

H. Rothgang, S. Iwansky, R. Müller, S. Sauer, R. Unger

BARMER GEK Pflegereport 2011



Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse
Band 11

Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse, Band 11

Heinz Rothgang

Stephanie Iwansky

Rolf Müller

Sebastian Sauer

Rainer Unger

BARMER GEK Pflegereport 2011

Schwerpunktthema: zusätzliche Betreuungsleistungen für Personen mit
erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz

unter Mitarbeit von Christoph Thiedig

mit einem Beitrag von Bernhard Holle

November 2011

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.

Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse, Band 11

BARMER GEK Pflegereport 2011

Herausgeber: BARMER GEK

Hauptverwaltung Schwäbisch Gmünd
Gottlieb-Daimler-Straße 19
73529 Schwäbisch Gmünd
<http://www.barmer-gek.de>

Autoren: Heinz Rothgang, Stephanie Iwansky, Rolf Müller, Sebastian Sauer,
Rainer Unger
Zentrum für Sozialpolitik (ZeS),
Abteilung Gesundheitsökonomie, Gesundheitspolitik und Versorgungsforschung
Universität Bremen, Mary-Somerville-Str. 5, 28359 Bremen.
<http://www.zes.uni-bremen.de>

Verlag: Asgard-Verlag, Einsteinstraße 10, 53757 St. Augustin

ISBN: 978-3-537- 44111-9

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

ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS	5
VORWORT	6
1 ZUSAMMENFASSUNG	7
1.1 Pflegepolitik	7
1.2 Aktuelle und langfristige Entwicklungen	8
1.3 Wahrscheinlichkeit der Pflegebedürftigkeit	9
1.4 Dauern und Verläufe	10
1.5 Inanspruchnahmen von zusätzlichen Betreuungsleistungen	12
2 EINLEITUNG	16
3 DIE WEITERENTWICKLUNG DER PFLEGEVERSICHERUNG 2010/11	18
3.1 Pflegebedürftigkeitsbegriff	18
3.2 Leistungsdynamisierung	20
3.3 Finanzierung	21
3.4 Aktuelle Reformvorhaben der Bundesregierung	27
4 PFLEGE IM SPIEGEL AMTLICHER STATISTIKEN UND ANDERER DATENQUELLEN	32
4.1 Datenquellen	33
4.2 Zahl der Pflegebedürftigen	36
4.3 Lebenslagen Pflegebedürftiger	47
4.4 Die Prävalenz von Pflegebedürftigkeit	49
4.5 Begutachtungen des Medizinischen Dienstes	59
4.6 Die Pflegepersonen	67
4.7 Die stationären Pflegeeinrichtungen	78
4.8 Heimentgelte	83
4.9 Ambulante Pflegedienste	88
4.10 Finanzierung der Pflegebedürftigkeit	93

5	PFLEGEBEDÜRFTIGKEIT IM SPIEGEL DER ROUTINEDATEN	107
5.1	Routinedaten als Basis für die Analyse der Pflegebedürftigkeit	107
5.2	Pflegebedürftigkeit im Jahr 2010	119
5.3	Wandel der Pflegebedürftigkeit	129
6	ZUSÄTZLICHE BETREUNGSLEISTUNGEN	200
6.1	Gesetzliche Entwicklung und Bewertung	201
6.2	Menschen mit Demenz in der Pflegeversicherung: §§ 45a, b und 87b – ein erster Schritt	206
6.3	Zusätzlicher Betreuungsleistungen: Leistungsempfänger und Leistungsausgaben	213
6.4	Ergebnisse der Versichertenbefragung	222
7	LITERATUR	263
8	ABBILDUNGSVERZEICHNIS	273
9	TABELLENVERZEICHNIS	277

Abkürzungsverzeichnis

ADL	Activities of Daily-Living (Aktivitäten des täglichen Lebens)
BGBI	Bundesgesetzblatt
BMFSFJ	Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
BVG	Bundesversorgungsgesetz
DIMDI	Deutsches Institut für medizinische Dokumentation und Information
DIW	Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung
DZNE	Deutsches Zentrum für Neurodegenerative Erkrankungen
FDZ-RV	Forschungsdatenzentrum der Rentenversicherung
GEK	Gmünder ErsatzKasse
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
IADL	Instrumental Activities of Daily-Living (Skala zur Einschätzung instrumenteller Selbstversorgungsfähigkeiten)
ICD	International Classification of Disease (Internationale Klassifikation der Erkrankungen)
KOF	Kriegsopferfürsorge
MDK	Medizinischer Dienst der Krankenversicherung
MDS	Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e. V.
MmD	Menschen mit Demenz
MuG	Möglichkeiten und Grenzen selbständiger Lebensführung
PEA	Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz
PfLEG	Pflegeleistungs-Ergänzungsgesetz
PfWG	Pflege-Weiterentwicklungsgesetz
PPV	Private Pflegeversicherung
RR	Relative Risiken; statistisches Maß, das angibt, wie hoch die Wahrscheinlichkeit eines Ereignisses oder Zustands (je Zeiteinheit) für eine Gruppe im Vergleich zur Vergleichsgruppe ist.
SGB	Sozialgesetzbuch (V = fünftes Buch; XI = elftes Buch)
SOEP	Sozio-ökonomisches Panel
SPV	Soziale Pflegeversicherung
SUF	Scientific-Use-File
WHO	World Health Organization

Vorwort

Der BARMER GEK Pflegereport ist inzwischen zum Standardwerk in der Pflegeversorgungsforschung geworden. Mit dem BARMER GEK Pflegereport 2011 legen wir nun schon zum vierten Mal eine umfassende Bestandsaufnahme des Geschehens im Bereich Pflege in Deutschland vor. Der Report präsentiert Auswertungen der Routinedaten der BARMER GEK, ergänzt um Ergebnisse der amtlichen Statistik. Ein besonderes Interesse gilt dabei den Versorgungsverläufen und Lebensverlaufsbetrachtungen. So wurde das Risiko untersucht, ab dem 30. Lebensjahr bis zum Tod mindestens einmal als pflegebedürftig eingestuft zu werden. Von 2000 bis 2009 ist dieser Anteil gestiegen: von 41 % auf 50 % bei Männern bzw. von 65 % auf 72 % bei Frauen.

Das Schwerpunktthema befasst sich dieses Jahr mit zusätzlichen Betreuungsleistungen, die im Zuge des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes (PfWG) aus dem Jahr 2008 aufgewertet wurden und das Ziel haben, die häusliche Pflege zu stärken. Eine wichtige Zielgruppe für diese zusätzlichen Leistungen sind Menschen mit einer Demenzerkrankung.

Eine Befragung, die wir zur Nutzung dieser zusätzlichen Betreuungsleistungen durchgeführt haben, ergab insgesamt positive Ergebnisse. Mit der Versorgungsstruktur und der Qualität des Angebots sind die Befragten mehrheitlich zufrieden. Allerdings sind diese Angebote noch zu wenig bekannt.

Der BARMER GEK Pflegereport wird erstellt in Kooperation mit dem Zentrum für Sozialpolitik (ZeS) der Universität Bremen. Unser großer Dank gilt Herrn Prof. Heinz Rothgang und seinen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern Frau Stephanie Iwansky, Herrn Dr. Rolf Müller, Herrn Sebastian Sauer und Herrn Dr. Rainer Unger.

Wir wünschen eine aufschlussreiche Lektüre.

Berlin, im November 2011

Dr. jur. Rolf-Ulrich Schlenker

1 Zusammenfassung

Der BARMER GEK Pflegereport umfasst vier Hauptteile:

- einen bewertenden Rückblick auf die Pflegepolitik des letzten Jahres (Kapitel 3),
- die Aufbereitung und Auswertung allgemein zugängliche Daten insbesondere der amtlichen Statistiken über die Versorgungsleistungen Pflegebedürftiger (Kapitel 4),
- eine Auswertung der Routinedaten der BARMER GEK, insbesondere um die Dynamiken von Pflegeverläufen zu verdeutlichen und so Aussagen zu Versorgungsverläufen zu generieren, die auf Basis der amtlichen Statistiken nicht möglich sind (Kapitel 5) und
- die Behandlung des Schwerpunktthemas „zusätzliche Betreuungsleistungen“ (Kapitel 6).

Einige zentrale Ergebnisse dieser Analysen werden nachstehend in Form von Thesen gebündelt dargestellt.

1.1 Pflegepolitik

Die Pflegeversicherung bedarf einer Weiterentwicklung – die Regierungspläne verschieben die wirkliche Reform in die nächste Legislaturperiode

Die Pflegeversicherung bedarf einer Reform, die insbesondere eine Umsetzung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs, eine regelgebundene Leistungsdynamisierung, die sich an einem gewogenen Mittelwert von Inflationsrate und allgemeiner Bruttolohn- und -gehaltsentwicklung orientiert, und eine Finanzreform beinhaltet, die die hierfür notwendigen Mittel bereitstellt.

Im Koalitionsbeschluss wird zwar eine Leistungsverbesserung für Menschen mit eingeschränkter Alltagskompetenz angekündigt, allerdings bleibt unklar, wie genau diese Leistungsverbesserung aussehen soll. Vor allem aber ist der Grundansatz verfehlt, zusätzliche Einzelleistungen für bestimmte Personengruppen einzuführen. Sinnvoller ist es dagegen, den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff umzusetzen, der die Belange von Menschen mit eingeschränkter Alltagskompetenz systematisch berücksichtigt und damit weitere Sonderregelungen überflüssig macht.

Die angekündigte Beitragssatzerhöhung von 0,1 Beitragssatzpunkten ist ausreichend, um begrenzte Leistungsverbesserungen zu finanzieren, ohne die Rücklagen der Pflegeversicherung vor der nächsten Bundestagswahl aufzuzehren. Soll gleichzeitig eine regelgebundene Leistungsdynamisierung eingeführt werden, ist diese Maßnahme aber unzureichend. Hierfür müsste vielmehr die soziale Pflegeversicherung in Richtung auf eine Bürgerversicherung weiterentwickelt werden. Auch dann ist – bei angemessener Umsetzung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs und ausreichender Leistungsdynamisierung – aber damit zu rechnen, dass der Beitragssatz langfristig, d. h. in den nächsten 4-5 Dekaden auf bis zu gut 3 Beitragssatzpunkten ansteigt.

Die im Koalitionsbeschluss angekündigte steuerliche Förderung freiwilliger Privatvorsorge hat gleich mehrere Nachteile. Abgesehen von den Argumenten, die generell gegen eine Kapitaldeckung sprechen, führt die Freiwilligkeit der Zusatzversicherung dazu, dass nur eine Minderheit diese Versicherung abschließen dürfte. Gerade einkommensschwächere Haushalte werden darauf verzichten und dann im Fall der Pflegebedürftigkeit wieder verstärkt der Sozialhilfe anheim fallen. Gleichzeitig dürften Mitnahmeeffekte in erheblicher Höhe und erhebliche Verwaltungskosten entstehen.

1.2 Aktuelle und langfristige Entwicklungen

Alterung der Gesellschaft führt zu neuem Rekordhoch bei der Zahl der Pflegebedürftigen

Die Zahl der Pflegebedürftigen hat von 1999 bis 2009 um 16 % auf 2,34 Mio. zugenommen, davon allein seit 2007 um 4,1 %. Allerdings ist der Anstieg der Zahl der Pflegebedürftigen ausschließlich auf die Alterung der Bevölkerung zurückzuführen, denn die altersspezifischen Pflegeprävalenzen bleiben über die Zeit konstant, und für Frauen ist das Risiko, erstmalig Pflegebedürftig zu werden, sogar zurückgegangen. Die Altersverteilung der Gesellschaft ist damit nach wie vor der Haupteinflussfaktor für die Entwicklung des Ausmaßes der Pflegebedürftigkeit. Die Pflegestufe I gewinnt dabei nach wie vor an Bedeutung, während die Anteile an Pflegebedürftigen mit Pflegestufe II und III zurückgehen. Dies liegt daran, dass immer mehr Menschen mit Pflegestufe I in die Pflegebedürftigkeit eintreten.

Stärkere Bedeutung der ambulanten Pflege unter Beteiligung von Pflegediensten

Seit Einführung der Pflegeversicherung fand die Steigerung der Zahl der Pflegebedürftigen vor allem im Bereich der vollstationären Pflege statt, während gleichzeitig der Anteil der Pflegegelempfänger zurückging. Im Jahr 2009 gehen nun erstmals die Anteile der Pflegebedürftigen in stationärer Pflege minimal zurück. Gleichzeitig steigt der Anteil der Menschen, an deren Pflege ambulante Pflegedienste mit beteiligt sind, um ca. 10 %. Hier deuten sich Tendenzen an, wonach die langfristige Verschiebung hin zur professionellen Pflege sich zunehmend auf den ambulanten Bereich ausdehnen könnte. So nutzen auch immer mehr Menschen eine ambulante Pflege bei Pflegebeginn. Ebenso hat der Kapazitätsausbau zwischen 2007 und 2009 dazu geführt, dass die Zahl Betten in Pflegeheimen „nur“ um 5,8 % auf 845 Tsd. gestiegen ist, während die Zahl der in ambulanten Pflegediensten Beschäftigten sogar um 14,5 % auf 269 Tsd. angestiegen ist. Der Kapazitätsausbau im ambulanten Bereich übertrifft damit deutlich den im stationären Bereich.

Zusätzliche Lebensjahre erhöhen auch die Zeit in Pflegebedürftigkeit

Bei Geburt haben Männer der Geburtskohorten 2005-2010 eine Lebenserwartung von 76,7 Jahren. Davon wird mit 75,2 Jahren der überwiegende Anteil frei von Pflegebedürftigkeit verbracht (98,1 %). Die Lebenserwartung von Frauen bei Geburt ist zwar mit 82,2 Jahren generell höher, jedoch werden mit 79,5 Jahren anteilig weniger Jahre frei von Pflegebedürftigkeit erlebt (96,6 %). Gegenüber den Jahren 1999-2004 haben sich die Jahre in Pflege bei den Männern von 1,25 auf 1,46 und bei den Frauen von 2,49 auf 2,75 Jahre erhöht. Die Jahre in Pflege sind dabei schneller angestiegen, als die „gesunden“ Lebensjahre.

1.3 Wahrscheinlichkeit der Pflegebedürftigkeit

Kinder und Ältere

Die Wahrscheinlichkeit, pflegebedürftig zu werden, wird meist mit dem höheren Lebensalter assoziiert. 5 % der 80-Jährigen und 20 % der 90-Jährigen werden innerhalb eines Jahres pflegebedürftig. Dennoch spielt Pflegebedürftigkeit auch in den ersten Lebensjahren eine wichtige Rolle. Kleinkinder und Kinder bis 10 Jahre werden zu 0,1–0,2 % pflegebedürftig. Die Wahrscheinlichkeit ist danach bis zum ca. 35. Lebensjahr am niedrigsten (0,01–0,02 %). Eine Pflegeeintrittswahrscheinlichkeit von 0,1–0,2 % wird dann erst wieder ab einem Alter von ca. 50 Jahren

erreicht. Kleinkinder haben damit eine ähnlich hohe Pflegeeintrittswahrscheinlichkeit wie 50-Jährige.

Die Verlagerung des Sterbens in Institutionen

Durch die Erhöhung der Lebenserwartung sind immer mehr Menschen am Ende ihres Lebens pflegebedürftig und/oder verbringen ihr Lebensende im Krankenhaus. Beispielsweise ist bei den über 30-Jährigen die Zahl der im Krankenhaus Verstorbenen zwischen 2000 und 2009 von 401 Tsd. auf 423 Tsd. angestiegen und die Zahl der im Pflegeheim Verstorbenen von 140 Tsd. auf 159 Tsd. Im Unterschied dazu sank die Zahl der nicht im Krankenhaus Verstorbenen und derjenigen, die am Lebensende nicht pflegebedürftig, waren von 172 Tsd. auf 139 Tsd. Das Sterben wird also mehr und mehr institutionalisiert. 70 % versterben inzwischen in Institutionen – dabei mehrheitlich im Krankenhaus. Im Jahr 2000 lag diese Quote noch bei 65 %.

Gestiegene Lebenszeitprävalenz

Eng verbunden mit der steigenden Lebenserwartung hat sich die Wahrscheinlichkeit erhöht, jemals im Lebensverlauf pflegebedürftig geworden zu sein. Denn mit dem Erreichen eines höheren Lebensalters steigt auch die Wahrscheinlichkeit einer Pflegebedürftigkeit. So ist unter den verstorbenen Versicherten der Anteil der jemals pflegebedürftigen Männer von 41 % auf 50 % und der Anteil der jemals pflegebedürftigen Frauen von 65 % auf 72 % angestiegen. Die Kernaussage aus dem Pflegereport 2008, dass jeder Zweite pflegebedürftig wird, muss inzwischen schon nach oben korrigiert werden: Jeder zweite Mann wird und zwei von drei Frauen werden, zumeist am Lebensende, pflegebedürftig.

1.4 Dauern und Verläufe

Durchschnittliche Pflegezeiten von 3-4 Jahren bei allen Pflegebedürftigen

Pflegebedürftige Frauen leben länger als pflegebedürftige Männer. Von der Pflegeeintrittskohorte aller Altersjahre des Jahres 1999 überlebten Männer durchschnittlich 3 Jahre (genauer: 37 Monate) und Frauen 4 Jahre (genauer: 51 Monate). Davon wurden durchschnittlich 8 (Männer) bzw. 17 (Frauen) Monate im Pflegeheim verbracht, mehr als 19 Monate mit informeller Pflege (von beiden Geschlechtern) und 7 (Männer) bzw. 12 (Frauen) Monate in formell-ambulanter Pflege. Die durch-

schnittliche Überlebenszeit innerhalb der ersten 4 Jahre ab Eintritt in die Pflegebedürftigkeit bleibt dabei über die Jahre konstant.

Die jüngsten Pflegebedürftigen im Alter von 0–24 Jahren beginnen den Pflegeverlauf durchgängig in informeller Pflege (durchschnittlich 99 Monate) und es kommt in den seltensten Fällen überhaupt zur formell-ambulanten Pflege (durchschnittlich 1 Monat). Vielfach wird die Pflegebedürftigkeit der „jungen“ Pflegebedürftigen auch überwunden.

Die Überlebenszeit unterscheidet sich dennoch auch danach, in welchem Alter die Pflegebedürftigkeit beginnt. Diejenigen, die im mittleren Alter pflegebedürftig werden, versterben schneller als diejenigen, die im höheren Alter pflegebedürftig werden. So sind von den 75–84-Jährigen und von den über 85-Jährigen nach einem halben Jahr jeweils 20 % verstorben, aber von den 25–49-Jährigen und den 50–74-Jährigen bereits 32 % bzw. 33 %. Wird diese erste (kritische) Zeit der früh in die Pflegebedürftigkeit eingetretenen Menschen überwunden, dann haben sie im Vergleich zu den älteren sogar einen Überlebensvorteil.

Dieser altersspezifische Verlauf hängt mit den deutlich unterschiedlichen Erkrankungen zusammen, die zur Pflegebedürftigkeit führen. So reduzieren Krebserkrankungen deutlich die Lebenserwartung, so dass nach 6 Monaten bereits 48 % der Pflegebedürftigen verstorben sind. Die chronisch-degenerativen Erkrankungen wie Demenz, (15 % verstorben nach 6 Monaten), Parkinson (14 %) und Multiple Sklerose (1 %) haben dagegen nicht solch drastische Auswirkungen auf die Lebenserwartung.

Sequenzen der Pflegearrangements

Verbunden mit dem Eintrittsalter, dem Geschlecht, der Einstiegserkrankung und der weiteren Lebenserwartung ist auch die Wahrscheinlichkeit spezieller Verläufe durch die Pflegearrangements oder durch die Pflegestufen. So sind in einem Beobachtungsfenster von 4 Jahren insgesamt 60 % langfristig konstante Verläufe durch die Pflegearrangements zu beobachten und 32 % Verläufe mit einem Anstieg des Professionalisierungsgrades. Um die 2 % beginnen im Krankenhaus und ca. 6 % verzeichnen langfristig innerhalb der 48 Monate einen Trend zur Deprofessionalisierung. Die allergrößte Wahrscheinlichkeit für einen konstanten Verlauf durch die Pflegearrangements gibt es beim Start im Pflegeheim: 95 % verbleiben im Pflegeheim und nur 5 % verlassen es wieder. Eine Steigerung des Professionalisierungs-

grades ergibt sich insbesondere bei Vorliegen chronisch-degenerativer Erkrankungen (Demenz: 44 %; Parkinson: 41 %) und parallel dazu im höheren Alter (75–84 Jahre: 34 %; 85 Jahre und älter: 39 %). 19 % der 25–49-Jährigen erleben sogar eine Verringerung des Professionalisierungsgrades bis hin zu einer Aufhebung der Pflegebedürftigkeit.

1.5 Inanspruchnahmen von zusätzlichen Betreuungsleistungen

Die Erstattungsfähigkeit „zusätzlicher Betreuungsleistungen“ nach § 45b SGB XI seit dem Jahr 2002 sollte ein erster Schritt sein, der Kritik am verrichtungsbezogenen Pflegebedürftigkeitsbegriff zu begegnen. Ziel der Erstattung zusätzlicher Betreuungsleistungen ist die Berücksichtigung des vermehrten Betreuungsbedarfs von Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz (PEA) und somit eine Entlastung von pflegenden Angehörigen, sowie eine qualifizierte Betreuung für PEA zu schaffen. Aufgrund anhaltender Kritik ist mit dem PfWG im Jahr 2008 die maximale Summe der Unterstützungsleistungen von 460 € jährlich auf 1.200 € (Grundbetrag) bzw. 2.400 € (erhöhter Betrag) jährlich erhöht worden; ebenso ist der berechnete Personenkreis auch auf PEA ohne Pflegestufe erweitert worden.

Für das Schwerpunktthema dieses Pflegereports ist eine Befragung von BARMER GEK Versicherten durchgeführt worden, die nach § 45a SGB XI eine Anspruchsberechtigung auf zusätzliche Betreuungsleistungen haben. Ziel der Befragung ist es zu erfassen, welche zusätzlichen Betreuungsleistungen in Anspruch genommen werden und wie diese von den Pflegenden der Anspruchsberechtigten bewertet werden. Zusätzlich wurden die BARMER GEK-Routinedaten ausgewertet, um einen langfristigen Trend der Inanspruchnahmen zu beschreiben.

Anstieg der Zahl der Leistungsempfänger und Ausgaben

Durch die Gesetzesnovellierung ist die Inanspruchnahme zusätzlicher Betreuungsleistung beachtlich gestiegen. Im Jahr der Einführung waren es pro Quartal gerade einmal 8–16 Tsd. Personen, die die zusätzlichen Betreuungsleistungen in Anspruch genommen haben. Bis zum 2. Quartal 2008 erhöhte sich diese Zahl langsam auf 41 Tsd. Nach der Ausweitung der zusätzlichen Betreuungsleistungen ist die Zahl der Leistungsempfänger pro Quartal innerhalb von 2 1/2 Jahren auf das Fünffache, auf 163 Tsd., gestiegen. Die Ausgaben stiegen im gleichen Zeitraum auf mehr als das Neunfache. Das Gros der Ausgabensteigerung ist damit auf eine Fallzahlsteigerung

zurückzuführen. Das Verhältnis von weiblichen zu männlichen Leistungsbeziehern bleibt während der ganzen Zeit relativ konstant bei 1,6 zu 1. Während der Leistungsanspruch bis zum PfWG im Jahr 2008 nur für Pflegebedürftige galt, wurde er 2008 auch auf Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz, die nicht pflegebedürftig im Sinne des SGB XI sind, ausgedehnt. Im Jahr 2010 sind daher 9 % der Leistungsbezieher ohne Pflegestufe. Das heißt aber auch, dass die zusätzlichen Betreuungsleistungen in 91 % der Fälle eine Aufstockung der Pflegeleistungen bedeuten und nicht Personen ohne Pflegeleistungen zugute kommen.

Nicht nur Menschen mit Demenz – Charakteristika der Leistungsempfänger

Wer sind nun die Menschen, die zusätzliche Betreuungsleistungen in Anspruch nehmen? Zusätzliche Betreuungsleistungen richten sich an Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz (PEA). Hierzu zählen laut § 45a SGB XI Pflegebedürftige mit demenzbedingten Fähigkeitsstörungen, geistiger Behinderung oder psychischer Erkrankung, die einen erheblich allgemeinen Betreuungs- und Beobachtungsbedarf haben. Demenz wird vielfach mit den zusätzlichen Betreuungsleistungen in Verbindung gebracht; dennoch sind längst nicht alle Leistungsempfänger demenz. Im Jahr 2010 sind 22 % der Leistungsbezieher unter 60 Jahre alt – also in einem Alter, in dem Demenz höchst selten vorkommt. Eine Demenzdiagnose liegt unter den Leistungsbeziehern bei „nur“ 47 % im Jahr 2005 bis 58 % im Jahr 2009“ vor.

Verwendungen der zusätzlichen Betreuungsleistungen

Knapp die Hälfte der Befragten gibt an, zusätzliche Betreuungsleistungen in Anspruch genommen zu haben. Angebote der Teilzeitpflege, Kurzzeitpflege oder Betreuungsgruppen außer Haus werden jeweils von rund 20 % der Studienteilnehmer und die Betreuungshilfen zu Hause werden von fast jedem Dritten (32 %) als Unterstützungsleistung genutzt. Wenn die zusätzlichen Betreuungsleistungen überhaupt eingesetzt werden, dann wird mehrheitlich (gut 60 %) auch mehr als nur ein Angebot genutzt.

Bewertung der einzelnen Angebote

Die einzelnen Leistungsangebote (Kurzzeitpflege, teilstationäre Pflege, Betreuungsgruppen außer Haus, Betreuungshilfen zu Hause) konnten von den Befragten hinsichtlich der Versorgungsstruktur, der Versorgungsqualität, der Kosten, des

Entlastungsempfindens und der Akzeptanz durch den Pflegebedürftigen bewertet werden. Nutzer der Leistungen bewerteten die Leistungen jeweils positiver als die Nicht-Nutzer. 49–59 % der Nutzer, aber nur 29–47 % der Nicht-Nutzer meinen, es gäbe genug Leistungsanbieter für die jeweiligen Angebote. 13–19 % der Nutzer und 12–20 % der Nicht-Nutzer finden die Angebote zu teuer. 69–80 % der Nutzer und 20–32 % der Nicht-Nutzer meinen, die pflegebedürftige Person wird bei den Angeboten gut versorgt. Ein großer Teil der Nutzer (ca. 15 %) und der Nicht-Nutzer (56–72 %) traut sich aber gar kein Urteil zu. 77–81 % der Nutzer und 34–45 % der Nicht-Nutzer sehen für sich eine Entlastung in den Angeboten. Weitere 11–14 % der Nutzer und 17–21 % der Nicht-Nutzer sehen zumindest eine teilweise Entlastung durch die Angebote. Problematisch sind die Angebote aber hinsichtlich der Akzeptanz durch die Pflegebedürftigen. Selbst die Nutzer der Leistungen geben zu 21–43 % an, das Angebot würde durch die Pflegebedürftigen nicht sehr gemocht. Dies betrifft insbesondere die Kurzzeitpflege. Die Nicht-Nutzer geben gar zu 34 % an, die pflegebedürftige Person lehne Betreuungshilfen oft ab und ist sehr wählerisch, und sogar 64–66 % geben an, die pflegebedürftige Person möchte nicht zu den Betreuungsangeboten (Kurzzeitpflege, teilstationäre Pflege, Betreuungsgruppen außer Haus).

Ursachen für geringere Inanspruchnahme

Fehlende Akzeptanz: Innerhalb der Gruppe der Nicht-Nutzer wird deutlich häufiger geäußert, dass die Betreuung von den Pflegenden lieber eigenständig übernommen wird. Im Vergleich zu den Nutzern geben sie vermehrt an, keine Unterstützung zu benötigen. Dies könnten Ursachen dafür sein, dass trotz einer Anspruchsberechtigung auf eine Inanspruchnahme verzichtet wird. Der ausschlaggebende Grund scheint aber die Inakzeptanz bei den PEA zu sein, die unter den Nicht-Nutzern zu zwei Dritteln die außerhäusigen Betreuungsleistungen und zu einem Drittel die Betreuung zu Hause ablehnen.

Leistungsumfang: Die Preise der zusätzlichen Betreuungsleistungen werden oftmals als zu hoch wahrgenommen. Dem zufolge wird das Leistungsvolumen der Leistungen nach § 45b SGB XI als gering bewertet. Zudem wird eine flexiblere Nutzungsmöglichkeit gewünscht.

Geringer Bekanntheitsgrad: Nur 46 % der befragten Leistungsberechtigten haben klar angegeben, sie hätten einen Leistungsanspruch. Den Befragten mit geäußerten oder vermuteten Leistungsansprüchen sind die Leistungsangebote (teilstationäre

Pflege (74 %), Kurzzeitpflege (89 %), Betreuungsgruppen (63 %) oder Betreuungshilfen (71 %) mehrheitlich bekannt. Gemessen an der Bedarfslage und dem möglichen Nutzen ist dieser Informierungsgrad aber nicht als ausreichend zu bewerten, denn 11–37 % wissen nicht, was diese einzelnen Angebote bedeuten. Noch extremer sieht es dann aus, wenn man danach fragt, ob bekannt ist, dass diese Leistungen auch als § 45b Leistung in Anspruch genommen werden können. Das ist für diese Leistungsangebote nur noch zu 60–65 % bekannt.

Fazit

Von Nutzern werden zusätzliche Betreuungsleistungen als entlastend empfunden und die Versorgungsqualität sowie die Angebotsstruktur als gut bewertet. Eine Inanspruchnahme der Leistung erfolgt weniger, solange die Pflegenden lieber eigenständig pflegen und somit keine Unterstützung benötigen, aber auch wegen fehlender Information. Ein Aspekt, der in beide Richtungen weist, ist der Anteil der Leistungsempfänger in informeller Pflege im Vergleich zum Anteil der Leistungsempfänger, die auch für häusliche Pflege den ambulanten Pflegedienst in Anspruch nehmen. Der Anteil der Pflegebedürftigen mit informeller Pflege liegt nur bei 34 % und der Anteil der Pflegebedürftigen mit formell-ambulanter Pflege liegt bei 54 %. Hier könnte es also einerseits eine Rolle spielen, dass die Angehörigen die Pflege und Betreuung insgesamt lieber selber übernehmen wollen, oder aber, dass die Personen, die schon intensiveren Kontakt mit den Pflegediensten haben, besser aufgeklärt sind. Wer nicht weiß, dass es ein Angebot gibt, kann sich nicht darum kümmern. Aufklärung tut Not, denn auch mehr als die Hälfte der bisherigen Nicht-Nutzer der zusätzlichen Betreuungsleistungen möchte diese in Zukunft gern nutzen.

Viele befragte Personen empfinden die Aufklärung hinsichtlich des Spektrums an allgemeinen Pflegeleistungen von Seiten der Kranken- und Pflegekasse, aber auch seitens der Ärzte, Krankenhäuser, Pflegedienste und des MDK als nicht ausreichend. Sowohl über Krankheitsbilder als auch über verfügbare Leistungen, Ansprüche und Rechte müsse besser und verständlicher informiert werden. Insbesondere zu Beginn der Pflegetätigkeit können viele Pflegende mit den zur Verfügung gestellten Informationen wenig anfangen.

2 Einleitung

Mit dem vorliegenden 4. Pflegereport wird die Reihe der Pflegereporte fortgesetzt, die als GEK-Pflegereport im Jahr 2008 begann und im Jahr 2010 mit dem ersten BARMER GEK Pflegereport fortgesetzt wurde. Zentrales Ziel des Reportes ist und bleibt es, über Pflegebedürftigkeit und die Versorgung Pflegebedürftiger zu berichten. Diese Informationen können Grundlage dafür sein, 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 Routinedaten der BARMER GEK.

Obwohl der Bundesgesundheitsminister 2011 zum „Jahr der Pflege“ erklärt hat, konnten selbst die Eckpunkte einer Pflegereform nicht – wie angekündigt – bis zum Sommer vorgelegt werden. Erst am 6. November wurde ein Koalitionsbeschluss gefasst, der 13 Zeilen zur Reform der Pflegeversicherung enthält. Die Analyse zur Weiterentwicklung der Pflegeversicherung (*Kapitel 3*) kann sich daher in diesem Jahr nicht mit einem vorliegenden Konzept auseinandersetzen und formuliert stattdessen wünschenswerte Reformschritte zur Umsetzung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs, zur Leistungsdynamisierung und zur Finanzreform der Pflegeversicherung sowie eine Einschätzung des gerade verabschiedeten Familienpflegezeitgesetzes. Dabei wird auch auf den Koalitionsbeschluss eingegangen.

In *Kapitel 4* werden die aktuellen Daten der Pflegestatistik der Statistischen Ämter des Bundes und der Länder analysiert. Zudem stehen die neuesten Zahlen des Bundesministeriums für Gesundheit über die Soziale Pflegeversicherung und die Daten des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e. V. von 2010 zur Verfügung. Auf Basis der Daten der Rentenversicherung und des Sozio-ökonomischen Panels wird die Zahl der Pflegepersonen ermittelt.

In *Kapitel 5* werden die Routinedaten der BARMER GEK im Hinblick auf die altersspezifische Pflegeprävalenz untersucht. Des Weiteren wird auf Basis der Daten der ehemaligen GEK die Dynamik der Pflegebedürftigkeit beschrieben. Hier geht es um Eintritt, Verlauf und Wandel der Pflegebedürftigkeit. Eine solche Längsschnittperspektive kann nur mit Kassendaten, nicht aber mit den Querschnitterhebungen der amtlichen Statistik eingenommen werden. Im Zentrum der Analysen stehen dabei die Fragen nach der Erlebenswahrscheinlichkeit im Lebensverlauf und nach der zu erwartenden Dauer der Pflegebedürftigkeit. Außerdem

wird die Wechselwahrscheinlichkeit von Pflegearrangements und Pflegestufen untersucht.

Das Schwerpunktthema dieses Reports widmet sich in *Kapitel 6* den „zusätzlichen Betreuungsleistungen“, die im Jahr 2002 eingeführt und im Jahr 2008 ausgeweitet wurden. Dabei wird auf Basis der Routinedaten der Frage nachgegangen, wie sich die Inanspruchnahmen und die Ausgaben für diese Leistungen entwickelt haben. Eigens für dieses Schwerpunktthema wurde eine Befragung zur (Nicht-) Inanspruchnahme und Zufriedenheit mit diesen Leistungen durchgeführt worden. Diese Befragung richtet sich an die Angehörigen von Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz, die Anspruch auf zusätzliche Betreuungsleistungen haben bzw. an die Nutzer dieser Angebote. Inhalte der Befragung sind neben Gesundheitszustand, Belastungsempfinden und Sozio-Demografie der Pflegenden und Pflegebedürftigen vor allem die Inanspruchnahme der Leistungen und deren Bewertungen.

3 Die Weiterentwicklung der Pflegeversicherung 2010/11

In ihrem Koalitionsvertrag haben die Regierungsparteien eine Reform der Pflegeversicherung angekündigt, die u. a. „eine neue, differenziertere Definition der Pflegebedürftigkeit“ und eine „Veränderung in der Finanzierung“ zum Inhalt haben soll (CDU, CSU und FDP 2009). Der damalige Bundesgesundheitsminister Rösler hat 2011 sogar zum „Jahr der Pflege“ erklärt und Eckpunkte für eine Pflegereform für den „Sommer“ 2011 angekündigt. Sein Nachfolger im Amt des Bundesgesundheitsminister, Daniel Bahr, hat den kalendarischen Sommer verstreichen lassen müssen, ohne Eckpunkte vorlegen zu können, weil die Koalitionsparteien keine Einigung erzielen konnten. Am 6. November wurde dann schließlich eine Koalitionsbeschluss gefasst, der insgesamt 13 Zeilen zur Pflegereform enthält, aber nicht viel mehr als Stichworte dazu enthält, ohne dass die Konturen der Veränderungen schon scharf zu erkennen wären. Um diesen Vorschlag einordnen zu können, werden nachfolgend zunächst drei Bereiche thematisiert, die in der nächsten Reform vorrangig behandelt werden sollten: der Pflegebedürftigkeitsbegriff (Abschnitt 3.1), die Leistungsdynamisierung (Abschnitt 3.2) und – schwerpunktmäßig – die Finanzierung (Abschnitt 3.3). Vor diesem Hintergrund wird in Abschnitt 3.4 eine erste Einordnung des Koalitionsbeschlusses vorgenommen und der am 20.10.2011 vom Deutschen Bundestag verabschiedete Gesetzentwurf der Bundesregierung zum Familienpflegezeitgesetz bewertet.

3.1 Pflegebedürftigkeitsbegriff

Die Pflegeversicherung konnte 1995 nur eingeführt werden, weil ihre Protagonisten die Kostenbegrenzung zu einem zentralen Ziel erhoben (Pabst & Rothgang 2000; Rothgang 1997: 9-40). Auch die Definition der Anspruchsvoraussetzungen für Pflegeversicherungsleistungen wurde entsprechend eng gewählt, so dass der im Gesetz niedergelegte Pflegebedürftigkeitsbegriff schon sehr bald unter fachlichen Gesichtspunkten als unzureichend kritisiert wurde. Kritisch ist insbesondere, dass der verrichtungsbezogene Pflegebedürftigkeitsbegriff zwar somatische Einschränkungen gut abbildet, die besondere Betreuungs- und Beaufsichtigungsbedarfe kognitiv beeinträchtigter und verhaltensauffälliger Menschen aber weitgehend unberücksichtigt lässt. Im Pflegeleistungs-Ergänzungsgesetz wurden 2002 daher in § 45b SGB XI erstmals zusätzliche Betreuungsleistungen für „Personen mit einge-

schränkter Alltagskompetenz“ eingeführt. Im Pflege-Weiterentwicklungsgesetz (PfWG) wurden diese Leistungen 2008 nicht nur erhöht, sondern auch auf solche Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz ausgedehnt, die nicht mindestens erheblich pflegebedürftig sind und daher keine anderen Leistungen der Pflegeversicherung beziehen können (vgl. Abschnitt 6.1). Die Pflegeversicherung gewährt damit Leistungen an Personen, die nicht pflegebedürftig im Sinne des Gesetzes sind. Systematisch ist diese Lösung unbefriedigend. Bereits 2007 hat das Bundesgesundheitsministerium daher einen Beirat zur Überprüfung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs eingerichtet, der 2009 zwei Berichte vorgelegt hat (BMG 2009a und b), in denen in seltener Einmütigkeit ein *neuer Pflegebedürftigkeitsbegriff* vorgeschlagen und ein dazugehöriges Neues Begutachtungsassessment (NBA) vorgelegt wurden. Gemäß dieses Vorschlags sollen nicht mehr die Defizite bei den alltäglichen Verrichtungen zum Ausgangspunkt der Begutachtung genommen, sondern vielmehr geprüft werden, welche Hilfestellungen notwendig sind, damit der Pflegebedürftige am gesellschaftlichen Leben teilhaben kann. Dabei werden kognitive Beeinträchtigungen systematisch berücksichtigt, so dass insbesondere die Bedarfe der dementiell Erkrankten wesentlich besser erfasst werden. Das NBA wurde zudem einem umfangreichen Praxistest unterzogen, in dem es sich als reliabel und valide erwiesen hat. Die Vorschläge des Beirates wurden von Fachwelt und Politik durchgängig positiv bewertet, so dass die Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffes inzwischen von allen Parteien gefordert wird.

Warum ist dennoch seit nunmehr zwei Jahren nichts geschehen? Das NBA kann zwar alle Antragsteller auf einer Skala von 0 bis 100 abbilden und der Beirat hat zudem gut begründete Grenzwerte auf dieser Skala vorgeschlagen, mit deren Hilfe 5 Bedarfsgrade unterschieden werden können. Die politisch zu lösende Frage ist aber, *mit welchen Leistungen* diese Bedarfsgrade hinterlegt werden sollen. Hierzu hat der Beirat mehrere Szenarien vorgelegt. In einer annähernd ausgabenneutralen Variante werden die Mehrausgaben, die sich durch die bessere Erfassung insbesondere der kognitiven Beeinträchtigungen ergeben, dadurch finanziert, dass die Leistungen für die Gruppe der rein somatisch Beeinträchtigten insgesamt gesenkt werden. Eine Pflegereform, die mit Leistungskürzungen in einem System einhergeht, das wegen der bis 2008 fehlenden Leistungsdynamisierung (s. u.) bereits erhebliche reale Leistungskürzungen erlebt hat, ist allerdings politisch schwer zu vermitteln. Sollen dagegen die bisherigen Leistungshöhen für alle Betroffenen-gruppen zumindest gehalten, gleichzeitig aber insbesondere Demenz stärker be-

rücksichtigt werden, resultieren Mehrausgaben von bis zu 3 Mrd. Euro oder etwa 15 % des derzeitigen Ausgabenniveaus. Der ungelöste Zielkonflikt zwischen Ausgabenstabilisierung und Leistungsverbesserung ist der tiefere Grund, warum der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff bisher nicht umgesetzt wurde. Jede Pflegereform, die ihren Namen verdient, wird sich aber hierzu verhalten müssen. Eine erstrebenswerte Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs mit den zugehörigen Mehrausgaben, die allein auch in der Lage ist, die bislang vernachlässigten besonderen Bedarfe von kognitiv beeinträchtigten und verhaltensauffälligen Menschen systematisch zu berücksichtigen, verschärft dann aber die Finanzierungsproblematik.

3.2 Leistungsdynamisierung

Die Leistungen der Pflegeversicherung sind – anders als etwa die Leistungen der Krankenversicherung – schon vom Grundsatz her nicht bedarfsdeckend und durchgängig betraglich gedeckelt oder pauschaliert. Von 1995 bis 2008 sind sie zudem nominal konstant geblieben. Dies hat zu einem erheblichen *Kaufkraftverlust* geführt, da beispielsweise die Heimentgelte (Pflegesatz zuzüglich des Entgelts für Unterkunft und Verpflegung) in den zehn Jahren von 1999 bis 2009, die von der Pflegestatistik erfasst werden, um jahresdurchschnittlich (geometrisches Mittel) 1,5 Prozent (Stufe I und II) bzw. 1,3 Prozent (Stufe III) gestiegen. Die entspricht einer Gesamtsteigerung für diesen 10-Jahreszeitraum von 16 % (Pflegestufe I und II) bzw. 14 % (Pflegestufe III) bzw. einer entsprechenden realen Entwertung der Pflegeversicherungsleistungen. Im PfWG von 2008 wurde dann erstmals eine *Leistungsanpassung* festgelegt, die 2008, 2010 und 2012 in drei Stufen erfolgt (ist). Diese Leistungsanpassung beläuft sich insgesamt (gewogenes Mittel mit den Ausgabenanteilen als Gewichte) auf rund 1,3 % pro Jahr (Rothgang 2008). Eine nachholende Anpassung ist damit also nicht verbunden. Für die Folgezeit wurde im PfWG festgelegt, dass die „Bundesregierung ... alle drei Jahre, erstmals im Jahre 2014 Notwendigkeit und Höhe einer Anpassung der Leistungen der Pflegeversicherung“ prüft (§ 30 Satz 1 SGB XI). Dabei soll die Inflationsrate als Richtschnur dienen, keinesfalls soll der Anstieg aber höher ausfallen als die Bruttolohnentwicklung. Zudem „können die gesamtwirtschaftlichen Rahmenbedingungen mit berücksichtigt werden“ (ebd.). Nun ist davon auszugehen, dass die Preise langfristig der Kostenentwicklung folgen. Personalintensive Dienstleistungen unterliegen aber generell der Baumolschen „*Kostenkrankheit*“ (Baumol 1967; Baumol & Oates

1972): Da personenbezogene Dienstleistungen nicht in gleichem Maße rationalisiert werden können wie Industrieprodukte, übersteigt deren Kostensteigerung (und damit dann annahmegemäß auch die Preissteigerung) regelmäßig die Inflationsrate. Da – angesichts der zukünftigen Arbeitsmarktentwicklung – von steigenden Realöhnen auszugehen ist, würde eine Leistungsdynamisierung in Anlehnung an die Inflationsrate und unterhalb der Lohnsteigerungsrate zu einem fortgesetzten Kaufkraftverlust führen. Nun ist die Pflegeversicherung von vorne herein als Teilleistungssystem konzipiert. Allerdings ist die Fähigkeit dieses Systems, die bei seiner Einführung verfolgten Ziele zu erfüllen, etwa in der Heimpflege im Durchschnitt zumindest die Pflegekosten zu finanzieren (vgl. Rothgang 2007), schon in den letzten Jahren gesunken (vgl. z. B. Rothgang et al. 2009: 35). Eine weitere reale Reduktion der Pflegeversicherungsleistungen dürfte daher langfristig dazu führen, dass die Funktionsfähigkeit dieses Sicherungssystems in Frage gestellt wird und so die Pflegeversicherung delegitimieren. Soll – um dies zu verhindern – die Kaufkraft der Pflegeversicherungsleistungen erhalten werden, ist das derzeitige System einer diskretionären Leistungsanpassung daher durch eine *regelgebundenen Dynamisierung* zu ersetzen, die sich als gewogenes Mittel zwischen allgemeiner Brutto-lohnsteigerung und Inflationsrate bestimmen lässt. Gemäß dem Verhältnis von Personal und Sachkosten in Pflegeeinrichtungen würde sich dabei eine Berücksichtigung dieser beiden Größen im Verhältnis 2 zu 1 anbieten. Auch eine solche sachlich gebotene Regelbindung verschärft allerdings die Finanzierungsproblematik.

3.3 Finanzierung

Damit ist klar, dass die Finanzierungsfrage nicht nur für sich genommen von entscheidender Bedeutung ist, sondern deren Lösung auch Voraussetzung für die angesprochenen Reformen auf der Leistungsseite ist. Bevor über Reformoptionen bei der Finanzierung gesprochen werden kann (Abschnitt 3.3.2 und 3.3.3), ist es aber sinnvoll, zunächst die Ausgangslage zu betrachten (Abschnitt 3.3.1).

3.3.1 Ausgangslage

Seit Anfang dieses Jahrhundert weist die Soziale Pflegeversicherung (SPV) zunehmende Defizite auf, denen in der zweiten Hälfte der vergangenen Dekade zunächst mit Einzelmaßnahmen (Einführung der Zusatzbeitrags für Kinderlose

(2005), Vorziehen der Fälligkeit mit der Folge einer 13. Monatseinnahme (2006)) und dann mit einer Beitragssatzanhebung zum Juli 2008 begegnet wurde. Seitdem verzeichnet die Pflegeversicherung zwar wieder Überschüsse, allerdings sind diese rückläufig, weil die Beitragssatzanhebung zwar zum 1.7.2008 erfolgte, die Dynamisierung der Pflegeleistungen aber in drei Stufen (2008, 2010, 2012). Spätestens nach Inkrafttreten der letzten Stufe der Leistungsdynamisierung 2012 wird die SPV erneut defizitär sein und bis 2014 ihre Rücklagen weitgehend aufgezehrt haben (Deutscher Bundestag 2011).

Ursache für die Defizittendenzen ist – ähnlich wie in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) – die strukturelle Einnahmeschwäche der SPV, nicht deren Ausgabenentwicklung. So sind die Ausgaben im Zeitraum von 1998 (nach Auslaufen der erkennbaren „Einführungseffekte“) bis 2007 (also vor Inkrafttreten der ersten Stufe der Leistungsdynamisierung) um jährlich 1,6 % gestiegen (geometrisches Mittel) (Dräther & Holl-Manoharan 2009). Bereinigt um die genannten Sondereffekte (Vorziehen der Fälligkeit der Beitragszahlung im Jahr 2006 und Einführung des Zusatzbeitrags für Kinderlose) lag das jährliche Einnahmewachstum im gleichen Zeitraum dagegen bei durchschnittlich 0,9 % (geometrisches Mittel) und damit deutlich unterhalb der Inflationsrate, die in diesem Zeitraum 1,3 % betrug (Rothgang & Dräther 2009). Die Einnahmen sind damit real jedes Jahr um fast ein halbes Prozent zurückgegangen. Diese *strukturelle Einnahmeschwäche* resultiert daraus, dass die Gesamtsumme der beitragspflichtigen Einnahmen (Grundlohnsumme) langsamer wächst als das Bruttoinlandsprodukt (BIP) (vgl. aktuell und für viele: Wille 2010; Reiners 2009).

Die Ursachen für diese Einnahmeschwäche liegen sowie in Veränderungen der Zahl der Beitragszahler als auch in der Höhe der beitragspflichtigen Einkommen: So ist die Zahl der in der Privaten Pflegepflichtversicherung (PPV) Pflegeversicherten kontinuierlich zu Lasten der Sozialversicherten gestiegen. Da die Abwanderer aus der Sozialversicherung überdurchschnittlich verdienen, reduziert sich dadurch nicht nur die Beitragszahlerzahl, sondern auch deren durchschnittliches beitragspflichtige Einkommen. Hinsichtlich der Höhe der Beitragszahlung ist entscheidend, dass sich die Beitragspflicht nur auf Löhne und Gehälter sowie Lohnersatzeinkommen (Arbeitslosengeld, Renten) erstreckt, nicht aber etwa auf Einkommen aus Vermietung und Verpachtung und selbständiger Tätigkeit oder Kapitaleinkommen. Die sinkende Lohnquote trägt deshalb dazu bei, dass die Grundlohnsumme langsamer steigt als das BIP. Strukturelle Verschiebungen auf dem Ar-

beitsmarkt, die zu einer sinkenden Bedeutung des Normalarbeitsverhältnisses führen, und ein Anstieg von Beschäftigungsverhältnissen mit verminderten Beitragszahlungen (insbesondere geringfügige Beschäftigung) führen, verstärken diesen Effekt noch.

Daneben weist die Finanzierung der Pflegeversicherung – weitgehend analog zur GKV – sowohl *horizontale* als auch *vertikale Ungerechtigkeiten* auf. Eine sich an der Leistungsfähigkeit der Versicherten orientierende Beitragsbemessung muss in horizontaler Hinsicht dazu führen, dass ökonomisch gleich starke Wirtschaftssubjekte zu einer gleich hohen Beitragszahlung herangezogen werden. Dieser Grundsatz ist im derzeitigen System durchbrochen: Haushalte mit gleichem Einkommen und damit gleicher ökonomischer Leistungsfähigkeit werden zu ungleichen Beitragszahlungen herangezogen, je nachdem aus welchen Einkommensarten sich ihr Einkommen speist. Bei einem Haushaltseinkommen oberhalb der Beitragsbemessungsgrenze hängt die Höhe des beitragspflichtigen Einkommens zudem davon ab, wie sich das Haushaltseinkommen bei einem Ehepaar auf die beiden Partner verteilt. In Bezug auf die vertikale Gerechtigkeit wird insbesondere beklagt, dass sich Besserverdiener der Umverteilung insgesamt in Richtung auf einkommensschwächere Haushalte entziehen können, indem sie von der SPV in die Private Pflegepflichtversicherung (PPV) wechseln. Die daraus resultierende Begünstigung der Mitglieder der Privatversicherung ist in der Pflegeversicherung sogar noch deutlicher stärker ausgeprägt als im Bereich der Krankenversicherung, da sich die Risiken der beiden Teilpopulationen erheblich unterscheiden (Rothgang 2010). Schließlich wird das Leistungsfähigkeitsprinzip durch die Beitragsbemessungsgrenze begrenzt, deren Höhe diskutabel ist.

Eine Finanzreform sollte deshalb an der erkannten *Ursache* für die Finanzierungsprobleme der Vergangenheit ansetzen: der strukturellen Einnahmeschwäche. Die Beseitigung oder zumindest Abschwächung dieser strukturellen Einnahmeschwäche erfordert dabei eine Einbeziehung der gesamten Bevölkerung in die Sozialversicherung, um diese so von Wanderungsbewegungen in Richtung Privatversicherung unabhängig zu machen und gleichzeitig die einkommensstarken (und risikoschwachen) Privatversicherten einzubeziehen, sowie die Ausdehnung der Beitragspflicht auf alle Einkommen, um so zu verhindern, dass mit den Arbeitseinkommen lediglich ein zunehmend schmalere Teil des Volkseinkommens zur Verbeitragung herangezogen wird.

3.3.2 Kapitaldeckung

Im Koalitionsvertrag wird die „Ergänzung“ des bestehenden Umlageverfahrens (in der SPV) durch „Kapitaldeckung, die verpflichtend, individualisiert und generationengerecht ausgestaltet sein muss“ (CDU, CSU und FDP 2009: 85), festgeschrieben. Nun ist aber nicht erst seit der aktuellen Finanzkrise bekannt, dass kapitalgedeckte Sicherungssysteme erheblichen Kapitalmarktrisiken unterliegen. Auch zeigt die Riester-Rente die durchaus beachtlichen Verwaltungskosten einer zusätzlichen kapitalgedeckten Säule. Das an sich schon kleinste Sozialversicherungssystem mit einer Zusatzsäule zu ergänzen, kann nur zu weiteren Schnittstellenproblemen, Steuerungsdefiziten und Reibungsverlusten führen, die das Vorhaben als höchst ineffizient erscheinen lassen. Allerdings ist auch bereits der Grundansatz der Kapitaldeckung nicht problemadäquat. Grundgedanke entsprechender Modelle, wie des vom gesundheitspolitischen Sprecher der CDU/CSU-Bundestagsfraktion, Jens Spahn, ins Spiel gebrachten „Zukunftsfünfer“, also einer Pauschalprämie in Höhe von monatlich 5 Euro zum Aufbau eines temporären Kapitalstocks ist die „*Untertunnelung*“ eines zukünftigen „Pflegeberges“. Da die Zahl der Pflegebedürftigen bis Mitte der 2050er Jahre steigen, danach aber wieder sinken wird, gelte es für die damit verbundenen Beitragsspitzen durch rechtzeitigen Kapitalaufbau vorzusorgen. Zwar sinkt die Zahl der Pflegebedürftigen ab Mitte der 2050er Jahre wieder, jedoch sinkt auch die Zahl der Beitragszahler. In einem Umlageverfahren ist aber das Verhältnis von Pflegebedürftigen zu Beitragszahlern für den Beitragssatz entscheidend, nicht die bloße Zahl der Pflegebedürftigen. Dieses Verhältnis wird insbesondere durch die Fertilitätsrate geprägt. Diese ist aber seit 1970, also inzwischen seit vier Dekaden, bemerkenswert stabil – bei etwa 2/3 der zur Bestandserhaltung notwendigen Rate. In seiner Bevölkerungsvorausberechnung geht das Statistische Bundesamt davon aus, dass diese Rate auch in den nächsten 50 Jahren konstant bleibt. In den 2060er Jahren leben dann fast nur noch Personen, die in einer Zeit mit einer stabilen, aber niedrigen Fertilitätsrate geboren wurden. Der demographische Wandel ist damit abgeschlossen und für die Zukunft ist von einem im Wesentlichen konstanten Verhältnis von Alten und Jungen auszugehen. Dem entsprechend ist nach 2060 nicht mit einem merklichen Rückgang des Beitragssatzes im Umlageverfahren zu rechnen. Wir haben es bezüglich der Beitragssatzentwicklung also nicht mit einem Berg, sondern mit dem Aufstieg auf eine „*Hochplateau*“ zu tun. Jede temporäre Kapitalbildung, die dann in eine Phase des Kapitalverzehr übergeht, führt dazu, dass es nach Auflösung des Kapitals zu einem Beitragssatz-

sprung kommen muss. Der „Tunnel“ in den „Berg“ führt aus diesem nicht wieder hinaus. Vielmehr muss dann ein Ausgang durch eine „vertikale Bohrung“ nach oben auf das Hochplateau gesucht werden – zurück auf den „normalen“ Beitragsatzpfad im Umlageverfahren. Ein „Zukunftsfunfer“ führt daher nur dazu, dass der Beitrag zur Pflegeversicherung zunächst erhöht wird, ab dem Zeitpunkt, an dem zum Kapitalverkehr übergegangen wird, dann für einige Zeit niedriger ist und sobald das Kapital verzehrt ist dann wieder auf den „normalen“ Beitragsatzpfad im Umlageverfahren springt.

Das mit der Einführung einer ergänzenden Kapitaldeckung verbundene Vorziehen ansonsten in der Zukunft anfallender Belastungen wird mitunter unter dem Gesichtspunkt der *Generationengerechtigkeit* gefordert. Geht es wirklich um die Entlastung zukünftiger Generationen ist der Aufbau eines Kapitalstocks bei gleichzeitigem Bestand erheblicher Staatsverschuldung allerdings ineffizient, da für die Staatsschulden Soll-Zinsen zu zahlen sind, die regelmäßig höher liegen als die Haben-Zinsen für den dann gebildeten Kapitalstock. Ein Abbau der Staatsschulden ist daher das einzig sinnvolle Mittel um die Generationenbilanz entsprechend zu beeinflussen, ein Nebeneinander von Staatsverschuldung und Kapitalstock in einem Sozialversicherungssystem dagegen unsinnig.

Schließlich sind beide Optionen einer Kapitaldeckung – in der Sozialversicherung oder in der Privatversicherung – problematisch. Bei der *Sozialversicherungsoption* besteht ein nicht zu vernachlässigendes Risiko, dass der Kapitalstock im Fall einer wirtschaftlichen Notlage zweckentfremdet wird. Der Einbau entsprechender Schutzmechanismen gegen den Zugriff des Finanzministers ist sicher nicht unproblematisch. Eine *Privatversicherungslösung* ist nicht nur in Bezug auf die Verwaltungs- und Marketingkosten sehr teuer, sie ist auch nur ohne Einkommensbezug der Prämien möglich. Dies führt dann im Vergleich zum Status quo zu einer Umverteilung von unten nach oben

Insgesamt ist die Einführung einer zusätzlichen kapitalgedeckten Säule daher eine Sackgasse und keine sinnvolle Lösungsstrategie.

3.3.3 Bürgerversicherung als Alternative

Eine Bürgerversicherung, die durch den Einbezug der bislang Privatversicherten in die Sozialversicherung, die Einführung einer Beitragspflicht für alle Einkommensarten, eine Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze und ein Beitragssplitting für

Ehepartner / eingetragene Lebensgemeinschaften gekennzeichnet ist, würde die horizontalen Ungleichheiten des derzeitigen Systems aufheben, da alle Einkommensarten beitragspflichtig werden und das Splitting die Abhängigkeit der Beitragshöhe von der Zusammensetzung des Haushaltseinkommens aufhebt. Die vertikalen Ungerechtigkeiten werden erheblich abmildern, da Besserverdienende nicht länger aus dem Sozialversicherungssystem mit seinen Umverteilungseffekten hinausoptieren können und auch Einkommen oberhalb der derzeitigen Beitragsbemessungsgrenze teilweise beitragspflichtig werden. Der Verstoß gegen den Leitgedanken einer Finanzierung nach dem Leistungsfähigkeitsprinzip würde sogar ganz aufgehoben, wenn die Beitragsbemessungsgrenze nicht angehoben, sondern für Einkommen oberhalb dieser Grenze ein Solidarbeitrag mit geringem Beitragssatz erhoben wird.¹

Da PPV und SPV hinsichtlich ihrer Leistungsvoraussetzungen (Pflegebedürftigkeitsbegriff und Begutachtungsrichtlinien) und ihrer Leistungshöhen weitgehend identisch sind (vgl. Rothgang 2010), die private Pflegepflichtversicherung Teil eines „gesetzgeberischen Gesamtkonzepts einer möglichst alle Bürger umfassenden sozialen Absicherung des Risikos der Pflegebedürftigkeit“ sei (BVerfGE 103, 197, 216) und der Gesetzgeber „eine Pflegevolksversicherung in Gestalt zweier Versicherungszweige geschaffen“ hat (BVerfGE 103, 197, 224), sind die *rechtlichen Hindernisse* für eine Bürgerversicherung in der Pflegeversicherung deutlich geringer als in der Krankenversicherung.

Fiskalisch beendet eine Pflegebürgerversicherung mit den oben skizzierten Parametern zunächst einmal die strukturelle Einnahmeschwäche des Systems. Bei sofortiger und vollständiger Umsetzung führt sie zu Mehreinnahmen von rund 4 Mrd. Euro (Rothgang et al. 2011). Allerdings beruht ein wesentlicher Teil dieser Mehreinnahmen auf dem Einbezug der bislang Privatversicherten, die eine günstigere Altersstruktur und daher niedrigere Ausgaben aufweisen. Im Zeitverlauf ist dieser Effekt aber rückläufig. Auch eine Bürgerversicherung weist daher langfristig steigende Beitragssätze auf. Selbst bei einer angemessenen Leistungsdynamisierung

¹ Eigene Berechnungen zeigen, dass ein solcher Solidarbeitrag bei geeigneter Ausgestaltung ähnliche Einnahmeeffekte hat wie einer Erhöhung der Beitragsbemessungsgrenze auf die Höhe der Rentenversicherung (vgl. Rothgang & Arnold 2011).

wie eingangs geforderten und einer ausgabenträchtigen Umsetzung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs wird der Beitragssatz der Bürgerversicherung eigenen Berechnungen zufolge aber nicht über 3 – 3,5 Beitragssatzpunkte steigen (Rothgang et al. 2011). Dies scheint angesichts einer zu erwartenden annähernden Verdopplung der Zahl der Pflegebedürftigen in den nächsten vier Jahrzehnten sowohl beherrschbar als auch angemessen.

3.4 Aktuelle Reformvorhaben der Bundesregierung

Gerade im Hinblick auf die Finanzierung ist es der Bundesregierung noch nicht gelungen, aussagekräftige Eckpunkte der Reform vorzulegen. In Abschnitt 3.4.1 kann daher nur auf den Koalitionsbeschluss vom 6.11.2011 eingegangen werden. Nur gut zwei Wochen zuvor wurde allerdings der Gesetzesentwurf zur Einführung einer Familienpflegezeit verabschiedet, die deshalb ebenfalls thematisiert werden soll (Abschnitt 3.4.2).

3.4.1 Der Koalitionsbeschluss vom 6. November 2011

Im Hinblick auf die Absicherung pflegebedürftiger Menschen enthält dieser Koalitionsbeschluss drei zentrale Elemente:

- a) Den Ausbau der ambulanten Geldleistungen und der Betreuungskräfte im stationären Bereich für Menschen mit allgemeinem Betreuungsbedarf,
- b) die Anhebung des Beitragssatzes um 0,1 Beitragssatzpunkte zum 1. Januar 2013, um mit den daraus resultierenden Mehreinnahmen von 1,1 Mrd. Euro die unter a) angesprochenen Leistungsausdehnungen zu finanzieren, und
- c) die Einführung einer steuerlichen Förderung für private Vorsorge für Leistungen bei Pflegebedürftigkeit.

Die geplanten *Leistungsverbesserungen für Menschen mit eingeschränkter Alltagskompetenz* sind zwar insgesamt begrüßenswert – allerdings ist der Koalitionsbeschluss noch recht vage in Bezug auf die Art der Leistungsverbesserung. Die sinnvollste Möglichkeit, gezielte Leistungsverbesserungen vorzunehmen, liegt aber in der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs. Dieser berücksichtigt die Belange von Menschen mit eingeschränkter Alltagskompetenz systematisch und macht weitere Sonderregelungen damit überflüssig. Gerade die Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs wird im Koalitionsbeschluss aber vertagt. Zwar

wird als Ziel genannt, die Arbeiten zum neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff noch im Laufe dieser Wahlperiode abzuschließen. Allerdings erscheint es als unwahrscheinlich, dass die Implementation noch in dieser Legislaturperiode gelingen kann, wenn zunächst der Beirat erneut eingesetzt werden soll, und etwa 10 Monate bis zu seinem Bericht vergehen. Angesichts der dann anstehenden Bundestagswahl dürfte die Zeit für ein erfolgreiches Gesetzesverfahren zu kurz sein.

Die *Beitragssatzanhebung* ist – gerade in dieser begrenzten Höhe – an sich unproblematisch. Allerdings sind die resultierenden zusätzlichen Mittel von rund 1,1 Mrd. € zu gering, um eine nachhaltige Verbesserung der Menschen mit eingeschränkter Alltagskompetenz zu erreichen. Nicht umsonst wurden die Zusatzausgaben bei einer Umsetzung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs, bei der keine Gruppe schlechter gestellt würde, vom Beirat zur Überprüfung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs auf rund 3 Mrd. € berechnet. Vor allem ist mit der beschlossenen Beitragssatzanhebung keinerlei Vorsorge für eine angemessene Leistungsdynamisierung (s. o.) getroffen. Die Erschließung weiterer Finanzmittel bleibt damit auf der Tagesordnung.

Hierzu wird im Koalitionsbeschluss eine *steuerliche Förderung freiwilliger Privatvorsorge* angekündigt, die sich an die Riester-Rente anlehnen soll. Neben den allgemeinen Kritikpunkten an einer kapitalfundierten Pflegezusatzversicherung (s. Abschnitt 3.3.2), erweist sich insbesondere die Freiwilligkeit der Zusatzversicherung als großer Nachteil, da nicht damit zu rechnen ist, dass mehr als eine Minderheit der Bundesbürger eine solche freiwillige Zusatzversicherung abschließt. Hierfür sprechen u. a. folgende Daten und Erfahrungen:

- Bereits vor Inkrafttreten des Pflege-Versicherungsgesetzes konnten privaten Pflegeversicherungen abgeschlossen werden. 1993, im letzten Jahr vor Einführung der gesetzlichen Pflegeversicherung, lag die Zahl dieser privaten Verträge aber lediglich bei 300.000 (Hauschild 1994: 13).
- Auch heute, obwohl das Pflege Thema inzwischen ungleich größere Publizität genießt, liegt die Zahl der Personen, die eine private Pflegezusatzversicherungen abgeschlossen haben, bei lediglich 1,5 Millionen (PKV-Verband 2011: 35).
- 10 Jahre nach Einführung der Riester-Rente liegt die Zahl der Zulagenkonten bei der Zentralen Zulagenstelle für Altersvermögen der Deutschen Rentenversicherung Bund bei 11,6 Mio. Zwar liegt die Zahl der Riester-

Verträge um 2,5 Mio. höher, allerdings sind darin auch stornierte Verträge enthalten (Blanck 2011: 111).

Ohne steuerliche Förderung ist die Zahl der Personen, die eine private Pflegezusatzversicherung abschließen, also sehr gering. Aber selbst mit steuerlicher Förderung – dies legen zumindest die Erfahrungen der Riester-Rente nahe – wird allenfalls eine kleine Minderheit eine Pflegezusatzversicherung abschließen. Gerade einkommensschwächere Haushalte werden auf den Abschluss einer solchen Versicherung verzichten und dann im Fall der Pflegebedürftigkeit wieder verstärkt auf die Sozialhilfe zurückgreifen (müssen). Stattdessen ist mit Mitnahmeeffekten in beträchtlicher Höhe zu rechnen, die daraus resultieren, dass die privaten Verträge, die sowieso abgeschlossen worden wären, nunmehr steuerlich subventioniert werden. Gleichzeitig besteht die Gefahr, dass Personen mit Vorerkrankungen keine privaten Zusatzversicherungen zu für sie erschwinglichen Prämien angeboten bekommen, wenn diese risikogerecht kalkuliert werden. Dies ließe sich durch einen Kontrahierungszwang der Versicherungsunternehmen vermeiden, der allerdings nur in einer obligatorischen, nicht aber einer freiwilligen Versicherung umgesetzt werden kann. Damit würden aber gerade die Personen mit der höchsten Pflegewahrscheinlichkeit von einer – steuerlich geförderten! – privaten Zusatzpflegeversicherung ausgeschlossen.

Obwohl die Fragen der Ausgestaltung noch weitgehend ungeklärt sind, lässt sich daher bereits zum jetzigen Zeitpunkt bezweifeln, dass der Grundansatz einer freiwilligen privaten Pflegezusatzversicherung der geeignete Weg für eine Finanzreform ist.

3.4.2 Der Gesetzentwurf zur Einführung einer Familienpflegezeit

Die Pläne zur Einführung einer Familienpflegezeit wurden bereits im letztjährigen Pflereport thematisiert (Rothgang et al. 2010: 32ff.). Am 20. Oktober 2011 hat der Deutsche Bundestag nun aber über den Gesetzentwurf der Bundesregierung abgestimmt und das Familienpflegezeitgesetz beschlossen, das nunmehr nur noch vom Bundespräsidenten unterzeichnet werden muss, um in Kraft treten zu können. Das Familienpflegezeitgesetz sieht vor, dass Arbeitnehmer ihre Arbeitszeit bei teilweisem Lohnausgleich für die Dauer von bis zu zwei Jahren auf bis zu 15 Stunden verringern können, wenn sie ihre Angehörige pflegerisch versorgen. So würde ein Arbeitnehmer, der seine Arbeitszeit beispielsweise von Vollzeit auf die Hälfte

herabsetzt, weiterhin 75 % des letzten Bruttoeinkommens beziehen. Nach Abschluss der Pflegephase müsste er dann bei unverändertem Lohn wieder so lange voll arbeiten, bis sein Zeitkonto ausgeglichen ist. Während der Pflegephase tritt der Arbeitgeber gegenüber seinen pflegenden Beschäftigten in Vorleistung. Diese Vorleistung kann er durch ein zinsloses Darlehen beim neu geschaffenen Bundesamt für Familie und zivilgesellschaftliche Aufgaben (BAFzA) finanzieren, welches auch das Risiko für den Fall übernimmt, dass der Arbeitnehmer die Lohnvorauszahlung nicht zurückzahlen kann.

Die grundsätzliche Kritik an den Plänen zur Einführung einer Familienzeit entzündet sich u. a. an zwei Punkten:

- a) Der Frage, ob die vorgesehen zweijährige Pflegezeit ausreicht und
- b) Der These, dass sich die Pflegepersonen diese Regelung nicht „leisten“ können, weil sie die Lohneinkommen während der Pflegezeit letztlich selbst finanzieren müssen.

Wie eigene Auswertungen gezeigt haben, werden 50 % der Männer und 61 % der Frauen, die ihre Pflege in häuslicher Pflege begonnen haben, nach 2 Jahren nicht mehr zuhause gepflegt (Müller 2010: 236). Für mehr als die Hälfte der Betroffenen ist die geplante Dauer der Familienpflegezeit also ausreichend. Selbst eine Ausdehnung auf 5 Jahre würde andererseits für rund ein Viertel der Betroffenen immer noch nicht ausreichen.

Auch hinsichtlich der unter b) genannten These ist Skepsis angebracht. So haben nach Daten der MUG III-Studie aufgrund der Pflege 10 % der Hauptpflegepersonen ihre Erwerbstätigkeit aufgegeben und weitere 11 % den Umfang der Erwerbstätigkeit eingeschränkt. Da nur etwa die Hälfte der Hauptpflegepersonen zu Beginn der Pflege überhaupt erwerbstätig war, liegt der Anteil der Personen, die ihre Berufstätigkeit aufgeben/einschränken bezogen auf den Personenkreis der vor der Übernahme der Pflege Erwerbstätigen sogar doppelt so hoch (Schneekloth & Wahl 2005: 79; vgl. auch BMFSFJ 2011: 123). Die hier angesprochenen Personen haben ihre Pflegetätigkeit aufgegeben bzw. eingeschränkt, obwohl es keine Familienpflegezeit gab, die ihnen eine Rückkehroption auf eine Vollzeittätigkeit offen gehalten hätte. Es kann daher nicht davon ausgegangen werden, dass die Regelung ungenutzt bliebe. Bereits jetzt schränken rd. 40 % der Pflegepersonen, die zu Beginn der Pflege berufstätig sind, ihre Berufstätigkeit wegen der Aufnahme einer Pflegetätig-

keit ein. Zumindest für diesen Personenkreis – und wahrscheinlich auch noch für einen Personenkreis darüber hinaus, der angesichts der derzeitigen Situation auf die Aufnahme einer Pflegetätigkeit verzichtet – würde die Familienpflegezeit eine Verbesserung mit sich bringen können.

Umso bedauerlicher ist es, dass der ursprünglich vorgesehene Rechtsanspruch auf eine derartige Familienpflegezeit im beschlossenen Gesetzesentwurf *nicht* mehr vorgesehen ist. Die Arbeitnehmer müssen mit dem Arbeitgeber vielmehr eine Vereinbarung zur Familienpflegezeit abschließen. Ein Rechtsanspruch auf Familienpflegezeit besteht nicht. Die Zukunft wird zeigen, in welchem Umfang es zum Abschluss derartiger Verträge kommt. Viel – insbesondere der Widerstand des Arbeitgeberlagers gegen den Rechtsanspruch im ursprünglichen Gesetzesentwurf – spricht allerdings dagegen, dass die Familienpflegezeit auf freiwilliger Basis in großem Stil zum Einsatz kommen wird.

4 Pflege im Spiegel amtlicher Statistiken und anderer Datenquellen

Mit der Pflegebedürftigkeit von Menschen wird eine Vielzahl von Aspekten berührt, die für ein umfassendes Verständnis des Komplexes „Pflege“ nötig sind. Grundlegende Kennzahlen beziehen sich auf die Zahl der Pflegebedürftigen, die Art des Leistungsbezugs und die Pflegestufe. Zur Erklärung der Entwicklung dieser Kennzahlen werden Veränderungen in den Pflegehäufigkeiten (Prävalenzen) und dem Anteil der neu auftretenden Pflegefälle (Inzidenzen) untersucht: Ist beispielsweise das Pflegebedürftigkeitsrisiko für die einzelnen Altersgruppen im Laufe der Zeit größer geworden oder ist der Anstieg der Zahl der Pflegebedürftigen eher auf die Alterung der Bevölkerung zurückzuführen?

Weiterhin wirft die Pflege, vor allem im häuslichen Bereich, die Frage nach der Zahl der pflegenden Menschen, also den Pflegepersonen auf. Im Bereich der stationären Pflege stellt sich dagegen die Frage, welche Kosten hier auf den Pflegebedürftigen zukommen und in welchem Ausmaß gegebenenfalls die Sozialhilfe Kosten abdecken muss, die die Pflegebedürftigen selbst nicht aufbringen können. Damit rücken auch Fragen zur Finanzentwicklung der Pflegeversicherung in den Fokus. Zwar gibt es zu allen genannten Punkten zahlreiche Statistiken, jedoch liegt bis zum gegenwärtigen Zeitpunkt noch keine umfassende Darstellung dieser angesprochenen Entwicklungen vor. Diese Lücke soll mit diesem Kapitel geschlossen werden, in dem die vorhandenen Informationen zu den genannten Fragen bzw. Themen zusammengefasst werden.

Zunächst wird dabei auf die *Statistik der Pflegekassen* und die vom Statistischen Bundesamt in Zusammenarbeit mit den Statistischen Landesämtern durchgeführte *Pflegestatistik* eingegangen. Anschließend wird die *Entwicklung der Zahl der Pflegebedürftigen* (Abschnitt 4.2) beschrieben, sowie deren Lebenslagen thematisiert (Abschnitt 4.3). Darüber hinaus werden die *Prävalenzen* (Abschnitt 4.4) präsentiert. Es folgt eine Darstellung der *Begutachtungen des Medizinischen Dienstes* (Abschnitt 4.5) und der *Pflegepersonen* (Abschnitt 4.6). Des Weiteren wird auf die *stationären Pflegeeinrichtungen* (Abschnitt 4.7) und die entsprechenden *Heimentgelte* (Abschnitt 4.8) sowie auf die *ambulantesten Pflegedienste* (Abschnitt 4.9) eingegangen. Abschließend wird die *Finanzierung der Pflege* thematisiert (Abschnitt 4.10). Die einzelnen Merkmale werden, soweit möglich, als Zeitreihe bis zum jeweils aktuell verfügbaren Berichtsjahr, hier 2010, dargestellt.

4.1 Datenquellen

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 Rechnungsergebnissen der Pflegekassen nach § 79 SGB IV. Diese Daten liefern Informationen darüber, welche Leistungen durch die *Soziale Pflegeversicherung* für die häusliche und stationäre Pflege erbracht werden. Die Daten werden dem Bundesgesundheitsministerium (BMG) von den Kassen zur Verfügung gestellt und von diesem aufbereitet und veröffentlicht. Die *Pflegestatistik* nach § 109 SGB XI beruht auf zwei Datenquellen: einer Erhebung bei den Leistungsanbietern (ambulante und stationäre Pflegeeinrichtungen) über erbrachte Leistungen und die personelle Ausstattung der Einrichtungen sowie einer Erhebung bei den Kostenträgern (dem Spitzenverband der Pflegekassen und dem Verband der privaten Krankenversicherung) über die Leistungsgewährung und die Leistungsempfänger. Die Pflegestatistik wird von den Statistischen Ämtern des Bundes und der Länder seit 1999 alle zwei Jahre erhoben.²

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 (Statistisches Bundesamt 2008), stehen bei den Daten der sozialen Pflegeversicherung vor allem Fragen der Ausgabenentwicklung und der Finanzierung im Vordergrund. Weiterhin ist zu beachten, dass die Pflegestatistik auch Informationen über die in der privaten Pflegepflichtversicherung versicherten Personen enthält.

Bezogen auf den Berichtszeitraum und den Umfang der zur Verfügung gestellten Informationen sind mit beiden Datensätzen unterschiedliche Vor- und Nachteile verbunden. Während die Statistik der Pflegekassen den Berichtszeitraum seit Ein-

² 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. des Jahres. Die Rücksendung der Erhebung erfolgt jeweils bis zum 31.3. des Folgejahres.

führung der Pflegeversicherung umfasst und jährlich erhoben wird, stellt die Pflegestatistik erst ab 1999 Informationen zur Verfügung und wird nur alle zwei Jahre erstellt. Die Statistik der Pflegekassen weist wiederum andere Nachteile 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 und
3. Informationen über die Leistungsanbieter sind nicht enthalten. Es wird lediglich die Leistungsanspruchnahme der Versicherten beschrieben.

Nachfolgend wird die Statistik der Pflegekassen daher nur zur Darstellung der Entwicklung der Pflegeversicherung über den gesamten Zeitraum ab 1995 herangezogen, also bei der Betrachtung langer Zeitreihen. Da diese Daten aber nicht umfassend und auch nicht so differenzierbar sind, werden die weiteren differenzierten Analysen der Leistungsbezieher und der Leistungsanbieter mit den Daten der Pflegestatistik durchgeführt.

Des Weiteren unterscheiden sich die Statistik der Pflegekassen und der Pflegestatistik auch durch unterschiedliche Abgrenzungen und Definitionen. Beispielsweise sind 79 Tsd. *behinderte Menschen*, die Leistungen nach § 43a SGB XI in Behindertenheimen erhalten, in der Statistik der Pflegekassen enthalten, nicht jedoch in der Pflegestatistik. In der Pflegestatistik sind hingegen 11 Tsd. Pflegebedürftige ohne Pflegestufe („Pflegestufe 0“) enthalten, die vollstationär in Pflegeheimen versorgt werden. Diese sind wiederum in der Statistik der Pflegekassen nicht enthalten. Manche Definitionen der verschiedenen Leistungsarten divergieren ebenfalls zwischen den beiden Statistiken. So ist die Verhinderungspflege in den Daten der Pflegestatistik in den Pflegesachleistungen bzw. in den Kombinationsleistungen enthalten, während die Tages- und Nachtpflege (bis 2007) sowie die Kurzzeitpflege in den stationären Leistungen enthalten sind.³ Dies hat zur Folge, dass sich

³ Die Verhinderungspflege wird in ca. 1,5%, die Tages- und Nachtpflege in ca. 1,3% und die Kurzzeitpflege in ca. 0,7% aller Leistungsfälle genutzt.

für die in den beiden Statistiken betrachteten jeweiligen Leistungsarten auch unterschiedliche relative Häufigkeiten ergeben können.⁴

Innerhalb der Statistik der Pflegekassen kommt es darüber hinaus auch zu verschiedenen Arten der Zählung der Leistungsbezieher. So werden diese zwar überwiegend zum jeweils 31.12. jeden Jahres als „Personenstatistik“ erhoben, die *Verteilung der Leistungsarten* (vgl. Abschnitt 4.2.2) stützt sich demgegenüber auf die durchschnittlichen *Leistungstage* innerhalb eines Jahres, wodurch es auch zu Mehrfachzählungen durch den gleichzeitigen Bezug mehrerer Leistungen und damit zu einer geringen Überschätzung gegenüber dem erfassten Personenkreis kommt.

