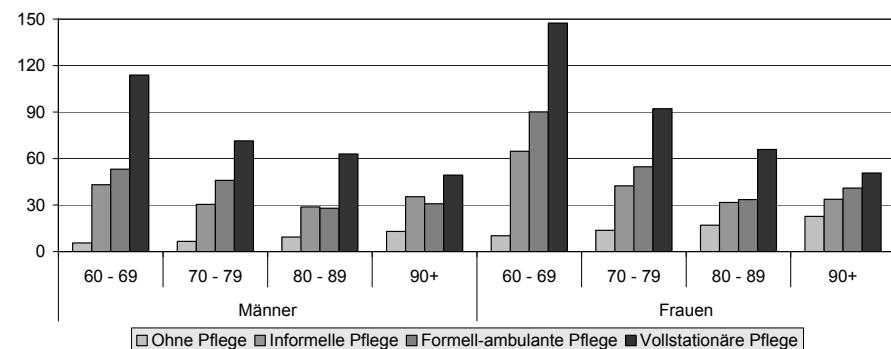


Abbildung 97: ... nach Gemeindetyp

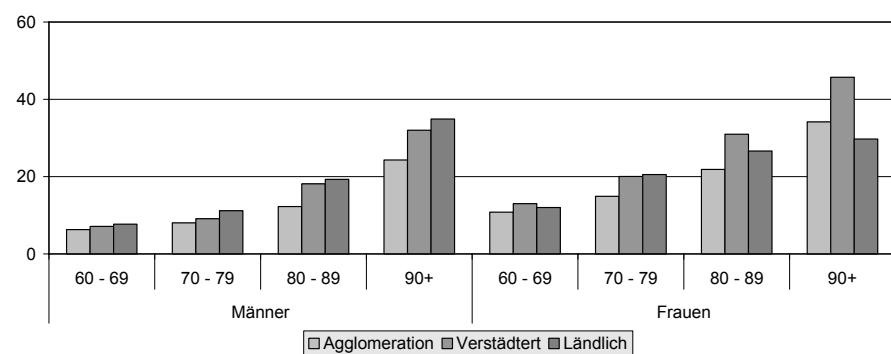


Abbildung 98 ... nach Bundesland

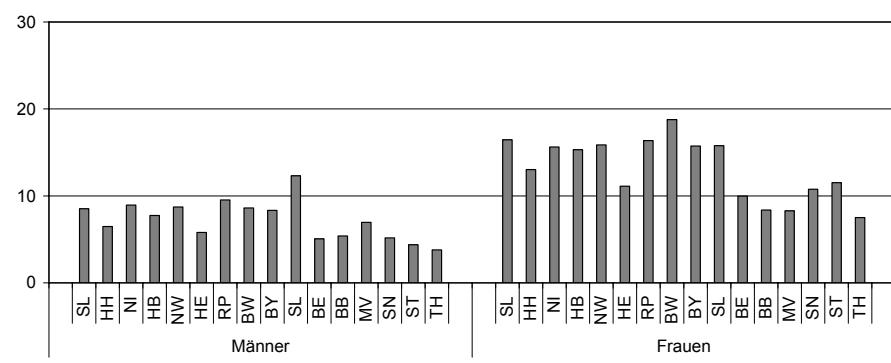


Tabelle 70: Regressionsmodelle: Verordnete Psycholeptika in DDD pro Versichertenjahr

	Modell 1	Modell 2	Modell 3
Konstante	2,09 ***	5,51 ***	4,42 ***
Frau	2,70 ***	2,69 ***	2,67 ***
Alter 70 – 79	1,29 **	1,06 *	1,12 *
Alter 80 – 89	0,41	0,16	0,24
Alter 90+	-9,46 **	-9,85 ***	-9,69 ***
Verheiratet	-2,02 ***	-2,10 ***	-2,13 ***
Informelle Pflege Stufe I	20,56 ***	20,77 ***	20,71 ***
Informelle Pflege Stufe II	19,16 ***	19,31 ***	19,26 ***
Informelle Pflege Stufe III	66,11 ***	66,43 ***	66,38 ***
Formell-ambulante Pflege Stufe I	19,82 ***	19,86 ***	19,80 ***
Formell-ambulante Pflege Stufe II	24,67 ***	24,67 ***	24,63 ***
Formell-ambulante Pflege Stufe III	52,75 ***	52,91 ***	52,87 ***
Vollstationäre Pflege Stufe I	69,58 ***	69,40 ***	69,35 ***
Vollstationäre Pflege Stufe II	60,27 ***	60,19 ***	60,15 ***
Vollstationäre Pflege Stufe III	59,98 ***	60,10 ***	60,07 ***
Neurologische Erkrankungen	-1,54 ***	-1,49 ***	-1,47 ***
Demenz	6,06 ***	6,03 ***	6,03 ***
Schizophrenie u. a.	93,51 ***	93,41 ***	93,41 ***
Depression und bipolare Störungen	18,03 ***	18,04 ***	18,03 ***
Andere psychische Störungen	7,04 ***	7,09 ***	7,10 ***
Verstädterter Raum	2,64 ***		1,84 ***
Ländlicher Raum	2,11 *		2,80 **
Schleswig-Holstein		-1,08	-1,18
Hamburg		-4,06 ***	-2,97 **
Niedersachsen		-1,40	-1,64 *
Bremen		-2,30	-1,33
Nordrhein-Westfalen		-1,02	-0,17
Hessen		-5,53 ***	-4,81 ***
Rheinland-Pfalz		-0,38	-1,00
Bayern		-2,54 ***	-2,41 **
Saarland		-0,06	1,04
Berlin		-7,08 ***	-5,98 ***
Brandenburg		-6,28 ***	-5,41 ***
Mecklenburg-Vorpommern		-4,66	-6,01 *
Sachsen		-3,36 **	-2,51 *
Sachsen-Anhalt		-3,91	-4,87 *
Thüringen		-5,81 **	-6,92 ***

Anmerkung: \*\*\* P < 0,1%; \*\* P < 1%; \* P < 5%

Referenzkategorie: Mann, Alter 60 – 69, nicht verheiratet, ohne Pflegeleistung, ohne erwähnte Erkrankungen, Agglomerationsraum, Baden-Württemberg

Zur Interpretation: Die Behandlungshäufigkeiten einer speziellen Kategorie errechnet sich aus der Summe der interessierenden Koeffizienten mit der Konstanten.

#### 6.2.4.4 Antidepressiva

In Abbildung 99 werden die Verordnungsmengen der Antidepressiva differenziert nach Alter, Geschlecht und SPV-Leistung angezeigt. Die Verordnungsmenge liegt bei Männern ohne SPV-Leistungen in den ersten drei Alterskategorien bei 9 Verordnungen. Bei den Frauen ohne SPV-Leistungen liegt die Verordnungsmenge bei ca. 20 DDD, also gut doppelt so hoch. Bei den informell gepflegten Männern sinkt die Verordnungsmenge von 57 DDD im Alter von 60-69 Jahren auf 29 DDD im Alter von 80-89 Jahren. Bei den Frauen entwickeln sich die Zahlen von 74 DDD auf 43 DDD über die Alterskategorien. Höher liegen die Verordnungen für ambulant betreute Pflegebedürftige. Dort ist in denselben Alterskategorien unter den Männern ein Abfall von 76 DDD auf 44 DDD zu beobachten und unter Frauen von 109 DDD auf 55 DDD. Bei den stationär gepflegten Männern im Alter von 60-69 Jahren liegt die Verordnungsmenge bei 81 DDD und verringert sich verglichen mit anderen Pflegearrangements in geringerem Maße auf 57 DDD. Mit dem Alter werden die verordneten Mengen somit innerhalb aller Pflegearrangements weniger. Insgesamt werden für Pflegebedürftige weitaus mehr Antidepressiva verordnet als für Nicht-Pflegebedürftige, wobei die Verordnungsmenge in Pflegeheimen am höchsten ist. In allen Altersgruppen und allen Pflegearrangements sind die Verordnungen für Frauen zudem höher als die für Männer.

Verordnungen von Antidepressiva nach Gemeindetyp sind in Abbildung 100 dargestellt. Unter Auslassung der höchsten Alterskategorie, deren Ergebnisse durch geringe Fallzahlen in ihrer Aussagekraft eingeschränkt sein können, lässt sich ein klares Ergebnis festhalten: Sowohl unter Männern wie auch unter Frauen, deren Verordnungsmenge durchgängig über der der Männer liegt, werden die meisten Antidepressiva im ländlichen Raum verordnet und die wenigsten in Agglomerationsräumen. Die diesbezüglichen Unterschiede werden zudem mit steigendem Alter größer. Sind in der männlichen Population in den beiden unteren Alterskategorien keine sehr großen Unterschiede feststellbar, sind die Disparitäten unter den 80-89-Jährigen Männern hingegen manifest. Ein Versicherter im Agglomerationsraum erhält 13 DDD je Versichertenn Jahr verschrieben, ein Versicherter im ländlichen Raum mit 24 DDD hingegen fast doppelt so viel.

Die Differenzierung nach Bundesland zeigt ebenfalls deutlich die höhere Verordnungsmenge für Frauen (Abbildung 101). Die Rangfolge unter den Ländern ist aber für beide Geschlechter uneinheitlich. Eine sehr hohe Verordnungsmenge ist für Männer und Frauen in Rheinland-Pfalz zu beobachten. In Thüringen werden Männern 15 DDD verschrieben, während es in Bremen oder Sachsen-Anhalt nur 6 DDD sind. Einen Gegensatz dazu stellen Frauen in Thüringen dar, die mit 18 DDD nach Hamburg (17 DDD) über die wenigsten Verordnungshäufigkeiten verfügen. Frauen in Rheinland-Pfalz bzw. Bayern werden mit 29 bzw. 28 die meisten DDD verschrieben.

Abbildung 99: Zahl der verordneten DDD von Antidepressiva (ATC N06A) pro Versichertenjahr nach Pflegearrangement

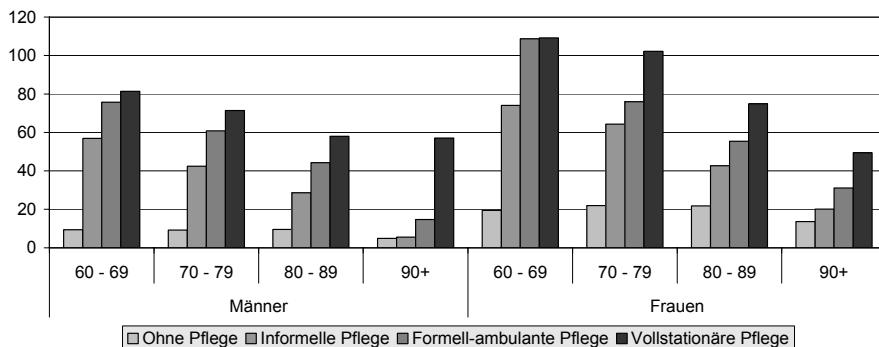


Abbildung 100: ... nach Gemeindetyp

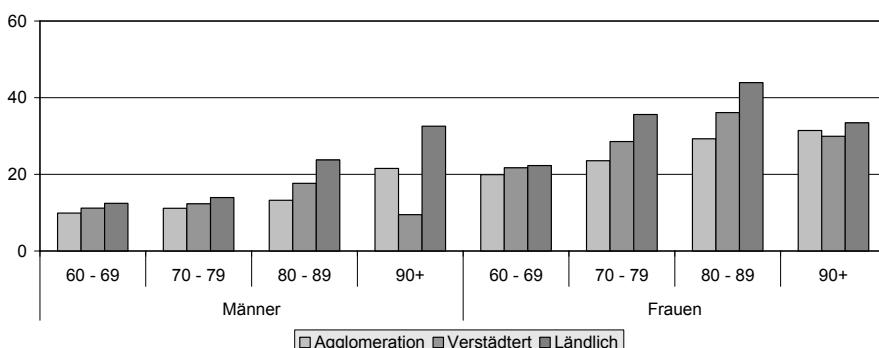


Abbildung 101 ... nach Bundesland

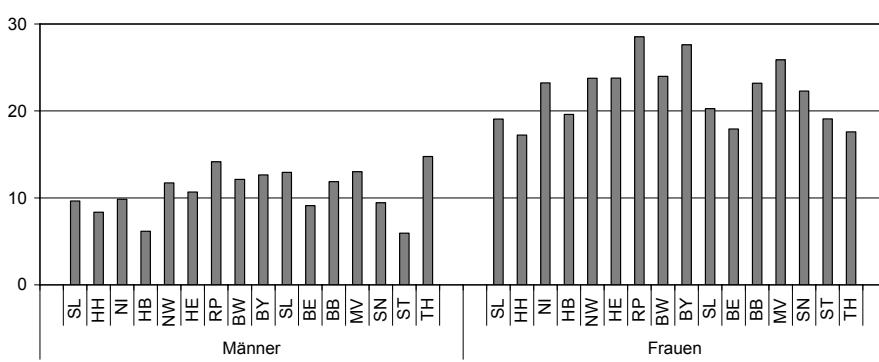


Tabelle 71: Regressionsmodelle: Verordnete Antidepressiva in DDD pro Versichertenjahr

	Modell 1	Modell 2	Modell 3
Konstante	-1,97	-0,22	-1,57
Frau	3,27 ***	3,23 ***	3,19 ***
Alter 70 – 79	0,49	0,42	0,51
Alter 80 – 89	-4,95 **	-4,92 **	-4,82 **
Alter 90+	-27,14 ***	-27,28 ***	-27,07 ***
Verheiratet	0,22	0,16	0,12
Informelle Pflege Stufe I	26,87 ***	27,04 ***	26,96 ***
Informelle Pflege Stufe II	33,27 ***	33,40 ***	33,34 ***
Informelle Pflege Stufe III	18,63	18,74	18,67
Formell-ambulante Pflege Stufe I	41,00 ***	41,19 ***	41,11 ***
Formell-ambulante Pflege Stufe II	48,17 ***	48,33 ***	48,28 ***
Formell-ambulante Pflege Stufe III	25,44 **	25,45 **	25,41 **
Vollstationäre Pflege Stufe I	71,37 ***	71,51 ***	71,44 ***
Vollstationäre Pflege Stufe II	59,19 ***	59,35 ***	59,30 ***
Vollstationäre Pflege Stufe III	18,41 *	18,63 *	18,58 *
Neurologische Erkrankungen	-0,29	-0,38	-0,35
Demenz	10,62 ***	10,48 ***	10,49 ***
Schizophrenie u. a.	46,61 ***	46,52 ***	46,51 ***
Depression und bipolare Störungen	60,13 ***	60,24 ***	60,23 ***
Andere psychische Störungen	10,81 ***	10,87 ***	10,88 ***
Verstädterter Raum	2,54 **		2,28 *
Ländlicher Raum	4,33 **		3,98 *
Schleswig-Holstein		-2,59	-2,77
Hamburg		-5,42 **	-4,08
Niedersachsen		-1,19	-1,52
Bremen		-4,69	-3,50
Nordrhein-Westfalen		1,18	2,24
Hessen		-1,48	-0,60
Rheinland-Pfalz		4,09	3,27
Bayern		0,40	0,45
Saarland		-2,84	-1,47
Berlin		-7,18 ***	-5,82 **
Brandenburg		1,01	2,07
Mecklenburg-Vorpommern		3,07	1,07
Sachsen		0,91	1,96
Sachsen-Anhalt		0,15	-1,16
Thüringen		1,94	0,38

Anmerkung: \*\*\* P < 0,1%; \*\* P < 1%; \* P < 5%

Referenzkategorie: Mann, Alter 60 – 69, nicht verheiratet, ohne Pflegeleistung, ohne erwähnte Erkrankungen, Agglomerationsraum, Baden-Württemberg

Zur Interpretation: Die Behandlungshäufigkeiten einer speziellen Kategorie errechnet sich aus der Summe der interessierenden Koeffizienten mit der Konstanten.

Tabelle 71 enthält die Ergebnisse der Regressionsmodelle. Das erste Modell zeigt, dass Frauen unter Kontrolle aller anderen Variablen 3 DDD mehr verordnet bekommen als Männer. Mit steigendem Alter nimmt die Verordnungsmenge stark ab, während Verheiratete nur 0,22 DDD mehr erhalten als Unverheiratete, ein Wert der zudem nicht signifikant ist. Größter Erklärungsfaktor ist diesmal die vollstationäre Pflege. Pflegebedürftige in Heimen erhalten in Pflegestufe I 71 DDD, in Pflegestufe II 59 DDD und in Pflegestufe III 18 DDD zusätzlich im Vergleich zu Personen ohne SPV-Leistungen. Im Gegensatz dazu steigen die Verordnungen sowohl in der formell-ambulanten Pflege als auch der informellen Pflege zunächst von Pflegestufe I in Pflegestufe II an, um dann in Pflegestufe III wieder zu fallen. Insgesamt ist das Niveau der Verordnungen niedriger als im vollstationären Bereich. In der informellen Pflege variieren die Werte zwischen 19 DDD und 33 DDD und in der formell-ambulanten Pflege zwischen 25 DDD und 48 DDD. Unter den Morbiditäten haben die neurologischen Erkrankungen keinen und Demenz und andere psychische Störungen mit ca. 10 DDD einen vergleichsweise geringen Einfluss verglichen mit Nicht-Erkrankten. Viel größere Effekte sind bei einer vorliegenden Schizophrenie (47 DDD) oder Depression (60 DDD) zum Basiswert hinzuzuaddieren. Auch hier ist zu beobachten, dass die Verordnungsmengen außerhalb der Ballungsgebiete höher liegen. Verglichen mit Agglomerationsräumen werden in verstädterten Räumen 3 DDD und in ländlichen Räumen 4 DDD mehr verschrieben.

Die Werte im Modell 2 liefern hinsichtlich der regionalen Fragestellung nur wenig signifikante Ergebnisse. Einzig feststellbar sind signifikant weniger Verordnungen in Hamburg (-5 DDD) und Berlin (-7 DDD). Nur noch Berlin (-6 DDD) ist in Modell 3 signifikant, während sich an der Aussage signifikant weniger Verordnungen mit abnehmendem Agglomerationsgrad nichts ändert. Für alle anderen Erklärungsfaktoren bleiben die Werte des Modells 1 in den Modellen 2 und 3 nahezu unverändert.

#### 6.2.4.5 Antidementiva

In Abbildung 102 sind die Verordnungsmengen von Antidementiva dargestellt. Bei den nicht pflegebedürftigen Personen liegt die Verordnungsmenge für beide Geschlechter bei 1-5 DDD pro Versichertenjahr. Bei den 60-69jährigen Männern in informeller Pflege, liegt die Verordnungsmenge bei 16 DDD. Damit werden in dieser Alterskategorie dort die meisten Antidementiva verordnet. Die Anzahl der DDD für ambulant und stationär versorgte Pflegebedürftige beträgt jeweils 14 DDD. In der Kategorie der 70-79-Jährigen ist ein steiler Anstieg der Verordnungsmengen zu beobachten. In allen drei Pflegearrangements werden zwischen 27 und 30 DDD verordnet, wobei die höchste Verordnungsmenge unter den Pflegebedürftigen in formell-ambulanter Pflege zu finden ist. Mit 29 DDD in der stationären Pflege bleibt die Verordnungsmenge unter den 80-89-Jährigen gleich, während sie in den beiden anderen Pflegearrangements deutlich abfällt. Pflegebedürftige Frauen erhalten in der Alterskategorie der 60-69-Jährigen mehr Antidementiva als Männer, während in den übrigen Alterskategorien Männer ähnlich hohe oder sogar etwas höhere Verordnungszahlen aufweisen. In allen Pflegearrangements steigt die verordnete Menge an Antidementiva also mit dem Alter zunächst an, um dann wieder zu sinken. Wie auch bei den Antidepressiva liegt die Verord-

nungsmenge für Pflegebedürftige deutlich über denen gleichaltriger Nicht-Pflegebedürftiger.

Gleichmäßige Unterschiede nach Gemeindetyp in den Verordnungsmengen von Antidementiva sind nicht erkennbar (Abbildung 103). So fällt auf, dass 80-89-Jährige Männer in ländlichen Regionen mehr Antidementiva bekommen als ihre Altersgenossen in Agglomerationsräumen oder verstedterten Räumen. Der beobachtete Unterschied macht zwar nur 4 DDD (8 DDD vs. 12 DDD) aus, ist aber deutlich erkennbar. Gleichzeitig wird für Männer der Altersgruppe 70-79-Jahre auf dem Land die geringsten Mengen an Antidementiva verordnet bekommen. Unter den Frauen zeichnet sich ebenfalls ein heterogenes Bild ab. Insgesamt bleibt zu beachten, dass die Verordnungsmengen verglichen mit den bereits dargestellten Psycholeptika und Antidepressiva weitaus geringer ausfallen.

Bei der Differenzierung nach Bundesland und Geschlecht (Abbildung 104) ergeben sich zwischen den Bundesländern erhebliche Unterschiede: Bei den Männern werden in den nördlichen Bundesländern – Schleswig-Holstein, Hamburg, Niedersachsen, Bremen – und NRW mit etwa 2 DDD nur halb so viele Antidementiva verordnet wie in den neuen Bundesländern Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern, Sachsen und Sachsen-Anhalt. Auch bei den Frauen werden die höchsten Mengen an Antidementiva in Mecklenburg-Vorpommern verordnet.

Im ersten Regressionsmodell (Tabelle 72) ergibt sich eine Basisrate von quasi Null DDD als Verordnungsmenge für unverheiratete Männer ohne SPV-Leistungen im Alter von 60-69 Jahren, die nicht pflegebedürftig und auch nicht an einer der genannten Erkrankungen erkrankt sind und im Agglomerationsraum wohnen. Frauen unterscheiden sich in der Verordnungsmenge nicht von den Männern. Personen im Alter von 70-79 Jahren erhalten auch unter Kontrolle der Pflegebedürftigkeit und der neurologischen und psychischen Erkrankungen ca. 1,5 DDD mehr Antidementiva als 60-69-Jährige, wohingegen es bei den über 90-Jährigen 14 DDD weniger sind. Verheiratete bekommen ca. 1 DDD mehr Antidementiva als nicht verheiratete Personen. Interessante signifikante Effekte sind hinsichtlich des Pflegearrangements hervorzuheben. Mit steigender Pflegestufe im Heim werden weniger Antidementiva verordnet. Bekommen Heimbewohner in Stufe I – verglichen mit nicht SPV-Leistungsbeziehern 4 DDD mehr, erhalten sie in Pflegestufe II 3 DDD weniger und in Pflegestufe III sogar 20 DDD weniger. Bei informeller Pflege hingegen steigt mit der Pflegestufe auch die Verordnungsmenge, u. z. von 8 DDD in Pflegestufe I auf 12 DDD in den Pflegestufen II und III. Bei formell-ambulanter Pflege ist zunächst ein Anstieg von 5 DDD in Pflegestufe I auf 11 DDD in Pflegestufe II zu beobachten, bevor in Pflegestufe III 7 DDD verordnet werden. Von den berücksichtigten Erkrankungen erweist sich nur die Demenz mit – im Vergleich zu Nicht-Erkrankten – hinzu zu addierenden 51 DDD als ein signifikanter Faktor. Die Ergebnisse hinsichtlich des Gemeindetyps sind nicht signifikant. Auch im zweiten und dritten Modell lassen sich keine signifikanten Ergebnisse festhalten, so dass geschlussfolgert werden kann, dass regionale Unterschiede hinsichtlich der Verordnung von Antidementiva nicht nachgewiesen werden konnten.

Abbildung 102: Zahl der verordneten DDD von Antidementiva (ATC N06D) pro Versichertenjahr nach Pflegearrangement

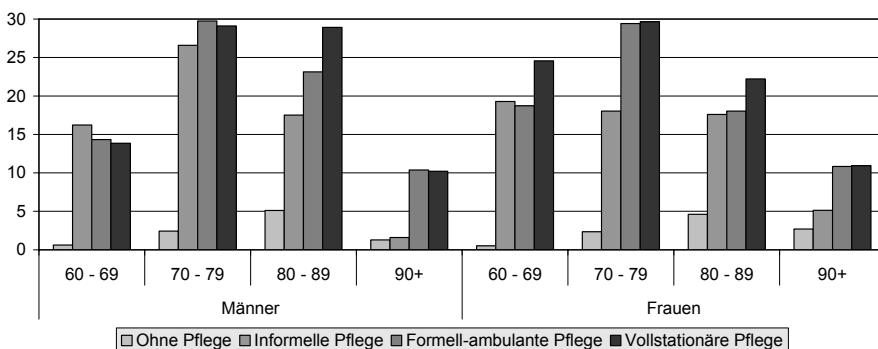


Abbildung 103: ... nach Gemeindetyp

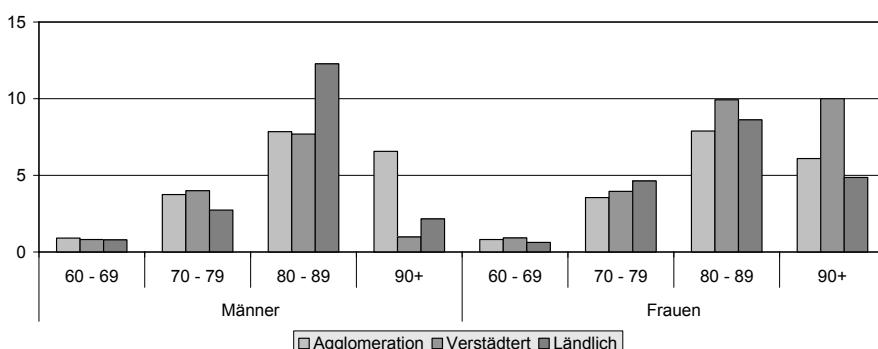


Abbildung 104 ... nach Bundesland

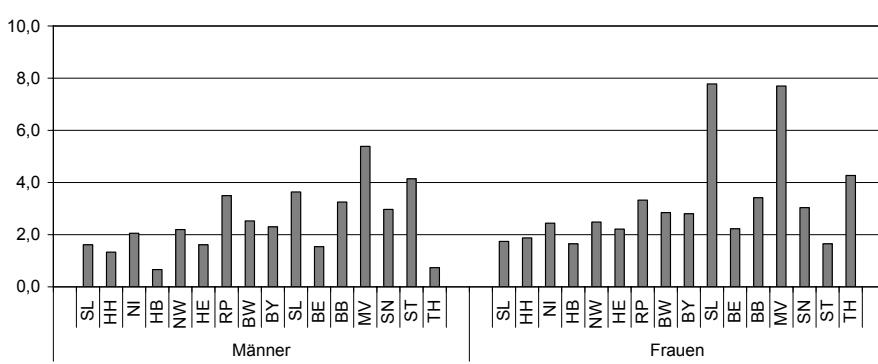


Tabelle 72: Regressionsmodelle: Verordnete Antidementiva in DDD pro Versichertenjahr

	Modell 1	Modell 2	Modell 3
Konstante	-0,62	-0,38	-0,32
Frau	-0,12	-0,13	-0,12
Alter 70 – 79	1,44 ***	1,48 ***	1,48 ***
Alter 80 – 89	-0,31	-0,25	-0,25
Alter 90+	-13,68 ***	-13,64 ***	-13,66 ***
Verheiratet	1,16 ***	1,14 ***	1,15 ***
Informelle Pflege Stufe I	7,81 ***	7,85 ***	7,86 ***
Informelle Pflege Stufe II	12,03 ***	12,06 ***	12,07 ***
Informelle Pflege Stufe III	12,47 ***	12,52 ***	12,52 ***
Formell-ambulante Pflege Stufe I	4,56 **	4,59 **	4,59 **
Formell-ambulante Pflege Stufe II	11,33 ***	11,37 ***	11,37 ***
Formell-ambulante Pflege Stufe III	6,91 *	6,93 *	6,93 *
Vollstationäre Pflege Stufe I	4,49 *	4,52 *	4,53 *
Vollstationäre Pflege Stufe II	-3,48 *	-3,45 *	-3,44 *
Vollstationäre Pflege Stufe III	-20,23 ***	-20,18 ***	-20,17 ***
Neurologische Erkrankungen	-0,49	-0,51	-0,51
Demenz	50,74 ***	50,70 ***	50,70 ***
Schizophrenie u. a.	-0,22	-0,22	-0,22
Depression und bipolare Störungen	0,57	0,57	0,58
Andere psychische Störungen	0,57	0,57	0,57
Verstädterter Raum	0,10		-0,11
Ländlicher Raum	-0,11		-0,34
Schleswig-Holstein		-0,78	-0,75
Hamburg		-1,13	-1,20
Niedersachsen		-0,27	-0,24
Bremen		-1,82	-1,88
Nordrhein-Westfalen		-0,20	-0,26
Hessen		-0,63	-0,67
Rheinland-Pfalz		0,77	0,82
Bayern		-0,12	-0,09
Saarland		1,19	1,12
Berlin		-0,64	-0,70
Brandenburg	0,23		0,19
Mecklenburg-Vorpommern	0,87		1,06
Sachsen	0,58		0,53
Sachsen-Anhalt	-0,19		-0,09
Thüringen	-0,26		-0,13

Anmerkung: \*\*\* P < 0,1%; \*\* P < 1%; \* P < 5%

Referenzkategorie: Mann, Alter 60 – 69, nicht verheiratet, ohne Pflegeleistung, ohne erwähnte Erkrankungen, Agglomerationsraum, Baden-Württemberg

Zur Interpretation: Die Behandlungshäufigkeiten einer speziellen Kategorie errechnet sich aus der Summe der interessierenden Koeffizienten mit der Konstanten.

#### 6.2.4.6 Bewertung der Zahl der Arzneimittelverordnungen

Ausgehend von der Frage, ob es regionale Unterschiede gibt, sind im Abschnitt 6.2.4 die Verordnungsmengen von Psycholeptika, Antidepressiva und Antidementiva untersucht worden. Diese Medikamente werden gerade Pflegebedürftigen häufig verordnet, weil diese in besonderer Weise unter psychischen Erkrankungen leiden. In bisherigen Studien wurden diesbezüglich häufig Prävalenzen bestimmter psychischer Störungen Verordnungshäufigkeiten gegenübergestellt, wobei der Personenbezug oftmals nicht gegeben war. Die Messung der Störungen erfolgte in der Regel über Befragungen von Pflegekräften. Regionale Differenzierungen sind hierbei nicht berücksichtigt worden.

In den vorstehenden Abschnitten wurden Erkrankungen und Pflegebedürftigkeit personenbezogen die medikamentöse Therapie unter Berücksichtigung regionaler Aspekte gegenübergestellt. Die Messung der Therapie erfolgte in DDD pro Versichertenjahr, die Messung der Pflegebedürftigkeit über die gewährten SPV-Leistungen und die Messung der Erkrankungen über die dokumentierten Diagnosen der vorangegangenen zwei Jahre. Regionale Unterschiede wurden auf zwei Ebenen gemessen, zum einen durch die personenbezogene Zuweisung des Bundeslandes über den Wohnsitz des Versicherten und zum anderen über den Gemeindetyp, der ebenfalls anhand des Wohnortes zugewiesen wurde.

Entsprechend der Leitlinien für die Therapie der berücksichtigten psychischen Störungen, wurden bei Vorliegen der Störungen auch deutlich mehr Medikamente verordnet. Bei Demenz wurden mehr Antidementiva verordnet, bei Schizophrenie mehr Psycholeptika, aber auch Antidepressiva und bei Depression mehr Antidepressiva. Die Ergebnisse zeigen zumindest für die Verordnung von Antidementiva eine zum größten Teil aus der Demenz heraus interpretierbare Verordnungsmenge. Antidepressiva und Psycholeptika sind Medikamente, die bei bestimmten psychischen Störungen verordnet werden sollen. Bemerkenswert ist es daher, dass die Verordnungsmengen für diese Arzneimittel nicht eindeutig durch psychische Störungen erklärt werden können. Vielmehr erweist sich Pflegebedürftigkeit und insbesondere vollstationäre Pflege auch bei Kontrolle der Morbidität als eigenständiger Erklärungsfaktor im statistischen Sinne.

Bei Personen, die in Agglomerationsräumen lebend, werden weniger Psycholeptika und Antidepressiva verordnet, als bei Personen in verstaedteren Räumen. Letztere erhalten immer noch weniger Verordnungen als Personen in ländlichen Gebieten. Hinsichtlich der Antidementiva war dagegen kein durchgängiger Zusammenhang zwischen Verordnungshäufigkeit und Gemeindetyp feststellbar. In den Regressionsanalysen bestätigen sich diese Effekte. Sowohl für Psycholeptika als auch Antidepressiva kann unter Kontrolle der anderen Variablen geschlussfolgert werden, dass mit abnehmendem Agglomerationsgrad mehr Medikamente verordnet werden. Diese Aussage trifft auf Antidementiva wiederum nicht zu; das Modell produziert keine signifikanten Ergebnisse für regionale Unterschiede. Insgesamt ist der Einfluss des Agglomerationsgrads auf die Verordnungsmenge aber deutlich kleiner als der Einfluss der Morbidität und des Pflegestatus.

Hinsichtlich der regionalen Differenzierung nach Bundesländern sind unterschiedliche Disparitäten hervorzuheben. Für Psycholeptika ist ein Ost-West-Gefälle zu beobachten, welches sich für beide Geschlechter in niedrigeren Verordnungsmengen in den neuen Bundesländern äußert. Dieser Effekt ist auch unter Kontrolle weiterer Merkmale statistisch signifikant. Niedrigere Verordnungsmengen sind in der Verschreibung der Antidepressiva in den nordwestlichen Bundesländern und NRW zu beobachten. Unter Kontrolle der Erkrankungen, der soziodemografischen Faktoren und der Pflegebedürftigkeit erscheint aber nur die im Vergleich zu Baden-Württemberg geringere Verordnungsmenge in Berlin statistisch signifikant. Ein Ost-Süd-Gefälle mit mehr Verschreibungen im Osten fällt hingegen bei den Verordnungsmengen der Antidementiva auf. Dieser Unterschied erweist sich allerdings im Regressionsmodell nicht als signifikant. Es sind also eher die unterschiedlichen Erkrankungsspektren, Pflegebedürftigkeiten oder andere Faktoren, die den Unterschied zwischen den Ländern erklären.

Dafür, dass Psycholeptika und Antidepressiva mit sinkendem Agglomerationsgrad vermehrt verordnet werden, sind mindestens zwei Erklärungsansätze denkbar: Erstens ein anderes Verschreibungsverhalten aufgrund der Tatsache, dass im ländlichen Raum Allgemeinärzte fachärztliche Aufgaben übernehmen müssen und zweitens eine stärkere Alternativlosigkeit angesichts eines geringeren Angebots anderer sinnvoller Therapien (etwa Psychotherapie) im ländlichen Raum. Tabelle 73 fasst die Bewertungen der regionalen Unterschiede noch einmal im kurzen Überblick zusammen.

Tabelle 73 :Bewertung der Arzneimittelversorgung im ländlichen Raum im Überblick		
Arzneimittel	Im Vergleich zu den Personen im Agglomerationsraum haben Personen im ländlichen Raum bei Kontrolle der Erkrankungen ...	Bewertung
Psycholeptika	... signifikant mehr Verordnungen	tendenziall Überversorgung oder Fehlversorgung
Antidepressiva	... signifikant mehr Verordnungen	tendenziall Überversorgung oder Fehlversorgung
Antidementiva	... weniger Verordnungen (nicht signifikant)	keine signifikanten Unterschiede

*Psycholeptika* werden insbesondere bei Vorliegen der Pflegestufe III verordnet. Unterschiede nach Pflegearrangement sind in Pflegestufe III nicht sehr groß. Während die Verordnungsmenge aber in der stationären Pflege in allen Pflegestufen sehr hoch ist (+ ca. 60 DDD), liegt sie sowohl in der informellen als auch in der formell-ambulanten Pflege mit Pflegestufe I oder II deutlich niedriger (+ ca. 20 DDD). Das lässt auf eine hohe Rate psychischer Probleme der Pflegebedürftigen in Pflegestufe III schließen, welche in die hohen Verordnungsmengen an Psycholeptika mündet, welche auch bei Unruhe- und Verwirrtheitszuständen ihre Anwendung finden können.

Auch *Antidepressiva* finden bei Pflegebedürftigen mehr Anwendung als bei Nicht-Pflegebedürftigen. Stationär gepflegte Personen erhalten die meisten Verordnungen, wobei mit steigender Pflegestufe die Anzahl an DDD geringer wird. In der formell-

ambulanten Pflege erhalten Pflegebedürftige mehr Antidepressiva als in der informellen Pflege. Dabei gilt für beide Arrangements, dass die meisten Verordnungen in Pflegestufe II gegeben werden, während sie in Pflegestufe III am seltensten sind. Verglichen mit dem stationären Sektor ist hier also kein sukzessiver Abfall der Verordnungsmengen mit steigender Pflegebedürftigkeit zu beobachten.