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

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. Hier erfasst sind auch die Zeiten, in denen von der Pflegeversicherung für eine Pflegeperson Rentenversicherungsbeiträge entrichtet wurden.

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 2009 knapp über 11 Tsd. Haushalte mit knapp 20 Tsd. Personen. Themenschwerpunkte sind unter anderem Haushaltszusammensetzung, Erwerbs- und Familienbiographie, Einkommensverläufe, Gesundheit und Lebenszufriedenheit. Im Rahmen der Erfragung der heutigen Lebenssituation wurde dabei auch die Frage nach Pflegeaktivitäten gestellt.

⁴ Vgl. hierzu auch die Ausführungen der Statistischen Ämter (Statistisches Bundesamt 2011b: 26).

Die Analyse der Lebenslagen der Pflegebedürftigen (Abschnitt 4.3) nutzt mit dem *Mikrozensus* die größte deutsche Haushaltbefragung (1 %-Stichprobe der Wohnbevölkerung) zur wirtschaftlichen und sozialen Lage der Bevölkerung.

Darüber hinaus werden die Daten der *Sozialhilfe* und der *Kriegsopferfürsorge* (Abschnitt 4.10) für die Analyse der Finanzierung der Kosten der Pflegebedürftigkeit herangezogen.

4.2 Zahl der Pflegebedürftigen

Die folgenden Abschnitte geben einen grundlegenden Überblick über die Entwicklung der Zahl der Pflegebedürftigen in Deutschland. Die dargestellten Entwicklungen gliedern sich dabei in die Entwicklungen nach *Pflegestufen* (Abschnitt 4.2.1) und nach *Leistungsarten* (Abschnitt 4.2.2).

4.2.1 Die Entwicklung der Zahl der Pflegebedürftigen nach Pflegestufen

Die Entwicklung der Zahl der Pflegebedürftigen wird zunächst anhand der oben beschriebenen Daten der *Sozialen Pflegeversicherung* sowie der Daten der *Pflegestatistik* nachgezeichnet. Wie in Tabelle 3 zu sehen ist, ist die Zahl der gesetzlich versicherten Pflegebedürftigen seit Einführung der Pflegeversicherung 1995 von anfänglich 1,06 Mio. innerhalb von vier Jahren auf 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 2,3 % (absolut durchschnittlich 46 Tsd.) zu einem Anstieg der Pflegebedürftigen auf 2,29 Mio. im Jahr 2009, wobei die stärksten Zuwächse in den Jahren 2008 (84.200 Pflegebedürftige) und 2009 (121.736 Pflegebedürftige) erfolgt 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. Der weitere langfristige kontinuierliche Anstieg ist vor allem durch die demografische Alterung und nicht durch eine Veränderung der altersspezifischen Prävalenzen in diesem Zeitraum bedingt (vgl. Abschnitt 4.4). Die deutlichen Anstiege in den Jahren 2008 und 2009 sind vermutlich primär auf das zum 1.7.2008 in Kraft getretene Pflege-Weiterentwicklungsgesetz (PfWG) zurückzuführen. Danach haben Antragsteller mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz einen Rechtsanspruch auf zusätzliche Betreuungsleistungen gemäß § 45b SGB XI selbst wenn sie nicht pflegebedürftig im Sinne des SGB XI sind. In

Tabelle 1: Entwicklung der Zahl der Pflegebedürftigen in der Sozialen Pflegeversicherung nach Pflegestufe

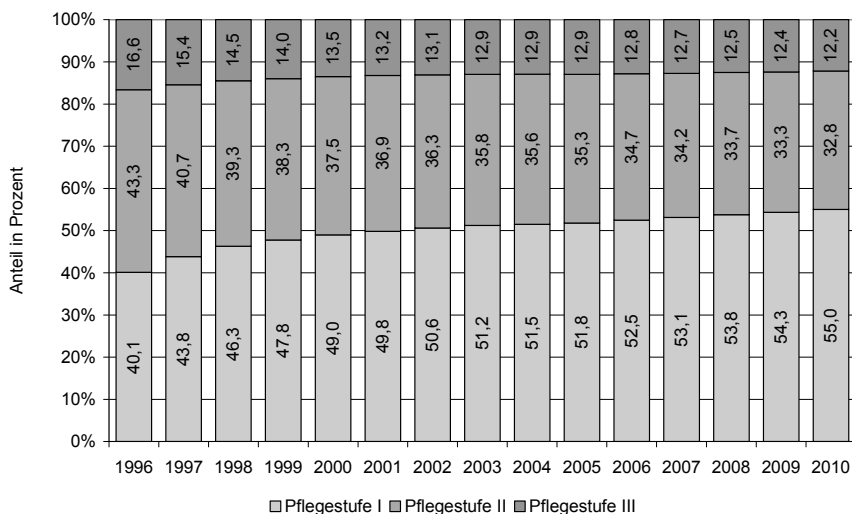
	Anzahl der Pflegebedürftigen			
	Insgesamt	Pflegestufe I	Pflegestufe II	Pflegestufe III
1995	1.061.418	-	-	-
1996	1.546.746	620.318	670.147	256.281
1997	1.659.948	727.864	675.965	256.119
1998	1.738.118	804.356	682.431	251.331
1999	1.826.362	872.264	698.846	255.252
2000	1.822.169	892.583	683.266	246.320
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
2008	2.113.485	1.136.500	712.621	264.364
2009	2.235.221	1.214.670	743.970	276.581
2010	2.287.799	1.258.732	750.664	278.403
Quelle: BMG (2011a)				

der Folge ist die Zahl der Erstbegutachtungen sprunghaft angestiegen ist (vgl. Abschnitt 4.5), was auch zu einer höheren Zahl Pflegebedürftiger geführt haben dürfte.

Die Entwicklung der *Verteilungen* der Pflegestufen im Zeitraum von 1996 bis 2010 (Abbildung 1) 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. Auch in den Folgejahren erhöhte sich dieser Anteil noch, wenn auch in geringerem Tempo auf zuletzt 55 % im Jahr 2010.

Demgegenüber war der Anteil der Pflegebedürftigen in Pflegestufe II und III rückläufig (bei absolut betrachtet in etwa konstanten Fallzahlen in diesen Stufen). 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 32,8 % im Jahr 2010, während der Anteil der Pflegebedürfti-

Abbildung 1: Verteilungen der Pflegestufen in der Sozialen Pflegeversicherung nach Jahr



Quelle: BMG (2011a)

gen in Pflegestufe III von 16,6 % (1996), über 13,5 % (2000) auf zuletzt 12,2 % (2010) 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 – schleichende – Zunahme des Anteils der Pflegebedürftigen in Pflegestufe I und eine gleichzeitige Abnahme des Anteils der Pflegebedürftigen in den Pflegestufen II und III gekennzeichnet.

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 Pfl-

Tabelle 2: Entwicklung der Zahl der Pflegebedürftigen in der Pflegestatistik nach Pflegestufen

	Anzahl der Pflegebedürftigen				
	Insgesamt	Pflegestufe I	Pflegestufe II	Pflegestufe III ¹⁾	noch nicht zugeordnet ²⁾
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
2009 ³⁾	2.338.252	1.247.564	787.018	293.096	10.574

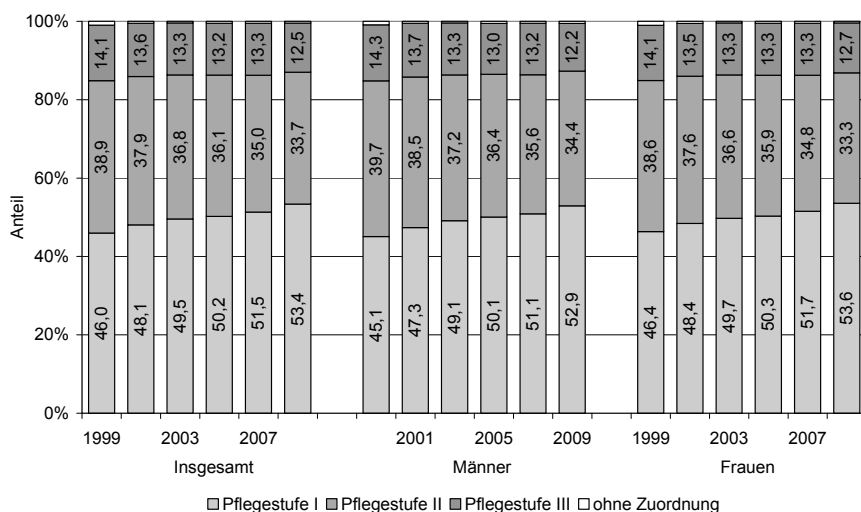
1) Einschließlich Härtefälle
2) Pflegebedürftige in stationären Einrichtungen, die noch nicht begutachtet wurden
3) Eingeschränkte Vergleichbarkeit mit den Vorjahren (siehe Fußnote 5, S. 26)
Quelle: Pflegestatistik 1999, 2001, 2003, 2005, 2007, 2009

geversicherung) von 2,02 Mio. im Jahr 1999 um 16 % auf 2,34 Mio. im Jahr 2009 angestiegen (Tabelle 2)⁵. Zu beachten ist jedoch, dass im gleichen Zeitraum die Zahl der mindestens 60-jährigen Bevölkerung in Deutschland ebenfalls um 13 % zugenommen hat und die Zahl der mindestens 80-jährigen Bevölkerung sogar um 42 %. Da die Pflegebedürftigen zu 86 % 60 Jahre und älter sind (Statistisches Bundesamt 2011) ist die Zunahme der Zahl der Pflegebedürftigen nicht unmittelbar als Ausdruck eines tendenziell höheren Risikos von Pflegebedürftigkeit zu werten, sondern ganz überwiegend als Folge der demografischen Entwicklung zu sehen.

Die etwas höheren Werte der Pflegestatistik gegenüber der *Sozialen Pflegeversicherung* (2,34 Mio. gegenüber 2,24 Mio. in 2009) resultieren vor allem aus der Be-

⁵ Die Vergleichbarkeit der Zahlen aus dem Jahr 2009 mit den Vorjahren ist etwas eingeschränkt, da die teilstationären Fälle unterschiedlich berücksichtigt werden. Bis zur Erhebung 2007 wurden sie bei den stationären Fällen mitgezählt. Da die Bezieher von teilstationären Leistungen aber überwiegend auch ambulante Pflegeleistungen erhalten, kam es bis 2007 zu vielen Doppelzählungen. Die Messweise im Jahr 2009 unterschätzt hingegen eher die Zahl der Leistungsbezieher, weil es auch eine Reihe von Leistungsbeziehern gibt, die nur teilstationäre Leistungen beziehen. Diese werden in der Gesamtzählung des Jahres 2009 nicht erfasst.

Abbildung 2: Verteilung der Pflegestufen in der Pflegestatistik nach Jahr und Geschlecht



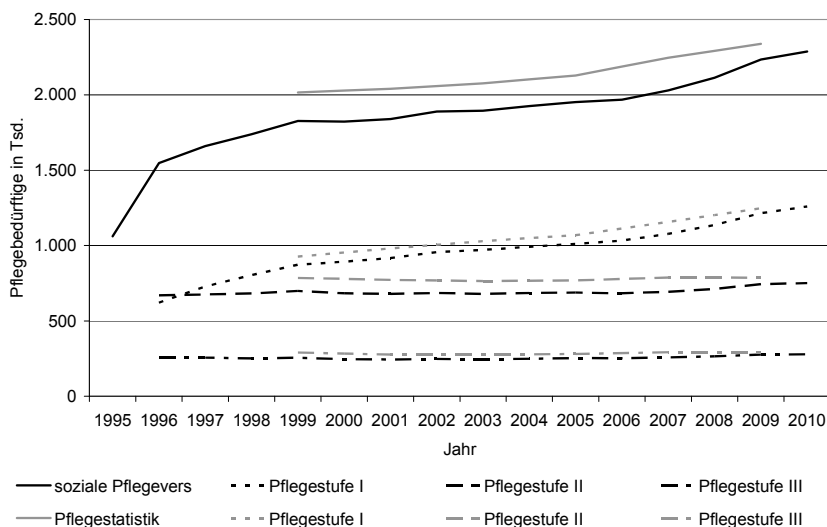
Quelle: Pflegestatistik 1999, 2001, 2003, 2005, 2007, 2009

rücksichtigung der *privaten Pflegepflichtversicherung*, deren Bestand im Jahr 2009 138.181 Pflegebedürftige umfasst hat (Verband der privaten Krankenversicherung e. V. 2009).⁶

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 2 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 2009

⁶ Darüber hinaus unterscheiden sich beide Datenquellen u.a. durch noch nicht erfolgte Zuordnungen von Pflegestufen in Pflegeheimen, durch mögliche Doppelerfassungen sowie durch eine z. T. unterschiedliche Erfassung von behinderten Menschen die insgesamt zu einer Abweichung in Höhe von 40.000 Pflegebedürftigen führen (vgl. zum Überblick Statistisches Bundesamt 2011b).

Abbildung 3: Entwicklung der Zahl der Pflegebedürftigen in der Sozialen Pflegeversicherung im Vergleich zu den Pflegebedürftigen in der Pflegestatistik¹⁾



Quelle: BMG (2011a); Pflegestatistik 1999, 2001, 2003, 2005, 2007, 2009

1) Die Werte der Pflegestatistik wurden interpoliert

auf 53,4 %. 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 33,7 % im Jahr 2009, während der Anteil der Pflegebedürftigen in der Pflegestufe III von 14,1 % (1999) auf 10,5 % (2009) 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 3 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 6 %, während sie bei Pflegestufe II und III um 11–13 % und insgesamt über alle Pflegestufen um 9–11 % divergiert. Diese Niveauunterschiede sind jedoch überwiegend darauf zurückzuführen, dass in der

Pflegestatistik zusätzlich zu den gesetzlich Versicherten die PPV-Versicherten berücksichtigt sind.

4.2.2 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, Kombinationsleistungen sowie Leistungen bei stationärer Pflege zu unterscheiden.⁷ Im Folgenden wird zunächst auf die Entwicklung in der Sozialen Pflegeversicherung und anschließend auf die Leistungsarten in der Pflegestatistik eingegangen.

In der *Sozialen Pflegeversicherung* (Tabelle 3 und Abbildung 4) werden im Jahr 2010 mehr als zwei Drittel (1,55 Mio. bzw. 71 %) der Pflegebedürftigen zu Hause versorgt (ohne Berücksichtigung der vollstationären Pflege in Behindertenheimen, der Tages- und Nachtpflege, Kurzzeitpflege und häusliche Pflege bei Verhinderung der Pflegeperson). Hiervon erhalten 1,053 Mio. (48,6 %) 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 495 Tsd. in Privathaushalten durch ambulante Pflegedienste betreut, wobei 182 Tsd. (8,4 %) ausschließlich Pflegesachleistungen zur Finanzierung ambulanter Pflegedienste beziehen und 313 Tsd. (14,4 %) Kombinationsleistungen beziehen, also sowohl Pflegedienste in Anspruch nehmen als auch Pflegegeld beziehen.

⁷ Für die Soziale Pflegeversicherung werden noch weitere Leistungen getrennt ausgewiesen, die hier aber nicht dargestellt werden: Vollstationäre Pflege in Behindertenheimen, Tages- und Nachtpflege, Kurzzeitpflege und häusliche Pflege bei Verhinderung der Pflegeperson. Die Verhinderungspflege ist in der Pflegestatistik in den Pflegesachleistungen bzw. in den Kombinationsleistungen enthalten; die Tages- und Nachtpflege (bis 2007) und die Kurzzeitpflege werden in der Pflegestatistik unter den stationären Leistungen erfasst.

Tabelle 3: Entwicklung der Zahl der Pflegebedürftigen in der Sozialen Pflegeversicherung im Jahresdurchschnitt nach Leistungsart

	Anzahl der Pflegebedürftigen ¹⁾				
	Insgesamt ²⁾	Pflegegeld ³⁾	Pflegesachleistung ³⁾	Kombinationsleistung	Stationär
1995	1.068.682	887.697	82.763	82.330	—
1996	1.562.087	943.877	105.879	135.305	355.142
1997	1.725.000	970.775	119.167	157.390	424.853
1998	1.794.664	962.669	133.895	171.764	452.750
1999	1.888.505	982.877	152.648	192.556	485.014
2000	1.882.125	954.684	159.693	193.018	494.793
2001	1.925.053	962.130	161.653	201.667	513.377
2002	1.971.638	977.327	165.679	205.322	532.278
2003	1.977.296	968.289	169.580	202.710	540.070
2004	1.983.358	959.580	169.357	203.544	548.647
2005	2.004.744	959.546	173.251	204.348	559.784
2006	2.060.214	977.034	180.944	208.825	575.846
2007	2.102.116	986.294	184.280	217.724	588.827
2008	2.175.590	1.009.122	182.191	244.425	600.389
2009	2.271.445	1.034.561	179.795	284.670	613.746
2010	2.347.263	1.053.632	181.865	312.689	621.949

1) Die Anzahl der Pflegebedürftigen ist aus Leistungstagen errechnet.

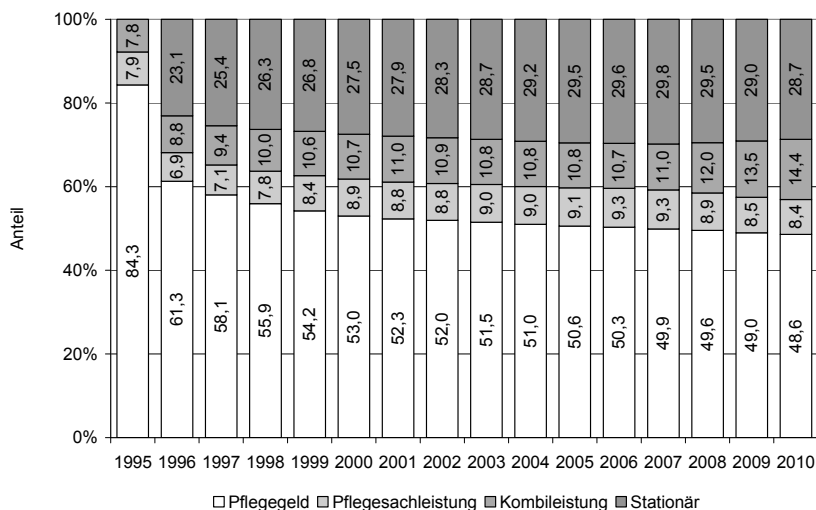
2) Differenzen zu den Fallzahlen insgesamt ergeben sich daraus, dass die Leistungen der Vollstationären Pflege in Behindertenheimen, die Tages-, Nacht- und Kurzzeitpflege sowie die häusliche Pflege bei Verhinderung der Pflegeperson nicht einzeln aufgeführt werden (siehe Fußnote 7).

3) ausschließlicher Bezug

Quelle: BMG (2011b)

Bezogen auf die Leistungen bei häuslicher Pflege, hat die Verbreitung des Pflegegelds von 61,3 % im Jahr 1996 auf 48,6 % im Jahr 2010 abgenommen, wobei der jährliche Rückgang des Anteilswertes nur anfänglich stärker ausgeprägt war und seit 2002 weniger als 1 % des jeweiligen Vorjahreswertes beträgt. Der Anteil der Nutzer von Pflegesachleistungen nimmt dagegen von 6,9 % im Jahr 1996 auf 9,3 % im Jahr 2007 zu, hier betragen die jährlichen Zuwachsraten seit 2002 maximal 2 %. Anschließend nimmt der Anteil der Bezieher von Pflegesachleistungen auf zuletzt 8,4 % im Jahr 2009 ab. Der Anteil der Nutzer von Kombinationsleistungen ist in den ersten Jahren der Pflegeversicherung angestiegen und liegt von 1998 bis 2007

Abbildung 4: Verteilung der Leistungsarten in der Sozialen Pflegeversicherung nach Jahr



Quelle: BMG (2011b)

Anmerkung: Ohne Berücksichtigung der Vollstationären Pflege in Behindertenheimen, der Tages- und Nachtpflege, Kurzzeitpflege und häusliche Pflege bei Verhinderung der Pflegeperson

konstant bei 10–11 %. In den Folgejahren lässt sich dagegen ein deutlicher Anstieg auf zuletzt 14,4 % im Jahr 2010 erkennen. 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 1–2 % pro Jahr gegenüber dem Vorjahreswert erhöht und in den letzten drei Jahren stagniert. Insgesamt sind damit die Entwicklungen in der jüngeren Vergangenheit überwiegend durch „schleichende“ Veränderungen gekennzeichnet, wobei in der jüngsten Vergangenheit bei den stationären Leistungen eine Stagnation zu erkennen ist und sich der rückläufige Anteil der Pflegegeldempfänger in einer steigenden Nutzung der Kombinationsleistungen niederschlägt.

Bezogen auf die Daten der *Pflegestatistik* zeigen Tabelle 4 und Abbildung 5 für das Pflegegeld eine ähnliche Entwicklung. Allerdings liegen die Werte um 3–4 Prozentpunkte niedriger. Dies deutet womöglich darauf hin, dass die Privatversicherten in höherem Umfang Pflegeeinrichtungen in Anspruch nehmen und weniger

auf ausschließlich familiäre Pflege zurückgreifen. Im Unterschied zur Sozialen Pflegeversicherung schwanken die Anteile der Bezieher von Pflegesachleistungen zwischen 1999 und 2009 uneinheitlich zwischen 12 % und 14 %. Die Entwicklung der Kombinationsleistungen ist – analog der Befunde der Daten der Sozialen Pflegeversicherung, wenn auch auf niedrigerem Niveau – durch eine deutliche Zunahme des Nutzeranteils, hier von 7,6 % im Jahr 1999 auf zuletzt 9,9 % im Jahr 2009 gekennzeichnet. Auch die stationären Leistungen weisen die gleiche Entwicklung wie in der Kassenstatistik auf, wobei die Anteilswerte 2 Prozentpunkte höher liegen.

In den Daten der Pflegestatistik zeigt sich zusätzlich, dass im Jahr 2009 bei den Frauen 12 Prozentpunkte seltener als Männer Pflegegeld in Anspruch genommen wird als bei den Männern, dafür aber 11 Prozentpunkte mehr stationäre Pflege beanspruchen. Die Entwicklungen verlaufen dabei für Männer und Frauen auf unterschiedlichem Niveau, aber durchaus ähnlich.

Insgesamt zeigt sich damit, dass unterschiedliche Datengrundlagen vor allem ähnliche Entwicklungen, wenn auch auf leicht unterschiedlichem Niveau, belegen. Wesentlichster Unterschied zwischen den Daten ist der Einbezug der Privaten Pflegepflichtversicherung in der Pflegestatistik. Die Berücksichtigung der Privaten Pflegepflichtversicherung in der Pflegestatistik gegenüber der Kassenstatistik erklärt aber nicht den Unterschied in den Anteilswerten der stationären Versorgung. Unter den Pflegebedürftigen der Privaten Pflegepflichtversicherung beträgt der Anteil der stationär Versorgten ebenso 30,7 % wie unter den Pflegebedürftigen der Sozialen Pflegeversicherung (BMG 2011a). Eine andere Erklärung für die Niveauunterschiede zwischen der Pflegestatistik und der Kassenstatistik sind aber die Berücksichtigung bzw. die Nicht-Berücksichtigung der Kurzzeitpflege, der teilstationären Pflege und der Verhinderungspflege in den Anteilswerten. Da in der Pflegestatistik die Kurzzeitpflege durchgängig und die teilstationäre Pflege bis 2007 mit in die Zahl der stationären Fälle aufgenommen wurde, ist damit der höhere Anteil der Pflegebedürftigen in stationärer Pflege zu erklären. Entsprechend ist auch der Anteil der Pflegegeldempfänger in der Pflegestatistik kleiner. Verhinderungspflege wird in der Pflegestatistik mit in der Rubrik Pflegesachleistung oder Kombinationsleistung geführt. Dadurch ist auch der Anteil der Fälle mit Pflegesachleistungen oder Kombinationsleistungen in der Pflegestatistik größer als in den verwendeten Werten der Kassenstatistik.

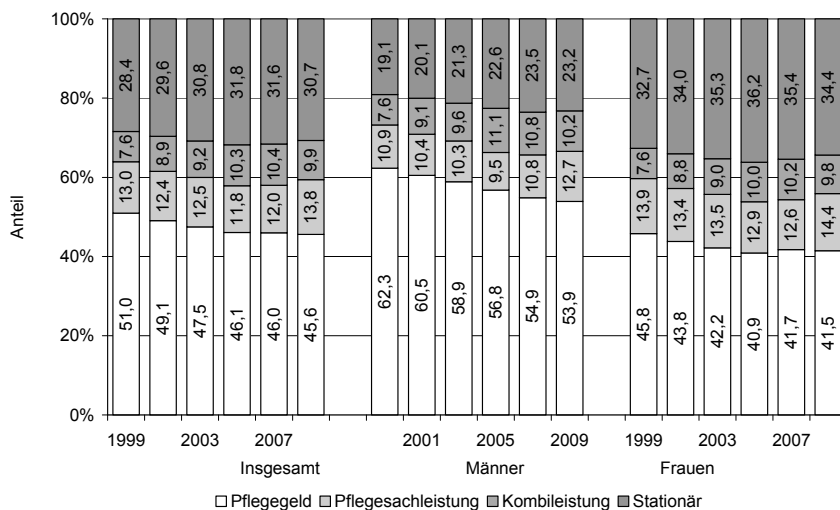
Tabelle 4: Entwicklung der Zahl der Pflegebedürftigen in der Pflegestatistik nach Leistungsart

	Anzahl der Pflegebedürftigen				
	Insgesamt	Pflegegeld ¹⁾	Pflegesachleistung ¹⁾	Kombinationsleistung	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
2009	2.338.252	1.065.564	323.227	231.971	717.490

1) ausschließlicher Bezug

Quelle: Pflegestatistik 1999, 2001, 2003, 2005, 2007, 2009

Abbildung 5: Verteilung der Leistungsarten in der Pflegestatistik nach Jahr und Geschlecht

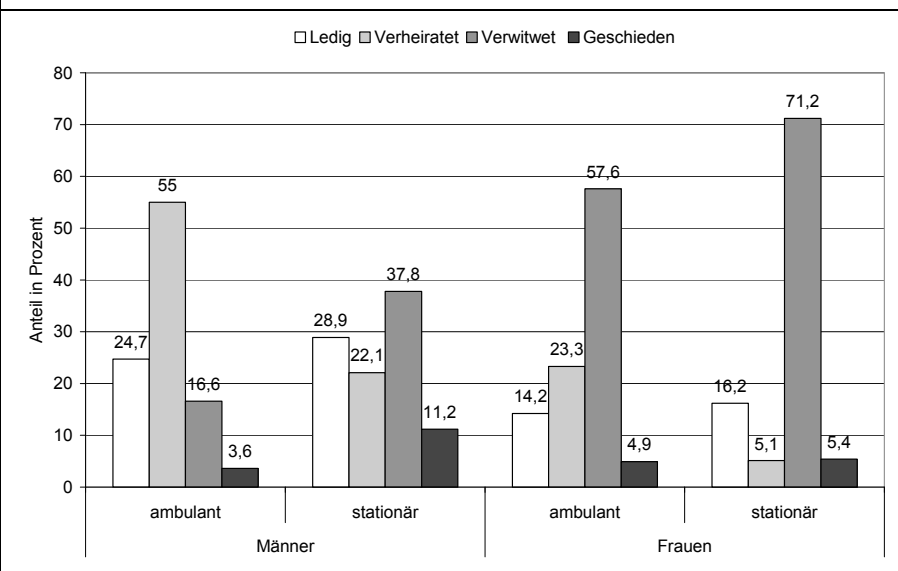


Quelle: Pflegestatistik 1999, 2001, 2003, 2005, 2007, 2009

4.3 Lebenslagen Pflegebedürftiger

Weder die Pflegestatistik noch die Daten zur sozialen Pflegeversicherung enthalten Informationen über die sozio-demographische bzw. ökonomische Position der Pflegebedürftigen und damit über deren Lebenslage und Lebensumstände. Informationen hierzu sind jedoch in einem vom Statistischen Bundesamt herausgegebenen Sonderbericht zu den Lebenslagen der Pflegebedürftigen im Jahr 2003 enthalten (Statistisches Bundesamt 2004).⁸ Datengrundlage dieses Berichts ist der Mikrozensus 2003, dessen Ergebnisse zum Familienstand und zu den Einkommensquellen der Pflegebedürftigen im Folgenden wiedergegeben werden.⁹

Abbildung 6: Der Familienstand Pflegebedürftiger nach Geschlecht und Versorgungsart



Quelle: Statistisches Bundesamt (2004)

⁸ Jüngere Berichte zu den Lebenslagen Pflegebedürftiger liegen bislang nicht vor.

⁹ Die Beantwortung der Fragen zur Pflegebedürftigkeit ist dabei freiwillig. Dennoch haben 87% der Befragten im ambulanten Bereich und 68% der Befragten in Heimen die Fragen zur Pflegebedürftigkeit beantwortet (Statistisches Bundesamt 2004: 3).

Tabelle 5: Überwiegender Lebensunterhalt Pflegebedürftiger nach Geschlecht und Versorgungsart in Prozent

	Männer		Frauen	
	Ambulant	Stationär	Ambulant	stationär
Erwerbstätigkeit	3,9	-	1,8	-
Rente, Pension	78,7	61,2	82,8	75,8
Unterhalt durch Eltern, Eheg.	10,4	-	11,3	-
Sozialhilfe	1,6	22,7	1,4	7,7
Leistungen aus der Pflegeversicherung	4,2	14,4	2,1	15,2

Quelle: Statistisches Bundesamt (2004)

In Abbildung 6 sind hierzu die Familienstände der Pflegebedürftigen wiedergegeben, differenziert nach ambulanter oder stationärer Pflegeleistung. Auffallend ist dabei zunächst, dass sich einerseits die familiären Strukturen von pflegebedürftigen Männern und Frauen deutlich unterscheiden: So sind Männer deutlich öfter verheiratet (55 % ambulant und 22,1 % stationär) als Frauen (23,3 % ambulant und 5,1 % stationär) und deutlich seltener verwitwet (16,6 % ambulant und 37 % stationär) als Frauen (57 % ambulant und 71 % stationär). Die Gründe hierfür liegen vor allem im deutlich höheren Lebensalter der pflegebedürftigen Frauen. Weiterhin unterscheiden sich die Verteilungen der Familienstände innerhalb der Geschlechter nach der Versorgungsart: So sind bei den Männern (Frauen) in stationärer Pflege mit 37,8 % (71,2 %) deutlich mehr Verwitwete, als bei ambulanter Pflege mit 16,6 % (57,6 %). Entsprechend dazu sind die Anteile der Verheirateten bei stationärer Pflege kleiner als bei ambulanter Pflege. Als Gründe hierfür können zum einen die bei stationärer Pflege höheren Durchschnittsalter gegenüber der ambulanten Pflege angeführt werden, zum anderen aber auch ein Selektionseffekt: Bei Alleinstehenden ist die Chance, eine oder mehrere Pflegeperson(en) zu finden, die die häusliche Pflege aufrechterhalten können, geringer als bei Zusammenlebenden.

In Tabelle 5 sind die Einkommensquellen der Pflegebedürftigen nach Geschlecht und Versorgungsart wiedergegeben. Die Strukturen der Einkommensquellen bei Männern und Frauen sind dabei recht ähnlich. Die mit Abstand wichtigste Einkommensquelle ist sowohl für Männer als auch für Frauen die Rente bzw. Pension. Eine solche Leistung beziehen je nach Geschlecht und Versorgungsart zwischen 61,2 % und 82,8 % der Pflegebedürftigen. Unterhalt durch Eltern oder Ehegatten sind in 10,4 %–11,3 % der ambulanten Fälle die Haupteinkommensquelle. Auffällig

ist, dass die Inanspruchnahme von Sozialhilfe bei stationärer Pflege deutlich höher liegt als bei ambulanter Pflege. In der ambulanten Pflege ist die Haupteinkommensquelle nur in 1,6 % bzw. 1,4 % der Fälle die Sozialhilfe, während in der stationären Pflege für 22,7 % der Männer und für 7,7 % der Frauen die Sozialhilfe als Haupteinkommensquelle angegeben ist.

4.4 Die Prävalenz von Pflegebedürftigkeit

Während die Entwicklungen der absoluten Häufigkeiten der Pflegebedürftigen (Abschnitt 4.2) letztlich „nur“ über die quantitative Verbreitung der Inanspruchnahme von Leistungen nach SGB XI informieren, lassen sie *keine* Aussagen darüber zu, ob sich die *Wahrscheinlichkeit* einer 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 2009 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, weil diese die Prävalenzen in der Gesamtbevölkerung abbilden.

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 Teilpopulationen (in diesem Fall insbesondere nach Alter und Geschlecht) differenziert werden (vgl. Kreienbrock & Schach 2005: 10).¹⁰ Prospektiv gewendet kann diese Prävalenz als Pflegewahrscheinlichkeit oder

¹⁰ Innerhalb der Berichte zur Pflegestatistik des Statistischen Bundesamtes wird synonym die Bezeichnung „Pflegequote“ verwendet.

Pflegefallwahrscheinlichkeit interpretiert werden, also als Wahrscheinlichkeit dafür, dass ein Mitglied der entsprechenden Population pflegebedürftig ist.

Prävalenzen und ihre Entwicklung sind von entscheidender Bedeutung für Vorausberechnungen zur zukünftigen Zahl der Pflegebedürftigen und zur zukünftigen Finanzentwicklung der Pflegeversicherung. Die Frage nach der Veränderungen dieser Prävalenzen im Zeitverlauf wird in der Literatur insbesondere im Hinblick auf die bekannt gewordene Kontroverse um die „Kompression der Morbidität“ diskutiert (vgl. Rothgang (2002); Unger (2006) für Deutschland sowie Comas-Herrera et al. (2006) für einige europäische Länder). Dabei geht es um die Frage, ob mit der steigenden Lebenserwartung auch eine Verlängerung der krankheitsfreien Lebensphase einher geht, bzw. 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 von der Definition von Gesundheit bzw. Krankheit abhängig ist: So ist im Hinblick auf schwerwiegende 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). 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

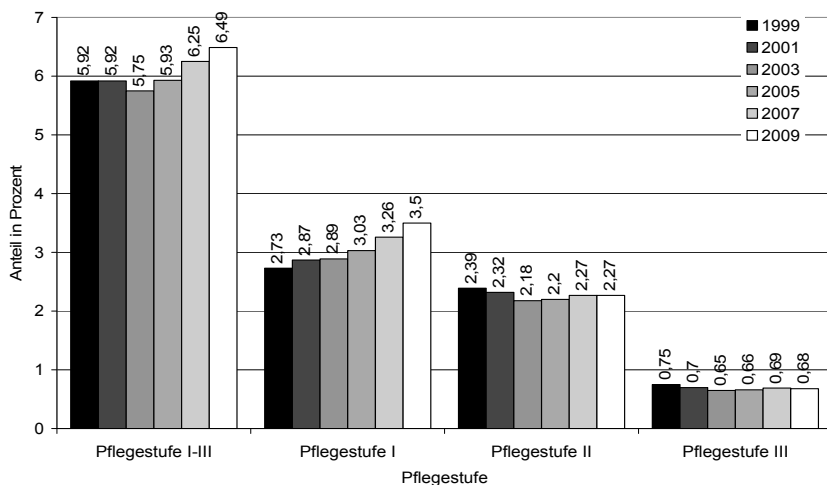
Mahlzeiten, Toilettenbenutzung sowie innerhäusliche Mobilität. Die instrumentellen Lebensaktivitäten (IADL) umfassen Haushaltsführung, Nahrungszubereitung und außerhäusliche Mobilität. Mit Hilfe dieser Indikatoren können ebenfalls das Ausmaß funktionaler Beeinträchtigung und damit auch die Pflegebedürftigkeit nach derzeitigem Recht bestimmt werden.

Wird die Pflegeprävalenz der Altenbevölkerung (Personen ab 60 Jahre) betrachtet, zeigt sich für Männer und Frauen eine ab 2003 steigende Gesamtprävalenz, die insbesondere durch die steigende Prävalenz für Pflegestufe I ausgelöst wird (Abbildung 7 und Abbildung 8). Allerdings ist dies nicht Ausdruck einer im Zeitverlauf zunehmenden Pflegehäufigkeit, sondern das Ergebnis des Zusammenspiels von Pflegeprävalenzen, die gerade innerhalb der Altenbevölkerung mit dem Alter steigen und einer Altersstrukturverschiebung innerhalb der Altenbevölkerung: die Zahl der Hochaltrigen (80 Jahre und älter), die für die Pflege von besonderer Bedeutung sind, ist nämlich im Betrachtungszeitraum stärker gestiegen als die Zahl der „jungen Alten“. Für eine realistische Betrachtung ist es daher notwendig, die Altenbevölkerung zu disaggregieren.

Betrachtet man nun die Entwicklung der alters- und geschlechtsspezifischen Pflegeprävalenzen in den letzten Jahren auf Basis von 5-Jahres-Altersklassen, zeigt sich ein ganz anderes Bild (Abbildung 9 und Abbildung 10). Bis zu einem Alter von 85 Jahren sind die altersspezifischen Prävalenzen praktisch unverändert. Für die beiden höchsten Altersklassen, gehen die Prävalenzen bei den Männern sogar leicht zurück, während bei den Frauen, die hinsichtlich der Zahl der Pflegebedürftigen das Geschehen prägen, kein eindeutiger Trend auszumachen ist und diese Prävalenzen eher als im Zeitverlauf unverändert anzusehen sind.

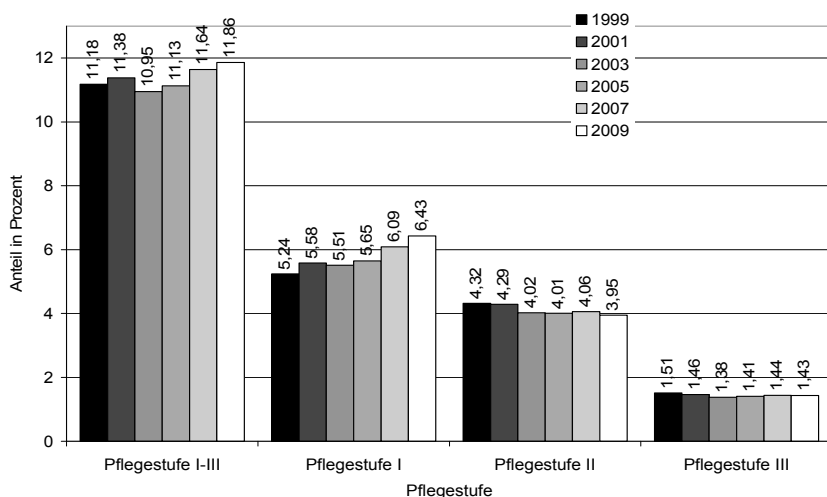
Damit ist der absolute Anstieg der Zahl der Pflegebedürftigen (siehe Abschnitt 4.2) nicht auf eine Erhöhung der alters- und geschlechtsspezifischen Wahrscheinlichkeit von Pflegebedürftigkeit in der jüngsten Vergangenheit, sondern vielmehr auf die veränderte Altersstruktur zurückzuführen. Je größer der Anteil der Älteren an der Bevölkerung wird, desto größer wird bei gleich bleibender, aber mit dem Alter steigender Prävalenz auch die Zahl der Pflegebedürftigen.

Abbildung 7: Prävalenzen von Männern über Alter 60 nach Pflegestufen und Jahr



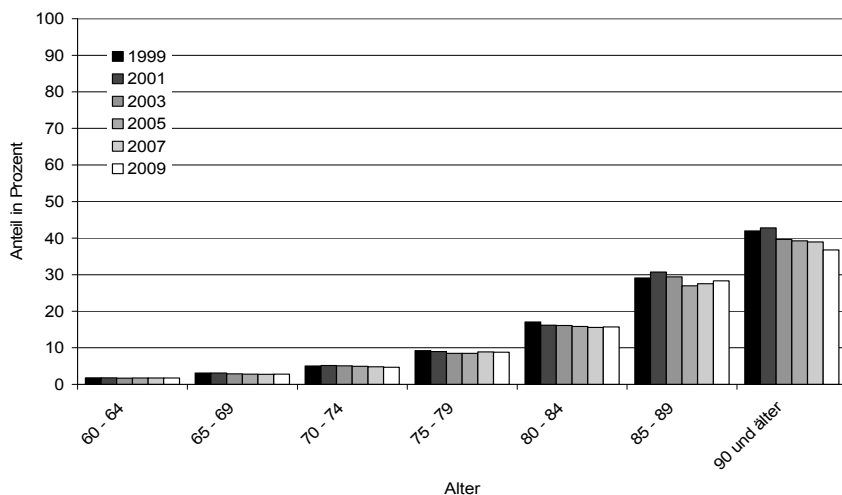
Quelle: Pflegestatistik 1999, 2001, 2003, 2005, 2007, 2009

Abbildung 8: Prävalenzen von Frauen über Alter 60 nach Pflegestufen und Jahr



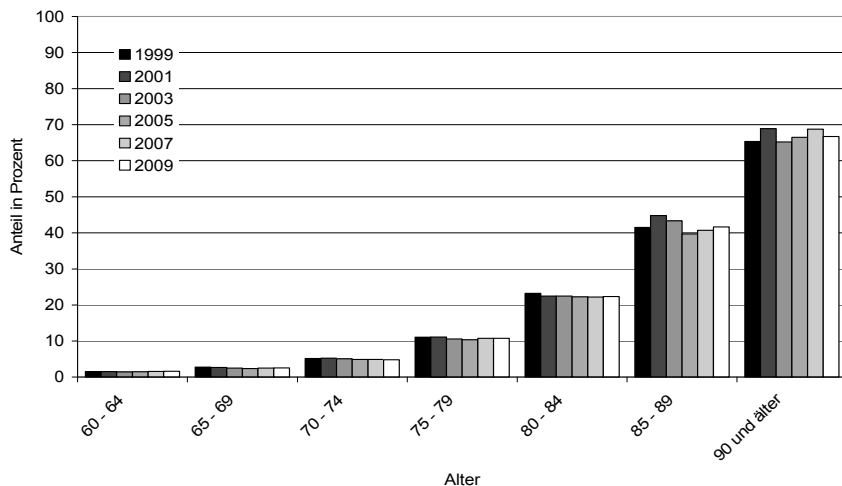
Quelle: Pflegestatistik 1999, 2001, 2003, 2005, 2007, 2009

Abbildung 9: Prävalenzen von Männern (alle Pflegest.) nach Altersgruppen und Jahr



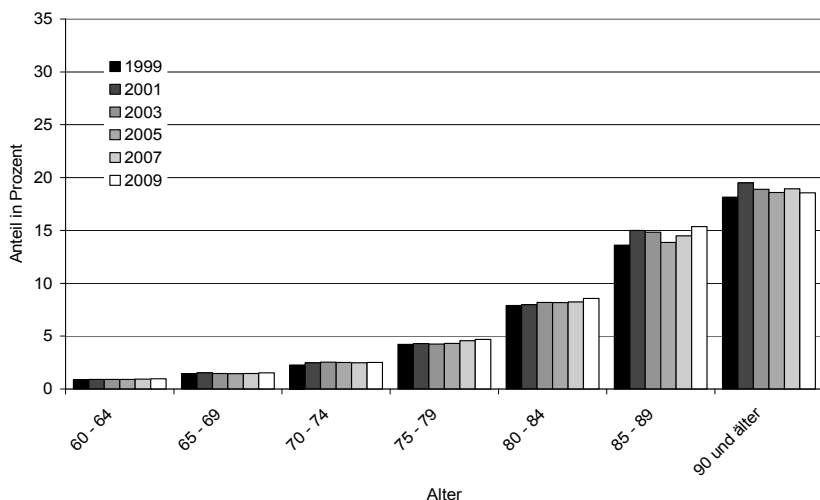
Quelle: Pflegestatistik 1999, 2001, 2003, 2005, 2007, 2009

Abbildung 10: Prävalenzen von Frauen (alle Pflegest.) nach Altersgruppen und Jahr



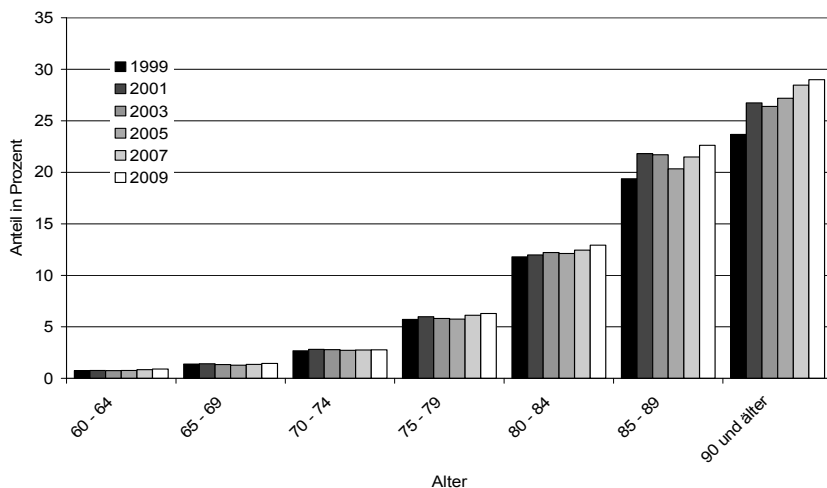
Quelle: Pflegestatistik 1999, 2001, 2003, 2005, 2007, 2009

Abbildung 11: Prävalenzen von Männern (Pflegest. I) nach Altersgruppen und Jahr



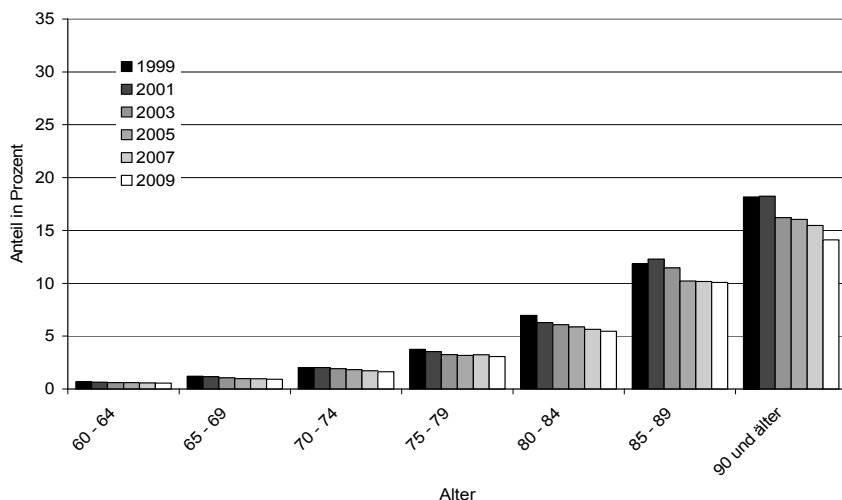
Quelle: Pflegestatistik 1999, 2001, 2003, 2005, 2007, 2009

Abbildung 12: Prävalenzen von Frauen (Pflegest. I) nach Altersgruppen und Jahr



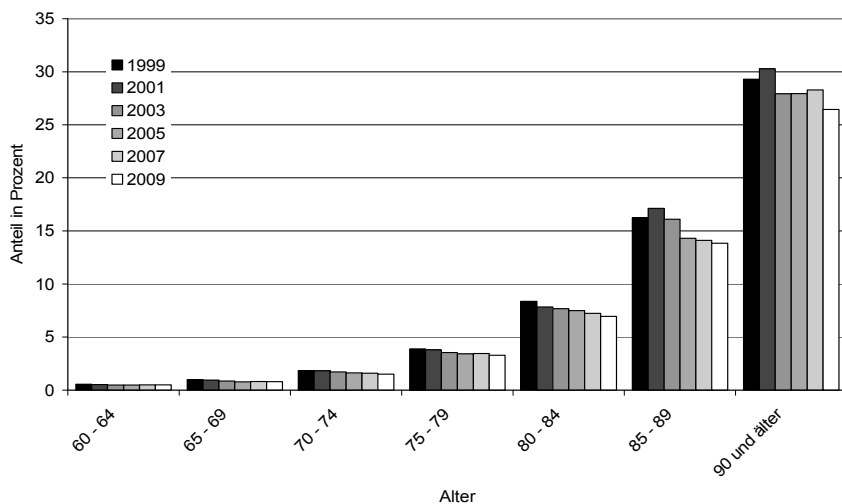
Quelle: Pflegestatistik 1999, 2001, 2003, 2005, 2007, 2009

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



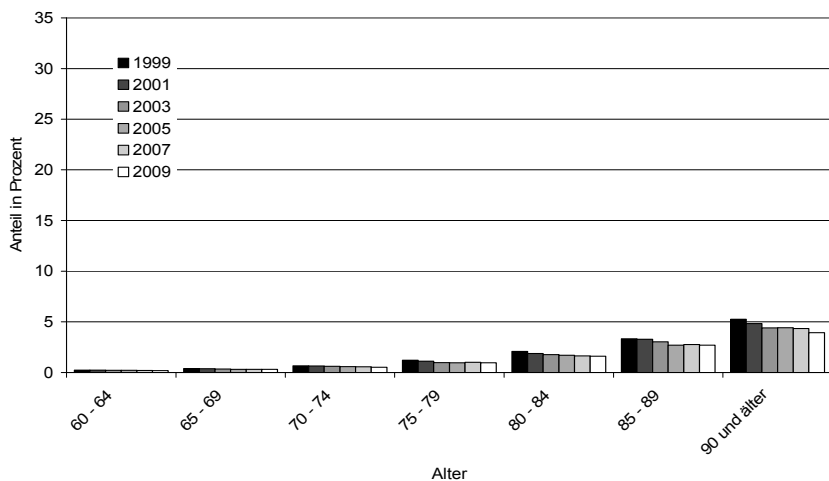
Quelle: Pflegestatistik 1999, 2001, 2003, 2005, 2007, 2009

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



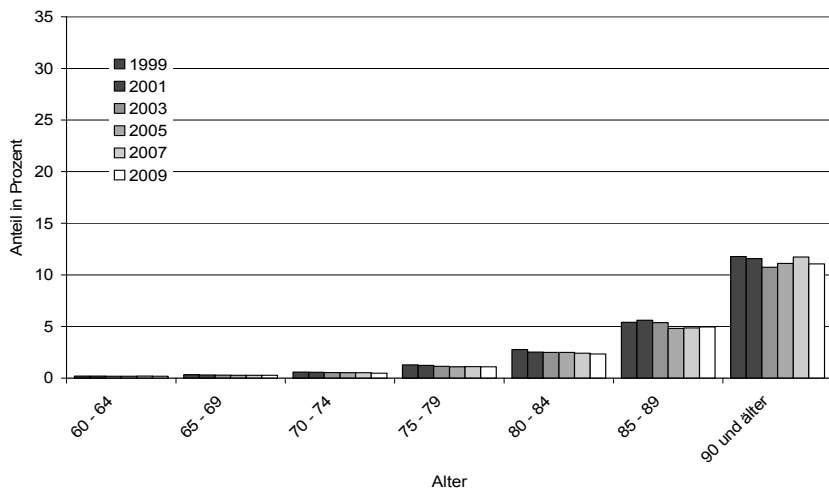
Quelle: Pflegestatistik 1999, 2001, 2003, 2005, 2007, 2009

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



Quelle: Pflegestatistik 1999, 2001, 2003, 2005, 2007, 2009

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



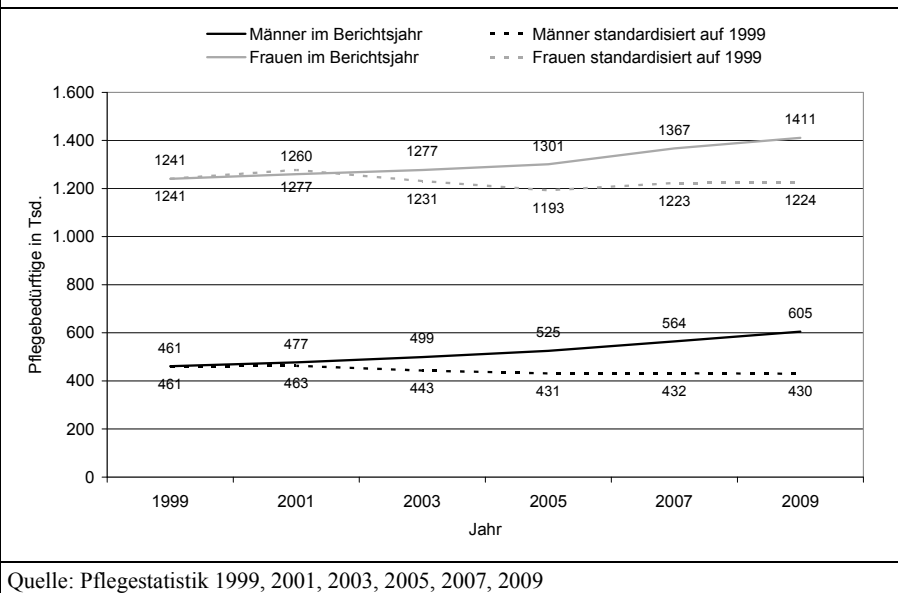
Quelle: Pflegestatistik 1999, 2001, 2003, 2005, 2007, 2009

Vor diesem Hintergrund stellt sich die Frage, wie es zu der „schleichenden“ Ausweitung an Pflegebedürftigen der Pflegestufe I, also einer Veränderung der Prävalenzstruktur gekommen ist (vgl. Abschnitt. 4.2): Bei genauerer Betrachtung zeigen sich in den einzelnen Pflegestufen (Abbildung 11 – Abbildung 16) Veränderungen. So kam es in Pflegestufe I seit Einführung der Pflegeversicherung zu einer Erhöhung der Prävalenzen im Zeitverlauf (Abbildung 11 und Abbildung 12). Im Gegensatz hierzu zeigt sich in Pflegestufe II und III (Abbildung 13 – Abbildung 16), zumindest der Tendenz nach, eine geringfügige Abnahme über die Zeit. Die Entwicklung zur höheren Prävalenz der Pflegestufe I zeigt sich insbesondere bei den Frauen (Abbildung 12). Der Rückgang in Pflegestufe II und III ist sowohl für Männer als auch für Frauen deutlich erkennbar (Abbildung 13 – Abbildung 16). Wird die Entwicklungen in den einzelnen Pflegestufen *relativ* zueinander betrachtet, dann zeigt sich die schleichende Zunahme an Leistungsbeziehern der Pflegestufe I gegenüber den Pflegestufen II und III.

Der 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 niedrigeren Pflegestufen ist insgesamt eine Verbesserung im Zeitverlauf, im Sinne eines Rückgangs der Prävalenz, zu beobachten.

Abschließend wird in Abbildung 17 simuliert, wie sich die Zahl der Pflegebedürftigen im Alter ab 60 Jahren bis zum Jahr 2009 entwickelt hätte, wenn die Altersstruktur aus dem Jahr 1999 für alle Beobachtungszeitpunkte zugrunde gelegt wird („Altersstandardisierung“). Es wird mit anderen Worten geprüft, welcher Anteil der Veränderung der altersstrukturellen Zusammensetzung der Bevölkerung (also der „Alterung“ der Bevölkerung) an dem Anstieg der Zahl der Pflegebedürftigen zukommt. Wird zunächst die tatsächliche Entwicklung der Zahl der Pflegebedürftigen im jeweiligen Berichtsjahr betrachtet, zeigt sich, dass die Zahl der pflegebedürftigen Männer von 461 Tsd. im Jahr 1999 um 31 % auf 605 Tsd. im Jahr 2009 ansteigt, die der Frauen von 1,241 Mio. um 14 % auf 1,411 Mio. Wird eine Altersstandardisierung basierend auf dem Jahr 1999 durchgeführt, zeigen sich hingegen nahezu keine bzw. nur geringe Veränderungen – und zwar in Richtung auf eine *Verringerung* der Zahl der Pflegebedürftigen: Bei Altersstandardisierung verringert sich die Zahl der pflegebedürftigen Frauen von 1999 bis 2009 um 1,4 %, die der Männer sogar um 6,7 %. Hätte sich die Altersstruktur seit 1999 nicht verändert,

Abbildung 17: Entwicklung der Zahl der Pflegebedürftigen im Alter ab 60 Jahren nach Geschlecht



läge die Zahl der pflegebedürftigen Männer im Jahr 2009 um 29 % (430 Tsd. gegenüber 605 Tsd.) und die der Frauen um 13 % (1,224 Mio. gegenüber 1,411 Mio.) unter den tatsächlichen Werten. Der Fallzahlenanstieg ist damit praktisch ausschließlich der Bevölkerungsalterung zuzuschreiben.

4.4.2 Alters- und Geschlechtsunterschiede

In Abbildung 9 und Abbildung 10 zeigt sich zunächst, dass die Menschen mit zunehmendem Alter ein höheres Pflegerisiko haben. Während bei den 70–74-jährigen Männern und Frauen „nur“ jede(r) zwanzigste (5 %) pflegebedürftig ist, erreicht die Pflegeprävalenz bei den über 90-jährigen Männern mit 40 % und mit 65 % bei den über 90-jährigen Frauen den höchsten Wert. Das Muster der Altersabhängigkeit bleibt über alle Pflegestufen erhalten, wobei die Pflegequoten bei Pflegestufe I am höchsten sind, gefolgt von Pflegestufe II und Pflegestufe III: Beispielsweise haben 14 % der 85–89-jährigen Männer die Pflegestufe I (Abbildung 11), 11 % von ihnen haben die Pflegestufe II (Abbildung 13) und in Pflegestufe III sind 3 % der Männer in dieser Alterskategorie (Abbildung 15).

Über alle Pflegestufen (Abbildung 11 bis Abbildung 16) zeigt sich eine deutlich höhere Prävalenz bei den Frauen, wobei auch hier eine Altersabhängigkeit zu erkennen ist: Während bis zur Alterskategorie der 70–74-Jährigen Männer und Frauen ähnliche Prävalenzen aufweisen, haben Frauen in den anschließenden Alterskategorien deutlich höhere Prävalenzen. Diese Ergebnisse stehen in Übereinstimmung mit den Untersuchungen zur aktiven Lebenserwartung: 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 Begutachtungen des Medizinischen Dienstes

Die Bestandsgrößen der Pflegebedürftigen ergeben sich jeweils aus dem „alten Bestand“ (Bestandsgröße) und den Flussgrößen der Zugänge (Inzidenzen¹¹) und den Abgängen (Reversibilität der Pflegebedürftigkeit bzw. Tod).

Im Folgenden werden zunächst die *Zugänge* in die Pflegebedürftigkeit, anhand der Begutachtungen in den Daten des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e. V (MDS), dargestellt (Abschnitt 4.5.1), da sich die Zugänge in bzw. die Wechsel zwischen den einzelnen Pflegestufen aus unterschiedlichen Arten von Begutachtungen ergeben. Anschließend wird die Entwicklung der daraus resultierenden inzidenten Fälle und die Reversibilität (wiederum als Inzidenzen) in der Pflegebiographie thematisiert (Abschnitt 4.5.2).

Da die Daten des MDS nur absolute Fallzahlen beinhalten, die zudem nicht nach Alter differenziert sind, kann nicht abschließend geklärt werden, ob sich der Pflegebeginn im Zeitverlauf geändert hat oder gleich geblieben ist. Diese Analysen sind jedoch mit den Routinedaten der BARMER-GEK möglich und werden in Kapitel 5 durchgeführt. Sie sind auch geeignet, das Risiko, pflegebedürftig zu werden, altersspezifisch und für beide Geschlechter getrennt auszuweisen. Die *Verweildauer* in der Pflegebedürftigkeit – die zentrale Größe zwischen Ein- und Austritt aus der Pflege – kann bislang auch nicht mit amtlichen Daten analysiert

¹¹ Inzidenzen werden in diesem Pflegereport – analog der Prävalenzen – als *Anteile*, bezogen auf eine Risikopopulation, verstanden (Kreienbrock & Schach 2005).

Tabelle 6: Begutachtungen für ambulante und stationäre Leistungen der Sozialen Pflegeversicherung nach Gutachtenart (Anteile in Prozent in Klammer)

	Insgesamt	Davon			Widersprüche
		Erstgutachten	Höherstufungs-/ Wiederholungsgutachten		
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 ¹⁾	1.526.939		nicht verfügbar		
2009	1.517.915	829.685 (54,6)	583.615 (38,4)		106.128 (7,0)
2010	1.456.344	792.964 (54,5)	566.837 (38,9)		96.543 (6,6)
1) Werte der „Übergangsstatistik“ (siehe Fußnote 13). Trennung nach Begutachtungsarten ab 2009 (MDS 2009: 5).					
Quelle: MDS (2010, 2009, 2007a, 2007b, 2006)					

werden. Das gleiche gilt für die Beendigung von Pflegebedürftigkeit durch den *Tod*. Entsprechende Untersuchungen werden deshalb mit BARMER-GEK-Daten durchgeführt (Kapitel 5).

4.5.1 Entwicklung der Zahl 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 durchge-

führt, 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 1,3 Mio. verringert und blieb bis zum Jahr 2007 relativ konstant (Tabelle 6). Die Zahl der Erstgutachten lag anfänglich bei 1,4 Mio. im Jahr 1996. Diese Zahl verringerte sich auf durchschnittlich 675 Tsd. im Zeitraum von 1999 bis 2007, wobei auch der Anteil an Erstbegutachtungen in diesem Zeitraum nahezu konstant bei 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 2002 bei absolut 540 Tsd. Personen, bzw. bei 41 % der Begutachtungen. Als Grund für eine noch sehr geringe Zahl der Höherstufungs- und Wiederholungsgutachten im Jahr 1996, die in den Jahren 1997 und 1998 deutlich ansteigt, kann die mittlere Zeit zwischen Erst- und Folgebegutachtung gesehen werden, die auf 2 bis 3 Jahre geschätzt werden kann (MDS 2006: 8). Die Zahl der Widerspruchsgutachten lag mit durchschnittlich 80 Tsd. bzw. mit durchschnittlich 6,5 % über den gesamten Beobachtungszeitraum deutlich niedriger.¹²

Durch das zum 1.7.2008 in Kraft getretene Pflege-Weiterentwicklungsgesetz (PFWG) haben Antragsteller mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz einen Rechtsanspruch auf zusätzliche Betreuungsleistungen gemäß § 45b bzw. § 87b SGB XI. Dieser Anspruch besteht nach § 45a bei Pflegebedürftigen in häuslicher Pflege auch, wenn die Voraussetzungen von Pflegebedürftigkeit nach §§ 14 und 15 SGB XI nicht vorliegen.¹³ 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

¹² Die Widerspruchsgutachten werden im Folgenden nicht weiter betrachtet, 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.

¹³ Damit verbunden war es notwendig, für den Zeitraum der Überarbeitung der Statistikrichtlinie (§ 53a Satz 1 Nr. 3 SGB XI) eine „Übergangsstatisik“ zu erstellen, auf der die Werte für 2008 beruhen (MDS 2009: 2).

und damit einen Anspruch auf zusätzliche Betreuungsleistungen haben. Die Anteile der Empfehlungen für zusätzliche Betreuungsleistungen steigen dabei mit dem Umfang der Pflegebedürftigkeit: Während sie für Antragsteller ohne Pflegestufe lediglich 13 % betragen, belaufen sie sich in Pflegestufe I (II, III) auf 25 % (39 %, 56 %). Unter den in der zweiten Jahreshälfte 2008 Begutachteten befanden sich damit 18 Tsd. Personen, denen der Anspruch auf Betreuungsleistungen zugesprochen wurde, ohne dass sie pflegebedürftig im Sinne der §§ 14 und 15 SGB XI sind (MDS 2009: 12). 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 (MDS 2009: 12).

Da mit der Gesetzesänderung der Kreis der Leistungsberechtigten erweitert wurde, haben sich in der Folge auch Personen einer Begutachtung unterzogen, die ansonsten keinen Antrag auf Leistungen der Pflegeversicherung gestellt hätten. Im Jahr 2008 stieg die Zahl der Begutachtungen daher um ca. 200 Tsd. (15 %) auf ca. 1,5 Mio. gegenüber ca. 1,3 Mio. im Jahr 2007 an. Das hohe Niveau der Zahl der Begutachtungen setzt sich auch in den Jahren 2009 und 2010 mit durchschnittlich ca. 1,5 Mio. fort, wobei 810 Tsd. auf die Erstbegutachtungen, 575 Tsd. auf die Höherstufungs- bzw. Wiederholungsgutachten und ca. 100 Tsd. auf die Widersprüche entfallen. Die Anteile haben sich dabei geringfügig (2 Prozentpunkte gegenüber 2007) in Richtung der Erstgutachten verschoben. 2009 hat sich die Anzahl der Menschen, die zusätzliche Betreuungsleistungen erhalten, gegenüber 2008 deutlich erhöht. Demnach besitzen 30 Tsd. Menschen, die zu Hause gepflegt werden und nicht pflegebedürftig im Sinne des SGB XI sind, einen entsprechenden Betreuungsbedarf (MDS 2010: 10). Die Anteile der Empfehlungen für zusätzliche Betreuungsleistungen bei den Begutachtungen für ambulante Leistungen sind denen des Jahres 2008 recht ähnlich: Während sie für die nicht Pflegebedürftigen lediglich 13 % betragen, belaufen sie sich in Pflegestufe I (II, III) auf 25 % (41 %, 51 %).

4.5.2 Differenzierung nach Pflegestufen

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-/Wiederholungsbegutachtungen.

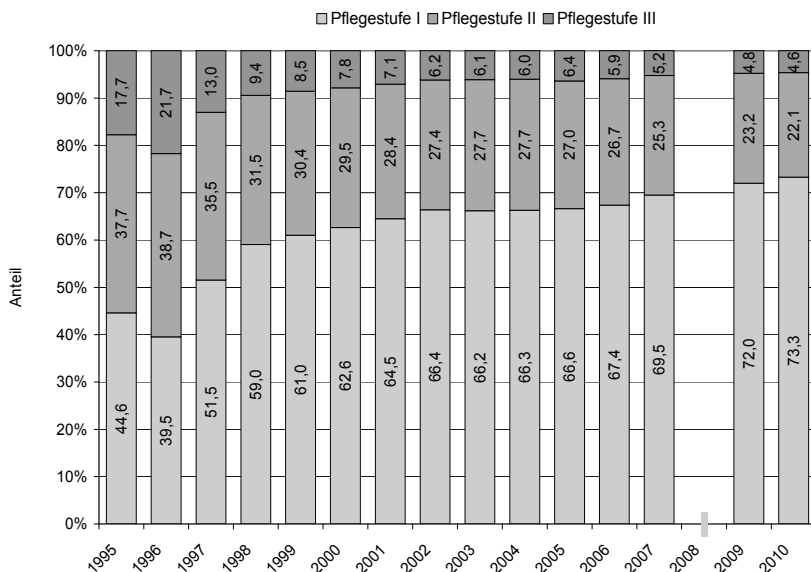
Tabelle 7: Erstbegutachtungen der Anträge auf Zuweisung einer Pflegestufe

	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
2008 ¹⁾					
2009 ²⁾	828.989	567.990	408.023	131.581	26.970
2010	792.964	546.352	400.447	120.530	25.375
* nur Antragsteller auf ambulante Leistungen					
1) Werte für 2008 nicht verfügbar (siehe Fußnote 13).					
2) Unter den Erstbegutachtungen im Jahr 2009 sind insgesamt 225 Tsd Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz, darunter 36 Tsd ohne Pflegestufe, 113 Tsd mit Pflegestufe I, 61 Tsd mit Pflegestufe II und 15 Tsd mit Pflegestufe III.					
Quelle: MDS (2010, 2009, 2007a, 2007b, 2006)					

In Tabelle 7 sind 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. Obwohl in den Jahren seit 1996 zusätzlich Anträge auf stationäre Leistungen begutachtet wurden, blieb der Spitzenwert von 1995 in der Folge unerreicht. Bis 2002 nimmt die Anzahl an Erstbegutachtungen ab, da immer weniger Menschen erstmalig Leistungen der Pflegeversicherung beantragen. Von 2005 bis 2007 nimmt die Zahl der Erstbegutachtungen dann – demographisch bedingt – wieder leicht zu.

Der Anteil der abgelehnten Anträge beläuft sich während des gesamten Zeitraums auf etwa 30 %. Zwischen 1999 und 2007 wird durchschnittlich 475 Tsd. Menschen jährlich im Rahmen der Erstbegutachtung eine Pflegestufe zuerkannt. Im Jahr 2009

Abbildung 18: Verteilung der Pflegestufen bei ambulanten und stationären Erstbegutachtungen nach Jahr



Werte für 2008 nicht verfügbar.

Quelle: MDS (2010, 2009, 2007a, 2007b, 2006)

kommt es dann zu einem sprunghaften Anstieg der Erstbegutachtungen um 18 % gegenüber 2007. Ein Grund für diesen Anstieg ist die Feststellung eines zusätzlichen Betreuungsbedarfs auch bei den Nicht-Pflegebedürftigen im Sinne des SGB XI. Im Jahr 2010 reduziert sich zwar die Zahl der Erstbegutachtungen um 4,3 %, dennoch liegt sie mit 793 Tsd. um rund 100 Tsd. höher als in den Jahren zwischen 1999 und 2007.

In Abbildung 18 ist die Pflegestufenverteilung der Erstbegutachtungen seit 1995 abgetragen. Auffallend ist im Zeitablauf insbesondere der steigende Anteil der Pflegestufe I und der relative Rückgang der Anteile in den Pflegestufen II und III. Als Gründe hierfür werden u. a. 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 beanspruchen, weil sie schon eine längere „Pflegekarriere“ mit tendenziell ansteigendem Pflegebedarf

aufweisen. Damit lässt sich u. a. der zunächst höhere Anteil in Pflegestufe II und III in den ersten 3 Jahren der Pflegebegutachtung erklären (MDS 2006: 11). Erst danach werden nur die innerhalb eines Jahres „neu“ hinzukommenden Pflegebedürftigen erfasst (vgl. MDS 2006: 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 – lediglich ambulanten – 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 2006: 11). Wird jedoch der jüngeren Zeitraum seit 1999 betrachtet, der von diesen Änderungen nicht betroffen ist, dann lässt sich bei den inzidenten Fällen – entsprechend der Zunahme bei den Bestandsgrößen der Pflegebedürftigen (vgl. Abschnitt 4.2) – ebenfalls eine schleichende Zunahme an Pflegebedürftigen der Pflegestufe I feststellen und eine Abnahme bei den Pflegestufen II und III.¹⁴

Inwieweit die steigende Tendenz auf altersstrukturelle 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 BARMER GEK-Daten in Abschnitt 5.2.3 durchgeführt. Eine weitere Erklärung für den Anstieg der Anteile mit Pflegestufe I mag auch eine gestiegene Akzeptanz der Pflegebedürftigkeit in der Gesellschaft sein. Dadurch steigt die Bereitschaft, auch schon bei geringerem Grad der Pflegebedürftigkeit eine Einstufung zu beantragen und nicht erst dann, wenn die Pflegebedürftigkeit unübersehbar ist.

¹⁴ Ein Überblick über die Änderungen der Begutachtungs-Richtlinien findet sich bei BMG (2008).

Tabelle 8: Einstufungen nach Höherstufungs-/Wiederholungsbegutachtungen bei ambulanten Leistungen nach Pflegestufe und Jahr (Anteile in %)

	Pflegestufe I			Pflegestufe II			Pflegestufe III	
	niedriger	gleich	höher	niedriger	gleich	höher	niedriger	gleich
1996 ¹⁾								
1997 ¹⁾								
1998	8,6	41,3	50,2	13,2	48,7	38,1	28,1	71,9
1999 ¹⁾								
2000	8,0	45,3	46,7	11,6	53,6	34,8	21,5	78,5
2001 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	46,0	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	7,6	46,8	45,6	9,9	52,5	37,6	15,6	84,4
2008 ¹⁾								
2009	6,2	44,3	49,5	8,1	50,7	41,1	14,0	86,0

1) Werte nicht verfügbar

Werte für 2008 nicht verfügbar (siehe Fußnote 13). Die Werte für 2010 sind noch nicht verfügbar.

Quelle: MDS (2010, 2009, 2007a, 2007b, 2006)

Die zweite Form der Begutachtung, die den Bestand an Pflegebedürftigen beeinflusst, sind die Höherstufungs- bzw. Wiederholungsbegutachtungen. Diese werden von 2002–2007 bei durchschnittlich 540 Tsd. Personen (= 41 % der Begutachtungen) durchgeführt, bzw. im Jahr 2009 bei 584 Tsd. (vgl. Tabelle 6). 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 8 ist diese „Mobilität“ zwischen den Pflegestufen bei ambulanten Leistungen näher aufgeführt. Demnach ist der Verlauf von Pflegebedürftigkeit *im Lebensverlauf der Pflegebedürftigen* vor allem durch eine Zunahme des Hilfebedarfs gekennzeichnet: Während 45 % der Antragsteller in Pflegestufe I keine Veränderung in der Einstufung erfahren, werden ebenfalls 45–49 % in einer höheren Pflegestufe eingestuft. Bei 6–8 % gibt es eine gegenläufige Bewegung, indem sie bei der Folgebegutachtung als nicht mehr pflegebedürftig im

Sinne des SGB XI eingestuft werden und damit keine Leistungen mehr der Pflegeversicherung beziehen.

In den höheren Pflegestufen fallen die Höherstufungsanteile geringer und die Niedrigerstufungsanteile höher aus: Während in Pflegestufe II 35–40 % höher eingestuft werden, werden gleichzeitig 8–13 % (aus Pflegestufe III: 14–18 %) niedriger eingestuft.¹⁵ Insgesamt zeigen die Befunde damit vor allem, dass Pflegebedürftigkeit kein statischer Zustand ist und erwartungsgemäß in vielen Fällen im Lebensverlauf zunimmt. Die Befunde zeigen jedoch auch, dass Pflegebedürftigkeit abnehmen kann, und zwar je nach Pflegestufe in 6–18 % der Begutachtungen.

Betrachtet man die zeitliche Entwicklung der Höherstufungs- und Wiederholungsbegutachtungen, dann wird vor allem deutlich, dass die Veränderungsquoten über den gesamten Zeitraum, besonders aber seit 2000 nahezu konstant geblieben sind. Welchen Anteil die Höherstufungs- und Wiederholungsbegutachtungen und damit die Wechsel zwischen den einzelnen Pflegestufen insgesamt an der Entwicklung der Pflegestufen – insbesondere an der Ausweitung der Pflegestufe I – haben, kann anhand der Daten des MDS nicht abschließend geklärt werden. Insbesondere eine Altersdifferenzierung bei den Wechseln zwischen den einzelnen Pflegestufen ist hierfür nötig. Diese Auswertungen sind jedoch Teil der Analysen, die anhand der BARMER GEK-Daten durchgeführt werden können (vgl. Kapitel 5).

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 Kurzzeit-*

¹⁵ 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 2007b: 11)

pflege gehen den Leistungen der vollstationären Pflege vor.“ Gegenwärtig belegen die Daten zu den Pflegeleistungen in der Pflegestatistik die Bedeutung der häuslichen Pflege: So werden im Jahr 2009 ca. 1,07 Mio. Pflegebedürftige als Pflegegeldempfänger ohne Hinzuziehung zugelassener Pflegeeinrichtungen und weitere 231 Tsd. sowohl von privaten Pflegepersonen als auch von professionellen Pflegediensten zu Hause gepflegt (Kombinationsleistungsempfänger, vgl. Abschnitt 4.2). Angesichts der soziodemographischen Veränderungen, insbesondere durch sinkende Geburtenzahlen, einem Rückgang der Eheschließungen und steigenden Scheidungsraten sowie steigender Frauenerwerbstätigkeit, zunehmender Mobilität und damit geringeren räumlichen Nähe von Familienangehörigen und des zunehmenden Anteils von Single-Haushalten stellt sich allerdings die Frage, ob sich das familiäre Pflegepotential in Zukunft weiter aufrecht erhalten lässt. 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, wie beispielsweise das „traditionelle Unterschicht-Milieu“ verlieren zudem quantitativ an Bedeutung (Blinkert & Klie 1999; 2000). So zeigen die Daten zur Entwicklung der Inanspruchnahme von Pflegeversicherungsleistungen, dass der Anteil der reinen Geldleistungsempfänger seit Einführung der Pflegeversicherung kontinuierlich zurückgegangen ist (vgl. Abschnitt 4.2).

Um das Pflegepotenzial in der häuslichen Pflege genauer bewerten zu können, ist eine Bestimmung der Zahl der Pflegepersonen erforderlich. Einen ersten Anhaltspunkt über die Anzahl von Pflegepersonen bieten die Leistungsempfänger des Pflegegeldes und der Kombinationsleistungen. Diese Leistungen werden von den Pflegekassen für die Sicherstellung der häuslichen Pflege an die Pflegebedürftigen ausgezahlt. Diese Leistung bezogen im Jahr 2009 1,31 Mio. Pflegebedürftige. Die Anzahl der an der häuslichen Pflege beteiligten Personen ist deutlich höher, u. a. weil sich mehrere Personen die Pflege aufteilen können. So werden zwar 36 % aller Pflegebedürftigen von einer Person gepflegt. Dem stehen aber 29 % der Pflegebedürftigen gegenüber, die von zwei Personen gepflegt werden, und 27 % aller Pflegebedürftigen werden sogar von drei und mehr Personen gepflegt (Meyer et al. 2007: 17).

Es können zwar einige Untersuchungen gestützt auf kleinere Befragtengruppen von pflegenden Angehörigen angeführt werden, die deren spezifische Situation darstellen¹⁶, Informationen über die Entwicklung der Zahl der Pflegepersonen im Zeitverlauf liegen bislang jedoch nur sehr vereinzelt vor.¹⁷ Die Gründe liegen vor allem darin, dass repräsentative Erhebungen zur Anzahl von Pflegepersonen und zum Ausmaß von Pfllegetätigkeiten generell kaum vorliegen. Um diese Lücke zu schließen, wird in diesem Abschnitt die Entwicklung der Pflegepersonen, also der Personen die eine nichterwerbsbezogene Pfllegetätigkeit ausüben, im Zeitverlauf untersucht. Eine hierfür geeignete und kaum genutzte Datengrundlage sind die prozessproduzierten Daten der Rentenversicherung.¹⁸ Diese lassen Rückschlüsse auf den pflegenden Personenkreis zu, da innerhalb der Rentenversicherung – bei nichterwerbsbezogener Pflege – Rentenansprüche erworben werden können. Des Weiteren bieten die Scientific-Use-Files (SUF) der Rentenversicherung auch die Möglichkeit die Versichertenbiographien auszuwerten, um beispielsweise die Dauer von Pfllegetätigkeiten zu bestimmen. Allerdings sind die Anspruchsvoraussetzungen für Rentenversicherungsleistungen gering. So werden diese weder für Pflegepersonen gewährt, die im Umfang von wöchentlich 30 Stunden oder mehr berufstätig sind, noch für Pflegepersonen, die bereits das Rentenalter erreicht haben (s. u.). Betrachtet wird also auch hier nur ein Teil aller Pflegepersonen. Darüber hinaus kann deshalb auf repräsentative Survey-Daten wie die des Sozio-ökonomischen Panel (SOEP) vom Deutschen Institut für Wirtschaftsforschung (DIW) zurückgegriffen werden, die ebenfalls Informationen zu geleisteter Pflege

¹⁶ 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).