Pflegebedürftige bekommen mehr *Antidementiva* verordnet als Menschen ohne SPV-Leistungen. Allerdings sind die Unterschiede nicht so groß wie bei den Psycholeptika und Antidepressiva. Bei informeller Pflege werden die größten Mengen verordnet. Die geringsten Verordnungsmengen sind in Pflegeheimen zu finden. Ab Pflegestufe II erhalten Versicherte dort weniger Antidementiva als Nicht-Pflegebedürftige, aber auch als Pflegebedürftige in häuslicher Pflege. Die könnte ein Indiz für Unterversorgung sein. Dieses Phänomen lässt sich womöglich aber auch durch die unterschiedlichen Schweregrade der Demenzen erklären: Wird unterstellt, dass pflegebedürftige Heimbewohner in stärkerem Maße von schwergradigen Demenzen betroffen sind und dass die Wirkung von Memantin bei hochgradigen Demenzen zumindest umstritten ist, so kann die geringere Verordnungsmenge in Pflegeheimen auch als adäquat angesehen werden.

## 6.3 Diskussion und Ausblick

Abschließend sollen die Ergebnisse zum Schwerpunktthema „regionale Unterschiede in der Versorgung Pflegebedürftiger“ noch einmal zusammenfassend diskutiert werden. Hierzu werden zunächst Fragestellung (Abschnitt 6.3.1) und Methodik der Untersuchung (Abschnitt 6.3.2) noch einmal rekapituliert. Anschließend werden diese Ergebnisse hinsichtlich Versorgungsniveau (Abschnitt 6.3.3), regionalen Disparitäten (Abschnitt 6.3.4), möglichen Ursachen für die Disparitäten (Abschnitt 6.3.5) und Konzepte zur Verbesserung der Versorgungsqualität (Abschnitt 6.3.6) diskutiert.

### 6.3.1 Was wurde untersucht?

Regionale Unterschiede in der Versorgungslandschaft sind bisher nur im geringen Maße beleuchtet worden. Falls regionalbezogene Analysen vorliegen, behandeln diese zumeist ausschließlich den Bereich der ambulanten bzw. stationären Gesundheitsversorgung, wobei die besondere Gruppe der Pflegebedürftigen entweder per se aus der Analyse ausgeschlossen wird, oder aber zumindest nicht gesondert ausgewiesen wird.

Beim Versuch, an dieser Stelle neue Erkenntnisse zu gewinnen, stützen sich die hier vorgestellten Analysen auf zwei hauptsächliche Quellen: Die vom Statistischen Bundesamt herausgegebene Pflegestatistik aus dem Jahre 2007 und die Routinedaten der GEK, die im Vorfeld, um regionale Variablen ergänzt worden sind.

Im ersten, auf der Pflegestatistik beruhenden Teil, sind die Kapazitäten im stationären und ambulanten Sektor anhand von verfügbaren Heimplätzen und Beschäftigtenzahlen dargestellt worden. Danach wurde die Inanspruchnahme analysiert. Sowohl für den ambulanten als auch für den stationären Sektor wurden anschließend die Entgelte un-

tersucht. Alle Daten mit Ausnahme der Entgelte im ambulanten Bereich liegen auf Kreisebene vor. Dementsprechend wurden diese Informationen in einer Deutschlandkarte visuell dargestellt, die nach Kreisen die Ergebnisse darstellt.

Die GEK-Routinedaten sind zunächst dazu verwandt worden, um die Prävalenzen für neurologische und psychische Erkrankungen zu ermitteln. Weiterhin folgte ein Überblick darüber, wie viele Behandlungen durch Allgemeinmediziner und wie viele durch Neurologen oder Psychiater durchgeführt wurden und wie viele Arzneimittel verordnet wurden. Anhand des ATC Codes wurden die Arzneimittel dabei in die Gruppen Psycholeptika, Antidepressiva und Antidementiva klassifiziert. Alle Analysen wurden unter regionalen Aspekten beleuchtet. Zum einen wurde nach dem Gemeindetyp (Agglomerationsraum, verstädterter Raum oder ländlicher Raum) und zum anderen nach Bundesland differenziert. Trotz des Fokus auf regionale Disparitäten wurden weitere Unterschiede, z. B. im Hinblick auf Geschlecht, Alter oder Pflegearrangements ebenfalls thematisiert.

### 6.3.2 Methodik der Versorgungsmessung

Bei der Pflegetatistik handelt es sich um eine zum Stichtag 15.12.2007 durchführte Vollerhebung aller ambulanter und stationärer Pflegeeinrichtungen, sowie aller Pflegegeldleistungsempfänger (Stichtag 31.12.2007). Aufgrund geringerer Prüfmöglichkeiten ist die Statistik über Pflegegeldempfänger etwas ungenauer als die der Pflegeeinrichtungen. Insgesamt ist die Datenqualität aber als gut zu bewerten (Statistisches Bundesamt 2007).

Aus datenschutzrechtlichen Gründen ist eine Veröffentlichung der Ergebnisse für jede Kommune nicht zulässig. Deswegen werden die gemessenen Kapazitäten, die Inanspruchnahme und die Entgelte basierend auf der Ausprägung im jeweiligen Merkmal in Quintile unterteilt und in einer Karte mit je nach Quintil unterschiedlicher Einfärbung ausgegeben. Ein Quintil entspricht per Definition einem Fünftel. Im ersten Quintil befinden sich somit jeweils das Fünftel (oder 20 %) aller Kommunen, die im jeweiligen Merkmal die schwächste Ausprägung aufweisen. Das zweite Quintil beinhaltet alle Merkmalsträger (hier: Kreise und kreisfreie Städte), die sich im darauf folgendem Quintil befinden usw. bis das letzte und fünfte Quintil die ausprägungsstärksten Kommunen des jeweiligen Merkmals beinhaltet.

Für einzelne Fragestellungen wie den Einfluss regionaler Größen auf die Art der Inanspruchnahme der Pflegeversicherung oder der Heimentgelte sind Regressionsmodelle zur statistischen Analyse verwendet worden.

Die Versorgungsleistungen wurden unter Kontrolle des Alters, des Geschlechts, des Familienstands, der Pflegeleistungen, der Pflegestufen, des Erkrankungsspektrums, des Gemeindetyps und des Bundeslandes gemessen. Zum einen wurden die Unterschiede für verschiedene Kategorien von Personen dargestellt, die sich nach Alter, Geschlecht, SPV-Leistung, Gemeindetyp und Bundesland unterscheiden, und zum anderen wurden die Unterschiede nach Alter, Geschlecht, Familienstand, SPV-Leistung in Interaktion

mit Pflegestufe, Erkrankungsarten sowie nach Gemeindetyp und Bundesland mittels Regressionsmodellen statistisch analysiert.

Bei der Interpretation der Ergebnisse muss berücksichtigt werden, dass es methodische Begrenzungen in der Messung der Versorgung und der Erkrankung geben kann. So sind dokumentierte Verordnungen nicht automatisch gleichzusetzen mit durchgeführten Therapien, und die Kodierung der Erkrankungen kann durch andere Faktoren – etwa Abrechnungsfragen beeinflusst und verzerrt werden. Des Weiteren gilt es zu bedenken, dass die Zuweisung der regionalen Variablen von einer guten Datenqualität abhängig ist. Es ist nicht auszuschließen, dass Versicherte ihre Adresse bei einem Umzug nicht mitteilen, so dass diese auch nicht in den Routinedaten auftauchen kann und eine falsche Zuordnung des Gemeindetyps oder Bundeslandes erfolgt.

### 6.3.3 Ausmaß der pflegerischen und medizinischen Versorgung

Anerkannte normative Vorgaben zur Bestimmung „angemessener“ *Kapazitäten* der Pflegeeinrichtungen fehlen (vgl. hierzu schon Rothgang 2000). Werden die Entscheidungen des Pflegebedürftigen und seiner Angehörigen als Maßstab der Bewertung akzeptiert, kann eine allerdings nur tentative Bewertung allenfalls aus einem Abgleich der vorhandenen Kapazitäten und Auslastungen resultieren. Hierbei könnte ein hoher Auslastungsgrad und eine geringe Inanspruchnahme gemeinsam als Indiz für Unterkapazitäten interpretiert werden. In diesem Sinne legen die niedrigen Kapazitäten und die hohe Auslastung stationärer Pflege in Sachsen und Thüringen etwa den Verdacht von Unterkapazitäten nahe. Umgekehrt weisen die niedrigen Auslastungen in Rheinland-Pfalz trotz eher durchschnittlicher Kapazitäten auf ein Überangebot hin. Allerdings werden die Pflegebedürftigen und ihre Angehörigen bei der Wahl des Pflegearranges auch regelmäßig die Entgelthöhen und einige Qualitätsindikatoren berücksichtigen, so dass sich Über- oder Unterangebot immer nur in Bezug auf vorherrschende Preise und Qualitäten zeigen. In diesem Sinne ist es bemerkenswert, dass NRW trotz weit überdurchschnittlicher Preise im stationären Sektor und nicht unterdurchschnittlichen Kapazitäten dennoch über eine hohe Auslastung verfügt.

Für eine ausreichende *medizinische Behandlung* sind regelmäßige Arztkontakte notwendig. Als angemessene Absolutmaße sind durchschnittlich mindestens vier Behandlungen pro Jahr durch Allgemeinmediziner und im Falle psychischer Erkrankungen auch durch Neurologen oder Psychiater gefordert worden. Diese Behandlungshäufigkeiten werden bei Allgemeinärzten erreicht, bei Neurologen bzw. Psychiatern dagegen nicht.

Absolute Zielgrößen zur Verordnungsmenge der untersuchten Arzneimittel kann es pauschal nicht geben. Ein sinnvolles Maß der Verordnungsmenge ist an die Erkrankungen gebunden. Es gibt aber einige Umstände, die es erschweren, eine geeignete Zielgröße für die Verordnungsmenge zu benennen: 1. Die Erkrankungen sind nicht detailliert genug gemessen, um zu einer Beurteilung zu kommen. 2. Die Medikamente werden nicht nur für eine Indikation verordnet, sondern für verschiedene Indikationen. 3. Wenn mehrere ähnliche Indikationen gleichzeitig medikamentös behandelt werden, können einzelne Medikamente in geringerem Maße verordnet werden. 4. Die Messung

beruht auf der Anzahl der DDDs, die aber im Einzelfall nicht die wirkliche tägliche Dosierung wiedergibt. 5. Die Medikamente sind nicht immer in der Art ausgelegt, dass täglich eine Dosis eingenommen werden muss. Viele Medikamente werden nur bei Bedarf verordnet oder eingenommen. Aus diesen Gründen kann es auch für bestimmte Krankheiten keine sinnvollen absoluten Zielgrößen in DDD pro Jahr geben.

Bewertungen können daher nur aus einem Vergleich verschiedener Subgruppen ermittelt werden. Dabei hat sich gezeigt, dass Pflegebedürftige in deutliche höherem Ausmaß Psycholeptika und Antidepressiva verordnet bekommen als nicht pflegebedürftige mit gleichen Diagnosen. Dies kann als ein Hinweis auf eine mögliche Überversorgung oder Fehlversorgung (falls die Arzneimitteltherapie anstelle nicht vorhandener Alternativtherapien durchgeführt wird) gedeutet werden. Antidementiva werden bei Pflegebedürftigen in vollstationärer Pflege dagegen in den Pflegestufen II und III weniger verordnet als bei nicht pflegebedürftigen Personen mit gleicher Diagnose. Dies könnte ein Hinweis für eine Unterversorgung sein, kann aber auch als Effekt eines höheren Anteils höhergradiger Demenzen im Pflegeheim gedeutet werden, für die eine Arzneimitteltherapie mit Antidementiva umstritten ist.

### 6.3.4 Disparitäten in der Versorgung

Bezug nehmend auf das Schwerpunktthema werden regionale Unterschiede untersucht. Hierbei wird der Fokus auf zwei Differenzierungsarten gelegt. Zum einen werden Unterschiede nach Bundesländern betrachtet, um beispielsweise mögliche Nord-Süd- oder West-Ost-Gefälle ausfindig zu machen. Zum anderen werden Unterschiede hinsichtlich des Gemeindetyps dargestellt. Auf beide Differenzierungsarten wird nachfolgend noch einmal eingegangen.

#### 6.3.4.1 Versorgung nach Bundesländern

Erhebliche Unterschiede ergeben sich hinsichtlich der Kapazitäten, der Inanspruchnahme und der Entgelte. Sehr auffällig sind hierbei Differenzen im Ost-West Vergleich. Während in den alten Bundesländern höhere Kapazitäten im stationären Sektor und insbesondere deutlich mehr Beschäftigte pro Heimbewohner vorzufinden sind, verfügen die neuen Länder über deutlich höhere Kapazitäten im ambulanten Sektor. Eine Tendenz zur ambulanten Pflege im Osten der Bundesrepublik kann auch aus der Inanspruchnahme abgelesen werden. Nach den Stadtstaaten Bremen und Hamburg sind die höchsten Anteile formell-ambulant versorger Pflegebedürftiger in den neuen Bundesländern (einschließlich Berlin) zu verzeichnen. Insgesamt ist der Osten der Republik damit stärker durch die ambulante Pflege geprägt als der Westen.

Im Hinblick auf die Höhe der Entgelte weisen die alten Bundesländern ein weitaus höheres Niveau auf, was sowohl für den ambulanten wie auch stationären Sektor gilt. In NRW werden die höchsten Heimentgelte gezahlt, gefolgt von Bayern und Baden-Württemberg. Baden-Württemberg zählt zudem neben Hessen zu den kostenintensivsten Bundesländern in der ambulanten Pflege, wohingegen in den neuen Bundesländern die niedrigsten Entgelte gezahlt werden.

Erhebliche Unterschiede in der Prävalenz der neurologischen und psychischen Erkrankungen sind nicht beobachtet worden. Bei bestimmten Erkrankungen gibt es dennoch Unterschiede, die einer genaueren Analyse bedürfen. Dies gilt besonders für die Depression, für die in Ostdeutschland sowohl unter Männern als auch unter Frauen niedrigere Prävalenzen zu verzeichnen sind.

Weiterhin ist in den neuen Bundesländern eine etwas höhere Behandlungshäufigkeit durch Allgemeinmediziner festzustellen. In den hoch verdichteten Bundesländern NRW, Hamburg und Berlin hingegen ist die Behandlungsdichte am geringsten. Nur für diese drei Länder ermittelt das Regressionsmodell statistisch signifikante Effekte: Allerdings ist die Zahl der Behandlungen durch Neurologen und Psychiater diesmal überdurchschnittlich.

Auch in der Arzneimittelversorgung liegen bundeslandspezifische Charakteristika vor. So werden weniger Psycholeptika in den neuen Bundesländern verordnet als in den alten. Verordnungen der Antidepressiva weisen mit Ausnahme Berlins, einem Land mit wenigen Verordnungen, keine sonderlichen Differenzen auf. Deskriptiv betrachtet sind in der Verordnung von Antidementiva Unterschiede nach Bundesländern erkennbar, die jedoch unter Kontrolle anderer Variablen im Regressionsmodell sämtlich nicht signifikant sind.

#### 6.3.4.2 Versorgung nach Gemeindetyp

Die Prävalenz von Pflegebedürftigen unterscheidet sich nach Gemeindetyp: In Agglomerationsräumen finden sich die wenigsten Pflegebedürftigen, während die Prävalenz in ländlichen Räumen am höchsten ist. Hinsichtlich der Wahl der Pflegearrangements ist der Einfluss des Gemeindetyps nicht sehr groß. Festzuhalten ist jedoch eine leichte Tendenz zur höheren Inanspruchnahme der Geldleistungen und einer etwas ausgeprägteren Tendenz zu stationärer Pflege in Agglomerationsräumen. Für ländliche Regionen ergibt sich dementsprechend ein umgekehrtes Bild und der verstädterte Raum nimmt eine Mittelposition ein.

Heimentgelte sind in Agglomerationsräumen am höchsten. Der Unterschied zwischen verstädterten und ländlichen Räumen fällt dagegen geringer aus. Gleichzeitig sind Entgelte höher, sofern sich die Heime in kreisfreien Städten und nicht in Landkreisen befinden.

Hinsichtlich der betrachteten neurologischen und psychischen Erkrankungen lassen sich kaum Unterschiede in der Erkrankungshäufigkeit in Abhängigkeit vom Gemeindetyp feststellen. Mit größter Vorsicht kann lediglich unter Männern eine leicht erhöhte Prävalenz der Depression im verstädterten Raum festgestellt werden.

Die Behandlungshäufigkeit durch Allgemeinärzte nimmt mit dem Agglomerationsgrad ab: Am häufigsten sehen demnach Versicherte in ländlichen Räumen einen Allgemeinmediziner und am seltensten die Versicherten in Agglomerationsräumen. Bei der Behandlungshäufigkeit durch Neurologen oder Psychiater ergibt sich das umgekehrte Bild: Hier finden die meisten Kontakte in Agglomerationsräumen und die wenigsten in ländlichen Räumen statt.

Während für Antidementiva keine Besonderheiten nach Gemeindetyp zu beobachten sind, zeigen sich sowohl für Psycholeptika als auch für Antidepressiva Effekte. Beide Arzneimittelgruppen werden am wenigsten in Agglomerationsräumen und am häufigsten in ländlichen Räumen verordnet.

### 6.3.5 Mögliche Ursachen für die Disparitäten in der Versorgung

Vielfach, aber insbesondere bezüglich der Inanspruchnahme und Entgelte, ist unter den Bundesländern ein Ost-West-Gefälle beschrieben worden. Hinsichtlich der Inanspruchnahme spielt der ambulante Sektor in den neuen Bundesländern eine viel größere als in den alten Bundesländern, in denen allerdings auch höhere Heimentgelte zu finden sind. Augurzky et al. (2007) versuchten in ihrer Untersuchung die Gründe für unterschiedlich hohe *Heimentgelte* zu erläutern, wobei die Untersuchung allerdings die ostdeutschen Bundesländer nicht berücksichtigte. Demnach gelten als Determinanten für die Höhe der Heimentgelte die Bewohnerstruktur (Heimentgelt steigt mit höherem Anteil Pflegebedürftiger in höheren Pflegestufen), der Personaleinsatz und der Anteil der privaten Anbieter (mit höherem Anteil sinkt das Heimentgelt), welche die Wettbewerbsintensität zum Ausdruck bringen sollen. Äquivalent zu unseren Ergebnissen wurden signifikant niedrigere Heimentgelte in ländlichen Räumen festgestellt. Zudem steigen diese mit dem Pro-Kopf-Einkommen der Kommune.