¹⁷ Auch die MUG I und die MUG III-Studie erlaubt zwar einen Vergleich von Merkmalen der Hauptpflegepersonen über eine Dekade hinweg, jedoch werden keinerlei Aussagen zur Anzahl dieser Personen in Deutschland gemacht.

¹⁸ 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 Frage nach der Verbreitung der Pflegepersonen insgesamt.

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

4.6.1 Pflegepersonen in den Daten der deutschen Rentenversicherung

Zu den Leistungen der Pflegeversicherung gehört 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 (d. h. die Pflicht der Pflegeversicherung für diese Personen Beiträge an die Rentenversicherung abzuführen), 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.; BMG 2011: 9f.). Dabei richtet sich die Höhe der Beiträge nach dem Schweregrad (Pflegestufe) der Pflegebedürftigkeit und nach dem vom Medizinischen Dienst festgestellten zeitlichen Umfang der Pfl egetätigkeit. Die Beiträge sollen dabei durch ihre entsprechende Höhe¹⁹ 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 9 ist die Zahl der Pflegepersonen in der Rentenversicherung wiedergegeben, für die während eines Jahres entweder ganzjährig oder für einen Teil des Jahres Beiträge gezahlt wurden. In diesem Zusammenhang ist darauf zu verweisen, dass anhand der Versichertenkonten natürlich nur „jüngere“ Altersgruppen bis zum

¹⁹ 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 ein-zahlt.

Tabelle 9: Pflegepersonen bis zum Rentenalter 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
2008	39.891	21.910	17.981	364.425	223.852	140.573
2009	40.577	22.764	17.813	360.915	225.811	135.104

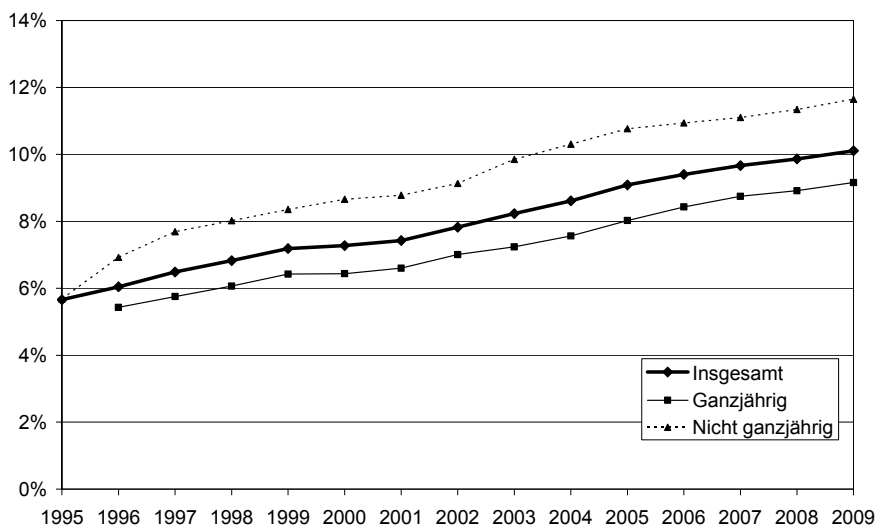
Quelle: Deutsche Rentenversicherung (1995–2010a)

Rentenalter untersucht werden können und damit in erster Linie die Pflege durch die Kindergeneration abgebildet wird.

Zunächst fällt auf, dass die Zahl der Pflegepersonen (insbesondere derer, die ganzjährig pflegen) in den ersten Jahren ansteigt. Die Gründe hierfür liegen vermutlich darin, dass – analog des Anstiegs der Zahl der Pflegebedürftigen in den ersten Jahren seit Einführung der Pflegeversicherung (vgl. Abschnitt 4.2) – Einführungseffekte verantwortlich sind. Diese sind beispielsweise der zunehmende Bekanntheitsgrad der Pflegeversicherung (mit daraus resultierender ansteigenden Zahl der Leistung beziehenden Pflegebedürftigen) 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: Die Zahl der weiblichen Pflegepersonen liegt dabei immer mindestens zehnmal so hoch wie die der männlichen. Allerdings unterscheidet sich auch die Entwicklung zwischen den beiden Geschlechtern. Während bereits nach wenigen Jahren die Zahl der Männer, für die Beiträge gezahlt werden, bei durch-

Abbildung 19: Anteil der männlichen Pflegepersonen, für die Beiträge zur Rentenversicherung gezahlt werden



Quelle: Tabelle 9.

schnittlich 38 Tsd. liegt, lange Zeit relativ und dann im wesentlichen konstant bleibt bzw. am Ende der Betrachtungsperiode sogar ganz und zuletzt wieder leicht ansteigt, nimmt die entsprechende (deutlich höhere) Zahl der Frauen von 482 Tsd. im Jahr 1997 auf 360 Tsd. im Jahr 2009 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 Zahl der pflegenden Frauen im erwerbsfähigen Alter ausgelöst ist.

Weiterhin zeigt sich eine Verschiebung im Geschlechterverhältnis der pflegenden Frauen, die in Abbildung 19 verdeutlicht wird: Der Anteil der pflegenden Männer hat sich insgesamt von knapp 6 % auf gut 10 % annähernd verdoppelt. Dabei ist der Anteil der Männer bei der nicht ganzjährigen Pflege regelmäßig höher als bei der ganzjährigen Pflege. Dies kann ein Indiz dafür sein, dass langjährige familiäre Pflege in einem noch stärkeren Maße durch Frauen erfolgt.

*Tabelle 10: Pflegepersonen bis zum Rentenalter nach Geburtsjahren
(Rentenzugangsjahren)*

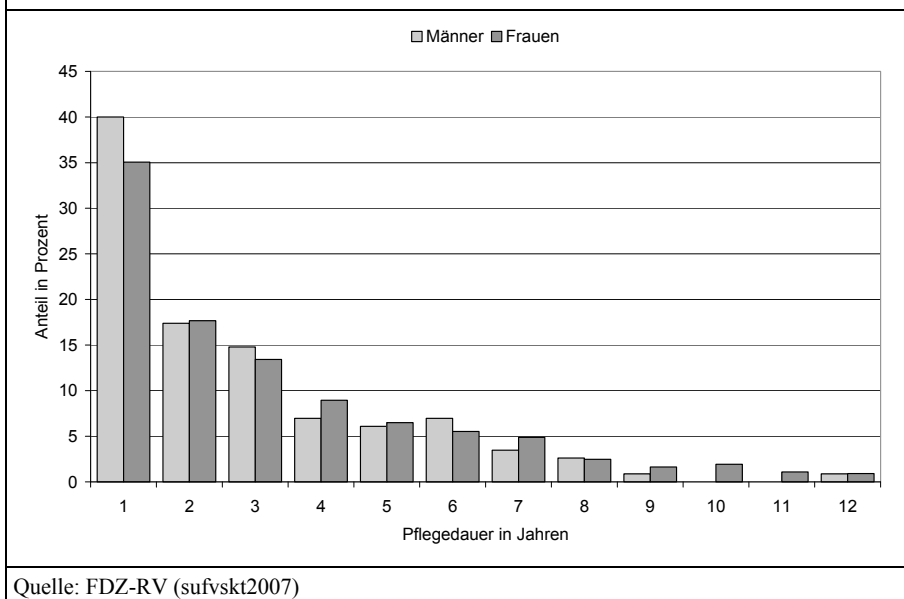
Geburtsjahre	Rentenzugangsjahr	Altersrenten	Pflegepersonen	Anteil (in %)
1935–40	2000	587.380	12.461	2,12
1936–41	2001	532.706	11.920	2,24
1937–42	2002	491.282	11.343	2,31
1938–43	2003	513.439	12.245	2,38
1939–44	2004	494.292	11.175	2,26
1940–45	2005	449.490	10.345	2,30
1941–46	2006	429.194	12.022	2,80
1942–47	2007	450.538	11.079	2,46
1943–48	2008	461.235	11.337	2,60
1944–49	2009	444.319	11.560	2,46
Quelle: Deutsche Rentenversicherung (1995–2010b)				

Die Daten der Rentenversicherung erlauben über die eben durchgeführte jahresweise Betrachtung der Entwicklung der Zahl 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 2000–2009 herangezogen und überprüft, welcher *Anteil* dieser Jahrgänge Rentenansprüche aus geleisteter Pflege erworben hat.²⁰ 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 der Altersjahre des Altersrentenbeginns (von ca. 60–65 Jahren) gemacht werden können. In Tabelle 10 sind hierzu die Altersrenten gemeinsam für Männer und Frauen nach Geburtsjahren bzw. Rentenzugangsjahr wiedergegeben, da die Rentenzugangsstatisik nicht separat für Männer und Frauen ausgewiesen ist.

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.

²⁰ Für die Rentenzugangsjahre vor 2000 werden die Pflegepersonen nicht ausgewiesen.

Abbildung 20: Die Pflegedauer von Männern und Frauen in Jahren



Es haben also 2,1–2,4 % aller Personen, die in den Jahren 2000–2009 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 2009 schon 14 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.

Darüber hinaus bieten die Scientific-Use-Files (SUF) der Rentenversicherung auch die Möglichkeit, die Versichertenbiographien auszuwerten, um beispielsweise die Dauer von Pflege Tätigkeiten zu bestimmen. In Abbildung 20 sind hierzu die Dauern der Pflege Tätigkeiten im Vergleich von Männern und Frauen in Jahren wiedergegeben. Es zeigt sich, dass diese Dauer sowohl bei Männern als auch bei Frauen

sehr heterogen ist: In etwa der Hälfte der Fälle (47 % bei den Männern und 53 % bei den Frauen) beträgt sie bis zu 2 Jahre, während sie in etwas weniger als der Hälfte der Fälle (42 % bei den Männern und 43 % bei den Frauen) 3–10 Jahre beträgt. Dauern über 10 Jahre finden sich dagegen lediglich bei 1 % der Männer und 4 % der Frauen. Diese Zeiträume, in denen Pflege geleistet wird, korrespondieren damit auch sehr stark mit den Dauern, in denen Pflegebedürftige zu Hause Pflegeleistungen nach SGB XI beziehen. (Müller et al. 2010).

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 Panel (SOEP) werden hingegen auch geringfügige Pflegetätigkeiten von wenigstens 1 Std., also der Hälfte der täglichen Mindestpflegezeit in den Daten der Rentenversicherung, pro Tag 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 11 dann zeigt sich, dass den ca. 1,55 Mio. Pflegebedürftigen im Jahr 2009 (vgl. Abschnitt 4.2), die zu Hause gepflegt werden (also Pflegegeld, Sachleistung oder Kombinationsleistungen beziehen), ca. 3,75 Mio. und damit 2,4 mal so viele Pflegende gegenüberstehen. Die Entwicklung ist dabei überwiegend von einem *Anstieg* der Zahl der Pflegenden gekennzeichnet: Während 2001 ca. 3,09 Mio. Pflegende an der häuslichen Pflege beteiligt waren, stieg die Anzahl bis 2008 auf 4,16 Mio. und damit um 35 % an, während die Zahl der häuslich versorgten Pflegebedürftigen in diesem Zeitraum nur um rund 8 %, von 1.325 Mio. auf 1,436 Mio. anstieg.²¹ Der Anteil der an der Pflege beteiligten Männer belief sich während des Zeitraums auf nahezu konstant 35 %. Auf einen pflegenden Mann kommen damit zwei pflegende Frauen. Ein Vergleich der MUG I-Studie mit der MUG III-Studie zeigt hingegen einen Anstieg

²¹ Ob der für 2009 zu verzeichnende Rückgang auf zuletzt 3,75 Mio. Pflegende nachhaltig, nur ein vorübergehender Effekt oder ein statistisches Artefakt ist, kann erst bei Vorliegen weiterer Wellen beurteilt werden.

Tabelle 11: Pflegepersonen über 16 Jahren nach Jahr und Geschlecht und Anteil an der Bevölkerung

	Insgesamt	Männer	Quote	Frauen	Quote
2001	3.092.214	1.138.355	3,86	1.953.860	6,16
2002	3.442.990	1.337.276	4,34	2.105.715	6,34
2003	3.637.950	1.387.148	4,36	2.250.802	6,59
2004	3.833.708	1.494.558	4,65	2.339.150	6,70
2005	3.568.070	1.334.672	4,09	2.233.398	6,31
2006	3.794.445	1.400.564	4,34	2.393.881	6,82
2007	3.849.260	1.462.132	4,49	2.387.128	6,80
2008	4.156.721	1.555.631	4,71	2.601.090	7,36
2009	3.753.965	1.323.671	4,03	2.430.294	6,87

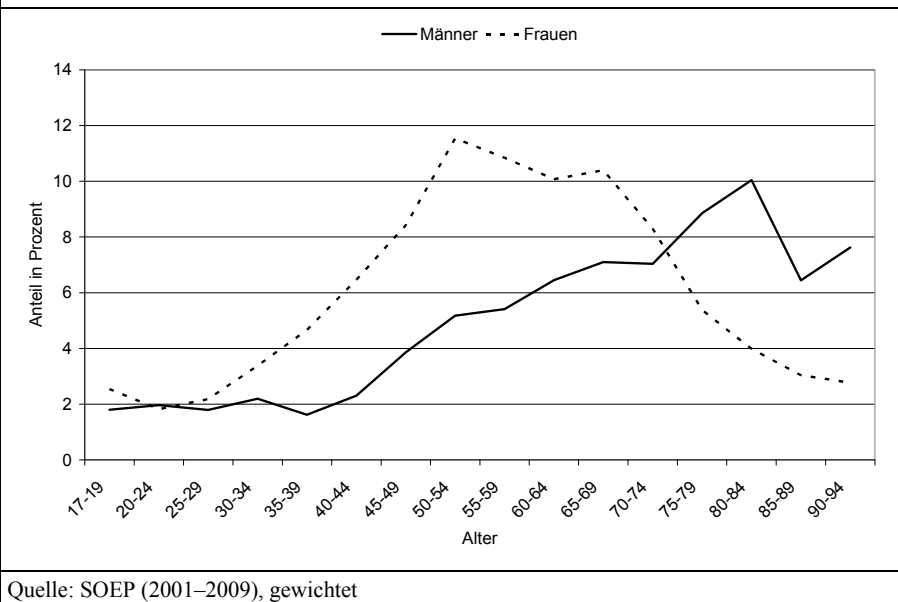
Quelle: SOEP (2001–2009), gewichtet

des Anteils pflegender Männer von 17% im Jahr 1991 auf 27% im Jahr 2002 (Schneekloth & Wahl 2005: 77). Hierbei muss jedoch berücksichtigt werden, dass im SOEP – im Gegensatz zu den MuG-Studien – nicht nur die „Hauptpflegepersonen“, sondern alle an der Pflege beteiligten erfasst werden.

Durch die unterschiedlichen Abgrenzungen in den Daten der Rentenversicherung und den Daten des Sozio-ökonomischen Panel finden sich demnach weniger Frauen, die in großem Umfang (> 14 Stunden) pflegen, aber mehr Frauen, die überhaupt pflegen. Also wird die Pflegelast eher zwischen mehreren Personen aufgeteilt.

Dass die Gruppe der Pflegenden dabei auch über den bestehenden Geschlechterunterschied hinaus heterogen ist, zeigt Abbildung 21. Demnach pflegen Frauen im Alter von 50–69 Jahren am häufigsten, während Männer erst in höheren Altersjahren pflegen (vgl. Schupp & Künemund 2004). Insgesamt üben 51 % der Männer und 39 % der Frauen über 60 Jahren eine Pflege Tätigkeit aus. Gründe für diese stärkere Verbreitung der Pflege Tätigkeiten 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 den höheren Altersjahren ist vermutlich darauf zurückzuführen, dass Männer – bei gleichem Alter – seltener verwitwet sind als Frauen und dadurch auch häufiger ihre Partnerinnen pflegen. Insgesamt kann damit sowohl von intergenerativer Pflege (vor allem bei

Abbildung 21: Pflegepersonen nach Alter und Geschlecht



den weiblichen Pflegepersonen) als auch von intragenerativer Pflege (vor allem bei den männlichen Pflegepersonen) gesprochen werden.²²

Gründe für die insgesamt stärkere Verbreitung von Pflege Tätigkeiten bei den Frauen können auch in der schwierigen Vereinbarkeit von Pflege und Erwerbstätigkeit liegen. So haben nach Daten der MUG III-Studie aufgrund der Pflege 10 % der Hauptpflegepersonen ihre Erwerbstätigkeit aufgegeben und weitere 11 % den Umfang der Erwerbstätigkeit eingeschränkt. Da nur etwa die Hälfte der Hauptpflegepersonen zu Beginn der Pflege überhaupt erwerbstätig war, liegt der Anteil der Personen, die ihre Berufstätigkeit aufgeben/einschränken bezogen auf den Personenkreis der vor der Übernahme der Pflege Erwerbstätigen sogar doppelt so hoch (Schneekloth & Wahl 2005: 79; vgl. auch BMFSFJ 2011: 123).

²² 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.

Mit SOEP-Daten konnten Schneider et al. (2001) zeigen, dass Frauen bei einem Pflegefall im Haushalt eine erhöhte Neigung zur (vorübergehenden) Aufgabe ihrer Erwerbstätigkeit haben. Dies kann u. a. durch die jeweiligen Opportunitätskosten erklärt werden. Danach neigen Frauen eher zur Aufgabe ihrer Erwerbstätigkeit, da ihre Entlohnung auf dem Arbeitsmarkt geringer ist als die der Männer, folglich liegt auch ihr Einkommensausfall – bei einer Pfl egetätigkeit – unter dem der Männer.

4.7 Die stationären Pflegeeinrichtungen

Der folgende Abschnitt widmet sich nicht mehr den Pflegebedürftigen oder den informellen Pflegepersonen, sondern 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 in Pflegeheimen dargestellt.

Die Zahl der Pflegeheime (Tabelle 12) ist seit 1999 von 8.859 um 31 % auf 11.634 im Jahr 2009 angestiegen.²³ Die Mehrzahl, nämlich 6.373 bzw. 55 % der Heime, befand sich 2009 in freigemeinnütziger Trägerschaft.²⁴ Der Anteil der 4.637 Heime in privater Trägerschaft belief sich auf 40 % und weitere 624 Heime, bzw. 5 % aller Heime befanden sich in öffentlicher Trägerschaft.

²³ 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 Altenwohnheime oder mehrgliedrigen Alteinrichtungen den überwiegenden Teil ihrer Wohn- und/oder Heimplätze umgewidmet oder ausgegliedert und einen Versorgungsvertrag als stationäre Pflegeeinrichtung abgeschlossen“ (BMG 2001).

²⁴ 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.

Tabelle 12: Entwicklung der Anzahl der Pflegeeinrichtungen nach Art und Träger der Einrichtung

	1999	2001	2003	2005	2007	2009
Pflegeheime (alle Träger)						
Insgesamt	8.859	9.165	9.743	10.424	11.029	11.634
für ältere Menschen	8.333	8.603	9.170	9.723	10.259	10.873
für Behinderte ²⁾	203	221	226	236	262	251
für psychisch Kranke	323	341	347	353	345	332
für Schwerkranke und Sterbende	¹⁾	¹⁾	¹⁾	112	163	179
Pflegeheime (private Träger)						
Insgesamt	3.092	3.286	3.610	3974	4322	4.637
für ältere Menschen	2.854	3.043	3.364	3664	4004	4.333
für Behinderte ²⁾	64	66	61	75	70	65
für psychisch Kranke	174	177	185	203	194	183
für Schwerkranke und Sterbende	¹⁾	¹⁾	¹⁾	32	54	57
Pflegeheime (freigemeinnützige Träger)						
Insgesamt	5.017	5.130	5.405	5748	6072	6.373
für ältere Menschen	4.805	4.893	5.157	5431	5690	5.987
für Behinderte ²⁾	122	137	147	148	177	175
für psychisch Kranke	90	100	101	93	102	98
für Schwerkranke und Sterbende	¹⁾	¹⁾	¹⁾	76	103	113
Pflegeheime (öffentliche Träger)						
Insgesamt	750	749	728	702	635	624
für ältere Menschen	674	667	649	628	565	554
für Behinderte ²⁾	17	18	18	13	15	11
für psychisch Kranke	59	64	61	57	49	51
für Schwerkranke und Sterbende	¹⁾	¹⁾	¹⁾	4	6	8
1) noch nicht erhoben						
2) Nicht erfasst werden im vollstationären Bereich die Empfänger/-innen von Pflegeleistungen der Hilfe für behinderte Menschen nach § 43a SGB XI.						
Anmerkung: Die Art des Pflegeheims ist nach der jeweils überwiegenden Personengruppe eingeteilt.						
Quelle: Pflegestatistik 1999, 2001, 2003, 2005, 2007, 2009						

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: Wäh-

<i>Tabelle 13: Entwicklung der Heime nach Pflegeangebot und Auslastung</i>						
	1999	2001	2003	2005	2007	2009
Pflegeheime insgesamt	8.859	9.165	9.743	10.424	11.029	11.634
	verfügbare Plätze					
Heimplätze insgesamt	645.456	674.292	713.195	757.186	799.059	845.007
Vollstationäre Pflege	631.382	658.317	694.939	737.815	777.015	818.608
davon Dauerpflege	621.502	648.543	683.941	726.448	765.736	808.213
davon Kurzzeitpflege	9.880	13.558	10.998	11.367	11.279	10.395
Tagespflege	13.339	15.522	17.831	19.044	21.610	25.975
Nachtpflege	735	453	425	327	434	425
Durchschnittliche Platzzahl pro Heim	72,9	73,6	73,2	72,6	72,5	72,6
	Auslastung in Prozent					
Vollstationäre Dauerpflege	89,2	89,8	89,5	88,7	87,6	86,6
Vollstationäre Kurzzeitpflege	1)	1)	1)	1)	1)	1)
Tagespflege	77	79,9	95,8	100	107,3	120,8
Nachtpflege	23,5	12,1	6,8	5,5	7,6	5,7
1) Berechnung nicht sinnvoll						
Quelle: Pflegestatistik 1999, 2001, 2003, 2005, 2007, 2009						

rend die Zahl der Pflegeheime für ältere Menschen in freigemeinnütziger Trägerschaft von 4.805 im Jahr 1999 um 25 % auf 5.987 im Jahr 2009 zugenommen hat, findet sich bei den privaten Trägern ein drastischerer Anstieg von 2.854 (1999) um 52 % auf 4.333 (2009). Die Zahl der Pflegeheime in öffentlicher Trägerschaft ist dagegen rückläufig. Die Zahl der Pflegeheime für psychisch Kranke ist 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, jeweils abhängig vom Träger, deutliche Zunahmen von bis zu 45 %.

Dem Anstieg der Zahl der Pflegeheime steht ein Anstieg der Zahl der Heimplätze in etwa der gleichen Größenordnung gegenüber (Tabelle 13): 1999 standen 8.859 Pflegeheime mit 645.456 Pflegeplätze zur Verfügung, während 2009 auf die 11.634 Pflegeheime 845.007 Pflegeplätze kamen. Die Zahl der Plätze hat sich damit in dem genannten 10-Jahres-Zeitraum ebenfalls um insgesamt 31 % erhöht. Dabei lag die durchschnittliche Pflegeplatzzahl während des betrachteten Zeitraums pro Heim bei 73. Die überwiegende Mehrheit der Heimplätze (96 %) steht

für die vollstationäre Dauerpflege zur Verfügung. Auf die vollstationäre Kurzzeitpflege, bzw. auf die Tagespflege entfallen nur 10 Tsd. bzw. 25 Tsd. Heimplätze und auf die Nachtpflege nur wenige Hundert. Betrachtet man die Entwicklung zwischen 1999 und 2009, dann hat vor allem die Zahl der vollstationären Dauerpflegeplätze um 30 % und die Zahl der Tagespflegeplätze um 95 % zugenommen. Das Platzangebot war dabei im Bereich der stationären Dauerpflege bei leicht abnehmender Tendenz zu 88 % ausgelastet, was etwa 745 Tsd. Pflegebedürftigen im Jahr 2009 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 fällt daher etwas höher aus.

Betrachtet man die Entwicklung des Heimpersonals in Tabelle 14, dann zeigt sich ein Anstieg der Beschäftigtenzahl von 440.940 im Jahr 1999 um 41 % auf 621.392 im Jahr 2009.²⁵ Dieser Anstieg beruht dabei im Wesentlichen auf dem Anstieg der Teilzeit- und geringfügig Beschäftigten. Die Anzahl der Vollzeitbeschäftigten bleibt dagegen bei durchschnittlich 203–219 Tsd. weitgehend konstant. Der Anteil der Vollbeschäftigten hat somit von 48 % im Jahr 1999 kontinuierlich auf 33,3 % im Jahr 2009 abgenommen. Die Zahl der Praktikanten, Schüler und Auszubildenden hat innerhalb des Zeitraums von 17 Tsd. auf 34 Tsd. zugenommen, während die Zahl der Zivildienstleistenden von 12 Tsd. auf 7 Tsd. abgenommen hat. Die Helfer im freiwilligen sozialen Jahr sind zwar absolut betrachtet auch leicht stärker vertreten, ihr Anteil bewegt sich jedoch konstant bei unter einem Prozent.

Der überwiegende Tätigkeitsbereich des Heimpersonals entfiel mit nahezu 66 % auf Pflege und Betreuung der Bewohner. Die soziale Betreuung der Bewohner nimmt derzeit nur 4,1 % der zeitlichen Ressourcen in Anspruch, allerdings mit leicht steigender Tendenz. Der hauswirtschaftliche bzw. haustechnische Bereich nahm dagegen absolut betrachtet leicht zu, reduzierte sich jedoch an allen Tätigkeiten in den letzten Jahren auf zusammen 20 % im Jahr 2009. Auf Verwaltung und Geschäftsführung entfielen konstant 5,5 % aller Tätigkeiten.

²⁵ 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 14: Heimpersonal nach Beschäftigungsverhältnis und Tätigkeitsbereich

	1999	2001	2003	2005	2007	2009
	Anzahl					
Personal insgesamt	440.940	475.368	510.857	546.397	573.545	621.392
Beschäftigungsverhältnis						
Vollzeit	211.544	218.898	216.510	208.201	202.764	207.126
Teilzeit über 50 %	100.897	120.218	140.488	162.385	184.594	212.488
Teilzeit unter 50 %, nicht geringf.	54.749	61.843	71.066	78.485	84.666	96.154
geringfügig beschäftigt	42.795	44.371	49.179	55.238	58.730	60.689
Praktikant, Schüler, Auszub.	16.782	16.511	22.031	31.623	32.315	34.309
Helfer im freiwilligen sozialen Jahr	2.389	2.273	3.373	4.003	3.951	3.697
Zivildienstleistender	11.784	11.254	8.210	6.462	6.523	6.928
Überwiegender Tätigkeitsbereich						
Pflege und Betreuung	287.267	315.200	345.255	374.116	393.772	413.128
soziale Betreuung	14.967	16.741	17.833	20.253	22.405	25.577
Hauswirtschaftsbereich	93.622	96.874	98.627	100.346	102.547	107.884
haustechnischer Bereich	13.635	13.797	13.929	14.373	15.057	16.231
Verwaltung, Geschäftsführung	24.502	26.120	28.021	30.176	31.754	33.726
sonstiger Bereich	6.947	6.636	7.192	7.133	8.010	8.494
	in Prozent					
Personal insgesamt	100	100	100	100	100	100
Beschäftigungsverhältnis						
Vollzeit	48	46	42,4	38,1	35,4	33,3
Teilzeit über 50 %	22,9	25,3	27,5	29,7	32,2	34,2
Teilzeit unter 50 %, nicht geringf.	12,4	13	13,9	14,4	14,8	15,5
geringfügig beschäftigt	9,7	9,3	9,6	10,1	10,2	9,8
Praktikant, Schüler, Auszub.	3,8	3,5	4,3	5,8	5,6	5,5
Helfer im freiwilligen sozialen Jahr	0,5	0,5	0,7	0,7	0,7	0,6
Zivildienstleistender	2,7	2,4	1,6	1,2	1,1	1,1
Überwiegender Tätigkeitsbereich						
Pflege und Betreuung	65,1	66,3	67,6	68,5	68,7	66,5
soziale Betreuung	3,4	3,5	3,5	3,7	3,9	4,1
Hauswirtschaftsbereich	21,2	20,4	19,3	18,4	17,9	17,4
haustechnischer Bereich	3,1	2,9	2,7	2,6	2,6	2,6
Verwaltung, Geschäftsführung	5,6	5,5	5,5	5,5	5,5	5,4
sonstiger Bereich	1,6	1,4	1,4	1,3	1,4	1,4
Quelle: Pflegestatistik 1999, 2001, 2003, 2005, 2007, 2009						

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 1.1.2010 auf 1.510 Euro.²⁶ 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.²⁷

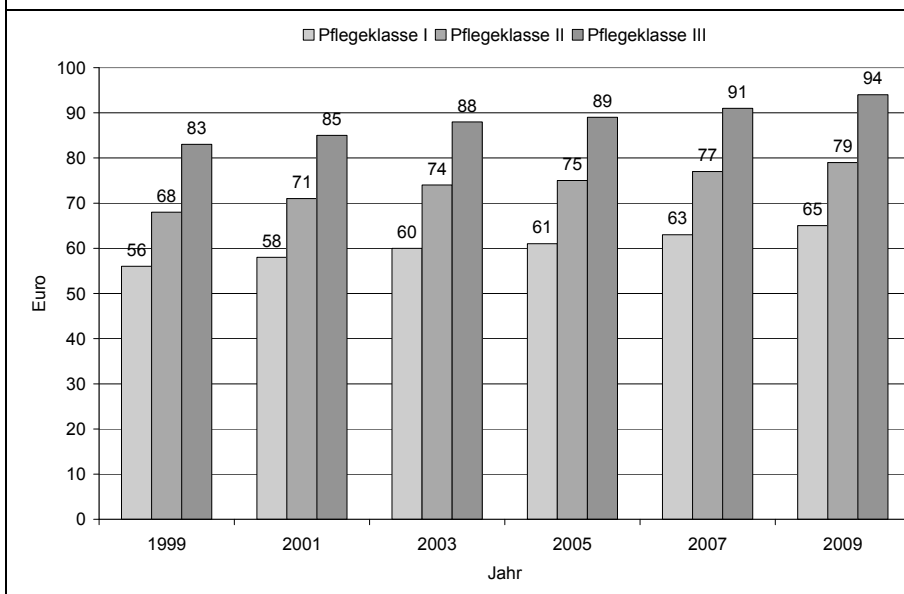
Eine besondere Situation ergibt sich für die Sozialhilfeträger: Insbesondere für die Pflegebedürftigen in stationärer Pflege sind die SGB XI-Leistungen nämlich in der Regel nicht ausreichend, um die Pflegekosten abzudecken. Ein Teil der Pflegebedürftigen in stationärer Pflege ist daher auf Hilfe zur 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 – *ceteris paribus* – 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 22 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 (die den

²⁶ Zum 1.1.2012 wird dieser Satz auf 1.550 Euro erhöht. Für Härtefälle wird derzeit ein Betrag von 1.825 Euro gewährt. Auch dieser Betrag wird im Rahmen der im Pflege-Weiterentwicklungsgesetz beschlossenen Dynamisierung zum 1.1.2012 angehoben, auf 1.918 Euro.

²⁷ 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 (Augurzky et al. 2008: 25). Weiterhin werden *Zusatzleistungen* in Form von besonderen Komfortleistungen und die *Ausbildungsumlage* ebenfalls wegen fehlender Erfassung im Folgenden nicht berücksichtigt.

Abbildung 22: Entwicklung der durchschnittlichen Heimentgelte pro Tag (vollstationäre Dauerpflege, Pflegeheime aller Träger)



Quelle: Statistische Bundesamt, Pflegestatistik 1999, 2001, 2003, 2005, 2007, 2009

Pflegestufen folgen): Im Jahr 1999 belaufen sich die Heimentgelte 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 19 Euro pro Tag. Von jedem Pflegebedürftigen im Heim der Pflegestufe I, der 1999 eine vollstationäre Dauerpflege 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 Monatsbetrag von 2.067 Euro und bei Pflegestufe III einem von 2.523 Euro.²⁸

Welchen Veränderungen ist nun das Heimentgelt im Zeitverlauf unterworfen? Wie in Abbildung 22 zu sehen ist, steigen die Entgelte in allen Pflegeklassen monoton

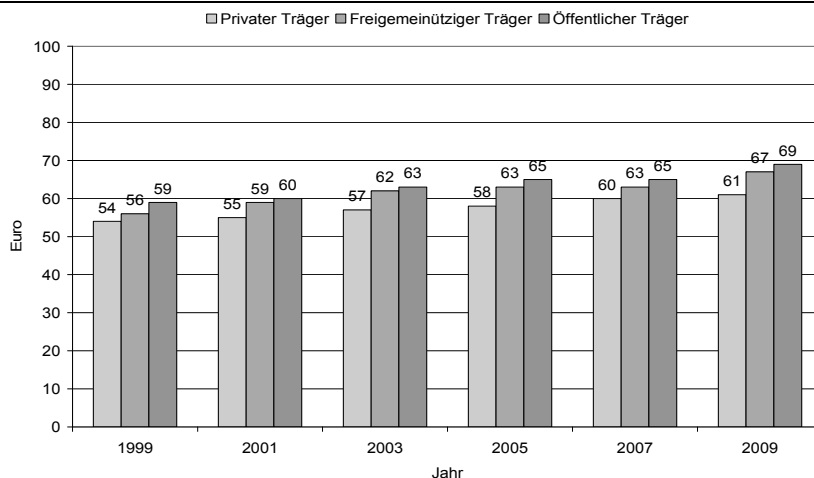
²⁸ Zu berücksichtigen sind hier noch weitere Kosten (vgl. Fußnote 27).

an: Während sich das durchschnittliche Heimentgelt in Pflegestufe I von 1999 bis 2009 um 9 Euro erhöht hat, stieg es in Pflegestufe II und III jeweils um 11 Euro. Insgesamt ergibt sich daraus eine Preissteigerung von 16 % (in Stufe I und II) bzw. 13 % (in Stufe III) in 10 Jahren. Dementsprechend fallen auch die Heimentgelte (für Pflege sowie für Unterkunft und Verpflegung) im Jahr 2009 aus: für Pflegestufe I 1.976 Euro, für Pflegestufe II 2.402 Euro und für Pflegestufe III 2.858 Euro.

Untersuchungen zur Erklärung der Entwicklung der Heimentgelte im Zeitverlauf, wie sie in der Abbildung dargestellt sind, liegen bislang *nicht* vor,²⁹ wohl aber solche zu regional unterschiedlichen Heimentgelten im Querschnittsvergleich. Da hieraus aber mögliche Erklärungsansätze gewonnen werden können, wird exemplarisch auf eine diesbezügliche Studie eingegangen (Augurzky et al. 2008). 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. 2008: 11).

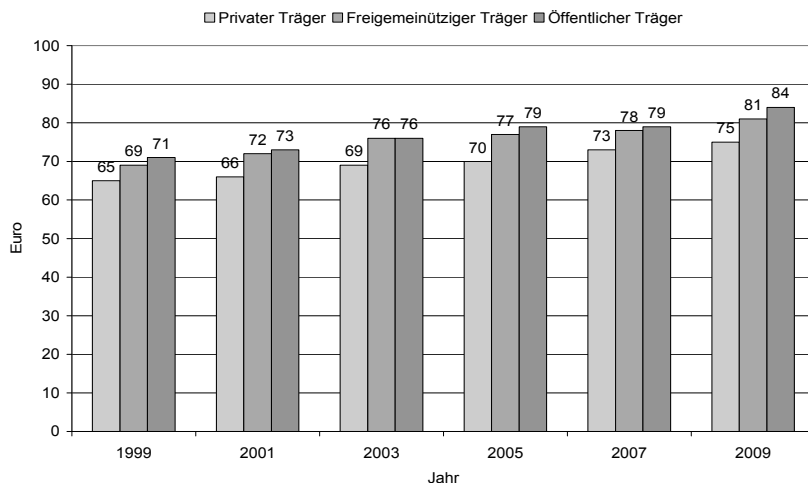
²⁹ Für den Zeitraum zwischen 1995 und 1998 kann die Untersuchung von Roth und Rothgang (1999) angeführt werden. Anhand von Daten aller rheinländischen Pflegeheime konnten sie zeigen, dass die mit der Einführung der 2. Stufe der Pflegeversicherung zum 1.7.1996 eingeführte Neuregelung der Vergütung von Pflegeeinrichtungen zu einer Homogenisierung der Pflegesätze geführt hat, die durch eine „Angleichung nach oben“ erzielt wurde.

Abbildung 23: Entwicklung der durchschnittlichen Heimentgelte der Pflegeklasse I nach Träger (vollstationäre Dauerpflege)



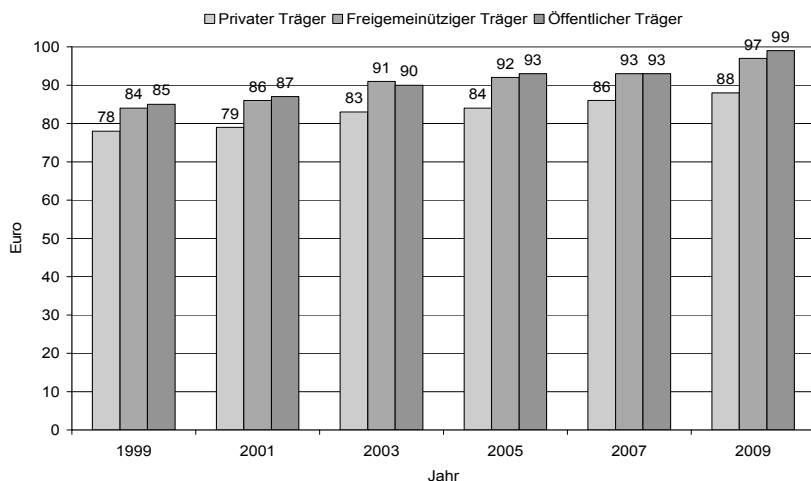
Quelle: Statistische Bundesamt, Pflegestatistik 1999, 2001, 2003, 2005, 2007, 2009

Abbildung 24: Entwicklung der durchschnittlichen Heimentgelte der Pflegeklasse II nach Träger (vollstationäre Dauerpflege)



Quelle: Statistische Bundesamt, Pflegestatistik 1999, 2001, 2003, 2005, 2007, 2009

Abbildung 25: Entwicklung der durchschnittlichen Heimentgelte der Pflegeklasse III nach Träger (vollstationäre Dauerpflege)

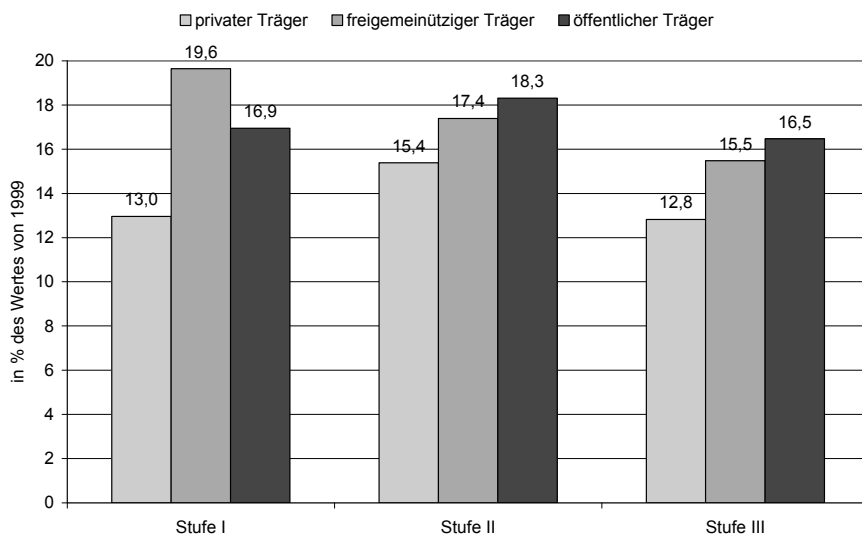


Quelle: Statistische Bundesamt, Pflegestatistik 1999, 2001, 2003, 2005, 2007, 2009

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 jüngerer 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. 2008: 67).

Im Folgenden wird daher die Entwicklung der Heimentgelte nach Trägerschaft betrachtet. Wie Abbildung 23 bis Abbildung 25 demonstrieren, liegen insbesondere die Heimentgelte bei den Einrichtungen in privater Trägerschaft in allen Pflegestufen und zu allen Zeitpunkten erkennbar unter den Heimentgelten der Einrichtungen in freigemeinnütziger Trägerschaft und diese wiederum unter den Heimentgelten der Einrichtungen der öffentlichen Träger, wobei sich die Heimentgelte der Einrichtungen in freigemeinnütziger und öffentlichen Trägerschaft insbesondere in

Abbildung 26: Steigerung der Heimentgelte von 1999–2009



Quelle: Abbildung 23, Abbildung 24 und Abbildung 25.

den höheren Pflegeklassen nur wenig unterscheiden. Dieser Unterschied zwischen privaten und anderen Trägern ist im Zeitverlauf sogar noch größer geworden. Wie Abbildung 26 zeigt, sind die schon niedrigeren Heimentgelte der privaten Träger im Zeitverlauf deutlich weniger gestiegen als die Entgelte der anderen Träger, so dass sich der Abstand absolut sogar noch vergrößert hat. Ob dieser Unterschied mit Qualitäts- oder Effizienzunterschieden einhergeht, kann allein aufgrund der Entgeltdata natürlich nicht beurteilt werden.

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.

Tabelle 15: Entwicklung der Anzahl der ambulanten Pflegedienste nach Angebot und Träger

	1999	2001	2003	2005	2007	2009
<i>Pflegedienste (alle Träger)</i>						
Insgesamt	10.820	10.594	10.619	10.977	11.529	12.026
mit anderen Sozialleistungen gemischt:						
häusl. Krankenpfl. o. Hilfe n. SGB V	10.389	10.247	10.284	10.650	11.204	11.694
Hilfe zur Pflege nach SGB XII	6.979	7.281	7.487	5.841	6.946	7.311
sonstige ambulante Hilfeleistungen	5.350	5.272	5.219	4.726	5.140	5.396
eigenst. Dienst e. Wohnrichtung ¹⁾	687	824	984	1.020	1.075	1.090
eigenst. Dienst e. sonst. Einrichtung ²⁾	167	188	202	216	229	225
eigenst. Dienste an einem Pflegeheim	³⁾	590	624	633	690	711
<i>Pflegedienste (private Träger)</i>						
Insgesamt	5.504	5.493	5.849	6.327	6.903	7.398
mit anderen Sozialleistungen gemischt:						
häusl. Krankenpfl. o. Hilfe n. SGB V	5.264	5.293	5.638	6.122	6.689	7.156
Hilfe zur Pflege nach SGB XII	3.267	3.554	3.948	3.338	4.065	4.357
sonstige ambulante Hilfeleistungen	1.744	1.854	2.064	1.988	2.279	2.489
eigenst. Dienst e. Wohnrichtung ¹⁾	244	299	388	419	489	516
eigenst. Dienst e. sonst. Einrichtung ²⁾	24	26	38	40	46	50
eigenst. Dienste an einem Pflegeheim	³⁾	211	236	266	273	303
<i>Pflegedienste (freigemeinnützige Träger)</i>						
Insgesamt	5.103	4.897	4.587	4.457	4.435	4.433
mit anderen Sozialleistungen gemischt:						
häusl. Krankenpfl. o. Hilfe n. SGB V	4.918	4.758	4.472	4.337	4.327	4.347
Hilfe zur Pflege nach SGB XII	3.608	3.616	3.433	2.429	2.786	2.848
sonstige ambulante Hilfeleistungen	3.517	3.337	3.080	2.670	2.779	2.821
eigenst. Dienst e. Wohnrichtung ¹⁾	426	496	571	574	552	544
eigenst. Dienst e. sonst. Einrichtung ²⁾	117	140	136	147	149	145
eigenst. Dienste an einem Pflegeheim	³⁾	356	365	343	384	382
<i>Pflegedienste (öffentliche Träger)</i>						
Insgesamt	213	204	183	193	191	195
mit anderen Sozialleistungen gemischt:						
häusl. Krankenpfl. o. Hilfe n. SGB V	207	196	174	191	188	191
Hilfe zur Pflege nach SGB XII	104	111	106	74	95	105
sonstige ambulante Hilfeleistungen	89	81	75	68	82	86
eigenst. Dienst e. Wohnrichtung ¹⁾	17	29	25	27	34	29
eigenst. Dienst e. sonst. Einrichtung ²⁾	26	22	28	29	34	30
eigenst. Dienste an einem Pflegeheim	³⁾	23	23	24	33	26

1) Z. B. Altenheim, Altenwohnheim, betreutes Wohnen. 2) Z. B. Krankenhaus. 3) nicht verfügbar

Quelle: Pflegestatistik 1999, 2001, 2003, 2005, 2007, 2009

Wie Tabelle 15 zeigt, ist im Unterschied zu den stationären Pflegeeinrichtungen bei den ambulanten Pflegediensten nur ein moderater absoluter Anstieg von 10.820 im Jahr 1999 auf 12.026 im Jahr 2009 und damit um 11 % zu verzeichnen (der Anstieg der stationären Pflegeeinrichtungen beläuft sich im gleichen Zeitraum auf 31 %). Auffallend ist dabei, dass das Verhältnis von privaten Trägern und freige-meinnützigen Trägern 1999 mit 5.504 zu 5.103 noch annähernd ausgeglichen war. Seitdem ist die Zahl der Pflegedienste in privater Trägerschaft bis zum Jahr 2009 um 34 % auf 7.398 angestiegen, während die Zahl der Pflegedienste der freige-meinnützigen Träger um 13 % auf zuletzt 4.433 kontinuierlich abgenommen hat. Die Pflegedienste der öffentlichen Träger sind dagegen bei leicht abnehmender Tendenz nur schwach vertreten (ca. 200).

Der schwache Anstieg der Zahl der Pflegedienste überdeckt aber den tatsächlichen Ausbau der Kapazitäten, der aber mit einem Konzentrationsprozess auf dem Markt einhergeht: Die Dienste werden größer, so dass Kapazitäten, d.h. die Zahl der durch ambulante Dienste versorgten Pflegebedürftigen, deutlich stärker steigen als die Zahl der Dienste. Approximativ kann dies an der Entwicklung der Beschäftigten abgelesen werden. Während die Zahl der Vollzeitbeschäftigten nur in geringem Umfang gestiegen ist, ist die Zahl der Teilzeitbeschäftigten stark angestiegen. Werden beide Personalkategorien auf Vollzeitäquivalente umgerechnet, zeigt sich eine Steigerung von 47,9 % im ambulanten Bereich, die darauf hinweist, dass der Kapazitätsausbau im ambulanten Bereich nicht hinter den im stationären zurückgefallen ist, sondern diesen deutlich übertrifft (Tabelle 16).

Ein Kennzeichen der ambulanten Pflegedienste ist, dass nahezu alle Dienste (97 %) neben den Leistungen nach SGB XI auch häusliche Krankenpflege und fast $\frac{2}{3}$ aller Dienste auch Hilfe zur Pflege nach SGB XII anbieten. Organisatorisch sind dabei 2009 9 % der Pflegedienste an Wohneinrichtungen (Z. B. Altenheime, Altenwohnheim oder betreutes Wohnen) und 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 30–100 % zugenommen hat.

Die Entwicklung des Pflegedienstpersonals (siehe Tabelle 17), zeigt einen Anstieg von 183.782 im Jahr 1999 um 46 % auf 268.891 im Jahr 2009 und damit auch eine Personalzunahme in den einzelnen Pflegediensten. Entsprechend der Entwicklung

Tabelle 16: Entwicklung der Kapazitäten im ambulanten und stationären Bereich

	Ambulant			Stationär	
	Anzahl Pflegedienste	Anzahl Beschäftigter	Vollzeit- äquivalente	Anzahl Pflegeheime	Anzahl Betten
1999	10.820	183.782	108.799	8.859	645.456
2001	10.594	189.567	113.951	9.165	647.292
2003	10.619	200.897	119.793	9.743	713.195
2005	10.977	214.307	125.811	10.424	757.186
2007	11.529	236.162	140.504	11.029	799.059
2009	12.026	268.891	160.921	11.634	845.007
<i>Veränderung in Prozent</i>					
1999–2001	97,9	103,1	104,7	103,5	100,3
2001–2003	100,2	106,0	105,1	106,3	110,2
2003–2005	103,4	106,7	105,0	107,0	106,2
2005–2007	105,0	110,2	111,7	105,8	105,5
2007–2009	104,3	113,9	114,5	105,5	105,8
1999–2009	111,1	146,3	147,9	131,3	130,9

Quelle: Tabelle 13, Tabelle 14, Tabelle 15, Tabelle 17

in den stationären Einrichtungen bleibt aber auch hier die Zahl der Vollzeitbeschäftigten von 1999 bis 2005 nahezu konstant und steigt erst seit 2007 etwas an, während die Zahl der Teilzeit- und geringfügig Beschäftigten über den gesamten Zeitraum deutlich zunimmt. Die Zahl der Praktikanten, Schüler und Auszubildenden ist innerhalb des Zeitraums von 1.816 auf 4.492 gewachsen, während die Zahl der Zivildienstleistenden drastisch von 7.421 auf 2.062 abgenommen hat. Die Anzahl der Helfer im freiwilligen sozialen Jahr schwankt im Zeitraum von 1999 bis 2009 zwischen 471–703.

Für 65 % der Beschäftigten im Jahr 1999 und 69,8 % der Beschäftigten im Jahr 2009 war der überwiegende Tätigkeitsbereich die Grundpflege. Der Anteil der Beschäftigten, die in hauswirtschaftlicher Versorgung tätig sind, zeigte einen Rückgang von 19 % auf 13,6 %. Der Anteil der Beschäftigten in der Pflegedienstleitung (6 %), in der Verwaltung und Geschäftsführung (5 %) sowie in sonstigen Bereichen (5 %) blieb nahezu konstant.

Tabelle 17: Pflegedienstpersonal nach Beschäftigungsverhältnis und Tätigkeitsbereich

	1999	2001	2003	2005	2007	2009
	Anzahl					
Personal insgesamt	183.782	189.567	200.897	214.307	236.162	268.891
Beschäftigungsverhältnis						
Vollzeit	56.914	57.524	57.510	56.354	62.405	71.964
Teilzeit über 50 %	49.149	55.008	60.762	68.141	77.762	89.052
Teilzeit ≤ 50 %, nicht geringf.	28.794	30.824	32.797	35.040	36.683	40.279
geringfügig beschäftigt	39.126	37.326	42.565	47.957	53.034	60.496
Praktikant, Schüler, Auszub.	1.816	1.809	2.460	3.530	3.462	4.492
Helfer im freiw. soz. Jahr	562	471	642	703	599	545
Zivildienstleistender	7.421	6.605	4.161	2.582	2.217	2062
Überw. Tätigkeitsbereich						
Pflegedienstleitung	11.528	12.122	12.786	13.753	14.859	15.695
Grundpflege	119.388	124.602	135.540	147.973	163.580	187.710
hauswirtschaftliche Vers.	34.902	33.738	32.449	29.853	33.140	36.602
Verw., Geschäftsführung	9.121	9.695	10.447	11.666	12.349	13.161
sonstiger Bereich	8.843	9.410	9.675	11.062	12.234	15.723
	in Prozent					
Personal insgesamt	100	100	100	100	100	100
Beschäftigungsverhältnis						
Vollzeit	30,9	30,3	28,6	26,3	26,4	26,8
Teilzeit über 50 %	26,7	29	30,2	31,8	32,9	33,1
Teilzeit ≤ 50 %, nicht geringf.	15,7	16,3	16,3	16,4	15,5	15,0
geringfügig beschäftigt	21,3	19,7	21,2	22,4	22,5	22,5
Praktikant, Schüler, Auszub.	1	1	1,2	1,6	1,5	1,7
Helfer im freiw. soz. Jahr	0,3	0,2	0,3	0,3	0,3	0,2
Zivildienstleistender	4	3,5	2,1	1,2	0,9	0,8
Überw. Tätigkeitsbereich						
Pflegedienstleitung	6,3	6,4	6,4	6,4	6,3	5,8
Grundpflege	65	65,7	67,5	69	69,3	69,8
hauswirtschaftliche Vers.	19	17,8	16,2	13,9	14	13,6
Verw., Geschäftsführung	5	5,1	5,2	5,4	5,2	4,9
sonstiger Bereich	4,8	5	4,8	5,2	5,2	5,8
Quelle: Pflegestatistik 1999, 2001, 2003, 2005, 2007, 2009						

4.10 Finanzierung der Pflegebedürftigkeit

Die Kosten, die durch eine Pflegebedürftigkeit entstehen, werden zum Teil durch die Pflegeversicherung abgedeckt, darüber hinaus tragen aber auch andere Träger zur Finanzierung von Pflegebedürftigkeit bei, Z. B. die Kriegsoferversorgung.

Trotzdem können weitere Deckungslücken entstehen – insbesondere im Bereich der stationären Pflege: So kann es zu Finanzierungsproblemen kommen, wenn der Pflegebedürftige bzw. seine unterhaltspflichtigen 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. Der folgende Abschnitt 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 4.10.1 und Abschnitt 4.10.2), der Sozialhilfe (Abschnitt 4.10.3) und der Kriegsoferversorgung (Abschnitt 4.10.4) dargestellt. Das Kapitel endet mit einem Überblick über die Gesamtausgaben zur Finanzierung von Langzeitpflege (Abschnitt 4.10.5).

4.10.1 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 18 zu sehen ist, stiegen die Einnahmen von 1995 bis 1997 von zunächst 8,41 Mrd. auf 15,94 Mrd. Euro an. Dieser sprunghafte 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 (BGB I: 3448) um den Zusatzbeitrag für Kinderlose in Höhe von 0,25 Beitragssatzpunkten. Im Rahmen des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes wurde der Beitragssatz zum 1. Juli 2008 um 0,25 Prozentpunkte von 1,70 % auf 1,95 % erhöht. Für Kinderlose stieg der Beitragssatz ebenfalls um 0,25 Prozentpunkte und liegt seitdem bei 2,20 %. Insgesamt sind die jährlichen Einnahmen von 1997 bis 2010 um 5,84 Mrd. Euro auf 21,78 Mrd. Euro gestiegen und waren dabei in den Jahren

2003 und 2007 sogar rückläufig. Von 1997 bis 2010 sind damit die Einnahmen um durchschnittlich 2,44 % 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 % (Rothgang & Dräther 2009).

Bei den *Ausgaben* handelt es sich überwiegend um Leistungsausgaben – der Anteil der Verwaltungskosten lag 2010 bei lediglich 3,3 % 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 entfallen etwa 45 % auf die Leistungen bei vollstationärer Pflege. Die Ausgaben für Pflegegeld betrugen 22 % und für Pflegesachleistungen im ambulanten Bereich 14 % der Gesamtausgaben. Von 1997 bis 2010 lagen die durchschnittlichen jährlichen Ausgabensteigerungen bei 2,7 % (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 in den Jahren 2008, 2009 und 2010 sogar um 4,3 %, 6,2 %, bzw. 5,5 %. Diese jüngsten Erhöhungen in den Jahren 2008 bis 2010 sind allerdings vor allem auf die Anhebung der Leistungssätze zum 1. Juli 2008 zurückzuführen, die vor allem den ambulanten Bereich betreffen. So stiegen die Geldleistungen und die Pflegesachleistungen in 2008 um jeweils 5,2 % auf 4,24 Mrd. Euro bzw. 2,6 Mrd. Euro, während die Leistungen für die vollstationäre Pflege nur um 2,5 % auf 9,05 Mrd. Euro anstiegen. 2009 (2010) sind die Geldleistungen nochmals um 5,4 % (4,5 %) auf 4,47 (4,67) Mrd. Euro bzw. um 5,7 % (5,8 %) auf 2,75 (2,91) Mrd. Euro angestiegen, während sich die Leistungen für die vollstationäre Pflege nur um 2,7 % (2,9 %) auf 9,29 (9,56) Mrd. Euro erhöht haben. 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 % im Jahr 2008, 315 % im Jahr 2009 und 147 % im Jahr 2010 – stellen die zusätzlichen (meist demenzbedingten) Betreuungsleistungen nach § 45b SGB XI dar, 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 und gleichzeitig die Leistungsbeträge deutlich erhöht wurden. Nunmehr werden Versicherten mit erheblich eingeschränkter 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 gehören und damit einen Anspruch auf zusätzliche Betreuungsleistungen haben (MDS 2009: 11). Ebenfalls geringe Anteile an allen Ausgaben, jedoch mit hohen Zuwachsraten, entfallen auf die stationären Vergütungszuschläge gemäß § 87b SGB XI und die Kosten für Pflegeberatung. Die Ausgaben für die Vergütungszuschläge sind von 0,21 Mrd. Euro im Jahr 2009 auf 0,45 Mrd. Euro im Jahr 2010 gestiegen, für Pflegeberatung von 0,03 Mrd. Euro im Jahr 2009 auf 0,07 Mrd. Euro im Jahr 2010.

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. 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 Defi-

zit in dreistelliger Millionenhöhe abgeschlossen. Im Jahr 2007 wurde wieder ein Defizit in etwa der Höhe des Defizits von 2005 erreicht und in den Jahren 2008, 2009 und 2010 führte vor allem die Anhebung der Beitragssätze zum 1.7.2008, durch die die Einnahmen um 9,7%, 7,8% anstiegen, zu einem erneuten Überschuss. Der Einnahmezuwachs um 2,2% im Jahr 2010 ist dann vor allem der Finanzkrise geschuldet, die 2009 zu verringerten Einnahmen geführt hat, die 2010 dann wieder ausgeglichen werden.

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 4.2) – wodurch es aber zu entsprechenden Ausgabeneffekten gekommen ist, die durch den *Trend zur – für die Pflegeversicherung ausgabenintensiveren – professionellen Pflege* 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 Mindereinnahmen 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

Tabelle 18: Finanzentwicklung der gesetzlichen Pflegeversicherung (in Mrd. €)

	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
Einnahmen								
Beitragseinnahmen	8,31	11,90	15,77	15,80	16,13	16,31	16,56	16,76
Sonstige Einnahmen	0,09	0,14	0,17	0,20	0,19	0,23	0,25	0,22
Einnahme insgesamt	8,41	12,04	15,94	16,00	16,32	16,54	16,81	16,98
Ausgaben								
Leistungsausgaben	4,42	10,25	14,34	15,07	15,55	15,86	16,03	16,47
Davon								
Geldleistung	3,04	4,44	4,32	4,28	4,24	4,18	4,11	4,18
Pflegesachleistung	0,69	1,54	1,77	1,99	2,13	2,23	2,29	2,37
Pflegeurlaub	0,13	0,13	0,05	0,06	0,07	0,10	0,11	0,13
Tages-/Nachtpflege	0,01	0,03	0,04	0,05	0,05	0,06	0,07	0,08
Zusätzl. Betreuungsl.	–	–	–	–	–	–		0,00
Kurzzeitpflege	0,05	0,09	0,10	0,11	0,12	0,14	0,15	0,16
Soziale Sicherung der Pflegeperson	0,31	0,93	1,19	1,16	1,13	1,07	0,98	0,96
Pflegemittel/techn. Hilf.	0,20	0,39	0,33	0,37	0,42	0,40	0,35	0,38
Vollstationäre Pflege	0,00	2,69	6,41	6,84	7,18	7,48	7,75	8,00
Vollstationäre Pflege in Behindertenheimen	0,00	0,01	0,13	0,22	0,20	0,21	0,21	0,21
Stat. Verg.-Zuschläge	–	–	–	–	–	–	–	–
Pflegeberatung	–	–	–	–	–	–	–	–
Verwaltungskosten	0,32	0,36	0,55	0,56	0,55	0,56	0,57	0,58
Kostenanteil für MDK	0,23	0,24	0,23	0,24	0,24	0,24	0,25	0,26
Sonstige Kosten	0,00	0,01	0,01	0,02	0,01	0,02	0,02	0,01
Ausgaben insgesamt	4,97	10,86	15,14	15,88	16,35	16,67	16,87	17,36
Liquidität								
Überschuss	3,44	1,18	0,80	0,13	-0,03	-0,13	-0,06	-0,38
Investitionsdarlehen an den Bund	-0,56	–	–	–	–	–	–	0,56
Mittelbestand	2,87	4,05	4,86	4,99	4,95	4,82	4,76	4,93
In Monatsausgaben lt. Haushaltsplan	3,93	2,96	3,77	3,70	3,61	3,37	3,27	3,34
Quelle: BMG (2011c)								

Tabelle 18: Finanzentwicklung der ges. Pflegeversicherung (in Mrd. €) (Forts.)

	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Einnahmen								
Beitrageinnahmen	16,61	16,64	17,38	18,36	17,86	19,61	21,19	21,64
Sonstige Einnahmen	0,25	0,23	0,12	0,13	0,16	0,16	0,12	0,14
Einnahmen insgesamt	16,86	16,87	17,49	18,49	18,02	19,77	21,31	21,78
Ausgaben								
Leistungsausgaben	16,64	16,77	16,98	17,14	17,45	18,20	19,33	20,43
Davon								
Geldleistung	4,11	4,08	4,05	4,02	4,03	4,24	4,47	4,67
Pflegesachleistung	2,38	2,37	2,40	2,42	2,47	2,60	2,75	2,91
Pflegeurlaub	0,16	0,17	0,19	0,21	0,24	0,29	0,34	0,40
Tages-/Nachtpflege	0,08	0,08	0,08	0,09	0,09	0,11	0,15	0,18
Zusätzliche Betreuungsl.	0,01	0,02	0,02	0,03	0,03	0,06	0,19	0,28
Kurzzeitpflege	0,16	0,20	0,21	0,23	0,24	0,27	0,31	0,34
Soziale Sicherung der Pflegeperson	0,95	0,93	0,90	0,86	0,86	0,87	0,88	0,88
Pflegemittel/ techn. Hilf.	0,36	0,34	0,38	0,38	0,41	0,46	0,44	0,44
Vollstationäre Pflege	8,20	8,35	8,52	8,67	8,83	9,05	9,29	9,56
Vollstationäre Pflege in Behindertenheimen	0,23	0,23	0,23	0,24	0,24	0,24	0,25	0,26
Stat. Verg.-Zuschläge	–	–	–	–	–	0,00	0,21	0,45
Pflegeberatung	–	–	–	–	–	0,01	0,03	0,07
Verwaltungskosten	0,59	0,58	0,59	0,62	0,62	0,65	0,68	0,71
Kostenanteil für MDK	0,26	0,27	0,28	0,27	0,27	0,28	0,31	0,30
Sonstige Kosten	0,06	0,07	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Ausgaben insgesamt	17,56	17,69	17,86	18,03	18,34	19,14	20,33	21,45
Liquidität								
Überschuss	-0,69	-0,82	-0,36	0,45	-0,32	0,63	0,99	0,34
Investitionsdarlehen an den Bund	–	–	–	–	–	–	–	–
Mittelbestand	4,24	3,42	3,05	3,50	3,18	3,81	4,80	5,13
In Monatsausgaben lt. Haushaltsplan	2,82	2,27	2,01	2,29	2,06	2,33	2,78	2,87
Quelle: BMG (2011c)								

4.10.2 Die Finanzierung von Pflegebedürftigkeit durch die private Pflegeversicherung

Die private Pflegeversicherung umfasst im Jahr 2009 einen Versichertenbestand von 9,53 Mio. Menschen gegenüber 70,1 Mio. Menschen in der sozialen Pflegeversicherung und damit 14 % 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.

Wie in Tabelle 19 zu sehen ist, erreichten die jährlichen Einnahmen der privaten Pflegepflichtversicherung nach einem Anstieg in den ersten Jahren nach Einführung der Pflegeversicherung im Jahr 1997 und 1998 mit 2,16 Mrd. Euro ihren Höhepunkt, gingen anschließend bis 2003 zurück und lagen bis 2007 nahezu konstant bei 1,88 Mrd. Euro. Diese Entwicklung ist insbesondere durch Prämienreduktionen in der Privatversicherung verursacht. Im Jahr 2008 kam es zu einem Anstieg auf 1,97 Mrd. Euro und im Jahr 2009 auf 2,07 Mrd. Euro. Demgegenüber sind die Versicherungsleistungen anfänglich stark gestiegen auf 450 Mio. Euro in den Jahren 1997 und 1998 und haben sich bis 2007 kontinuierlich erhöht. 2008 und 2009 erfolgten ebenfalls sprunghafte Anstiege der Versicherungsleistungen auf 618 bzw. 668 Mio. Euro. Aus den Beitragseinnahmen und Ausgaben resultiert ein Überschuss, der sich von 1997 bis 2007 von 1,7 Mrd. Euro auf 1,3 Mrd. Euro pro Jahr verringert hat, 2008 und 2009 aber wieder um jeweils 50 Mio. Euro gestiegen ist. Seit Beginn der Pflegeversicherung wurden insgesamt 20,401 Mrd. Euro an Altersrückstellungen angesammelt.

Kritisch zu sehen ist allerdings, dass die private (PPV) und die soziale Pflegeversicherung (SPV) höchst ungleich verteilte Pflegerisiken aufweisen (Rothgang 2010). 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 hinzuaddiert werden, ergibt sich ein Betrag von 121 Euro/Jahr, der zudem noch überschätzt sein dürfte (vgl. Dräther et al. 2009). Ein Finanzausgleich zwischen privater und ge-

Tabelle 19: Finanzentwicklung der privaten Pflegeversicherung (in Mio.€)

Jahr	Beitrags- einnahmen	Versicherungs- leistungen	Überschuss	Alters- rückstellungen
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
2008	1.970,2	617,7	1.352,5	19.188,2
2009	2.074,2	667,7	1.406,5	20.401,2

Quelle: Verband der privaten Krankenversicherung e. V. (2007), Verband der privaten Krankenversicherung e. V. (2008), Verband der privaten Krankenversicherung e. V. (2009), Verband der privaten Krankenversicherung e. V. (2010).

setzlicher Pflegeversicherung würde daher zu einer Entlastung der sozialen Pflegeversicherung in Höhe von bis zu 2 Mrd. Euro führen (Arnold & Rothgang 2010).

4.10.3 Die Finanzierung von Pflegebedürftigkeit durch die Sozialhilfe

Insoweit die Leistungen der Pflegeversicherung nicht ausreichen, um den Pflegebedarf abzudecken, sind von den Pflegebedürftigen eigene Finanzierungsleistungen zu erbringen. Verfügt der Pflegebedürftige (bzw. die unterhaltspflichtige(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 gegebenenfalls auch Leistungen für Personen ohne Pflegestufe 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, ebenso kann

Tabelle 20: 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
2008	284.899	67.544	218.406
2009	299.321	76.801	223.600
Quelle: Statistisches Bundesamt (2011c)			

auch ein geringerer Pflegebedarf, also ein Bedarf der so genannten „Pflegestufe 0“ ausreichen, um Hilfe zur Pflege zu erhalten.

Tabelle 20 gibt zunächst einen Überblick über die Entwicklung der Zahl der Empfänger von „Hilfe zur Pflege“. Diese hat sich seit Einführung der Pflegeversicherung innerhalb weniger Jahre halbiert: von 453 Tsd im Jahr 1994 (ein Jahr vor Einführung der Pflegeversicherung) auf 222 Tsd im Jahr 1998.³⁰ In den Folgejahren stieg die Empfängerzahl wieder und liegt zuletzt im Jahr 2009 bei 299 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 189 Tsd im Jahr 1994 auf 57 Tsd im Jahr 1999 zu verzeichnen ist. Anschließend ist die Entwicklung vor allem durch Schwankungen zwischen 55 Tsd und 60 Tsd gekennzeichnet, wobei seit 2007 die Empfängerzahlen wieder anstei-

³⁰ Vgl. Roth & Rothgang 2001 für eine vertiefende Analyse.

Tabelle 21: 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
2008	2.751.300	666.684	2.084.615
2009	2.878.313	714.033	2.164.280
Quelle: Statistisches Bundesamt (2011c)			

gen. Insgesamt ist die Hilfe zur Pflege im ambulanten Bereich jedoch nur gering verbreitet. So stehen den 77 Tsd. Empfängern von Hilfe zur Pflege außerhalb von Einrichtungen im Jahr 2009 1,62 Mio. Leistungsempfänger der Pflegeversicherung im ambulanten Bereich gegenüber. Damit kommen auf einen Empfänger von Hilfe zur Pflege außerhalb von Einrichtungen mehr als 20 Empfänger von Pflegeversicherungsleistungen bei häuslicher Pflege.

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 tragen. Hier war die Entwicklung seit 1996 durch einen Rückgang auf 160 Tsd. im Jahr 1998 gekennzeichnet (vgl. Roth & Rothgang 2001 für Details). Anschließend kam es wieder zu einem Anstieg bis auf 203 Tsd. im Jahr 2000, einem Rückgang auf 186. Tsd. im Jahr 2002 und seitdem zu einem kontinuierlichen Anstieg bis auf 214 Tsd. im Jahr 2006. 2007 ging die Zahl der Empfänger von Hilfe zur Pflege erneut auf 204 Tsd. zurück und stieg in den Jahren 2008 und 2009 auf zuletzt 224 Tsd. wieder an.

Welche finanziellen Auswirkungen die Entwicklung der Zahl der Empfänger von Hilfe zur Pflege auf die Sozialhilfeausgaben hat, ist in Tabelle 21 wiedergegeben. Demnach 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 75 % zurückgegangen. Anschließend sind sie dann bis 2009 wieder auf 2,9 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 gegeben. In den Folgejahren schwankten die Ausgaben überwiegend zwischen 1,9 und 2,0 Mrd. bei zuletzt steigender Tendenz. 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 aber, dass seit 1997 ein Ausgabenanstieg auf zuletzt 714 Mio. Euro im Jahr 2009 eingesetzt hat, obwohl die Empfängerzahlen im gleichen Zeitraum im ambulanten Bereich teilweise rückläufig waren (vgl. Tabelle 20).

4.10.4 Die Finanzierung von Pflegebedürftigkeit durch die Kriegsopferversorge

Eine weitere Finanzierungsquelle der Pflegeleistungen ist die Kriegsopferversorge (KOF). Die Kriegsopferversorge ist ein Teil des sozialen Entschädigungsrechts und ist in §§ 25 bis 27j Bundesversorgungsgesetz (BVG) geregelt. Die Kriegsopferversorge 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 Kriegsopferversorge (KOF) 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

Tabelle 22: Leistungsempfänger und Bruttoausgaben der Kriegsofferfürsorge

Jahr	Leistungsempfänger der Kriegsofferfürsorge		Bruttoausgaben in Mio. Euro	
	Insgesamt	Hilfe zur Pflege	Insgesamt	Hilfe zur Pflege
1995	149.281	58.347	1.354	1.014
1996	132.587	47.619	1.195	871
1997	117.403	37.238	765	459
1998	106.617	32.333	689	400
1999	98.876	29.823	649	370
2000 ¹⁾	97.488	28.822	630	370
2002	84.911	28.333	591	342
2004	76.055	24.704	588	349
2006	59.849	20.532	531	295
2008	44.383	17.768	472	280

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

Quelle: Statistisches Bundesamt (2011d)

Bedarf aus den Versorgungsleistungen und ihrem sonstigen Einkommen und Vermögen zu decken.

In Tabelle 22 sind die Zahl der Leistungsempfänger und die Bruttoausgaben insgesamt ausgewiesen sowie die Ausgaben für die Leistungsempfänger, die Hilfe zur Pflege als Teil der Kriegsofferfürsorge erhalten. Seit Einführung der Pflegeversicherung hat sich die Zahl der Leistungsempfänger von 149 Tsd. im Jahr 1995 auf 44 Tsd. im Jahr 2008 reduziert. Die Zahl der Empfänger von Hilfen zur Pflege hat dabei von 58 Tsd. (39 % aller Leistungsempfänger) auf 18 Tsd. (40 % aller Leistungsempfänger) abgenommen, ihr Anteil an allen Empfänger von Leistungen der Kriegsofferfürsorge ist im Wesentlichen gleich geblieben. 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 75 % betrug, reduzierte er sich auf 59 % im Jahr 2008. Insgesamt zeigt sich aber, dass die Kriegsofferfürsorge, die bei Einführung der Pflegeversicherung noch einen beachtlichen Anteil der Pflegekosten getragen hat, inzwischen deutlich an Bedeutung verliert. Das ist im Wesentlichen darauf zurückzuführen, dass die Kriegsgeneration, deren Mitglieder aufgrund von im 2. Weltkrieg erlittenen Schäden Ansprüche gegen die Kriegsofferfürsorge hatten, zunehmend verstirbt.

4.10.5 Die Finanzierung von Pflegebedürftigkeit im Überblick

Der folgende Abschnitt gibt abschließend einen Überblick über die zuvor genannten Ausgaben für Pflegebedürftigkeit im Jahr 2009. Es handelt sich hierbei nur um die Ausgaben für Pflegebedürftigkeit und nicht um die Ausgaben für die Pflegebedürftigen. Ausgaben die etwa in der Krankenversicherung für Pflegebedürftige anfallen, werden hier nicht berücksichtigt. Differenziert wird zwischen öffentlichen und privaten Ausgaben. Die private Pflegepflichtversicherung wird für den Zweck dieser Übersicht dem öffentlichen Sektor zugerechnet, da auch sie per Gesetz gegründet wurde.

Die öffentlichen Ausgaben können dabei den Berichterstattungen aus den jeweiligen Organisationen (Pflegeversicherung, Sozialhilfe, Kriegsopferversorgung) entnommen werden,³¹ 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 privaten Ausgaben für die häusliche Pflege wurden die Leistungsempfänger mit den durchschnittlichen selbst getragenen Kosten pro Kopf multipliziert.³²

Wie in Tabelle 23 zu sehen ist, werden etwa $\frac{1}{3}$ der Ausgaben privat finanziert. Hiervon entfallen etwa ein Fünftel (= 6,7 % der Gesamtkosten) auf den häuslichen und vier Fünftel (= 26,9 % der Gesamtkosten) auf den stationären Bereich. Bei den öffentlichen Ausgaben wird mit 85 % der bei weitem größte Teil von der Sozialen Pflegeversicherung abgedeckt, während auf die Sozialhilfe 11,5 % entfallen. Dem-

³¹ 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.

³² Die Höhe der selbst getragenen Kosten wurde der Infratest-Repräsentativerhebung 1998 entnommen (Schneekloth & Müller 2000: 79).

Tabelle 23: Ausgaben für Pflegebedürftigkeit nach Finanzierungsquelle in 2009

Ausgabenquelle	in Mrd€	als % der öffentl./ priv. Ausgaben	als % aller Ausgaben
Öffentliche Ausgaben		100	
Soziale Pflegeversicherung	20,33	84,8	56,3
Private Pflegeversicherung	0,62	2,6	1,7
Sozialhilfe	2,75	11,5	7,6
Kriegsopferfürsorge ¹⁾	0,28	1,2	0,8
Private Ausgaben*		100	
Pflegeheim ²⁾	9,70	80,2	26,9
häusliche Pflege	2,40	19,8	6,7
Insgesamt			100
*Schätzungen			
1) Wert aus dem Jahr 2008.			
2 Die verwendeten Heimentgelte stammen aus dem Jahr 2007.			
Quelle: BMG (2011c); Verband der privaten Krankenversicherung e. V. (2010); Statistisches Bundesamt (2011c, 2011d)			

gegenüber ist der Anteil, der jeweils von der privaten Pflegeversicherung und der Kriegsopferversorgung getragen wird, mit 2,6 % bzw. 1,2 % relativ gering. Insgesamt entfallen auf die Soziale Pflegeversicherung 56,3 % aller Ausgaben, auf die privat getragene stationäre Pflege 26,9 %, auf die Sozialhilfe 7,6 %, auf die privat getragene häusliche Pflege 6,7 % und auf die private Pflegeversicherung 1,7 bzw. auf die Kriegsopferfürsorge 0,8 %. Die Soziale Pflegeversicherung ist damit der wichtigste Kostenträger, der auch damit das gesamte Pflegesicherungssystem prägt. Gleichzeitig deckt die Soziale Pflegeversicherung aber nur gut die Hälfte der entstehenden Kosten und Ausgaben (ohne die Opportunitätskosten der familialen Pflege zu berücksichtigen) ab. Gemeinsam decken beide Zweige der Pflegeversicherung, also Soziale Pflegeversicherung und Private Pflegepflichtversicherung 58 % der Ausgaben. Damit zeigt sich der Teilversicherungscharakter der Pflegeversicherung sehr deutlich.

5 Pflegebedürftigkeit im Spiegel der Routinedaten

Das vorangegangene Kapitel hat ausführlich die Zahl der Pflegebedürftigen und das Versorgungsangebot auf Basis der amtlichen Statistiken beschrieben. Als Vollerhebung stellt die Pflegestatistik eine der wichtigsten Datenquellen zur regelmäßigen Momentaufnahme dar. Leider ist es aber nicht möglich, mit diesen Daten auch die *Prozesshaftigkeit* von Pflegebedürftigkeit darzustellen. Um Eintrittswahrscheinlichkeiten und Verläufe von Pflegebedürftigkeit zu bestimmen, braucht man Längsschnittdaten, wie sie in den Routinedaten der Kranken- und Pflegekassen enthalten sind. In diesem Kapitel werden daher die Versorgungsverläufe auf Basis der Routinedaten der BARMER GEK untersucht.

Abschnitt 5.1 beschreibt dabei zunächst die verwendete Datenbasis. Außerdem wird die Repräsentativität der Routinedaten der BARMER GEK durch einen Vergleich mit der amtlichen Statistik geprüft. In Abschnitt 5.2 wird darauf eingegangen, wie viele Menschen mit welchen Merkmalen im Jahr 2010 pflegebedürftig sind oder pflegebedürftig werden. In Abschnitt 5.3 wird dann beschrieben, inwieweit Pflegebedürftigkeit einem Wandel unterliegt. Dieser Wandel wird zum einen als Veränderung von Verteilungen über die Jahre (Zeitreihenanalyse) beschrieben und zum anderen als Veränderung im Lebensverlauf (Längsschnittanalysen). Insgesamt werden die unterschiedlichen Wahrscheinlichkeiten der Pflegebedürftigkeit, das Ausmaß der Pflegebedürftigkeit (Pflegestufen) und die Art der Pflegearrangements betrachtet. Als erklärende Faktoren werden soziodemografische Merkmale und Erkrankungen untersucht. Die Beschreibung und die Auswertung der Routinedaten orientiert sich an der “Guten Praxis Sekundärdatenanalyse” (AGENS 2008).

5.1 Routinedaten als Basis für die Analyse der Pflegebedürftigkeit

Prozessproduzierte Routinedaten der Krankenkassen haben ein großes Potential für die Versorgungsforschung (von Ferber & Behrens 1997; Swart & Ihle 2005; Müller & Braun 2006). Routinedaten der Kranken- und Pflegekassen enthalten Informationen über mehrere Zehntausende oder gar Millionen Versicherte. Eine Primärerhebung in diesem Umfang könnte kaum zu vertretbaren Kosten durchgeführt werden. Die Routinedaten sind in besonderer Weise geeignet, Erkrankungs- und Versorgungsverläufe darzustellen. Gerade die Messung der Verläufe ist für epidemiologische Fragestellungen, für die Versorgungsforschung, für die Gesundheits-

ökonomie und die Qualitätssicherung wesentlich. Nur durch den Vergleich von Vorher und Nachher lassen sich Risikofaktoren und Versorgungsqualität ermitteln. Die Betrachtung im Längsschnitt ermöglicht es dabei auch, Pflegebedürftigkeit im Verlauf zu untersuchen, und eine sektorübergreifende Betrachtung der medizinischen und pflegerischen Versorgung vorzunehmen.

Als Schwäche der Routinedaten wird oftmals die teilweise unzureichende Validität genannt. Dieser Einwand ist zum Teil berechtigt, wenn die Daten nicht zahlungsrelevant sind und nicht weiter überprüft werden. Pflegeleistungen sind aber allesamt zahlungsrelevant und die Einstufung in die Pflegestufen erfolgt nicht per Selbstangabe, sondern durch den MDK. Daher sind die hier verwendeten Daten zur Inanspruchnahme von Pflegeleistungen als sehr valide anzusehen.

Nachfolgend werden die verwendeten Routinedaten der BARMER GEK zunächst kurz beschrieben (Abschnitt 5.1.1). In Abschnitt 5.1.2 werden dann die verwendeten Variablenkonstruktionen und Selektionen dargestellt. Abschnitt 5.1.3 dient schließlich der Validierung der Kassendaten. Hierzu wird auf Basis der Versichertenstruktur vom Dezember 2009 eine Grundauszählung der Pflegebedürftigkeit vorgenommen und deren Ergebnisse denen der Pflegestatistik gegenübergestellt.

5.1.1 Beschreibung der BARMER GEK Routinedaten

Alle Krankenkassen arbeiten intern mit personenbezogenen Daten, um die Versicherten zu betreuen, die Leistungen der Leistungserbringer zu entgelten und auch die Versorgungsqualität zu sichern. Zum Zwecke der Gesundheitsberichterstattung und der Qualitätssicherung werden dem Zentrum für Sozialpolitik von der BARMER GEK anonymisierte Daten zur Verfügung gestellt. Diese Daten werden zu unregelmäßigen Zeiten aus dem Prozess gezogen und als verschiedene Teildatensätze gespeichert. Alle Angaben, die direkt auf eine einzelne Person schließen lassen könnten, werden für die wissenschaftlichen Zwecke gelöscht. Hierzu zählen Name, Adresse, Sozialversicherungsnummer usw. Stattdessen werden die einzelnen Daten mit einem Pseudonym versehen, damit die einzelnen Teildatensätze zu den verschiedenen medizinischen und pflegerischen Leistungen trotzdem auf der Ebene des Individuums miteinander verknüpft werden können.

Die Daten können sich im Laufe der Zeit verändern. So können einzelne Meldungen wieder storniert werden oder andere Meldungen noch nachträglich einfließen. Dies führt dazu, dass je nach Zeitpunkt der Datenziehung minimal unterschiedliche

Fallzahlen für bestimmte Messzeitpunkte resultieren können. Je weiter diese zurückliegen desto geringer sollten die Abweichungen sein.

Im Vergleich zu den vorherigen Pflegereporten hat sich die Datenbasis geändert und erweitert. Die ersten beiden Pflegereporte aus den Jahren 2008 und 2009 basierten auf den Daten der GEK. Im Pflegereport von 2010 wurden schon die Pflegeprävalenzen mit den kombinierten Daten der BARMER und der GEK gemessen. Für den vorliegenden Pflegereport ist es nun auch möglich, die Pflegeinzidenzen für das Berichtsjahr 2010 auf dieser Basis darzustellen. Derzeit sind aber die Datenbestände der ehemaligen Kassen GEK und BARMER noch getrennt gehalten. Sowohl die GEK-Daten als auch die BARMER-Daten enthalten Informationen über die Versicherten und ihre Versorgung. Die Informationen sind in beiden Teilen der Kasse in verschiedenen Teildatensätzen gespeichert, die mittels einer pseudonymisierten, personenbezogenen Identifikationsnummer miteinander kombiniert werden können. Im Groben liegen somit ähnliche Datenstrukturen vor. Die Inhalte sind aber im Detail noch unterschiedlich und die Beobachtungszeiträume unterscheiden sich ebenfalls. So stehen derzeit für die erklärenden Variablen aus den BARMER-Daten nur Informationen aus den Jahren 2009–2010 zur Verfügung.

Aus diesen Gründen werden die Routinedatenanalysen in zwei Teile aufgeteilt. Einerseits werden für einen Vergleich mit der amtlichen Statistik die aggregierten BARMER- und GEK-Daten des Jahres 2009 ausgewertet (Abschnitt 5.1.3). Für das Jahr 2010 wird zudem eine detailliertere Betrachtung mit den aggregierten Daten vorgenommen (Abschnitt 5.2). Andererseits werden für die langfristige Verlaufsdarstellung nur die GEK-Daten verwendet (Abschnitt 5.3). Diese können einen Beobachtungszeitraum für die Pflegedaten seit dem Jahr 1998 abbilden. Zudem stehen für diese Zeiten auch Informationen über erklärende Variablen zur Verfügung.

Für die in Abschnitt 5.3 bearbeiteten Fragestellungen zum Eintritt, Verlauf und Wandel von Pflegebedürftigkeit wurde auf mehrere Teildatensätze zurückgegriffen:

- Die *Stammdaten* liefern grundlegende demografische Informationen zum Geschlecht, Geburtsjahr und zu den Mitgliedschaftszeiten.
- Die *Pflegedaten* enthalten alle Informationen über die Leistungen der Sozialen Pflegeversicherung (SGB XI). Angegeben sind das Pflegezugangsdatum und nach Leistungsarten differenzierte Leistungsbezüge mit Beginn und

Ende des jeweiligen Bezugs. Zu diesen Leistungsbezügen sind jeweils die Angaben zur Pflegestufe enthalten.

- Die Daten über die *ambulantärztlichen Leistungen* liefern quartalsweise die vergebenen Diagnosen inklusive Schlüssel zur Diagnosesicherheit.
- 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.³³.

Die Auswertungen der Pflegedaten 2010 (Abschnitt 5.2) und der Vergleich der Pflegedaten von 2009 mit den Daten der Pflegestatistik (Abschnitt 5.1.3) beruhen auf aggregierten Daten der GEK und der BARMER. Verwendet wurden aus den Stammdaten das Geschlecht, das Geburtsjahr und die Mitgliedschaftszeiten..

5.1.2 Variablenkonstruktion und Selektionen

Die Pflegeleistungen werden im ambulanten Bereich seit 1995 gewährt und im stationären Bereich seit 1996. Die Datenerfassung mit konkreten Angaben zur Leistungsart und der Pflegestufe erfolgte in der GEK aber erst seit 1998. Für vorangegangene Pflegebedürftigkeiten ist in den Pflegedaten nur das Zugangsdatum enthalten. Deshalb werden für eine differenzierte Berichterstattung in diesem Bericht nur die Daten ab 1998 ausgewertet.

Für die Bestimmung *inzidenter Fälle* müssen zwei Bedingungen erfüllt sein:

1. Für die zurückliegenden 12 Monate dürfen keine Pflegeleistungen in Form der Leistungen 1–8 oder Leistung 10 vorliegen (siehe Liste der Leistungen auf der folgenden Seite). Zusätzlich muss sichergestellt sein, dass die Per-

³³ Auf Seiten der GEK-Daten sind die ambulantärztlichen Leistungen aus den Datenlieferungen bis einschließlich der Lieferung vom Juli 2010 enthalten. Diese beinhalten schon relativ vollständig die Informationen über die Diagnosestellungen und Leistungen des Jahres 2009. Die Stammdaten, die Daten der stationären Diagnosestellungen und die Pflegedaten basieren auf der Datenlieferung vom 10.07.2011. Auf Seiten der BARMER-Daten datieren die Stammdaten vom 22.07.2011, die Pflegedaten vom 14.07.2011 und die Daten über die ambulant-ärztliche Versorgung datieren vom 08.07.2011 für das Jahr 2009 und vom 19.07.2011 für das Jahr 2010.

sonen im jeweils zurückliegenden Zeitraum von 12 Monaten auch bei der Krankenkasse versichert waren.

2. Die dokumentierten Pflegezugangszeitpunkte ohne entsprechende Leistungsmeldungen liegen nicht länger als 3 Monate zurück.³⁴

Um diese Bedingungen zu erfüllen und weiterhin von Einführungseffekten unabhängige Verläufe darzustellen, wird für die Betrachtung des Wandels von Pflegebedürftigkeit (Abschnitt 5.3) teilweise erst auf Daten ab den Jahren 1999 oder 2000 zurückgegriffen.

Für die Darstellung der Situation im Jahr 2010 (Abschnitt 5.2), die auf den aggregierten Daten der BARMER und der GEK beruht, wird dagegen nur geprüft, ob vor dem Inzidenzfall eine mindestens 12-monatige Versichertenzeit bestand, innerhalb der keine der oben erwähnten Leistungen gewährt wurde.³⁵ Für die Betrachtung der weiteren Pflegeverläufe wurde ebenfalls nach der Versichertenzeit selektiert. Für den Einschluss in die Analysen müssen für den aktuellen Monat und die elf vorangegangenen Monate jeweils Versichertenzeiten vorliegen.³⁶

Zu den wesentlichen Variablen, die in den Pflegebiographien in den GEK-Daten erfasst sind, gehören das Zugangsdatum zur Pflege, die Pflegeleistungen, sowie die dazugehörigen Pflegestufen mit Angaben zum Tag des Leistungsbeginns und zum Enddatum der Leistung.

Als Leistungen werden unterschieden:

1. *Pflegesachleistung* (§ 36 SGB XI: Pflege durch ambulante Pflegedienste),
2. *Pflegegeld* (§ 37 SGB XI: für selbst beschaffte Pflegehilfen),

³⁴ Diese Entscheidung ist unter der Annahme getroffen worden, dass es immer noch Dokumentationslücken innerhalb eines Quartals geben kann, wobei die Leistungsberechtigung auf den Beginn des Quartals gesetzt wird, aber mögliche Leistungen erst später erfolgen.

³⁵ Bei den 0–1-Jährigen ist eine Berücksichtigung einer 12-monatigen Versichertenzeit allerdings nicht abgefragt, da in dem Alter sonst keine Inzidenz gemessen werden könnte.

³⁶ Auch in diesem Fall werden die 0–1-Jährigen ohne Kontrolle einer 12-monatigen Versichertenzeit in die Analysen eingeschlossen.

3. *Verhinderungspflege* (§ 39 SGB XI: häusliche Pflege bei Verhinderung der Pflegeperson; wird teilweise auch Urlaubspflege genannt),
4. *Tages- und Nachtpflege* (§ 41 SGB XI: stationäre Pflege als Ergänzung zur häuslichen Pflege; wird teilweise auch teilstationäre Pflege genannt),
5. *Kurzzeitpflege* (§ 42 SGB XI: vorübergehende stationäre Pflege),
6. *Vollstationäre Pflege* (§ 43 SGB XI: dauerhafte vollstationäre Pflege),
7. Zuschuss für stationäre Pflege (§ 43 Abs. 4 SGB XI: vollstationäre Pflege trotz gegenteiliger Empfehlung der Pflegekasse),
8. Kostenerstattung an Vertragseinrichtung ohne Vertragsvereinbarung (§ 91 SGB XI: Leistungen an Pflegeheime oder ambulante Pflegedienste ohne Vertragsvereinbarung nach § 85 oder § 89 SGB XI),
9. *Vollstationäre Behinderteneingliederung* (§ 43a SGB XI: Leistungen in „...vollstationären Einrichtung der Hilfe für behinderte Menschen, in der die Teilhabe am Arbeitsleben und am Leben in der Gemeinschaft, die schulische Ausbildung oder die Erziehung behinderter Menschen im Vordergrund des Einrichtungszwecks stehen...“),
10. *Ruhen* der Leistungsansprüche (§ 34 SGB XI: Zeiten, in denen beispielsweise wegen stationärer, medizinischer Behandlung oder wegen Auslandsaufenthalt (noch) keine Pflegeleistungen gewährt werden),
11. Maßnahmen zur Verbesserung des individuellen *Wohnumfeldes* (§ 40 SGB XI),
12. Zum Verbrauch bestimmte *Pflegehilfsmittel* (§ 40 SGB XI),
13. *Technische Hilfsmittel* (§ 40 SGB XI),
14. *Zusätzliche Betreuungsleistung* (§ 45b SGB XI: Leistungen für Menschen mit erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf. Seit 2002; seit 1.7.2008 auch für Personen ohne Pflegestufe = Pflegestufe 0).

Die Kombinationsleistung nach § 38 SGB XI wird in den Daten nicht als eigene Leistungsart erfasst, sondern ergibt sich durch das gleichzeitige Auftreten der Leistungen 1 und 2. Zu den Leistungen 11–14 sind auch die mit den jeweiligen Leistungen verbundenen Zahlbeträge in Euro angegeben. Zahlbeträge für die anderen Leistungen können weitgehend den gesetzlichen Vorgaben entnommen werden. In den BARMER-Daten sind als relevante Leistungsarten nur die Leistungsarten 1–6 und die Leistungsart 9 erfasst.

Auf Grund der Datenbasis, ist Pflegebedürftigkeit im Rahmen dieses Pflegereports immer als *sozialrechtlicher Begriff* zu verstehen. Es gelten damit immer nur dieje-

nigen Personen als pflegebedürftig, die pflegebedürftig im Sinne des SGB XI sind. Als „pflegebedürftig“ gelten in den nachfolgenden Untersuchungen die Versicherten, die Leistungen der Arten 1–8 beziehen oder bei denen ein Ruhen der Pflegeleistungen bei gleichzeitigem Krankenhausaufenthalt vorliegt. Pflegebedürftige, die ausschließlich Pflegeleistungen der Hilfe für behinderte Menschen nach § 43a SGB XI erhalten werden hier ebenso wie in der Pflegestatistik nicht erfasst.

Versorgungsarten im Sinne der Pflegestatistik des Statistischen Bundesamtes: Zur Bestimmung der Pflegeprävalenzen (Pflegequote) berücksichtigt das Statistische Bundesamt folgende Leistungen nach SGB XI: die Pflegesachleistungen, das Pflegegeld, die Verhinderungspflege, die Tages- und Nachtpflege die Kurzzeitpflege und die vollstationäre Pflege. Nur für die Überprüfung der Repräsentativität der BARMER GEK Daten (Abschnitt 5.1.3) wurden die Leistungen entsprechend der Pflegestatistik wie folgt zusammengefasst: in Heimen versorgt (vollstationäre Pflege, Kurzzeitpflege), zu Hause versorgt unter Mitwirkung von Pflegediensten (Pflegesachleistungen, Kombinationsleistung, Verhinderungspflege, Tages- und Nachtpflege), zu Hause versorgt durch Angehörige (Pflegegeld).

Pflegearrangements: Für die weitere Betrachtung der Pflegebedürftigkeit im Jahr 2010 (Abschnitt 5.2) und im Wandel der Zeiten (Abschnitt 5.3) wird von dem vorgenannten Konzept abgewichen. Im Wesentlichen wird zwischen drei Pflegearrangements unterschieden:

1. *Informelle Pflege:* Die Pflegebedürftigen werden prinzipiell nur von Angehörigen zu Hause gepflegt und nur im Verhinderungsfall wird eine professionelle Hilfe in Anspruch genommen (Pflegegeld und Verhinderungspflege).
2. *Formell-ambulante Pflege:* Die Pflegebedürftigen werden prinzipiell zu Hause gepflegt, aber eine professionelle Pflege wird regelmäßig in Anspruch genommen (Sachleistungen, Kombinationsleistung, teilstationäre Pflege, Kurzzeitpflege).
3. *Vollstationäre Pflege:* Die Pflegebedürftigen werden dauerhaft im Heim versorgt (vollstationäre Heimpflege).
4. Eine vierte Situation ist schwerlich als Pflegearrangement zu verstehen, ist aber eine alternative Situation zu den genannten Pflegearrangements: Die Pflegeleistungsunterbrechung wegen eines Krankenhausaufenthalts.

Von den dokumentierten Leistungsepisoden in den GEK-Daten beziehen sich nur 18 auf Zuschüsse für stationäre Pflege (Leistung 7) und 29 auf Kostenerstattungen an Vertragseinrichtung ohne Vertragsvereinbarung (Leistung 8). Die Zuschüsse wurden dem Pflegearrangement vollstationäre Pflege im Heim zugeordnet und die Leistungen an Vertragseinrichtungen ohne Vertragsvereinbarungen der formell-ambulanten Pflege.

Pflegestufe: Bei der Pflegestufe wird grundsätzlich zwischen Pflegestufe I, Pflegestufe II und Pflegestufe III unterschieden. Die Härtefälle wurden für die Analysen der Pflegestufe III zugeordnet. Die Episoden mit Pflegestufe 0 wurden für die Analysen als Zeiten ohne Pflegestufe belassen. Pflegestufe 0 ist nur in den seltensten Fällen mit einem der oben erwähnten Pflegearrangements dokumentiert, sondern in der Regel im Zusammenhang mit zusätzlichen Betreuungsleistungen.

Im Gegensatz zum Pflegereport 2009 (Rothgang et al. 2009) werden die Verläufe nicht taggenau erfasst und auch nicht quartalsweise wie im Pflegereport 2010 (Rothgang et al. 2010), sondern monatsweise. Dies ist dem Umstand geschuldet, dass das Verständnis für Pflegearrangements sich nicht auf einen Tag bezieht, sondern auf längere zeitliche Einheiten. Wenn beispielsweise neben dem Pflegegeld einmal in der Woche auch Tagespflege in Anspruch genommen wird, dann ist dies ein über längere Zeit andauerndes Pflegearrangement häuslicher Pflege mit Unterstützung durch Pflegeeinrichtungen. Bei tagesgenauer Betrachtung würde diese Situation dagegen als permanenter Wechsel des Pflegearrangements kodiert. Eine quartalsweise Betrachtung auf der anderen Seite würde Veränderungen in Pflegearrangements oder in Pflegestufen womöglich übersehen. Eine monatliche Betrachtung kann außerdem dadurch begründet werden, dass sich die Zahlungen für die Leistungen in der Regel auf die Monatsbasis beziehen.

Für die nachstehenden Analysen der Pflegebedürftigkeit, die auf den soeben beschriebenen Daten basieren, wurden – anders als in den bisherigen Pflegereporten – zumeist keine Altersbeschränkungen vorgenommen. Altersbeschränkungen erlauben die Konzentration auf eine bestimmte Zielgruppe, etwa die Altenpflege, geben dann aber keine vollständiges Bild auf die Pflegebedürftigkeit insgesamt.

Im Einzelnen wurden für die Analysen folgende Variablen verwendet:

Erkrankungen: Zur Messung der Erkrankungen wurde auf die dokumentierten Diagnosen aus den stationären und ambulanten Daten zurückgegriffen. In Deutsch-

land wird zur Verschlüsselung von Diagnosen in der ambulanten und stationären Versorgung die ICD-10-GM angewendet, die durch das Deutsche Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI 2009) ins Deutsche übersetzt und ergänzt wird. Die Übersetzung basiert auf der Klassifikation der Erkrankungen, wie sie von der WHO (2010) vorgenommen wird. Als im jeweiligen Monat erkrankt gelten in den vorliegenden Analysen diejenigen, bei denen im aktuellen Quartal oder in einem der drei zurückliegenden Quartale eine entsprechende Diagnose durch einen niedergelassenen Arzt gestellt wurde (ohne Verdachtsdiagnose, Ausschlussdiagnose, Zustand nach). Bei den Verlaufsanalysen in Abschnitt 5.3 werden zudem die stationären Haupt- und Nebendiagnosen im Krankenhaus oder in Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen berücksichtigt.

Die Erkrankungen sind in den zu Grunde liegenden Daten für den Untersuchungszeitraum als ICD-10 kodiert. Die Erfassung der Erkrankungen erfolgt erst ab dem Jahr 2004, da erst ab diesem Jahr die ambulanten Diagnosen vollständig vorliegen. Differenziert werden für die Betrachtung der Pflegeverläufe insbesondere:

- Krebs (ICD10: C00–C97),
- Demenzen (ICD10: F00–F03),
- Primäres Parkinsonsyndrom (ICD10: G20),
- Multiple Sklerose (ICD10: G35),
- Schlaganfall (ICD10: I61, I63, I64),
- Schenkelhalsfraktur (ICD10: S72.0),
- Harninkontinenz (ICD10: N39.3, N39.4, R32),
- Stuhlinkontinenz (ICD10: R15).

Geschlecht: Frauen werden mit Männern verglichen.

Alter: Das Alter wurde 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 vorliegt.

Alleinlebend: Vom MDK kann bei der Begutachtung ein Hinweis auf allein lebend dokumentiert werden. Diejenigen, die einen Hinweis auf allein lebend haben, werden mit denjenigen verglichen, die einen Hinweis auf nicht allein lebend haben, oder, bei denen nichts dokumentiert ist. In den ersten Jahren ist dieses Merkmal allerdings nicht gut dokumentiert.

Ausländer: Verglichen werden Personen mit ausländischer Staatsangehörigkeit mit Personen mit deutscher Staatsangehörigkeit.

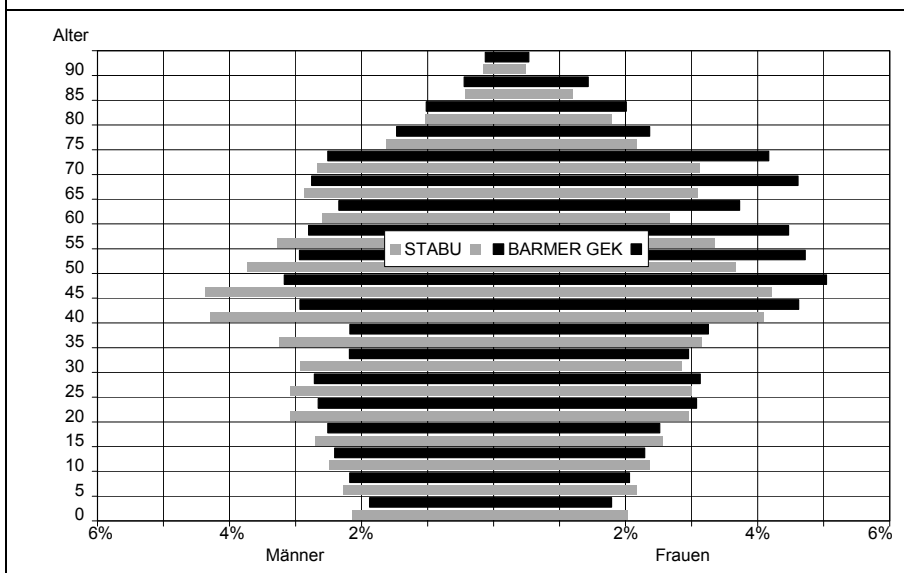
Gewichtung und Hochrechnung: In den meisten deskriptiven Auswertungen werden Hochrechnungen auf die Bevölkerung der BRD vorgenommen. In den Analysemodellen werden Gewichtungsfaktoren eingesetzt, die die alters- und geschlechtsspezifische Verteilung an die Population in der BRD anpasst, ohne die resultierende Fallzahl zu verändern. Die Gewichtung und die Hochrechnung ergeben sich auf Basis der Verteilung in 5-Jahres-Alterskategorien und nach Geschlecht.

Versicherte und Mitglieder: Als Versicherte einer Krankenkasse gelten sowohl die Mitglieder, die die Beiträge entrichten bzw. für die die Beiträge entrichtet werden, als auch die mitversicherten Familienangehörigen (Ehepartner mit keinem oder nur geringfügigen eigenen Einkommen, Kinder, eingetragene Lebenspartner). In der Regel stellen die Analysen auf Versicherte ab. Bei der Untersuchung des Sterbeortes wird aber wegen der besseren Datenqualität die Auswertung auf die Mitglieder begrenzt und mitversicherte Familienangehörige werden ausgeschlossen.

5.1.3 Pflegebedürftige und Population: Vergleich der amtlichen Statistik mit den Routinedaten der BARMER GEK

Im Dezember 2009 waren insgesamt 8,4 Millionen Personen bei der BARMER GEK versichert und im Dezember 2010 8,7 Millionen Personen. Bei der ehemaligen GEK waren überproportional viele Männer und bei der ehemaligen BARMER überproportional viele Frauen versichert. Durch die Fusion haben sich die jeweiligen Überschüsse etwas ausgeglichen, aber es bleibt doch noch ein sichtbarer Un-

Abbildung 27: Alters- und Geschlechterverteilung in der BRD und unter den Versicherten der BARMER GEK Ende 2009



Quelle: BARMER GEK; Statistisches Bundesamt (2011a)

terschied der Geschlechterverteilung im Vergleich zur Bundesbevölkerung bestehen (Abbildung 27).

Jeder einzelne Balken in der Abbildung 27 zeigt an, wie groß der Anteil der Männer oder Frauen der jeweiligen Alterskategorie an der jeweiligen Gesamtpopulation ist. Die Alters- und Geschlechterverteilung der Bundesbevölkerung auf Basis der Daten des Statistischen Bundesamtes (2011a) zeigt das bekannte Bild der höheren Anteile der männlichen Bevölkerung in jüngeren Jahren. Dies beruht auf den höheren Geburtenzahlen von Jungen und den Effekten der Zuwanderungen. Diese Männerüberschüsse verschwinden dann im mittleren Alter. Etwa ab dem Renteneintrittsalter ist dann ein Frauenüberschuss zu beobachten.

Bei den Versicherten der BARMER GEK fällt auf, dass insbesondere ab der Alterskategorie 40–44 Jahre bis zur Alterskategorie 70–74 Jahre Frauen überrepräsentiert sind. Demgegenüber sind bei der BARMER GEK insbesondere die Männer in den Alterskategorien 30–34 Jahre bis 55–59 Jahre unterrepräsentiert.

Tabelle 24: Pflegeprävalenz (Pflegequote) zum Jahresende 2009

Alter von ... bis ... Jahren	Pflegestatistik		BARMER GEK	
	männlich	weiblich	männlich	weiblich
Unter 15	0,6%	0,6%	0,8%	0,6%
15–59	0,5%	0,5%	0,6%	0,5%
60–64	1,7%	1,6%	1,7%	1,3%
65–69	2,8%	2,5%	2,4%	1,9%
70–74	4,7%	4,8%	3,7%	3,4%
75–79	8,8%	10,7%	6,9%	7,8%
80–84	15,7%	22,3%	13,2%	17,8%
85–89	28,3%	41,6%	25,0%	34,7%
90 und älter	36,8%	66,7%	45,3%	60,6%
Quelle: Statistisches Bundesamt 2011b: 8.				
Anmerkung: Das Statistische Bundesamt spricht von Pflegequote anstelle von Prävalenz.				

Da die hier untersuchten Versicherten somit im Hinblick auf Alter und Geschlecht nicht repräsentativ für die Gesamtbevölkerung sind, wird in den folgenden Auswertungen in der Regel Alter und Geschlecht als Einflussfaktor kontrolliert. Dies geschieht entweder durch alters- und geschlechtsspezifische Darstellungen, durch Alters- und Geschlechtsstandardisierungen oder durch multivariate Analysen.

Auch der Vergleich der Pflegeprävalenz zeigt leichte Unterschiede zwischen der in der Pflegestatistik erfassten deutschen Gesamtbevölkerung und den BARMER GEK-Versicherten (Tabelle 24), die zum Teil schon dadurch bedingt sind, dass sich insbesondere die Altersstruktur der Versicherten in der Sozialen Pflegeversicherung und der Privaten Pflegepflichtversicherung erheblich unterscheiden (Rothgang 2010).

Weiterhin beruhen die Angaben der Pflegestatistik auf den Stichtagsdaten vom 5.12.2009 bzw. 31.12.2009, während sich die Versichertendaten der BARMER GEK auf Monatsmessungen im Dezember 2009 beziehen. In den vorangegangenen Berichtsjahren waren die ausgewiesenen Pflegeprävalenzen des Statistischen Bundesamtes tendenziell zu hoch angegeben, da die teilstationär versorgten Personen doppelt gezählt werden konnten. Diese werden nun in der Pflegestatistik für das Jahr 2009 nicht mehr bei den stationären Fällen erfasst. Diese Doppelzählung kann bei der Messung mit den BARMER GEK Daten ausgeschlossen werden, weil die

Informationen hier individuenbezogen vorliegen. Weder in der Pflegestatistik noch bei der Auszählung der BARMER GEK-Daten wurden die Empfänger von Pflegeleistungen in Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen nach § 43a SGB XI berücksichtigt.

Während beide Datengrundlagen für die Alterskategorien bis 59 Jahre eine Prävalenz von deutlich unter 1 % ausweisen, verdreifacht sich die geschlechts- und altersspezifische Prävalenz bei der Alterskategorie 60–64 Jahre. Die Pflegestatistik weist für Männer in diesem Alter eine Pflegequote von 1,7 % und für Frauen eine Quote von 1,6 % aus. Bei den Versicherten der BARMER GEK sind es 1,7 % bzw. 1,3 %. In der Alterskategorie 75–79 Jahre werden in der Pflegestatistik schon Prävalenzen von 8,8 % für Männer und 10,7 % für Frauen ausgewiesen. Von den Versicherten der BARMER GEK sind in dieser Alterskategorie 6,9 % bzw. 7,8 % pflegebedürftig. Werden die Anteile in der Alterskategorie 85–89 Jahre betrachtet, ergeben sich in der Pflegestatistik für Männer Pflegequoten von 28,3 % und für Frauen von 41,6 %. Bei den Versicherten der BARMER GEK belaufen sich die entsprechenden Anteile auf 25,0 % (Männer) bzw. 34,7 % (Frauen).

Die altersspezifischen Prävalenzen liegen bei den Versicherten der BARMER GEK damit tendenziell *unter* denen der in der Pflegestatistik erfassten Gesamtbevölkerung. Dieses Ergebnis könnte also darauf hindeuten, dass in der BARMER GEK mehr Personen versichert sind, die insgesamt gesünder sind und deshalb weniger Pflegebedarf haben als der Bevölkerungsdurchschnitt. Trotz der erkennbaren Unterschiede im Niveau der Pflegeprävalenz zeigen beide Datenquellen gleichartige Unterschiede zwischen den Geschlechtern und den Alterskategorien. Insbesondere zeigt sich der exponentielle Anstieg der Pflegebedürftigkeit mit dem Alter in beiden Datenquellen. Zudem zeigen beide Datenquellen den höheren Anstieg der Prävalenz bei Frauen (im Vergleich zu den Männern) an. Ab der Alterskategorie 75–79 Jahre liegt deren Pflegeprävalenz im steigenden Maße über der Pflegeprävalenz der Männer.

5.2 Pflegebedürftigkeit im Jahr 2010

5.2.1 Charakterisierung der Pflegebedürftigen 2010

Was sind eigentlich die typischen Merkmale der Pflegebedürftigen? Wie unterscheiden sie sich von den Nicht-Pflegebedürftigen? Für die Beantwortung dieser

Tabelle 25: Anteile der pflegebedürftigen und nicht pflegebedürftigen Personen in der BRD nach Geschlecht, Pflegestufen und weiteren Merkmalen – in %

	Männer				Frauen			
	Pflegestufe				Pflegestufe			
	ohne	I	II	III	ohne	I	II	III
N in Tsd	39.281	363	245	98	40.337	647	394	175
ohne Pflege	100,0	0,0	0,0	0,0	99,9	0,0	0,0	0,0
informelle Pflege	0,0	65,5	51,4	39,7	0,0	44,5	29,6	20,4
formell-ambulante Pflege	0,0	22,4	27,0	30,2	0,0	32,0	26,2	19,4
vollstationäre Pflege	0,0	12,1	21,5	30,2	0,1	23,5	44,2	60,3
Alter 0–14	14,1	6,3	5,8	6,8	13,1	2,3	2,3	2,9
Alter 15–59	63,1	20,1	22,5	34,5	59,8	8,7	10,9	14,6
Alter 60–64	5,7	5,4	5,0	4,8	5,8	2,6	2,6	2,1
Alter 65–69	5,2	7,4	7,0	6,1	5,5	3,7	3,5	3,0
Alter 70–74	5,6	11,6	11,2	9,6	6,3	7,1	6,5	5,6
Alter 75–79	3,3	12,9	13,1	11,2	4,2	11,6	9,7	8,6
Alter 80–84	2,0	16,3	15,5	12,0	3,1	21,1	17,7	16,6
Alter 85–89	0,7	13,0	12,4	9,2	1,7	26,4	25,3	23,2
Alter 90+	0,2	7,1	7,5	5,7	0,5	16,4	21,5	23,5
Krebs	4,8	20,8	19,1	12,2	5,2	15,3	12,9	9,3
Demenz	0,4	15,3	24,3	31,8	0,6	20,2	37,4	57,4
Primäres Parkinsonsyndrom	0,3	6,6	10,2	10,8	0,2	4,8	7,8	10,8
Multiple Sklerose	0,2	1,7	2,8	4,4	0,4	2,0	3,6	4,9
Schlaganfall	0,8	12,3	16,2	14,8	0,6	7,5	11,4	11,8
Schenkelhalsfraktur	0,0	0,8	1,2	1,0	0,1	1,6	2,2	2,5
Harninkontinenz	1,4	14,4	26,1	35,9	4,0	23,2	35,1	42,6
Stuhlinkontinenz	0,1	2,1	5,1	10,8	0,3	2,4	5,7	11,3
Quelle: BARMER GEK Daten, Hochrechnung auf die BRD								

Fragen werden in Tabelle 25 und Tabelle 26 pflegebedürftige Männer und Frauen mit nicht Pflegebedürftigen verglichen. Dabei wird noch nach den Pflegestufen (Tabelle 25) und den Pflegearrangements differenziert (Tabelle 26). Die Zahlen beruhen auf den Routinedaten der BARMER GEK. Die Auszählungen wurden hochgerechnet auf die Bevölkerung der BRD.

Die Hochrechnungen kommen zu 39 Mio. Männern und 40 Mio. Frauen ohne Pflegestufe. 363 Tsd. Männer haben demnach die Pflegestufe I, 245 Tsd. die Pflegestufe II und 98 Tsd. die Pflegestufe III. Von den pflegebedürftigen Frauen haben 647 Tsd.

die Pflegestufe I, 394 Tsd. die Pflegestufe II und 175 Tsd. die Pflegestufe III. Diese Zahlen liegen etwas unterhalb der Zahlen, die die Pflegestatistik liefert (vgl. Abschnitt 4.2).

Die weiteren Angaben in Tabelle 25 beschreiben die jeweiligen Anteile innerhalb dieser acht Kategorien in Prozent. So haben fast keine Personen ohne Pflegestufe ein Pflegearrangement. Es gibt einige wenige Fälle mit Pflegearrangement, aber ohne dokumentierte Pflegestufe. Der Anteil dieser Fälle liegt aber unterhalb des Promillebereichs. Mit Pflegestufe I ist bei Männern und Frauen die informelle Pflege am häufigsten. Je höher die Pflegestufe ist, desto wahrscheinlicher wird auch die vollstationäre Pflege. Für Männer bleibt aber auch in Pflegestufe III die informelle Pflege das häufigste Pflegearrangement, während für Frauen in Pflegestufe III schon 60 % vollstationär versorgt werden.

77 % der Männer ohne Pflegestufe und 73 % der Frauen ohne Pflegestufe sind jünger als 60 Jahre. Bei Vorliegen einer Pflegestufe verkehrt sich das Bild: Unter den pflegebedürftigen Männern sind je nach Pflegestufe 59–74 % 60 Jahre und älter und unter den pflegebedürftigen Frauen sogar 82–89 %. Während die Altersverteilung bei den nicht pflegebedürftigen Männern und Frauen ziemlich ähnlich aussieht, sind die pflegebedürftigen Männer im Durchschnitt deutlich jünger als die pflegebedürftigen Frauen. Es sind demzufolge auch verschiedene Ursachen für die Pflegebedürftigkeit bei Männern und Frauen zu vermuten.

Die Verteilungen der Erkrankungen können in der dargestellten Form nur begrenzt Hinweise darauf liefern, ob sie ursächlich für die unterschiedliche Altersverteilung von Männern und Frauen in Pflegebedürftigkeit sind. Demenz tritt z. B. mit steigendem Alter vermehrt auf. Weil pflegebedürftige Männer aber im Durchschnitt jünger sind als pflegebedürftige Frauen, ist die Demenz bei den Männern deutlich weniger als begleitende Erkrankung vorhanden. Häufiger sind hingegen Krebs und Schlaganfall, während die Wahrscheinlichkeit für eine Schenkelhalsfraktur bei pflegebedürftigen Frauen doppelt so hoch ist wie bei pflegebedürftigen Männern.

Tabelle 26 zeigt die Anteile differenziert nach Pflegearrangements (einschließlich der Personen ohne Pflegearrangement). Hierbei wird auch in absoluten Zahlen deutlich, dass Männer weitaus mehr als Frauen informell gepflegt werden. 405 Tsd. informellen Pflegearrangements stehen bei den Männern 183 Tsd. formell-ambulante und 136 Tsd. vollstationäre Pflegearrangements gegenüber. Bei den Frauen

Tabelle 26: Anteile der pflegebedürftigen und nicht pflegebedürftigen Personen in der BRD nach Geschlecht, Pflegearrangements und weiteren Merkmalen – in %

	Männer				Frauen			
	Pflegearrangement				Pflegearrangement			
	ohne	inf.	f.-amb	Heim	ohne	inf.	f.-amb	Heim
N in Tsd	39.264	405	183	136	40.292	444	354	463
ohne Pflegestufe	100,0	0,4	3,0	7,2	100,0	0,8	2,9	6,8
Pflegestufe I	0,0	58,8	44,6	32,3	0,0	64,9	58,4	32,9
Pflegestufe II	0,0	31,2	36,3	38,8	0,0	26,3	29,2	37,6
Pflegestufe III	0,0	9,6	16,2	21,8	0,0	8,0	9,5	22,7
Alter 0–14	14,1	10,6	0,4	0,1	13,1	6,5	0,1	0,0
Alter 15–59	63,1	31,1	12,0	11,9	59,9	21,5	5,6	2,5
Alter 60–64	5,7	5,4	4,3	5,5	5,8	4,1	2,2	1,2
Alter 65–69	5,2	7,5	6,0	7,1	5,6	5,0	3,4	2,0
Alter 70–74	5,6	11,0	11,6	10,8	6,3	8,4	7,1	4,6
Alter 75–79	3,3	11,3	15,4	13,5	4,2	10,7	12,2	9,1
Alter 80–84	2,0	11,7	21,5	19,1	3,0	16,1	22,4	20,2
Alter 85–89	0,7	7,7	18,2	18,8	1,6	17,4	28,6	31,7
Alter 90+	0,2	3,7	10,4	13,2	0,4	10,3	18,5	28,6
Krebs	4,8	17,4	23,9	17,5	5,2	14,3	15,6	11,6
Demenz	0,4	10,7	25,6	46,5	0,6	12,5	25,3	54,4
Primäres Parkinsonsyndrom	0,3	6,2	11,0	12,2	0,2	4,4	6,4	9,1
Multiple Sklerose	0,2	2,7	2,4	1,6	0,4	4,6	2,9	1,3
Schlaganfall	0,8	11,5	17,2	17,3	0,6	7,5	9,6	11,1
Schenkelhalsfraktur	0,0	0,5	1,3	1,8	0,1	1,1	1,9	2,7
Harninkontinenz	1,4	14,8	26,7	35,4	4,0	22,0	30,5	37,3
Stuhlinkontinenz	0,1	2,7	4,9	8,9	0,2	2,7	4,0	7,3
Quelle: BARMER GEK Daten, Hochrechnung auf Deutschland								

zeigen sich 444 Tsd. Fälle informeller Pflege, 354 Tsd. Fälle formell-ambulanter Pflege und sogar 463 Fälle vollstationärer Pflege.

Als Pendant zu den Verteilungen der Pflegearrangements nach Pflegestufen zeigen sich in Tabelle 26 die Verteilungen der Pflegestufen nach Pflegearrangements. Der Zusammenhang von Pflegestufe und Pflegearrangement ist wieder sichtbar. So liegt für Männer und für Frauen der Anteil der Pflegebedürftigen mit Pflegestufe III bei informeller Pflege unter 10%. Hingegen liegt dieser Anteil bei den Pflege-

bedürftigen im Pflegeheim über 20 %. Aber schon bei denjenigen mit formell-ambulanter Pflege ist tendenziell eine höhere Pflegestufe festzustellen.

Die Altersverteilung bei informeller Pflege zeigt einen hohen Anteil junger Menschen. 42 % der Männer mit informeller Pflege und 28 % der Frauen mit informeller Pflege sind unter 60 Jahre alt. Dieser Anteil liegt bei formell-ambulanter Pflege bei 12 % (Männer) und 6 % (Frauen) und bei vollstationärer Pflege gerade einmal bei 12 % (Männer) und 3 % (Frauen). Die deutlich höheren Anteile im Pflegeheim zeigen sich zumindest bei den Frauen am anderen Ende der Altersskala. Über 60 % der Frauen im Pflegeheim sind 85 Jahre und älter. Von den formell-ambulant gepflegten Frauen sind 47 % 85 Jahre und älter. Bei den Männern betragen diese beiden Anteile 32 % und 29 %. Junge Menschen werden somit eher informell gepflegt und ältere Menschen – insbesondere Frauen – werden eher mit professioneller Unterstützung oder gar im Heim gepflegt.

Bei den Erkrankungen fällt einmal mehr die Demenz auf, die in den drei Pflegearrangements deutlich unterschiedlich vertreten ist. Dabei ist die Verteilung für Männer und Frauen bei gleichem Pflegearrangement sehr ähnlich. 11 % bzw. 13 % der Pflegebedürftigen mit informeller Pflege sind dement, aber bereits 26 % bzw. 25 % mit formell-ambulanter Pflege und 47 % bzw. 54 % im Pflegeheim.³⁷ Mit der Demenz steigt also die Wahrscheinlichkeit der vollstationären Pflege. Aber auch andere Erkrankungen zeigen dieses Muster – wenn auch auf niedrigerem Niveau. So haben oder hatten Heimbewohner auch öfter Inkontinenzen, ein Parkinson-Syndrom, einen Schlaganfall oder eine Schenkelhalsfraktur. Unauffällig zeigen sich hingegen die Anteile der Krebserkrankten und der Multiplen Sklerosen. Diese sind im Pflegeheim sogar weniger vertreten als außerhalb.

³⁷ Die geringeren Anteile im Vergleich zu den Ergebnissen des Pflegereports 2008 (Rothgang et al. 2008) resultieren aus mehreren Faktoren. (1) Die Datenbasis hat sich vergrößert, (2) im Report von 2008 wurden nur die 60-Jährigen und älteren berücksichtigt, hier aber alle Altersgruppen, und (3) Eine Demenz wurde im Report 2008 unterstellt, wenn eine entsprechende Diagnose mindestens einmal innerhalb von zwei Jahren gestellt wurde. Im aktuellen Report wurde dieser Zeitraum auf ein Jahr verkürzt.

5.2.2 Charakterisierung der inzidenten Fälle 2010

Wie in Tabelle 27 zu sehen ist, erhalten im Jahr 2010 256 Tsd. Männer und 344 Tsd. Frauen erstmalig Leistungen der Pflegeversicherung. Der Eintritt in die Pflegebedürftigkeit erfolgt dabei meist mit Pflegestufe I und weitaus seltener mit Pflegestufe II und III. Beispielsweise stehen den 176 Tsd. Neuzugängen in die Pflegebedürftigkeit in Pflegestufe I bei den Männern, lediglich 65 Tsd. Neuzugänge in Pflegestufe II und sogar nur noch 15 Tsd. Neuzugänge in Pflegestufe III gegenüber.

<i>Tabelle 27: Anteile erstmalig Pflegebedürftiger und nicht pflegebedürftiger Personen in der BRD nach differenzierenden Merkmalen im Jahr 2010 – in %</i>								
	Männer				Frauen			
	Pflegestufe				Pflegestufe			
	ohne	I	II	III	ohne	I	II	III
N in Tsd.	39.731	176	65	15	41.207	266	66	12
ohne Pflege	100,0	0,0	0,0	0,0	100,0	0,0	0,0	0,0
informelle Pflege	0,0	50,6	35,9	27,5	0,0	35,1	24,2	22,0
formell-ambulante Pflege	0,0	41,2	49,0	56,6	0,0	52,0	52,6	53,9
vollstationäre Pflege	0,0	8,2	15,1	15,9	0,0	12,9	23,1	24,0
Alter 0–14	15,5	2,1	0,9	0,2	10,4	0,7	0,5	0,3
Alter 15–59	57,5	6,9	8,7	12,3	57,5	4,4	7,4	13,0
Alter 60–64	6,4	4,5	6,0	6,7	7,2	2,6	4,8	7,4
Alter 65–69	6,4	7,6	9,2	11,1	7,5	4,9	7,7	10,7
Alter 70–74	6,8	13,6	17,1	17,0	8,1	10,1	13,2	14,4
Alter 75–79	3,9	16,4	17,6	17,8	4,4	13,7	14,0	13,6
Alter 80–84	2,4	23,1	20,1	17,6	2,9	22,6	18,5	14,7
Alter 85–89	0,9	17,7	14,3	11,7	1,6	28,2	21,9	15,7
Alter 90+	0,2	8,1	6,1	5,6	0,4	12,7	12,1	10,3
Krebs	5,3	27,1	36,4	41,2	5,8	17,8	26,1	37,3
Demenz	0,4	11,3	8,6	5,5	0,5	11,8	9,9	6,0
Primäres Parkinsonsyndrom	0,3	6,0	4,5	2,1	0,2	3,6	2,2	1,3
Multiple Sklerose	0,1	0,6	0,2	0,1	0,4	0,9	0,5	0,0
Schlaganfall	0,8	7,1	6,2	5,1	0,6	4,2	3,4	2,6
Schenkelhalsfraktur	0,0	0,4	0,3	0,2	0,1	0,8	0,5	0,4
Harninkontinenz	1,5	8,9	7,1	5,9	4,4	14,2	12,0	10,1
Stuhlinkontinenz	0,1	0,8	1,0	0,5	0,3	1,2	1,0	0,7
Quelle: BARMER GEK Daten, Hochrechnung auf Deutschland								

Das *Pflegearrangement* variiert bei den Männern mit der *Pflegestufe*: in Pflegestufe I wird am häufigsten (50,6%) informell gepflegt, während in Pflegestufe II (49%) und III (56,6%) am häufigsten formell-ambulant gepflegt wird. Bei den Frauen hingegen wird in jeder Pflegestufe überwiegend formell-ambulant gepflegt (52%, 52,6% und 53,9%). Die Gründe für die nach Geschlecht unterschiedlichen Pflegearrangements in Pflegestufe I liegen vermutlich darin begründet, dass Frauen durchschnittlich im höheren Alter pflegebedürftig werden. Dadurch ist in der anfänglichen, leichteren Pflegebedürftigkeit für Männer meist noch eine Ehepartnerin im Haus, während die pflegebedürftigen Frauen oftmals schon verwitwet sind und der Ehemann somit als Pflegeperson ausfällt.

Betrachtet man die *Erkrankungen*, dann weisen im Jahr 2010 erstmals pflegebedürftige Männer zu 27,1–41,2% Krebs, zu 5,5–11,3% Demenz, und zu 2,1–6,0% ein primäres Parkinsonsyndrom auf. Die Multiple Sklerose ist mit weniger als 0,6% dagegen wenig verbreitet. Die Diagnose Schlaganfall findet sich bei 5,1–7,1% der Fälle und Harninkontinenz ist mit 5,9–8,9% ebenfalls häufig vertreten. Stuhlinkontinenz und Schenkelhalsfraktur liegen dagegen in höchstens 1% der Fälle vor. Bei den Frauen finden sich der Tendenz nach ähnliche Werte. Krebs ist mit 17,8–37,3% etwas geringer verbreitet, ebenfalls das primäre Parkinsonsyndrom mit 1,3–3,6% und Schlaganfall mit 2,6–4,2%. Etwas höher ist die Verbreitung von Harninkontinenz mit 10,1–14,2%. Stuhlinkontinenz und die Diagnose „Schenkelhalsfraktur“ bewegt sich bei den Frauen ebenfalls auf einem niedrigen Niveau von 1%.

5.2.3 Einflussfaktoren für den Eintritt in die Pflegebedürftigkeit 2010

Die in Abschnitt 5.2.2 vorgenommene Deskription dient der Charakterisierung der neu in die Pflegebedürftigkeit eingetretenen Menschen. Sie sagt damit jedoch noch nichts darüber aus, welche bestimmte Merkmalsausprägungen eine Pflegebedürftigkeit begünstigen oder erschweren, da für solche Aussagen der Bezug zur Merkmalsverteilung der gesamten Bevölkerung nötig ist. Eine solche Betrachtung wird in diesem Abschnitt vorgenommen.

Pflegebedürftigkeit tritt in erster Linie in den oberen Altersjahren auf. Betrachtet man die Eintrittswahrscheinlichkeiten in die Pflegebedürftigkeit, dann zeigt sich eine mit zunehmendem Alter ansteigende Wahrscheinlichkeit, pflegebedürftig zu werden (Abbildung 28). Während beispielsweise 5% der noch nicht pflegebedürfti-

gen 80-jährigen Männer innerhalb eines Jahres pflegebedürftig werden, sind es im Alter von 85 Jahren bereits 10 % und im Alter von 90 Jahren sogar 20 %.

Die Wahrscheinlichkeit, eine Pflegebiografie mit Pflegestufe I zu beginnen, ist dabei am größten. Etwa halb so groß ist in jedem Alter die Wahrscheinlichkeit, zunächst in Pflegestufe II eingestuft zu werden. Die Wahrscheinlichkeit, mit Pflegestufe III in die Pflegebedürftigkeit zu gelangen, ist selbst in den höheren Altersjahren kaum höher als 1 %. Darüber hinaus wird auch deutlich, dass sich die altersspezifischen Inzidenzen der Pflegebedürftigkeit zwischen Männern und Frauen nicht gravierend unterscheiden und dies umso weniger, je höher die Pflegestufe ist. Während die altersspezifischen Inzidenzen in Pflegestufe I (sowie bezogen auf alle Pflegestufen insgesamt) bei Frauen noch leicht über denen der Männer liegen, unterscheiden sie sich in Pflegestufe II und III kaum noch.

Dass Pflegebedürftigkeit auch in jüngeren Altersjahren eine vergleichsweise wichtige Rolle spielen kann, zeigt Abbildung 29, die sich auf die unter 60jährigen bezieht, die häufig bei entsprechenden Analysen ausgeblendet werden. Demnach ist das Risiko, pflegebedürftig zu werden, besonders in den ersten Lebensjahren höher als in den Folgealtern und beträgt je nach Alter und Geschlecht 0,1–0,25 %. Auch in den jüngeren Altersjahren beginnt die Pflegebedürftigkeit meist mit Pflegestufe I. Ein Pflegebeginn mit Pflegestufe II oder III ist dagegen deutlich seltener. Danach nimmt die Pflegeeintrittswahrscheinlichkeit bis ins Kindesalter von 15 Jahren sowohl für Jungen als auch für Mädchen kontinuierlich auf das niedrigste Niveau von 0,01–0,02 % ab, auf dem sie bis zum ca. 35. Lebensjahr verbleibt. Anschließend steigt die Pflegeeintrittswahrscheinlichkeit wieder kontinuierlich an und erreicht um das 50. Lebensjahr wieder das Niveau der ersten Lebensjahre.

Um den Determinanten des Eintritts in die Pflegebedürftigkeit näher zu untersuchen, werden im Folgenden medizinische Einflussfaktoren diskutiert (Tabelle 28). Dazu werden Relative Risiken (RR) berichtet, die in einem Exponential-Modell die Veränderung der Eintrittswahrscheinlichkeit je Monat in Abhängigkeit von Veränderungen der unabhängigen Variablen um eine Einheit wiedergeben.

Als erstes lässt sich der bekannte *Alterseffekt* nachweisen: Mit jedem zusätzlichen Altersjahr nimmt die Wahrscheinlichkeit, innerhalb eines Monats pflegebedürftig zu werden, um 10 % für Männer und um 13 % für Frauen zu.

Abbildung 28: Eintrittswahrscheinlichkeit in die Pflegebedürftigkeit für Männer und Frauen ab Alter 60 nach Pflegestufe

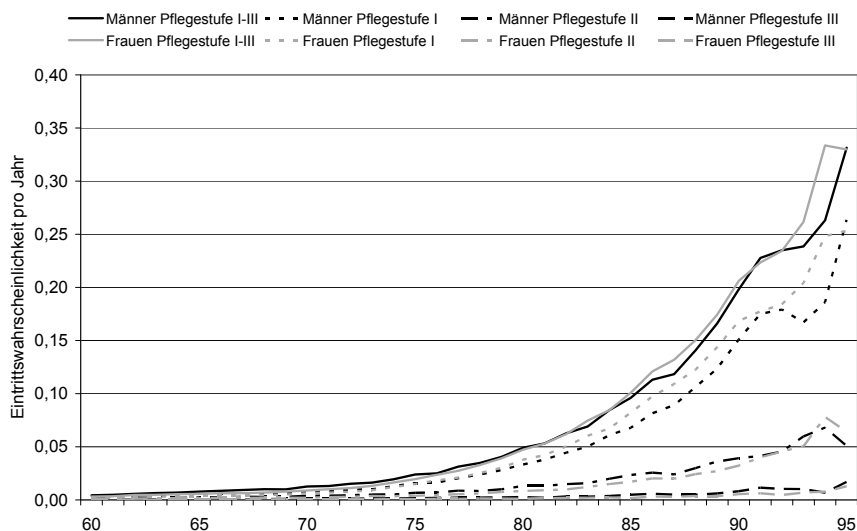


Abbildung 29: Eintrittswahrscheinlichkeit in die Pflegebedürftigkeit für Männer und Frauen von Alter 0–59 nach Pflegestufe

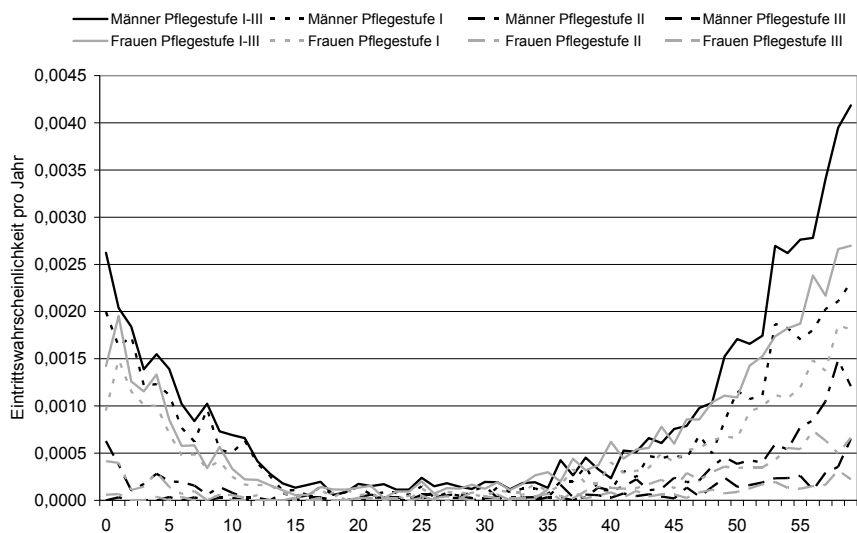


Tabelle 28: Einflussfaktoren für den Eintritt einer Pflegebedürftigkeit im Monat (Relative Risiken)

	Männer		Frauen	
Konstante	-13,630	***	-15,638	***
Alter	1,100	***	1,130	***
Erkrankungen				
Krebs	1,830	***	1,685	***
Demenz	3,954	***	3,382	***
Prim. Parkinson	3,070	***	2,698	***
Multiple Sklerose	3,952	***	5,259	***
Schlaganfall	1,909	***	1,735	***
Harninkontinenz	1,965	***	1,521	***
Stuhlinkontinenz	1,478	***	1,235	***
Schenkelhalsfraktur	1,649	***	1,142	***
Ereignisse	22.794		54.502.456	
Versichertenjahre	38.207.017		41.175	
Log-Likelihood	-157662,834		-268897.1525	
Referenz sind unverheiratete Menschen ohne Erkrankungen				
Irrtumswahrscheinlichkeiten: *** P<0,1 % **P<1 % * P<5 %				

Neben dem Alter bestimmt insbesondere die *vorhergehende Krankheitsgeschichte* eine später im Lebensverlauf auftretende Pflegebedürftigkeit. So sind einige spezifische Erkrankungen in besonderem Maße mit einer möglichen Pflegebedürftigkeit verbunden. Zu nennen ist hierbei in erster Linie Demenz, die sowohl bei den Männern (um 295 %) als auch bei den Frauen (um 238 %) das Risiko von Pflegebedürftigkeit drastisch erhöht.³⁸ Daneben tragen besonders bei den Männern die Multiple Sklerose (285 %) und das primäre Parkinson-Syndrom (207 %) zum Anstieg des Pflegerisikos bei. Das Risiko, durch einen Schlaganfall (91 %) oder eine Harninkontinenz (97%), bzw. Krebs (83 %) pflegebedürftig zu werden, fällt etwas niedriger aus. Noch etwas geringer ist bei den Männern die Risikoerhöhung durch eine Schenkelhalsfraktur (65 %) oder durch Stuhlinkontinenz (48 %).

³⁸ Ein relatives Risiko von 1 gibt *keinen* Einfluss der unabhängigen Variablen wieder. Ein relatives Risiko von 2 entspricht hingegen einer Risikoerhöhung um 100 %.

Bei den Frauen gehört (neben Demenz) die Multiple Sklerose (426 %) und das primäre Parkinson-Syndrom (170 %) zu den bedeutendsten Einflussfaktoren, während Krebs (69 %), ein Schlaganfall (74 %) und Harninkontinenz (152 %) das Risiko in geringerem Ausmaß erhöht. Die Stuhlinkontinenz (24 %) sowie eine Schenkelhalsfraktur (14 %) erhöhen dagegen das Risiko nur vergleichsweise gering.

Damit gehören dementielle Erkrankungen sowie das primäre Parkinson-Syndrom und die Multiple Sklerose zu den bedeutendsten Risiken für eine Pflegebedürftigkeit von Männer und Frauen. Jedoch muss bedacht werden, dass beispielsweise die Multiple Sklerose zwar bei Frauen das Risiko einer Pflegebedürftigkeit drastisch erhöht, sie aber mit maximal 1 % an allen inzidenten Fällen auch relativ gering vertreten ist (vgl. Abschnitt 5.2.2).

5.3 Wandel der Pflegebedürftigkeit

In diesem Abschnitt wird der Wandel der Pflegebedürftigkeit in zwei Dimensionen untersucht: (1) Als Wandel der Verteilungen über die Jahre und (2) als Wandel der Zustände im Lebensverlauf. Der hier betrachtete Wandel der Pflegearrangements und Pflegestufen wird dabei unter Kontrolle sozio-demografischer Faktoren und des Gesundheitszustands betrachtet. In Abschnitt 5.3.1 werden die Pflegeprävalenzen im Wandel dargestellt. Abschnitt 5.3.2 betrachten Veränderungen der Inzidenzen und Abschnitt 5.3.3 solche der Pflegeverläufe.

Die Datenbasis für den gesamten Abschnitt 5.3 sind die Routinedaten der ehemaligen GEK-Versicherten. Der Messzeitraum für die Pflegeleistungen umfasst dabei maximal die Jahre 1998–2010. Die soziodemografischen Merkmale sind für den gleichen Zeitraum verfügbar, die Diagnosestellungen aber nur für die Jahre 2004–2009.

5.3.1 Pflegeprävalenzen im Wandel

Bevor in Abschnitt 5.3.1.2 analysiert wird, wie sich die altersspezifischen Pflegeprävalenzen im Zeitverlauf entwickelt haben, wird in Abschnitt 5.3.1.1 in einer Zeitreihenbetrachtung die Veränderung der deskriptiven Merkmale der Pflegebedürftigen dargestellt. Neben diesen zeitpunktbezogenen Prävalenzen wird in Abschnitt 5.3.1.3 die Lebenszeitprävalenz, also die Wahrscheinlichkeit, jemals im Leben pflegebedürftig zu werden, ausgewiesen und hinsichtlich ihrer Veränderung im Zeitverlauf diskutiert. Abschließend wird in Abschnitt 5.3.1.4 noch ermittelt, in

welchem Umfang Menschen zu Hause ohne Pflegeleistungen, zuhause mit Pflegeleistungen, im Pflegeheim oder im Krankenhaus sterben.

5.3.1.1 Zahl und Merkmale der Pflegebedürftigen – Zeitreihe von 1998–2010

Die Zahl der Pflegebedürftigen ist monatsbezogen gemessen und äquivalent einer Stichtagserhebung auf die Bevölkerung der BRD hochgerechnet. Die resultierenden Fallzahlen liegen wiederum unter den Zahlen aus der Pflegestatistik (vgl. hierzu auch Abschnitt 5.1.3). Insgesamt kommt die Hochrechnung auf Fallzahlen von insgesamt 1,57 Mio. im Jahr 1998 bis 2,00 Mio. im Jahr 2010 (Tabelle 29). Damit liegen die Hochrechnungen 15 %–20 % unter den Zahlen der Pflegestatistik.

Ebenso, wie in der Pflegestatistik, wird aber auch bei der Auswertung der Routinedaten deutlich, dass die Anteile der Pflegebedürftigen mit einer geringeren *Pflegestufe* im Zeitverlauf zunehmen. 1998 hatten noch 38 % der pflegebedürftigen Männer und 43 % der pflegebedürftigen Frauen die Pflegestufe I, bis zum Jahr 2010 ist der Anteil dann für beide Geschlechter auf 53 % gestiegen. Rückläufig ist entsprechend der Anteil der pflegebedürftigen Männer und Frauen mit Pflegestufe II oder III. Parallel dazu ist bis 2008 auch der Anteil der Pflegebedürftigen, die informell gepflegt werden, gesunken und der Anteil der Pflegeheimbewohner gestiegen. Nach 2008 hat sich dieser Trend wieder leicht verkehrt, so dass der Anteil der häuslichen Pflege im Jahr 2010 wieder größer ist als im Jahr 2007. Ein merklicher Anteil der Pflegebedürftigen von einem knappen halben Prozent findet sich jeweils in keinem Pflegearrangement, sondern ist übergangsweise wegen stationärer Behandlungen ohne Pflegeleistungen.

Die *Altersverteilung* der Pflegebedürftigen zeigt einen Rückgang der Anteile in der jüngsten Alterskategorie. Dies ist aber nicht mit einem allgemeinen Rückgang der Pflegebedürftigkeit der jüngsten Personen gleichzusetzen. Die absolute Zahl der pflegebedürftigen jüngsten Personen bleibt nämlich relativ konstant. Zugenommen hat die Zahl der alten, pflegebedürftigen Personen. Durch diesen Zuwachs sinkt der Anteil der jüngsten Pflegebedürftigen.

Die Altersverteilung ist *geschlechtsspezifisch*. Dies zeigt sich konstant in der gesamten Zeitreihe. Bei den Männern ist der Anteil der jüngeren Pflegebedürftigen höher als bei den Frauen. So sind durchweg über 20 % der pflegebedürftigen Frauen 90 Jahre und älter. Der Anteil der über 90-jährigen pflegebedürftigen Männer überschreitet hingegen nur zu einigen Zeitpunkten knapp die 10 %-Marke.

Tabelle 29: Zeitreihe der Anzahl der Pflegebedürftigen und Anteile nach sozio-demografischen Merkmalen und nach Erkrankungen – Hochrechnung auf die BRD

	Männer					Frauen				
	1998	2001	2004	2007	2010	1998	2001	2004	2007	2010
Anzahl in Tsd.	448	507	555	587	676	1.122	1.176	1.221	1.236	1.324
ohne Pflegestufe	0,0	0,0	0,0	0,0	0,2	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1
Pflegestufe I	37,6	43,8	46,5	48,8	52,8	42,7	46,8	47,3	49,9	52,8
Pflegestufe II	43,7	38,9	37,7	36,8	34,0	40,5	37,9	37,6	35,2	33,5
Pflegestufe III	18,7	17,3	15,8	14,3	13,1	16,8	15,3	15,1	14,9	13,6
informelle Pflege	62,1	61,2	59,1	56,3	56,2	45,3	42,4	41,0	39,2	40,2
formell-ambulante Pflege	19,5	19,4	21,0	21,7	22,8	22,8	22,8	22,8	24,1	26,2
vollstationäre Pflege	17,9	18,9	19,5	21,6	20,4	31,5	34,4	35,9	36,5	33,2
Unterbrechung/Krankenhaus	0,5	0,5	0,4	0,4	0,7	0,3	0,4	0,3	0,2	0,4
Alter 0–14	9,4	8,5	7,2	6,1	6,2	2,7	2,6	2,3	2,1	2,0
Alter 15–59	17,7	19,6	20,2	18,7	16,7	7,5	7,3	7,2	6,7	7,0
Alter 60–64	6,0	6,0	5,3	4,5	5,0	2,3	2,5	2,2	1,8	2,1
Alter 65–69	8,1	7,8	8,3	8,1	7,2	3,6	3,3	3,5	3,8	3,4
Alter 70–74	11,1	10,8	10,0	11,1	12,0	6,9	6,8	6,1	6,0	6,7
Alter 75–79	13,4	12,8	14,0	13,8	14,4	14,2	13,2	12,3	11,5	11,1
Alter 80–84	11,0	11,8	15,0	14,6	17,7	16,1	19,7	23,6	21,3	20,3
Alter 85–89	14,5	12,4	8,2	12,8	13,2	26,4	23,4	18,5	25,0	27,0
Alter 90+	8,8	10,3	11,8	10,5	7,7	20,2	21,2	24,2	21,9	20,5
Alleinlebend		10,6	14,2	17,1	17,2		24,7	34,0	38,5	37,3
Verheiratet	54,3	54,0	54,5	56,0	56,7	20,4	21,3	22,5	25,6	28,7
Ausländer	0,9	1,2	1,5	1,7	2,7	0,6	0,6	0,9	1,1	1,4
Krebs			18,3	20,1				12,0	13,9	
Demenz			24,9	30,1				35,6	41,1	
Primäres Parkinsonsyndrom			8,5	9,3				7,2	7,1	
Multiple Sklerose			2,1	2,1				1,9	1,8	
Schlaganfall			19,4	18,0				14,7	12,5	
Schenkelhalsfraktur			1,5	2,0				3,6	3,4	
Harninkontinenz			25,6	32,9				33,2	41,0	
Stuhlinkontinenz			9,7	13,4				10,0	12,5	
Quelle: Routinedaten der ehemaligen GEK-Versicherten										

Geschlechtsspezifisch ist auch die *Haushaltskonstellation*. Hier stehen zwei Merkmale zur Auswahl, die dieses ausdrücken. Zum einen gibt es den Hinweis auf

„Alleinlebend“ des MDK. Zum anderen zeigt der Familienstand an, ob es noch einen Ehepartner gibt. In den ersten Beobachtungsjahren ist das Merkmal „Alleinlebend“ noch nicht in dem Maße berücksichtigt worden wie später. Der Unterschied zwischen Männern und Frauen ist aber dennoch von Anfang an sichtbar. Im Jahr 1998 wurde nur bei 1,6 % der pflegebedürftigen Männer das Alleinleben dokumentiert, während dies schon bei 3,4 % der pflegebedürftigen Frauen erfolgte. Im Jahr 2010 wiesen 17 % der Männer und 37 % der Frauen dieses Merkmal auf. Umgekehrt sind relativ konstant 55 % der Männer verheiratet, aber nur 20 % bis 30 % der Frauen. Pflegebedürftige Frauen haben demnach in geringerem Maße als pflegebedürftige Männer ein soziales Umfeld, das geeignet ist, die häusliche Pflege zu gewährleisten.

Ein Thema, das aktuell noch wenig Beachtung findet, aber immer mehr an Bedeutung gewinnen wird, ist die pflegerische Versorgung von *ausländischen Mitbürgern*. Die Hochrechnungen zeigen jetzt schon einen Anstieg der Anteile unter den pflegebedürftigen Männern von 0,9 % auf 2,7 % und unter den pflegebedürftigen Frauen von 0,6 % auf 1,4 % an. Die Kommunikation mit Pflegebedürftigen kann im gewohnten Kontext schon eine Herausforderung sein. Dazu werden sich dann durch die Zunahme des Ausländeranteils weitere sprachliche und kulturelle Faktoren hinzugesellen, die die außerfamiliäre Pflege nicht einfacher machen.

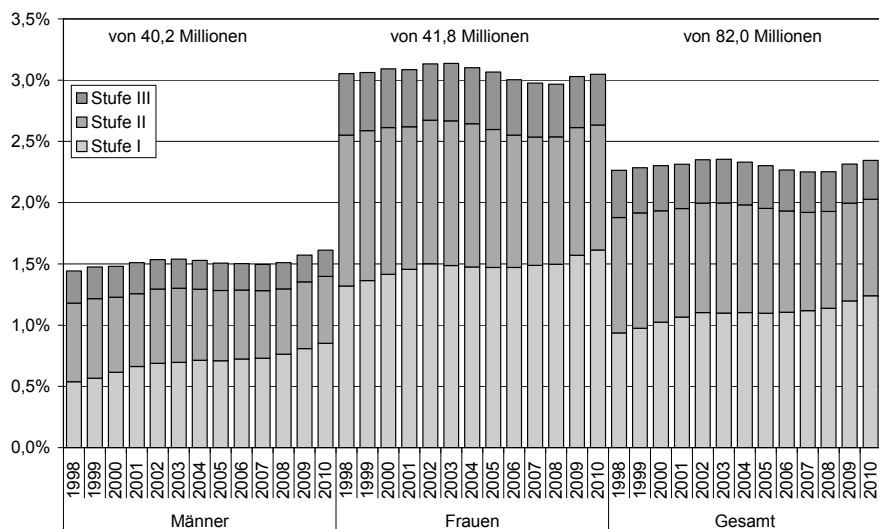
Häufig vorkommende *Erkrankungen* unter Pflegebedürftigen sind Krebs, Demenz, Schlaganfall und Inkontinenzen. Die Schenkelhalsfraktur erscheint mit einem Anteil von 1,5 % bis 2 % bei den Männern und 3,5 % bei den Frauen relativ gering. Wegen des geringen Beobachtungszeitraums, für den Diagnosen vorliegen, wird auf eine Zeitreihenbetrachtung dieses Merkmals verzichtet.

5.3.1.2 Prävalenz im Wandel

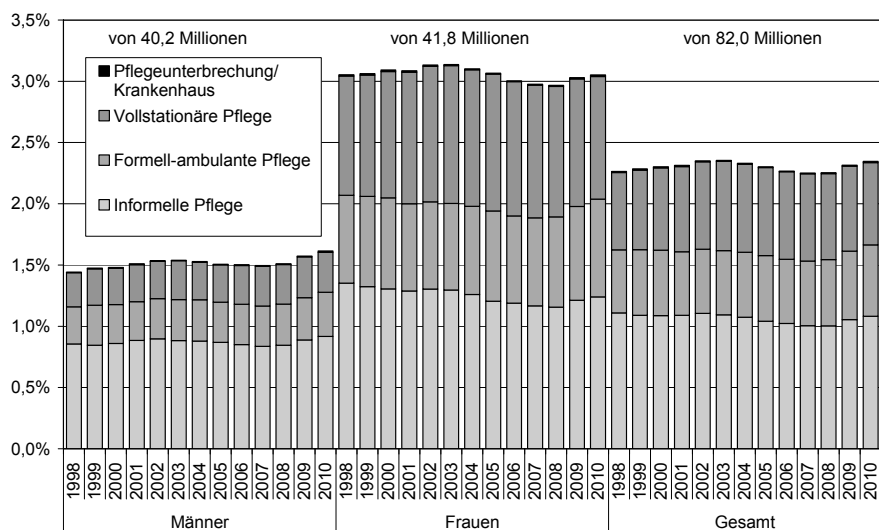
Im Laufe der Jahre können sich neben Altersstruktur der Bevölkerung, Haushaltsstrukturen, Familiengrößen und pflegebegründenden Diagnosen auch die altersspezifischen Prävalenzen verändern. Bleibt das Pflegerisiko gleich oder gibt es Veränderungen? Um diese Frage zu beantworten, wurden die ermittelten alters- und geschlechtsspezifischen Prävalenzen der einzelnen Jahre auf die Bevölkerung der Bundesrepublik des Jahres 2008 hochgerechnet.

Abbildung 30: Zeitreihe der Prävalenzen; Standardisiert auf die Bevölkerung Deutschlands des Jahres 2008

... differenziert nach Pflegestufen



... differenziert nach Pflegearrangement



Quelle: GEK-Routinedaten

Bei der Zeitreihenbetrachtung dieser auf das Jahr 2008 standardisierten Prävalenzen wird also so getan, als sei die Alters- und Geschlechtsverteilung stets identisch und auf dieser Grundlage eine Gesamtprävalenz für die gesamte Bevölkerung berechnet. Die Darstellung der Entwicklung erfolgt zum einen differenziert nach Pflegestufen (Abbildung 30) zum anderen nach Pflegearrangements (Abbildung 31).

Zunächst fällt aber auf, dass der Gesamtanteil der Pflegebedürftigen an der Bevölkerung relativ konstant bei 2,3 % geblieben wäre, wenn durchgängig eine Bevölkerungsverteilung wie im Jahr 2008 gegeben wäre.

Innerhalb der relativ konstanten Pflegeprävalenz zeigen sich aber Tendenzen der Verschiebungen zwischen den *Pflegestufen* und zwischen den Pflegearrangements. Für Männer und für Frauen steigt die Prävalenz der Pflegebedürftigen mit Pflegestufe I ist, bei den Männern von 0,5 % auf 0,9 % und bei den Frauen von 1,3 % auf 1,6 %. Insgesamt resultiert daraus ein Anstieg von 0,9 % auf 1,2 %. In Pflegestufe II gibt es in der Gesamtbevölkerung einen Rückgang von 0,9 % auf 0,8 % und in Pflegestufe III von 0,4 % auf 0,3 %. Innerhalb der *Pflegearrangements* zeigen sich bei den Frauen leichte Rückgänge in der informellen Pflege von 1,4 % auf 1,2 % bei minimal steigenden Anteilen an formell-ambulant gepflegten Frauen und konstanten Anteilen an vollstationär gepflegten Frauen.

Der tatsächlich feststellbare im Zeitverlauf steigende Anteil der Pflegebedürftigen an der Bevölkerung ist somit ausschließlich auf die Alterung der Bevölkerung und nicht auf steigende Prävalenzen zurückzuführen. Bei konstanter Alters- und Geschlechtsverteilung resultiert mit Blick auf die Pflegestufen tendenziell sogar das Bild einer abnehmenden Pflegebedürftigkeit. Dabei wird aber in relativ unveränderter Weise vollstationäre Pflege in Anspruch genommen.

5.3.1.3 Gesamtlebenszeitprävalenz: Die Pflegeleistung jemals vor dem Tod

Die Bedeutung von Pflegebedürftigkeit für jeden einzelnen zeigt sich aber weniger in der Prävalenz für eine bestimmte Altersgruppe als in der Wahrscheinlichkeit, *jemals* im Leben pflegebedürftig zu werden (=Gesamtlebenszeitprävalenz), die in diesem Abschnitt ausgewertet wird.

Schon im Pflegereport von 2008 wurde diese Wahrscheinlichkeit auf Basis der GEK-Versicherten ausgewertet (Rothgang et al. 2008). Dabei zeigte sich, dass

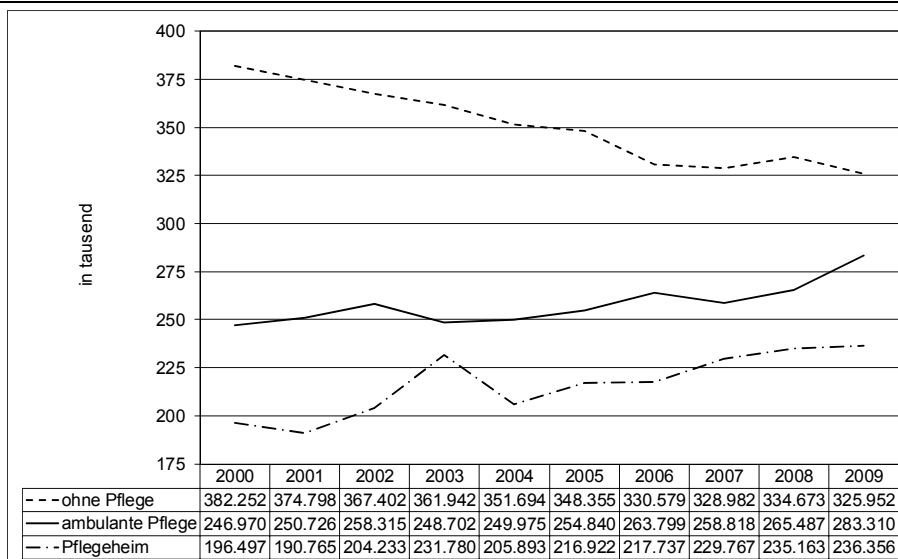
diese Wahrscheinlichkeit rund 50 % betrug, was – bei einer Interpretation der aktuellen Prävalenz als Schätzwert für die Zukunft impliziert, dass jeder Zweite pflegebedürftig wird. In diesem Abschnitt werden entsprechende Ergebnisse im Zeitverlauf berichtet, wobei die auf die Sterbebevölkerung in der BRD hochgerechnet werden, um so zu Aussagen für ganz Deutschland zu gelangen.

Für diese Untersuchung wurde nur auf die Mitglieder der GEK abgestellt, während die Familienversicherten unberücksichtigt blieben. Für die Analyse ausgewählt wurden zudem nur diejenigen, die zum Todeszeitpunkt das 30. Lebensjahr vollendet hatten und mindestens ein Jahr bei der GEK versichert waren. Für diese Personen wurden retrospektiv die Pflegeleistungen analysiert. Untersucht wurde dabei, ob jemals Pflegeleistungen im Heim oder jemals ambulante Pflegeleistungen in Anspruch genommen wurden. Alle diejenigen, die jemals vor dem Tod im Pflegeheim gewesen sind, wurden der Kategorie „Pflegeheim“ zugeordnet – unabhängig davon, ob sie auch mal ambulante Pflegeleistungen bezogen haben. Alle diejenigen, die nie im Pflegeheim waren, aber jemals ambulante Pflegeleistungen bezogen, sind der Kategorie „ambulante Pflege“ zugeordnet. Neben der Pflegeleistung wurde kontrolliert, welches die höchste jemals erhaltene Pflegestufe ist.

Die Hochrechnungen für Deutschland erfolgen auf Basis der Verteilung nach Geschlecht und 5-Jahres-Alterskategorien der Verstorbenen. Die erhobenen relativen GEK-Verhältnisse werden auf die Sterbefalldaten für Deutschland von 2000 bis 2009 (Statistischen Bundesamt 2011) hochgerechnet.