Im Hinblick auf die Wahl des Pflegearrangements hat die Unterscheidung nach Gemeindetyp keine eindeutigen Ergebnisse erbracht. So ist eher davon auszugehen, dass nicht der Gemeindetyp an sich, sondern andere in ihm zu beobachtende Faktoren eine Rolle spielen. Arbeitslosigkeit und die Haushaltsgröße nehmen hierbei eine gewichtige Stellung ein. Je mehr Personen in einem Haushalt leben, desto unwahrscheinlicher ist es, dass ein stationäres Pflegearrangement gewählt wird. Zu den haushaltsökonomischen Erwägungen bei der Wahl des Pflegearrangements gehören auch das Zeitbudget der potentiellen Pflegeperson und die ökonomische Lage: einkommensschwächere Haushalte werden dabei eher ein informelles Pflegearrangement wählen, das – über das Pflegegeld – das Haushaltseinkommen erhöht, während vollstationäre Pflege wegen der erheblichen Eigenanteile das Einkommen reduziert. In Regionen mit einer hohen Arbeitslosigkeit sind daher Geldleistungen ein häufig gewähltes Arrangement. Neben der sich aus der Arbeitslosigkeit ableitenden verfügbaren Zeit, kann das Pflegegeld als eine zusätzliche Einnahmequelle angesehen werden..

Für die *Prävalenz* der neurologischen und psychischen Krankheiten konnten keine wesentlichen Unterschiede nach Gemeindetyp gefunden werden. In der Literatur hingegen ist mehrfach von höheren Erkrankungshäufigkeiten psychischer Erkrankungen in urbanen Regionen berichtet worden (Peen et al. 2009). Hierbei wird jedoch nicht speziell auf die ältere Bevölkerung abgestellt. Des Weiteren lassen internationale Studien keine einfache Übertragbarkeit auf Deutschland zu.

Da kein Zusammenhang zwischen den hier betrachteten Erkrankungen und den Gemeindetypen besteht, könnte erwartet werden, dass auch die Behandlungshäufigkeit nicht nach Gemeindetypen differenziert. Tatsächlich sind aber genau solche Unterschiede zu beobachten. Allgemeinmediziner sind eher in ländlichen Regionen zu fin-

den; Fachärzte sind hingegen seltener. Der Mangel an Fachärzten in ländlichen Regionen führt dazu, dass Versicherte anstelle von Fachärzten oftmals Allgemeinmediziner aufsuchen müssen. Weitere Wege zu Fachärzten werden mit zunehmendem Alter vor allem durch Mobilitätseinbußen zusätzlich erschwert. In Agglomerationsräumen hingegen ist das Angebot an Fachärzten größer, so dass Versicherte eher einen Kontakt zum Facharzt herstellen können. Wären Allgemeinarzt und Fachärzte vollkommene Substitute, wäre dies unerheblich. Da dies aber nicht der Fall ist, muss von einer fachärztlichen Unterversorgung des ländlichen Raums mit Neurologen und Psychiatern ausgegangen werden.

Regional unterschiedliche Verordnungsmengen von Arzneimitteln sind in der Bundesrepublik bekannt. Im ersten Quartal 2009 wurden in Baden-Württemberg 145.228 DDD je 1000 GKV-Versicherte verordnet, während es in Mecklenburg-Vorpommern 210.732 DDD waren (GKV-Spitzenverband 2009). In den vorstehenden Analysen finden sich auch Effekte des Gemeindetyps. So wurden mehr Verordnungen von Psycholeptika und Antidepressiva in verständerten, aber vor allem in ländlichen Räumen als in Agglomerationsräumen gemessen. Regionale Unterschiede in den Verordnungsmengen könnten einerseits das Resultat einer unangemessenen Versorgung sein (Über- oder Unterversorgung). Andererseits könnten sie aber auch wegen einer im nahen Umfeld nicht verfügbaren adäquaten Versorgung die zweitbeste Versorgungsmöglichkeit sein, die dann streng genommen als Fehlversorgung gefasst werden sollte.

### 6.3.6 Konzepte zur Verbesserung der Versorgungsqualität

Bereits vor mehreren Jahren ist auf die mögliche Unterversorgung ländlicher Gebiete hingewiesen worden. Daraufhin wird empfohlen, in ländlichen Gebieten eine wohnortnahe ambulante Versorgung auch bei schweren Erkrankungen durch Gesundheitszentren oder Praxisnetze sicherzustellen, die dann auch einen Teil der stationären Behandlungen ersetzen könnte (Enquête Kommission Demographischer Wandel 2002).

Die hausärztliche Versorgung in ländlichen Gebieten wird in Deutschland in den letzten Jahren intensiv diskutiert. Die vorstehenden Analysen konnten diesbezüglich keine Probleme aufzeigen. Allerdings werden Engpässe bei der hausärztlichen Versorgung vor allem für die Zukunft erwartet. Eine Bestandsaufnahme der aktuellen Situation kann derartige zukünftige Probleme natürlich nicht aufdecken. Weiterhin werden kleinräumige Probleme durch das höhere Aggregationsniveau ausgeblendet. Tatsächlich weist die Bundesrepublik eine im internationalen Vergleich sehr hohe Hausarztdichte auf. Die Problematik einer möglichen zukünftigen Unterversorgung in bestimmten ländlichen Regionen resultiert daher vor allem aus einer ungleichmäßigen Verteilung der Ärzte in der Fläche. Um für die Zukunft eine gleichmäßige Verteilung der Ärzte zu erreichen, schlägt Schmacke (2006) vor, Medizinstudenten bereits im Studium für eine spätere Aufgabe in dünn besiedelten Regionen zu rekrutieren.

Auch wenn derartige Maßnahmen verbunden mit finanziellen Anreizen<sup>101</sup> zu einer besseren räumlichen Verteilung führen würden, bleibt unklar, ob die Anzahl der Ärzte ausreichen wird. Es stellt sich daher auch die Frage, ob und wie das deutsche sehr arztkentrierte Gesundheitssystem umgebaut werden kann. Ein viel diskutiertes Konzept besteht in einer engeren Kooperation der medizinischen mit den pflegerischen Berufen. Aktuell werden dazu verschiedene Modellprojekte durchgeführt, von denen AGnES (Arztentlastende, Gemeinde-nahe, e-Health gestützte, systemische Intervention) das bekannteste sein dürfte (vgl. van den Berg et al. 2009). Eine speziell ausgebildete Krankenschwester steht hierbei mit Hilfe neuer Kommunikationstechnologie in Kontakt mit dem Arzt, so dass sie diesen von Hausbesuchen entlasten kann. Sowohl Ärzte als auch Patienten zeigen sich sehr zufrieden mit dem Projekt. Mittlerweile haben sich neben AGnES auch MoPras (Mobile Praxisassistentinnen) und Verah (Versorgungsassistentinnen in der Hausarztpflege) als verwandte Projekte entwickelt.

Es sind jedoch auch „kleinere“ Maßnahmen denkbar, welche die Möglichkeit böten, die Defizite in ländlichen Regionen zu reduzieren. So schlägt der Sachverständigenrat im Gesundheitswesen (2009) vor, dass umgebungsnahe Haus- und Fachärzte in benachbarten Städten (oder kleineren Einheiten) zumindest einmal wöchentlich ihren Dienst leisten. Ein weiterer Vorschlag besteht darin, die Zulassungszahlen im Medizinstudium zu vergrößern.

Insgesamt ist nicht viel über Konzepte zur Verbesserung der Versorgungsqualität im Hinblick auf regionale Unterschiede bekannt. Als Grund hierfür kann die erst recht junge Forschung gesehen werden, die sich erst langsam der regionalen Disparitäten im verstärkten Maße annimmt. Bislang ist noch nicht genügend Wissen vorhanden, um gezielte Konzepte ableiten zu können. Der Schwerpunkt dieses Reports sollte hierzu einen Beitrag leisten.

---

<sup>101</sup> Ab dem Jahre 2010 können auf Basis des neuen § 87a Abs. 2 SGB V Zuschläge in der vertragsärztlichen Versorgung gewährt werden, wenn Ärzte in Gebieten praktizieren, in denen ansonsten eine Unterversorgung droht.

## 7 Literatur

- Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) (2002): Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Psychotherapeutische Medizin (DGPM), Deutsche Gesellschaft für Psychoanalyse, Psychotherapie, Psychosomatik und Tiefenpsychologie (DGPT), Deutsches Kollegium Psychosomatische Medizin (DKPM), Allgemeine Ärztliche Gesellschaft für Psychotherapie (AÄGP). Psychotherapie der Depression. URL: <http://www.heinrich-heineuniversitaet.de/WWW/AWMF/I/na/051-023.htm>, (aktuell am 04.10.2009)
- Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) (2005): Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN). Schizophrenie, Kurzfassung. URL: <http://www.uni-duesseldorf.de/AWMF/I/038-009.htm>, (aktuell am 01.10.2008)
- Augurzky, B.; Borchert, L.; Deppisch, R.; Krolop, S.; Mennicken, R.; Preuss, M.; Rothgang, H.; Stocker-Müller, M.; Wasem, J. (2007): Gründe für die Höhe der Heimentgelte in den stationären Pflegeeinrichtungen in Nordrhein-Westfalen, Wissenschaftliches Gutachten im Auftrag des Ministeriums für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen, RWI-Projektbericht.
- Babitsch, B. (2005): Soziale Ungleichheit, Geschlecht und Gesundheit. Bern: Hans Huber.
- Bauer, U.; Bittlingmayer, U.; Richter, M. (Hrsg.) (2008): Health inequalities. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften
- Bebbington, A.C. (1988): The expectation of life without disability in England and Wales. In: Social Science and Medicine 27: S.321–326.
- Becher, U.; Hermanns, H. (1997): Untersuchungsbericht zur Befragung bei Betreuten des Modellversuchs zur Umsetzung der Vergütung nach Leistungskomplexen in der ambulanten Pflege (Modulsystem). Verfügbar unter: <http://forge.fh-potsdam.de/~hermanns/harry2.pdf> [04.08.09].
- Beck, B.; Dallinger, U.; Naegele, G.; Reichert, M. (1997): Vereinbarkeit von Erwerbstätigkeit und Pflege. Schriftenreihe des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, Band 106/1. Stuttgart: Kohlhammer.
- Becker, C.; Eichner, B.; Lindemann, B.; Sturm, E.; Rißmann, U.; Kron, M. (2003): Fähigkeiten und Einschränkungen von Heimbewohnern. Eine Querschnittserhebung mit dem Minimum Data Set des Resident Assessment Instruments. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, 36, 4: 260–265.
- Beckmann, R. (1992): Untersuchungen zur ärztlichen Betreuung Pflegebedürftiger: Modellpraxis in einem Alten- und Pflegeheim. Berlin: Deutsches Zentrum für Altersfragen

- Beland, F. (1984): The decision of elderly persons to leave their homes. In: The Gerontologist 24: S.179-185.
- Bickel, H. (1996): Pflegebedürftigkeit im Alter – Ergebnisse einer populationsbezogenen retrospektiven Längsschnittstudie. In: Das Gesundheitswesen (58): S. 56-62.
- Bickel, H. (2001): Lebenserwartung und Pflegebedürftigkeit in Deutschland. In: Das Gesundheitswesen; 63., S.9-14.
- Bickel, H.; Jaeger, J. (1986): Die Inanspruchnahme von Heimen im Alter. In: Zeitschrift für Gerontologie 19: S. 30-39.
- Blinkert, B. /Klie, T. (1999): Pflege im Wandel. Studie zur Situation häuslich versorger Pflegebedürftiger. Hannover: Vincentz.
- Blinkert, B.; Klie, T. (2000): Pflegekulturelle Orientierungen und soziale Milieus, in: Sozialer Fortschritt, Heft 10: 237-245.
- BMG [=Bundesministerium für Gesundheit] (Hrsg.) (2001). Zweiter Bericht über die Entwicklung der Pflegeversicherung. Drucksache 14/5590.
- BMG [=Bundesministerium für Gesundheit] (Hrsg.) (2008). Vierter Bericht über die Entwicklung der Pflegeversicherung. Drucksache 16/7772.
- Bolin, K.; Lindgren, B.; Lundborg, P. (2008): Your Next Kin or Your Own Career? Caring and Working Among the 50+ of Europe. In: Journal of Health Economics, 27, S.718-738.
- Borchert, L. (2008): Soziale Ungleichheit und Gesundheitsrisiken älterer Menschen: Eine empirische Längsschnittanalyse unter Berücksichtigung von Morbidität, Pflegebedürftigkeit und Mortalität. Augsburg: Maro
- Börsch-Supan, A.; Brugiavini, A.; Jürges, H.; Kapteyn, A.; Mackenbach, J.; Siegrist, J.; Weber, G. (2005): Health, Ageing and Retirement in Europe – First Results from the Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe. Mannheim: Mannheim Research Institute for the Economics of Aging (MEA).
- Börsch-Supan, A.; Brugiavini, A.; Jürges, H.; Kapteyn, A.; Mackenbach, J.; Siegrist, J.; Weber, G. (2008): First Results from the Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (2004-2007). Starting the Longitudinal Dimension. Mannheim: Mannheim Research Institute for the Economics of Aging (MEA).
- Brandt, M.; Haberkern, K.; Szydlik, M. (2009): Intergenerational Help and Care in Europe. In: European Sociological Review, 25, S.585-601.
- Bundesamt für Bauwesen und Raumordnung (BBR) (Hrsg.) (2008): (INKAR) Indikatoren, Karten und Graphiken zur Raum- und Stadtentwicklung in Deutschland und in Europa 2007

- BBSR [= Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung] (2008): Laufende Raumbeobachtung – Raumabgrenzungen. URL: [http://www.bbsr.bund.de/nn\\_103086/BBSR/DE/Raumbeobachtung/Werkzeuge/Raumabgrenzungen/SiedlungsstrukturelleGebietstypen/Gemeindetypen/gemeindetypen.html](http://www.bbsr.bund.de/nn_103086/BBSR/DE/Raumbeobachtung/Werkzeuge/Raumabgrenzungen/SiedlungsstrukturelleGebietstypen/Gemeindetypen/gemeindetypen.html) [aktuell am 13.08.2009]
- Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung (Hrsg.) (2001): Lebenslagen in Deutschland: Erster Armuts- und Reichtumsbericht. Drucksache 14/5590.
- Büscher, A.; Budroni, H.; Hartenstein, A.; Holle, B.; Vosseler, B. (2007): Auswirkungen von Vergütungsregelungen in der häuslichen Pflege. *Pflege & Gesellschaft*, 12, 4: 343-359.
- Büscher, A.; Wingenfeld, K. (2009): Pflegebedürftigkeit und Pflegeleistungen, in: Dräther, H.; Jacobs, K.; Rothgang, H. (Hg.): *Fokus Pflegeversicherung. Nach der Reform ist vor der Reform*. Berlin: KomPart-Verlag, 257-281.
- Callegaro, L.; Pasini, G. (2008): Informal Care and Labour Force Participation: The Economics of Family Networks. In: Börsch-Supan, A. et al. (Ed.): *First Results from the Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (2004-2007). Starting the Longitudinal Dimension*. Mannheim: Mannheim Research Institute for the Economics of Ageing (MEA), S. 197-203.
- Cambois, E.; Robine, J. M. (1996): Long-Term Care: Economic Issues and Policy Solutions. In: Eisen, R.; Sloan, F. A. (Ed.): *An International Comparison of Trends in Disability-Free Life Expectancy*: 11-23.
- CDU/CSU, SPD (2005): Koalitionsvertrag von CDU, CSU und SPD. Gemeinsam für Deutschland. Mit Mut und Menschlichkeit. URL: <http://www.cducsu.de/upload/koavertrag0509.pdf> [aktuell am 11.10.2009]
- Crespo, L. (2006): Caring for Parents and Employment Status of European Mid-Life Women: CEMFI Working Paper No. 0615.
- Crespo, L.; Mira, P. (2008): Caring for Parants and Employment of European Middle-Aged Women. In: Börsch-Supan, A. et al. (Ed.): *First Results from the Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (2004-2007). Starting the Longitudinal Dimension*. Mannheim: Mannheim Research Institute for the Economics of Ageing (MEA), S. 263-268.
- Deutsche Gesellschaft für Neurologie (2003): Degenerative Erkrankungen. Diagnostik degenerativer Demenzen (Morbus Alzheimer, Frontotemporale Demenz, Lewy-Körperchen-Demenz). URL: <http://www.dgn.org/fileadmin/leitl05/ DiagnostikDemenzen.pdf> (aktuell am 04.10.2009).
- Deutscher Bundestag (2009): Antwort der Bundesregierung auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Heinz Lanfermann, Daniel Bahr (Münster), Dr. Konrad Schily, weiterer Abgeordneter und der Fraktion der FDP – Drucksache 16/13242. Elektronische Vorab-Fassung: <http://dip21.bundestag.de/dip21/btd/16/133/1613328.pdf>.