In Abbildung 31 werden die ab dem 30. Lebensjahr verstorbenen Personen für Deutschland im zeitlichen Verlauf von 2000 bis 2009 dargestellt. Im Jahr 2000 haben 382 Tsd. (46 %) der insgesamt 825 Tsd. ab dem 30. Lebensjahr verstorbenen Personen keine Pflegeleistungen vor ihrem Tod in Anspruch genommen, während 54 % der verstorbenen Personen irgendwann im Leben, in der Regel am Lebensende, pflegebedürftig waren. 246 Tsd. verstorbene Personen (=30 %) haben zwar ambulante Pflegeleistungen bezogen, waren aber nie im Pflegeheim und 196 Tsd. verstorbene Personen (=24 %) erhielten (auch) Leistungen der stationären pflegerischen Versorgung. Bis 2009 hat sich der Anteil der niemals pflegebedürftigen Verstorbenen um 7 Prozentpunkte auf 326 Tsd. Personen (=39 %) reduziert, der Anteil der nur ambulant pflegebedürftigen um 3 Prozentpunkte auf 283 Tsd. (=33 %) und der Anteil der (auch) stationär pflegerisch versorgten Personen um 4 Prozentpunkte auf 236 Tsd. (=28 %) erhöht. Damit ist der Anteil der ab dem 30. Lebensjahr

Abbildung 31: Inanspruchnahmen von Pflegeleistungen vor dem Tod von Verstorbenen der BRD von 2000 bis 2009 ab dem 30. Lebensjahr

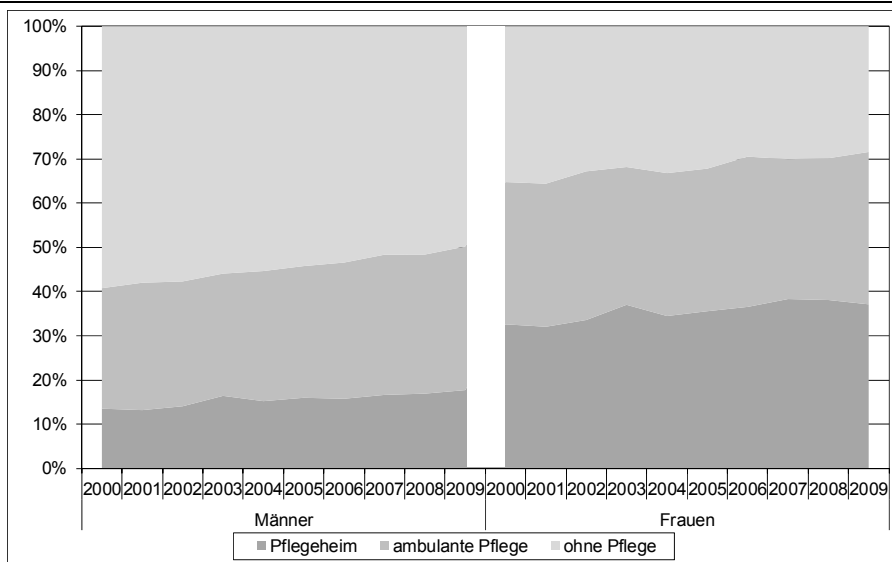


Anmerkung: Sterbefallzahlen der GEK-Mitglieder hochgerechnet auf die Sterbefallzahlen der BRD in den jeweiligen Jahren

verstorbenen Personen in Deutschland, die jemals eine Pflegeleistung bezogenen haben, auf 61 % im Jahr 2009 angewachsen.

Die Abbildung 32 zeigt die geschlechtsspezifische Differenzierung der in Abbildung 31 verwendeten Daten. 41 % der Männer und 65 % der im Jahr 2000 verstorbenen Frauen haben im Laufe ihres Lebens Pflegeleistungen erhalten. Bis 2009 hat sich dieser Anteil bei den Männern um 9 Prozentpunkte auf 50 % und bei den Frauen um 7 Prozentpunkte auf 72 % erhöht, so dass die Hälfte der ab dem 30. Lebensjahr im Jahr 2009 verstorbenen Männer und mehr als zwei Drittel der entsprechenden Frauen im Verlauf ihres Lebens Pflegeleistungen erhalten haben. Dieser Unterschied von 22 Prozentpunkten im Jahr 2009 zwischen den Männern und Frauen hat sich vom Basisjahr 2000 (24 Prozentpunkte) folglich nur um 2 Prozentpunkte reduziert. Die geschlechtsspezifische Differenz in der Gesamtlebenszeitprävalenz ist also im Zeitverlauf relativ konstant. Dieser Unterschied zwischen Frauen und Männern ist nicht durch Unterschiede bei der ambulanten pflegerischen Versorgung bedingt, sondern durch die hohe weibliche Gesamtlebens-

Abbildung 32: Geschlechtsspezifische Inanspruchnahmen von Pflegeleistungen vor dem Tod von Verstorbenen der BRD von 2000 bis 2009 ab dem 30. Lebensjahr – 100%-skaliert

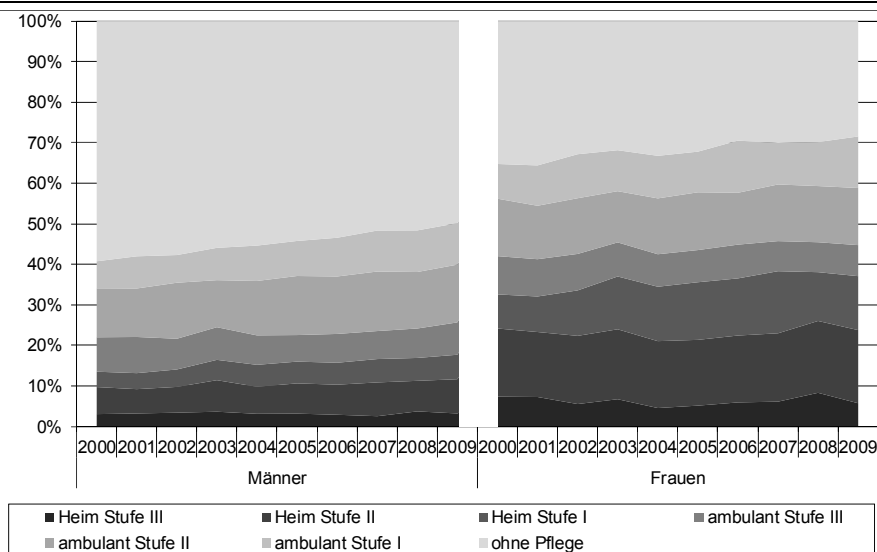


Anmerkung: Sterbefallzahlen der GEK-Mitglieder hochgerechnet auf die Sterbefallzahlen der BRD in den jeweiligen Jahren

zeitprävalenz für stationäre pflegerische Versorgung. Die Zahl der Frauen, die im Lebensverlauf stationäre Pflege in Anspruch genommen haben, ist im Jahr 2009 mit 165.623 mehr als doppelt so hoch wie bei den Männern (70.733). Dieses Geschlechterverhältnis hat von 2000 bis 2009 jedoch deutlich abgenommen. Im Jahr 2000 waren mit 145.139 Personen noch fast dreimal so viele weibliche Personen im Pflegeheim wie Männer (51.359). Insgesamt nimmt jede dritte Frau und jeder siebte Mann im Lebensverlauf stationäre Pflege in Anspruch.

Abbildung 33 zeigt die geschlechtsspezifische Inanspruchnahme der ambulanten und stationären Pflegeleistungen differenziert nach der höchsten jemals festgestellten Pflegestufe. 16,9% der 2009 verstorbenen Frauen haben in ihrem Leben als höchste Pflegestufe die Stufe I erreicht, 31 % hatten die Pflegestufe II und 16,8 % hatten als höchste Stufe sogar die Pflegestufe III. Bei den Männern liegt die Verteilung bei 10,5 %, 18,7% und 11,6%. Die Verteilung über die höchsten Pflegestufen sieht also im Falle einer jemals erlebten Pflegebedürftigkeit sehr ähnlich aus.

Abbildung 33: Geschlechtsspezifische Inanspruchnahmen von Pflegeleistungen vor dem Tod (ambulante Pflege vs. Pflegeheim) differenziert nach Pflegestufe der Verstorbenen der BRD von 2000 bis 2009 ab dem 30. Lebensjahr – 100 %-skaliert



Anmerkung: Sterbefallzahlen der GEK-Mitglieder hochgerechnet auf die Sterbefallzahlen der BRD in den jeweiligen Jahren

Relevante geschlechtsspezifische Unterschiede ergeben sich vielmehr durch die unterschiedliche Gesamtlebenszeitprävalenz, also die Wahrscheinlichkeit, jemals im Lebensverlauf pflegebedürftig zu werden. Dieser Zusammenhang bleibt auch über die Jahre bestehen.

5.3.1.4 Sterben in Pflegebedürftigkeit oder/und in Institutionen

Einerseits wird durch eine höhere Lebenserwartung und die mit einem höheren Lebensalter verbundene höhere Wahrscheinlichkeit chronisch-degenerativer Erkrankungen (Borchert 2008: 9ff.) auch die Wahrscheinlichkeit einer individuellen Pflegebedürftigkeit immer größer. Andererseits wird aufgrund einer Veränderung in den Familien- und Haushaltsstrukturen einer immer größeren Anzahl von Pflegebedürftigen eine sinkende Anzahl von Pflegenden gegenüber stehen (Rothgang et al. 2008: 155). Diese veränderten Strukturen lassen erwarten, dass sich das Sterben zunehmend in Institutionen ereignen wird (Fischer et al. 2004; Hoffmann

2011; Voges 2008: 156f.). Umfangreiche repräsentative Ergebnisse über eine Trendentwicklung des institutionalisierten Sterbens liegen jedoch für Deutschland bislang nicht vor (Thönnies & Jakoby 2011: 1; Werner 2011: 5). Im GEK-Pflegereport 2008 wurde bereits kurz auf die relativen Veränderungen der Sterbeorte (Privathaushalt, Pflegeheim und Krankenhaus) im zeitlichen Verlauf hingewiesen und ein Trend zum Sterben in Institutionen festgestellt (vgl. Rothgang et al. 2008: 157).

Mit den nachfolgenden Analysen sollen erstmals die Sterbeorte am Todestag in Privathaushalten (ohne Pflege und in ambulanter Pflege) und in Institutionen (Pflegeheim und Krankenhaus (inklusive Vorsorge- und Rehabilitationskliniken)) für Deutschland im zeitlichen Verlauf von 2000 bis 2009 beschrieben werden. Für die Auswertungen werden die GEK-Daten der Jahre 2000 bis 2009 genutzt und die Personen in den Analysen berücksichtigt, die zum Zeitpunkt des Todes als eigenständiges Mitglied (und nicht als Familienversicherte im Sinne des § 10 SGB V) in der GEK versichert waren. In Abhängigkeit von Sterbeort des verstorbenen Mitglieds und Pflegestatus werden vier Kategorien unterschieden³⁹:

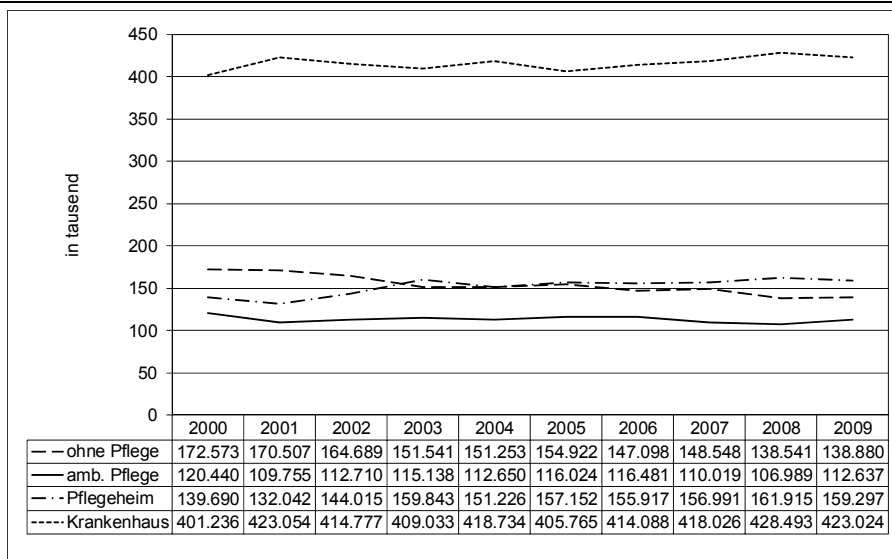
1. Krankenhaus sowie Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen
2. Pflegeheim (Langzeit- und Kurzzeitpflege) und
3. eigene Häuslichkeit bei Pflegebedürftigen (Empfänger von Pflegesachleistungen, Pflegegeld, teilstationärer Pflege oder Verhinderungspflege) sowie
4. eigene Häuslichkeit bei Nicht-Pflegebedürftigen.

Die Auswertungen erfolgen als Hochrechnungen für Deutschland. Die Hochrechnungen von den GEK-Mitgliedern auf die Sterbefallzahlen der deutschen Bevölkerung wie sie vom Statistischen Bundesamt ausgewiesen werden (Statistisches Bundesamt 2011) erfolgt differenziert nach Geschlecht und 5-Jahres-Alterskategorien. Aufgrund der geringen Sterbefallzahlen in den jüngeren Alterskategorien werden nur Sterbefälle ab dem 30. Lebensjahr berücksichtigt⁴⁰.

³⁹ Wenn zwei verschiedene dieser Zustände am Todestag dokumentiert sind, dann überschreibt der erstgenannte den nachfolgend genannten Zustand.

⁴⁰ Wegen Rundungsfehlern bei der Hochrechnung kann sich die hier ausgewiesene Anzahl der verstorbenen Personen von den Angaben des Statistischen Bundesamtes leicht unterscheiden.

Abbildung 34: Sterbeorte der über 30-jährig Verstorbenen in der BRD von 2000 bis 2009

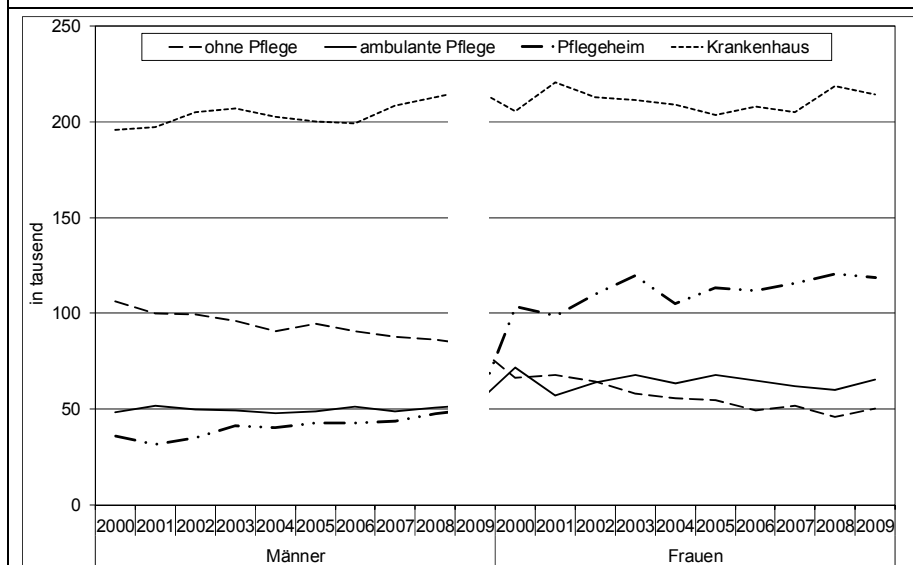


Anmerkung: Sterbefallzahlen der GEK-Mitglieder hochgerechnet auf die Sterbefallzahlen der BRD in den jeweiligen Jahren

Abbildung 34 zeigt die absolute Sterbefallzahlenentwicklungen für die genannten vier Kategorien. Die Anzahl der verstorbenen Personen in Privathaushalten, die keine Pflegeleistungen in Anspruch genommen haben, ist von 172 Tsd. im Jahr 2000 auf 133 Tsd. in 2009 gesunken (–22 %). Weiterhin hat die Zahl der zu Hause verstorbenen ambulant versorgten Pflegebedürftigen von 2000 bis 2009 marginal um 2 % abgenommen. Gleichzeitig hat die Anzahl der Personen, die in Institutionen verstorbenen sind (Pflegeheim: +21 %; Krankenhaus: +8 %) deutlich zugenommen. Die Institutionalisierung des Sterbens ist somit nicht nur als relative Größe, sondern sogar als absolute Zahl erkennbar.

Ein Blick auf die geschlechtsspezifische Entwicklung (Abbildung 35) lässt wiederum Gemeinsamkeiten und Unterschiede für Männer und Frauen erkennen. Für beide Geschlechter nimmt die Zahl der Sterbefälle ohne Pflegeleistung zum Todeszeitpunkt absolut ab. Bei den Männern sinkt sie von 2000 bis 2009 von 106 Tsd. auf 83 Tsd. und bei den Frauen von 66 Tsd. auf 50 Tsd. Die Zahl der Sterbefälle mit ambulanter Pflegeleistung zum Todestag bleibt relativ konstant, jedoch steigt die Zahl

Abbildung 35: Geschlechtsspezifische Sterbeorte der BRD von 2000 bis 2009

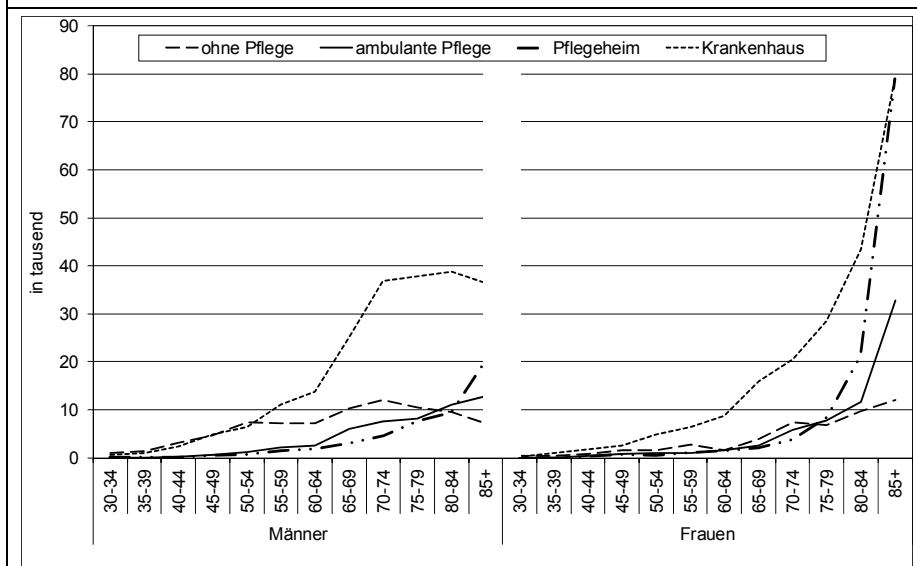


Anmerkung: Sterbefallzahlen der GEK-Mitglieder hochgerechnet auf die Sterbefallzahlen der BRD in den jeweiligen Jahren

der Sterbefälle im Pflegeheim (Männer: von 35 Tsd. auf 49 Tsd.; Frauen: von 103 Tsd. auf 118 Tsd.). Allerdings steigt die Zahl der Sterbefälle im Krankenhaus bei den Männern deutlicher als bei den Frauen von 195 Tsd. auf 217 Tsd. im Vergleich zu einem Anstieg von 205 Tsd. auf 214 Tsd. bei den Frauen. Frauen versterben häufiger im Pflegeheim und seltener zu Hause ohne Pflege als Männer. Jedoch wird auch deutlich, dass die Zahl der männlichen Verstorbenen im Pflegeheim und auch im Krankenhaus seit 2001 fast kontinuierlich ansteigt, während bei den Frauen ein geringeres Steigerungsniveau zumindest im Krankenhaus festzustellen ist.

Fasst man die Sterbeziffern im Krankenhaus und im Pflegeheim zusammen, lässt sich der Institutionalisierungsgrad insgesamt und geschlechtsspezifisch für die einzelnen Jahre ermitteln. In Deutschland hat der relative Anteil des Sterbens in Institutionen von 2000 bis 2009 kontinuierlich an Bedeutung gewonnen (+5 Prozentpunkte). Im Jahr 2000 sind insgesamt 293 Tsd. Personen in Privathaushalten (35 %) verstorben. Die anderen 65 % verstarben in Institutionen. Im Jahr 2009 verstarben bereits 70 % in Institutionen. Damit ist eine leichte Zunahme des institutionalisierten Sterbens für Deutschland festzustellen. Frauen sind schon im Jahr 2000

Abbildung 36: Geschlechtsspezifische Sterbeorte der BRD für 2009 differenziert nach Alterskategorien ab dem 30. Lebensjahr



Anmerkung: Sterbefallzahlen der GEK-Mitglieder hochgerechnet auf die Sterbefallzahlen der BRD

mit 69 % häufiger in Institutionen verstorben sind als Männer (60 %). Im zeitlichen Verlauf hat sich der institutionelle Sterbeanteil bei beiden Geschlechtern fast stetig erhöht. Für Frauen liegt der Anteil im Jahr 2009 bei 74 % und für Männer bei 66 %. Die Verteilungen der Sterbeorte unterscheiden sich für Männer und Frauen allerdings deutlich voneinander. Im Jahr 2009 sind Männer (Frauen) zu 12 % (26 %) im Pflegeheim, zu 13 % (15 %) in der ambulanten Pflege zu Hause, zu 21 % (11 %) ohne Pflegeleistungen zu Hause und zu 54 % (48 %) im Krankenhaus verstorben. Am deutlichsten unterscheiden sich die Sterbefallzahlen für den Sterbeort Pflegeheim und für die im Privathaushalt Verstorbenen ohne Pflegeleistungen. Frauen versterben demnach weitaus häufiger im Pflegeheim und Männer häufiger im Privathaushalt ohne Pflegeleistung.

Eine mögliche Erklärung der geschlechtsspezifischen Unterschiede könnte im unterschiedlichen Sterbealter von Männern und Frauen liegen. In Abbildung 36 sind die alters- und geschlechtsspezifischen Sterbefallzahlen für die vier Sterbeortkategorien für das Jahr 2009 abgebildet. Insgesamt verstarben 22 % der Män-

ner und nur 10 % der Frauen bis zum 64. Lebensjahr, sodass den alters- und geschlechtsspezifischen Sterbeortanalysen ab dem 65. Lebensjahr eine weitaus höhere Bedeutung zukommt. Ab dem 65. Lebensjahr nimmt der Anteil der im Krankenhaus Verstorbenen bei den Männern deutlich zu (+6 Prozentpunkte), während er bei den Frauen insgesamt um 12 Prozentpunkte abnimmt, obwohl ein deutlich absoluter Sterbefallzahlenanstieg zu verzeichnen ist. Diese relative Abnahme bei den weiblichen Verstorbenen im Krankenhaus ist der Tatsache geschuldet, dass insbesondere der Anteil der im Pflegeheim Verstorbenen bei den Frauen ab dem 75. Lebensjahr ansteigt. Bei den über 85-jährigen Frauen nimmt das Pflegeheim mit 79 Tsd. verstorbenen Personen (39 %) den gleichen Stellenwert beim Sterbeort wie das Krankenhaus (79 Tsd. = 39 %) ein. Bei den über 75-jährigen Männern steigt zwar auch der Anteil der im Pflegeheim verstorbenen Personen an, allerdings kann hier nicht das gleiche Niveau erreicht werden wie für die im Krankenhaus Verstorbenen.

Etwa die Hälfte (48 %) der Männer, die im Alter von 30–64 versterben, versterben im Krankenhaus, 38 % im Privathaushalt, ohne Pflegeleistungen in Anspruch genommen zu haben. Bei den gleichaltrigen Frauen sind es dagegen 59 %, die im Krankenhaus versterben und 21 % versterben als Nicht-Pflegebedürftige im Privathaushalt. Für Männer ist ein eindeutiger altersbezogener Trend festzustellen: Je höher das Sterbealter, desto höher ist die Wahrscheinlichkeit, dass sie in einer Institution versterben. Im Alter von 30 bis 34 Jahren versterben lediglich 38 % männliche Personen in einer Institution, im Alter über 85 Jahren dagegen 74 %. In Institutionen versterben bei den Frauen 41 % derer, die im Alter von 30 bis 34 Jahren versterben, und knapp 78 %, derer, die zum Todeszeitpunkt mindestens 85 Jahre alt sind. Der altersbezogener Trend, der bei den Männern festzustellen ist, kann bei den Frauen nicht eindeutig identifiziert werden. Zwar findet auch hier der weibliche institutionsbezogene Verstorbenenanteil seinen Höhepunkt im hohen Alter, aber in den dazwischen liegenden Alterskategorien ist abwechselnd ein An- und Abstieg der Institutionsanteile zu erkennen. Was jedoch deutlich wird, ist dass Frauen bis auf in der Alterskategorie von 70 bis 74 Jahre immer ein höheres Niveau der in Institutionen Verstorbenen aufweisen als Männer. Die größten Unterschiede sind allerdings in den jüngeren Alterskategorien zu finden. In dem Alter, in der die Sterbewahrscheinlichkeit höher ist, unterscheiden sich Frauen und Männer kaum noch im Institutionalisierungsgrad. Männer zeigen einen deutlichen altersspezifischen Trend, mit höherem Alter auch einen höheren Institutionalisierungs-

grad beim Versterben zu erreichen, welcher sich dem der Frauen annähert. Würden Männer also älter sterben, hätten wir ähnliche Institutionalisierungsgrade bei Frauen und Männern.

5.3.2 Pflegeinzidenzen im Wandel

Analog zur Vorgehensweise bezüglich der Prävalenz werden auch bei der Betrachtung der Inzidenzen zunächst die neu in die Pflegebedürftigkeit eingetretenen Menschen näher charakterisiert (Abschnitt 5.3.2.1). Anschließend wird untersucht, inwieweit sich die Inzidenzen im Zeitverlauf verändert haben (Abschnitt 5.3.2.2).

5.3.2.1 Charakterisierung der inzidenten Fälle

Wie in Tabelle 29 zu sehen ist, erfolgt der Eintritt in die Pflegebedürftigkeit für Männer meist mit *Pflegestufe* I und dies sogar mit steigender Tendenz (1998: 50,2 % – 2010: 67,1 %), während der Pflegebeginn in Pflegestufe II (1998: 38,2 % – 2010: 26,1 %) und Pflegestufe III (1998: 11,6 % – 2010: 6 %) im Zeitverlauf zurückgeht. Bei den Frauen verläuft die Entwicklung ähnlich, jedoch mit höheren Anteilen in Pflegestufe I (von 63,4 % auf 76,1 %) und geringeren Anteilen in Pflegestufe II (von 28 % auf 19 %) bzw. Pflegestufe III (von 8,6 % auf 3,8 %).

Veränderungen im Pflegearrangement zum Zeitpunkt der erstmalig auftretenden Pflegebedürftigkeit fallen für Männer und Frauen ebenfalls recht ähnlich aus, wenn auch auf unterschiedlichem Niveau. Während die informelle Pflege (1998: 58,1 % – 2010: 53,8 % bei den Männern und 1998: 50,4 % – 2010: 47 % bei den Frauen) sowie die vollstationäre Pflege (1998: 15,1 % – 2010: 10,4 % bei den Männern und 1998: 20,8 % – 2010: 12,4 % bei den Frauen) kontinuierlich an Bedeutung verliert, steigen die Anteile der bei Pflegebeginn formell-ambulant betreuten Pflegebedürftigen (1998: 24,2 % – 2010: 32,2 % bei den Männern und 1998: 25,7 % – 2010: 37,2 % bei den Frauen).

Die Veränderungen in den Altersverteilungen sind in erster Linie von der demografischen Entwicklung und hierbei insbesondere von der Entwicklung der Altersgruppen, die zugleich eine hohe Pflegeeintrittswahrscheinlichkeit aufweisen und die in der Bevölkerung stark angewachsen sind, abhängig. Der deutlichste Anstieg zeigt sich danach bei den 80–84-jährigen Männern (Anstieg von 14,8 % 1998 auf 21,6 % 2010) und bei den 80–84-jährigen Frauen (1998: 20,8 % – 2010: 23,7 %).

Tabelle 30: Zeitreihe erstmalig Pflegebedürftiger und Anteile nach sozio-demografischen Merkmalen und nach Erkrankungen – Hochrechnung auf die BRD

	Männer					Frauen				
	1998	2001	2004	2007	2010	1998	2001	2004	2007	2010
Anzahl in Tsd.	197	169	176	198	226	360	306	300	295	313
ohne Pflegestufe	0,0	0,0	0,0	0,0	0,8	0,0	0,0	0,0	0,0	1,2
Pflegestufe I	50,2	55,4	57,0	63,1	67,1	63,4	67,5	68,1	72,7	76,1
Pflegestufe II	38,2	32,6	33,7	29,4	26,1	28,0	25,7	26,1	22,4	19,0
Pflegestufe III	11,6	12,0	9,3	7,5	6,0	8,6	6,9	5,8	4,9	3,8
informelle Pflege	58,1	60,1	54,4	55,6	53,8	50,4	51,3	50,8	46,8	47,0
formell-ambulante Pflege	24,2	24,2	30,6	29,8	32,2	25,7	30,9	30,4	35,0	37,2
vollstationäre Pflege	15,1	13,0	13,1	12,9	10,4	20,8	15,9	16,9	16,2	12,4
Unterbrechung/Krankenhaus	2,6	2,8	1,9	1,7	3,6	3,1	1,8	2,0	2,0	3,4
Alter 0–14	3,0	3,2	2,8	2,4	2,8	1,3	1,0	1,2	1,5	1,3
Alter 15–59	10,4	10,7	9,1	9,8	8,7	5,9	5,5	5,1	5,6	5,1
Alter 60–64	7,3	7,4	6,6	5,5	5,0	2,6	3,3	3,5	2,3	2,8
Alter 65–69	7,9	9,5	9,9	9,9	8,0	3,8	4,0	4,1	5,4	4,2
Alter 70–74	13,5	13,2	12,4	12,6	14,9	8,5	8,3	8,0	8,5	9,3
Alter 75–79	17,5	16,9	18,5	17,3	17,0	15,8	17,4	17,6	15,3	15,1
Alter 80–84	14,8	14,5	18,5	17,9	21,6	20,8	23,4	27,4	24,6	23,7
Alter 85–89	17,3	14,2	12,3	15,6	15,6	27,6	24,1	15,8	23,2	27,0
Alter 90+	8,4	10,4	10,0	8,9	6,4	13,6	12,9	17,3	13,8	11,5
Allein lebend	8,8	19,8	19,6	19,7	20,9	21,1	45,3	42,4	41,0	39,6
Verheiratet	68,0	68,5	67,5	68,9	68,5	23,5	27,6	31,4	32,8	37,1
Ausländer	0,6	1,1	1,3	1,3	2,3	0,3	0,4	1,0	0,9	0,7
Krebs			43,6	39,9				26,3	26,4	
Demenz			24,2	25,2				28,2	31,0	
Primäres Parkinsonsyndrom			6,7	5,7				4,3	4,8	
Multiple Sklerose			0,8	0,8				0,5	1,1	
Schlaganfall			21,1	18,8				15,0	15,2	
Schenkelhalsfraktur			1,8	2,4				4,7	3,8	
Harninkontinenz			25,3	30,6				26,3	33,7	
Stuhlinkontinenz			11,1	13,9				8,3	11,6	

Quelle: Routinedaten der ehemaligen GEK-Versicherten

Die höchsten Altersjahre weisen wegen geringerer Fallzahlen größere Schwankungen auf. Die Altersjahre bis 59 sind dagegen über die Zeit weniger stark vertreten.

Deutliche Unterschiede zwischen den Geschlechtern zeigen sich sowohl bei den *Alleinlebenden*, als auch beim *Familienstand*. Während Männer bei Pflegebeginn über den gesamten Zeitraum lediglich zu 20 % alleine leben, nimmt der Anteil bei den Frauen von 45,3 % (2001) auf 39,6 % (2010) ab. Ebenfalls über den gesamten Zeitraum sind Männer zum Zeitpunkt, an dem sie pflegebedürftig werden, zu 68 % verheiratet, während der entsprechende Anteil bei den Frauen von 23,5 % (1998) auf 37,1 % (2010) zunimmt. Bedingt durch den Anteil an Ausländern, die zunehmend auch höhere Altersjahre erreichen und damit häufiger pflegebedürftig werden, nimmt der Anteil an Ausländern sowohl bei Männern, als auch bei Frauen zu.

Betrachtet man die *Erkrankungen*, dann weisen im Jahr 2007 erstmals pflegebedürftige Männer zu 43,6 % Krebs, zu 24,2 % Demenz und zu 6,7 % ein primäres Parkinsonsyndrom auf. Die Multiple Sklerose ist mit weniger als 0,8 % dagegen wenig verbreitet. Die Diagnose „Schlaganfall“ hingegen findet sich bei 21,1 % der Fälle und Harninkontinenz ist mit 25,3 % sehr häufig vertreten. 11,1 % sind stuhlincontinent und 1,8 % hatten eine Schenkelhalsfraktur. Bei den Frauen finden sich der Tendenz nach ähnliche Werte. Krebs ist mit 26,4 % etwas geringer verbreitet, ebenfalls das primäre Parkinsonsyndrom mit 4,8 % und Schlaganfall mit 15,2 %. Relativ ähnlich ist die Verbreitung von Harn- und Stuhlinkontinenz mit 33,7 % bzw. 11,6 %. Die Diagnose „Schenkelhalsfraktur“ ist bei den Frauen dagegen deutlich häufiger gestellt worden, bewegt sich aber mit 3,8 % ebenfalls auf einem niedrigen Niveau.

Bei der Interpretation von Veränderungen der Erkrankungshäufigkeit im Zeitverlauf ist jedoch zu bedenken, dass 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). Steigende Erkrankungshäufigkeiten sind damit zum Teil ein bloßes statistisches Artefakt.

5.3.2.2 Eintrittswahrscheinlichkeiten

Im Folgenden wird untersucht, ob sich die Wahrscheinlichkeit, pflegebedürftig zu werden, in den letzten Jahren erhöht oder verringert hat. Dazu wird simuliert, wie

sich die Zahl der inzidenten Fälle über alle Altersjahre zwischen 1998 und 2010 entwickelt hätte, wenn die gleiche Altersstruktur, hier die des Jahres 2008, kontrafaktisch für den gesamten Beobachtungszeitraum zugrunde gelegt wird („Altersstandardisierung“). Es wird also der Einfluss der sich über die Jahre ändernden altersstrukturellen Zusammensetzung der Bevölkerung an der Veränderung der inzidenten Fälle heraus gerechnet.

In Abbildung 37 ist die Entwicklung der Zahl der inzidenten Fälle bei Männern und Frauen, differenziert nach Pflegestufe und Pflegearrangement, wiedergegeben. Über alle Pflegestufen zeigt sich zunächst bei den Männern eine relativ konstante Inzidenz in Höhe von 0,6 % der noch nicht pflegebedürftigen Bevölkerung.⁴¹ Diese gleich bleibende Inzidenz beruht zum einen auf einem leichten Anstieg der Neuzugänge in Pflegestufe I und zum anderen auf dem gleichzeitigen Rückgang derjenigen in Pflegestufe II und III. Bei Differenzierung nach Pflegearrangement zeigt sich, dass die Entwicklung ebenfalls auf einem tendenziellen Rückgang der informell gepflegten sowie der vollstationär gepflegten Männer basiert, während die Neuzugänge in formell-ambulanter Pflege eher abgenommen haben.⁴²

Bei den Frauen zeigt sich ein etwas anderes Bild, dass z. T. durch eine kurvlineare Entwicklung geprägt ist. Über alle Pflegestufen sinken zunächst die inzidenten Fälle bis zum Jahr 2005, erhöhen sich anschließend im Jahr 2007 geringfügig und steigen schließlich im Jahr 2009 drastisch an, bevor sie im Jahr 2010 wieder ebenso drastisch absinken. Auch hier zeigt die relative Verteilung (siehe Tabelle 29) eine Zunahme der Fälle mit Pflegestufe I und eine Abnahme der Fälle mit Pflegestufe II.

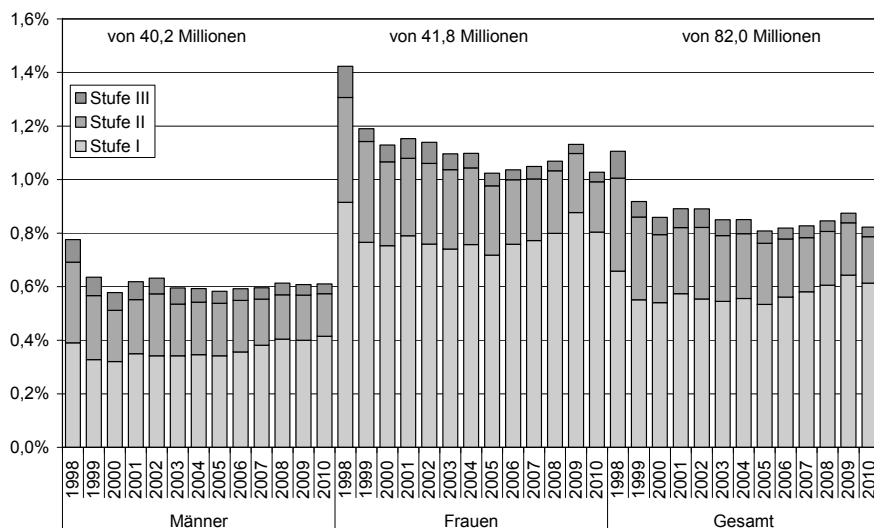
Differenziert nach Pflegearrangements zeigt sich die gleiche Entwicklung wie bei den Männern mit einem tendenziellen Rückgang der informell Gepflegten sowie der vollstationär Gepflegten, während die Neuzugänge in formell-ambulanter Pflege eher abgenommen haben.

⁴¹ Die höheren Werte des Jahres 1998 spiegeln in erster Linie Einführungseffekte wieder.

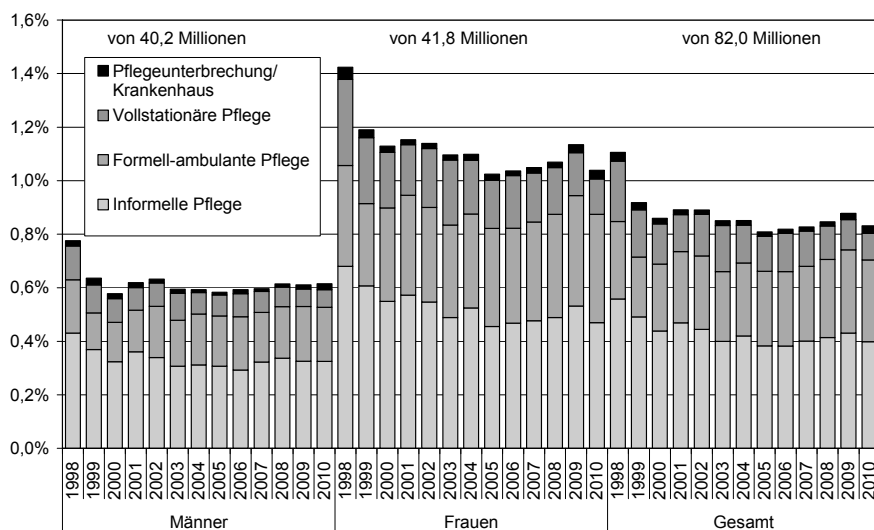
⁴² Zum Vergleich der relativen Anteile in der jeweiligen Pflegestufe bzw. in dem jeweiligen Pflegearrangement siehe Tabelle 29.

Abbildung 37: Zeitreihe der Inzidenzen; Standardisiert auf die Bevölkerung Deutschlands des Jahres 2008

... differenziert nach Pflegestufen



... differenziert nach Pflegearrangement



Quelle: Routinedaten der ehemaligen GEK-Versicherten

Gründe für den jüngsten Anstieg der inzidenten Fälle im Jahr 2009 vermuten wir im deutlichen Anstieg der Begutachtungen auf Pflegebedürftigkeit durch den MDK, der insbesondere auf das Pflege-Weiterentwicklungsgesetz (PfWG) zurückgeführt werden kann und vermutlich dazu führt, dass verstärkt Pflegeleistungen der Pflegestufe I zuerkannt wurden, da Personen begutachtet werden, die primär an den zusätzlichen Betreuungsleistungen interessiert sind, im Rahmen der Begutachtung dann aber eine Pflegestufe zuerkannt bekommen.

5.3.3 Pflegezeiten – Erwartungswerte, Dauern und Wandel

Neben dem Eintritt in die Pflegebedürftigkeit (Inzidenz) und dem Anteil der Pflegebedürftigen an einer Bevölkerung zu einem Zeitpunkt oder im Lebensverlauf (Prävalenz) interessieren auch die *Dauer* und der *Verlauf* von Pflegebedürftigkeit. Hierzu wird in Abschnitt 5.3.3.1 dargestellt, welcher Anteil der (zukünftigen) Lebenserwartung in und ohne Pflegebedürftigkeit verbracht wird und in Abschnitt 5.3.3.2 die Lebenserwartung ab Eintritt der Pflegebedürftigkeit untersucht. Die Abschnitte 5.3.3.3 und 5.3.3.4 untersuchen sodann, wie sich die Pflegezeiten auf Pflegearrangements bzw. Pflegestufen verteilen, während die Abschnitte 5.3.3.5 und 5.3.3.6 typische Abfolgen von Pflegearrangements und Pflegestufen in der Pflegebiographie herausarbeiten.

5.3.3.1 Lebenserwartung in und ohne Pflegebedürftigkeit

Über die Lebenserwartung, die ohne bzw. in Pflegebedürftigkeit verbracht wird, ist zurzeit noch wenig bekannt, obwohl derzeit ca. 2,34 Mio. pflegebedürftige Menschen in Deutschland leben. Einige Studien, die bislang zur Lebenserwartung in und ohne Pflegebedürftigkeit vorliegen, sind regional begrenzt (Pinheiro & Krämer 2009, Senatsverwaltung für Gesundheit, Soziales und Verbraucherschutz 2005). Da Pflegebedürftigkeit jedoch regional unterschiedlich stark ausgeprägt ist (Rothgang et al. 2008), ist damit noch offen, wie hoch die Lebenserwartung in bzw. ohne Pflegebedürftigkeit für Deutschland insgesamt ausfällt. Eine der drei bislang vorliegenden deutschlandweiten Studien von Bickel (2001a) ist älteren Datums (sie bezieht sich auf das Jahr 1999) und beruht auf einer relativ groben Differenzierung in 5-Jahres-Altersgruppen. Die zweite Studie wurde im GEK-Pflegereport 2009 (Rothgang et al. 2009) vorgestellt. In ihr wird die periodenbezogene Lebenserwartung ohne bzw. in Pflegebedürftigkeit in Deutschland in der Periode 2000–2008 berechnet. Darüber hinaus liegt eine Studie jüngeren Datums vor (Rothgang

et al. 2010, Unger et al. 2011) in der die Entwicklung der Lebenserwartung in und ohne Pflegebedürftigkeit im Vergleich der Perioden 1999–2003 und 2004–2008 betrachtet wird.

In diesem Abschnitt wird ebenfalls untersucht, wie hoch die periodenbezogene Lebenserwartung ohne bzw. in Pflegebedürftigkeit in Deutschland ist, und welche aktuelleren Entwicklungen sich im Vergleich der Perioden 1999–2004 und 2005–2010 zeigen. Dabei wird die Betrachtung gegenüber dem letzten Pflegereport (Rothgang et al. 2010) aber auf alle Altersjahre ausgedehnt. Bei der Analyse steht vor allem im Vordergrund, ob – analog der Befunde der Studien zur Lebenserwartung in Gesundheit (vgl. Cambois & Robine 1996; Robine 2003; Unger 2006) – auch von einer Ausdehnung der Lebensjahre ohne Pflegebedürftigkeit gesprochen werden kann und ob sich die Lebensjahre in Pflegebedürftigkeit auf einen kürzeren Zeitraum vor dem Tod komprimiert haben. Die Befunde werden dabei zusätzlich nach den einzelnen Pflegestufen differenziert.

In Tabelle 31 sind die Ergebnisse der Berechnungen der Lebenserwartungen insgesamt und nach Pflegestufe, jeweils getrennt für Männer und Frauen sowie nach Erhebungszeitraum und verschiedene Altersjahre wiedergegeben. In Abbildung 38 bzw. Abbildung 39 sind darüber hinaus exemplarisch die den Berechnungen zugrunde liegenden Überlebensfunktionen für Männer und Frauen des Erhebungszeitraums 2005–2010 dargestellt.⁴³

Zunächst kann festgehalten werden, dass in der Periode 1999–2004 mit 73,83 von 72,58 Jahren, also mit 98,3 % der weitaus größte Anteil der Lebenserwartung bei den Männern bei Geburt frei von Pflegebedürftigkeit verbracht wird. Dem stehen 1,25 Jahre gegenüber, die in Pflegebedürftigkeit erlebt werden. Davon entfallen 0,57 Jahre auf die Pflegestufe I, 0,5 Jahre auf Pflegestufe II und 0,18 Jahre auf die Pflegestufe III. Insgesamt entfallen die meisten Lebensjahre in Pflegebedürftigkeit auf die Pflegestufe I, gefolgt von Pflegestufe II und schließlich von Pflegestufe III. Da Pflegebedürftigkeit in erster Linie in den höheren Altersjahren auftritt, nimmt

⁴³ Aufgrund der geringen optischen Abweichungen gegenüber der Periode 1999–2004 wird auf eine eigene Darstellung der Kurven für 1999–2004 verzichtet.
Für die Berechnungen siehe Unger et al. 2011.

der Anteil der (ferneren) Lebensjahre ohne Pflegebedürftigkeit mit dem Alter ab und beträgt beispielsweise im Alter 80 in der Periode 1999–2004 nur noch 81,1 %.

Für Frauen ergibt sich in der Periode 1999–2004 eine Lebenserwartung bei Geburt von 79,17 Jahren. Davon sind 76,67 Jahre frei von Pflegebedürftigkeit, 2,49 Jahre (=3,2 % der Lebenserwartung bei Geburt) werden in Pflegebedürftigkeit verbracht. Die Lebenserwartung der Frauen ist damit 5,34 Jahre höher als die der Männer. Allerdings verbringen Frauen auch durchschnittlich 1,25 Jahre länger in Pflegebedürftigkeit als Männer. Aus diesem Grund übersteigt ihre Lebenserwartung ohne Pflegebedürftigkeit die der Männer nur um 4,04 Jahre. Bei der Verteilung nach Pflegestufen zeigt sich bei den Frauen im Wesentlichen das gleiche Bild wie bei den Männern: Die Jahre in Pflegebedürftigkeit werden vor allem in Pflegestufe I, gefolgt von Pflegestufe II und Pflegestufe III, durchlebt und erhöhen sich Anteilig an der Lebenserwartung insgesamt mit Erreichen höherer Altersjahre. Betrachtet man die *Entwicklung* der Lebenserwartung bei Geburt zwischen den beiden Perioden, dann steigt diese bei den *Männern* von 73,83 Jahre in der Periode 1999–2004 auf 76,68 Jahre in der Periode 2005–2010 und damit um 3,86 % an. Gleichzeitig zeigt sich, dass sich die Lebenserwartung ohne Pflegebedürftigkeit von 72,58 Jahre auf 75,22 Jahre erhöht hat. Die männliche Bevölkerung in Deutschland wird demnach nicht nur älter, sondern es werden zusätzlich auch mehr „gesunde“ Lebensjahre erlebt. Dieser Anstieg der Lebenserwartung ohne Pflegebedürftigkeit fällt jedoch mit 3,63 % etwas geringer als bei der Lebenserwartung insgesamt aus. In der Folge reduziert sich dadurch auch der Anteil der Lebenserwartung ohne Pflegebedürftigkeit an der Lebenserwartung insgesamt. Dieser Betrag in der Periode 1999–2004 98,3 % und in der Periode 2004–2010 98,1 %. Bezogen auf die Lebenserwartung in Pflegebedürftigkeit entspricht dies einem Anstieg von 1,25 Jahre in der Periode 1999–2004 auf 1,46 Jahre in der Periode 2005–2010.

Mit den zusätzlichen Lebensjahren insgesamt geht somit eine Ausdehnung der Lebensjahre in Pflegebedürftigkeit einher. Eine Kompression der Pflegebedürftigkeit auf einen kürzeren Abschnitt vor dem Tod zeigt sich also weder absolut noch relativ, bezogen auf die Lebenserwartung.⁴⁴

⁴⁴ Auch bei Betrachtung höherer Altersjahre kann keine Kompression von Pflegebedürftigkeit festgestellt werden (Rothgang et al. 2010, S.127ff.).

Tabelle 31: Fernere Lebenserwartung im Alter x nach Geschlecht und Pflegestufe

Lebenserwartung im Alter x in Jahren						Anteil der Lebenserwartung an der Gesamtlebenserwartung (in %)			
Gesamte Restlebenserwartung	ohne Pflegebedürftigkeit	in Pflegestufe I	in Pflegestufe II	in Pflegestufe III	ohne Pflegebedürftigkeit	in Pflegestufe I	in Pflegestufe II	in Pflegestufe III	
Männer 1999–2004									
0	73,83	72,58	0,57	0,5	0,18	98,3	0,8	0,7	0,2
20	56,39	55,23	0,53	0,47	0,16	97,9	0,9	0,8	0,3
40	37,67	36,52	0,53	0,47	0,15	97	1,4	1,2	0,4
60	20,17	19	0,54	0,48	0,15	94,2	2,7	2,4	0,8
70	12,7	11,48	0,56	0,51	0,16	90,4	4,4	4	1,2
80	6,96	5,64	0,61	0,55	0,16	81,1	8,8	7,9	2,3
90	3,26	1,87	0,66	0,58	0,16	57,2	20,1	17,9	4,8
Männer 2005–2010									
0	76,68	75,22	0,76	0,52	0,18	98,1	1	0,7	0,2
20	58,15	56,79	0,7	0,49	0,16	97,7	1,2	0,8	0,3
40	39	37,69	0,69	0,47	0,15	96,6	1,8	1,2	0,4
60	21,33	19,99	0,7	0,49	0,15	93,7	3,3	2,3	0,7
70	13,61	12,24	0,71	0,51	0,15	89,9	5,2	3,7	1,1
80	7,36	5,93	0,75	0,53	0,14	80,7	10,1	7,2	2
90	3,26	1,87	0,69	0,56	0,14	57,3	21,3	17,2	4,2
Frauen 1999–2004									
0	79,17	76,67	1,2	0,94	0,35	96,8	1,5	1,2	0,4
20	61,61	59,15	1,19	0,93	0,34	96	1,9	1,5	0,6
40	42,47	40,01	1,19	0,93	0,33	94,2	2,8	2,2	0,8
60	24,03	21,53	1,22	0,94	0,34	89,6	5,1	3,9	1,4
70	15,5	12,94	1,24	0,97	0,35	83,5	8	6,3	2,3
80	8,42	5,77	1,26	1,02	0,37	68,5	14,9	12,1	4,4
90	3,94	1,58	0,93	1,01	0,41	40,1	23,6	25,8	10,5
Frauen 2005–2010									
0	82,24	79,48	1,42	0,96	0,37	96,6	1,7	1,2	0,5
20	63,58	60,9	1,39	0,94	0,36	95,8	2,2	1,5	0,6
40	44,01	41,36	1,38	0,93	0,35	94	3,1	2,1	0,8
60	25,14	22,46	1,39	0,93	0,35	89,4	5,5	3,7	1,4
70	16,31	13,61	1,4	0,95	0,36	83,4	8,6	5,8	2,2
80	8,86	6,11	1,4	0,98	0,38	68,9	15,8	11	4,2
90	3,84	1,47	1,06	0,93	0,39	38,1	27,6	24,2	10,1

Abbildung 38: Überlebende Männer der Jahre 2005–2010 ab Geburt, differenziert nach Pflegebedürftigkeit

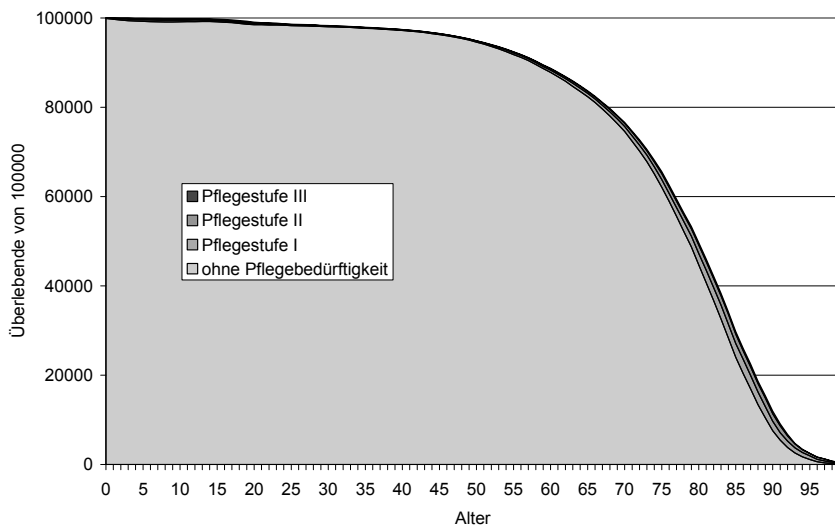
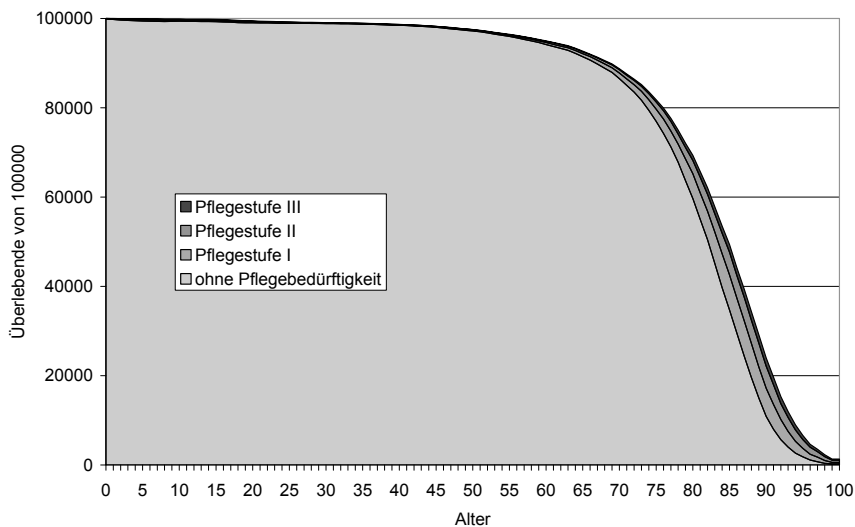


Abbildung 39: Überlebende Frauen der Jahre 2005–2010 ab Geburt, differenziert nach Pflegebedürftigkeit



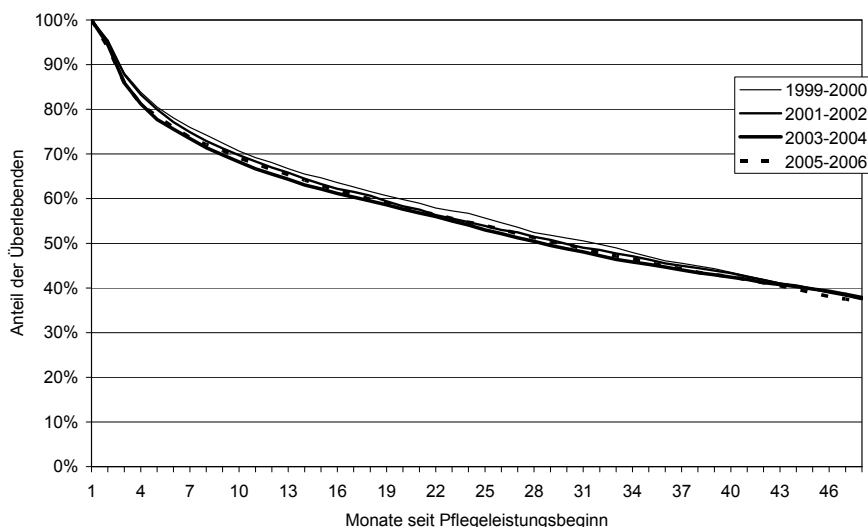
Bei den *Frauen* zeigt sich im Wesentlichen ein ähnliches Bild: Für die Frauen hat sich die Lebenserwartung bei Geburt insgesamt von 79,17 Jahren um 3,87 % auf 82,24 Jahre erhöht, während sich die Lebenserwartung ohne Pflegebedürftigkeit etwas geringer von 76,67 Jahren um 3,66 % auf 79,48 Jahre erhöht hat. Der Anteil der Lebenserwartung ohne Pflegebedürftigkeit an der Lebenserwartung fällt damit minimal von 96,8 % in der Periode 1999–2004 auf 96,6 % in der Periode 2004–2010. Die Lebensjahre in Pflegebedürftigkeit haben sich zwischen den beiden Perioden entsprechend von 2,49 Jahre auf 2,75 Jahr erhöht.

5.3.3.2 Lebenserwartung ab Eintritt der Pflegebedürftigkeit

Die in Pflegebedürftigkeit verbrachten Zeiten erhöhen sich natürlich, wenn nicht die Gesamtbevölkerung zugrunde gelegt wird, sondern nur diejenigen, die in ihrem Leben überhaupt einmal pflegebedürftig werden. Wie lang ist also die Überlebenszeit, wenn die Pflegebedürftigkeit erstmalig eingetreten ist und durch welche Faktoren wird diese Dauer beeinflusst? Um diesen Fragen nachzugehen, werden nachstehend die Überlebensfunktionen ab Eintritt in die Pflegebedürftigkeit nachgezeichnet. Die Überlebensfunktionen geben jeweils an, wie groß der Anteil derer ist, die bis zum jeweils betrachteten Zeitpunkt noch am Leben sind. Als Maßzahl der zentralen Tendenz wird dabei die Zeit angegeben, zu der 50 % der jeweiligen Population verstorben ist.

Um auf der einen Seite eine Veränderung im Zeitverlauf erfassen zu können und auf der anderen Seite eine ausreichende Länge des Beobachtungsfensters zu garantieren, wurden für diese Auswertungen die Beobachtungen auf ein Zeitfenster von 48 Monaten beschränkt. Somit kann für die Mehrzahl der differenzierten Subgruppen der Pflegebedürftigen angegeben werden, wann 50 % verstorben sind, und es können die Eintrittsjahre 1999–2006 miteinander verglichen werden. Unter den insgesamt beobachtbaren Verläufen sind 2,7 % mit unbeobachtbaren Zuständen, die auftreten, wenn Versicherten durch einen anderen Grund als den Tod aus dem Versichertenverhältnis ausgeschieden sind (siehe Abschnitt 5.3.3.5). Diese 2,7 % der Verläufe werden daher in den folgenden Betrachtungen nicht eingeschlossen. Insgesamt werden 24.602 Verläufe gezählt, von denen 661 aus der Untersuchung ausgeschlossen werden. Die verbleibenden 23.941 Verläufe bilden die Grundlage für die Hochrechnung auf die Verteilung in Deutschland.

Abbildung 40: Anteil der Überlebenden nach Dauer nach erstmaligem Bezug von Pflegeleistungen in den Jahren 1999–2006 nach Eintrittsjahr

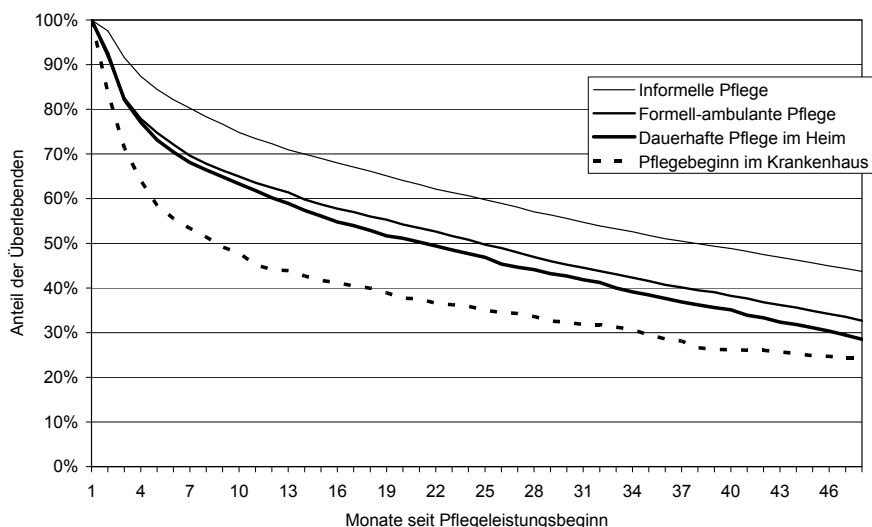


Quelle: GEK-Routinedaten; Hochrechnung auf die Bevölkerung Deutschlands

Anmerkung: Selektion der Fälle ohne sonstigen Beendigungsgrund des Versicherungsverhältnisses

Hochgerechnet auf die jeweilige Bevölkerung Deutschlands ergeben sich für die Eintrittsjahre 1999–2006 die in Abbildung 40 dargestellten Überlebensfunktionen. Ein deutlicher Unterschied in den Überlebensfunktionen zwischen den Eintrittskohorten ist dabei nicht zu erkennen. Für alle vier Eintrittskohorten ist in den ersten Monaten eine erhöhte Sterberate zu erkennen. Für die Eintrittskohorten der Jahre 2003–2004 und 2005–2006 sind im dritten Monat noch 86 % und für die Kohorten 1999–2000 und 2001–2002 noch 88 % am Leben. Insgesamt liegt der Anteil der Überlebenden für die erste Eintrittskohorte für den überwiegenden Beobachtungszeitraum leicht über dem Anteil der Überlebenden aus den anderen Kohorten. Die Marke von 50 % Verstorbenen wird in der Eingangskohorte 1999–2000 im 32. Monat erreicht. In den anderen Kohorten wird diese Marke früher erreicht: 2001–2002: 30. Monat; 2003–2004: 29. Monat; 2005–2006: 30. Monat. Die erste Ko-

Abbildung 41: Anteil der Überlebenden nach Dauer nach erstmaligem Bezug von Pflegeleistungen in den Jahren 1999–2006 nach Pflegearrangement zu Beginn



Quelle: GEK-Routinedaten; Hochrechnung auf die Bevölkerung Deutschlands

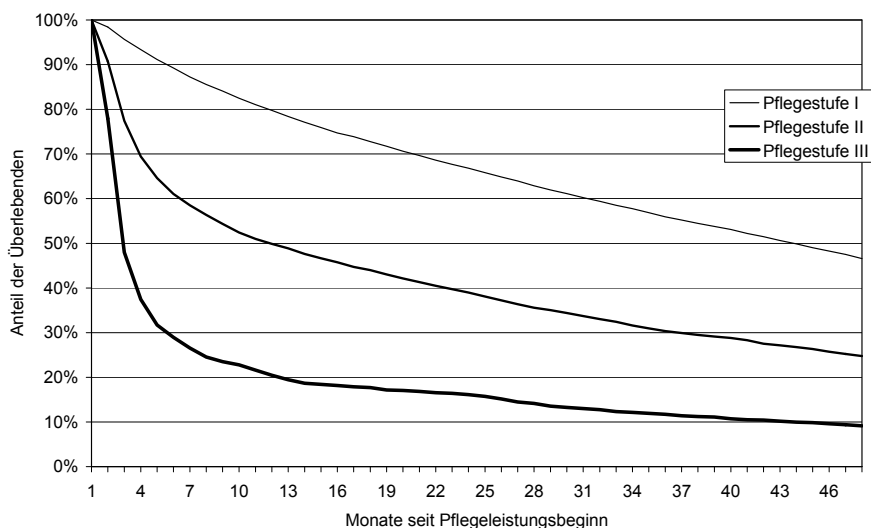
Anmerkung: Selektion der Fälle ohne sonstigen Beendigungsgrund des Versicherungsverhältnisses

horte hat somit eine etwas längere Überlebenszeit, ein Trend lässt sich aus den Verteilungen aber nicht ablesen.

Viel deutlicher werden die Unterschiede, wenn nach den Pflegearrangements zu Beginn der Pflegebedürftigkeit differenziert wird (Abbildung 41). Unterschieden werden die Pflegezugänge nach den Arrangements „Informelle Pflege“, „Formell-ambulante Pflege“, „Dauerhafte Pflege im Heim“ und „Pflegebeginn im Krankenhaus“.

Am längsten ist die Überlebenszeit, wenn die Pflege mit informeller Pflege beginnt. In dieser Gruppe enthalten sind in der Regel auch die Fälle mit geringeren körperlichen oder geistigen Einschränkungen. Die längere Lebenserwartung begründet sich daher durch die geringere gesundheitliche Einschränkung. Die Pflegeverläufe, die sofort mit professioneller Unterstützung beginnen, enden ersichtlich schneller im Tod. Die Pflegeverläufe, die im Krankenhaus beginnen, sind in der

Abbildung 42: Anteil der Überlebenden nach Dauer nach erstmaligem Bezug von Pflegeleistungen in den Jahren 1999–2006 nach Pflegestufe zu Beginn



Quelle: GEK-Routinedaten; Hochrechnung auf die Bevölkerung Deutschlands

Anmerkung: Selektion der Fälle ohne sonstigen Beendigungsgrund des Versicherungsverhältnisses

Regel mit akuten, schwerwiegenden Ereignissen verbunden, wodurch sich die relativ geringe Überlebenswahrscheinlichkeit erklären lässt.

Von den eingangs informell gepflegten Personen sind im dritten Monat noch 92 % am Leben, während die Personen mit formell-ambulanter Pflege und diejenigen im Pflegeheim nur noch zu 82 % am Leben sind. Von denjenigen, die akut mit einem Krankenhausaufenthalt pflegebedürftig geworden sind, leben im dritten Monat noch 72 %. Wenn die Pflegeverläufe im Krankenhaus beginnen, sind 50 % schon im 9. Monat verstorben. Von den Verläufen, die im Pflegeheim beginnen, ist die Hälfte bereits im 22. Monat durch den Tod beendet. Diese 50 %-Marke wird mit Beginn in formell-ambulanter Pflege im 25. Monat und mit Beginn in informeller Pflege erst im 39. Monat erreicht.

Noch gravierender zeigen sich die Unterschiede, wenn nach den *Eingangspflegestufen* differenziert wird (Abbildung 42). Im dritten Monat sind noch fast 96 % der

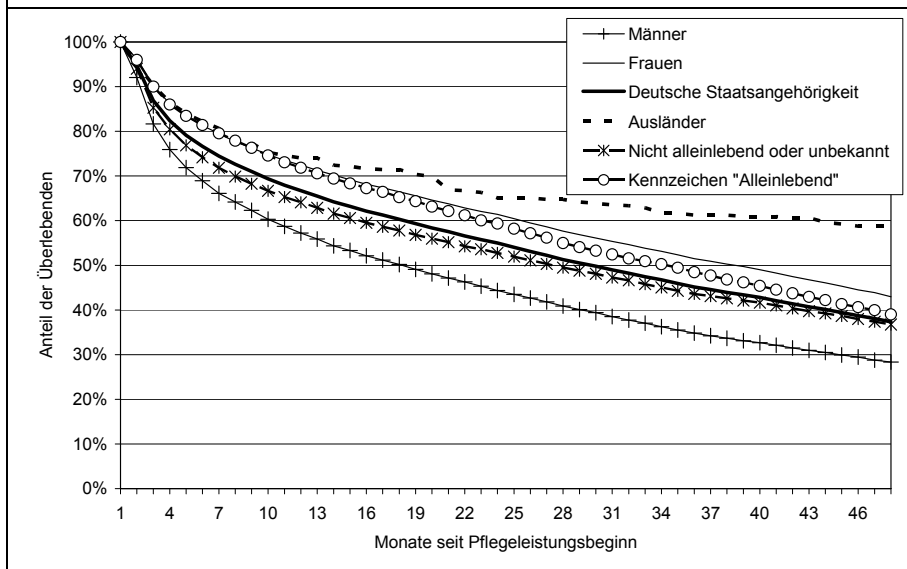
Pflegebedürftigen mit der Eingangspflegestufe I am Leben, mit Eingangspflegestufe II sind es noch 77 % und mit Eingangspflegestufe III lediglich 48 %. Bereits im dritten Monat sind somit die Hälfte aller Pflegebedürftigen, deren Pflegebedürftigkeit mit Pflegestufe III beginnt, verstorben. Bei den Pflegebedürftigen, die ihre Pflegebedürftigkeit mit Stufe II (Stufe I) beginnen, wird dieser Wert im 12. Monat (45. Monat) erreicht.

Neben der Eingangspflegestufe und den Eingangspflegearrangements gibt es *sozio-demografische Faktoren*, die die Lebenserwartung Pflegebedürftiger beeinflussen können.

Personen ohne deutsche *Staatsangehörigkeit* sind durchschnittlich jünger als die Deutschen und somit seltener in dem Alter, in dem die Pflegebedürftigkeit wahrscheinlicher wird. Dies resultiert daraus, dass sich die Arbeitsmigration, die mit dem ersten Anwerbeabkommen vor 50 Jahren ausgelöst wurde, zunächst auf gesunde, erwerbsfähige Menschen bezieht. Die Selektion der besonders gesunden ausländischen Bevölkerung ist ein Grund für die beobachtbare höhere Überlebenswahrscheinlichkeit der ausländischen Bevölkerung. So bleibt die Überlebenskurve der Ausländer auch im 48. Monat noch so weit über den 50 %, dass man von einem deutlichen Unterschied zu den Pflegebedürftigen mit deutscher Staatsangehörigkeit sprechen kann, von denen die Hälfte bereits im 30. Monat seit Pflegebeginn verstorben ist.

Ein weiterer möglicher Erklärungsfaktor ist die *Haushaltskonstellation*. Wenn weitere Familienangehörige anwesend sind, ist häusliche Pflege wahrscheinlicher. Andererseits werden Pflegeversicherungsleistungen in einem Mehrpersonenhaushalt womöglich später beantragt, weil erste Einschränkungen bei den Verrichtungen des alltäglichen Lebens familial kompensiert werden können und so weniger auffällig sind, was dann zu einem Beginn der Pflege in einer höheren Pflegestufe führen kann. Lebt die pflegebedürftige Person hingegen allein, wird Unterstützung früher nötig und es wird schneller eine Pflegeleistung beantragt, was die Überlebenszeit in Pflegebedürftigkeit statistisch verlängert. Entsprechend zeigt Abbildung 43, dass Alleinlebende eine höhere Überlebenswahrscheinlichkeit aufweisen als Zusammenlebende oder Personen, deren Haushaltskontext nicht angegeben ist. So sind im dritten Monat noch 90 % der Alleinlebenden, aber nur 85 % der anderen am Leben. Die Hälfte der alleinlebenden Pflegebedürftigen ist im 34. Monat verstorben; bei den anderen wird dieser Wert hingegen schon im 28. Monat erreicht.

Abbildung 43: Anteil der Überlebenden nach Dauer nach erstmaligem Bezug von Pflegeleistungen in den Jahren 1999–2006 nach soziodemografischen Merkmalen



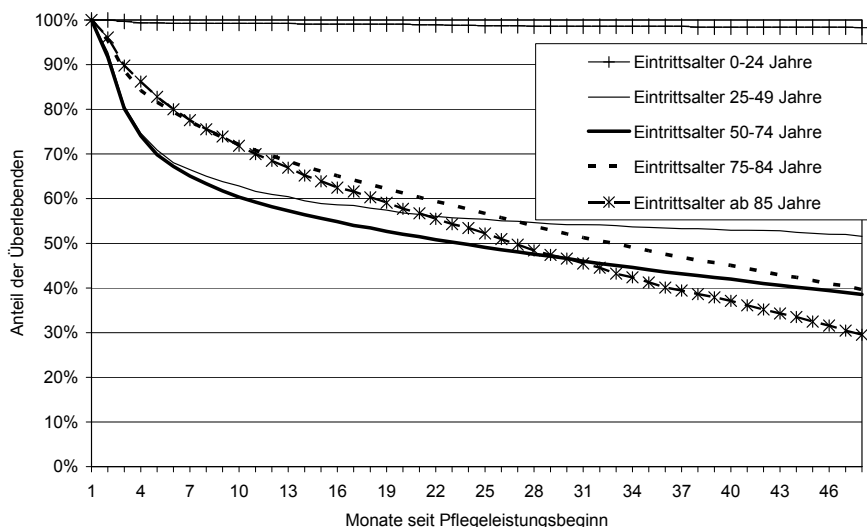
Quelle: GEK-Routinedaten; Hochrechnung auf die Bevölkerung Deutschlands

Anmerkung: Selektion der Fälle ohne sonstigen Beendigungsgrund des Versicherungsverhältnisses

Die *Geschlechterunterschiede* in der Sterblichkeit finden sich auch unter den Pflegebedürftigen wieder. So sind im 3. Monat noch 90 % der Frauen, aber nur noch 82 % der Männer am Leben. Die Hälfte der eingangs pflegebedürftigen Frauen ist dann im 39. Monat verstorben, während diese Marke von den Männern schon nach 19 Monaten erreicht wird.

In den bisherigen Pflegereporten (Z. B. Rothgang et al. 2010) wurden bewusst nur Pflegebedürftigen ab einem Alter von 60 Jahren analysiert, weil Pflegebedürftigkeit vornehmlich im höheren Alter beginnt, aber auch, weil Pflegebedürftigkeit in verschiedenen Altersstufen etwas Unterschiedliches bedeutet. Dies wird deutlich beim Blick auf Abbildung 44, in der die Überlebensfunktionen in Abhängigkeit vom Eintrittsalter dargestellt werden. So sind von den Personen, die im Alter von 0–24 Jahren pflegebedürftig wurden, im 48. Monat der Beobachtung noch über 98 % am Leben. Hierbei handelt es sich erkennbar um eine von den sonstigen Pfl-

Abbildung 44: Anteil der Überlebenden nach Dauer nach erstmaligem Bezug von Pflegeleistungen in den Jahren 1999–2006 nach Eintrittsalter



Quelle: GEK-Routinedaten; Hochrechnung auf die Bevölkerung Deutschlands

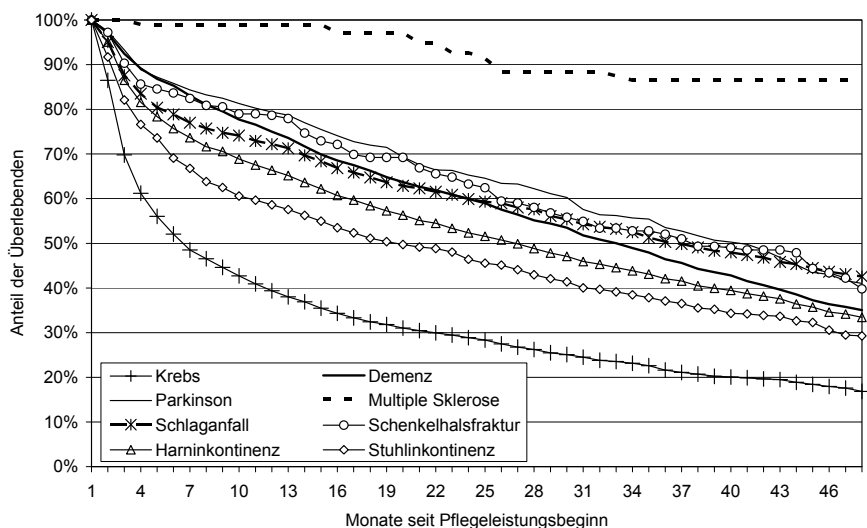
Anmerkung: Selektion der Fälle ohne sonstigen Beendigungsgrund des Versicherungsverhältnisses

gebedürftigen deutlich verschiedene Personengruppe, die u. a. Behinderte mit einer langen fernerer Lebenserwartung umfasst.

Deutlich unterschiedlich präsentieren sich die Überlebensfunktionen für die weiteren Alterskategorien. In den Alterskategorien 25–49 Jahre und 50–74 Jahre ist für die ersten Monate eine besonders hohe Sterblichkeit zu beobachten. Wenn diese Phase überwunden ist, flacht die Kurve allerdings deutlich ab, die Sterblichkeit verringert sich in den nachfolgenden Zeiten also. Im dritten Monat sind noch 81 % der 25–49-Jährigen und 80 % der 50–74-Jährigen am Leben und im fünften Monat sind es nur noch 71 % bzw. 70 %. Selbst nach 48 Monaten wird dann aber von den 25–49-Jährigen die 50 %-Marke noch nicht unterschritten. Diese wird von den 50–74-jährigen dagegen schon im 24. Monat unterschritten.

Mit einem höheren Eintrittsalter ist längerfristig eine höhere Sterblichkeitsrate zu verbunden, während die Sterblichkeit in der ersten Zeit nach Pflegebeginn geringer

Abbildung 45: Anteil der Überlebenden nach Dauer nach erstmaligem Bezug von Pflegeleistungen in den Jahren 2005–2006 nach Diagnosen zu Pflegebeginn



Quelle: GEK-Routinedaten; Hochrechnung auf die Bevölkerung Deutschlands

Anmerkung: Selektion der Fälle ohne sonstigen Beendigungsgrund des Versicherungsverhältnisses

ist als bei den 25–49-Jährigen und bei den 50–74-Jährigen. Im dritten Monat nach Auftreten der Pflegebedürftigkeit sind von den 75–84-Jährigen noch 89% und von den über 84-Jährigen noch 90% am Leben. Während bei den 25–74-Jährigen im fünften Monat nur noch 70% am Leben sind, wird diese Marke von den älteren Pflegebedürftigen erst im 12. Monat unterschritten. Im weiteren Verlauf bleibt aber die Sterblichkeit weiterhin hoch, so dass weniger als ein Drittel der Pflegebedürftigen mit einem Zugangsalter von 85 Jahren und mehr am Ende des Beobachtungsfensters überlebt haben.

Pflegebedürftigkeit hängt zusammen mit bestimmten *Erkrankungen* und die einzelnen Erkrankungen haben wiederum unterschiedliche Sterbewahrscheinlichkeiten zur Folge (siehe Abbildung 45). Die Pflegebedürftigen, bei denen zu Beginn der Pflegebedürftigkeit ein Krebsleiden vorliegt, haben die geringste weitere Lebenserwartung. Im siebten Monat der Beobachtung sind schon über 50% verstor-

ben. Viel geringer ist die Sterblichkeit bei denjenigen, die zu Pflegebeginn eine multiple Sklerose haben. Mehr als 86 % sind auch im 48. Monat noch am Leben. Sehr häufig ist die Pflegebedürftigkeit in Verbindung mit der Demenz. Bei Vorliegen dieser Erkrankung zu Beginn der Pflegebedürftigkeit versterben 50 % bis zum 34. Monat. Bei Vorliegen einer Stuhlinkontinenz sind 50 % im 21. Monat verstorben. Bei Harninkontinenz wird die Marke im 28. Monat überschritten. Bei Schlaganfall (38. Monat), Schenkelhalsfraktur (41. Monat) und Parkinson (42. Monat) werden längere Überlebenszeiten gemessen.

Pflegebedürftigkeit ist also nicht gleich Pflegebedürftigkeit. Allein die Varianz in der Überlebensdauer lässt unterschiedliche Anforderungen an die Pflege vermuten, je nach dem, unter welchen Bedingungen die Pflege beginnt.

5.3.3.3 Pflegezeiten in Pflegearrangements

Auch wenn die meisten Pflegeverläufe nicht mit einer Gesundung, sondern mit dem Tod enden, sind doch nicht alle Zeiten ab Pflegebeginn bis zum Tod mit Pflegezeiten gleichzusetzen. In diesem Abschnitt werden daher die Zeiten ab Pflegeeintritt danach aufgeschlüsselt, in welchen Pflegearrangements sie erlebt werden. Unterschieden wird nach Aufenthalt im Pflegeheim, formell-ambulanter Pflege, informeller Pflege, Krankenhausaufenthalt bei Pflegeunterbrechung, Tod und Zustand ohne Pflegeleistungen.

Um ein möglichst langes Beobachtungsfenster darzustellen, werden die Verläufe der inzidenten Pflegefälle des Jahres 1999 für einen Zeitraum von 132 Monaten betrachtet. Für diesen Zeitraum wird dargestellt, wie lange die Zeiten in den verschiedenen Pflegearrangements andauern und welche Faktoren die jeweiligen Dauern wesentlich beeinflussen.

Wie im vorherigen Abschnitt schon gezeigt, überleben viele Pflegebedürftige den Eintritt in die Pflegebedürftigkeit nur wenige Monate. Entsprechend ist auch die in Pflegebedürftigkeit verbrachte Zeit im Beobachtungsfenster von 132 Monaten teilweise nur wenige Monate lang. Tabelle 32 zeigt die Dezentile an, also wie viele Monate 10 %, 20 %, 30 % usw. der Menschen höchstens in Pflege verbringen. Dabei wird zunächst die Gesamtpflegezeit betrachtet und dann nach Pflegezeit zu Hause und Pflegezeit im Pflegeheim unterschieden. Diese Betrachtung wird zum einen für alle inzidenten Fälle durchgeführt und zum anderen für die Fälle, die mit häuslicher Pflege bzw. stationärer Pflege beginnen.

Tabelle 32: Pflegedauern in Monaten der inzidenten Fälle aus dem Jahr 1999 – Sortiert nach Pflegedauern, differenziert nach den jeweiligen 10 Dezentilen: Wie viele Monate dauert die Pflegezeit für ersten, zweiten, dritten, ... 10 % der Fälle?

	Alle Fälle			Beginn in häuslicher Pflege			Beginn im Pflegeheim		
Dezentile	Pflege gesamt	häusl. Pflege	Pflege- heim	Pflege gesamt	häusl. Pflege	Pflege- heim	Pflege gesamt	häusl. Pflege	Pflege- heim
10 %	0-2	0	0	0-3	0-2	0	0-2	0	0-2
20 %	2-5	0-1	0	3-6	2-4	0	2-4	0	2-3
30 %	5-10	1-3	0	6-12	4-7	0	4-7	0	3-6
40 %	10-18	3-6	0	12-20	7-12	0	7-11	0	6-11
50 %	18-28	6-11	0	20-32	12-19	0	11-21	0	11-20
60 %	28-42	11-19	0-2	32-46	19-29	0	21-28	0	20-27
70 %	42-59	19-33	2-9	46-64	29-44	0-2	28-42	0	27-39
80 %	59-82	33-53	9-25	64-90	44-65	2-13	42-59	0	39-56
90 %	82-127	53-100	25-53	90-132	65-117	13-41	59-84	0	56-83
100 %	127-132	100-132	53-132	132	117-132	41-131	84-132	0-111	83-132

Quelle: GEK-Routinedaten; Hochrechnung auf die Bevölkerung Deutschlands aus dem Jahr 1999

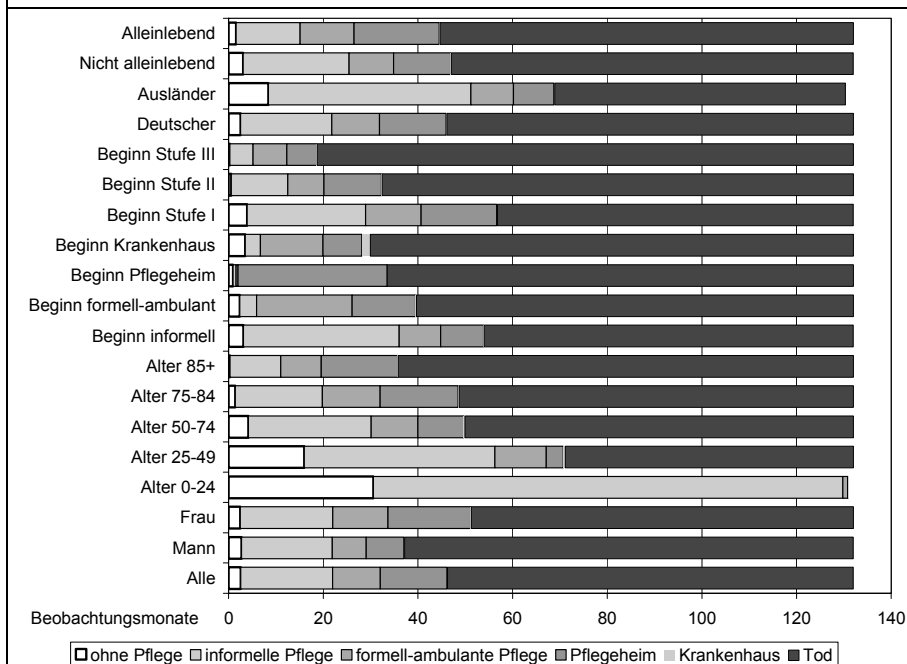
Für 10 % aller Fälle dauert die Gesamtpflegezeit nur 0–2 Monat an und die kürzesten 50 % der Pflegedauern sind höchstens 28 Monate lang (erste Spalte in Tabelle 32). In häuslicher Pflege verbringt die Hälfte der Fälle höchstens 11 Monate, und 50 % der Fälle erleben keinen einzigen Monat im Pflegeheim.

Beginnt der Pflegeverlauf zu Hause, dann wird von 60 % der Fälle nicht ein Monat im Pflegeheim erlebt. Von den nächsten 10 % werden auch nur höchstens 2 Monate im Pflegeheim erlebt. Wenn die Pflege zu Hause beginnt, beträgt die Pflegezeit zu Hause für 50 % der Fälle höchstens gut 1 ½ Jahre (19 Monate).

Wenn die Pflege im Pflegeheim beginnt, dann wird zu über 90 % kein einziger Monat in häuslicher Pflege verbracht. Aber auch die Pflegezeit im Pflegeheim dauert unter diesen Bedingungen bei 50 % der Fälle höchstens 20 Monate (letzte Spalte in Tabelle 32). Für ⅓ der Fälle, die im Heim beginnen, beträgt die gesamte Pflegezeit im Pflegeheim höchstens 3 Jahre.

Genauso, wie der Eintritt in die Pflegebedürftigkeit abhängig von bestimmten Bedingungen ist, ist auch die Dauer der Pflegebedürftigkeit von verschiedenen Faktoren abhängig. Das Alter und das Geschlecht mit den damit verbundenen weiteren Lebenserwartungen spielen dabei eine wesentliche Rolle. Aber auch der Haus-

Abbildung 46: Pflegezeiten in Pflegearrangements – Verteilung differenziert nach verschiedenen Merkmalen für die Pflegeinzidenzen in Deutschland im Jahr 1999



Quelle: GEK-Routinedaten; Hochrechnung auf die Bevölkerung Deutschlands

Anmerkung: Selektion der Fälle ohne sonstigen Beendigungsgrund des Versicherungsverhältnisses

haltskontext, der Grad der Pflegebedürftigkeit (Pflegestufe) und das Eingangspflegearrangement können eine Rolle spielen. Dabei soll dem Pflegearrangement keine direkte ursächliche Rolle für eine weitere Lebenserwartung oder einen Genesungsverlauf unterstellt werden. Die Kausalität dürfte eher umgekehrt verlaufen, so dass die gesundheitliche Situation zu Pflegebeginn und die familiäre Situation die Wahl des ersten Pflegearrangements beeinflussen.

Abbildung 46 zeigt für die verschiedenen möglichen Einflussfaktoren, wie sich die Pflegezeiten nach Pflegebeginn für die einzelnen Untersuchungskategorien verteilen. Im untersten Balken wird die Verteilung für alle Pflegebedürftigen zusammen dargestellt. Da es sich bei den Pflegebedürftigen meist um sehr alte und kranke Menschen handelt, liegt die durchschnittliche Erlebenszeit in dem Untersuchungs-

zeitraum von 132 Monaten lediglich bei 46 Monaten. Im Durchschnitt werden hiervon 19 Monate in informeller Pflege verbracht, 10 Monate mit formell-ambulanter Pflege und 14 Monate im Pflegeheim. Für 2 ½ Monate wird keine Pflegeleistung registriert. Bei den Männern liegt die Erlebenszeit sogar nur bei 37 Monaten und bei den Frauen bei 51 Monaten. Trotzdem verbringen Männer gleich viel Zeit wie Frauen in informeller Pflege. Das Mehr an Überlebenszeit wird von den Frauen in formell-ambulanter Pflege (12 vs. 7 Monate), aber besonders im Pflegeheim erlebt. Männer verbringen durchschnittlich 8 Monate im Pflegeheim und Frauen 17 Monate.

Die jüngsten Pflegebedürftigen im Alter von 0–24 Jahren starten den Pflegeverlauf durchgängig in informeller Pflege und es kommt in den seltensten Fällen überhaupt zur formell-ambulanten Pflege. Im Durchschnitt werden 99 Monaten in informeller Pflege – überwiegend durch die Eltern – verbracht. Im Durchschnitt wird nur ein Monat formell-ambulante Pflege genutzt und Pflegezeiten im Heim sind kaum messbar. Vielmehr wird vielfach die Pflegebedürftigkeit überwunden, woraus 31 Monate ohne Pflegebedürftigkeit resultieren. Todesereignisse in diesem Alter sind die Ausnahme. Mit steigendem *Eingangsalter* sinken die Wahrscheinlichkeit, dass die Pflegebedürftigkeit überwunden wird, und damit auch die durchschnittliche Zeit ohne Pflegebedürftigkeit. Bei den 25–49-Jährigen sind noch 16 Monate ohne Pflege zu beobachten, bei den 50–74-Jährigen sind es nur noch 4 Monate und bei den über 85-Jährigen nicht einmal mehr ein Monat. Die Zeit der formell-ambulanten Pflege liegt in allen weiteren Alterskategorien hingegen sehr konstant zwischen 9 und 12 Monaten. Mit dem Alter weniger wird die Zeit mit informeller Pflege, während die Zeit im Pflegeheim ansteigt, bis sie in der Alterskategorie 75–84 Jahre den Höchstwert von durchschnittlich 17 Monaten erreicht.

Wie schon erwähnt, wird eine Entscheidung über das Pflegearrangement im Pflegeverlauf nicht ständig überdacht und revidiert, sondern hat in der Regel zunächst einmal Bestand (siehe hierzu auch Abschnitt 5.3.3.5). Davon abhängig ist dann die Dauer, die sich in den einzelnen Pflegearrangements ergibt. Daher ist es bedeutsam, mit welchem *Pflegearrangement* der Pflegeverlauf beginnt. Entsprechend ist die längste Dauer in informeller Pflege bei denen zu sehen, die auch in diesem Arrangement gestartet sind (33 Monate). Im Vergleich dazu fallen die Dauern mit formell-ambulanten Beginn (4 Monate) oder Beginn im Pflegeheim (1 Monat) deutlich geringer aus. Ist das erste Pflegearrangement formell-ambulant, dann ist diese Arrangement auch in der Gesamtzeit deutlich länger (20 Monate). Mit Start

in informeller Pflege oder im Pflegeheim werden nur 9 Monate bzw. 1 Monat in formell-ambulanter Pflege verbracht. Bei einem Beginn im Pflegeheim beträgt die durchschnittliche Zeit im Pflegeheim 32 Monate – ein Wert der bei weitem nicht erreicht wird, wenn die Pflege in informeller (9 Monate) oder formell-ambulanter Pflege (13 Monate) beginnt. Wird die Pflegebedürftigkeit im Krankenhaus festgestellt, dann ist die weitere Lebenserwartung relativ gering. Es werden 8 Monate im Pflegeheim verbracht und 16 Monate in häuslicher Pflege. Das oftmals akute, pflegebegründende Ereignis kann aber auch wieder überwunden werden, so dass es zu den überproportionalen Zeiten von 4 Monaten ohne Pflegebedürftigkeit kommt.

Diejenigen, die den Pflegeverlauf schon mit einer höheren *Pflegestufe* beginnen, haben eine insgesamt geringere Lebenserwartung und weisen daher auch in jedem Pflegearrangement geringere Zeiten auf.

Die Zahl der Pflegebedürftigen ohne *deutsche Staatsangehörigkeit* wird in Zukunft zunehmen. Da es sich bei den pflegebedürftigen Ausländern in vielen Bereichen um eine selektive Gruppe handelt, resultieren deutlich unterschiedliche Verteilungen der Pflegearrangements. Die überwiegende Zeit in Pflegebedürftigkeit wird mit informeller Pflege verbracht (43 Monate). Formell-ambulante Pflege (9 Monate) und Zeiten im Pflegeheim (9 Monate) sind bei der langen Überlebenszeit von 72 Monaten relativ kurz. Zudem ergeben sich bei ihnen sogar noch 8 Monate ohne Pflegebedürftigkeit.

Hinsichtlich des *Haushaltskontextes* zeigen sich auch die Verteilungen bei der Differenzierung nach Alleinlebend und Nicht-Alleinlebend. Im Durchschnitt kommen die zu Beginn der Pflege Alleinlebenden auf 18 Monate Heimaufenthalt, während die Nicht-Alleinlebenden nur auf 12 Monate kommen. Auch die Zeiten der formell-ambulant Pflege liegen mit 11 Monaten im Vergleich zu 9 Monaten etwas höher. Deutlich kürzer sind mit 14 Monaten im Vergleich zu 22 Monaten aber die Zeiten mit informeller Pflege.

Alle diese Faktoren wirken aber nicht nur allein, sondern interagieren miteinander. Um dieses Zusammenspiel zu erfassen, werden in Tabelle 33 lineare Regressionsmodelle dargestellt, die den jeweiligen besonderen Effekt der einzelnen Faktoren unter Kontrolle der anderen Faktoren aufzeigen und statistisch bewerten.

Ausgangspunkt dieser statistischen Modelle sind jeweils die Pflegedauern, die für die in der Tabelle angegebene Referenzkategorie gemessen werden. Alle darge-

Tabelle 33: Pflegedauern zu Hause und im Heim in Monaten – Lineare Regression der Pflegedauern in den beobachteten 132 Monaten ab Pflegeeintritt im Jahr 1999

	Pflegedauern		
	gesamt	im Pflegeheim	zu Hause
Konstante	47,5 ***	8,3 ***	39,0 ***
Frau	15,5 ***	7,0 ***	8,4 ***
Ausländer	6,0	0,7	5,4
Alleinlebend	-2,8	1,4	-4,3 **
Eintrittsalter 0–24 Jahre	51,3 ***	-9,4 *	60,7 ***
Eintrittsalter 25–49 Jahre	16,0 **	-6,1 *	21,9 ***
Eintrittsalter 50–74 Jahre	4,4 *	-2,7 *	7,1 ***
Eintrittsalter ab 85 Jahre	-9,6 ***	-3,1 **	-6,3 ***
Eingangspflegestufe II	-17,5 ***	-4,5 ***	-13,0 ***
Eingangspflegestufe III	-29,6 ***	-8,2 ***	-21,3 ***
Pflegebeginn formell-ambulant	-7,6 ***	3,8 **	-11,5 ***
Pflegebeginn im Pflegeheim	-9,6 ***	22,3 ***	-31,8 ***
Pflegebeginn im Krankenhaus	-17,5 ***	-0,3	-18,9 ***
Quelle: GEK-Routinedaten; Gewichtet auf die alters- und geschlechtsspezifische Verteilung der Bevölkerung Deutschlands für das Jahr 1999			
Selektion der Fälle ohne sonstigen Beendigungsgrund des Versicherungsverhältnisses			
Referenzkategorien: Mann, Deutscher, nicht alleinlebend oder Haushaltskontext unbekannt, Eintrittsalter 75–84 Jahre, Eingangspflegestufe I, Pflegebeginn mit informeller Pflege			
Irrtumswahrscheinlichkeiten: *** P<0,1 % **P<1 % * P<5 %			

stellten Werte in den Modellen zeigen an, um wie viele Monate sich die jeweiligen Pflegedauern verändern, wenn von der Referenzkategorie auf die angegebene Kategorie gewechselt wird, wenn also Z. B. Frauen anstelle von Männern betrachtet werden – und zwar unter Kontrolle der anderen in den Modellen aufgeführten Merkmale.

Betrachtet man zunächst die *Gesamtpflegedauer*, dann zeigt sich an der Konstanten für die Referenzkategorie eine Durchschnittsdauer von 48 Monaten. Die Dauer im Pflegeheim beträgt 8 Monate und die Gesamtdauer der häuslichen Pflege (informell und formell-ambulant) 39 Monate.

Frauen haben eine statistisch signifikant um 16 Monate längere Pflegedauer innerhalb der 132 beobachteten Monate. Für sie werden 7 Monate längere Zeiten im Pflegeheim und 8 Monate längere Zeiten mit häuslicher Pflege gemessen.

Die deutlichen Unterschiede, die in der Einzeldarstellung für *Ausländer* auftraten, sind im Modell nicht signifikant oder verkehren sich sogar. Hier kommt die Selektivität der Ausländer zum Tragen. Sie sind noch jünger und beginnen die Pflegeverläufe in anderen Pflegearrangements. Unter Kontrolle des Alters, des Haushaltskontextes, des Geschlechts, der Pflegestufe und des Eingangspflegearrangements zeigen sich sogar längere Zeiten im Pflegeheim als bei Deutschen. Die Unterschiede sind jedoch alle statistisch nicht signifikant. Bei Kontrolle der genannten Variablen verliert die Ausländereigenschaft damit ihre Erklärungskraft.

Die kürzere häusliche Pflegedauer der *Alleinlebenden* erscheint als signifikantes Ergebnis. Mit Blick auf das Gesamtmodell lässt sich aber erkennen, dass ein Teil der kürzeren Pflegezeit zu Hause durch die insgesamt kürzere Pflegezeit begründet ist. Dennoch lässt sich ein dem Haushaltskontext zuschreibbarer Effekt erkennen: die Zeiten in häuslicher Pflege sind kürzer und die Zeiten der Pflege im Heim sind länger. Dieser Unterschied in der Pflegedauer im Heim ist zwar nicht signifikant, aber dennoch stützt die Richtung des Effekts die Vermutung, dass die Pflege von Personen mit unzureichendem sozialem Umfeld eher stationär durchgeführt wird.

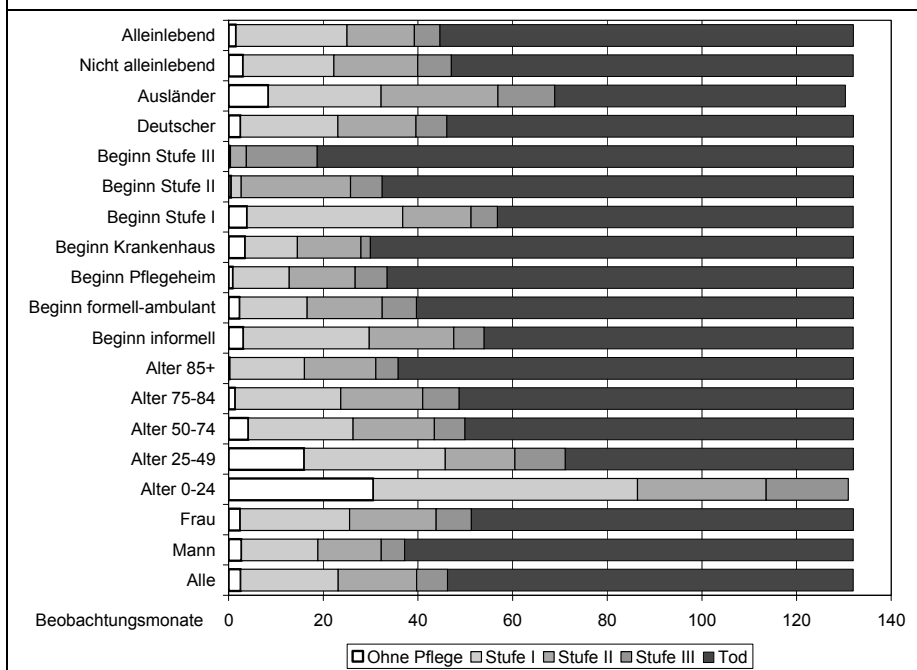
Bei Kontrolle anderer Faktoren wird für die ganz *jungen* Pflegebedürftigen eine 51 Monate längere Pflegedauer gemessen als bei den 75–84-jährigen. Die über 85-Jährigen haben hingegen eine 10 Monate kürzere Zeit der Pflegebedürftigkeit. Der gleiche Trend einer mit höherem Alter sinkenden Pflegedauer zeigt sich auch bei der häuslichen Pflege. Die ganz Jungen haben eine häusliche Pflegedauer von 61 Monaten mehr als die 75–84-Jährigen und die Ältesten haben eine um 6 Monate kürzere Dauer. Die längste Zeit im Pflegeheim verbringen allerdings diejenigen, die im Alter von 75–84 pflegebedürftig werden. In den anderen Alterskategorien werden im Durchschnitt 3–9 Monate weniger im Pflegeheim verbracht.

Je schwerwiegender die *gesundheitlichen Beeinträchtigungen* zu Beginn der Pflegebedürftigkeit sind, desto wahrscheinlicher sind ein Beginn in einer höheren Pflegestufe, ein Pflegearrangement unter Beteiligung von Pflegeeinrichtungen oder im Krankenhaus. Bedingt durch die damit verbundene kürzere Lebenserwartung ist auch die Pflegedauer kürzer.

5.3.3.4 Pflegezeiten in Pflegestufen

Abbildung 47 zeigt, welche Zeiten in den verschiedenen Pflegestufen verbracht werden. Insgesamt ergeben sich dabei Dauern von 21 Monaten in Pflegestufe I, 17

Abbildung 47: Pflegezeiten in Pflegestufen – Verteilung differenziert nach verschiedenen Merkmalen für die Pflegeeinzigkeiten in Deutschland im Jahr 1999



Quelle: GEK-Routinedaten; Hochrechnung auf die Bevölkerung Deutschlands

Anmerkung: Selektion der Fälle ohne sonstigen Beendigungsgrund des Versicherungsverhältnisses

Monaten in Pflegestufe II und 7 Monaten in Pflegestufe III. Dieses Ergebnis kann wiederum nach den bereits in Abschnitt 5.3.3.3 verwendeten Faktoren differenziert werden.

Anders als bei den Pflegearrangements gibt es bei den Pflegestufen durchweg deutliche Unterschiede zwischen den *Geschlechtern*. Frauen haben sowohl bei Pflegebeginn mit Pflegestufe I (23 vs. 16 Monate) als auch mit Pflegestufe II (18 vs. 13 Monate) und mit Pflegestufe III (7 vs. 5 Monate) längere Pflegedauern.

Die *jüngste Gruppe der Pflegebedürftigen* verbringt 56 Monate in Pflegestufe I, die 25–49-Jährigen 30 Monate und die anderen Altersgruppen 22, 22 und 16 Monate und auch in den anderen Pflegestufen zeigt sich eine mit dem Alter bei Eintritt in die Pflege abnehmende Dauer. Die jüngste Altersklasse unterscheidet sich dabei

deutlicher von den anderen als diese sich untereinander unterscheiden. Nur in dieser Altersgruppe treten zudem fast keine Todesfälle auf.

Das ursprünglich gewählte *Pflegearrangement* (informell, formell-ambulant, Pflegeheim) korreliert kaum mit den Dauern in Pflegestufe III (jeweils 6–7 Monate) und nur begrenzt mit den Dauern in Pflegestufe II (18, 16 bzw. 14 Monate), aber stark mit den Zeiten in Pflegestufe I, die bei 27 Monaten (informell), 14, Monaten (formell-ambulant) bzw. 12 Monaten (Pflegeheim) liegen. Beginnt die Pflegebedürftigkeit im Krankenhaus, dann sind die Pflegedauern in allen Pflegestufen die geringsten: 11 Monate in Pflegestufe I, 13 Monate in Pflegestufe II und 2 Monate in Pflegestufe III.

Je nach *Eingangspflegestufe* unterscheiden sich auch die Pflegedauern in den einzelnen Pflegestufen: Beginnt die Pflege in Pflegestufe I, resultieren daraus 33 Monate in Stufe I, 15 Monate in Stufe II und 6 Monate in Stufe III. Beginnt die Pflege hingegen mit Stufe II dann sind es 2, 23 bzw. 7 Monate, und bei Eingangspflegestufe III folgen 0, 3 und 15 Monate in den drei Pflegestufen. Eine Korrelation der Gesamtdauern mit dem Ausgangszustand erscheint im Fall der Pflegestufen somit größer als im Fall der Pflegearrangements.

Ausländer verbringen in allen Pflegestufen mehr Zeit als die Deutschen (Stufe I: 24 vs. 21 Monate; Stufe II: 25 Monate vs. 17 Monate; Stufe III: 12 vs. 7 Monate), *Alleinlebende* weisen hingegen mehr Zeiten in Stufe I (24 vs. 19 Monate), aber dafür weniger Zeiten in Pflegestufe II (14 vs. 18 Monate) und weniger Zeiten in Pflegestufe III (5 vs. 7 Monate) auf.

Viele dieser Unterschiede zwischen einzelnen Kategorien sind teilweise wiederum durch ein gleichzeitiges Auftreten anderer Faktoren bedingt. Um die Effekte dieser Gleichzeitigkeiten statistisch herauszurechnen, sind in Tabelle 34 lineare Regressionsmodelle zu den Pflegedauern in den einzelnen Pflegestufen dargestellt. Hierbei werden die Effekte der einzelnen Merkmale unter Kontrolle der anderen Merkmale in den Modellen errechnet.

Frauen weisen – unter Kontrolle anderer Faktoren – in allen Pflegestufen längere Pflegezeiten auf als Männer, nämlich 5 Monate mehr in Pflegestufe I, 6 Monate mehr in Pflegestufe II und 4 Monate mehr in Pflegestufe III. Im Vergleich zu den Basiswerten für die Referenzkategorie ist das im Fall der Stufe III eine Verdoppelung, im Fall der Pflegestufe I hingegen nur eine Steigerung um 17%.

Tabelle 34: Pflegedauern in Pflegestufen in Monaten – Lineare Regression der Pflegedauern in den beobachteten 132 Monaten ab Pflegeeintritt im Jahr 1999

	Pflegedauern		
	in Pflegestufe I	in Pflegestufe II	in Pflegestufe III
Konstante	31,0 ***	12,6 ***	4,0 ***
Frau	5,1 ***	6,3 ***	4,0 ***
Ausländer	1,1	5,0	-0,1
Alleinlebend	1,7	-3,3 **	-1,2
Eintrittsalter 0–24 Jahre	28,8 ***	11,3 **	11,2 ***
Eintrittsalter 25–49 Jahre	13,2 ***	0,6	2,3
Eintrittsalter 50–74 Jahre	4,0 **	1,0	-0,6
Eintrittsalter ab 85 Jahre	-4,4 ***	-2,2	-2,9 ***
Eingangspflegestufe II	-28,2 ***	9,3 ***	1,4
Eingangspflegestufe III	-30,5 ***	-9,1 ***	10,0 ***
Pflegebeginn formell-ambulant	-7,0 ***	-1,3	0,7
Pflegebeginn im Pflegeheim	-7,3 ***	-3,6 *	1,2
Pflegebeginn im Krankenhaus	-9,0 **	-4,7	-3,8
Quelle: GEK-Routinedaten; Gewichtet auf die alters- und geschlechtsspezifische Verteilung der Bevölkerung Deutschlands für das Jahr 1999			
Selektion der Fälle ohne sonstigen Beendigungsgrund des Versicherungsverhältnisses			
Referenzkategorien: Mann, Deutscher, nicht alleinlebend oder Haushaltskontext unbekannt, Eintrittsalter 75–84 Jahre, Eingangspflegestufe I, Pflegebeginn mit informeller Pflege			
Irrtumswahrscheinlichkeiten: *** P<0,1 % **P<1 % * P<5 %			

Ausländer unterscheiden sich im multivariaten Modell nicht statistisch signifikant von den Deutschen. Dies ist zum einen darin begründet, dass die Unterschiede zwischen Aus- und Inländern nunmehr bei den anderen Faktoren berücksichtigt werden, ist womöglich aber auch darauf zurückzuführen, dass die Fallzahl der Ausländer, die im Jahr 1999 erstmalig pflegebedürftig wurden, noch sehr gering ist. Dies wird sich im Laufe der Zeit ändern.

Alleinlebende verbringen signifikant weniger Zeit in Pflegestufe II. Auch wenn die geringere Zeit in Pflegestufe III und die längere Zeit in Pflegestufe I nicht signifikant sind, so zeigen alle Werte in dieselbe Richtung. Die Pflegedauer für Alleinlebende ist insgesamt kürzer und wird in einer geringeren Pflegestufe verbracht.

Eine geringere Pflegestufe findet sich insbesondere auch bei der *jüngsten Gruppe* der Pflegebedürftigen. Zwar erleben diese im Vergleich zu den 75–84-Jährigen

zusätzlich 11 Monate in Pflegestufe II und III, aber die zusätzliche Zeit in Pflegestufe I liegt mit 29 Monaten noch deutlich darüber. Die Ältesten haben insgesamt die geringste Lebenserwartung und erleben in allen Pflegestufen die kürzesten Zeiten (-4 Monate; -2 Monate; -3 Monate).

Die *Eingangspflegestufe* bestimmt im größten Maße die Gesamtdauern in den einzelnen Pflegestufen. Im Vergleich zur Eingangspflegestufe I werden bei Eingangspflegestufe II und III 28 bzw. 31 Monate weniger in Pflegestufe I verbracht. Wenn die Pflege in Pflegestufe II beginnt, ist die Gesamtpflegedauer in Pflegestufe II 9 Monate länger als wenn sie in Stufe I oder III beginnt. Wenn sie in Pflegestufe III beginnt, ist die Dauer in Pflegestufe III 9 Monate länger als wenn sie in Pflegestufe II beginnt und 10 Monate länger als wenn sie in Pflegestufe I beginnt.

Die Pflegestufe ist verbunden mit dem *Pflegearrangement*, wobei das Eingangspflegearrangement auch von der Pflegestufe abhängen kann. Wenn die Pflege mit formell-ambulanten Leistungen oder im Pflegeheim beginnt, dann ist mit kürzeren Zeiten in Pflegestufe I und II und mit längeren Zeiten in Pflegestufe III zu rechnen, wobei nur der Unterschied in der Dauer der Pflege in Stufe I als statistisch hoch signifikant erkannt wird. Die Pflegeverläufe, die im Krankenhaus beginnen, weisen wieder über alle verschiedenen Möglichkeiten die geringsten Gesamtdauern aus.

5.3.3.5 Sequenzen der Pflegearrangements

In den bisherigen Abschnitten wurde gezeigt, wie wahrscheinlich ein Pflegebeginn ist oder wie viel Zeit aufsummiert in bestimmten Pflegearrangements oder Pflegestufen verbracht wird. Offen ist dabei aber noch die Frage, wie die *Verläufe* durch die Pflegearrangements und Pflegestufen aussehen und welche Abfolgen dabei zu beobachten sind. Bleiben die Pflegearrangements relativ stabil oder wird öfter zwischen den Pflegearrangements gewechselt? Wenn gewechselt wird: in welche Richtung? Die gleichen Fragen stellen sich für die Pflegestufen. Auch hier kann gefragt werden, ob es typische Sequenzmuster gibt. Ausgehend von den erstmaligen Pflegeleistungen werden daher in diesem Abschnitt 5.3.3.5 die Sequenzen, also die Abfolgen von Pflegearrangements betrachtet und im nachfolgenden Abschnitt 5.3.3.6 die Sequenzen der Pflegestufen. Jeweils wird versucht, die gefundenen Sequenzen zu *typischen Verläufen* zusammenzufassen und Faktoren zu analysieren, welche die Sequenztypen wahrscheinlicher machen.

Die Sequenzen werden für die Pflegeeintrittsjahre 1999–2006 betrachtet. Damit ergibt sich auch für das letzte Eintrittsjahr noch ein Beobachtungszeitraum von mindestens 48 Monaten. Innerhalb der zu Grunde gelegten 48 Monate können nun verschiedene Zustände eintreten: informelle Pflege, formell-ambulante Pflege, dauerhafte Pflege im Heim, Tod, sonstige Beendigung des Versicherungsverhältnisses, Unterbrechung der Pflegeleistung wegen stationärer Behandlung, sonstige Unterbrechung der Pflegeleistung und Beendigung der Pflegeleistung. Betrachtet werden nur die Sequenzen, die mit folgenden vier Zuständen beginnen:

- informelle Pflege,
- formell-ambulante Pflege,
- dauerhafte Pflege im Heim und
- Vergabe der Pflegestufe zur Zeit eines Krankenhausaufenthalts.

Die zeitliche Zuordnung der Zustände geschieht monatsweise. Auch innerhalb eines Monats können natürlich Wechsel in der Pflegestufe und der bezogenen Leistungsart stattfinden. Die Zuordnung eines solchen Monats erfolgt dergestalt, dass auf die höchste vorkommende Pflegestufe und die Pflegeform mit dem höchsten Anteil formeller Pflege zurückgegriffen wird. Wenn beispielsweise innerhalb eines Monats sowohl Pflegestufe II als auch Pflegestufe III vorliegen, dann wurde der Person für diesen Monat die Pflegestufe III zugeordnet. Pflegestufe III überschreibt somit Pflegestufe II und diese wiederum Pflegestufe I. Entsprechend überschreibt die dauerhafte Pflege im Heim, die formell-ambulante Pflege und diese wiederum die informelle Pflege.

Die Abfolgen der monatlichen Zustände wurden als Zahlenstränge erfasst. Für jeden relevanten Zustand wurde eine andere Zahl vergeben. Für die Sequenzen der Pflegearrangements wurden die einzelnen Zustände folgendermaßen kodiert:

- 0: Keine Pflegeleistung
- 1: Informelle Pflege
- 2: Formell-ambulante Pflege
- 3: Dauerhafte Pflege im Heim
- 4: Krankenhausaufenthalt mit ruhenden Pflegeleistungen
- 8: Tod
- 9: Ende des Versicherungsverhältnisses aus sonstigem Grund

Tabelle 35: Der häufigsten Sequenzen der Pflegearrangements

[illegible]

Anmerkung:

0: Keine Pflegeleistung

1: Informelle Pflege

2: Formell-ambulante Pflege

3: Dauerhafte Pflege im Heim

4: Krankenhausaufenthalt bei Pflegebedürftigkeit, aber ruhenden Pflegeleistungen

8: Tot

9: Ende des Versicherungsverhältnisses

Einmonatige Unterbrechungszeiten wurden in der Annahme von Dokumentationslücken durch den Vormonatseintrag überschrieben.

Die sieben häufigsten Sequenzen der Pflegearrangements sind in Tabelle 35 dargestellt: Sequenz 1 beschreibt dabei eine über die 48 Monate durchgängige informelle Pflege, Sequenz 2 eine zweimonatige informelle Pflege gefolgt vom Tod. Die dritthäufigste 48-Monatssequenz ist der durchgängige Aufenthalt im Pflegeheim (Sequenz 3). Alle sieben Sequenzen enthalten keinen Wechsel des Pflegearrangements, sondern nur stabile Verläufe bis zum Ende der 48-Monatsfrist bzw. bis zum Tod.

Diese sieben Sequenzen umfassen insgesamt 29% aller betrachteten Fälle. Um die (überwiegende) Mehrzahl der Fälle zu erfassen müssten sehr viel mehr Sequenzen betrachtet werden, wobei die Übersicht verloren ginge. Sinnvoller ist es daher, die Sequenzen zu typisieren.

In einem ersten Schritt wurden die Sequenzen daher in 15 verschiedene Kategorien zusammengefasst (Tabelle 36), die aus der Kombination von drei möglichen Trends gebildet wurden

a) Professionalisierung: Wechsel von

- keiner Pflegeleistung zu einer Pflegeleistung,

Tabelle 36: 48-Monats-Sequenzmuster der Pflegearrangements mit Beginn in den Jahren 1999–2006 (rohe Zahlen ohne Hochrechnung)

			Anzahl	Anteil
M0	–	Konstant; Person überlebt	4.659	18,9%
M1	–†	Konstant; Sequenz endet im Tod	9.250	37,6%
M2	/	Nur Professionalisierungstrend; Person überlebt	1.772	7,2%
M3	↘	Langfristiger Professionalisierungstrend mit zwischenzeitlichem Trend zur Deprofessionalisierung; Person überlebt	640	2,6%
M4	/†	Nur Professionalisierungstrend; Sequenz endet im Tod	3.423	13,9%
M5	↘†	Langfristiger Professionalisierungstrend mit zwischenzeitlichem Deprofessionalisierungstrend; Sequenz endet im Tod	567	2,3%
M6	\	Nur Trend zur Deprofessionalisierung; Person überlebt	853	3,5%
M7	\↘	Langfristiger Trend zur Deprofessionalisierung mit zwischenzeitlichem Professionalisierungstrend; Person überlebt	213	0,9%
M8	\†	Nur Trend zur Deprofessionalisierung; Sequenz endet im Tod	456	1,9%
M9	\↘†	Langfristiger Deprofessionalisierungstrend mit zwischenzeitlichem Professionalisierungstrend; Sequenz endet im Tod	94	0,4%
M10	↔	Professionalisierung und Deprofessionalisierung ohne langfristigen Trend; Person überlebt	839	3,4%
M11	↔†	Professionalisierung und Deprofessionalisierung ohne langfristigen Trend; Sequenz endet im Tod	632	2,6%
M12	+	Sequenz beginnt im Krankenhaus; Person überlebt	123	0,5%
M13	+†	Sequenz beginnt im Krankenhaus und endet im Tod	420	1,7%
M99	???	Sequenz beinhaltet unbekannte Zeiten wegen Beendigung des Versicherungsverhältnisses	661	2,7%
Gesamt			24.602	100%
Quelle: GEK-Routinedaten 1998–2010				

- informeller Pflege zu formell-ambulanter Pflege oder Heimpflege,
- formell-ambulante Pflege zu Heimpflege

b) Deprofessionalisierung: Wechsel von

- Heimpflege zu formell-ambulanter Pflege oder informeller Pflege,
- formell-ambulanter Pflege zu informeller Pflege,
- einer Pflegeleistung zu keine Pflegeleistung

c) Konstanz: Kein Wechsel im Pflegearrangement.

Zusätzlich wurde berücksichtigt, ob der betrachtete Verlauf im Beobachtungsfenster mit dem Tod endet oder nicht. Schließlich gibt es noch die besonderen Sequen-

Tabelle 37: Sequenzmuster der Pflegearrangements in Deutschland 1999–2006

		1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
M0	–	84.207	79.893	77.938	79.311	89.226	76.978	70.926	80.362
M1	–†	168.574	165.281	163.277	174.183	165.901	167.334	166.735	166.949
M2	/	41.677	40.225	49.046	46.286	40.091	47.469	45.528	46.076
M3	∧	16.851	15.280	15.130	9.794	15.269	16.091	14.909	13.003
M4	/†	72.066	72.401	77.436	77.921	71.284	80.714	80.751	80.382
M5	∧†	15.388	10.990	9.700	14.416	14.426	13.591	13.436	14.391
M6	\	13.538	11.389	13.920	10.114	11.770	12.452	11.493	12.233
M7	∨	3.892	3.490	3.836	5.007	2.826	3.521	4.272	5.206
M8	∨†	5.167	10.118	7.887	10.186	8.114	9.295	8.546	10.473
M9	∨†	1.049	1.820	2.438	1.753	1.504	1.248	2.620	2.093
M10	∧∧	16.532	13.687	16.857	17.055	14.473	15.466	16.314	17.429
M11	∧∧†	12.403	10.848	18.837	10.492	13.473	13.862	14.669	13.702
M12	+	2.953	2.386	2.359	2.979	2.155	2.789	3.031	1.371
M13	+†	11.053	8.885	7.428	7.238	7.682	6.434	6.956	6.270
M99	???	8.855	7.999	8.742	7.433	7.328	8.956	9.961	10.446
	Summe	474.204	454.691	474.831	474.167	465.523	476.200	470.146	480.387
Anmerkung: Hochrechnung auf Deutschland									

zen, die mit einer Pflegebedürftigkeit im Krankenhaus beginnen, und die Sequenzen, die unbekannte Zeiten wegen Beendigung des Versicherungsverhältnisses aufweisen. Mit diesen Elementen werden in Tabelle 36 15 Sequenzmuster aus den 24.602 beobachteten Fällen konstruiert.

Die häufigsten 48-Monats-Sequenzen sind diejenigen ohne Veränderung, die innerhalb der 48 Monate mit dem Tod enden (Muster M1: –†), die zweithäufigsten sind die konstanten Sequenzen, die auch noch überlebt werden (Muster M0: –) und die dritthäufigsten Sequenzen zeichnen sich durch einen stetigen Trend zur Professionalisierung der Pflege aus und enden innerhalb des 48-Monatsfensters mit dem Tod (Muster M4: /†).

Eine Hochrechnung auf die deutsche Gesamtbevölkerung ergibt einen Wert von 470 Tsd. Pflegeeintritten und damit Sequenzen. Dieser Wert entspricht der Zahl von zwischen 459 Tsd. und 490 Tsd. Personen, die in den Jahren 1999 bis 2006 durch den MDK erstmalig positiv begutachtet wurden. (Rothgang et al. 2010: 55). Es kann daher davon ausgegangen werden, dass auf Basis der hier verwendeten Kassenda-

ten realistische Schätzungen der Häufigkeit der konstruierten Sequenzmuster möglich sind.

Tabelle 37 enthält die entsprechenden Werte, wobei zusätzlich zwischen den Zugangskohorten 1999–2006 unterschieden wird. Die Tabelle zeigt, dass die drei häufigsten Sequenzmuster (M1, M0 und M4) zusammen stabil rund 2/3 aller Verläufe erfasst werden. Weiterhin wird deutlich, dass die Anteile der Sequenztypen über die Jahre relativ konstant bleiben.

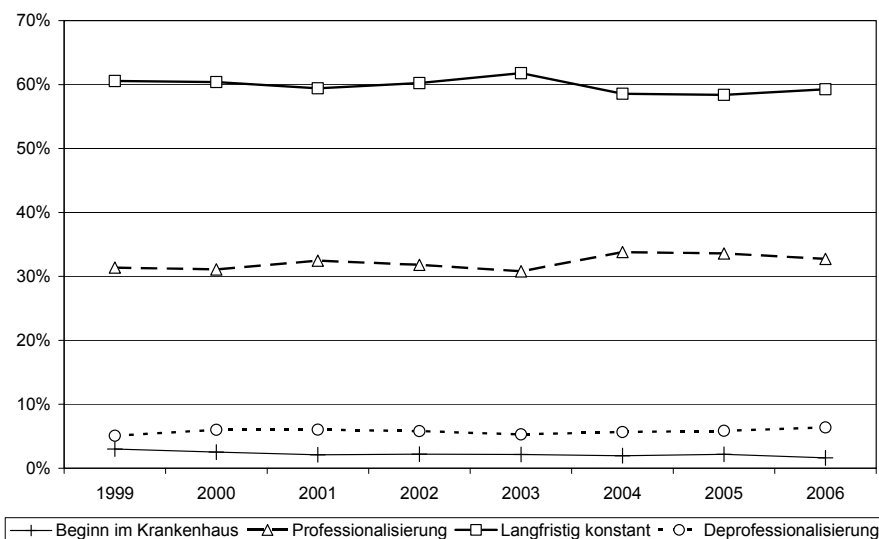
Um die Aussagekraft der Analyse zu erhöhen, werden die 15 Sequenzmuster noch weiter zu *vier Sequenztypen* zusammengefasst:

- Sequenztyp A: Im Trend konstante Verläufe
(Muster 0, 1, 10, 11)
- Sequenztyp B: Langfristiger Trend zur Professionalisierung der Pflege
(Muster 2, 3, 4, 5)
- Sequenztyp C: Langfristiger Trend zur Deprofessionalisierung der Pflege
(Muster 6, 7, 8, 9)
- Sequenztyp D: Sequenzen mit Beginn im Krankenhaus
(Muster 12, 13)

Die Sequenzen mit unbeobachteten Zeiten wegen einer sonstigen Beendigung des Versicherungsverhältnisses (Muster 99) werden aus den weiteren Analysen ausgeschlossen.

Auch die Verteilung der Sequenztypen ist über die Jahre sehr konstant (Abbildung 48): 60 % der Sequenzen zeichnen sich durch stabile Pflegearrangements aus (Sequenztyp A), knapp ein Drittel durch einen Professionalisierungstrend (Sequenztyp B) und durchschnittlich etwa 6 % durch einen Deprofessionalisierungstrend (Sequenztyp C). Diese Aussagen beziehen sich zunächst nur auf die betrachtete 4-Jahresfrist. Wird allerdings berücksichtigt, dass auch in diesem 4-Jahresintervall bereits 61 % aller betrachteten Sequenzen mit dem Tod enden und weiterhin auch unter den Sequenzmustern, die nicht mit dem Tod enden, der Sequenztyp A 52 % und der Sequenztyp B 31 % der betrachteten Fälle umfasst, diese Anteilswerte also weitgehend mit denen für Verläufe, die mit dem Tod enden übereinstimmen, dann ist davon auszugehen, dass das hier beobachtete Muster auch dann bestehen bleibt, wenn das Beobachtungsfenster ausgedehnt wird.

Abbildung 48: Sequenzen der Pflegearrangements – Verteilung der Typen über die Jahre 1999–2006 in Deutschland



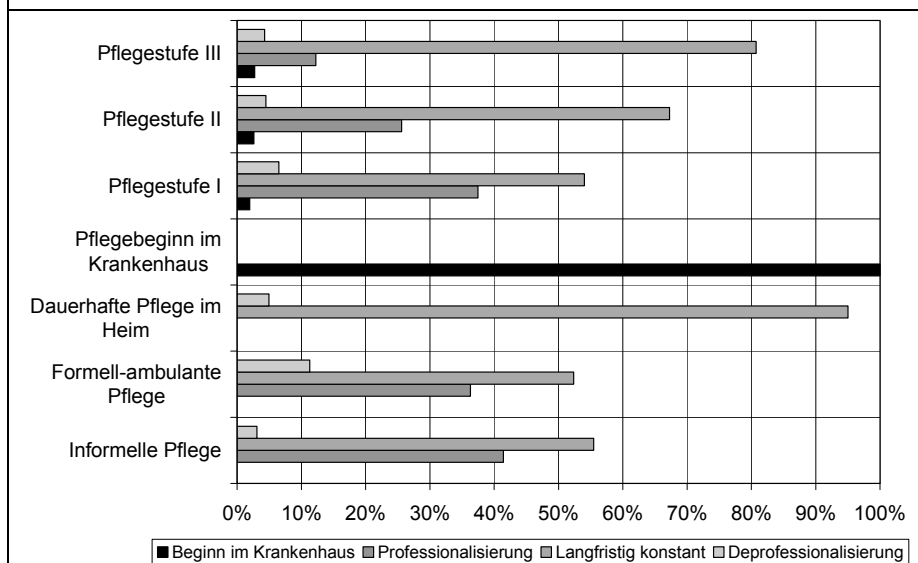
Quelle: GEK-Routinedaten; Hochrechnung auf die Bevölkerung Deutschlands

Anmerkung: Selektion der Fälle ohne sonstigen Beendigungsgrund des Versicherungsverhältnisses

Wer sind nun aber die Pflegebedürftigen, die konstante Verläufe aufweisen, und bei wem kommt es zu (De)Professionalisierungstendenzen? Um diese Fragen zu beantworten, werden zunächst die Verteilungen der Sequenztypen über ausgewählte erklärenden Variablen dargestellt. Anschließend wird für die einzelnen Sequenztypen mittels logistischer Regression in einem multivariaten Modell berechnet, welchen Einfluss die einzelnen Merkmale bei Kontrolle der anderen Einflussgrößen haben. Für die Berechnungen werden folgende Merkmale herangezogen:

- Geschlecht,
- Nationalität,
- Haushaltskonstellation,
- Alter zu Pflegeleistungsbeginn,
- Jahr des Pflegeleistungsbeginns,
- Eingangspflegestufe

Abbildung 49: Sequenzen der Pflegearrangements – Verteilung der Typen nach Eingangspflegearrangement und nach Eingangspflegestufe; BRD 1999–2006



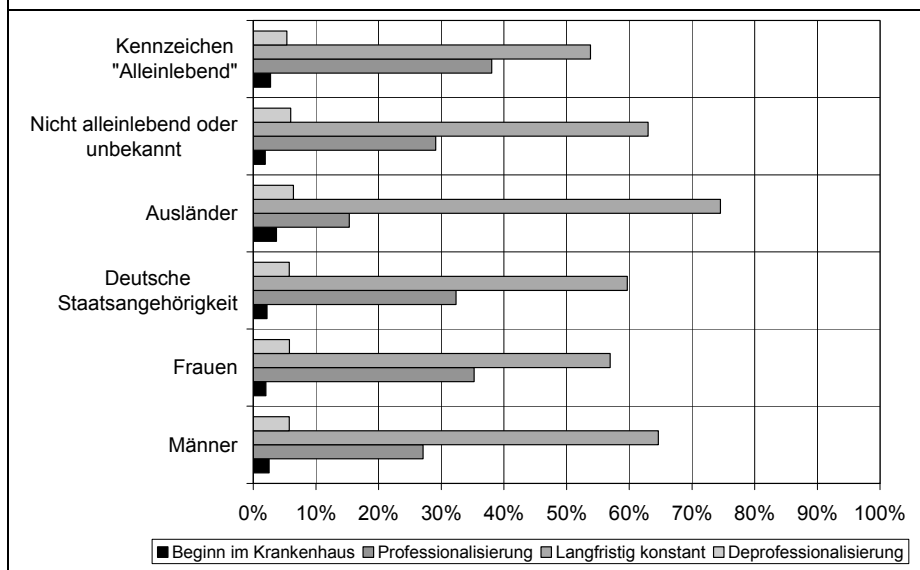
Quelle: GEK-Routinedaten; Hochrechnung auf die Bevölkerung Deutschlands für die Jahre 1999–2006

Anmerkung: Selektion der Fälle ohne sonstigen Beendigungsgrund des Versicherungsverhältnisses

- Eingangspflegearrangement,
- Vorliegen eines Todesereignisses und Zeit zwischen Pflegebeginn und Tod,
- Vorliegen verschiedener Erkrankungen zu Beginn der Pflegebedürftigkeit (nur für die Jahre 2005 und 2006)

Die *Pflegestufe* und das *Pflegearrangement* spiegeln in unterschiedlicher Weise den Grad der Pflegebedürftigkeit wieder. Entsprechend des damit verbundenen geringeren oder höheren Pflegeaufwands lassen sich unterschiedliche Sequenztypen erwarten. Beim Blick auf die Verteilung der Sequenztypen nach Pflegestufen (Abbildung 49) zeigt sich ein höherer Anteil an konstanten Verläufen bei denjenigen, die mit Pflegestufe III in die Pflegebedürftigkeit kommen. Dies resultiert nicht zuletzt aus der geringeren Lebenserwartung (siehe Abbildung 42, S. 157) dieser Personen, die die Wahrscheinlichkeit eines Wechsels der Pflegearrangements verringert. Daher zeigen 81 % der Sequenzen mit Eingangspflegestufe III, aber „nur“

Abbildung 50: Sequenzen der Pflegearrangements – Verteilung der Typen für die Jahre 1999–2006 in Deutschland nach sozio-demografischen Merkmalen



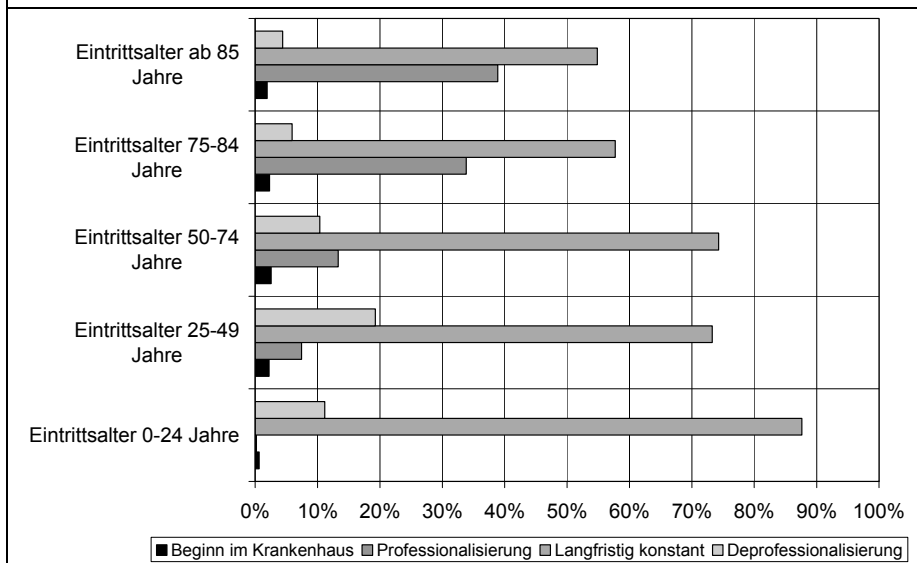
Quelle: GEK-Routinedaten; Hochrechnung auf die Bevölkerung Deutschlands

Anmerkung: Selektion der Fälle ohne sonstigen Beendigungsgrund des Versicherungsverhältnisses

67% der Sequenzen mit Eingangsstufe II und „nur“ 54% der Sequenzen mit Eingangsstufe I konstante Verläufe. Umgekehrt sinkt der Anteil der Sequenzen mit Professionalisierungstrend mit der Eingangspflegestufe von 37% in Pflegestufe I, auf 26% in Pflegestufe II und 12% in Pflegestufe III).

Ausgehend von den *Pflegearrangements* zeigen sich ebenfalls deutliche Unterschiede in der Verteilung der Sequenztypen. Ein höherer Professionalisierungsgrad als die Pflege im Heim kann definitorisch nicht erreicht werden. Daher gibt es mit Pflegebeginn im Pflegeheim nur die Möglichkeit eines konstanten Verlaufs oder aber der Deprofessionalisierung, was in diesem Fall so viel heißt wie einen Übergang in die häusliche Pflege zu vollziehen oder eine Beendigung der Pflegebedürftigkeit. Dieser Fall der Deprofessionalisierung tritt aber nur zu 5% ein, wenn die Pflegebedürftigkeit im Pflegeheim beginnt. Zu 95% handelt es sich um konstante Verläufe, also einem dauerhaften Aufenthalt im Pflegeheim (bis zum Tod). Die häusliche Pflege ist – sowohl bei informellem (56%) als auch bei formell-ambu-

Abbildung 51: Sequenzen der Pflegearrangements – Verteilung der Typen für die Jahre 1999–2006 in Deutschland nach Alter zu Beginn der Pflegeleistungen



Quelle: GEK-Routinedaten; Hochrechnung auf die Bevölkerung Deutschlands

Anmerkung: Selektion der Fälle ohne sonstigen Beendigungsgrund des Versicherungsverhältnisses

lantem Arrangement (53 %), überwiegend konstant im Verlauf. Bei einem Pflegebeginn in informeller Pflege ist ein Deprofessionalisierungstrend nur möglich, wenn die Pflegebedürftigkeit beendet wird. Dies ist aber nur bei 3 % der mit informeller Pflege startenden Verläufe der Fall. Bei formell-ambulanten Start ist die Deprofessionalisierung dagegen etwas häufiger (11 %). Jeweils weisen aber mehr als ein Drittel der Fälle einen Professionalisierungstrend auf, der bei informeller Pflege noch etwas ausgeprägter ist als bei formell-ambulanter Pflege.

Entsprechend der längeren Lebenserwartung, die für *Alleinlebende* ermittelt wurde (siehe Abbildung 43, S. 159), wird auch mehr Veränderung in den Pflegearrangements bei den Alleinlebenden festgestellt. Dennoch zeigen mehr als die Hälfte der Fälle (54 %) einen konstanten Verlauf (Abbildung 50). Die Nicht-Alleinlebenden und diejenigen, bei denen dieser Zustand unbekannt ist, weisen sogar zu 63 % konstante Verläufe auf. Weiterhin sind bei den Alleinlebenden mehr Professionalisierungsverläufe als bei den Alleinlebenden zu beobachten (32 % im Vergleich zu

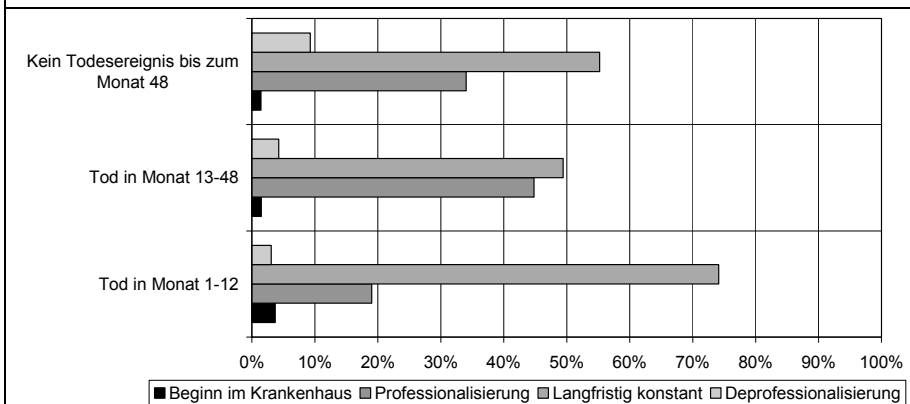
15%). Auffällig ist zudem der erhöhte Anteil an Pflegeverläufen, die bei den Alleinlebenden im Krankenhaus beginnen. Hier sind es 4 % im Vergleich zu 2 % bei den Nicht-Alleinlebenden. Dies kann ein Indikator dafür sein, dass Krankenhausaufenthalte auch wegen einer fehlenden häuslichen Versorgung auftreten.

Eine unterschiedliche Lebenserwartung ist aber nicht der einzige Grund für unterschiedliche Verteilungen in den Wahrscheinlichkeiten der Sequenztypen. So wurde für *Ausländer* zwar eine höhere Lebenserwartung ab Pflegeeintritt gemessen, dennoch zeigen sie mehr konstante Verläufe: 75 % der Sequenzen der Ausländer gehören zum Typ der konstanten Verläufe. Bei den Deutschen sind dies nur 60 %. Häufiger sind bei den Deutschen dafür die Professionalisierungsverläufe: 32 % im Vergleich zu 15 %.

Auch *Frauen und Männer* unterscheiden sich in der Verteilung der Sequenztypen. Diese Unterschiede stehen aber in Einklang mit den unterschiedlichen Lebenserwartungen. So haben Männer ab Pflegebeginn eine geringere Lebenserwartung und dazu passend einen höheren Anteil an konstanten Verläufen (65 % im Vergleich zu 57 % bei den Frauen). Der Anteil der Deprofessionalisierungsverläufe ist mit jeweils 6 % gleich. 27 % der Männer und 35 % der Frauen erleben eine langfristige Professionalisierung in den Pflegearrangements.

Einen ganz wesentlichen Einfluss auf die Sequenztypen hat das *Eintrittsalter* (Abbildung 51). Auch diese Betrachtung zeigt erneut, dass die Pflegebedürftigkeit, die in ganz jungen Jahren eintritt, nicht zu vergleichen ist mit der Pflegebedürftigkeit, die im höheren Lebensalter eintritt. Dies liegt nicht nur daran, dass andere Erkrankungen eine Rolle spielen, sondern auch daran, dass ein anderes Verhältnis von Pflegepersonen zu Pflegebedürftigen besteht. Bei Pflegebedürftigkeit in jungen Jahren pflegen überwiegend die Eltern ihre Kinder; bei Pflegebedürftigkeit im höheren Lebensalter wird die Pflege meist von den Kindern bzw. dem Partner übernommen. So sind in der jüngsten Alterskategorie der 0–24-Jährigen fast keine Professionalisierungsverläufe erkennbar. 88 % der Verläufe sind langfristig konstant und 11 % zeigen sogar eine Deprofessionalisierungstendenz. Der Anteil der stabilen Verläufe liegt auch in allen anderen Alterskategorien weit über 50 %, wobei der Anteil der Deprofessionalisierungsverläufe mit dem Eintrittsalter ab- und der Verläufe mit Professionalisierungstrend mit dem Alter zunimmt.

Abbildung 52: Sequenzen der Pflegearrangements – Verteilung der Typen für die Jahre 2005–2006 in Deutschland nach der Nähe zum Tod



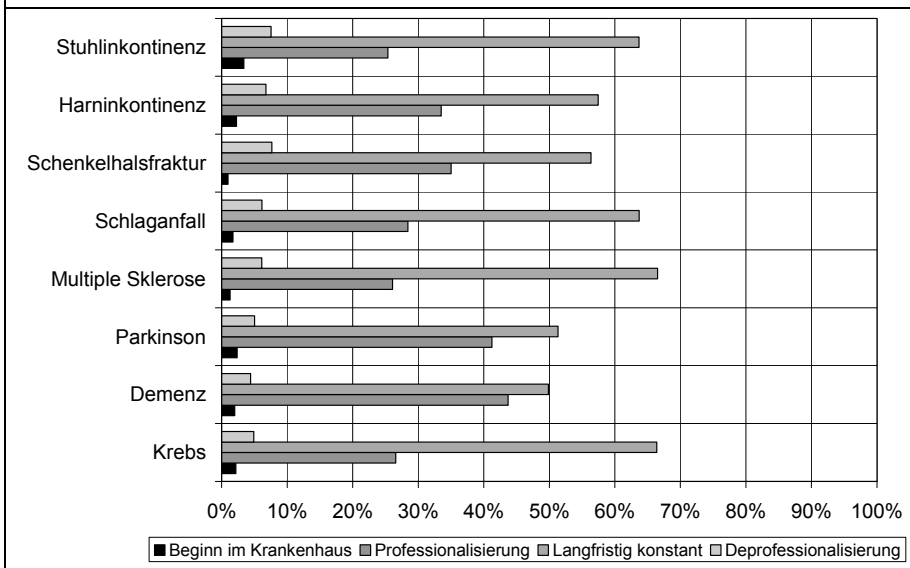
Quelle: GEK-Routinedaten; Hochrechnung auf die Bevölkerung Deutschlands

Anmerkung: Selektion der Fälle ohne sonstigen Beendigungsgrund des Versicherungsverhältnisses

Die vielfach schon angesprochene fernere Lebenserwartung oder anders formuliert, die Nähe zum Tod, hat mindestens auf zweierlei Weise Einfluss auf die Konstanz der Verläufe. Erstens führt ein baldiger Tod nach Pflegeeintritt dazu, dass die Zeit für eine mögliche Veränderung womöglich gar nicht mehr ausreicht. Entsprechend sind die konstanten Verläufe bei den Pflegepersonen, die im ersten Jahr nach Eintritt der Pflegebedürftigkeit sterben, am stärksten ausgeprägt. Zweitens spiegelt eine Nähe zum Tod aber oftmals auch eine Verschlechterung des Gesundheitszustands wieder, der zu Professionalisierungstrends führen kann. So ist zu beobachten, dass bei den Pflegebedürftigen, die den Pflegeeintritt zwar um mindestens ein Jahr überleben, aber noch innerhalb der 48-Monatsfrist sterben, mehr Professionalisierungssequenzen (und weniger stabile Verläufe) zu beobachten sind als in der Gruppe derer, die den gesamten Beobachtungszeitraum überlebt (Abbildung 52).

Der Einfluss der Erkrankungen auf die Verläufe der Pflegearrangements kann nur für die Eingangskohorte 2005–2006 erfasst werden, weil die ambulanten Diagnosedaten für frühere Kohorten nicht zur Verfügung stehen (vgl. Abschnitt 5.1). Weniger konstante Verläufe, aber dafür mehr Professionalisierungsverläufe sind bei Vorliegen von Demenz und Parkinson zu erkennen (Abbildung 53).

Abbildung 53: Sequenzen der Pflegearrangements – Verteilung der Typen für die Jahre 2005–2006 in Deutschland nach festgestellten Diagnosen



Quelle: GEK-Routinedaten; Hochrechnung auf die Bevölkerung Deutschlands

Anmerkung: Selektion der Fälle ohne sonstigen Beendigungsgrund des Versicherungsverhältnisses

Insbesondere Krebs, aber auch die Stuhlinkontinenz und Harninkontinenz sind verbunden mit einer geringeren weiteren Lebenserwartung (siehe Abbildung 45, S. 161). Dadurch sind für diese Fälle auch die höheren Wahrscheinlichkeiten stabiler Verläufe zu erklären. Nach einem Schlaganfall besteht die Chance den Grad der Pflegebedürftigkeit in der Folge wieder zu verringern. Eine solche Verringerung der Pflegebedürftigkeit kann den geringeren Anteil an Professionalisierungsverläufen für diese Gruppe erklären. Pflegebedürftige mit multipler Sklerose weisen eine vergleichsweise geringe Sterblichkeit auf (siehe Abbildung 45, S. 161). Der typischerweise langfristige Verlauf der Erkrankung bei geringer Sterblichkeit ist wohl ursächlich für die relative Konstanz der Pflegearrangements für diese Gruppe. Die Schenkelhalsfraktur zu Beginn eines Pflegeverlaufs als singuläres Ereignis bietet die Möglichkeit für Verringerungen der Pflegebedürftigkeit bei erfolgreicher Rehabilitation. So kann der relativ hohe Anteil von 8 % Deprofessionalisierungsverläufe erklärt werden. Es ist aber davon auszugehen, dass die Pflegebe-

Tabelle 38: Sequenzen der Pflegearrangements – Odds Ratios für die Wahrscheinlichkeit der Sequenztypen

	Langfristig konstant	Profes- sionalisierung	Deprofes- sionalisierung
Frau	0,89 ***	1,14 ***	0,92
Ausländer	1,65 ***	0,62 **	0,67
Alleinlebend	0,74 ***	1,46 ***	0,74 ***
Alter zu Pflegeleistungsbeginn	0,98 ***	1,04 ***	0,97 ***
Eingangsjahr	0,98 ***	1,02 ***	0,99
Eingangsstufe II	1,21 ***	0,90 ***	0,67 ***
Eingangsstufe III	1,79 ***	0,58 ***	0,58 ***
Start mit informeller Pflege	1,06 *	1,60 ***	0,12 ***
Start im Pflegeheim	18,91 ***	0,00	0,44 ***
Tod innerhalb 12 Monate	2,30 ***	0,57 ***	0,29 ***
Tod innerhalb 13–48 Monate	0,77 ***	1,63 ***	0,48 ***
Quelle: GEK-Routinedaten mit Pflegeleistungsbeginn in den Jahren 1999–2006; alters- und geschlechtsspezifisch gewichtet, aber nicht hochgerechnet, nach der Verteilung der Bevölkerung Deutschlands der Jahre 1999–2006			
Referenzkategorien: Mann, Deutsche Staatsangehörigkeit, nicht alleinlebend oder unbekannte Haushaltskonstellation, Eingangsstufe I, Start in formell-ambulanter Pflege, nicht verstorben innerhalb der 48 Monate			
Irrtumswahrscheinlichkeiten: *** P<0,1 %; **P<1 %; * P<5 %			

dürftigkeit meist nicht allein mit dieser einen Diagnose verbunden ist und somit gibt es auch einen hohen Anteil von 56 % konstanten Verläufen und einen Anteil von 35 % mit Professionalisierungstendenzen.

Um zu überprüfen, ob die einzelnen Faktoren ihren Effekt im Wesentlichen aus den unterschiedlichen Sterblichkeitsraten beziehen, werden für die Wahrscheinlichkeit der Sequenztypen logistische Regressionen berechnet. Aus diesen Berechnungen resultieren Odds Ratios, die Wahrscheinlichkeitsunterschiede für die untersuchten Faktoren im Vergleich zur Referenzkategorie und unter Kontrolle der anderen im Modell integrierten Faktoren angeben. Odds Ratios von 1 zeigen dabei an, dass die betrachtete Variable keinen Effekt hat, Odds Ratios größer (kleiner) 1 weisen auf einen verstärkenden (verringernenden) Einfluss der Variable auf die Wahrscheinlichkeit für den jeweils betrachteten Sequenztyp hin. In Tabelle 38 werden diese Odds Ratios für die Sequenztypen der Eingangsjahre 1999–2006 angegeben. Als erklärende Variablen berücksichtigt sind dabei das Geschlecht, die

Staatsangehörigkeit, der Haushaltskontext, das Eingangsalter, das Eingangsjahr, die Pflegestufe und das Pflegearrangement zu Beginn der Pflegebedürftigkeit sowie der Todeszeitpunkt. In Tabelle 39 werden – nur die Eingangsjahre 2005–2006 – zusätzlich auch die Erkrankungen zu Beginn der Pflegebedürftigkeit mit berücksichtigt. Bei der Modellierung wurde der Sequenztyp „Beginn im Krankenhaus“ nicht berücksichtigt, weil sich dieser Sequenztyp sich nicht in das Schema von „auf“, „ab“ und „konstant“ einordnen lässt. Wie die Tabelle zeigt, erhöht ein *kurzer Pflegeverlauf*, der innerhalb eines Jahres mit dem Tod endet, die Wahrscheinlichkeit für einen konstanten Sequenztyp im Vergleich zu den Pflegebedürftigen, die nicht innerhalb der ersten 48 Monate versterben (Referenzkategorie) um 130 %, während der im 13.–48. Monat auftretende Tod, die Wahrscheinlichkeit für eine Professionalisierungsverlauf um 63 % erhöht (beide Effekte hoch signifikant).

Werden zum Beginn der Pflegebedürftigkeit stationäre Pflegeleistungen in Anspruch genommen, erhöht das die Wahrscheinlichkeit für einen konstanten Sequenzverlauf (im Vergleich zur Referenzkategorie) um den Faktor 19 und damit stärker als jedes andere Merkmal. Informelle *Pflegearrangements* begünstigen dagegen Professionalisierungsverläufe. .

Je höher die *Pflegestufe* zu Beginn der Pflegebedürftigkeit ist, desto stabiler sind – auch unter Kontrolle der Todeszeitpunkte – die Sequenzen der *Pflegearrangements*. Auffällige Unterschiede sind außerdem noch die höhere Wahrscheinlichkeit für ausländische Pflegebedürftige, einen konstanten Verlauf zu haben, und die höhere Wahrscheinlichkeit für Alleinlebende, eine Professionalisierung zu erleben.

Die bisherigen Effekte werden durch die Berücksichtigung der *Erkrankungen* in die Modelle kaum beeinflusst (Tabelle 39). Die positiven und negativen Tendenzen bleiben fast durchweg bestehen, allerdings sind einige Effekte nun nicht mehr signifikant. Von den betrachteten Erkrankungen zeigt nur die Demenz einen signifikanten Effekt auf alle Sequenztypen: Sie erhöht die Wahrscheinlichkeit für Professionalisierungstrends und verringert die Wahrscheinlichkeit für konstante oder Deprofessionalisierungsverläufe. Die Pflege kann hier meist noch informell begonnen werden, wird bei Verstärkung der Demenz dann aber irgendwann für die Angehörigen nicht mehr tragbar. Deshalb werden dann vermehrt Pflegedienste mit eingeschaltet oder/und der Pflegebedürftige wechselt ins Pflegeheim. Ein langfristig konstanter Verlauf innerhalb der 48 Monate oder eine Deprofessionalisierung

Tabelle 39: Sequenzen der Pflegearrangements – Odds Ratios für die Wahrscheinlichkeit der Sequenztypen mit Berücksichtigung der Erkrankungen

	Langfristig konstant	Profes- sionalisierung	Deprofes- sionalisierung
Frau	0,92	1,12 *	0,90
Ausländer	1,52	0,70	0,70
Alleinlebend	0,76 ***	1,43 ***	0,74 ***
Alter zu Pflegeleistungsbeginn	0,98 ***	1,04 ***	0,97 ***
Eingangsjahr	1,02	0,95	1,08
Eingangsstufe 2	1,27 ***	0,81 ***	0,74 **
Eingangsstufe 3	2,08 ***	0,40 ***	0,75
Start mit informeller Pflege	1,09	1,65 ***	0,09 ***
Start im Pflegeheim	19,74 ***	0,00	0,53 ***
Tod innerhalb 12 Monate	2,22 ***	0,62 ***	0,25 ***
Tod innerhalb 13–48 Monate	0,82 ***	1,54 ***	0,50 ***
Krebs	1,06	0,98	1,00
Demenz	0,55 ***	2,20 ***	0,59 ***
Parkinson	0,90	1,20 *	0,85
Multiple Sklerose	1,12	1,37	0,59
Schlaganfall	1,21 ***	0,89 *	0,81 *
Schenkelhalsfraktur	1,07	0,91	1,10
Harninkontinenz	0,87 **	1,11 *	1,12
Stuhlinkontinenz	0,88	1,14	1,02
Quelle: GEK-Routinedaten mit Pflegeleistungsbeginn in den Jahren 2005–2006; alters- und geschlechtsspezifisch gewichtet, aber nicht hochgerechnet, nach der Verteilung der Bevölkerung Deutschlands der Jahre 1999–2006			
Referenzkategorien: Mann, Deutsche Staatsangehörigkeit, nicht alleinlebend oder unbekannte Haushaltskonstellation, Eingangsstufe I, Start in formell-ambulanter Pflege, nicht verstorben innerhalb der 48 Monate, die Erkrankung liegt jeweils nicht vor			
Irrtumswahrscheinlichkeiten: *** P<0,1 % **P<1 % * P<5 %			

sind unter den Pflegebedürftigen mit Demenz dagegen deutlich seltener als unter denjenigen, die ohne Demenz pflegebedürftig werden.

Das Eingangspflegearrangement, der Grad der Pflegebedürftigkeit, die Nähe zum Tod, das Vorliegen einer Demenz, das Eintrittsalter in die Pflege und die Haushaltskonstellation sind somit entscheidende Faktoren für die Sequenztypen der Pflegearrangements.

Tabelle 40: 48-Monats-Sequenzmuster der Pflegestufen mit Beginn in den Jahren 1999–2006 (rohe Zahlen ohne Hochrechnung)

			Anzahl	Anteil
M0	–	Konstant; Person überlebt	4596	18,7 %
M1	–†	Konstant; Sequenz endet im Tod	9979	40,6 %
M2	/	Nur Höherstufungen; Person überlebt	2919	11,9 %
M3	/∨	Langfristig Höherstufung mit zeitweiligen Herabstufungen; Person überlebt	213	0,9 %
M4	/†	Nur Höherstufungen; Sequenz endet im Tod	4325	17,6 %
M5	/∨†	Langfristig Höherstufung mit zeitweiliger Herabstufung; Sequenz endet im Tod	175	0,7 %
M6	\	Nur Herabstufungen; Person überlebt	959	3,9 %
M7	\∨	Langfristig Herabstufung mit zeitweiligen Höherstufungen; Person überlebt	78	0,3 %
M8	\†	Nur Herabstufungen; Sequenz endet im Tod	190	0,8 %
M9	\∨†	Langfristig Herabstufung mit zeitweiligen Höherstufungen; Sequenz endet im Tod	22	0,1 %
M10	/∧	Auf und Ab ohne Trend; Person überlebt	334	1,4 %
M11	/∧†	Auf und Ab ohne Trend; Sequenz endet im Tod	151	0,6 %
M99	???	Sequenz beinhaltet unbekannte Zeiten wegen Beendigung des Versicherungsverhältnisses	661	2,7 %
Gesamt			24.602	100 %
Anmerkung: Einmonatige Unterbrechungen werden unter Annahme von Dokumentationsverzögerungen mit dem Vormonatwert überschrieben.				

5.3.3.6 Sequenzen der Pflegestufen

Auch die Sequenzen der Pflegestufen werden für die Pflegeeintrittsjahre 1999–2006 über ein Beobachtungsfenster von 48 Monaten analysiert. Die hierbei betrachteten verschiedenen Zustände, sind:

- Pflegestufe I,
- Pflegestufe II,
- Pflegestufe III,
- Tod,
- sonstige Beendigung des Versicherungsverhältnisses,
- Beendigung der Pflegeleistung bzw. leistungsfreie Zeit ohne Krankenhausaufenthalt.

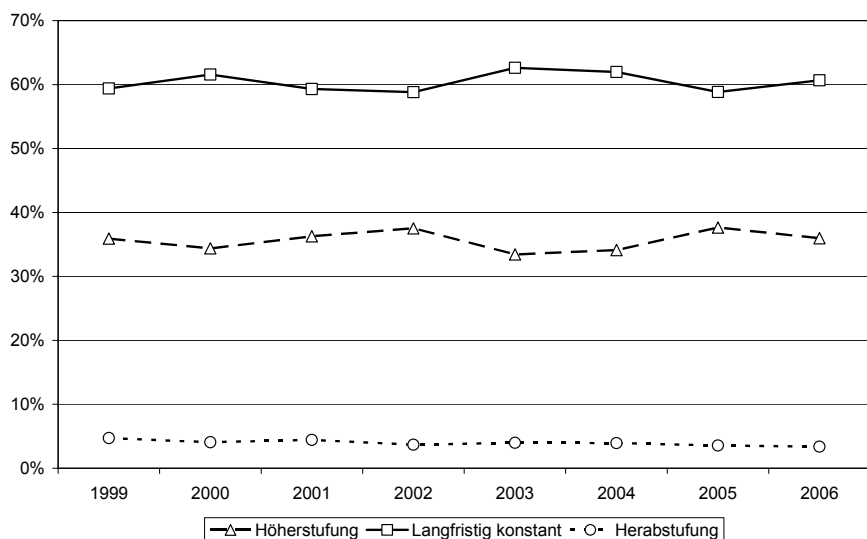
Tabelle 41: Sequenzmuster der Pflegestufen in Deutschland 1999–2006

		1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
M0	–	85.529	86.776	87.218	77.559	88.645	87.060	79.898	90.218
M1	–†	182.476	180.076	179.467	186.530	187.903	191.704	182.872	185.826
M2	/	66.778	56.262	64.386	68.319	62.261	60.588	62.589	63.023
M3	∧	3.826	4.483	6.430	4.623	4.714	4.191	4.634	3.596
M4	/†	91.649	89.909	93.648	96.525	83.214	91.887	103.244	98.489
M5	∧†	4.798	2.866	4.610	5.682	2.982	2.729	2.677	3.960
M6	\	15.777	12.759	15.273	11.573	13.939	14.687	12.334	10.749
M7	\∧	1.565	712	1.158	1.281	784	903	1.391	1.238
M8	\†	4.590	3.472	3.793	3.920	3.499	2.695	2.036	3.399
M9	\∧†	0	1.219	440	333	0	131	575	450
M10	∧∧	6.174	5.358	4.621	7.189	5.467	7.336	5.626	6.856
M11	∧∧†	2.186	2.801	5.045	3.200	4.787	3.332	2.309	2.136
M99	???	8.855	7.999	8.742	7.433	7.328	8.956	9.961	10.446
	Summe	474.204	454.691	474.831	474.167	465.523	476.200	470.146	480.387
Anmerkung: Hochrechnung auf Deutschland									

Ebenso wie bei den Sequenzen der Pflegearrangements sind die meisten in den Daten gefundenen 48-Monats-Sequenzen der Pflegestufen konstante Verläufe, die innerhalb der 48 Monate mit dem Tod enden (Muster M1: –†). Die zweithäufigsten sind die konstanten Sequenzen, die überlebt werden (Muster M0: –), während sich die dritthäufigsten Sequenzen sich durch einen stetigen Trend zur Höherstufung auszeichnen und innerhalb des 48-Monatsfensters mit dem Tod enden (Muster M4: /†). Das vierthäufigste Muster ist dann die stetige Höherstufung ohne Todesereignis im 48-Monatsfenster (Muster M2: /). Alle anderen Sequenzmuster sind deutlich seltener (Tabelle 40).