- DIMDI [=Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information] (2005): ICD-10-GM. Version 2006. Systematisches Verzeichnis. URL: <http://www.dimdi.de/dynamic/de/klassi/downloadcenter/icd-10-gm/vorgaenger/version2006/systematik/x1gbp2006.zip> (aktuell am 21.07.2008).
- Dinkel, R.H. (1984): Sterblichkeit in Perioden- und Kohortenbetrachtung, In: Zeitschrift für Bevölkerungswissenschaft, 10: S.477-500.
- Dooblhammer, G.; Westphal, C.; Ziegler, U. (2006): Pflegende Angehörige brauchen mehr Unterstützung: Bedarfsprognosen zeigen Anstieg häuslichen Pflegepotenzials in Deutschland bis 2030. In: Demografische Forschung Aus Erster Hand, Nr.4.
- Döhner, H.; Rothgang, H. (2006): Pflegebedürftigkeit. Zur Bedeutung der familialen Pflege für die Sicherung der Langzeitpflege, in: Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz, Vol. 49, No. 6: 583-594
- Douma, E. (1999): Das Spiel gewinnen: SGB XI Einzelverhandlung mit den Kostenträgern ambulanter Leistungen (2). Forum Sozialstation, 99: 20-27.
- Drähter, H.; Jacobs, K.; Rothgang, H. (2009): Fokus Pflegeversicherung. Berlin: WIdO.
- Enquête Kommission Demographischer Wandel (2002): Herausforderungen unserer älter werdenden Gesellschaft an den Einzelnen und die Politik. Drucksache 14/8800.
- Eurofamcare Consortium (2006): Services for Supporting Family Carers of Older Dependent People in Europe: Characteristics, Coverage and Usage. The Trans-European Survey Report. Hamburg University Medical Centre of Hamburg-Eppendorf.
- Filipp, S.-H., Ferring, D. (1989): Zur Alters- und Bereichsspezifität subjektiven Alterserlebens. In: Zeitschrift für Entwicklungspsychologie und Pädagogische Psychologie 21: S.279-293.
- GKV-Spitzenverband (2009): Arzneimittel-Schnellinformation nach § 84 Abs. 5 SGB V. Auswertung für Januar bis April 2009
- Glaeske, G.; Janhsen, K.; Schicktanz, C. (2009): GEK-Arzneimittel-report. St. Augustin: Asgard.
- Grobe, T.; Dörning, H.; Schwartz, F. (2007): GEK-Report. Ambulant-ärztliche Versorgung 2007. St. Augustin: Asgard.
- Haberkern, K.; Szydlik, M. (2008): Pflege der Eltern - Ein europäischer Vergleich. In: Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie, 60, S.78-101.
- Hallauer, J. (2005): Medikation von Heimbewohnern mit Demenz. Patienten sind unter- und fehlversorgt. In: Függen, I.; Hallauer, J. (Hrsg.): Zukunftsforum Demenz. Demenzbehandlung in Pflegeheimen – Wirklichkeit, Chancen und Grenzen. Vol. 16. Berlin, 31-38.

- Hallauer, J.; Bienstein, C.; Lehr, U.; Rönsch, H. (2005): SÄVIP - Studie zur ärztlichen Versorgung in Pflegeheimen. Hannover: Vincentz Network Marketing Service.
- Hank, K.; Stuck, S. (2007): Ehrenamt, Netzwerkhilfe und Pflege in Europa - Komplementäre oder konkurrierende Dimensionen produktiven Alterns? Mannheim Research Institute for the Economics of Aging: Working Paper 123.
- Hartwig, J.; Heese, K.; Waller, H.; Machleidt, W. (2005): Zur Versorgung von psychisch kranken Altenheimbewohner/innen im Landkreis Uelzen, in: Gesundheitswesen 67, 274-279.
- Haudidier, B. (1996): Vergleich der Sterblichkeitsentwicklung in der Bundesrepublik Deutschland und in Frankreich 1950 bis 1989. In: Dinkel, R. H.; Höhn, C.; Scholz, R. D. (Hrsg.): Sterblichkeitsentwicklung unter besonderer Berücksichtigung des Kohortenansatzes, Boldt im Oldenbourg-Verlag: S.139-152.
- Herdt, J.; Rudolph, B.; Stegmüller, K.; Gerlinger, T. (2000): Wissenschaftliche Untersuchung der unterschiedlichen Vergütungssystematiken in der ambulanten Pflege. HLT-Report Nr.: 608. Wiesbaden: HLT Gesellschaft für Forschung Planung Entwicklung mbH.
- Heymann, R.; Weitmann, K.; Weiß, S.; Thierfelder, D.; Fleßa, S.; Hoffmann, W. (2009): Bevölkerungsdichte, Altersverteilung und Urbanität als Einflussfaktoren der Hausbesuchshäufigkeit – eine Analyse für Mecklenburg-Vorpommern. Gesundheitswesen, 71, 7: 423-428.
- Hibbeler, B. (2005): Pflegeheime: Schlechte Noten für die ärztliche Versorgung. Deutsches Ärzteblatt 102, 41.
- Hibbeler, B. (2007): Ärztliche Versorgung in Pflegeheimen: Von Kooperationen profitieren alle. Deutsches Ärzteblatt, 104, 48: 2901-2908.
- Holden, K.; McBride, T.; Perozek, M. (1997): Expectations of nursing home use in the Health and Retirement Study: the role of gender, health, and family characteristics. In: Journal of Gerontology, Psychological Sciences and Social Sciences 52: S.240-S251.
- Holstein, B. E.; Currie, C.; Boyce, W.; Damsgaard, M. T.; Gobina, I.; Kökönyei, G.; Hetland, J. et al. (2009): Socio-economic inequality in multiple health complaints among adolescents: international comparative study in 37 countries. International Journal of Public Health, 54, S.260-S270.
- Höpflinger, F. (2002): Männer im Alter – Eine Grundlagenstudie. Zürich: Pro Senectute.
- Igl, G. (2009): Bisherige Erfahrungen und Defizite der Pflegeversicherung und die Reform 2008 – aus sozialrechtlicher Sicht. In: Bieback, K.-J. (Hrsg.), Die Reform der Pflegeversicherung 2008. Münster: Lit-Verlag, 41-68.

- ITSG [=Informationstechnische Servicestelle der Gesetzlichen Krankenversicherung] (2007): Technische Anlage zum Vertrag über den Datenaustausch auf Datenträgern zwischen den Spitzenverbänden der gesetzlichen Krankenversicherung und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung. URL:[http://www.datenaustausch.de/lev/tp1/ta/download/TA1.14\\_v\\_180507.doc](http://www.datenaustausch.de/lev/tp1/ta/download/TA1.14_v_180507.doc) [aktuell am 04.10.09].
- IQWiG [= Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen] (2009): Memantin bei Alzheimer Demenz. IQWiG-Berichte – Jahr: 2009 Nr. 59. URL: [http://www.iqwig.de/download/A05-19C\\_Abschlussbericht\\_Memantin\\_bei\\_Alzheimer\\_Demenz.pdf](http://www.iqwig.de/download/A05-19C_Abschlussbericht_Memantin_bei_Alzheimer_Demenz.pdf) [aktuell am 4.11.2009].
- Jacobzone S., Cambois E., Chaplain E., Robine JM. (1998): Long term care services to older people, a perspective on future needs: the impact of improving health of older people. OECD Working Paper AWP 4.2.
- Jacobzone, S. (1999): An Overview of International Perspectives in the Field of Ageing and Care for Frail Elderly Persons, Labour Market and Social Policy Occasional Papers n° 38, OECD, Paris.
- Kaplan, G.; Pamuk, E.; Lynch, J.; Cohen, R.; Balfour, J. (1996): Inequality in income and mortality in the United States: analysis of mortality and potential pathways. British Medical Journal, 312, S.999-1003.
- Kantzenbach, E. (1996): Die Funktionsfähigkeit des Wettbewerbs. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Kawachi, I.; Kennedy, B.; Lochner, K.; Prothrow-Smith, D. (1997): Social capital, income inequality and mortality. American Journal of Public Health 87, S.1491-1498.
- KDA (Kuratorium Deutsche Altershilfe) (1992): Pflegende Angehörige zwischen Pflege und Beruf – Wie Unternehmen helfen können, in: Pressedienst des Kuratorium Deutsche Altershilfe, Nr. 1/1992, Köln: Eigenverlag, 5.
- Kennedy, B. P.; Kawachi, I.; Prothrow-Stith, D. (1996): Income distribution and mortality: cross-sectional ecological study of the Robin Hood index in the United States. British Medical Journal, 312, S.1004-1007.
- Klein, T. (1998): Der Heimeintritt alter Menschen – Ergebnisse einer Repräsentativerhebung in den Einrichtungen der stationären Altenpflege. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 31: S.407–416.
- Klein, T.; Salaske I. (1994): Die Bedeutung sozialer Beziehungen für den Heimeintritt im Alter. In: Zeitschrift für Sozialreform, 40, S.641-661.
- Klein, T.; Salaske, I.; Schilling, H.; Schneider, S.; Wunder, E., (1997): Altenheimbewohner in Deutschland: Sozialstrukturelle Charakteristiken und die Wahl des Heims. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 30 S.54-67

- Klein, T.; Unger, R. (1999): Aktive Lebenserwartung in der Bundesrepublik, Das Gesundheitswesen 61: S.168-178.
- Klein, T.; Unger, R. (2001): Einkommen, Gesundheit und Mortalität in Deutschland, Grossbritannien und den USA. In: Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie, 53, S.96-110.
- Klose, J.; Rehbein, I.; Uhlemann, T. (2007): Ärzteatlas – Daten zur Versorgungsdichte von Vertragsärzten. Bonn: Wissenschaftliches Institut der AOK .
- Kotek, H. (2005): Acht Jahre “Berliner Projekt” in der stationären Pflege. Hohe Qualität, weniger Kosten. In: Füsgen, I.; Hallauer, J. (Hrsg.): Zukunftsforum Demenz. Demenzbehandlung in Pflegeheimen - Wirklichkeit, Chancen und Grenzen. Vol. 16. Berlin, 51-57.
- Kreienbrock, L.; Schach, S. (2005): Epidemiologische Methoden. München: Spektrum Akademischer Verlag.
- KV-Blatt-Redaktion (2007): Pflege – das Berliner Projekt. Verfügbar unter: [http://www.kvberlin.de/40presse/30kvblatt/2007/10/30\\_titelthema/kv\\_bj.html](http://www.kvberlin.de/40presse/30kvblatt/2007/10/30_titelthema/kv_bj.html) [04.10.09].
- Lampert, T.; Saß, A.; Häflinger, M.; Ziese, T. (2005): Armut, soziale Ungleichheit und Gesundheit: Expertise des Robert Koch-Instituts zum 2. Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung. Berlin: Robert Koch-Institut.
- Lamura, G.; Mnich, E.; Wojszel, B.; Nolan, M.; Krevers, B.; Mestheneos, L.; Döhner, H. (2006): Erfahrungen von pflegenden Angehörigen älterer Menschen in Europa bei der Inanspruchnahme von Unterstützungsleistungen. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, 39, S. 429-442.
- Land, K.C.; Guralnik, J.M.; Blazer, D.G. (1994): Estimating Increment-Decrement Life Tables with Multiple Covariates from Panel Data: The Case of Active Life Expectancy, Demography 31, S. 297-319.
- Lieberman, M. A.; Kramer, J. (1991): Factors affecting decisions to institutionalize demented elderly. In: The Gerontologist 31: S.371- 74.
- Lindrooth, R. C.; Hoerger, Thomas. J.; Norton, E. C. (2000): Expectations among the elderly about nursing home entry. In: Health Services Research, 35, S.1181-1202.
- Litwin, H.; Attias-Donfut (2009): The Inter-Relationship Between Formal and Informal Care: a Study in France and Israel. In: Ageing & Society, 29, S.71-91.
- Luck, T.; Luppa, M.; Weber, S.; Matschinger, H.; Glaesmer, H.; König, H.-H.; Angermeyer, M. C. (2008): Time until Institutionalization in Incident Dementia Cases - Results of the Leipzig Longitudinal Study of the Aged (LEILA 75+). In: Neuroepidemiology, 31, S.100-108.

- Mager, H.-C. (1999): Pflegebedürftigkeit im Alter – Dimensionen und Determinanten. In: Eisen, R.; Mager, H.-C. (Hrsg.): Pflegebedürftigkeit und Pflegeversicherung in ausgewählten Ländern. Opladen: Leske+Budrich. S.29-77.
- Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen (MDS) (2004): Qualität in der ambulanten und stationären Pflege. 1. Bericht des Medizinischen Dienstes der Spitzenverbände der Krankenkassen (MDS) nach § 118 Abs. 4 SGB XI. URL: [http://www.mds-ev.org/aktuelles/download/Bericht-118-XI\\_QS-Pflege.pdf](http://www.mds-ev.org/aktuelles/download/Bericht-118-XI_QS-Pflege.pdf). [aktuell am 14.06.2008].
- Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen (MDS) (2004): Pflegebericht des Medizinischen Dienstes (MDS) 2007-2008. Essen: MDS.
- Meyer, M.; Kofahl, C.; Kubesch, N. (2007): Literature – State of the art. In: Döhner, H.; Kofahl, C.; Lüdecke, D; Mnich, E (Hrsg.): Eurofamcare. Services for Supporting Family Carers of Older Dependent People in Europe: Characteristics, Coverage and Usage The National Survey Report for Germany, Hamburg, S.16-44.
- Michell-Auli, P. (2009): Pflegeberatung und Pflegestützpunkte – Eine neue Form der wohnortbezogenen Beratung und Versorgung, in: Dräther, H.; Jacobs, K.; Rothgang, H. (Hg.): Fokus Pflegeversicherung. Nach der Reform ist vor der Reform. Berlin: KomPart-Verlag, 155-173.
- Mielck, A. (2005): Soziale Ungleichheit und Gesundheit: Einführung in die aktuelle Diskussion. Bern: Hans Huber.
- Mielck, A. (2007): Erklärungsmodelle regionaler Gesundheitsunterschiede: Zusammenstellung der wissenschaftlichen Evidenz für das Projekt „Gesundheit regional“. Erlangen: Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit.
- Mielck, A. (2008): Regionale Unterschiede bei Gesundheit und gesundheitlicher Versorgung, in: Bauer, Ullrich; Bittingmayer, Uwe; Richter Matthias (Hrsg.): Health inequalities. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften, 167-187.
- Ministerium für Gesundheit und Soziales Sachsen-Anhalt (2009): Pressemitteilung 011/09: [http://www.asp.sachsen-anhalt.de/presseapp/data/ms/2009/011\\_2009\\_e67dc6ff7c9d461c73d6f437c4689d39.htm](http://www.asp.sachsen-anhalt.de/presseapp/data/ms/2009/011_2009_e67dc6ff7c9d461c73d6f437c4689d39.htm)
- Müller, R.; Braun, B. (Hrsg.) (2006): Vom Quer- zum Längsschnitt – Möglichkeiten der Analysen mit GKV-Daten. St. Augustin: Asgrad.
- Murtaugh, C. M.; Kemper, P.; Spillman, B. (1990): The risk of nursing home use in late life. Medical Care 28: S. 952-962.
- OECD (2007): Trends in Severe Disability Among Elderly People. DELSA/HEA/WD/HWP.
- Peen, J.; Schoevers, R.; Beekman, A.; Dekker, J. (2009): The current status of urban-rural differences in psychiatric disorder. Acta Psychiatrica Scandinavica: 1-10.

- Peters, M. (2004): Klinische Entwicklungspsychologie des Alters – Grundlagen für psychosoziale Beratung und Psychotherapie. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Pogadl, S.; Pohlmann, R. (2008): Seniorenbüros in Dortmund – Zukunftsorientiertes Modell für eine integrative und wohnortnahe Versorgung und Betreuung. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, Jahrgang 41, S. 86-91.
- Pommer, E.; Woittiez, I.; Stevens, J. (2007): Comparing Care: The Netherlands Institute for Social Research.
- Richter, M.; Hurrelmann, K. (Hrsg.) (2006): Gesundheitliche Ungleichheit. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften.
- Robine, J.M.; Mathers, C.D.; Bone, M.R.; Romieu, I. (1993): Calculation of Health Expectancies: Harmonization, Consensus Achieved and Future Perspectives, Libbey Eurotexte: Paris.
- Robine, J.M.; Romieu, I.; Michel, J.P. (2003): Trends in Health Expectancies. In: J.M. Robine, C. Jagger, C.D. Mathers, E. Crimmins, and R. Suzman. (Ed.) Determining Health Expectancies, Chichester, United Kingdom: John Wiley & Sons, 75-101.
- Rosenbrock, R.; Gerliner, T. (2006): Gesundheitspolitik: eine systematische Einführung. Bern: Hans Huber.
- Roth, G.; Rothgang, H. (2001): Sozialhilfe und Pflegebedürftigkeit: Analyse der Zielerreichung und Zielverfehlung der Gesetzlichen Pflegeversicherung nach fünf Jahren, in: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, Vol. 34, Heft 4, 292-305.
- Rothgang, H. (2000): Pflegebedarfsplanung in Deutschland – Gegenstand, Bilanz und Perspektiven -, in: Zeitschrift für Sozialreform, Heft 11/12: 1003-1021.
- Rothgang, H.; Borchert, L.; Müller, R.; Unger, R. (2008). GEK-Pflegereport 2008. St. Augustin: Asgard.
- Rothgang, H.; Dräther, H. (2009): Zur aktuellen Diskussion über die Finanzsituation der Sozialen Pflegeversicherung, in: Dräther, H.; Jacobs, K.; Rothgang, H. (Hg.): Fokus Pflegeversicherung. Nach der Reform ist vor der Reform. Berlin: KomPart-Verlag., 41-69.
- Rothgang, H. (1997): Ziele und Wirkungen der Pflegeversicherung. Eine ökonomische Analyse, Frankfurt/ New York: Campus.
- Rothgang, H. (2000): Pflegebedarfsplanung in Deutschland – Gegenstand, Bilanz und Perspektiven -, in: Zeitschrift für Sozialreform, Heft 11/12: 1003-1021.

- Rothgang, H. (2002): Finanzwirtschaftliche und strukturelle Entwicklungen in der Pflegeversicherung bis 2040 und mögliche alternative Konzepte. In: Enquete Kommission „Demographischer Wandel“ des Deutschen Bundestags [Hrsg.]: Herausforderungen unserer älter werdenden Gesellschaft an den einzelnen und die Politik. Studienprogramm. Heidelberg: R.V. Decker, S.1-254.
- Rothgang, H. (2008) Stellungnahme zum Gesetzentwurf der Bundesregierung „Entwurf eines Gesetzes zur strukturellen Weiterentwicklung der Pflegeversicherung (Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes (BT-Drs. 16/7439))“ anlässlich der Anhörung des Ausschusses für Gesundheit des Deutschen Bundestages am 23. Januar 2008. Deutscher Bundestag, Ausschuss für Gesundheit, Ausschussdrucksache 16(14)0327(72neu).
- Rothgang, H.; Preuss, M. (2009a): Bisherige Erfahrungen und Defizite der Pflegeversicherung und die Reform 2008 aus sozialpolitischer Sicht, in: Bieback, K.-J. (Hrsg.), Die Reform der Pflegeversicherung 2008. Münster: Lit-Verlag, 7-39.
- Runde P.; Giese R.; Stierle C. (2003): Einstellungen und Verhalten zur häuslichen Pflege und zur Pflegeversicherung unter den Bedingungen gesellschaftlichen Wandels. Rote Reihe Band 15, hrsg. von der Arbeitsstelle für Rehabilitations- und Präventionsforschung, Universität Hamburg.
- Russell, D. W.; Cutrona, C. E.; Wallace, R. B.; de la Mora, A. (1997): Loneliness and Nursing Home Admission Among Rural Older Adults. In: Psychology and Aging 12: S.574-589.
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2009): Koordination und Integration – Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens. Drucksache 16/13770.
- Saup, W. (1984): Stress und Stressbewältigung bei der Heimübersiedlung älterer Menschen. In: Zeitschrift für Gerontologie, 17, S.198-204.
- Saup, W. (1993): Alter und Umwelt : eine Einführung in die ökologische Gerontologie. Stuttgart: Kohlhammer.
- Schaeffer, D.; Kuhlmeier, A. (2008): Pflegestützpunkte - Impuls zur Weiterentwicklung der Pflege. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, Jahrgang 41, S. 81-85.
- Schäufele, M.; Köhler, L.; Lode, S.; Weyerer, S. (2007): Menschen mit Demenz in stationären Pflegeeinrichtungen: aktuelle Lebens- und Versorgungssituation, in: Schneekloth, U.; Wahl, H. (Hrsg.): Möglichkeiten und Grenzen selbständiger Lebensführung in stationären Einrichtungen (MuG IV). Demenz, Angehörige und Freiwillige, Versorgungssituation sowie Beispielen für “Good Practice”. München: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, 169-232.
- Schmacke, N. (2006): Ärztemangel: Viele Fragen werden noch nicht diskutiert. GGW, 6 (3), 18-25.

- Schmähl, W.; Rothgang, H. (2001): Familien – Pflege – Familienpflege. Über den Zusammenhang von Kindern und der Inanspruchnahme von Leistungen der gesetzlichen Pflegeversicherung bei häuslicher Pflege. In: Mager, H.-Chr.; Schäfer, H.; Schrüfer, K. (Hrsg.): Private Versicherung und soziale Sicherung. Festschrift zum 60. Geburtstag von Roland Eisen. Marburg: Metropolis: S.273-291.
- Schneekloth, U.; von Törne, I. (2007): Entwicklungstrends in der stationären Versorgung - Ergebnisse der Infratest-Repräsentativerhebung, in: Schneekloth, U.; Wahl, H. (Hrsg.): Möglichkeiten und Grenzen selbständiger Lebensführung in stationären Einrichtungen (MuG IV). Demenz, Angehörige und Freiwillige, Versorgungssituation sowie Beispielen für “Good Practice”. München: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, 53-168.
- Schneekloth, U.; Wahl, H. (2005): Möglichkeiten und Grenzen selbständiger Lebensführung in privaten Haushalten (MuG III). Repräsentativbefunde und Vertiefungsstudien zu häuslichen Pflegearrangements, Demenz und professionellen Versorgungsangeboten (Integrierter Abschlussbericht im Auftrag des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend), München.
- Schneekloth, U.; Wahl, H. (Hrsg.) (2007): Möglichkeiten und Grenzen selbständiger Lebensführung in stationären Einrichtungen (MuG IV). Demenz, Angehörige und Freiwillige, Versorgungssituation sowie Beispielen für “Good Practice”. München: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend.
- Schneekloth, U.; Müller, U. (2000): Wirkungen der Pflegeversicherung. Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit. Baden-Baden: Nomos.
- Schneekloth, U.; Potthoff, P. (1993): Hilfe- und Pflegebedürftige in privaten Haushalten. Bericht zur Repräsentativerhebung im Forschungsprojekt Möglichkeiten und Grenzen selbständiger Lebensführung im Auftrag des Bundesministeriums für Familie und Senioren, durchgeführt von Infratest Sozialforschung, München und Infratest Epidemiologie und Gesundheitsforschung, München. Schriftenreihe des Bundesministeriums für Familie und Senioren. Stuttgart: Kohlhammer.
- Schneider, T.; Drobnic, S.; Blossfeld, H.-P. (2001): Pflegebedürftige Personen im Haushalt und das Erwerbsverhalten verheirateter Frauen. In: Zeitschrift für Soziologie 30 (5), S.362-383.
- Schulin, B. (1994): Verträge mit den Leistungserbringern im Pflegeversicherungsrecht (SGB XI). Vierteljahresschrift für Sozialrecht, 49, 4: 285-307.
- Schupp, J.; Künemund, H. (2004): Private Versorgung und Betreuung von Pflegebedürftigen in Deutschland. DIW-Wochenbericht, 71, S.289-294.
- Siegrist, J.; Marmot, M. (Hrsg.) (2008): Soziale Ungleichheit und Gesundheit: Erklärungsansätze und gesundheitspolitische Folgerungen. Bern: Hans Huber.

- Simon, M. (2008): Das Gesundheitssystem in Deutschland: Eine Einführung in Struktur und Funktionsweise. Bern: Huber.
- Statistisches Bundesamt (2002): 3. Kurzbericht: Pflegetatistik 1999, Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung - Ländervergleich: Pflegeheime. Online: <http://www.destatis.de/jetspeed/portal/cms/Sites/destatis/Internet/DE/Content/Publikationen/Fachveröffentlichungen/Sozialeistungen/Sozialpflege3Bericht1999.property=file.pdf> [09.06.2008].
- Statistisches Bundesamt (2003): 4. Bericht: Pflegetatistik 2001, Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung - Ländervergleich: Pflegeheime. Online: <http://www.destatis.de/jetspeed/portal/cms/Sites/destatis/Internet/DE/Content/Publikationen/Fachveröffentlichungen/Sozialeistungen/Sozialpflege4Bericht2001.property=file.pdf> [09.06.2008].
- Statistisches Bundesamt (2005): 4. Bericht: Pflegetatistik 2003, Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung - Ländervergleich: Pflegeheime. Online: <http://www.destatis.de/jetspeed/portal/cms/Sites/destatis/Internet/DE/Content/Publikationen/Fachveröffentlichungen/Sozialeistungen/Sozialpflege4Bericht2003.property=file.pdf> [09.06.2008].
- Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (2007): Qualitätsbericht – Statistik über die Empfänger von Pflegegeldleistungen. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt.
- Statistisches Bundesamt (2007b): Pflegetatistik 2005 - Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung, 4. Bericht: Ländervergleich - Pflegeheime. Online: <https://www.ec.destatis.de/csp/shop/sfg/bpm.html.cms.cBroker.cls?cmspath=strukturen/vollanz/eigene.csp&ID=1020079&CSPCHD=000000010000357v9hg1000000zc9RdyAdmD8m7ud47HPkBg--> [09.06.2008].
- Statistisches Bundesamt (2008): Statistisches Jahrbuch 2008. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt.
- Statistisches Bundesamt (2009a): Pflegetatistik 2007: Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. Ländervergleich: Pflegebedürftige.
- Statistisches Bundesamt (2009b): Pflegetatistik 2007: Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. Ländervergleich: Ambulante Pflegedienste.
- Statistisches Bundesamt (2009c): Pflegetatistik 2007: Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. 4. Bericht: Ländervergleich – Pflegeheime.
- Stegmann, M.; Mika, T. (2007): Ehrenamtliche Pflege in den Versichertenbiografien. In: Deutsche Rentenversicherung, 11-12, S.771-789.
- Stein, C. H.; Wemmerus, V. A.; Ward, M.; Gaines, M. E.; Freeberg, A. L.; Jewell, T. C. (1998). "Because they're my parents": An intergenerational study of felt obligation and parental caregiving. In: Journal of Marriage and Family, 60, S.611-622.

- Swart, E., Ihle, P. (Hrsg.) (2005): Routinedaten im Gesundheitswesen. Handbuch Sekundärdatenanalyse. Grundlagen, Methoden und Perspektiven. Bern: Verlag Hans Huber.
- Tews, H. (1982): Zur Problematik der ärztlichen Versorgung in Pflegeheimen. Ergebnisse und Schlußfolgerungen aus einer Untersuchung in 225 Alteneinrichtungen. In: Sozialer Fortschritt, 4: 81-85.
- Tiesmeyer, K.; Brause, M.; Lierse, M.; Lukas-Nülle, M.; Hehlmann, T. (Hrsg.) (2008). Der blinde Fleck: Ungleichheiten in der Gesundheitsversorgung. Bern: Hans Huber.
- Ulbricht, S.; Coder, B.; Röske, K.; Meyer, C.; Rumpf, H.; Rapke, U.; John, U. (2007): Die Überweisung von Patienten mit Abhängigkeitserkrankungen in die ambulante und stationäre professionelle Suchtkrankenhilfe – Ergebnisse einer repräsentativen Befragung unter Hausärzten in Mecklenburg-Vorpommern. Gesundheitswesen, 69, 5: 306-310.
- Unger, R. (2003): Soziale Differenzierung der aktiven Lebenserwartung im internationalen Vergleich. Eine Längsschnittuntersuchung mit den Daten des Sozio-ökonomischen Panel und der Panel Study of Income Dynamics, Deutscher Universitäts-Verlag: Wiesbaden.
- Unger, R. (2006): Trends in active life expectancy in Germany between 1984 und 2003 – A cohort analysis with different indicators of health. In: Journal of Public Health, 14, S.155-163.
- van den Berg, N.; Fiß, T.; Meinke, C.; Heymann, R.; Scriba, S.; Hoffmann, W. (2009): GP-support by means of AGNES-practice assistants and the use of telecare devices in sparsely populated region in Northern Germany – proof of concept. BioMed Central Family Practice, 10: 44.
- Verband der privaten Krankenversicherung e. V. (2008): Zahlenbericht der privaten Krankenversicherung 2007/2008. Köln: Verband der privaten Krankenversicherung e. V.
- Verbraucherzentrale Bundesverband (Hrsg.) (2007): Bericht zum Projekt „ambulante Pflegedienstleistungen“, gefördert vom Bundesministerium für Ernährung, Landwirtschaft und Verbraucherschutz (BMELV). URL: [http://www.vzbv.de/mediapics/bericht\\_ambulante\\_pflegedienstleistungen\\_2007.pdf](http://www.vzbv.de/mediapics/bericht_ambulante_pflegedienstleistungen_2007.pdf) [aktuell am 04.10.09].
- Verbraucherzentrale Sachsen (2009): Pressemitteilung vom 16.06.2009: <http://www.verbraucherzentrale-sachsen.de/UNIQ125076986526062/link573591A>
- Vitt, G. (1999): Auswirkungen der Konkurrenz in der ambulanten Pflege. Pflege aktuell, 3: 136-139.
- Voges, W. (2008): Soziologie des höheren Lebensalters. Ein Studienbuch zur Gerontologie. Augsburg. MaroVerlag.

- Völzke, H.; Neuhauser, H.; Moebus, S.; Baumert, J.; Berger, K.; Stang, A.; Ellert, U.; Werner, A.; Döring, A. (2006): Urban-rural disparities in smoking behaviour in Germany. *BMC Public Health*, 6: 146.
- von Ferber, L.; Behrens, J. (Hrsg.) (1997): *Public Health Forschung mit Gesundheits- und Sozialdaten – Stand und Perspektiven*. Sankt Augustin: Asgard Verlag.
- Wagner, A.; Bruckner, U. (2003): Pflegebericht des Medizinischen Dienstes. Berichtszeitraum 2001/2002. URL: [http://www.mdsev.de/media/pdf/Pflegebericht\\_2001-2002.pdf](http://www.mdsev.de/media/pdf/Pflegebericht_2001-2002.pdf) [aktuell am 26.08.09].
- Wagner, A.; Fleer, B. (2007): Pflegebericht des Medizinischen Dienstes 2006. Essen.
- Wagner, A.; Lürken, L. (2002): Pflegebericht des Medizinischen Dienstes – Berichtszeitraum 1998. Essen: Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen e. V. URL: [http://www.mds-ev.de/media/pdf/pflegebericht\\_1998.pdf](http://www.mds-ev.de/media/pdf/pflegebericht_1998.pdf) [aktuell am 04.10.09].
- Wahl, H.-W.; Kruse, A. (1999): Aufgaben, Belastungen und Grenzsituationen im Alter – Gesamtdiskussion. In: *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 32, S. 456-472.
- Wasem, J.; Rotter, I.; Focke, A.; Igl, G. (2007): Verändertes Kodierverhalten als eine der ungeklärten Herausforderungen der DRG-Einführung. In: Klauber, J.; Robra, B.-P.; Schellschmidt, H. (Hrsg.): *Krankenhaus-Report 2007. Krankenhausvergütung – Ende der Konvergenzphase?* Stuttgart: Schattauer, S.49-62.
- Weyerer, S. (1993): Die psychopharmakologische Behandlung älterer Menschen in der Allgemeinbevölkerung und in Heimen: Epidemiologische Befunde. *Sucht - Zeitschrift für Wissenschaft und Praxis*, 39: 180-186.
- WHO 2009: International Classification of Diseases (ICD). [www-Dokument] URL: <http://www.who.int/classifications/icd/en/> (aktuell am 28.09.2009).
- Wilkinson, R. (1992): Income distribution and life expectancy. In: *British Medical Journal*, 304, S.165-168.
- Wilkinson, R.; Pickett, K. (2006): Income inequality and population health: A review and explanation of the evidence. In: *Social Science & Medicine*, 62, S. 1768–1784.
- Wilms, H.-U.; Riedel-Heller, S. G.; Busse, A.; Angermeyer, M. C. (2001): Hilfe- und Pflegebedürftigkeit im Alter in den neuen Bundesländern: Ergebnisse aus der Leipziger Langzeitstudie in der Altenbevölkerung. In: *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 34, S. 348-355.
- Zank, S.; Schacke, C. (2007): Projekt Längsschnittstudie zur Belastung pflegender Angehöriger von demenziell Erkrankten (LEANDER). Langfassung Abschlussbericht Phase 2: Längsschnittergebnisse der LEANDER Studie. Universität Siegen.

Ziegler, U.; Doblhammer, G. (2008): Cohort changes in the incidence of care need in West Germany between 1986 and 2005. In: European Journal of Population, S. 347-362.



## 8 Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Deckungslücken bei den Pflegesätzen vollstationärer Pflege .....	35
Abbildung 2: Projektion der Entwicklung der Eigenanteile bei Pflegesätzen in vollstationärer Pflege .....	37
Abbildung 3: Verteilungen der Pflegestufen in der Sozialen Pflegeversicherung nach Jahr .....	53
Abbildung 4: Verteilung der Pflegestufen in der Pflegetatistik nach Jahr und Geschlecht .....	54
Abbildung 5: Entwicklung der Zahl der Pflegebedürftigen in der Sozialen Pflegeversicherung im Vergleich zu den Pflegebedürftigen in der Pflegetatistik <sup>1)</sup> .....	55
Abbildung 6: Verteilung der Leistungsarten in der Sozialen Pflegeversicherung nach Jahr .....	57
Abbildung 7: Verteilung der Leistungsarten in der Pflegetatistik nach Jahr und Geschlecht .....	58
Abbildung 8: Verteilung der Pflegestufen in der häuslichen Pflege nach Jahr und Geschlecht (Pflegegeld, Pflegesachleistung und Kombileistungen) .....	60
Abbildung 9: Verteilung der Pflegestufen in der häuslichen Pflege nach Jahr und Geschlecht (ausschließlich Pflegegeld) .....	61
Abbildung 10: Verteilung der Pflegestufen in der häuslichen Pflege nach Jahr und Geschlecht (ausschließlich Pflegesachleistung) .....	62
Abbildung 11: Verteilung der Pflegestufen in der häuslichen Pflege (ausschließlich Kombinationsleistungen) .....	63
Abbildung 12: Verteilung der Pflegestufen in der stationären Pflege nach Jahr und Geschlecht .....	65
Abbildung 13: Prävalenzen von Männern (alle Pflegest.) nach Altersgruppen und Jahr .....	68
Abbildung 14: Prävalenzen von Frauen (alle Pflegest.) nach Altersgruppen und Jahr ..	68
Abbildung 15: Prävalenzen von Männern (Pflegest. I) nach Altersgruppen und Jahr ..	69
Abbildung 16: Prävalenzen von Frauen (Pflegest. I) nach Altersgruppen und Jahr ..	69
Abbildung 17: Prävalenzen von Männern (Pflegest. II) nach Altersgruppen und Jahr ..	70
Abbildung 18: Prävalenzen von Frauen (Pflegest. II) nach Altersgruppen und Jahr ..	70
Abbildung 19: Prävalenzen von Männern (Pflegest. III) nach Altersgruppen und Jahr	71

Abbildung 20: Prävalenzen von Frauen (Pflegest. III) nach Altersgruppen und Jahr...	71
Abbildung 21: Prävalenzen von Männern über Alter 60 nach Pflegestufen und Jahr ..	72
Abbildung 22: Prävalenzen von Frauen über Alter 60 nach Pflegestufen und Jahr.....	72
Abbildung 23: Entwicklung der Pflegebedürftigen über Alter 60 nach Geschlecht ....	74
Abbildung 24: Verteilung der Pflegestufen bei ambulanten und stationären Erstbegutachtungen nach Jahr .....	79
Abbildung 25: Pflegepersonen nach Alter und Geschlecht .....	87
Abbildung 26: Entwicklung der durchschnittlichen Heimentgelte pro Tag (vollstationäre Dauerpflege, Pflegeheime aller Träger).....	95
Abbildung 27: Entwicklung der durchschnittlichen Heimentgelte der Pflegeklasse I nach Träger (vollstationäre Dauerpflege) .....	97
Abbildung 28: Entwicklung der durchschnittlichen Heimentgelte der Pflegeklasse II nach Träger (vollstationäre Dauerpflege) .....	97
Abbildung 29: Entwicklung der durchschnittlichen Heimentgelte der Pflegeklasse III nach Träger (vollstationäre Dauerpflege) .....	98
Abbildung 30: Anteil der GEK-Versicherten an der Gesamtbevölkerung im Jahr 2007 .....	118
Abbildung 31: Pflegeprävalenz nach Alter und Geschlecht – Vergleich von Pflegestatistik und GEK-Daten.....	119
Abbildung 32: Prävalenzen nach Altersgruppen, Geschlecht und Pflegestufen im Jahr 2007 – Vergleich von Pflegestatistik und GEK-Daten .....	120
Abbildung 33: Eintrittswahrscheinlichkeit in die Pflegebedürftigkeit für Männer und Frauen ab Alter 60 nach Pflegestufe.....	127
Abbildung 34: Heimeintrittswahrscheinlichkeit von Männern und Frauen (gleitender 3- Jahres Durchschnitt) .....	135
Abbildung 35: Pflegewahrscheinlichkeit der Todesfälle in 2008 nach Alter.....	141
Abbildung 36: Familienstand der pflegebedürftigen Sterbefälle im Jahr 2008 .....	142
Abbildung 37: Pflegedauer der pflegebedürftigen Sterbefälle in 2008.....	143
Abbildung 38: Überlebende Männer ab Alter 60 nach Pflegebedürftigkeit .....	145
Abbildung 39: Überlebende Frauen ab Alter 60 nach Pflegebedürftigkeit.....	145
Abbildung 40: Anteil der überlebenden Personen, nach dem Jahr der ersten Pflegeleistung und Geschlecht (Survivorfunktion).....	152