Tabelle 41 zeigt die Hochrechnungen der Sequenzmuster der Pflegestufen für die Jahre 1999–2006. Deutlich wird, dass die Verteilung der Sequenzmuster über die Jahre relativ konstant bleibt. Die genannten Sequenzmuster (M0, M1, M2 und M4) bleiben über alle Jahre auch in der Hochrechnung die häufigsten Sequenzmuster. Die konstanten Sequenzmuster M0 und M1 repräsentieren zusammen jährlich etwa 265 Tsd. Verläufe. Die langfristig konstanten Sequenzmuster mit Schwankungen (M10 und M11) bleiben in der Summe dagegen jeweils unter 10 Tsd. Fällen. Bei den Aufwärtstrends bilden die monotonen Sequenzmuster M2 und M4 in der Summe 145 Tsd. Verläufe ab. Die langfristigen Höherstufungen mit Schwankungen

Abbildung 54: Sequenzen der Pflegestufen – Verteilung der Typen über die Jahre 1999–2006 in Deutschland



Quelle: GEK-Routinedaten; Hochrechnung auf die Bevölkerung Deutschlands

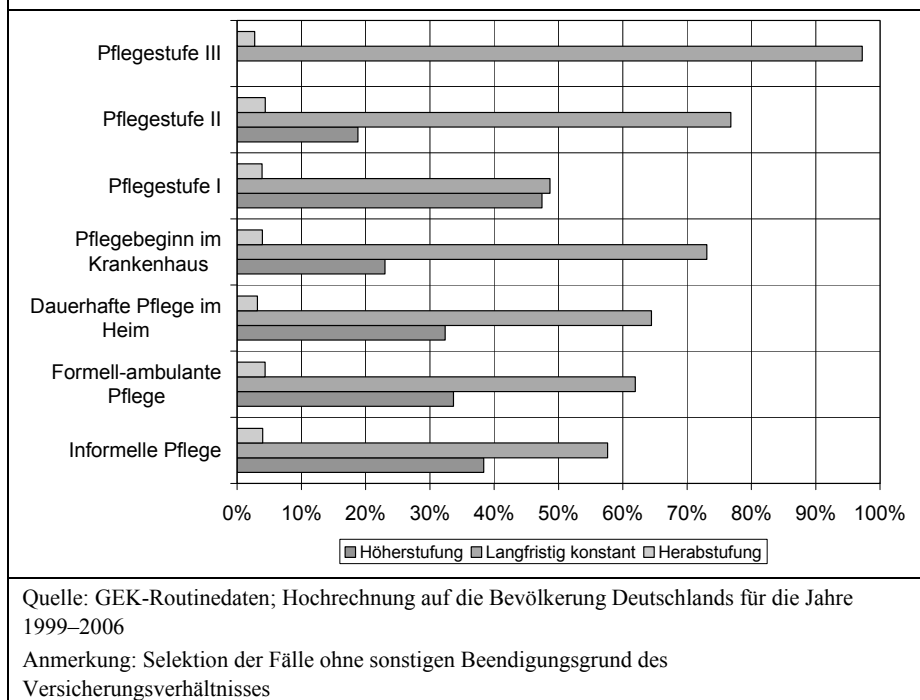
Anmerkung: Selektion der Fälle ohne sonstigen Beendigungsgrund des Versicherungsverhältnisses

(M3 und M5) bleiben wiederum fast durchgängig unter 10 Tsd. Fällen. Bei den Abwärtstrends werden 13 Tsd. – 20 Tsd. monotone Verläufe (M6 und M8) und unter 2 Tsd. Verläufe mit Schwankungen gemessen (M7 und M9). Wie auch schon bei der Betrachtung der Pflegearrangements werden die Sequenzmuster mit einer Beendigung des Versicherungsverhältnisses ohne Tod (M99) nicht weiter in den Analysen berücksichtigt. Um die Determinanten der Sequenzverläufe untersuchen zu können, werden die Sequenzmuster zu drei groben *Sequenztypen* zusammengefasst:

- Sequenztyp I: Im Trend konstante Verläufe (Muster 0, 1, 10, 11)
- Sequenztyp II: Langfristiger Trend zur Höherstufung (Muster 2, 3, 4, 5)
- Sequenztyp III: Langfristiger Trend zur Herabstufung (Muster 6, 7, 8, 9)

Die Sequenzen mit unbeobachteten Zeiten wegen einer sonstigen Beendigung des Versicherungsverhältnisses (Sequenzmuster 99) werden aus den weiteren Analysen ausgeschlossen.

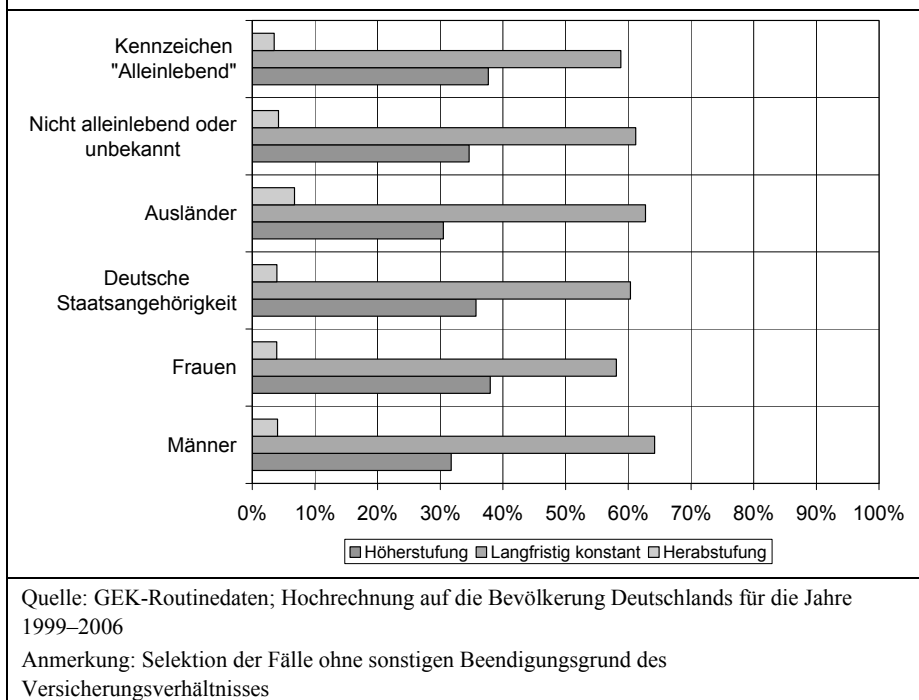
Abbildung 55: Sequenzen der Pflegestufen – Verteilung der Typen nach Eingangspflegearrangement und nach Eingangspflegestufe; Deutschland 1999–2006



Insgesamt (Abbildung 54) sind die Sequenzen mit konstantem Verlauf (Sequenztyp I) mit um die 60 % am meisten vertreten. Der Anteil der Sequenzen mit Höherstufungen schwankt über die Jahre dagegen um 35 %, während der Anteil der Sequenzen mit Herabstufungen von Anfang an unter 5 % liegt. Bei Pflegebedürftigkeit gibt es in aller Regel also keine Verbesserung des Zustands, sondern eher eine Verschlechterung.

Höherstufungen sind mit einer *Eingangspflegestufe* III nicht möglich. Möglich sind nur konstante Verläufe oder Herabstufungen. Trotzdem ist der Anteil der Herabstufungen bei einer Eingangspflegestufe III (3 %) seltener als bei den Eingangspflegestufen I und II (jeweils 4 %) (siehe Abbildung 55). In Pflegestufe III gibt es zu 97 % konstante Verläufe. In Pflegestufe II zu 77 % und in Pflegestufe I zu 49 %. Dafür gibt es in Pflegestufe II zu 19 % Höherstufungen und in Pflegestufe I zu 47 %.

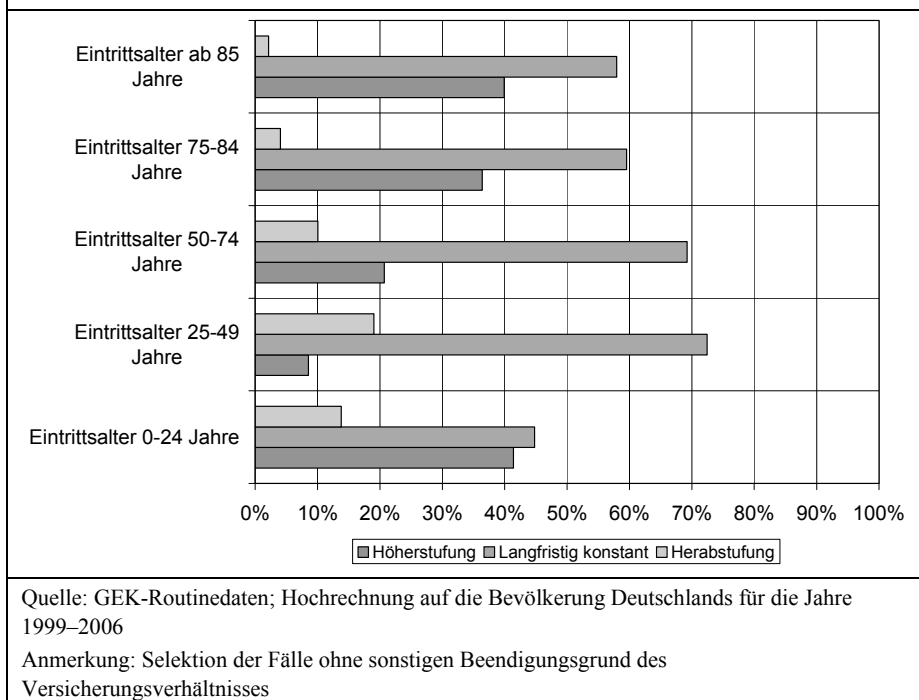
Abbildung 56: Sequenzen der Pflegestufen – Verteilung der Typen für die Jahre 1999–2006 in Deutschland nach sozio-demografischen Merkmalen



Deutlich unterscheiden sich die Anteile der konstanten Verläufe und der Höherstufungen auch nach der Art des *Pflegearrangements* zu Beginn der Pflegebedürftigkeit. Die Herabstufungen sind in allen Fällen relativ selten. Die meisten konstanten Verläufe gibt es beim Start im Krankenhaus (73 %). Diese Sequenzen sind auch mit einer hohen Sterblichkeitsrate in den ersten Monaten verbunden (siehe S. 156). Die meisten Höherstufungen gibt es bei informeller Pflege (38 %). Bei einem Beginn der Pflege in formell-ambulanter Pflege oder im Pflegeheim sind es jeweils 33 %.

Die sozio-demografischen Merkmale zeigen folgende Unterschiede (Abbildung 56): *Alleinlebende* erleben häufiger eine Höherstufung (37 %) als Nicht-Alleinlebende und Personen mit unbekanntem Haushaltskontext (34 %). Dafür ist der Anteil der konstanten Verläufe bei den Alleinlebenden (59 %) um 2 Prozentpunkte geringer als bei den Nicht-Alleinlebenden und denjenigen mit unbekanntem Haushaltskontext (61 %).

Abbildung 57: Sequenzen der Pflegestufen – Verteilung der Typen für die Jahre 1999–2006 in Deutschland nach Alter zu Beginn der Pflegeleistungen

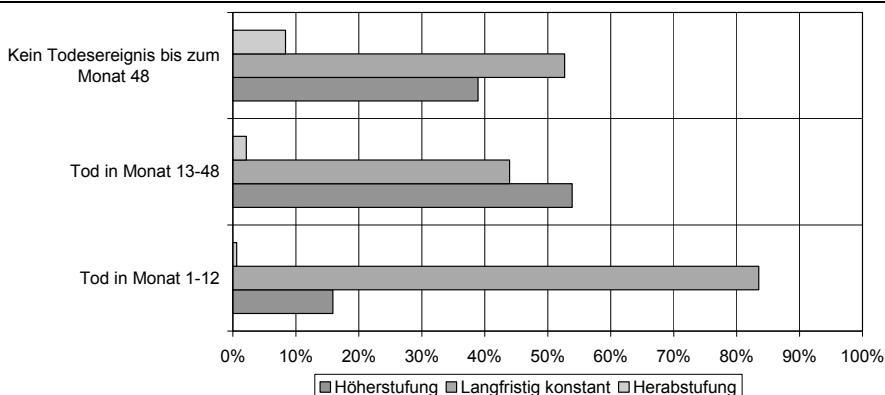


Ausländer (7%) haben im Vergleich zu Deutschen (4%) sogar eine erhöhte Wahrscheinlichkeit der Herabstufung. Zudem ist bei ihnen der Anteil der konstanten Verläufe (63%) höher als bei den Deutschen (61%). Der Verlauf erscheint damit deutlich positiver.

Frauen haben auch unter Pflegebedingungen eine deutlich höhere Lebenserwartung als Männer, was zu mehr Möglichkeiten der Veränderung führen könnte. Tatsächlich weisen Frauen auch in höherem Maße Verläufe mit Höherstufungen (38% im Vergleich zu 32% bei Männern) und in geringerem Maße konstante Verläufe (58% im Vergleich zu 64% bei Männern) auf.

Unterschiedliche Sequenztypen zeigen sich auch in Abhängigkeit vom *Eintrittsalter* (Abbildung 57). Während ältere Menschen sehr oft mit chronisch-degenerativen Erkrankungen pflegebedürftig werden und die Sequenzen der Pflegestufen dann auch ein entsprechendes Bild beschreiben, scheinen bei den Menschen im

Abbildung 58: Sequenzen der Pflegestufen – Verteilung der Typen für die Jahre 1999–2006 in Deutschland nach der Nähe zum Tod



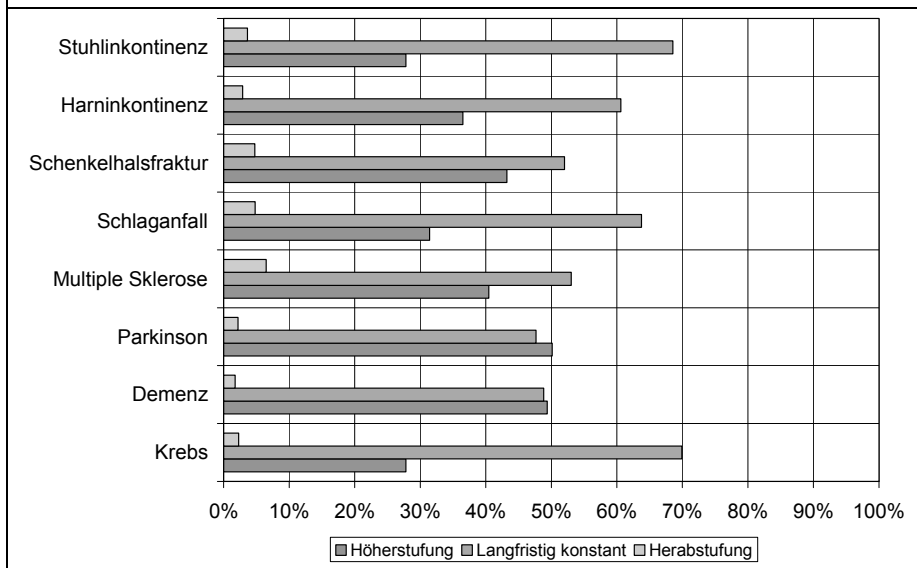
Quelle: GEK-Routinedaten; Hochrechnung auf die Bevölkerung Deutschlands für die Jahre 1999–2006

Anmerkung: Selektion der Fälle ohne sonstigen Beendigungsgrund des Versicherungsverhältnisses

mittleren Alter eher akute Ereignisse eine Rolle zu spielen, die dann häufiger auch in einer Verbesserung der Situation enden können. So sind bei den Pflegebedürftigen im Alter ab 85 Jahren kaum noch Herabstufungen zu verzeichnen (2 %), während dieses Ereignis im Alter von 25–49 Jahren (19 %) und im Alter von 50–74 Jahren (10 %) deutlich häufiger vorkommt. Je höher das Eingangsalter ist, desto wahrscheinlicher wird dann auch die Höherstufung. Bei denjenigen, die im Alter von 25–49 Jahren pflegebedürftig werden, sind es knapp 9 %, bei Pflegebedürftig mit einem Eintrittsalter von 50–74 Jahren (75–84 Jahren) 21 % (36 %), und wenn Pflegebedürftigkeit im Alter ab 85 Jahren auftritt, weisen sogar 40 % der Verläufe eine Höherstufung auf.

Aus diesem allgemeinen Trend des Alterseffekts fällt die *jüngste Alterskategorie* heraus. Hier scheinen wiederum andere Ursachen für die Pflegebedürftigkeit vorzuliegen, die dann eine besondere Verteilung der Sequenzen zu Folge haben. So ist in dieser Alterskategorie der Anteil der konstanten Verläufe am geringsten (45 %) und der Anteil der Höherstufungen am höchsten (41 %). Gleichzeitig ist auch der Anteil der Herabstufungen mit 14 % überdurchschnittlich hoch. Diese Altersgruppe ist in sich heterogen, wodurch dieses gemischte Bild entsteht. Einerseits werden hier Erkrankungen, die von Geburt an vorhanden und irreversibel sind eine Rolle

Abbildung 59: Sequenzen der Pflegestufen – Verteilung der Typen für die Jahre 2005–2006 in Deutschland nach festgestellten Diagnosen



Quelle: GEK-Routinedaten; Hochrechnung auf die Bevölkerung Deutschlands für die Jahre 1999–2006

Anmerkung: Selektion der Fälle ohne sonstigen Beendigungsgrund des Versicherungsverhältnisses

spielen und andererseits werden ähnliche akute Faktoren wie auch in den mittleren Alterskategorien zum Tragen kommen.

Die *Nähe zum Tod* hat auf die Sequenzen der Pflegestufen eine ähnliche Wirkung wie auf die Sequenzen der Pflegearrangements (Abbildung 58). Wiederum ist es so, dass mit der größten Nähe zum Tod kaum noch Veränderungen möglich sind. Pflegebedürftige, die innerhalb der ersten 12 Monate sterben, weisen daher den höchsten Anteil an Verläufen mit konstanten Pflegestufen auf (84%). Höherstufungen gibt es für diese Gruppe in 16% der Fälle, der Anteil der Verläufe mit Herabstufungen liegt unter 1%. Bei denjenigen, die nach 12 Monaten, aber innerhalb der ersten 48 Monate nach Feststellung der Pflegebedürftigkeit versterben, sind öfter Höherstufungen (54% zu 39%) und weniger konstante Verläufe (44% zu 53%) zu beobachten als bei denjenigen, die den gesamten Beobachtungszeitraum überleben. Herabstufungen gibt es bei den Überlebenden am meisten (8%).

Tabelle 42: Sequenzen der Pflegestufen – Odds Ratios für die Wahrscheinlichkeit der Sequenztypen

	Langfristig konstant	Höherstufung	Herabstufung
Frau	1,00	1,01	0,93
Ausländer	1,07	1,04	0,70
Alleinlebend	1,21 ***	0,81 ***	1,01
Alter zu Pflegeleistungsbeginn	1,00 *	1,01 ***	0,97 ***
Eingangsjahr	1,01 *	1,00	0,96 ***
Eingangsstufe I	0,36 ***	3,32 ***	0,56 ***
Eingangsstufe III	7,97 ***	0,00	0,92
Start mit informeller Pflege	1,04	1,09 **	0,52 ***
Start im Pflegeheim	1,01	1,05	0,71 ***
Start im Krankenhaus	1,36 ***	0,72 ***	1,01
Tod innerhalb 12 Monate	2,97 ***	0,48 ***	0,05 ***
Tod innerhalb 13–48 Monate	0,64 ***	1,98 ***	0,28 ***
Quelle: GEK-Routinedaten mit Pflegeleistungsbeginn in den Jahren 1999–2006			
Referenzkategorien: Mann, Deutsche Staatsangehörigkeit, nicht alleinlebend oder unbekannte Haushaltskonstellation, Eingangsstufe I, Start in formell-ambulanter Pflege, nicht verstorben innerhalb der 48 Monate			
Irrtumswahrscheinlichkeiten: *** P<0,1 % **P<1 % * P<5 %			

In Bezug auf die *Erkrankungen* zeigt sich, dass die Pflegebedürftigen, die bereits bei Feststellung der Pflegebedürftigkeit mit Krebs erkrankt sind oder bei denen eine Stuhlinkontinenz vorliegt, die geringste Lebenserwartung und entsprechend auch die meisten konstanten Sequenzen der Pflegestufen haben (Abbildung 59). Bei den Krebserkrankungen liegt dieser Anteil bei 70 % und im Fall der Harninkontinenz bei 68 %.

Die wenigsten konstanten Verläufe sind bei Vorliegen einer Demenz (49 %) und beim Parkinson-Syndrom (48 %) zu beobachten. Beides sind Erkrankungen, die einen langfristigen, degenerativen Verlauf nehmen. Entsprechend sind bei diesen Erkrankungen auch die Anteile der Höherstufungen besonders hoch (49 % bei Demenz und 50 % im Fall des Parkinson-Syndroms). Bei einigen Erkrankungen ist entsprechend des möglichen positiven Krankheitsverlaufs auch ein höherer Anteil an Herabstufungen zu beobachten. Dies gilt für den Schlaganfall (5 %), dessen Folgen durch rehabilitative Maßnahmen oftmals gelindert werden können, die Schenkelhalsfraktur (5 %) und die multiple Sklerose (7 %), die zwar eine dauerhafte

Erkrankung ist, deren Symptome aber schubweise in unregelmäßigen Abständen auftreten können.

In zwei Modellen (Tabelle 42 und Tabelle 43) wird der Frage nachgegangen, inwieweit die gefundenen Zusammenhänge wie sie in Abbildung 54 – Abbildung 59 dargestellt sind, bestehen bleiben, wenn die Faktoren gemeinsam betrachtet werden. Lösen sich beispielsweise Alterseffekte auf, wenn die Nähe zum Tod mit kontrolliert wird oder bleiben sie weiterhin bestehen?

Wie Tabelle 42 zeigt, sind die Unterschiede zwischen Frauen und Männern und zwischen Deutschen und Ausländern, wie sie sich in den Abbildungen darstellen, im Modell der logistischen Regression nicht mehr sichtbar. Weder beim *Geschlecht* noch bei der *Nationalität* gibt es einen signifikanten Effekt auf die Wahrscheinlichkeit eines bestimmten Typs der Sequenzen der Pflegestufen. Der Zustand „*Alleinlebend*“ führt aber auch unter Kontrolle der anderen Variablen im Modell zu einer höheren Wahrscheinlichkeit eines konstanten Verlaufs und zu einer geringeren Wahrscheinlichkeit einer Höherstufung in dem Beobachtungsfenster von 48 Monaten. Andere Effekte bleiben auch unter Kontrolle der weiteren Variablen im Modell bestehen oder werden sogar besonders deutlich. Je höher das *Alter* zu Beginn der Pflegeleistung ist, desto höher ist die Wahrscheinlichkeit einer Höherstufung und desto kleiner die Wahrscheinlichkeit einer Herabstufung. Über die Jahre werden konstante Verläufe häufiger und Herabstufungen seltener. Mit der *Eingangspflegestufe* I gibt es mehr Höherstufungen als mit Eingangspflegestufe II. Bei Pflegestufe III gibt es rein logisch keine Höherstufungen mehr. Diese Stufe begünstigt – im Vergleich zur Referenzkategorie aber die konstanten Verläufe. Beim Vergleich der *Pflegearrangements* zu Beginn der Pflegebedürftigkeit ist die formell-ambulante Pflege die Referenzkategorie. Verglichen mit den Verläufen, die in dieser Referenzkategorie beginnen, kommt es bei informeller Pflege und Pflege im Pflegeheim deutlich seltener zu Herabstufungen, aber häufiger zu Höherstufungen. Höherstufungen sind hingegen seltener, wenn die Pflegebedürftigkeit im Krankenhaus beginnt. Dann sind die konstanten Sequenzmuster der Pflegestufen häufiger. Ein Tod innerhalb von 48 Monaten nach Feststellung der Pflegebedürftigkeit führt zu einer geringeren Wahrscheinlichkeit eines Wechsels der Pflegestufen, während konstante Verläufe für diese Gruppe wahrscheinlicher sind. Pflegebedürftige, die in den Monaten 13–48 nach Feststellung der Pflegebedürftigkeit versterben, weisen dagegen eine höhere Wahrscheinlichkeit für eine Höherstufung innerhalb der 48 Monate auf.

Tabelle 43: Sequenzen der Pflegestufen – Odds Ratios für die Wahrscheinlichkeit der Sequenztypen mit Berücksichtigung der Erkrankungen

	Langfristig konstant	Höherstufung	Herabstufung
Frau	0,99	1,03	0,93
Ausländer	0,98	1,21	0,50
Alleinlebend	1,10 *	0,90 *	0,95
Alter zu Pflegeleistungsbeginn	1,00 *	1,01 ***	0,97 ***
Eingangsjahr	1,12 **	0,89 **	0,98
Eingangsstufe I	0,32 ***	3,70 ***	0,60 ***
Eingangsstufe III	8,06 ***	0,00	0,77
Start mit informeller Pflege	0,95	1,23 ***	0,39 ***
Start im Pflegeheim	1,00	1,02	0,95
Start im Krankenhaus	1,20	0,72 *	1,92 *
Tod innerhalb 12 Monate	2,80 ***	0,49 ***	0,05 ***
Tod innerhalb 13–48 Monate	0,58 ***	2,12 ***	0,27 ***
Krebs	0,92	1,10	1,25
Demenz	0,60 ***	1,85 ***	0,44 ***
Parkinson	0,71 ***	1,55 ***	0,64
Multiple Sklerose	1,01	1,24	0,64
Schlaganfall	1,12 *	0,86 **	1,17
Schenkelhalsfraktur	0,86	1,09	1,47
Harninkontinenz	0,92	1,12 *	0,78
Stuhlinkontinenz	1,05	0,95	1,02
Quelle: GEK-Routinedaten mit Pflegeleistungsbeginn in den Jahren 2005–2006			
Referenzkategorien: Mann, Deutsche Staatsangehörigkeit, nicht alleinlebend oder unbekannte Haushaltskonstellation, Eingangsstufe I, Start in formell-ambulanter Pflege, nicht verstorben innerhalb der 48 Monate, die Erkrankung liegt jeweils nicht vor			
Irrtumswahrscheinlichkeiten: *** P<0,1 % **P<1 % * P<5 %			

Werden die bei Beginn der Pflegebedürftigkeit bereits vorhandenen *Erkrankungen* in das Modell integriert, bleiben die meisten Effekte bestehen (Tabelle 43). Deutlich geringer wird nur der Effekt der Pflegearrangements zu Beginn der Pflegebedürftigkeit. Dies ist ein Hinweis darauf, dass die Erkrankungen mit der Art des Pflegearrangements zu Beginn der Pflegebedürftigkeit zusammenhängen. Akute Ereignisse sind eher mit einem Beginn im Krankenhaus verbunden und langwierig chronisch-degenerative Erkrankungen mit dem Beginn in informeller Pflege. Einen großen Effekt auf die Verläufe haben Demenz und das Parkinson-Syndrom. Beide

Erkrankungen sind langfristig chronisch-degenerativ und führen daher zwangsläufig zu einer höheren Wahrscheinlichkeit einer Höherstufung und zu deutlich geringeren Wahrscheinlichkeit konstanter Verläufe oder gar einer Herabstufung.

Der Grad der Pflegebedürftigkeit, die Nähe zum Tod, das Vorliegen chronisch-degenerativer Erkrankungen, das Eintrittsalter in die Pflege und die Haushaltskonstellation sind somit entscheidende Faktoren für die Sequenztypen der Pflegestufen.

6 Zusätzliche Betreuungsleistungen

Die demografische Entwicklung in Deutschland zeichnet sich seit Jahrzehnten durch eine Zunahme der Zahl älterer und hochaltrigen Menschen aus. Mit steigendem Alter steigt aber auch die Wahrscheinlichkeit, pflegebedürftig zu werden. Als Reaktion darauf ist die Pflegeversicherung eingeführt worden. Seit 1995 haben Pflegebedürftige nun einen Anspruch auf Pflegeleistungen aus der Pflegeversicherung. Viele Menschen bedürfen aber nicht (nur) der pflegerischen Leistungen, sondern sind auf Grund von demenziellen Erkrankungen oder anderen Störungen in ihrer Alltagskompetenz eingeschränkt und bedürften vor allem ständiger Betreuung. Demenziell Erkrankte können beispielsweise sehr lange noch alle Dinge des täglichen Lebens selber verrichten, aber sie gefährden sich oder ihre Mitmenschen durch unachtsamen Umgang oder Vergesslichkeit. Die daraus resultierenden allgemeinen Betreuungsnotwendigkeiten wurden bei der Leistungsbeurteilung zunächst nicht angemessen berücksichtigt. Als erste Antwort auf diese Defizite wurden die zusätzlichen Betreuungsleistungen nach § 45b SGB XI in das SGB XI aufgenommen worden, die Schwerpunktthema dieses Reports sind.

Diese Betreuungsleistungen wurden mit dem Pflege-Weiterentwicklungsgesetz 2008 weiter ausgebaut. Das Hauptinteresse der in diesem Teil vorgenommenen Untersuchungen gilt daher im Wesentlichen drei Fragenkomplexen:

1. Inwieweit werden die zusätzlichen Betreuungsleistungen „angenommen“? Hierbei geht es zunächst um die Erfassung der Inanspruchnahme und deren Veränderung im Zeitverlauf.
2. Wer nimmt diese Leistungen in Anspruch, wer nimmt sie nicht in Anspruch, und welche Gründe liegen dafür vor, dass sie nicht in Anspruch genommen werden?
Ziel dieses Fragenkomplexes ist es, durch Befragung derjenigen, die zwar anspruchsberechtigt sind, die Leistungen aber nicht nutzen, die Faktoren zu identifizieren, die einer weiteren Inanspruchnahme entgegenstehen.
3. Wie werden diese Leistungen beurteilt? Was sind ihre Stärken und Schwächen? Dieser Fragenkomplex zielt auf eine Evaluation der Leistungen durch deren Nutzer ab.

Um diesen Fragen nachzugehen, wird in Abschnitt 6.1 zunächst kurz beschrieben, wie diese Leistungen in das SGB XI gelangt sind, wie diese Reform begründet wurden und wie diese Leistung gesetzlich ausgestaltet wurden.

In Abschnitt 6.2 beschreibt Bernhard Holle in einem Gastbeitrag die spezielle Ausgangssituation für Menschen mit Demenz und wie der Gesetzgeber auf deren Bedarfslage reagiert hat. Dabei wird auch beschrieben, inwieweit die Regelungen in der Praxis ausgestaltet sind und welche Optimierungspotentiale noch gegeben sind.

Die Einführung und die Ausweitung der Leistungen haben zu einer größeren Akzeptanz und einer vermehrten Inanspruchnahme geführt. Wie die Entwicklung im Detail aussieht, stellt Abschnitt 6.3 auf Basis der GEK-Daten dar. Hierbei wird ermittelt, wie sich die Zahl der Leistungsbezieher von § 45b-Leistungen entwickelt hat und aus welchen Teilgruppen sich die Nutzer zusammensetzen.

Im Zentrum dieses Teils steht Abschnitt 6.4, der die Ergebnisse einer speziell zu diesem Thema durchgeführten Befragung wiedergibt. Zur Befragung wurden über 10.000 Versicherte der BARMER GEK angeschrieben, bei denen ein Anspruch auf zusätzliche Betreuungsleistungen nach § 45b SGB XI vorlag. In einem Fragebogen, der von den Angehörigen ausgefüllt werden sollte, wurde nach der Inanspruchnahme der zusätzlichen Pflegeleistungen und nach der Bewertung dieser Leistungen gefragt. Weitere Fragen beziehen sich auf den Gesundheitszustand des Pflegebedürftigen, den Gesundheitszustand des Angehörigen sowie soziodemografische Merkmale des Pflegebedürftigen und des Angehörigen, die zur Erklärung der Inanspruchnahme und der Bewertung dienen können. Die Befragten durften und sollten die zusätzlichen Betreuungsleistungen und die Pflegesituation auch allgemein bewerten. Hiervon wurde reger Gebrauch gemacht.⁴⁵

6.1 Gesetzliche Entwicklung und Bewertung

Ursächlich für die Einführung der zusätzlichen Betreuungsleistungen war die Kritik an der unzureichenden Erfassung der besonderen Situation von Personen mit

⁴⁵ Die Autoren bedanken sich an dieser Stelle auch im Namen der BARMER GEK bei allen Teilnehmern der Befragung für deren Mitwirken, ohne die die vorliegenden Auswertungen nicht zustande gekommen wären.

eingeschränkter Alltagskompetenz (PEA) im sozialrechtlichen Pflegebedürftigkeitsbegriff. Der Pflegebedürftigkeitsbegriff nach § 14 SGB XI bezieht nur die verrichtungsbezogene Beaufsichtigung ein, während psychosozialer Hilfebedarf und somit die nicht verrichtungsbezogene Betreuung nicht berücksichtigt wird (Döhner & Rothgang 2006; Udsching 2009: 69). Dies führt zu einer unzureichenden Versorgung Demenzkranker im Rahmen der Pflegeversicherung (Sonntag & Angermeyer 2000) und zeichnet sich insbesondere durch eine nicht adäquate Pflegebedürftigkeitseinstufung aus (BMG 2009a). Auch das Bundessozialgericht spricht von einer Gerechtigkeitsproblematik bei diesem Personenkreis (BSG 1998).

Mit dem Pflegeleistungs-Ergänzungsgesetz (PflEG) wurde das Ziel verfolgt, Angehörige von Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz zu entlasten, den betroffenen Personen eine aktivierende und qualitätsgesicherte Betreuung anzubieten und somit auch einen längeren Verbleib im häuslichen Umfeld zu gewährleisten (Deutscher Bundestag 2001). Die eingeführten zusätzlichen Betreuungsleistungen sind zweckgebundene Geldleistungen zur Inanspruchnahme von Tages- bzw. Nachtpflege, Kurzzeitpflege, Angeboten zugelassener Pflegedienste zur allgemeinen Anleitung und Betreuung oder niedrigschwelliger Betreuungsangebote (§ 45b SGB XI). Sie richten sich an Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz.. Hierzu zählen gemäß § 45a SGB XI Pflegebedürftige im Sinne des SGB XI mit demenzbedingten Fähigkeitsstörungen, geistiger Behinderung oder psychischer Erkrankung, die einen erheblich allgemeinen Betreuungs- und Beobachtungsbedarf haben. Mit dem Inkrafttreten des Pflege-Weiterentwicklungsgesetz (PfWG) ist 2008 ist eine Ausweitung des Personenkreises erfolgt. Nun können auch Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz, deren Hilfebedarf im Bereich der Grundpflege und hauswirtschaftlichen Versorgung die Schwelle für eine Pflegebedürftigkeit im Sinne des SGB XI nicht überschreitet – „Pflegestufe 0“ – diese Leistungen in Anspruch nehmen. Neben der Erweiterung des Personenkreises wurden die jährlichen Geldleistungen erhöht – von 460 Euro auf 1.200 Euro (Grundbetrag) bzw. 2.400 Euro (erhöhter Betrag).

Erste wissenschaftliche Auswertungen der Entwicklungen bestätigen die positive Wirkung von Betreuungsangeboten und Schulungen. Eine Metaanalyse von Sörensen et al. (2002: 361) untersucht beispielsweise den Effekt von verschiedenen Interventionsmaßnahmen auf das subjektive Belastungsempfinden pflegender Angehörige. Einen signifikanten Einfluss hierauf haben demnach zum einen Entlastungsangebote, die aus mehreren Maßnahmen bestehen, nicht strukturierte An-

gehörigengruppen, häusliche Entlastungsangebote, Angebote der Tagespflege, sowie kognitiv-verhaltensorientierte Psychotherapie und Psychoedukation. Es zeigt sich zum anderen, dass diese Form der Unterstützungsmaßnahmen auch einen Effekt auf die nicht-kognitive Symptomatik von PEA hat. Verhaltensauffälligkeiten sowie psychiatrische Symptome stabilisieren sich (Jost et al. 2006: 144ff.). Die Ergebnisse von Jost et al. werden durch weitere Untersuchungen bestätigt. So berichten Haupt et al. (2000: 503ff.) dass sich durch psychoedukative Intervention in Kombination mit einem paartherapeutischen Ansatz Wahnerleben, Unruhe und eingeschränkte Alltagskompetenz reduzierten. Romero und Wenz (2003: 23ff.) führen an, dass eine drei bis vierwöchige stationäre Behandlung eine Verminderung von Verhaltensauffälligkeiten bedingt. Ebenso zeigen Zank und Schacke (2007: 135f.), dass Entlastungseffekte durch Angehörigengruppen erkennbar sind.

Bezüglich der Inanspruchnahme von Entlastungsangeboten wird angemerkt, dass noch keine vollständige Akzeptanz dieser Entlastungsmöglichkeit bei den Betroffenen erreicht ist. Die Nutzung dieser Angebote ist weiterhin gering (Gräbel et al. 2011: 152; Lamura et al. 2006: 433ff.; Schäufele et al. 2005). Als Grund hierfür wird häufig angegeben, dass die Angebote nicht bekannt seien, vor Ort kein Angebot bestehen, sie nicht finanzierbar seien oder dass aufgrund organisatorischer Schwierigkeiten, wie z. B. fehlender Betreuung der Pflege- bzw. Hilfebedürftigen, die Teilnahme an diesen Angeboten nicht möglich sei (Schäufele et al. 2007: 208).

6.1.1 Definition der Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz (PEA) nach § 45a SGB XI

PEA sind Personen mit erheblichem Bedarf an allgemeiner Beaufsichtigung und Betreuung. Dies sind nach § 45a SGB XI Personen mit demenzbedingten Fähigkeitsstörungen, geistigen Behinderungen oder psychischen Erkrankungen, bei denen der MDK im Rahmen der Begutachtung nach § 18 SGB XI als Folge der Krankheit oder Behinderung Auswirkungen auf die Aktivitäten des täglichen Lebens festgestellt hat, die dauerhaft zu einer erheblichen Einschränkung der Alltagskompetenz geführt haben. Das Begutachtungsverfahren des MDK besteht dabei aus zwei Bestandteilen: einem Screening und einem Assessment (MDS 2008: 97ff.). Zunächst erfolgt durch den MDK eine Beschreibung von Schädigungen/Beinträchtigungen der Aktivitäten/Ressourcen in Bezug auf Stütz- und Bewegungsapparat, innere Organe, Sinnesorgane, Nervensystem und Psyche. Außerdem ist zu den Merkmalen „Orientierung“, „Antrieb/Beschäftigung“, „Stimmung“, „Gedäch-

nis“, „Tag-/Nachtrhythmus“, „Wahrnehmung und Denken“, „Kommunikation/Sprache“, „Situatives Anpassen“ und „Soziale Bereiche des Lebens wahrnehmen“ jeweils eine Bewertung „unauffällig“ oder „auffällig“ abzugeben (Screening). Wenn mindestens eine Auffälligkeit erkannt ist und hieraus ein regelmäßiger und dauerhafter (voraussichtlich mindestens 6 Monate andauernder) Beaufsichtigungs- und Betreuungsbedarf resultiert, ist das Assessment durchzuführen. Mit dem Assessment erfolgt die Bewertung, ob die Alltagskompetenz auf Dauer erheblich oder in erhöhtem Maße eingeschränkt ist. Dazu werden krankheits- oder behinderungsbedingte kognitive Störungen (Wahrnehmen und Denken) sowie Störungen des Affekts und des Verhaltens erfasst.

In § 45a SGB XI sind die nachfolgenden 13 Kriterien definiert, nach denen die Alltagskompetenz bewertet wird:

1. unkontrolliertes Verlassen des Wohnbereiches („Weglauftendenz“),
2. Verkennen oder Verursachen gefährdender Situationen,
3. unsachgemäßer Umgang mit gefährlichen Gegenständen oder potenziell gefährdenden Substanzen,
4. tötlich oder verbal aggressives Verhalten in Verkennung der Situation,
5. im situativen Kontext inadäquates Verhalten,
6. Unfähigkeit, die eigenen körperlichen und seelischen Gefühle oder Bedürfnisse wahrzunehmen,
7. Unfähigkeit zu einer erforderlichen Kooperation bei therapeutischen oder schützenden Maßnahmen als Folge einer therapieresistenten Depression oder Angststörung,
8. Störungen der höheren Hirnfunktionen (Beeinträchtigungen des Gedächtnisses, herabgesetztes Urteilsvermögen), die zu Problemen bei der Bewältigung von sozialen Alltagsleistungen geführt haben,
9. Störung des Tag-/Nacht-Rhythmus,
10. Unfähigkeit, eigenständig den Tagesablauf zu planen und zu strukturieren,
11. Verkennen von Alltagssituationen und inadäquates Reagieren in Alltagssituationen,
12. ausgeprägtes labiles oder unkontrolliert emotionales Verhalten,
13. zeitlich überwiegend Niedergeschlagenheit, Verzagtheit, Hilflosigkeit oder Hoffnungslosigkeit aufgrund einer therapieresistenten Depression (§ 45a SGB XI).

Die Alltagskompetenz gilt als *erheblich eingeschränkt*, wenn der Gutachter des MDK bei dem Pflegebedürftigen in mindestens zwei Bereichen, davon mindestens einmal aus einem der Bereiche 1 bis 9, dauerhafte und regelmäßige Schädigungen oder Fähigkeitsstörungen feststellt. Die Alltagskompetenz gilt als in *erhöhtem Maße eingeschränkt*, wenn in einem weiteren Item aus einem der Bereiche 1, 2, 3, 4, 5, 9 oder 11 Auffälligkeiten festgestellt werden.

6.1.2 Definition zusätzlicher Betreuungsleistungen nach § 45b SGB XI

Mit dem PfLEG sind im Jahr 2002 zusätzliche Betreuungsleistungen implementiert worden (BGBl. I 2001: 3728). Hierunter zu verstehen sind zweckgebundene Geldleistungen für PEA, die dem Versicherten nach dem Selbstzahlerprinzip zur Verfügung stehen (§ 45b SGB XI). Diese Geldleistungen beliefen sich zunächst auf 460 € pro Jahr. Mit dem PFWG wurde der Betrag auf monatliche Ansprüche von 100 € bzw. 200 € angehoben. Der Leistungsanspruch von 100 € monatlich (Grundbetrag) gilt in Fällen *erheblich eingeschränkter* Alltagskompetenz. Bei in *erhöhtem Maße eingeschränkter* Alltagskompetenz wird der erhöhte Leistungsbetrag (200 € monatlich) gewährt.

Nach Inanspruchnahme der Leistung haben PEA das Recht auf Kostenerstattung, solange es sich um eine anerkannte zusätzliche Betreuungsleistung handelt. Gemäß § 45b SGB XI zählen hierzu zum einen Angebote der Tages- bzw. Nachtpflege oder Kurzzeitpflege. Die zusätzlichen Geldleistungen können hierbei unabhängig von der Leistungsgrenze der §§ 41, 42 SGB XI eingesetzt werden (Klie & Krahmer 2009: 577). Zum anderen gelten nach § 45b SGB XI als zusätzliche Betreuungsleistung Angebote von zugelassenen Pflegediensten, die über das Leistungsspektrum von § 36 SGB XI hinausgehen. Hierbei handelt es sich im Besonderen um tagesstrukturierende Maßnahmen oder Unterstützung bei Verrichtungen, bei denen es sich nicht um Leistungen der Grundpflege oder hauswirtschaftlichen Versorgung handelt (Klie & Krahmer 2009: 577).

Ebenso förderfähig sind nach § 45b SGB XI niedrigschwellige Betreuungsleistungen. Hierunter fallen Angebote der Nachbarschaftshilfe, Betreuungsgruppen, sowie Pflegebegleitung (§ 45c SGB XI). Im Weiteren können es Helferkreise sein, die für eine stundenweise Entlastung der pflegenden Angehörigen sorgen, sowie Tagesbetreuungsangebote in Kleingruppen oder Angebote zur Einzelbetreuung von PEA. Niedrigschwellige Betreuungsleistungen müssen nach Landesrecht anerkannt wer-

den. Das Ziel dieser niedrigschwelligen Angebotsstruktur ist es, Betreuungs- und Entlastungsmöglichkeiten für PEA weiter auszubauen (Klie & Krahmer 2009: 577f.).

6.2 Menschen mit Demenz in der Pflegeversicherung:

§§ 45a, b und 87b – ein erster Schritt

Gastautor: Dr. Bernhard Holle, MScN, Deutsches Zentrum für Neurodegenerative Erkrankungen (DZNE) in der Helmholtz-Gemeinschaft (Standort Witten)

Die Einführung und Weiterentwicklung der §§ 45 b und 87 b des SGB XI in den Jahren 2002 und 2008 stellen eine entscheidende Ausweitung des Leistungsanspruches für Menschen mit zusätzlichem erheblichem Bedarf an allgemeiner Beaufsichtigung und Betreuung dar. Der Gesetzgeber definiert als mögliche Zielgruppe für eine entsprechende Inanspruchnahme dieser Leistung u. a. Personen mit demenzbedingten Fähigkeitsstörungen. Über die Definition des Pflegebedürftigkeitsbegriffes nach § 14 SGB XI erhielten zwar körperlich eingeschränkte Personen ein Leistungsanspruch; Aspekte kognitiver Einschränkungen und die daraus resultierende Versorgungsproblematik (z. B. notwendige psychosoziale Betreuung, Begleitung) blieben jedoch oftmals ohne entsprechenden Leistungsanspruch für die Versicherten. Der Gesetzgeber hat versucht eben dieser Problematik durch die Einführung der §§ 45a, b und 87b SGB XI zu begegnen. Grundsätzlich positiv kann hierbei die Erkenntnis des Gesetzgebers bewertet werden, dass kognitive Einschränkungen ebenso wie körperliche Einschränkungen einen Versorgungsbedarf in Pflege und Betreuung oftmals unmittelbar bedingen.

Die vermutlich größte Gruppe derer, die einen entsprechenden Leistungsanspruch nach § 45a SGB XI haben, sind die im Gesetz benannten Personen mit demenzbedingten Fähigkeitsstörungen. Im Zusammenhang mit der Vorgabe einer so genannten zweckgebundenen Verwendung der entsprechenden Mittel (§ 45b SGB XI) durch die leistungsberechtigten Personen bzw. ihre Angehörigen muss sich immer auch die Frage gestellt werden, inwieweit sich die zu gewährende Leistung tatsächlich an den Bedarfen und Bedürfnissen der leistungsberechtigten Versicherten orientiert. Für die hier im Fokus stehende Gruppe der Menschen mit Demenz (MmD) soll dies im Folgenden exemplarisch untersucht werden.

6.2.1 Bedarfe und Bedürfnisse von Menschen mit Demenz (MmD)

Vor dem Hintergrund der Fragestellung, was zu Hause lebende Menschen mit Demenz (nachfolgend: MmD) u. a. auch aus ihrer eigenen Sicht zur Bewältigung ihrer Versorgungssituation benötigen, wurde am Deutschen Zentrum für Neurodegenerative Erkrankungen (DZNE) Standort Witten eine umfangreiche internationale Literaturanalyse durchgeführt (von Kutzleben et al. 2011).⁴⁶ Ziel dieser Übersichtsarbeit, die 6 systematische Reviews in den Blick nimmt, ist es, die spezifischen Bedarfslagen und Bedürfnisse von zu Hause lebenden MmD auch auf Grundlage ihrer eigenen Aussagen zu beschreiben, um hieraus Implikationen für die Versorgung und ggf. die zukünftige Ausgestaltung sozialrechtlicher Regelungen ableiten zu können. Die spezifischen Bedürfnisse von MmD, wie sie in den Studien beschrieben werden, zeigen deutlich, wie individuell und subjektiv der Bewältigungsprozess im Krankheitsverlauf ist. MmD fühlen sich einer ganzen Bandbreite von Gefühlen gegenüber anderen Menschen und sich selbst ausgesetzt. So erleben sie z. B. Freude, Ärger, Einsamkeit, Traurigkeit und Liebe und sehen sich der Herausforderung gegenübergestellt, mit diesen Gefühlen auch gegenüber ihren Angehörigen umzugehen. Sie erleben im Verlauf der Erkrankung zunehmende Einschränkungen hinsichtlich der Ausübung täglicher Aktivitäten (z. B. Beruf) (de Boer et al. 2007), erfahren den Verlust von sinnstiftenden Aktivitäten und Beziehungen (Steeman et al. 2006) und fühlen sich oftmals stigmatisiert oder sozial isoliert (Steeman et al. 2006; de Boer et al. 2007; van der Roest et al. 2007). Die Normalität zu erhalten wird vor diesem Hintergrund zu einem der zentralen Bedürfnisse von MmD. Sie wünschen sich, ihr Leben auch mit der Erkrankung weitestgehend so weiterleben zu können, wie sie es gewohnt sind (van der Roest et al. 2007). Die durch die Erkrankung bedingte Herausforderung für die Partnerschaft und eine gelingende Bewältigung ist ein weiterer zentraler Aspekt, der als Bedürfnis von MmD definiert werden kann.

Wichtiges Ergebnis der Übersichtsarbeit ist, dass MmD offenbar in der Lage sind, auszudrücken, was sie erwarten, benötigen aber auch vermissen (von Kutzleben et al. 2011). Hieraus lassen sich am ehesten konkrete Anforderungen an das Gesund-

⁴⁶ Die folgenden Ausführungen beziehen sich in sehr verkürzter Form auf die Ergebnisse dieses Reviews und können somit nur eine Annäherung an die Thematik darstellen.

heitssystem ableiten, wobei in Betracht zu ziehen ist, dass die analysierten Studien in verschiedenen Ländern durchgeführt wurden. Dennoch lassen sich übergreifende Aspekte benennen: So erwarten MmD eine passgenaue, individuelle Versorgung für den gesamten Krankheitsverlauf. Insbesondere sehen sie im Wissen und den speziellen Fähigkeiten der professionellen Helfer die Voraussetzung für eine Versorgung, die ihre Bedürfnisse erfüllen kann. Sie äußern insbesondere den Bedarf an spezialisierten Hilfen, körperlicher Unterstützung und finanzieller Sicherheit (van der Roest et al. 2007). Weiter ist es für MmD wichtig, kontinuierliche Informationen und Begleitung während des Krankheitsverlaufes zu erhalten (Beatrice et al. 2002; van der Roest et al. 2007). Bezogen auf professionelle Hilfesysteme betonen MmD die Wichtigkeit einer gut gelingenden Kommunikation. Dieser Bedarf an professioneller Information und Kommunikation ist eng mit dem Bedürfnis verbunden, als Mensch trotz der Erkrankung ernst genommen zu werden.

6.2.2 Ausrichtung der Versorgungsangebote und des Leistungsanspruchs auf den Menschen mit Demenz

Die Einführung einer zusätzlichen Finanzierungsmöglichkeit für Betreuungsleistungen von MmD, wie sie durch die §§ 45a, b und 87b des SGB XI realisiert wurde, stellt eine erste Anpassung der bis dahin vornehmlich auf physisch-funktionale Einschränkungen hin ausgelegten Leistungsgewährung im SGB XI dar. Insbesondere aus Sicht der MmD mit ihrem beschriebenen spezifischen Versorgungsbedarf ist diese Entwicklung zu begrüßen. Vor dem Hintergrund, dass sich laut auf Daten begründeten Schätzungen der IDA-Studie (Wunder & Böhmer 2010) aus gesellschaftlicher Perspektive, d. h. unter Berücksichtigung der familiären Finanzaufwendungen, der Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung sowie der sozialen Pflegeversicherung die durchschnittlichen Kosten für die Versorgung eines MmD auf 47.000 Euro/Jahr belaufen (Wunder et al. 2010), erscheint der Leistungsumfang insbesondere für zu Hause lebende Versicherte mit 100 bzw. 200 €/Monat kaum dazu geeignet, die Versorgung grundlegend sicher zu stellen. Aufgrund der Anforderungen von MmD an die Ausgestaltung des persönlichen Umfelds im Zusammenhang mit der Krankheitsbewältigung zum einen, zum anderen an das Gesundheitssystem im Sinne einer zielgerichteten Unterstützung lassen sich einige zentrale Aspekte als notwendig für eine zukünftige Ausgestaltung der Leistungslogik des SGB XI beschreiben.

6.2.2.1 Flexibilität in der Leistungsverwendung

Insbesondere für MmD in einer frühen Phase ihrer Erkrankung und zumeist zu Hause lebend steht, wie beschrieben, die Stabilisierung und Normalisierung der eigenen Versorgungssituation im Vordergrund. Es geht darum, die häusliche Situation des Kranken und seiner Angehörigen zu stabilisieren, um einen möglichst langen Verbleib in der gewohnten Umgebung realisieren zu können. Die hierfür erforderlichen Maßnahmen können dabei sehr unterschiedlich ausfallen. So stellt die in § 45b vorgesehene Unterstützung durch Inanspruchnahme qualitätsgesicherter zusätzlicher Betreuungsleistungen (Tagespflege, Kurzzeitpflege, niedrigschwellige Betreuungsangebote) zwar eine mögliche, aber sicherlich nicht die einzig sinnvolle Unterstützungsmöglichkeit dar. Vorstellbar ist hier im Sinne einer passgenaueren, an den zuvor beschriebenen Bedarfen der MmD ausgerichteten Versorgung auch die Verwendung der Mittel für eine selbstorganisierte, individuelle Gestaltung und Finanzierung der Versorgungssituation. Hierzu können u. a. die finanzielle Unterstützung selbstorganisierter nachbarschaftlicher und freundschaftlicher Hilfen, die Finanzierung spezialisierter Beratungsangebote bzw. der eigenverantwortlichen Informationsbeschaffung durch pflegende Angehörige, die Anschaffung zielgerichteter Hilfsmittel oder sonstiger individueller Hilfearrangements gehören. Diese Hilfen stellen aus Sicht der Betroffenen zusätzlich zu dem Angebot durch anerkannte Träger geeignete Ansätze für den Verbleib in der eigenen Häuslichkeit dar, wenn sie selbstorganisiert und aus Mitteln des § 45b SGB XI zusätzlich finanziert werden können. Allerdings setzen sie aufgrund ihrer individuellen Ausrichtung oftmals eine nicht ausschließlich auf qualitätsgesicherte und durch Landesregelungen anerkannte Angebote abzielende Verwendungsmöglichkeit der Leistungen des SGB XI, wie dies im Rahmen der aktuellen Regelung der Falls ist, voraus. Vielmehr gilt es zu überlegen, wie MmD und ihre Angehörigen ermächtigt werden können, die für sie zur Verfügung stehenden Mittel z. B. im Sinne eines „out of pocket payment“ für die unkomplizierte und direkt realisierbare finanzielle Ausgestaltung der Versorgungssituation nutzen zu können. Hierunter kann zum Beispiel die direkte Bezahlung von Hilfen und Unterstützungsleistungen durch nichtinstitutionalisierte Helfer wie z. B. Freunde oder Bekannte, oder die Anschaffung von alltagstauglichen Hilfsmitteln verstanden werden. Die Möglichkeit einer flexibleren Verwendung der zur Verfügung stehenden Mittel aus dem SGB XI, wie sie aus der Erprobung so genannter Pflegebudgets (Büscher et al. 2007; Klie et al. 2008) bekannt ist und sich insbesondere in der Anwendung in Versorgungsarran-

gements von MmD bewährt hat (Klie et al. 2008), ist hier als Refinanzierungslogik wünschenswert. Aus Sicht der MmD ist eine flexiblere Einsatzmöglichkeit der zur Verfügung stehenden Mittel auch vor dem Hintergrund des gewünschten Verbleibs in der eigenen Häuslichkeit sicherlich als hilfreich zu bewerten.

6.2.2.2 Qualifikation der professionellen Helfer

Ausgehend von den beschriebenen Erwartungen der MmD an die professionellen Helfer lassen sich verschiedene Qualifikationsanforderungen definieren. Zunächst sollen die Anforderungen unter dem bestehenden System der zusätzlichen Betreuung (§§ 45a und 87b SGB XI) näher betrachtet werden. Abgesehen von der beschriebenen mangelnden Flexibilität in der Möglichkeit der Mittelverwendung für die MmD wird die grundsätzliche Regelung, dass nur qualitätsgesicherte Betreuungsangebote durch die Leistungen nach §§ 45a, b SGB XI in Anspruch genommen werden können, positiv bewertet. Sowohl für die Anbieter niedrigschwelliger Betreuungsangebote (§ 45b SGB XI) als auch für die zusätzlichen Betreuungskräfte in der stationären Altenhilfe (§ 87b SGB XI) sind die qualifikatorischen Anforderungen im Rahmen von Landesverordnungen oder durch Richtlinien auf Bundesebene (GKV Spitzenverband der Pflegekassen 2008) definiert. Die Qualifizierung der ehrenamtlichen HelferInnen die im Rahmen des § 45b SGB XI eingesetzt werden sollen, umfasst je nach Bundesland 20-40 Stunden und beinhaltet zumeist die Vermittlung von z. B. Basiswissen über Krankheitsbilder, Erwerb von Handlungskompetenzen im Umgang mit Verhaltensauffälligkeiten, Methoden und Möglichkeiten der Betreuung und Beschäftigung sowie der Kommunikation und Gesprächsführung (Landesregierung NRW 2003). Für die Betreuungskräfte nach § 87b SGB XI ist ein umfangreicheres Qualifikationsprogramm (insgesamt 160 Std.) vorgesehen (GKV Spitzenverband der Pflegekassen 2008). Neben theoretischen Aspekten wie z. B. Grundkenntnissen der Kommunikation und Interaktion, Grundkenntnissen über Demenzerkrankungen, Grundkenntnisse der Pflege und Pflegedokumentation sowie dem Verhalten beim Auftreten eines Notfalls werden auch praktische Fertigkeiten in einem zweiwöchigen Betreuungspraktikum vermittelt. Ein weiterer Aufbaukurs sieht dann die Vertiefung des Wissens und die Vermittlung von demenzspezifischen Betreuungsinhalten vor.

Diese qualifikatorischen Voraussetzungen können als hilfreich und ausreichend für die Betreuung von MmD betrachtet werden. Sie decken sich auch mit Erkenntnissen aus Studien in denen HelferInnen zu ihren Erwartungen an die fachliche Vor-

bereitung für die Betreuung von MmD befragt wurden (Gräbel & Schirmer 2006). Ein wichtiger Aspekt, der bei der Vorbereitung der HelferInnen aber noch verstärkt in den Blick genommen werden sollte, ist der enge Bezug der Fortbildungsinhalte zu der jeweiligen Einsatzpraxis. Dies kann insbesondere durch die didaktische Ausrichtung der Fortbildungen an konkreten Fallbeispielen und entsprechende Hospitationsmöglichkeiten gelingen (ebd.).

Auch wenn die beschriebenen, entsprechend definierten Anforderungen an qualitätsgesicherte Betreuungsangebote im ambulanten Bereich sowie die Richtlinien zur Qualifikation von zusätzlichen Betreuungskräften in Pflegeheimen positiv bewertet werden können, fokussieren diese ausschließlich auf Aspekte der Betreuung und greifen aus diesem Grund zu kurz. Die geäußerten Unterstützungsbedarfe von MmD insbesondere in der Häuslichkeit beziehen sich neben der Betreuung auch auf eine kontinuierliche Begleitung und Information im Krankheitsverlauf. Diese setzt spezielles (pflege)fachliches Wissen zu Aspekten wie z. B. Fallverstehen, Case Management, sozialrechtliche und finanzielle Regelungszusammenhänge, Supervision und professionelle Beratung voraus. Diese Anforderungen machen deutlich, dass es für eine sinnvolle, an den Bedarfen der MmD ausgerichtete Verwendung der zur Verfügung stehenden Mittel notwendig ist, speziell qualifizierte Pflegefachkräfte in die Versorgung von MmD einzubinden. Die hier beschriebenen qualifikatorischen Anforderungen an die in die Versorgung und Betreuung von MmD eingebundenen MitarbeiterInnen und HelferInnen gehen von einer wünschenswerten Gesamtversorgungssituation für MmD aus. Von der Planung der Versorgung über die direkte Betreuung bis hin zur Supervision oder möglichen Krisenintervention. Legt man diese wünschenswerte Ausgestaltung der Versorgung den folgenden Überlegungen zu Grunde, so wird deutlich, dass hinsichtlich der Ausgestaltung ein gestuft angelegtes Qualifikationsprofil für MitarbeiterInnen und HelferInnen notwendig sein wird. Es wird hierbei darauf ankommen, keine zusätzlichen Strukturen der Leistungserbringung zu schaffen, sondern vielmehr vorhandene Hilfeangebote im Sinne der MmD weiter zu entwickeln, die dann je nach Ausgestaltung auch ein unterschiedliches Qualifikationsniveau auf Seiten der professionellen Helfer bedingen. So werden für die direkten Betreuungsleistungen auch weiterhin entsprechend qualifizierte (ehrenamtliche) HelferInnen bzw. zusätzliche Betreuungskräfte notwendig sein, deren Tätigkeit dann jedoch zielgerichtet durch speziell geschulte professionell Pflegende entsprechend der Anforderungen der MmD ergänzt werden sollte.

Insgesamt kommt es darauf an, dass die Hilfen in enger Abstimmung mit dem Betroffenen geplant und umgesetzt werden. Ein persönliches, qualifiziertes Fallmanagement für den MmD stellt hierfür eine Möglichkeit dar. Derzeit wird ein spezifisches Leistungsangebot des SGB XI (§§ 45b, 87b) für MmD jedoch ausschließlich über den Ansatz zusätzlicher Betreuung definiert. Diese spezielle, zusätzliche Betreuung stellt zwar, wie beschrieben, einen wichtigen Bestandteil der Gesamtversorgung dar, sollte jedoch niemals strikt abgegrenzt von anderen Versorgungsleistungen betrachtet werden. Entwickelt man die jetzige Regelung der ausschließlichen Verwendung der Mittel im Sinne der Betreuung weiter in Richtung einer umfassenden Unterstützungsleistung für MmD, sowohl in der Häuslichkeit wie auch in der stationären Pflege, so wird deutlich, dass hierfür ein individueller und zielgerichteter Einsatz von unterschiedlich qualifizierten professionellen Helfern auf Grundlage einer fachlich durchgeführten Fallanalyse erfolgen sollte.

6.2.2.3 Weiterentwicklung des Leistungsanspruches von MmD im SGB XI

Die Regelungen der §§ 45a, b SGB XI stellen eine entscheidende Ausweitung des Leistungsanspruches für MmD im Rahmen des SGB XI dar. Die Berücksichtigung kognitiver Einschränkungen im Hinblick auf den Leistungsanspruch wird hier jedoch, wie skizziert, nur unzureichend im Sinne der MmD umgesetzt. Um eine Berücksichtigung der beschriebenen Bedarfe und Bedürfnisse von MmD auch leistungsrechtlich umfassend abbilden zu können und somit zu einer echten Verbesserung der Versorgungssituation beizutragen, ist eine grundlegende Anpassung des Pflegebedürftigkeitsbegriffes aber auch der durch die Betroffenen in Anspruch nehmenden Hilfs- und Unterstützungsangebote notwendig.

Abschließend betrachtet stellt die Einführung und Umsetzung der §§ 45b und 87b SGB XI zwar einen ersten richtigen Schritt im Sinne einer Leistungsberücksichtigung von MmD durch das SGB XI dar, in der Beschränkung der möglichen Leistungen auf reine Betreuungsleistungen greift die Regelung jedoch zu kurz. Um eine adäquate Abbildung der Versorgungserfordernisse von MmD auch im Hinblick auf eine Stabilisierung der häuslichen Versorgungssituation zu erreichen, wird es notwendig sein, die tatsächlichen individuellen Bedürfnisse und Bedarfe von MmD in den Blick zu nehmen. Dies kann am ehesten durch eine Flexibilisierung der Leistungsgewährung wie auch die dringend notwendige Umsetzung des Beiratsberichts (BMG 2009a) zum Pflegebedürftigkeitsbegriff gelingen.

6.3 Zusätzlicher Betreuungsleistungen: Leistungsempfänger und Leistungsausgaben

Das PflEG stellt seit 1.4.2002 für demente, psychisch oder geistig behinderte Menschen mit einem erheblichen allgemeinen Betreuungsbedarf in häuslicher Pflege zusätzlich finanzielle Leistungen in Höhe von 460 € pro Jahr zur Verfügung. Seit 1.7.2008 sind die möglichen finanziellen Leistung auf monatlich 100 € bzw. 200 € angehoben und auch auf Personen ohne Pflegestufe ausgeweitet worden.

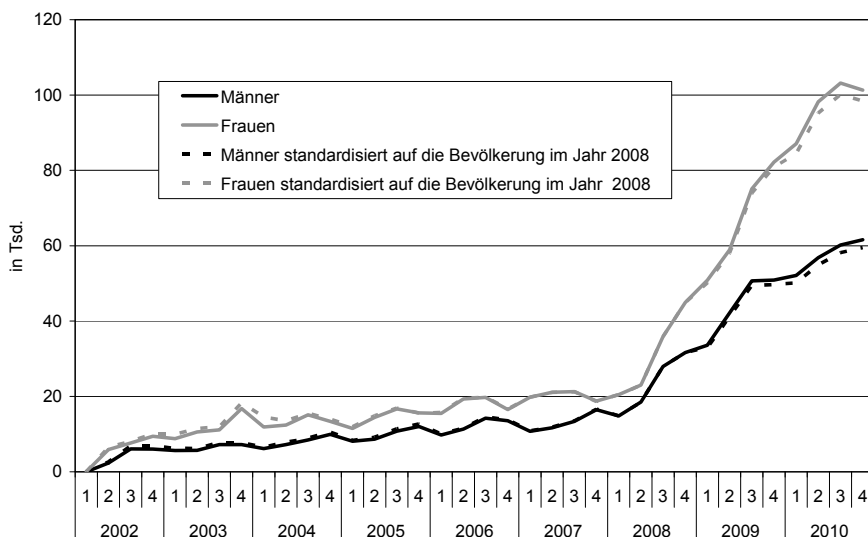
Wie haben sich nun vor diesen rechtlichen Regelungen die Inanspruchnahmen entwickelt? Wie viele Leistungsberechtigte nehmen die Leistungen in Anspruch (Abschnitt 6.3.1)? Wer nimmt die Leistungen in Anspruch (Abschnitt 6.3.2)? Und welche Ausgaben entstehender Pflegeversicherung durch die zusätzlichen Betreuungsleistungen (Abschnitt 6.3.3)?

6.3.1 Anzahl der Leistungsempfänger

Abbildung 60 zeigt, wie sich die Zahl der Personen, die die zusätzlichen Betreuungsleistungen in Anspruch nehmen, seit ihrer Einführung entwickelt hat. Dabei werden neben den tatsächlichen Zahlen, die allen weiteren Berechnungen zugrunde gelegt werden, auch die Werte angegeben, die sich bei einer Altersstandardisierung auf die Bevölkerung des Jahres 2008 ergeben. Mit dieser Altersstandardisierung wird der Effekt der Bevölkerungsalterung herausgerechnet, so dass die Entwicklung auf die Verhaltensänderung fokussiert.

Im Einführungsjahr haben in keinem Quartal mehr als 16 Tsd. Personen die zusätzlichen Betreuungsleistungen in Anspruch genommen. Bis zum 2. Quartal 2008 ist diese Zahl dann langsam auf 41 Tsd. angestiegen. Erst mit der Ausweitung der Leistungen ab dem 3. Quartal 2008 ist es zu einem sprunghaften Anstieg der Zahl der Personen, die die zusätzlichen Betreuungsleistungen in Anspruch nehmen, gekommen. So liegt die Zahl der Nutzer schon im 3. Quartal 2008 bei 64 Tsd. und steigt kontinuierlich weiter bis zum 4. Quartal 2010 auf 163 Tsd. Personen. Im Jahresmittel von 2007 (letztes Jahr vor der Reform und noch unbeeinflusst durch die Ankündigungseffekte des PflWG) lag die Zahl der Leistungsempfänger pro Quartal

Abbildung 60: Anzahl der Personen mit zusätzlichen Betreuungsleistungen in Deutschland im jeweiligen Quartal – Zeitreihe der Jahre 2002–2010



Quelle: Routinedaten ehemaliger GEK-Versicherter; Hochgerechnet auf die Bevölkerung in Deutschland in den jeweiligen Jahren

bei 33 Tsd. im 3. Quartal 2010⁴⁷ bei 163 Tsd. Die Fallzahl hat sich seit Ausweitung des Leistungsanspruchs damit annähernd verfünffacht (genauer Faktor: 4,9). Das Verhältnis von weiblichen zu männlichen Leistungsbeziehern bleibt während der ganzen Zeit relativ konstant bei 1,6 zu 1.

Der Anstieg der Inanspruchnahme ist nicht besonders durch eine veränderte Altersstruktur beeinflusst. Dies zeigt sich daran, dass die auf das Jahr 2008 standardisierten Werte sich kaum von den realen Werten unterscheiden.

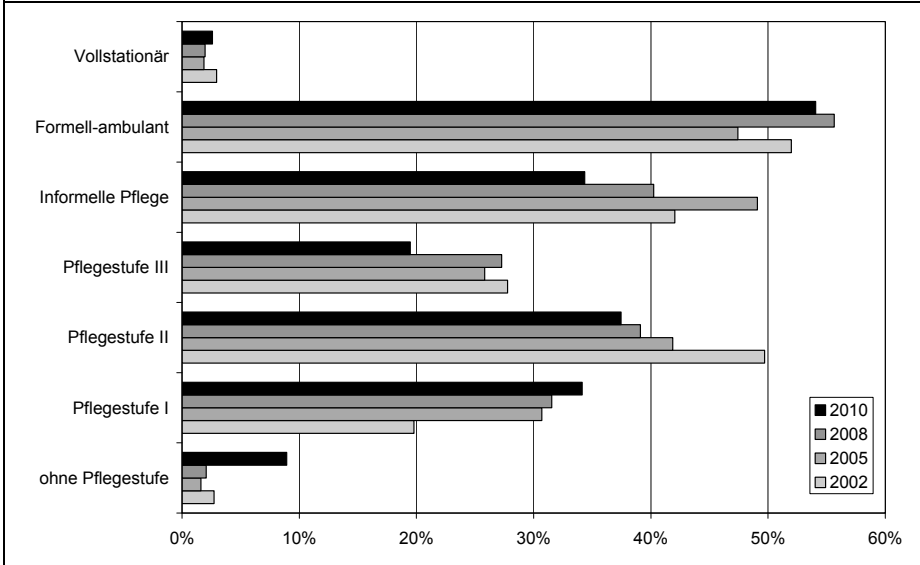
⁴⁷ Da die Inanspruchnahmetendenz noch steigend ist, bietet es sich an, die Quartals- und nicht die Jahreswerte zu verwenden. Allerdings sind für das 4. Quartal immer noch nachträgliche Meldungen zu erwarten, so dass das 3. Quartal den besten Vergleichswert bietet.

6.3.2 Wer nimmt die Leistungen in Anspruch?

Nachfolgend wird dargestellt, wie sich die Personen, die zusätzliche Betreuungsleistungen in Anspruch nehmen, auf die Pflegestufen, Pflegearrangements verteilen und wie ihre Altersstruktur ist. Dabei ist zu beachten, dass die exakte zeitliche Zuordnung der Pflegearrangements und Pflegestufen nicht möglich ist. Die Zahl zusätzlicher Betreuungsleistungen liegt nur quartalsweise vor. Die Zuordnung der Pflegestufe und der Pflegearrangements erfolgt aber auf Monatsebene. So kann es zu kleineren Unschärfen in den Zuordnungen kommen.

In den dargestellten Jahren 2002 und 2005 (Abbildung 61) war es prinzipiell noch nicht möglich, ohne *Pflegestufe* die zusätzlichen Betreuungsleistungen zu beziehen. Dass dennoch Leistungsempfänger ohne Pflegestufe ausgewiesen werden, ist auf die angesprochene Unschärfe in der Messung zurückzuführen und damit ein statistisches Artefakt. Im zweiten Halbjahr 2008 und durchgängig im Jahr 2010 ist dann aber die Möglichkeit gegeben, auch ohne Pflegestufe zusätzliche Betreuungsleistung zu beziehen. Ein merklich steigender Anteil der Personen ohne Pflegestufe wird aber erst 2010 deutlich. Zuvor lagen die Anteile der Leistungsbezieher ohne Pflegestufe an allen Leistungsbezieher um 2 %. Im Jahr 2010 stieg er dann auf 9 %. Dennoch werden über 90 % der zusätzlichen Betreuungsleistungen von Pflegebedürftigen im Sinne des SGB XI in Anspruch genommen. Die Abbildung zeigt damit nachdrücklich, dass der weit überwiegende Teil der Nutznießer aus dem Kreis der auch vor der Reform bereits leistungsberechtigten Personen stammt, und die unzureichende Erfassung von Demenz im derzeitigen Pflegebedürftigkeitsbegriff weniger dazu führt, dass Demente nicht als pflegebedürftig gelten, sondern in eine zu niedriger Pflegestufe eingestuft werden. Auch der Anteil der Personen mit Pflegestufe I steigt 2010 an, während die Anteile der Personen mit Pflegestufe II und insbesondere Pflegestufe III zurückgehen. Zwar korrespondiert diese Entwicklung mit dem allgemeinen Rückgang der Anteile Pflegebedürftiger mit einer höheren Pflegestufe (siehe Abschnitt 5.3.1, S. 129), jedoch ist der Rückgang des Anteils mit Pflegestufe III nach der Erweiterung der Zugangsberechtigung bei der Inanspruchnahme von zusätzlichen Betreuungsleistungen wesentlich deutlicher als in der Inanspruchnahme von Pflegeleistungen im Allgemeinen und ebenfalls deutlich ausgeprägter als die gleichgerichtete Veränderung in den Vorjahren.

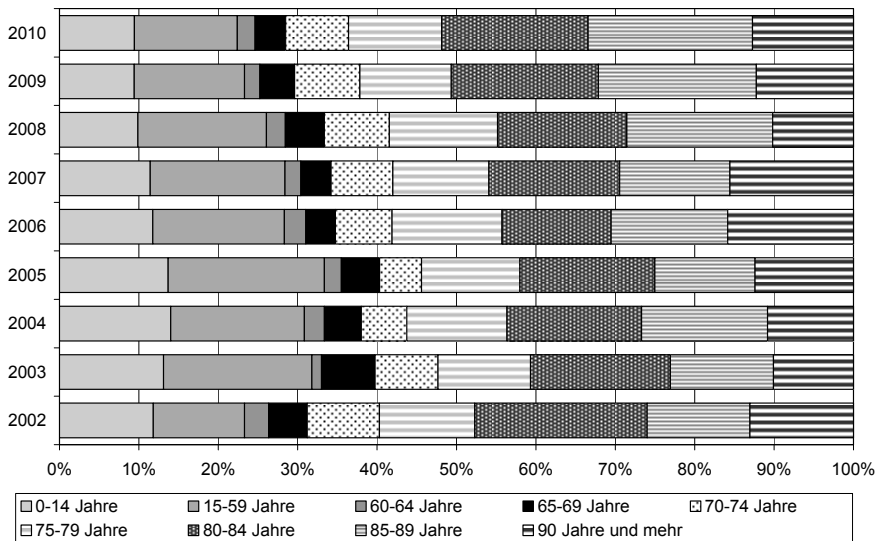
Abbildung 61: Anteile der Personen mit zusätzlichen Betreuungsleistungen im jeweiligen Jahr nach Pflegestufe und Pflegearrangement in den Jahren 2002–2010



Quelle: Routinedaten ehemaliger GEK-Versicherter; Hochgerechnet auf die Bevölkerung der in Deutschland in den jeweiligen Jahren

Messungenauigkeiten lassen sich beim *Pflegearrangement* ebenso feststellen wie bei den Pflegestufen. So werden auch hier um 2 % vollstationäre Fälle ausgewiesen, die nicht zu den Anspruchsberechtigten gehören. Dennoch lassen sich wesentliche Veränderungen erkennen. Sowohl der Anteil der Leistungsempfänger in informeller als auch in formell-ambulanter Pflege gehen zurück. Dies ist eine unmittelbare Folge dessen, dass nunmehr 9 % der Leistungsempfänger ohne Pflegestufe und damit auch ohne Pflegearrangement sind. Dieser Rückgang tritt aber in wesentlich stärkerem Ausmaß bei den informellen Pflegearrangements auf, deren Anteilswert von 2005 bis 2010 sogar von 49 % auf 34 % um rund ein Drittel gesunken ist. Der Anteilswert für die formell-ambulante Pflege nimmt in diesem Zeitraum sogar zu. Dies ist ein Indiz dafür, dass diejenigen, die schon durch Pflegedienst versorgt werden, eine größere Bereitschaft haben, diese neuen und erweiterten Hilfen anzunehmen, besser über diese Leistungen informiert sind und/oder die Pflegedienste ihren Kunden diese Leistungen näher bringen.

Abbildung 62: Anteile der Personen mit zusätzlichen Betreuungsleistungen im jeweiligen Jahr nach Alterskategorien in den Jahren 2002–2010



Quelle: Routinedaten ehemaliger GEK-Versicherter; Hochgerechnet auf die Bevölkerung in Deutschland in den jeweiligen Jahren

Abbildung 62 zeigt nun, wie sich die Altersstruktur unter den Empfängern zusätzlicher Betreuungsleistungen in den Jahren entwickelt hat. Dabei zeigt sich, dass sich die Inanspruchnahme seit Mitte der vergangenen Dekade stärker in die höheren Altersklassen verschiebt. Dabei steigt der Anteil der Älteren unter den Beziehern zusätzlicher Betreuungsleistungen schneller als unter den Pflegebedürftigen insgesamt. Die Empfänger von zusätzlichen Betreuungsleistungen im Alter bis 69 Jahren hatten im Jahr 2004 einen Anteil von 38 %. Dieser sank bis ins Jahr 2010 auf 29 % um knapp 9 Prozentpunkte. Die Anteile der Pflegebedürftigen insgesamt sank in diesem Zeitraum unter den Männern von 41 % auf 35 % und unter den Frauen von knapp über 15 % auf knapp unter 15 % (vgl. Tabelle 29, S. 131).

Schließlich ist noch festzustellen, dass zusätzliche Betreuungsleistungen mehr sind als nur „Leistungen für dementiell Erkrankte“. Zwar werden sie überwiegend von Menschen mit Demenz in Anspruch genommen, aber der Anteil der Empfänger zusätzlicher Betreuungsleistungen mit einer Demenzdiagnose innerhalb der letzten vier Quartale liegt „nur“ bei 47 % im Jahr 2005 bis 58 % im Jahr 2009. Es sind also

auch noch eine ganze Reihe anderer psychischer Probleme und Erkrankungen bedeutsam für die Inanspruchnahme zusätzlicher Betreuungsleistungen. Dies zeigt sich insbesondere in dem überproportional hohen Anteil jüngerer Leistungsbezieher, die keine Demenz haben.

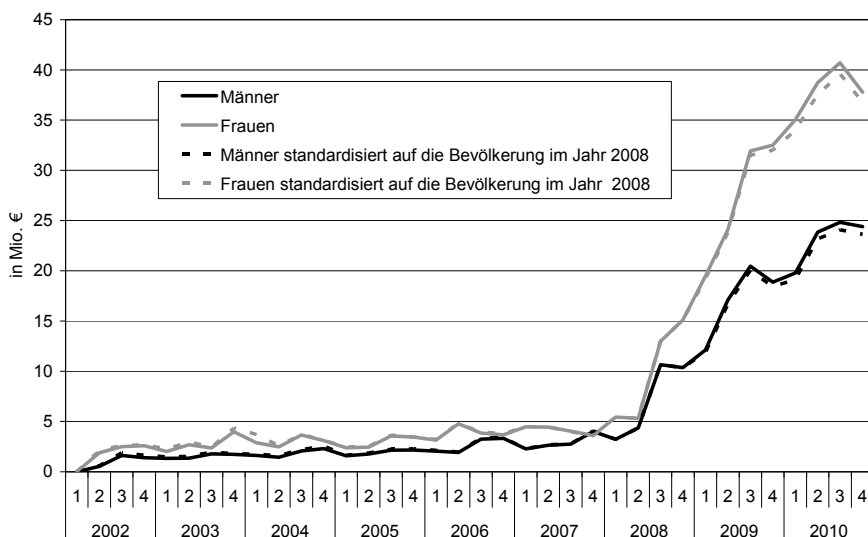
6.3.3 Zusätzliche Betreuungsleistungen: Ausgaben

Die Ausgaben der Pflegekassen für zusätzliche Betreuungsleistungen haben sich ausweislich der Kassenstatistik von rd. 30 Mio.€ im Jahr 2007 auf rd. 280 Mio.€ im Jahr 2010 erhöht und damit fast verzehnfacht (Tabelle 18, S. 97). In diesem Zusammenhang stellt sich die Frage, welcher Anteil dieser Ausgabensteigerung auf die in Abschnitt 6.3.1 dargestellte gestiegene Zahl der Bezieher zusätzlicher Betreuungsleistungen zurückzuführen ist. Um dem nachzugehen, wird in Abbildung 63 zunächst die Ausgabenentwicklung dargestellt, die sich aus der Hochrechnung der GEK-Daten auf Deutschland ergibt.