Abbildung 41: Anteil der überlebenden Frauen nach Eingangspflegestufe und Pflegearrangement (Survivorfunktion) .....	153
Abbildung 42: Anteil überlebenden Männer nach Eingangspflegestufe und Pflegearrangement (Survivorfunktion) .....	154
Abbildung 43: Gemeindetyp nach Kreis .....	178
Abbildung 44: Prävalenz der Pflegebedürftigkeit (in %) .....	179
Abbildung 45: Prävalenz der Pflegebedürftigkeit je Altenbevölkerung (älter 75) (in %) .....	180
Abbildung 46: Heimplätze in vollstationärer Pflege je $km^2$ .....	185
Abbildung 47: Heimplätze in vollstationärer Pflege je 100 Einwohner älter 75 nach Kreisen .....	186
Abbildung 48: Beschäftigte in Pflegeheimen in Vollzeitäquivalenten je 100 Pflegebedürftige in vollstationär Pflege nach Kreis .....	187
Abbildung 49: Beschäftigte in Pflege und Betreuung in Pflegeheimen in Vollzeitäquivalenten je 100 Pflegebedürftige in vollstationär Pflege nach Kreis	188
Abbildung 50: Beschäftigte der ambulanten Pflegedienste in Vollzeitäquivalenten je $km^2$ nach Kreis .....	192
Abbildung 51: Beschäftigte der ambulanten Pflegedienste in Vollzeitäquivalenten je Altenbevölkerung (>75 Jahre) nach Kreisen .....	193
Abbildung 52: Beschäftigte der ambulanten Pflegedienste in Vollzeitäquivalenten je 100 Pflegebedürftige in ambulanter Pflege nach Kreis .....	194
Abbildung 53: Beschäftigte in der Grundpflege der ambulanten Pflegedienste in Vollzeitäquivalenten je 100 Pflegebedürftige in ambulanter Pflege nach Kreis.	195
Abbildung 54: Anzahl der vollstationär versorgten Pflegebedürftigen pro $km^2$ nach Kreis .....	200
Abbildung 55: Anteil der in Heimen versorgten Pflegebedürftigen an allen Pflegebedürftigen nach Kreis (in %) .....	201
Abbildung 56: Auslastung der Heimplätze nach Kreis (in %) .....	202
Abbildung 57: Anzahl der durch ambulante Pflegedienste versorgte Pflegebedürftige je $km^2$ nach Kreis .....	206
Abbildung 58: Anteil der durch ambulante Pflegedienste versorgten Pflegebedürftigen an allen Pflegebedürftigen nach Kreis (in %) .....	207
Abbildung 59: Vergütung für Pflegestufe I: Pflegesatz zuzüglich Entgelte für Unterkunft und Verpflegung nach Kreis (in Euro/Tag) .....	213

Abbildung 60: Vergütung für Pflegestufe II: Pflegesatz zuzüglich Entgelte für Unterkunft und Verpflegung nach Kreis (in Euro/Tag) .....	214
Abbildung 61: Vergütung für Pflegestufe III: Pflegesatz zuzüglich Entgelte für Unterkunft und Verpflegung nach Kreis (in Euro/Tag) .....	215
Abbildung 62: Durchschnittliche Vergütung: Durchschnittlicher Pflegesatz zuzüglich Entgelte für Unterkunft und Verpflegung nach Kreis (in Euro) .....	218
Abbildung 63: Durchschnittliche Vergütung: Durchschnittlicher Pflegesatz zuzüglich Entgelte für Unterkunft und Verpflegung und getrennt in Rechnung gestellter Investitionskosten nach Kreis (in Euro) .....	219
Abbildung 64: Durchschnittliches Gesamtheimentgelt nach Bundesland I (in Euro/Tag) .....	221
Abbildung 65: Durchschnittliches Gesamtheimentgelt nach Bundesland II (in Euro/Tag) .....	221
Abbildung 66: Entgelte im Leistungskomplex Große Morgen-/Abendtoilette nach Bundesland .....	229
Abbildung 67: Entgelte im Leistungskomplex Hilfe bei der Nahrungsaufnahme .....	229
Abbildung 68: Entgelte im Leistungskomplex „Sondennahrung“ .....	231
Abbildung 69: Entgelte im Leistungskomplex „Hilfe beim Verlassen und/oder Wiederaufsuchen der Wohnung“ .....	231
Abbildung 70: Entgelte im Leistungskomplex „Zubereiten einer warmen Mahlzeit“ .....	234
Abbildung 71: Entgelte im Leistungskomplex „Beheizen der Wohnung“ .....	234
Abbildung 72: Neurologische Erkrankungen nach Pflegearrangement .....	246
Abbildung 73: Neurologische Erkrankungen nach Gemeindetyp .....	246
Abbildung 74: Neurologische Erkrankungen nach Bundesland .....	246
Abbildung 75: Psychische Störungen nach Pflegearrangement .....	248
Abbildung 76: Psychische Störungen nach Gemeindetyp .....	248
Abbildung 77 Psychische Störungen nach Bundesland .....	248
Abbildung 78: Demenz nach Pflegearrangement .....	250
Abbildung 79: Demenz nach Gemeindetyp .....	250
Abbildung 80 Demenz nach Bundesland .....	250
Abbildung 81: Schizophrenie und verwandte Störungen nach Pflegearrangement .....	252
Abbildung 82: Schizophrenie und verwandte Störungen nach Gemeindetyp .....	252

Abbildung 83 Schizophrenie und verwandte Störungen nach Bundesland .....	252
Abbildung 84: Depressionen und andere bipolare Störungen nach Pflegearrangement .....	254
Abbildung 85: Depressionen und andere bipolare Störungen. nach Gemeindetyp....	254
Abbildung 86 Depressionen und andere bipolare Störungen. nach Bundesland.....	254
Abbildung 87: Sonstige psychische Störungen nach Pflegearrangement .....	256
Abbildung 88: Sonstige psychische Störungen nach Gemeindetyp.....	256
Abbildung 89 Sonstige psychische Störungen nach Bundesland.....	256
Abbildung 90: Behandlungsfälle durch Allgemeinmediziner pro Versichertenjahr nach Pflegearrangement .....	263
Abbildung 91: ... nach Gemeindetyp .....	263
Abbildung 92: ... nach Bundesland.....	263
Abbildung 93: Behandlungsfälle durch Neurologen oder Psychiater pro Versichertenjahr nach Pflegearrangement .....	267
Abbildung 94: ... nach Gemeindetyp .....	267
Abbildung 95 ... nach Bundesland.....	267
Abbildung 96: Zahl der verordneten DDD von Psycholeptika ATC N05 pro Versichertenjahr nach Pflegearrangement .....	276
Abbildung 97: ... nach Gemeindetyp .....	276
Abbildung 98 ... nach Bundesland.....	276
Abbildung 99: Zahl der verordneten DDD von Antidepressiva (ATC N06A) pro Versichertenjahr nach Pflegearrangement .....	279
Abbildung 100: ... nach Gemeindetyp .....	279
Abbildung 101 ... nach Bundesland.....	279
Abbildung 102: Zahl der verordneten DDD von Antidementiva (ATC N06D) pro Versichertenjahr nach Pflegearrangement .....	283
Abbildung 103: ... nach Gemeindetyp .....	283
Abbildung 104 ... nach Bundesland .....	283



## 9 Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Übersicht Pflegestützpunkte in Deutschland .....	31
Tabelle 2: Vergütung in der vollstationären Pflege (in € pro Monat) .....	34
Tabelle 3: Leistungshöhen für Pflegesachleistung, Pflegegeld und vollstationäre Pflege .....	36
Tabelle 4: Mehrbelastungen durch Maßnahmen des PfWG in Mrd. € und Beitragssatzpunkten .....	40
Tabelle 5: Entwicklung der Zahl der Pflegebedürftigen in der Sozialen Pflegeversicherung nach Pflegestufe .....	52
Tabelle 6: Entwicklung der Zahl der Pflegebedürftigen in der Pflegestatistik nach Pflegestufen .....	54
Tabelle 7: Entwicklung der Zahl der Pflegebedürftigen in der Sozialen Pflegeversicherung nach Leistungsart .....	57
Tabelle 8: Entwicklung der Zahl der Pflegebedürftigen in der Pflegestatistik nach Leistungsart .....	58
Tabelle 9: Entwicklung der Zahl der Pflegebedürftigen in der häuslichen Pflege nach Pflegestufe (Pflegegeld, Pflegesachleistung und Kombileistungen) .....	60
Tabelle 10: Die Entwicklung der Zahl der Pflegebedürftigen in der häuslichen Pflege (ausschließlich Pflegegeld) .....	61
Tabelle 11: Die Entwicklung der Zahl der Pflegebedürftigen in der häuslichen Pflege (ausschließlich Pflegesachleistung) .....	62
Tabelle 12: Die Entwicklung der Zahl der Pflegebedürftigen in der häuslichen Pflege (ausschließlich Kombinationsleistungen) .....	63
Tabelle 13: Die Entwicklung der Zahl der Pflegebedürftigen in der stationären Pflege .....	65
Tabelle 14: Ambulante und stationäre Begutachtungen der Pflegebedürftigkeit in der Sozialen Pflegeversicherung nach Gutachtenart (Anteile in Prozent in Klammer) .....	77
Tabelle 15: Erstbegutachtungen der Anträge auf Zuweisung einer Pflegestufe .....	78
Tabelle 16: Einstufungen nach Höherstufungs-/Wiederholungsbegutachtungen bei ambulanten Leistungen nach Pflegestufe und Jahr (Anteile in Prozent) .....	81
Tabelle 17: Pflegepersonen nach Pflegedauer und Jahr .....	84
Tabelle 18: Pflegepersonen nach Geburtsjahren (Rentenzugangsjahren) .....	85
Tabelle 19: Pflegepersonen nach Jahr und Geschlecht .....	86

Tabelle 20: Entwicklung der Anzahl der Pflegeeinrichtungen nach Art und Träger der Einrichtung .....	91
Tabelle 21: Entwicklung der Heime nach Pflegeangebot und Auslastung .....	92
Tabelle 22: Heimpersonal nach Beschäftigungsverhältnis und Tätigkeitsbereich .....	93
Tabelle 23: Entwicklung der Anzahl der ambulanten Pflegedienste nach Angebot und Träger der Einrichtung .....	99
Tabelle 24: Pflegedienstpersonal nach Beschäftigungsverhältnis und Tätigkeitsbereich .....	100
Tabelle 25: Finanzentwicklung der gesetzlichen Pflegeversicherung (in Mrd. €) .....	104
Tabelle 26: Finanzentwicklung der privaten Pflegeversicherung (in Mio. €) .....	106
Tabelle 27: Empfänger von Hilfe zur Pflege am Jahresende .....	108
Tabelle 28: Netto-Ausgaben der Sozialhilfe für Hilfe zur Pflege (in Tsd. €) .....	108
Tabelle 29: Leistungsempfänger und Bruttoausgaben der Kriegsopferfürsorge .....	110
Tabelle 30: Ausgaben für Pflegebedürftigkeit nach Finanzierungsquelle in 2007 .....	111
Tabelle 31: Anzahl der Personen im Alter von 60 Jahren und mehr im jeweiligen Untersuchungsjahr und die Anteile der differenzierenden Merkmale je Jahr .....	122
Tabelle 32: Anzahl der Inzidenten Fälle nach Jahr, Eingangspflegestufe und -leistung .....	124
Tabelle 33: Anteile erstmalig pflegebedürftiger Männern nach Jahr, Pflegestufe, Familienstand, Sozialschicht und Gesundheitszustand (in %) .....	126
Tabelle 34: Anteile erstmalig pflegebedürftiger Frauen nach Jahr Pflegestufe, Familienstand, Sozialschicht und Gesundheitszustand (in %) .....	126
Tabelle 35: Inzidenzen von Männern nach Alter, Jahr und Pflegestufe (in %) .....	128
Tabelle 36: Inzidenzen von Frauen nach Alter, Jahr und Pflegestufe (in %) .....	129
Tabelle 37: Eintrittswahrscheinlichkeiten in die Pflegestufen im Zeitverlauf (Relative Risiken) .....	130
Tabelle 38: Einflussfaktoren in die Pflegebedürftigkeit (Relative Risiken) .....	133
Tabelle 39: Inzidenzen des Heimeintritts von Männern nach Alter, Jahr und Pflegestufe (in %) .....	136
Tabelle 40: Inzidenzen des Heimeintritts von Frauen nach Alter, Jahr und Pflegestufe (in %) .....	136
Tabelle 41: Heimeintrittswahrscheinlichkeiten im Zeitverlauf (Relative Risiken) .....	137
Tabelle 42: Einflussfaktoren für den Eintritt ins Pflegeheim (Relative Risiken) .....	139

Tabelle 43: Lebenserwartung von Männern und Frauen im Alter x nach Pflegebedürftigkeit .....	144
Tabelle 44: Durchschnittliche Zeit in Pflegestufen ab der Pflegeinzidenz nach Eingangsjahr (in Monaten) .....	149
Tabelle 45: Durchschnittliche Zeit in Pflegearrangements ab der Pflegeinzidenz nach Eingangsjahr (in Monaten) .....	151
Tabelle 46: Anzahl der Wechsel der Pflegestufen unter den Leistungsbeziehern seit 2000 .....	156
Tabelle 47: Relative Risiken des Wechsels in andere Pflegestufen oder des Versterbens nach dem Pflegebeginn mit Stufe I (Exponentialmodell) .....	158
Tabelle 48: Relative Risiken des Wechsels in andere Pflegestufen oder des Versterbens nach dem Pflegebeginn mit Stufe II (Exponentialmodell) .....	159
Tabelle 49: Relative Risiken des Wechsels in andere Pflegestufen oder des Versterbens nach dem Pflegebeginn mit Stufe III (Exponentialmodell) .....	160
Tabelle 50: Anzahl der Wechsel der Pflegearrangements unter den Leistungsbeziehern seit 2000 .....	162
Tabelle 51: Relative Risiken des Wechsels in andere Pflegearrangements oder des Versterbens nach Pflegebeginn mit informeller Pflege (Exponentialmodell) .....	164
Tabelle 52: Relative Risiken des Wechsels in andere Pflegearrangements oder des Versterbens nach Pflegebeginn mit formell-ambulanter Pflege (Exponentialmodell) .....	165
Tabelle 53: Relative Risiken des Wechsels in andere Pflegearrangements oder des Versterbens nach Pflegebeginn im Pflegeheim (Exponentialmodell) .....	166
Tabelle 54: Sequenzen der Pflegestufen nach Eintritt in die Pflege im Jahr 2000 .....	168
Tabelle 55: Sequenzen der Pflegearrangements ab Pflegeeintritt im Jahr 2000 .....	170
Tabelle 56: Gröbere Sequenzmessung der Pflegearrangements ab Eintritt im Jahr 2000 .....	171
Tabelle 57: Prävalenz der Pflegebedürftigkeit nach Gemeindetyp .....	181
Tabelle 58: Gewichtungsfaktoren für die Umrechnung in Vollzeitäquivalente .....	182
Tabelle 59: Anteile der Inanspruchnahmen im Jahr 2007 nach Art und Bundesland ..	208
Tabelle 60: Regressionsmodelle: Pflegearrangements .....	210
Tabelle 61: Regressionsmodell: Durchschnittlicher Pflegesatz inklusive Kosten für Unterkunft und Verpflegung und Investitionskosten .....	223
Tabelle 62: Ausgaben für ambulante Pflegeeinrichtungen im Jahre 2004 .....	224

Tabelle 63: Preisniveaus der Bundesländer in der ambulanten Pflege .....	237
Tabelle 64: Schematische Darstellung der Variablenkonstruktion .....	241
Tabelle 65: Grundauszählung der Versichertenjahre in 2007 in bestimmten Zuständen .....	244
Tabelle 66: Regressionsmodelle: Behandlungsfälle pro Versichertenjahr durch Allgemeinmediziner .....	264
Tabelle 67: Regressionsmodelle: Behandlungsfälle pro Versichertenjahr durch Neurologen oder Psychiater .....	268
<i>Tabelle 68: Behandlungsfälle pro Versichertenjahr durch Psychiater/Neurologen nach Gemeindetypen, Pflegebedürftigkeit und Erkrankungen .....</i>	270
Tabelle 69: Bewertung der ärztlichen Versorgung von Pflegebedürftigen im ländlichen Raum im Überblick .....	271
Tabelle 70: Regressionsmodelle: Verordnete Psycholeptika in DDD pro Versichertenjahr .....	277
Tabelle 71: Regressionsmodelle: Verordnete Antidepressiva in DDD pro Versichertenjahr .....	280
Tabelle 72: Regressionsmodelle: Verordnete Antidementiva in DDD pro Versichertenjahr .....	284
Tabelle 73 :Bewertung der Arzneimittelversorgung im ländlichen Raum im Überblick .....	286

## 10 GEK-Materialien

In der GEK-Edition, Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse sind bisher erschienen:

Bericht über die Belastungs- und Gesundheitssituation der Berufsgruppe ... (vergriffen)

- Nr. 1: *Werkzeugmechaniker (1994)*
- Nr. 2: *Edelmetallschmiede (1993)*
- Nr. 3: *Zahntechniker (1993)*
- Nr. 4: *Elektroniker und Monteure im Elektrobereich (1994)*
- Nr. 5: *Augenoptiker (1995)*
- Nr. 6: *Zerspanungsmechaniker (1996)*
- Nr. 7: *Industriemeister (1996)*
- Nr. 8: *Maschinenbautechniker (1996)*
- Nr. 9: *Techniker im Elektrofach (1996)*
- Nr. 10: *Industriemechaniker (1996)*

- |         |   |           |
|---------|---|-----------|
| Band 1: | <i>Müller, R. et al.: Auswirkungen von Krankengeld-Kürzungen. Materielle Bestrafung und soziale Diskriminierung chronisch erkrankter Erwerbstätiger. Ergebnisse einer Befragung von GKV-Mitgliedern. 1997</i><br>ISBN 3-930 784-02-5  | Euro 9,90 |
| Band 2: | <i>Bitzer, E. M. et al.: Der Erfolg von Operationen aus Sicht der Patienten. – Eine retrospektive indikationsbezogene Patientenbefragung zum Outcome elektiver chirurgischer Leistungen in der stationären Versorgung – am Beispiel operativer Behandlungen von Krampfadern der unteren Extremitäten, von Nasenscheidewandverbiegungen sowie von arthroskopischen Meniskusbehandlungen. 1998</i><br>ISBN 3-980 6187-0-6 | Euro 9,90 |
| Band 3: | <i>Grobe, T. G. et al.: GEK-Gesundheitsreport 1998. Auswertungen der GEK-Gesundheitsberichterstattung. 1998.</i><br>ISBN 3-537-44003 (vergriffen)   | Euro 7,90 |

*Gmünder ErsatzKasse GEK (Hrsg.): Bericht über die Belastungs- und Gesundheitssituation der Berufsgruppe ... Ergebnisse von Beschäftigtenbefragungen, Analyse von Arbeitsunfähigkeitsdaten und Literaturrecherchen zu Zusammenhängen von Arbeitswelt und Erkrankungen.*

- |          |   |           |
|----------|---|-----------|
| Band 4:  | <i>Gesundheitsbericht 11 – Werkzeugmechaniker.</i><br>ISBN 3-537-44001  | Euro 4,90 |
| Band 5:  | <i>Gesundheitsbericht 12 – Bürofachkräfte.</i><br>ISBN 3-537-44002  | Euro 4,90 |
| Band 6:  | <i>Gesundheitsbericht 13 – Zerspanungsmechaniker.</i><br>ISBN 3-537-44006-5   | Euro 4,90 |
| Band 7:  | <i>Gesundheitsbericht 14 – Industriemechaniker.</i><br>ISBN 3-537-44007-3   | Euro 4,90 |
| Band 8:  | <i>Gesundheitsbericht 15 – Zahntechniker.</i><br>ISBN 3-537-44008-1   | Euro 4,90 |
| Band 9:  | <i>Gesundheitsbericht 16 – Augenoptiker.</i><br>ISBN 3-537-44009-X  | Euro 4,90 |
| Band 10: | <i>Gesundheitsbericht 17 – Edelmetallschmiede.</i><br>ISBN 3-537-440010-3   | Euro 4,90 |
| Band 11: | <i>Gesundheitsbericht 18 – Elektroberufe.</i><br>ISBN 3-537-440011-1  | Euro 4,90 |
| Band 12: | <i>Grobe, T. G. et al.: GEK-Gesundheitsreport 1999. Auswertungen der GEK-Gesundheitsberichterstattung. Schwerpunkt: Arbeitslosigkeit und Gesundheit. 1999.</i><br>ISBN 3-537-44012-X  | Euro 7,90 |
| Band 13: | <i>Marstedt, G. et al.: Young is beautiful? Zukunftsperspektiven, Belastungen und Gesundheit im Jugendalter. Ergebnisbericht zu einer Studie über Belastungen und Probleme, Gesundheitsbeschwerden und Wertorientierungen 14-25jähriger GEK-Versicherter. 2000.</i><br>ISBN 3-537-44013-8 | Euro 9,90 |

- Band 14: *Bitzer, E. M. et al.: Lebensqualität und Patientenzufriedenheit nach Leistenbruch- und Hüftgelenkoperationen. Eine retrospektive indikationsbezogene Patientenbefragung zum Outcome häufiger chirurgischer Eingriffe in der zweiten Lebenshälfte. 2000.* ISBN 3-537-44014-8 Euro 9,90
- Band 15: *Marstedt, G. et al. (Hrsg.): Jugend, Arbeit und Gesundheit. Dokumentation eines Workshops, veranstaltet vom Zentrum für Sozialpolitik (ZeS) der Universität Bremen und der Gmünder Ersatzkasse (GEK) am 20. Mai 1999 in Bremen. Mit einem Grafik- und Tabellen-Anhang „Materialien zur gesundheitlichen Lage Jugendlicher in Deutschland“. 2000.* ISBN 3-537-44015-4 (vergriffen)
- Band 16: *Grobe, T. G. et al.: GEK-Gesundheitsreport 2000. Auswertungen der GEK-Gesundheitsberichterstattung. Schwerpunkt: Erkrankungen des Rückens. 2000.* ISBN 3-537-44016-X (vergriffen)
- Band 17: *Braun, B.: Rationierung und Vertrauensverlust im Gesundheitswesen – Folgen eines fahrlässigen Umgangs mit budgetierten Mitteln. Ergebnisbericht einer Befragung von GEK-Versicherten. 2000.* ISBN 3-537-44017-4 Euro 9,90
- Band 18: *Grobe, T.G. et al.: GEK-Gesundheitsreport 2001. Auswertungen der GEK-Gesundheitsberichterstattung. Schwerpunkt: Psychische Störungen. 2001.* ISBN 3-537-44018-9 Euro 9,90
- Band 19: *Braun, B.: Die medizinische Versorgung des Diabetes mellitus Typ 2 – unter-, über- oder fehlversorgt? Befunde zur Versorgungsqualität einer chronischen Erkrankung aus Patientensicht. 2001.* ISBN 3-537-44019-7 Euro 9,90
- Band 20: *Glaeske, G.; Janhsen, K.: GEK-Arzneimittel-Report 2001. Auswertungsergebnisse der GEK-Arzneimitteldaten aus den Jahren 1999–2000. 2001.* ISBN 3-537-44020-0 Euro 9,90

- Band 21: *Braun, B., König, Chr., Georg, A.: Arbeit und Gesundheit der Berufsgruppe der Binnenschiffer.* Euro 9,90  
ISBN 3-537-44021-9
- Band 22: *Grobe, T.G., Dörning, H., Schwartz, F.W.: GEK-Gesundheitsreport 2002. Schwerpunkt: "High Utilizer" – Potenziale für Disease Management. 2002.* Euro 9,90  
ISBN 3-537-44022-7
- Band 23: *Glaeske, G., Janhsen, K.: GEK-Arzneimittel-Report 2002. Auswertungsergebnisse der GEK-Arzneimitteldaten aus den Jahren 2000 bis 2001. 2002.* Euro 9,90  
ISBN 3-537-44023-5
- Band 24: *Grobe, T.G., Dörning, H., Schwartz, F.W.: GEK-Gesundheitsreport 2003. Schwerpunkt: Charakterisierung von Hochnutzern im Gesundheitssystem – präventive Potenziale? 2003.* Euro 9,90  
ISBN 3-537-44024-3
- Band 25: *Glaeske, G., Janhsen, K.: GEK-Arzneimittel-Report 2003. Auswertungsergebnisse der GEK-Arzneimitteldaten aus den Jahren 2001 bis 2002. 2003.* Euro 9,90  
ISBN 3-537-44025-1
- Band 26: *Braun, B., Müller, R.: Auswirkungen von Vergütungsformen auf die Qualität der stationären Versorgung. Ergebnisse einer Längsschnittanalyse von GKV-Routinedaten und einer Patientenbefragung. 2003* Euro 9,90  
ISBN 3-537-44026-X
- Band 27: *Schmidt, Th., Schwartz, F.W. und andere: Die GEK-Nasendusche. Forschungsergebnisse zu ihrer physiologischen Wirkung und zur gesundheitsökonomischen Bewertung. 2003* Euro 7,90  
ISBN 3-537-44027-8
- Band 28: *Jahn, I. (Hg.): wechseljahre multidisziplinär. was wollen Frauen – was brauchen Frauen. 2004* Euro 9,90  
ISBN 3-537-44028-6

- Band 29: *Glaeske, G., Janhsen, K.: GEK-Arzneimittel-Report 2004. Auswertungsergebnisse der GEK-Arzneimitteldaten aus den Jahren 2002 bis 2003. 2004.* ISBN 3-537-44029-4 Euro 9,90
- Band 30: *Große, T.G., Dörning, H., Schwartz, F.W.: GEK-Gesundheitsreport 2004. Schwerpunkt: Gesundheitsstörungen durch Alkohol. 2004.* ISBN 3-537-44030-8 Euro 9,90
- Band 31: *Scharnetzky, E., Deitermann, B., Michel, C., Glaeske, G.: GEK-Heil- und Hilfsmittel-Report 2004. Auswertungsergebnisse der GEK-Heil- und Hilfsmitteldaten aus dem Jahre 2003. 2004.* ISBN 3-537-44031-6 Euro 9,90
- Band 32: *Braun, B., Müller, R., Timm, A.: Gesundheitliche Belastungen, Arbeitsbedingungen und Erwerbsbiographien von Pflegekräften im Krankenhaus. Eine Untersuchung vor dem Hintergrund der DRG-Einführung. 2004.* ISBN 3-537-44032-4 Euro 9,90
- Band 33: *Glaeske, Gerd et al.: Memorandum zu Nutzen und Notwendigkeit Pharmakoepidemiologischer Datenbanken in Deutschland. 2004* ISBN 3-537-44033-2 Euro 7,90
- Band 34: *Braun, B., Müller, R.: Belastungs- und Gesundheitssituation der Berufsgruppe Zahntechniker. 2005* ISBN 3-537-44034-0 Euro 9,90
- Band 35: *Braun, B., Müller, R.: Belastungs- und Gesundheitssituation der Berufsgruppe Bürofachkräfte. 2005* ISBN 3-537-44035-9 Euro 9,90
- Band 36: *Glaeske, G., Janhsen, K.: GEK-Arzneimittel-Report 2005. Auswertungsergebnisse der GEK-Arzneimitteldaten aus den Jahren 2003 bis 2004. 2005.* ISBN 3-537-44036-7 Euro 14,90
- Band 37: *Bitzer, E.M., Große, T.G., Dörning, H., Schwartz, F.W.: GEK-Report akut-stationäre Versorgung 2005.* ISBN 3-537-44037-5 Euro 9,90

- Band 38: *Scharnetzky, E., Deitermann, B., Hoffmann, F., Glaeske, G.: GEK-Heil- und Hilfsmittel-Report 2005. Auswertungsergebnisse der GEK-Heil- und Hilfsmitteldaten aus den Jahren 2003/2004. 2005* ISBN 3-537-44038-3 Euro 14,90
- Band 39: *Samsel, W., Marstedt G., Möller H., Müller R.: Musiker-Gesundheit. Ergebnisse einer Befragung junger Musiker über Berufsperspektiven, Belastungen und Gesundheit. 2005* ISBN 3-537-44039-1 Euro 9,90
- Band 40: *Grobe, T.G., Dörning, H., Schwartz, F.W.: GEK-Gesundheitsreport 2005. 2005* ISBN 3-537-44040-5 Euro 9,90
- Band 41: *Samsel, W., Böcking, A.: Prognostische und therapeutische Bedeutung der DNA-Zytometrie beim Prostatakarzinom. 2006* ISBN 3-537-44041-3 Euro 12,90
- Band 42: *Lutz, U., Kolip, P.: Die GEK-Kaiserschnittstudie. 2006* ISBN 3-537-44042-1 Euro 14,90
- Band 43: *Braun, B.: Geburten und Geburtshilfe in Deutschland. 2006* ISBN 3-537-44043-X Euro 14,90
- Band 44: *Glaeske, G., Janhsen, K.: GEK-Arzneimittel-Report 2006. Auswertungsergebnisse der GEK-Arzneimitteldaten aus den Jahren 2004 bis 2005. 2006.* ISBN 3-537-44044-8 Euro 14,90
- Band 45: *Bitzer, E.M., Grobe, T.G., Dörning, H., Schwartz, F.W.: GEK-Report akut-stationäre Versorgung 2006.* ISBN 3-537-44045-6 Euro 14,90
- Band 46: *Braun, B., Müller, R. : Versorgungsqualität im Krankenhaus aus der Perspektive der Patienten. 2006.* ISBN 3-537-44046-4 Euro 14,90
- Band 47: *Spintge, R., u. a.: Musik im Gesundheitswesen. 2006* ISBN 3-537-44047-2 Euro 14,90

- Band 48: *Böcking, A.: Mit Zellen statt Skalpellen - Wie sich Krebs früh und ohne Operation erkennen lässt. 2006* Euro 19,90  
ISBN 3-537-44048-0, ISBN 978-3-537-44048-8
- Band 49: *Deitermann, B, Kemper, C, Hoffmann, F, Glaeske, G: GEK-Heil- und Hilfsmittelreport 2006. Auswertungsergebnisse der GEK-Heil- und Hilfsmitteldaten aus den Jahren 2004 und 2005. 2006* Euro 14,90  
ISBN 3-537-44049-9, ISBN 978-3-537-44049-5
- Band 50: *Grobe, T.G., Dörning, H., Schwartz, F.W.: GEK-Report ambulantärztliche Versorgung 2006. 2006* Euro 14,90  
ISBN 3-537-44050-2, ISBN 978-3-537-44050-1
- Band 51: *Müller, R., Braun, B.: Vom Quer- zum Längsschnitt mit GKV-Daten. 2006* Euro 14,90  
ISBN 3-537-44051-0, ISBN 978-3-537-44051-8
- Band 52: *Bichler, K.-H., Strohmaier, W.L., Eipper, E., Lahme, S.: Das Harnsteinleiden. 2007.* Euro 45,00  
ISBN 978-3-86541-165-5
- Band 53: *Kleinert, J., Lobinger, B., Sulprizio, M.: Organisationsformen und gesundheitliche Effekte von Walking. 2007.* Euro 14,90  
ISBN 978-3-537-44053-2
- Band 54: *Glaeske, G., Trittin, C.: Weichenstellung: Die GKV der Zukunft. Bessere Koordination, mehr Qualität, stabile Finanzierung. 2007.* Euro 14,90  
ISBN 978-3-537-44054-9
- Band 55: *Glaeske, G., Janhsen, K.: GEK-Arzneimittel-Report 2007. Auswertungsergebnisse der GEK-Arzneimitteldaten aus den Jahren 2005 bis 2006. 2007.* Euro 14,90  
ISBN 978-3-537-44055-6
- Band 56: *Hacker, E.W., Löbig, S. (Hg.): Musikphysiologie im Probenalltag. Dokumentation eines Workshops - veranstaltet vom Zentrum für Musik, Gesundheit und Prävention. 2007* Euro 14,90  
ISBN 978-3-537-44056-3

- Band 57: *Deitermann, B., Kemper, C., Glaeske, G.: GEK-Heil- und Hilfsmittelreport 2007. Auswertungsergebnisse der GEK-Heil- und Hilfsmitteldaten aus den Jahren 2005 und 2006. 2007* ISBN 978-3-537-44057-0 Euro 14,90
- Band 58: *Bitzer, E.M., Grobe, T.G., Dörning, H., Schwartz, F.W.: GEK-Report akut-stationäre Versorgung 2007. 2007* ISBN 978-3-537-44058-7 Euro 14,90
- Band 59: *Grobe, T.G., Dörning, H., Schwartz, F.W.: GEK-Report ambulant-ärztliche Versorgung 2007. 2007* ISBN 978-3-537-44059-4 Euro 14,90
- Band 60: *Braun, B., Buhr, P., Müller, R.: Pflegearbeit im Krankenhaus, Ergebnisse einer wiederholten Pflegekräftebefragung und einer Längsschnittanalyse von GEK-Routinedaten. 2008.* ISBN 978-3-537-44060-0 Euro 14,90
- Band 61: *Glaeske, G., Schicktanz, C., Janhsen, K.: GEK-Arzneimittel-Report 2008. Auswertungsergebnisse der GEK-Arzneimitteldaten aus den Jahren 2006 bis 2007. 2008.* ISBN 978-3-537-44061-7 Euro 14,90
- Band 62: *Glaeske, G., Trittin, C.: Weichenstellung: Altern in unserer Gesellschaft. Neue Herausforderungen für das Gesundheitswesen. 2008.* ISBN 978-3-537-44062-4 Euro 14,90
- Band 63: *Bitzer, E.M., Grobe, T.G., Neusser, S., Dörning, H., Schwartz, F.W.: GEK-Report akut-stationäre Versorgung 2008. 2008* ISBN 978-3-537-44063-1 Euro 14,90
- Band 64: *Kemper, C., Koller, D., Glaeske, G.: GEK-Heil- und Hilfsmittelreport 2008. Auswertungsergebnisse der GEK-Heil- und Hilfsmitteldaten aus den Jahren 2006 und 2007. 2008* ISBN 978-3-537-44064-8 Euro 14,90
- Band 65: *Kolip, P., Glaeske, G., u. a.: ADHS bei Kindern und Jugendlichen. 2008* ISBN 978-3-537-44065-5 Euro 14,90

- Band 66: *Rothgang, H., Borchert, L., Müller, R., Unger, R.: GEK-Pflegereport 2008. 2008* Euro 14,90  
ISBN 978-3-537-44066-2
- Band 67: *Grobe, T.G., Dörning, H., Schwartz, F.W.: GEK-Report ambulantärztliche Versorgung 2008. 2008* Euro 14,90  
ISBN 978-3-537-44067-9
- Band 68: *Glaeske, G., Schicktanz, C., Janhsen, K.: GEK-Arzneimittel-Report 2009. Auswertungsergebnisse der GEK-Arzneimitteldaten aus den Jahren 2007 bis 2008. 2009.* Euro 14,90  
ISBN 978-3-537-44068-6
- Band 69: *Bitzer, E.M., Grobe, T.G., Schilling, E., Dörning, H., Schwartz, F.W.: GEK-Report Krankenhaus 2009. 2009* Euro 14,90  
ISBN 978-3-537-44069-3
- Band 70: *Bauknecht, M., Braun, B., Müller, R.: GEK-Bandscheiben-Report. 2009* Euro 14,90  
ISBN 978-3-537-44070-9
- Band 71: *Reuter, C., Kapustin, P.: Vernetzte Gesundheitserziehung im Grundschulalter. 2009* Euro 14,90  
ISBN 978-3-537-44071-6
- Band 72: *Kemper, C., Sauer, K., Glaeske, G.: GEK-Heil- und Hilfsmittelreport 2009. Auswertungsergebnisse der GEK-Heil- und Hilfsmitteldaten aus den Jahren 2007 und 2008. 2009* Euro 14,90  
ISBN 978-3-537-44072-3