Im dritten Quartal 2002 wurden demnach 4,1 Mio.€ für zusätzliche Betreuungsleistungen aufgewendet. Der Betrag bleibt bis zum Inkrafttreten der Reform bei unter 10 Mio.€ pro Quartal.⁴⁸ Erst mit der Erweiterung der zusätzlichen Betreuungsleistungen steigen die Kosten auf 24 Mio. im 3. Quartal 2008 an und entwickeln sich weiter bis zu einem Maximalwert von 65,5 Mio.€ im 3. Quartal 2010 (Abbildung 63). Für das 4. Quartal 2010 werden schließlich Kosten von 62,2 Mio.€ erreicht. Werden – wie in Abschnitt 6.3.1 – die Quartalsdurchschnittswerte von 2007 und der Wert für das 3. Quartal 2010 verglichen, zeigt sich die auch in der Statistik des Bundesgesundheitsministeriums erkennbare annähernde Verzehnfachung der Ausgaben von 7 Mio.€ auf 66 Mio.€ (Faktor: 9,3). Da sich die Zahl der Leistungsempfänger annähernd verfünffacht hat (s. Abschnitt 6.3.1), haben sich die Ausgaben pro Leistungsfall annähernd verdoppelt, von 212 € auf 401 € (Faktor: 1,9). Sowohl die steigende Zahl der Leistungsempfänger als auch die höheren Ausgaben pro Fall tragen somit zur Ausgabensteigerung bei, der erstgenannte

⁴⁸ Die vom BMG veröffentlichte Kassenstatistik weist für das Jahr 2007 Ausgaben für zusätzliche Betreuungsleistungen in Höhe von 0,03 Mrd. € aus (Tabelle 18, S. 97), und bestätigt damit diese Hochrechnung, die für 2007 insgesamt einen Wert von 28,2 Mio. € ergibt (1. Quartal: 6,7 Mio. €, 2. Quartal: 7,1 Mio. €, 3. Quartal: 6,8 Mio. € und 4. Quartal: 7,6 Mio. €).

Abbildung 63: Aufsummierte Ausgaben für Betreuungsleistungen in Deutschland in jeweiligen Quartal – Zeitreihe der Jahre 2002–2010



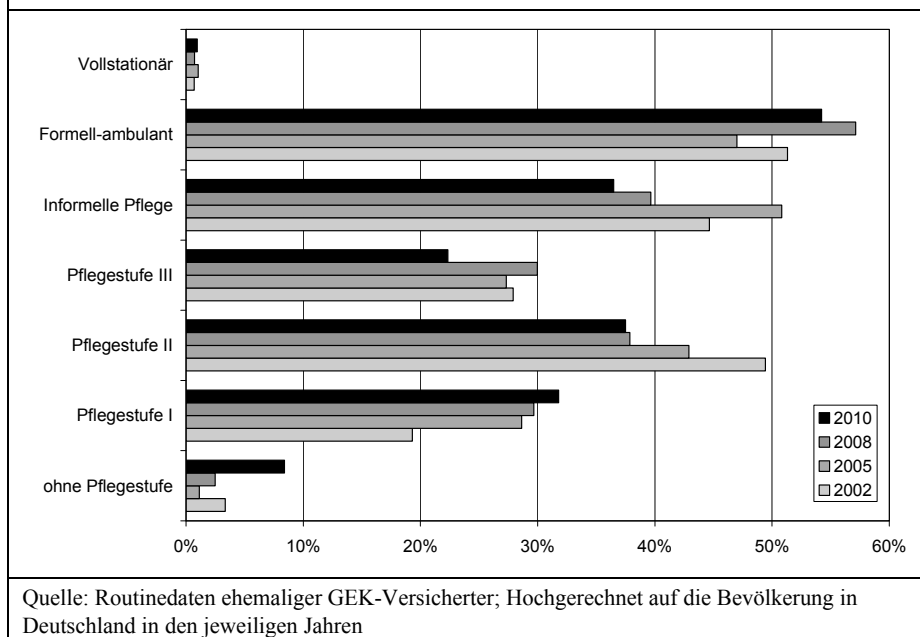
Quelle: Routinedaten ehemaliger GEK-Versicherter; Hochgerechnet auf die Bevölkerung in Deutschland in den jeweiligen Jahren

Faktor aber wesentlich stärker als der letztgenannte. Das Gros der Ausgabensteigerung ist damit auf eine Fallzahlsteigerung zurückzuführen.

Die Entwicklung der Ausgaben ist dabei genauso wenig wie die Entwicklung der Personenzahl durch eine unterschiedliche Altersstruktur in den Jahren hervorgerufen. Dies ist daran zu erkennen, dass die altersstandardisierten Werte sich kaum von den realen Werten unterscheiden.

Wird die Entwicklung der Ausgabenanteile auf *Pflegestufen* oder Pflegearrangements bezogen, zeigen sich grundsätzlich die gleiche Entwicklung wie bei der Zahl der Leistungsbezieher, jedoch lassen sich kleinere Abweichungen zwischen beiden erkennen (Abbildung 64). So liegt der Ausgabenanteil durch Bezieher mit Pflegestufe I niedriger als der Anteil der Leistungsbezieher mit Pflegestufe I. Umgekehrt liegt der Ausgabenanteil bei Pflegestufe III höher als der Personenanteil mit Pflegestufe III. Dies resultiert daraus, dass die durchschnittlichen Ausgaben pro Leistungsfall mit der Pflegestufe zunehmen, höhere Pflegestufen also einen höheren Anteil von Leistungsempfängern mit erhöhtem Leistungsbetrag aufweisen.

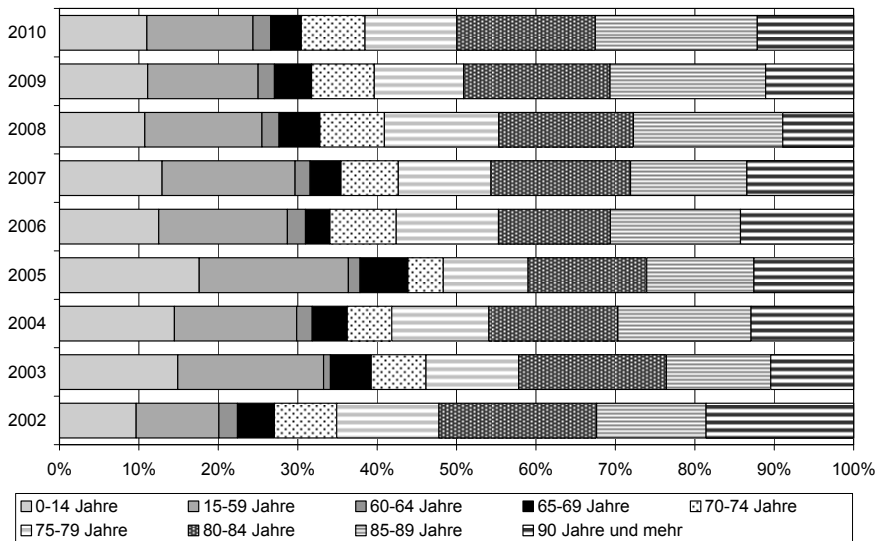
Abbildung 64: Ausgabenanteile für zusätzliche Betreuungsleistungen in Deutschland im jeweiligen Jahr nach Pflegestufe und Pflegearrangement – Zeitreihe der Jahre 2002–2010



Pro Leistungsempfänger in Pflegestufe I schwankte die Quartalszahlung bis zum Jahr 2007 um 67€. In den Jahren 2009 und 2010 liegen sie bei 122€. In Stufe II liegen sie zunächst bei 72€ und in den Jahren 2009 und 2010 bei 133€. In Stufe III schließlich sind die Quartalszahlungen je Leistungsempfänger von rund 82€ auf 149€ angestiegen.

Auch bezüglich der Verteilung der *Pflegearrangements* gibt es leichte Niveauunterschiede bei den Ausgaben. So liegen Ausgabenanteile bei informeller Pflege meist niedriger als die Anteile der Leistungsbezieher mit informeller Pflege. Im Laufe der Zeit wird der Ausgabenanteil durch Personen mit informeller Pflege geringer als durch Personen mit formell-ambulanter Pflege (Abbildung 61). Insgesamt sind die Ausgaben pro Quartal und Person in diesen beiden Pflegearrangements nicht sehr unterschiedlich, aber die Personen in informeller Pflege werden mit der Zeit etwas teurer. So verändern sich die Quartalsausgaben je Leistungsbezieher mit informeller Pflege von 73€ in den ersten Jahren auf 138€ in den Jahren

Abbildung 65: Ausgaben für zusätzliche Betreuungsleistungen in Deutschland im jeweiligen Jahr nach Alterskategorien – Zeitreihe der Jahre 2002–2010



Quelle: Routinedaten ehemaliger GEK-Versicherter; Hochgerechnet auf die Bevölkerung in Deutschland in den jeweiligen Jahren

2009–2010 und je Leistungsbezieher mit formell-ambulanter Pflege von 76 € auf 134 €.

Die Entwicklung der Ausgaben differenziert nach den Alterskategorien der Leistungsempfänger in ähnlicher Weise wie die Fallzahlen. Einzelne Schwankungen in den ersten Jahren sind eher auf geringere Fallzahlen innerhalb der einzelnen Alterskategorien zurückzuführen als auf tatsächliche Veränderungen. Ab dem Jahr 2008, in dem die Fallzahlen deutlich angestiegen sind, unterscheidet sich die Verteilungen der Ausgaben dann kaum noch von der Verteilung der Leistungsempfänger (Abbildung 65).

Schon in Abbildung 62 konnte festgestellt werden, dass ein großer Teil der zusätzlichen Betreuungsleistungen von jüngeren Menschen in Anspruch genommen wird. Entsprechend liegt zuletzt auch der Ausgabenanteil, der durch Personen mit einem Alter unter 60 Jahren ausgelöst wird, bei ca. 25 % (Abbildung 65). Dennoch wird ein steigender Anteil der Kosten durch Pflegebedürftige mit Demenz verursacht. Im Jahr 2005 lag dieser Anteil bei 50 % und im Jahr 2009 bei 64 %.

6.4 Ergebnisse der Versichertenbefragung

Am 22. Juli 2011 wurden von der der BARMER GEK 10.112 Fragebögen an Versicherte versandt, die einen Anspruch auf zusätzliche Betreuungsleistungen haben.⁴⁹ Bei der Auswahl der Zugehörigkeit zur vormaligen Kasse wurde eine paritätische Verteilung angestrebt. Zusätzliche Betreuungsleistungen nach § 45b SGB XI sollen eine stärkere Berücksichtigung demenzbedingter Fähigkeitsstörungen, psychischer Erkrankungen oder geistiger Behinderung in der Pflegeversicherung bewirken. Insbesondere bei diesen Erkrankungen ist eine stärkere Betreuung und Beobachtung der betroffenen Personen notwendig. Da mehr als die Hälfte der anspruchsberechtigten Personen in den Kreis der Demenzerkrankten fallen und diese Erkrankung meist erst im höheren Alter eintritt, wurde eine Fokussierung auf die Pflegebedürftigen ab einem Alter von 60 Jahren vorgenommen. Irrtümlich sind auch Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz angeschrieben worden, die im Pflegeheim versorgt wurden, aber keinen Anspruch auf zusätzliche Betreuungsleistungen nach § 45b SGB XI haben.

Die Fragebögen sind an die pflegenden Angehörigen gerichtet. Sie wurden gebeten, Angaben über sich als pflegende Person zu machen. Dabei wurden sie ebenso nach ihren demografischen Merkmalen wie nach ihrem Pflegeaufwand befragt. Von Interesse war außerdem, wie es um die berufliche Tätigkeit und um den Gesundheitszustand der pflegenden Angehörigen bestellt ist und wie sich diese im Zuge der Pflege verändert haben. Die demografischen Merkmale, der berufliche Werdegang, die sozio-ökonomische Position und der Gesundheitszustand der pflegebedürftigen Person wurden ebenfalls abgefragt. Hauptsächlich wurde aber gefragt, ob und, wenn ja, welche zusätzliche Betreuungsleistungen in Anspruch genommen wurden, aus welchem Grund diese Leistungen (nicht) in Anspruch genommen wurden, und, wie die in Anspruch genommenen Leistungen bewertet werden.

⁴⁹ Die Autoren bedanken sich auch im Namen der BARMER GEK für die Teilnahme an der Befragung. Ohne Ihr Mitwirken könnten diese Auswertungen nicht zustande kommen. Der Fragebogen wird online auf der Projektseite des ZeS (Qualität und Humanität in der Pflege) zur Verfügung gestellt: <http://www.zes.uni-bremen.de/ccm/navigation/> oder kann per Email von den Autoren bestellt werden.

In den nachfolgenden Abschnitten werden die Ergebnisse der Befragung im Detail präsentiert. Abschnitt 6.4.1 beschreibt das Erhebungsdesign und den Response. In Abschnitt 6.4.2 werden die Pflegebedürftigen und in Abschnitt 6.4.3 die Pflegepersonen charakterisiert. In Abschnitt 6.4.4 werden die zentralen Ergebnisse der Befragung zur Inanspruchnahme und Bewertung zusätzlicher Betreuungsleistungen berichtet, während Abschnitt 6.4.5 die weiteren Anmerkungen der Versicherten in den Freitextfeldern der Befragung dokumentiert.

6.4.1 Erhebungsdesign und Response

Vor der Präsentation der Befragungsergebnisse wird zunächst untersucht, ob die angeschriebenen Personen sich in der Verteilung von den antwortenden Personen unterscheiden. Von den am 22.07.2011 Angeschriebenen antworteten bis zum 12.09.2011 2.768 Personen. Alle nachfolgend eingetroffenen Fragebögen wurden nicht mehr berücksichtigt. Bei 2.722 Personen ist es möglich, eine Zuordnung zu den Pseudonymen in den Routinedaten vorzunehmen. Pflegestufen und Pflegearrangements wurden zum März 2011 erhoben, da noch keine aktuelleren Daten vorlagen. Die entsprechende Verteilung der Ausgangsstichprobe und des Rücklaufs findet sich in Tabelle 44.

Die *Altersstruktur* der Antwortenden unterscheidet sich kaum von der Altersstruktur der Angeschriebenen. Im Höchstfall gibt es Unterschiede von 2,5 Prozentpunkten in der Alterskategorie 85–90 Jahre. Etwas größere Unterschiede gibt es in der Verteilung der Angeschriebenen hinsichtlich des *Geschlechts* und Zugehörigkeit zur *ehemaligen Krankenkasse*. 58,5% der Angeschriebenen sind Frauen, von den Antwortenden sind es aber nur 54,9%. Auch weisen die GEK-Versicherten einen etwas geringeren Rücklauf auf. Die *Pflegestufen* sind unter den Angeschriebenen fast in gleicher Weise verteilt wie unter den Antwortenden. Dies trifft auf die *Pflegearrangements* nicht ganz zu. Von den Angeschriebenen waren im März 2011 19,8% im Pflegeheim, von den Antwortenden nur 11,2%. Höher waren dafür bei den Antwortenden die Anteile in informeller Pflege. 9,7% der aller angeschriebenen und 10,7% aller antwortenden GEK-Versicherten erhielten bereits im ersten Quartal zusätzliche Betreuungsleistungen.

Insgesamt sind also die meisten Unterschiede in den Verteilungen sehr gering. Der Unterschied, der besonders zu Buche schlägt ist der Unterschied bei den Fällen in vollstationärer Pflege. Da die Heimbewohner prinzipiell durch die Fragen zur Be-

Tabelle 44: Verteilung der angeschriebenen und der antwortenden Befragten

	Stichprobe		Rücklauf	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Gesamt	10.142	100,0%	2.722	100,0%
Alterskategorie 60–65 Jahre	453	4,5%	117	4,3%
Alterskategorie 65–70 Jahre	610	6,0%	157	5,8%
Alterskategorie 70–75 Jahre	1.232	12,1%	365	13,4%
Alterskategorie 75–80 Jahre	1.732	17,1%	504	18,5%
Alterskategorie 80–85 Jahre	2.294	22,6%	652	24,0%
Alterskategorie 85–90 Jahre	2.420	23,9%	583	21,4%
Alterskategorie 90-95 Jahre	1.089	10,7%	257	9,4%
Alterskategorie 95+ Jahre	312	3,1%	87	3,2%
Männer	4.208	41,5%	1.227	45,1%
Frauen	5.934	58,5%	1.495	54,9%
Ehemalige BARMER-Versicherte	5.000	49,3%	1.472	54,1%
Ehemalige GEK-Versicherte	5.142	50,7%	1.250	45,9%
Ohne Pflegestufe	1.369	13,5%	340	12,5%
Pflegestufe I	3.987	39,3%	1.099	40,4%
Pflegestufe II	3.240	31,9%	860	31,6%
Pflegestufe III+	1.384	13,6%	379	13,9%
Ohne Pflegearrangement	1.508	14,9%	362	13,3%
Informelle Pflege	2.895	28,5%	1.005	36,9%
Formell-ambulante Pflege	3.726	36,7%	1.030	37,8%
Dauerpflege im Heim	2.013	19,8%	305	11,2%
Betreuungsleistungen (nur GEK-Daten)	984	9,7%	290	10,7%
Keine Betreuungsleistungen (nur GEK-Daten)	4.158	41,0%	960	35,3%

Anmerkung: Die Angaben dieser Tabelle beruhen auf den Informationen aus den pseudonymisierten Routinedaten zum März 2011 und können im Detail von den Selbstangaben aus den Fragebögen in den nachfolgenden Abschnitten abweichen.

wertung der zusätzlichen Betreuungsleistungen nicht angesprochen waren, ist auch deren Rücklauf geringer. Da diese ungleich verteilt sind, hat dies auch Auswirkungen auf die unterschiedlichen Rücklaufquoten z.B. bezogen auf die ehemalige Krankenkasse.

6.4.2 Pflegebedürftige – Charakterisierung

Zur Charakterisierung der Pflegebedürftigen wird zunächst auf deren soziodemografischen Merkmale (Abschnitt 6.4.2.1), dann auf ihren Gesundheitszustand und die Einschränkungen ihrer Alltagskompetenz (Abschnitt 6.4.2.2) und abschließend auf ihren Bezug von Pflegeversicherungsleistungen (Abschnitt 6.4.2.3) eingegangen. Dabei wird jeweils auf die Selbstauskünfte der Befragten abgestellt, die von den in den Routinedaten vorfindbaren Angaben abweichen können.

6.4.2.1 Soziodemografie

In Tabelle 45 sind zentrale Ergebnisse zur Soziodemografie der Pflegebedürftigen zusammengefasst. Der häufigste Wert in jeder Kategorie (Modus) ist dabei fett hervorgehoben. Etwas mehr als der Hälfte der pflegebedürftigen Personen ist demnach weiblich (52,8%). Bezüglich der 5-Jahres-Alterskategorien sind die 80–84-Jährigen am häufigsten vertreten und stellen fast ein Viertel der befragten Pflegebedürftigen (24,4%). Der Anteil der Pflegebedürftigen ohne deutsche Staatsangehörigkeit erscheint mit 1,2% sehr gering, allerdings ist für 6,5% der Pflegebedürftigen Deutschland nicht ihr Geburtsland. Mögliche Probleme aufgrund kultureller oder sprachlicher Schwierigkeiten könnten also schon prominenter sein, als sich dies aus dem Anteil der nicht deutschen Staatsangehörigkeit vermuten lässt. Entsprechend der Verteilung der älteren Bevölkerung ist bei den Pflegebedürftigen der Anteil der Personen mit Hauptschulabschluss am größten. Abitur als höchster Schulabschluss wird nur von 14% der Befragten angegeben. Gut die Hälfte der Pflegebedürftigen in der Befragung war vormals als Angestellter tätig, ein gutes Viertel als Arbeiter. Knapp ein Drittel der Befragten gibt ein niedriges Haushaltsnettoeinkommen von unter 1.000€ an.

6.4.2.2 Pflegebedürftige – Gesundheitlicher Zustand, Alltagskompetenz

Um den Gesundheitszustand der Pflegebedürftigen und insbesondere ihre Fähigkeiten zur selbständigen Bewältigung der Aktivitäten des täglichen Lebens zu erfassen, wurden zwei Fragebatterien verwendet. Die eine Liste umfasst die Fragen zum „erweiterten Barthel-Index“ (DIMDI 2009: 825; Prosiegel et al. 1996; Kompetenz Centrum Geriatrie o.J. a) und die andere Liste die Fragen zu den „instrumentellen Aktivitäten“ (IADL) nach Lawton und Brody (1969) (s. auch Kompetenz Centrum Geriatrie o.J. b). Beide Listen beinhalten eine Reihe von Fragen,

Tabelle 45: Soziodemografische und -ökonomische Merkmale der Pflegebedürftigen

Geschlecht	Mann	47,2 %	N=2.085
	Frau	52,8 %	
Alter in Jahren	60-64	4,6 %	N=2.047
	65-69	6,8 %	
	70-74	14,6 %	
	75-79	19,7 %	
	80-84	24,4 %	
	85-89	19,6 %	
	90-94	7,9 %	
	95+	2,4 %	
Staatsangehörigkeit	Deutsch	98,8 %	N=2.100
	Nicht Deutsch	1,2 %	
Geburtsland	Deutschland	93,4 %	N=2.090
	Nicht Deutschland	6,6 %	
Höchster Schulabschluss	Hauptschule	62,6 %	N=2.021
	Realschule	21,2 %	
	Abitur	14,6 %	
	Kein Abschluss	1,6 %	
Ehemalige Berufstätigkeit	Selbständig	8,8 %	N=2.046
	Beamter	1,8 %	
	Angestellter	51,7 %	
	Arbeiter	26,4 %	
	Nie erwerbstätig	11,9 %	
Haushaltsnettoeinkommen	<500	8,2 %	N=1.931
	500 bis <1000	19,9 %	
	1000 bis <1500	33,8 %	
	1500 bis <2000	20,1 %	
	2000 bis <2500	9,2 %	
	2500 bis <3000	3,4 %	
	3000+	2,6 %	
	Weiß nicht	2,8 %	

deren Antworten mit Punkten versehen werden, die anschließend aufsummiert werden können und so eine Gesamtbewertung erlauben.

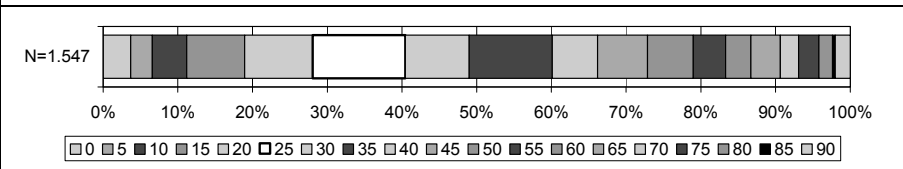
Im erweiterten Barthel-Index werden kognitive Funktionen abgefragt. Dabei geht es um das Lösen von Alltagsproblemen, um Gedächtnis, Lernen und Orientierung, ums Verstehen, ums Sehen und Wahrnehmen, darum, ob man sich verständlich machen kann und um den Umgang miteinander. Die volle Punktzahl wird vergeben, wenn die Funktion noch selbständig erfüllt werden kann. Sind die Kompetenzen sehr eingeschränkt oder gar nicht mehr vorhanden werden Null Punkte vergeben, Abstufungen liegen dazwischen. Der Gesamtindex kann als Summenscore dabei Werte im Bereich von 0 bis 90 einnehmen. Tabelle 46 zeigt, wie die pflegenden Angehörigen die kognitiven Funktionen der Pflegebedürftigen beurteilen. Fett hervorgehoben ist dabei jeweils der Wert der Kategorie, die am häufigsten vorkommt (Modus). In Abbildung 66 ist die Verteilung der Befragten hinsichtlich des Gesamtindex angegeben.

Bei fünf der sechs Items zeigen sich bei den meisten Befragten Einschränkungen, und der Modalwert ist jeweils in der schlechtesten oder zweischlechtesten Antwort zu finden. Je nach Frage ergeben sich dabei aber unterschiedliche Grade der Einschränkungen. Beim Lösen von *Alltagsproblemen* wird bei 81 % der Pflegebedürftigen eine erhebliche Hilfsbedürftigkeit festgestellt. Eine *Desorientierung* liegt dagegen nur bei einem knappen Drittel vor, aber eine weitere Hälfte muss häufig erinnert werden. Passend dazu finden sich 28 % der Pflegebedürftigen nicht mal mehr in bekannter Umgebung ausreichend zurecht und weitere 41 % können sich in unbekannter Umgebung nicht *zurechtfinden*.

Ohne funktionierende *Kommunikation* wird die Versorgung des Pflegebedürftigen für die pflegenden Angehörigen immer schwieriger und belastender. Immerhin die Hälfte der befragten Angehörigen gibt an, dass wenigstens einfache Aufforderungen verstanden werden. Bei 11 % ist ein Verstehen jedoch überhaupt nicht mehr vorhanden. Noch mehr können sich nicht mal ausreichend verständlich machen. Bei 24 % wird angegeben, die pflegebedürftige Person kann sich nicht oder fast nicht verständlich machen. Immerhin 44 % können wenigstens einfache Sachverhalte ausdrücken. Wenn die Kommunikation gestört ist, kommt es fast zwangsläufig zu Missverständnissen und Unzufriedenheiten. So geben 46 % der Befragten an, die pflegebedürftige Person sei gelegentlich unkooperativ, aggressiv, distanzlos oder zurückgezogen. Sogar 8 % der Befragten geben an, sie sei immer oder fast immer unkooperativ.

<i>Tabelle 46: Erweiterter Barthel-Index – Kognitive Funktionen</i>		
Lösen von Alltagsproblemen	Punkte	N=1.971
Funktioniert im Wesentlichen	15	6,3 %
Benötigt geringe Hilfestellung	5	12,6 %
Benötigt erhebliche Hilfestellung	0	81,1 %
Gedächtnis, Lernen und Orientierung	Punkte	N=1.897
Funktioniert im Wesentlichen	15	7,9 %
Muss gelegentlich erinnert werden oder verwendet Gedächtnishilfen	10	10,2 %
Muss häufig erinnert werden	5	49,1 %
Desorientiert, mit oder ohne Tendenz zum Weglaufen	0	32,8 %
Verstehen	Punkte	N=1.884
Kann alles verstehen	15	11,9 %
Versteht komplexe Sachverhalte, aber nicht immer	10	26,5 %
Versteht einfache Aufforderungen	5	50,4 %
Verstehen nicht vorhanden	0	11,3 %
Sehen und Wahrnehmen	Punkte	N=1.802
Funktioniert im Wesentlichen	15	23,3 %
Schwere Lesestörung, findet sich aber (ggf. mit Hilfsmitteln) in bekannter und unbekannter Umgebung zurecht	10	7,4 %
Findet sich in bekannter, aber nicht in unbekannter Umgebung zurecht	5	40,8 %
Findet sich auch in bekannter Umgebung nicht ausreichend zurecht	0	28,4 %
Sich verständlich machen	Punkte	N=1.948
Kann sich über fast alles verständlich machen	15	31,7 %
Kann einfache Sachverhalte ausdrücken	5	44,0 %
Kann sich nicht oder fast nicht verständlich machen	0	24,3 %
Umgang miteinander	Punkte	N=1.899
Umgänglich	15	46,6 %
Gelegentlich unkooperativ, aggressiv, distanzlos oder zurückgezogen	5	45,6 %
Immer oder fast immer unkooperativ	0	7,8 %

Abbildung 66: Gesamtpunktzahl des erweiterten Barthel-Index



Der *erweiterte Barthel-Index* wird auch als ICD-Schlüssel U51 geführt (DIMDI 2009: 794). In diesem werden die Summen-Scores zu drei Klassen zusammengefasst:

- 70–90 Punkte: Keine oder leichte kognitive Funktionseinschränkungen
- 20–65 Punkte: mittlere kognitive Funktionseinschränkungen
- 0–15 Punkte: schwere kognitive Funktionseinschränkungen

Gemäß dieser Einteilung haben knapp 19 % der Pflegebedürftigen schwere, und weniger als 7 % keine oder nur leichte kognitive Funktionseinschränkungen. Rund drei Viertel der in diese Auswertung eingeschlossenen Pflegebedürftigen haben dagegen mittlere kognitive Funktionseinschränkungen.

Entsprechendes ist auch beim Blick auf die *instrumentellen Aktivitäten* (IADL) zu erwarten. Die diesbezügliche Fragenbatterie umfasst sehr konkrete praktische Tätigkeiten im Alltag. Der IADL ist nicht so differenzierend wie der erweiterte Barthel-Index. Er unterscheidet bei den einzelnen Merkmalen nur dichotom. Daher werden beim IADL nach Lawton & Brody (1969) nur je ein Punkt oder null Punkte verteilt.

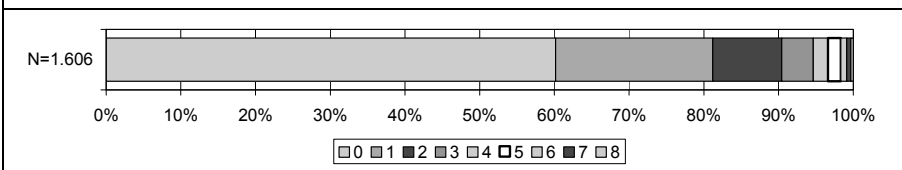
Tabelle 47 zeigt, wie sich die Fähigkeiten der in die Befragung eingeschlossenen Pflegebedürftigen über die acht Aktivitäten des täglichen Lebens verteilen. Hervorgehoben ist der anteilswert für den Modalwert. Bei allen Items überwiegen die Einschränkungen bei weitem, bei 7 der 8 Merkmale weisen mehr als 85 % der Betroffenen Einschränkungen auf. Die geringsten Einschränkungen zeigen sich bei der Telefonnutzung. Diese ist für ca. ein Drittel der Pflegebedürftigen noch möglich. Selbständig Einkaufen, die Nahrung zubereiten oder reisen können dagegen jeweils weniger als 5 % der Pflegebedürftigen. Eine selbständige Medikamenteneinnahme und eine gewisse Eigenständigkeit im Haushalt, bei der Wäsche oder kleinere finanzielle Geschäfte sind zwar etwas häufiger, aber mit 6 %–13 % insgesamt doch sehr selten gegeben.

Abbildung 67 zeigt die Verteilung des IADL-Gesamtscores. Demnach sind 60 % der Pflegebedürftigen bei keiner der betrachteten 8 Tätigkeiten in der Lage, selbständig zu handeln, und weitere 21 % sind bei nur einer dieser Aktivitäten des täglichen Lebens selbständig.

Tabelle 47: Instrumentelle Aktivitäten (IADL)

Telefon	Punkte	N=1.967
Telefoniert, wählt oder nimmt ab	1	34,5 %
Benutzt das Telefon überhaupt nicht	0	65,5 %
Einkaufen	Punkte	N=1.932
Kauft selbständig die meisten benötigten Sachen ein	1	2,8 %
Benötigt Begleitung oder ist unfähig zum Einkaufen	0	97,2 %
Nahrungszubereitung	Punkte	N=1.819
Bereitet Mahlzeiten angemessen vor und zu	1	4,4 %
Bereitet Mahlzeit nur nach Vorbereitung durch Drittpersonen oder benötigt vorbereitete und servierte Mahlzeiten	0	95,6 %
Medikamente	Punkte	N=1.973
Nimmt Medikamente selbstverantwortlich korrekt ein	1	5,9 %
Nimmt nur vorbereitete Medikamente korrekt oder kann korrekte Einnahme von Medikamenten nicht handhaben	0	94,1 %
Haushalt	Punkte	N=1.975
Hält Haushalt selbst oder mit Hilfe instand	1	10,8 %
Macht im Haushalt nichts	0	89,2 %
Wäsche	Punkte	N=1.985
Wäscht zumindest kleine Sachen	1	7,8 %
Gesamte Wäsche muss durch andere gemacht werden	0	92,2 %
Fortbewegen	Punkte	N=1.905
Reist im eigenen Auto oder bestellt und benutzt selbständig Taxi oder benutzt öffentliche Transportmittel – mit oder ohne Begleitung	1	2,8 %
Reist nur noch mit dem Taxi oder Auto mit Unterstützung anderer oder reist gar nicht	0	97,2 %
Finanzielle Angelegenheiten	Punkte	N=1.930
Regelt finanzielle Geschäfte selbständig oder erledigt tägliche kleinere Ausgaben, zur Not mit Hilfe bei Einzahlung oder Bankgeschäften	1	13,3 %
Unfähig, mit Geld umzugehen	0	86,7 %

Abbildung 67: Zusammengefasster IADL-Score



Insgesamt wird aus den Beschreibungen der kognitiven Funktionsfähigkeit und aus den Beschreibungen der Fähigkeiten bei den Tätigkeiten des täglichen Lebens sehr deutlich, dass die hier untersuchten Pflegebedürftigen, die vom MDK als Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz eingestuft wurden, mehr brauchen als nur Pflege – sie brauchen umfassende Aufsicht und Betreuung sowie Hilfe in allen Lebenslagen.

6.4.2.3 Pflegebedürftige – Pflegeversicherung, Pflegeleistungen, Pflegestufe

Wie lange sind die befragten Pflegebedürftigen bereits pflegebedürftig im Sinne des SGB XI? Wer half ihnen bei der Antragstellung und welche Leistungen werden oder wurden bisher in Anspruch genommen? Die Antworten darauf werden in Kurzform in Tabelle 48 präsentiert. Wiederum ist der Modalwert jeweils hervorgehoben.

Rat oder Hilfe bei der Antragstellung wurde in erster Linie von Familie, Freunden, Nachbarn, aber auch vom Arzt gegeben. Die dritt wichtigste Quelle von Rat und Hilfe ist ein Pflegedienst, der immerhin von 22 % der Befragten genannt wird. Überraschend selten wird die Pflegekasse genannt (6 %), obwohl der Antrag bei dieser gestellt werden muss. Die Beratung der Pflegekasse kann diesbezüglich also noch optimiert werden.

Der Anteil der schon *länger andauernden Pflegebedürftigen* ist bei der befragten Klientel relativ hoch. So dauern fast 11 % der Pflegeverläufe länger als 7 Jahre und weitere 10 % der Pflegeverläufe schon 4–7 Jahre an. Die meisten Pflegebedürftigen sind in Pflegestufe I (44,8 %), etwa ein Drittel ist in Pflegestufe II (33,5 %), 13,4 % in Pflegestufe III und nur 8 % haben (noch) keine Pflegestufe zuerkannt bekommen und sind so nicht pflegebedürftig im Sinne des SGB XI. Die Pflegestufenverteilung weicht aber nicht dramatisch von der in der häuslichen Pflege üblichen Verteilung ab. So sind in informellen Pflegearrangements 58,8 % (31,2 %, 9,6 %) in Pflegestufe I (Pflegestufe II, Pflegestufe III) und in formell-ambulanten Pflegearrangements 44,4 % (Pflegestufe I), 36,3 % (Pflegestufe II) bzw. 16,2 % (Pflegestufe III) (Tabelle 26, auf S. 122). Abweichungen ergeben sich insofern lediglich dadurch, dass die Pflegestufe I bei den Befragten etwas schwächer belegt ist und dies durch die Leistungsempfänger in Stufe 0 ausgeglichen wird. Insgesamt unterscheiden sich die Befragten hinsichtlich der Stufenverteilung aber nicht entscheidend von den anderen Pflegebedürftigen in häuslicher Pflege.

<i>Tabelle 48: Leistungen der Pflegeversicherung</i>			
Wer half oder gab Rat, einen Antrag auf Pflegeversicherungsleistungen zu stellen? (Mehrfachnennung möglich)	Pflegedienst	21,9 %	N=2.063
	Pflegekasse	6,0 %	
	Pflegestützpunkt	3,1 %	
	Sonstige Beratungsstellen	7,6 %	
	Pflegebedürftige Person selbst	3,2 %	
	Familie / Freunde / Nachbarn / pflegende Person selbst	46,4 %	
	Arzt	52,0 %	
	Sonstige	10,6 %	
Wie lange liegt Pflegebedürftigkeit im Sinne des SGB vor?	unter 1/2 Jahr	10,5 %	N=1.744
	1/2 bis < 1 Jahr	25,4 %	
	1 bis < 2 Jahre	26,4 %	
	2 bis < 4 Jahre	16,8 %	
	4 bis < 7 Jahre	10,4 %	
	7 Jahre +	10,6 %	
Pflegestufe derzeit	ohne Pflegestufe	8,0 %	N=2.079
	Pflegestufe I	44,8 %	
	Pflegestufe II	33,5 %	
	Pflegestufe III (inkl. Härtefall)	13,4 %	
Pflegeleistungen im aktuellen Monat	Pflegegeld	50,0 %	N=2.022
	Kombinationsleistung	17,9 %	
	Pflegesachleistung	23,8 %	
	Pflegeheim	0,5 %	
	keine Pflegeleistung	7,9 %	
Weitere Leistungen in den letzten 12 Monaten (Mehrfachnennungen möglich)	Tages-/ Nachtpflege	17,0 %	N=1.665
	Verhinderungspflege	25,9 %	N=1.721
	Kurzzeitpflege	22,2 %	N=1.711
	Pflegehilfsmittel	58,1 %	N=1.888
	Technische Hilfsmittel	61,0 %	N=1.888
	Verbesserung des Wohnumfeldes	16,9 %	N=1.731

Die Hälfte der Pflegebedürftigen bezieht Pflegegeld, mehr als 40 % aber Pflegesachleistungen oder Kombinationsleistungen. Damit ist die Inanspruchnahme von

Pflegediensten deutlich größer als bei der Gesamtheit aller Pflegebedürftigen, die in einem häuslichen Setting gepflegt werden⁵⁰. Zudem werden zusätzlich Verhinderungspflege (26 %), Kurzzeitpflege (22 %) oder Tages- oder Nachtpflege (18 %) in erheblichem Umfang in Anspruch genommen. Weiterhin spielen Pflegehilfsmittel, technische Hilfsmittel und Leistungen zur Verbesserung des Wohnumfeldes eine Rolle. Diese Leistungen sind oftmals nötig, um überhaupt einen weiteren Verbleib im häuslichen Umfeld zu ermöglichen. Insgesamt wird erkennbar, dass die in die Befragung einbezogenen Leistungsberechtigten nach § 45b SGB XI in größerem Maße auf formelle Pflegedienste zurückgreifen als der Durchschnitt der Pflegebedürftigen in häuslicher Pflege, sich die *Pflegearrangements* also unterscheiden.

6.4.3 Pflegepersonen – Charakterisierung

Auch zur Charakterisierung der Pflegepersonen wird zunächst auf deren soziodemografischen Merkmale (Abschnitt 6.4.3.1) und dann auf ihren Gesundheitszustand (Abschnitt 6.4.3.2) eingegangen.

6.4.3.1 Pflegepersonen – Soziodemografie

In Tabelle 49 werden die Charakteristika der Pflegepersonen dargestellt. Gegenüber der fast ausgeglichenen Geschlechterverteilung bei den Pflegebedürftigen, pflegen deutlich mehr Frauen (66,8 %) als Männer (33,2 %). Auch sind Pflegenden insgesamt jünger als die Pflegebedürftigen. Trotzdem sind insgesamt 30 % der Pflegepersonen 80 Jahr als oder älter. Durch das insgesamt hohe Alter der Pflegepersonen fällt erwartungsgemäß auch der Anteil derer mit deutscher Staatsangehörigkeit (98,4 %) und der Anteil derer, die in Deutschland geboren wurden (94 %) sehr hoch aus. Ebenfalls mit dem hohen Alter hängt die Verteilung des Schulabschlusses zusammen, bei dem die unteren Bildungsabschlüsse stärker und die oberen Bildungsabschlüsse seltener vorkommen.

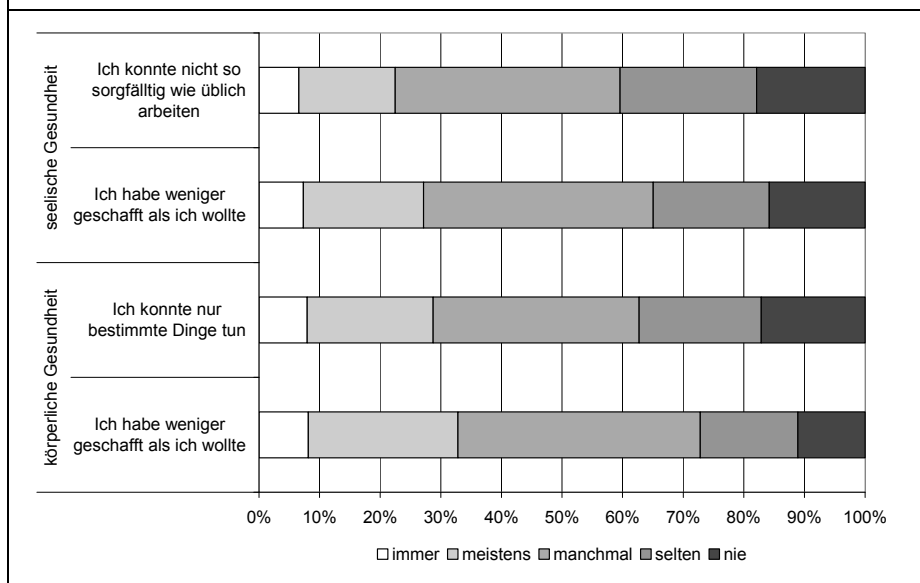
⁵⁰ vgl. Abbildung 5, S. 46: 45,6 % der Leistungsempfänger im Jahr 2009 erhalten ausschließlich Pflegegeld, 23,7 % erhalten Pflegesachleistungen oder Kombinationsleistungen. Innerhalb der häuslich versorgten Pflegebedürftigen ergibt sich somit nur ein Anteil von 34,2 %, der einen Pflegedienst in Anspruch nimmt.

Tabelle 49: Soziodemografische und -ökonomische Merkmale der Pflegepersonen

Geschlecht	Mann	33,2 %	N=2.084
	Frau	66,8 %	
Alter in Jahren	60-64	15,1 %	N=1.564
	65-69	13,4 %	
	70-74	21,8 %	
	75-79	21,4 %	
	80-84	18,4 %	
	85-89	7,6 %	
	90-94	2,1 %	
	95+	0,3 %	
Staatsangehörigkeit	Deutsch	98,4 %	N=2.117
	Nicht Deutsch	1,6 %	
Geburtsland	Deutschland	94,0 %	N=2.107
	Nicht Deutschland	6,5 %	
Höchster Schulabschluss	Hauptschule	46,9 %	N=1.994
	Realschule	29,9 %	
	Abitur	22,5 %	
	Kein Abschluss	0,7 %	
Ehemalige Berufstätigkeit	Selbständig	9,2 %	N=1.831
	Beamter	4,5 %	
	Angestellter	62,0 %	
	Arbeiter	19,2 %	
	Nie erwerbstätig	5,1 %	
Haushaltsnettoeinkommen	<500	10,0 %	N=1.761
	500 bis <1000	17,3 %	
	1000 bis <1500	22,8 %	
	1500 bis <2000	19,9 %	
	2000 bis <2500	12,7 %	
	2500 bis <3000	6,5 %	
	3000+	6,9 %	
	Weiß nicht	3,9 %	

Da die Pflegenden jünger sind als die Pflegebedürftigen, ist der Effekt nicht ganz so ausgeprägt wie bei diesen (Tabelle 45, S. 226). Die Pflegenden haben tendenziell ein höheres Einkommen als die Pflegebedürftigen. Insbesondere die oberen Einkommenskategorien oberhalb von 2000 Euro sind deutlich stärker besetzt.

Abbildung 68: Häufigkeit bei alltäglichen Tätigkeiten im Beruf oder Zuhause aufgrund seelischer und körperlicher Schwierigkeiten

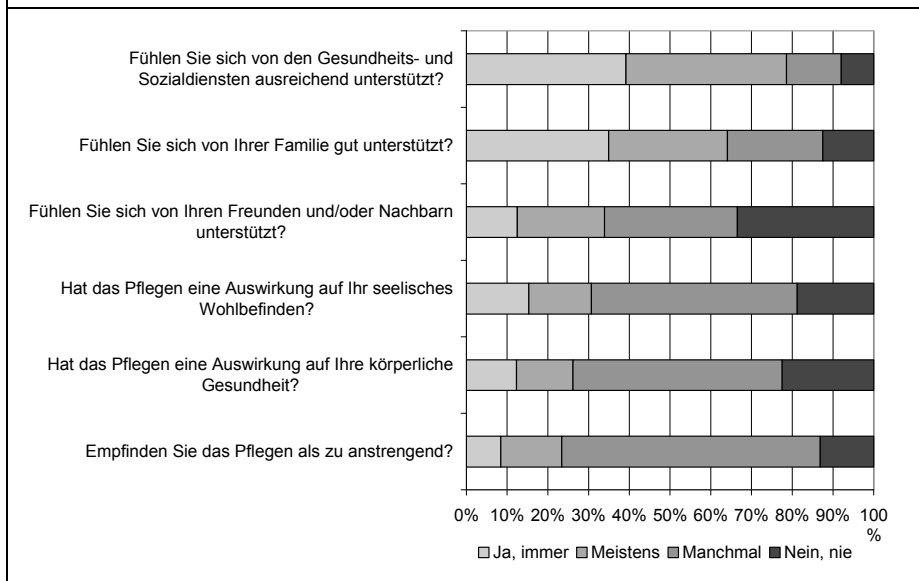


6.4.3.2 Gesundheitszustand der Pflegepersonen

Nicht zuletzt wegen des zum Teil recht hohen Alters weisen die Pflegepersonen gesundheitliche Probleme auf. Beispielsweise sehen sich 16 % bei mittelschweren Tätigkeiten (z. B. einen Tisch verschieben, staubsaugen, kegeln) und 17 % beim Ersteigen mehrerer Treppenabsätze als „stark eingeschränkt“. Weitere 44 % beurteilen sich „etwas eingeschränkt“ bei den mittelschweren Tätigkeiten und 38 % beim Treppensteigen, so dass nur ca. 40 % bzw. 43 % keinerlei Einschränkungen angeben (ohne Abbildung).

Auch bei den Angaben zu den Schwierigkeiten bei alltäglichen Verrichtungen im Beruf oder im Haushalt zeigt sich tendenziell ein eher ungünstiger Gesundheitszustand. Beispielsweise wird mit 40 % am häufigsten angegeben „manchmal“ Schwierigkeiten bei alltäglichen Tätigkeiten zu haben, während 8 % durchgängig angeben „immer“ und ca. 20 % „meistens“ Schwierigkeiten zu haben, unabhängig davon, ob diese Schwierigkeiten aufgrund seelischer oder körperlicher Gesundheitseinschränkungen bestehen (Abbildung 68).

Abbildung 69: Auswirkungen der Pflege auf das Leben der Pflegeperson



In Abbildung 69 sind schließlich die Angaben zu den Auswirkungen der Pflege auf das Leben der Pflegeperson wiedergegeben. Auffallend ist dabei insbesondere, dass die Unterstützungen seitens der Gesundheits- und Sozialdienste zu 40% „immer“ und weitere 40% die Unterstützungen „meistens“ als gegeben ansehen. Die Unterstützung durch die Familie wird demgegenüber als etwas weniger positiv eingestuft und die Unterstützung seitens der Freunde und/oder Nachbarn deutlich weniger positiv. Die Auswirkungen auf das seelische und körperliche Wohlbefinden wird in maximal 23% der Fälle verneint, und auch 13% der Pflegepersonen empfinden die Pflege nicht als zu anstrengend. Der überwiegende Teil der Pflegepersonen nimmt damit die Pflege zumindest „manchmal“ als Belastung war.

6.4.4 Inanspruchnahme und Bewertung zusätzlicher Betreuungsleistungen

Ziel der Befragung ist es zu erfassen, welche Angebote zusätzlicher Betreuungsleistungen von welchen Personen in Anspruch genommen werden und wie diese von den Pflegenden bewertet werden. Zu den Themen des Fragebogens gehören deshalb einerseits Fragen zum Anspruch auf Kostenübernahme nach § 45b SGB XI, zum Kenntnisstand über verschiedene zusätzliche Betreuungsleistungen

und zur Inanspruchnahme von zusätzlichen Betreuungsleistungen. Andererseits war eine subjektive Bewertung der Angebotsstruktur, sowie eine Bewertung der persönlichen Auswirkungen durch zusätzliche Betreuungsleistungen Bestandteil der Befragung. Es ist zu erwarten, dass sich das Antwortverhalten zwischen Nutzern und Nicht-Nutzern unterscheidet, daher wird in den Analysen überwiegend nach Nutzern und Nicht-Nutzern der Leistungen differenziert.

Zusätzliche Betreuungsleistungen können in Form verschiedener Betreuungsangebote in Anspruch genommen werden. Die Kosten hierfür werden durch die Pflegekassen ersetzt, höchstens jedoch 100 Euro monatlich (Grundbetrag) oder 200 Euro monatlich (erhöhter Betrag). Innerhalb der Befragung sind vier verschiedene Angebotstypen unterschieden worden:

1. Teilstationäre Pflege,
2. Kurzzeitpflege,
3. Betreuungsgruppen außer Haus und
4. Betreuungshilfen im eigenen Wohnbereich.

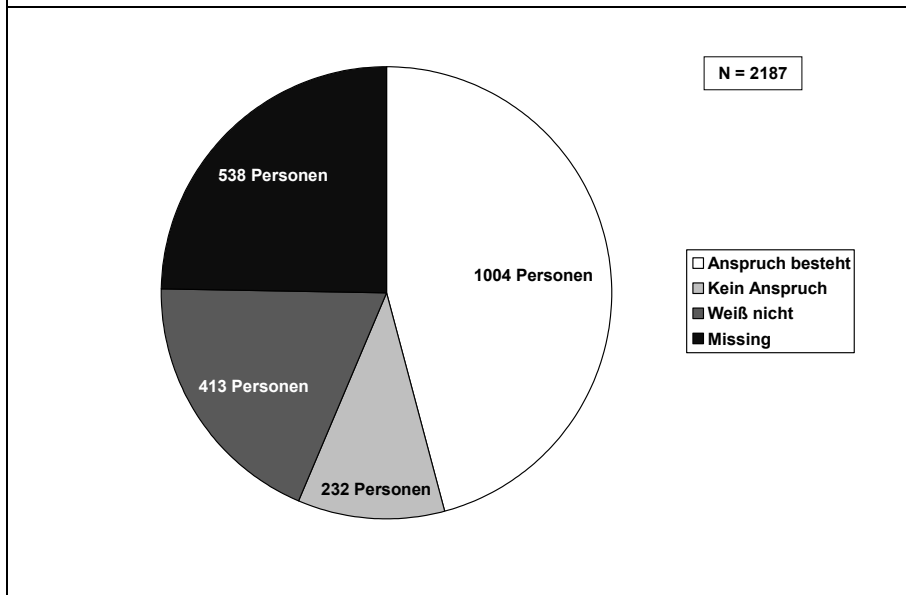
Die beiden letzten Angebotstypen beziehen sich auf besondere Angebote durch Pflegedienste und niedrigschwellige Betreuungsangebote durch andere Anbieter. Hierzu zählen u. a. Nachbarschaftshilfen, Betreuungsgruppen, Pflegebegleitung, stundenweise Entlastung pflegender Angehöriger im häuslichen Umfeld etc., wobei der Gesetzgeber den Anbietern einen differenzierten Spielraum in der Ausgestaltung der zusätzlichen Betreuungsleistung lässt (Klie & Krahmer 2009). Um diese Vielfalt an Möglichkeiten zu bündeln und somit für den Befragten verständlich zu bleiben, ist im Fragebogen nach Betreuungsgruppen außer Haus und Betreuungshilfen im häuslichen Umfeld unterschieden worden.

Nachfolgend wird zunächst die Inanspruchnahme zusätzliche Betreuungsleistungen (Abschnitt 6.4.4.1) und dann die Bewertung der Angebotsstruktur durch die Leistungsberechtigten (Abschnitt 6.4.4.2) dargestellt, bevor zentrale diesbezügliche Ergebnisse noch einmal zusammengefasst werden (Abschnitt 6.4.4.3).

6.4.4.1 Inanspruchnahme zusätzlicher Betreuungsleistungen

Hinsichtlich der Inanspruchnahme wird nachstehend auf Kenntnisse zur Anspruchsberechtigung (Abschnitt 6.4.4.1.1), die Höhe des Leistungsanspruchs (Abschnitt 6.4.4.1.2), die Bekanntheit der Angebotsstruktur (Abschnitt 6.4.4.1.3), die

Abbildung 70: Einschätzung der Anspruchsberechtigung hinsichtlich des Bestehens eines Anspruchs auf zusätzliche Betreuungsleistungen nach § 45b SGB XI



Inanspruchnahme der Angebote (Abschnitt 6.4.4.1.4), die Rolle der Vorfinanzierung der Leistungen (Abschnitt 6.4.4.1.5) und die Nutzung niedrigschwelliger Betreuungsangebote (Abschnitt 6.4.4.1.6) eingegangen.

6.4.4.1.1 Kenntnisse zur Anspruchsberechtigung

Von den 2.187 Befragten, die aufgrund des Vorliegens eines Anspruchs auf zusätzliche Betreuungsleistungen angeschrieben wurden, glauben 1.004 Personen (=46 %) einen Anspruch auf § 45b-Leistungen zu haben. Rund ein Fünftel der Befragten (413 Personen) ist sich nicht sicher, ob ein Anspruch besteht. 232 Personen haben laut eigenen Angaben keinen Anspruch und bei etwa einem Viertel (583 Personen) fehlt hierzu eine Angabe. Damit zeigt sich schon ein erstes zentrales Ergebnis der Befragung: nur knapp die Hälfte der Anspruchsberechtigten ist sich ihres Anspruchs bewusst. Ein größerer Anteil hat von diesem Anspruch keine (sichere) Kenntnis.

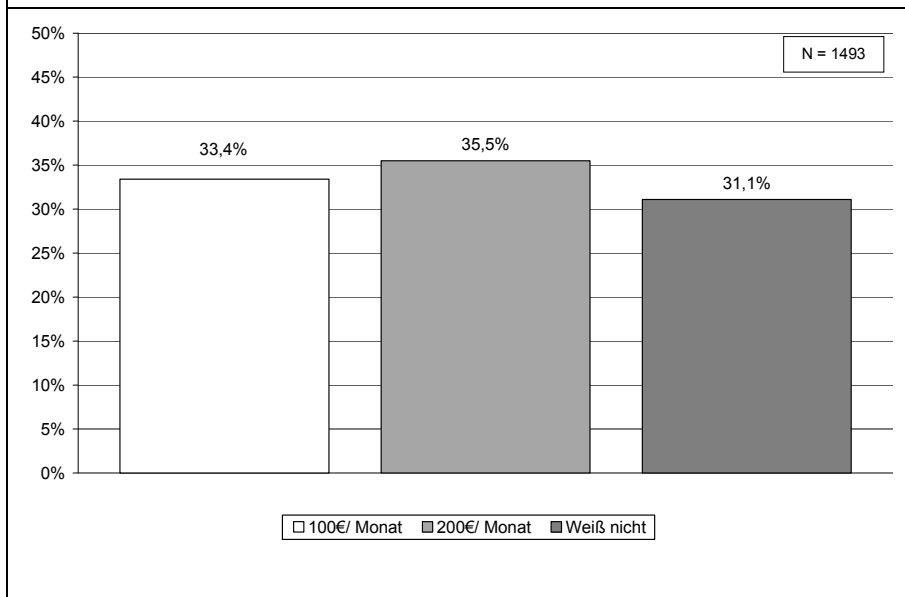
Von den 1.004 Befragten, die sich ihres Anspruchs bewusst waren, konnten 995 angeben, wie lange der Anspruch schon besteht. Demnach sind die Pflegebedürftigen im Durchschnitt seit 15 Monaten (Standardabweichung $\pm 14,2$ Monate) anspruchsberechtigt. Da zusätzliche Betreuungsleistungen seit Anfang 2002 im Leistungskatalog des SGB XI verankert sind, sind der ausgewiesene Mittelwert und die Streuung der Werte recht gering. Die Mediandauer liegt bei 14 Monaten mit einem Quartilsabstand von nur 10 Monaten. 50 % der Befragten haben also seit 10-20 Monaten einen entsprechenden Leistungsanspruch, je ein Viertel seit weniger als 10 bzw. mehr als 20 Monaten. Dies verweist noch einmal auf die deutliche Steigerung der Inanspruchnahme zusätzlicher Betreuungsleistungen nach der gesetzlichen Novellierung durch das PfWG Mitte 2008 (vgl. Abschnitt 6.3.1).

Für die folgenden Auswertungen wurden alle Personen die laut eigener Aussage *keinen* Anspruch auf zusätzliche Betreuungsleistungen haben, aus der Auswertung ausgeschlossen. Die weiteren Angaben beziehen sich somit auf maximal 1.955 Befragte. Für die einzelnen Fragen werden immer nur die jeweils gültigen Werte angezeigt. Dies führt zu einer unterschiedlichen Anzahl eingeschlossenen Personen für verschiedene Auswertungen.

6.4.4.1.2 Höhe des Leistungsanspruchs

Die Höhe des Leistungsanspruchs ist abhängig vom Beeinträchtigungsgrad der betroffenen Person. Bei erheblicher eingeschränkter Alltagskompetenz hat der Betroffene einen monatlichen Leistungsanspruch von 100 € (Grundbetrag), bei in erhöhtem Maße eingeschränkter Alltagskompetenz den erhöhten Leistungsanspruch von 200 € monatlich. Die Angaben zum Leistungsanspruch dritteln sich (Abbildung 71). Zu einem Drittel besteht ein Anspruch auf 100 €, zu etwas mehr als einem zweiten Drittel ein Anspruch auf 200 € und fast ein Drittel der Befragten weiß nicht, wie hoch der eigene Leistungsanspruch ist. Nicht eingeschlossen ist hierbei eine Zahl von 462 Befragten, die die Frage zum eigenen Leistungsanspruch nicht beantwortet haben. Werden diese Befragten mit berücksichtigt, so kann von denen, die nicht ausdrücklich angegeben haben, keinen Anspruch zu haben, letztlich nur etwa die Hälfte angeben, wie hoch der vorliegende Anspruch ist. Dies ist ein erneuter Hinweis darauf, dass die Betroffenen nicht ausreichend über ihren Leistungsanspruch informiert sind.

Abbildung 71: Höhe des monatlichen Leistungsanspruchs in Euro



6.4.4.1.3 Bekanntheit der Angebotsstruktur

In der Befragung wurden die Pflegenden zu den verschiedenen zusätzlichen Betreuungsleistungen befragt: In Abbildung 72 wird dargestellt, inwieweit Angebote der Teilzeitpflege, Kurzzeitpflege, Betreuungsgruppen außer Haus und Betreuungshilfen im eigenen Wohnumfeld bekannt sind. Gut drei Viertel kennen Angebote der teilstationären Pflege (74 %), Kurzzeitpflege (89 %), Betreuungsangebote außer Haus (63 %) und Betreuungshilfen im eigenen Wohnbereich (71 %).

Im Weiteren wurde differenziert, ob die Befragten wissen, dass die Ausgaben für diese zusätzlichen Betreuungsleistungen auch als § 45b-Leistungen erstattet werden können. Knapp zwei Drittel der Angesprochenen ist über diese Finanzierungsmöglichkeit der Angebote informiert: Teilstationäre Pflege (62 %), Kurzzeitpflege (66 %), Betreuungsangebote außer Haus (59 %) und Betreuungshilfen (66 %) (Abbildung 73). Auch hier ist aber wieder ein Drittel der Befragten nicht gut informiert.

Abbildung 72: Bekanntheitsgrad der verschiedenen Angebote

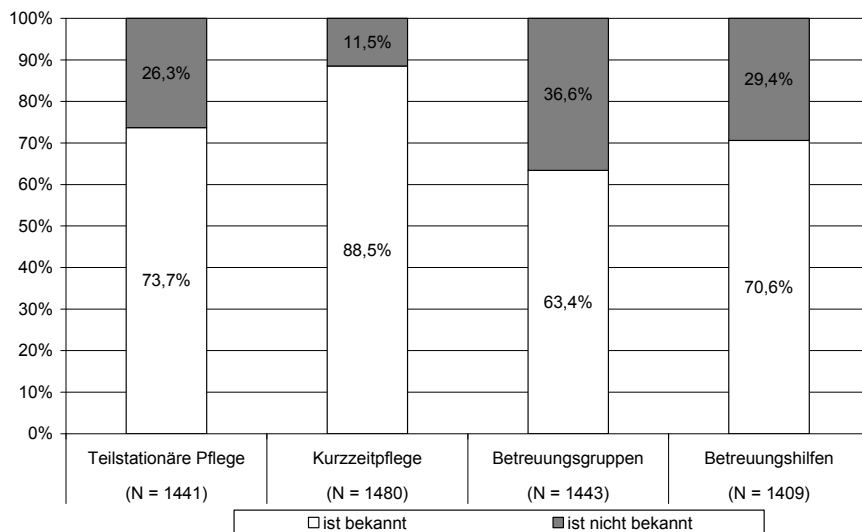


Abbildung 73: Bekanntheitsgrad der Angebote als § 45b-Leistung

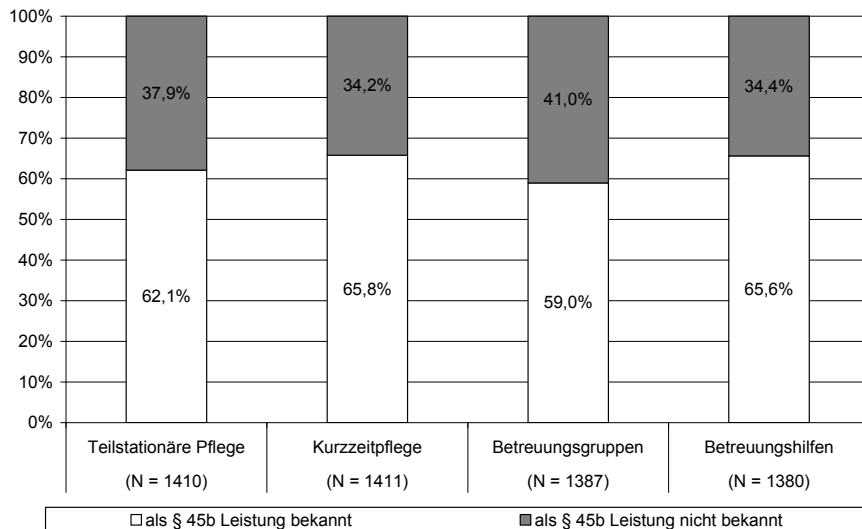
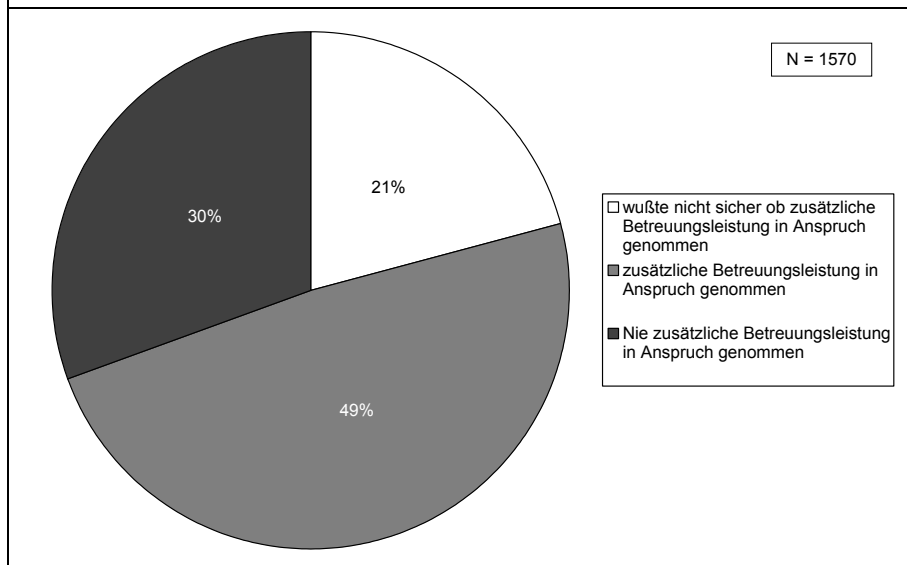


Abbildung 74: Grad der Inanspruchnahme von zusätzlichen Betreuungsleistungen

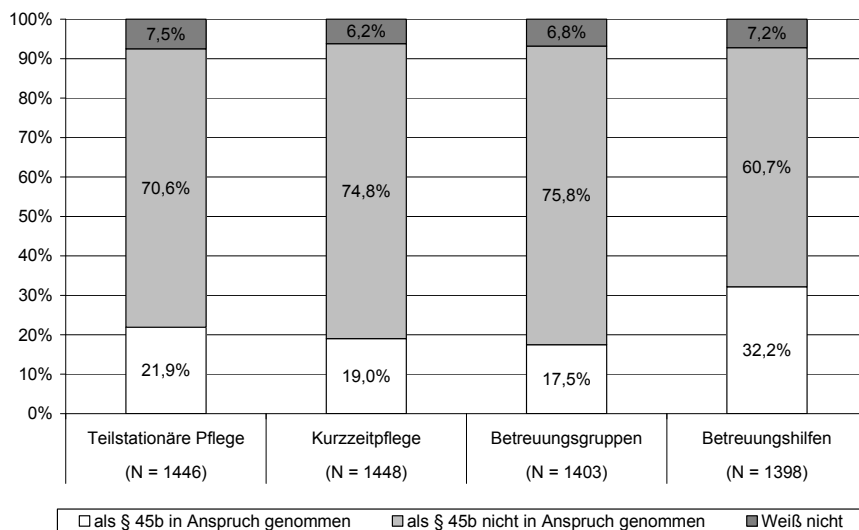


6.4.4.1.4 Inanspruchnahme der Angebote mit Mitteln der § 45b-Leistungen

Von den 1.955 hier betrachteten Anspruchsberechtigten, haben 1.570 Personen Angaben zur Inanspruchnahme zusätzlicher Betreuungsleistungen gemacht. Von diesen 1.570 Personen nehmen knapp 50 % zusätzliche Betreuungsleistungen in Anspruch und rund ein Drittel verzichtet – trotz Anspruchsberechtigung – auf die Leistung (Abbildung 74), während ein Fünftel der Studienteilnehmer wiederum nicht weiß, ob zusätzliche Betreuungsleistungen in Anspruch genommen wurden.

Inwieweit sich die Inanspruchnahme auf die einzelnen Angebote verteilt, wird in Abbildung 75 dargestellt: Angebote der teilstationären Pflege, Kurzzeitpflege oder Betreuungsgruppen außer Haus werden jeweils von rund 20 % der eingeschlossenen Studienteilnehmer in Anspruch genommen. Die Betreuungshilfen zu Hause werden nahezu von jedem Dritten (32,2%) als Unterstützungsleistung genutzt. Insgesamt ähnelt sich die Verteilung über die verschiedenen Angebote recht stark. Gut 60 % der Nutzer finanzieren mit Hilfe der § 45b-Leistungen nicht nur ein Angebot, sondern mehrere.

Abbildung 75: Grad der Inanspruchnahme zusätzlicher Betreuungsleistungen innerhalb der vier verschiedenen Leistungsangebote

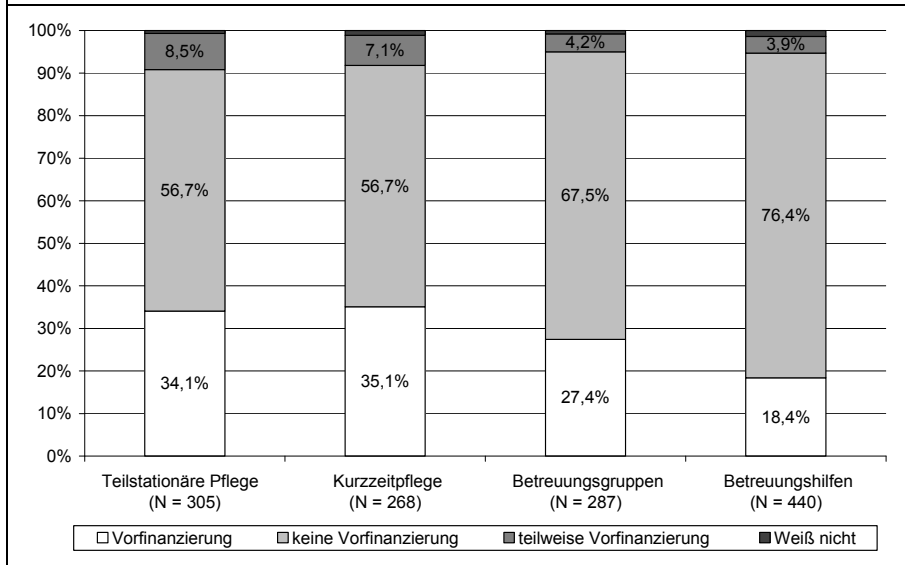


6.4.4.1.5 Vorfinanzierung der Leistung

§ 45b SGB XI sieht vor, dass die Pflegebedürftigen die in Anspruch genommenen Leistungen zunächst vorfinanzieren und ihnen die entstandenen Kosten dann im Rahmen des Leistungsanspruchs erstattet werden. Versicherte haben jedoch die Möglichkeit, stattdessen eine Abtretungserklärung zu unterzeichnen. Dann kann die zuständige Pflegekasse direkt mit dem Anbieter von zusätzlichen Betreuungsleistungen abrechnen und der Versicherte muss nicht in Vorleistung treten.

Von den Nutzern der Betreuungsleistung *teilstationärer Pflege* hat über die Hälfte von dieser Möglichkeit Gebrauch gemacht und die in Anspruch genommene Leistung so nicht vorfinanziert, 34 % sind in Vorleistung getreten und 8,5 % haben die Leistungen zum Teil vorfinanziert. Ähnlich verhält es sich bei Nutzern von *Kurzzeitpflege*: Bei fast 57 % der Inanspruchnehmer hat die Pflegeversicherung direkt mit dem Anbieter abgerechnet, während gut 35 % das Angebot erst einmal selbst finanziert haben. Nutzer von *Betreuungsgruppen außer Haus* haben die Kosten für die Betreuungsgruppen zu 27 % vorfinanziert, während bei über 65 % der Befragten

Abbildung 76: Anteil der Vorfinanzierung zusätzlicher Betreuungsleistungen



die Abrechnung direkt über Anbieter und Pflegekasse erfolgte. Bei Nutzern von *Betreuungshilfen* liegt die Höhe der direkten Abrechnung bei über 75 %, und weniger als 20 % sind in Vorkasse getreten. Bezogen auf alle vier Versorgungsmöglichkeiten ist festzuhalten, dass Leistungen überwiegend nicht vorfinanziert werden müssen. Die Mehrheit derer, die die Leistungen in Anspruch nehmen, sorgen also durch Unterzeichnung der Abtretungserklärung dafür, dass sie nicht mit den auftretenden Kosten der Inanspruchnahme belastet werden.

6.4.4.1.6 Nutzung niedrigschwelliger Betreuungsangebote

Niedrigschwellige Betreuungsangebote können von ambulanten Pflegediensten mit einem Versorgungsvertrag nach § 72 Abs. 2 SGB XI angeboten werden, ebenfalls können auch Dienste bzw. Einrichtungen ohne einen solchen Versorgungsvertrag – dazu gehören z. B. Dienstleistungszentren, Sozialdienste oder Nachbarschaftshilfen – niedrigschwellige Betreuungsangebote anbieten. Die Analysen zeigen, dass Betreuungsgruppen jeweils zu (etwa) gleichen Teilen bei Pflegediensten (56 %) und Anbietern ohne Versorgungsvertrag (45 %) in Anspruch genommen werden. Die Inanspruchnahme von Betreuungshilfen fällt wiederum vermehrt zu Gunsten von Pflegediensten aus: 37 % der Befragten, die Hilfen im eigenen Wohnbereich

nutzen, wählen Angebote von Anbietern ohne Versorgungsvertrag, während 65 % der Nutzer Angebote von Pflegediensten nutzen⁵¹. Die vermehrte Inanspruchnahme von Betreuungshilfen bei einem Pflegedienst könnte damit begründet werden, dass Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz und deren Angehörigen mit dem Pflegedienst schon eigene Erfahrungen gemacht haben und somit nicht noch weitere „fremde“ Personen in das häusliche Umfeld lassen möchten.

6.4.4.2 Bewertung der Angebotsstruktur zusätzlicher Betreuungsleistungen

Die Bewertung der vier Angebote (Teilstationäre Pflege, Kurzzeitpflege, Betreuungsgruppen außer Haus und Betreuungshilfen im eigenen Wohnbereich) erfolgt getrennt nach Angebot. Da zu erwarten ist, dass Nutzer einer Leistung diese anders bewerten als Nicht-Nutzer, erfolgt die Darstellung der Bewertungen jeweils danach differenziert, ob diese Leistung in Anspruch genommen wurde.

Die Angebote sollten von den befragten Pflegenden nach fünf Kriterien bewertet werden:

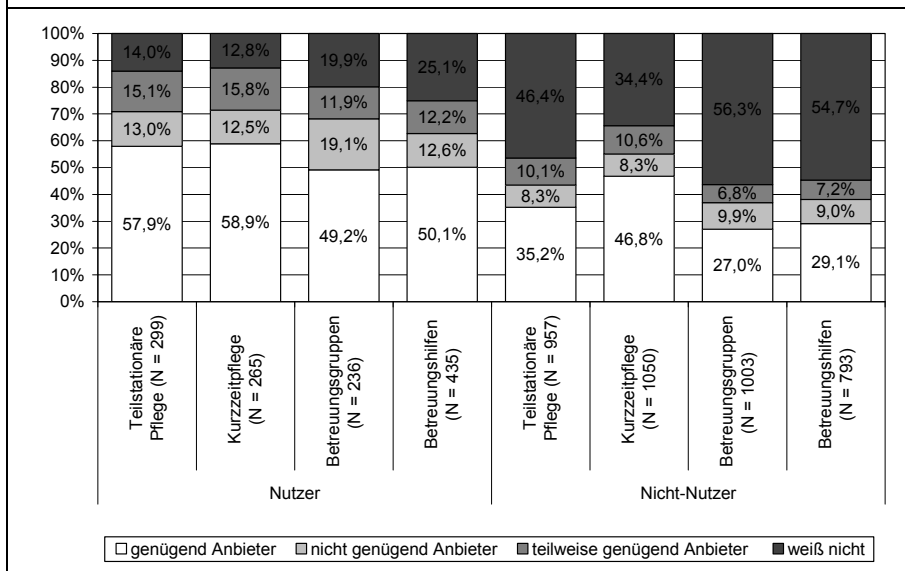
1. Bedarfsdeckung der Angeboten in der näheren Umgebung
2. Versorgungsqualität innerhalb des Angebots
3. Kosten der Leistungen
4. Entlastungsempfinden der Angehörigen durch das Angebot
5. Akzeptanz des Angebots durch die Pflegebedürftigen

6.4.4.2.1 Bedarfsdeckung der Angebote

Gut die Hälfte der Nutzer der teilstationären Pflege (57,9%) und der Kurzzeitpflege (58,9%), hält die Angebotsstruktur der Institutionen vor Ort für ausreichend, und auch niedrigschwellige Angebote (Betreuungsgruppen (49,2%) und Betreuungshilfen (50,1 %)) werden von knapp der Hälfte der Nutzer als ausreichend vorhanden beurteilt (Abbildung 77. Von denjenigen, die die jeweiligen Angebote *nicht* in Anspruch nehmen, wird das Versorgungsangebot weniger positiv bewertet: Bei

⁵¹ Die Frage nach dem Anbieter ist in jeder Kategorie (Betreuungsgruppe vs. Betreuungshilfen) durch zwei Fragen abgefragt worden, weshalb die Prozentzahlen summiert über 100% ergeben

Abbildung 77: Beurteilung der Versorgungsstruktur – Gibt es genügend Anbieter in der Nähe?

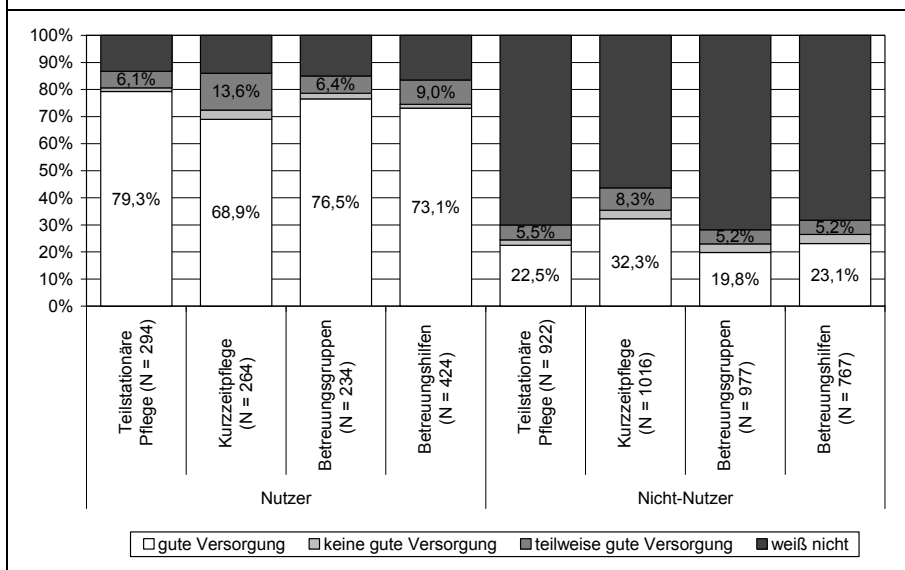


teilstationärer Pflege (34 %) sowie Betreuungsgruppen und Betreuungshilfen (jeweils knapp 30 %) erkennt nur noch jeweils ein Drittel ein ausreichendes Angebot. Bei der teilstationären Pflege und den niedrigschwelligen Angeboten kann allerdings jeder zweite Nichtnutzer und bei der Kurzzeitpflege kann jeder Dritte Nichtnutzer nicht beurteilen, ob ein ausreichendes Angebot bereitsteht (Antwort: „weiß nicht“). Diese Anteilswerte liegen deutlich über den entsprechenden Werten für die Nutzer der Angebote. Die Unsicherheit hinsichtlich der Angebotsstrukturen bzw. das subjektive Empfinden eines unzureichenden Angebots sind damit bei den Nicht-Nutzern deutlich ausgeprägter und sicherlich eine Determinanten für die Nicht-Nutzung der Leistungen nach § 45b SGB XI.

6.4.4.2.2 Versorgungsqualität

Eklatante Unterschiede zwischen Nutzern und Nicht-Nutzern zeigen sich auch bei der Bewertung der Qualität der hier betrachteten vier Leistungsangebote (Abbildung 78). Zwischen 70 % und 80 % der Nutzer bewerten die Qualität der Versorgungsangebote positiv und nur höchstens 3 % als negativ. Hierbei ist allerdings zu bedenken, dass Zufriedenheitsbefragungen immer zu positiven Bewertungen

Abbildung 78: Beurteilung der Versorgungsqualität – Werden Angehörige gut betreut?

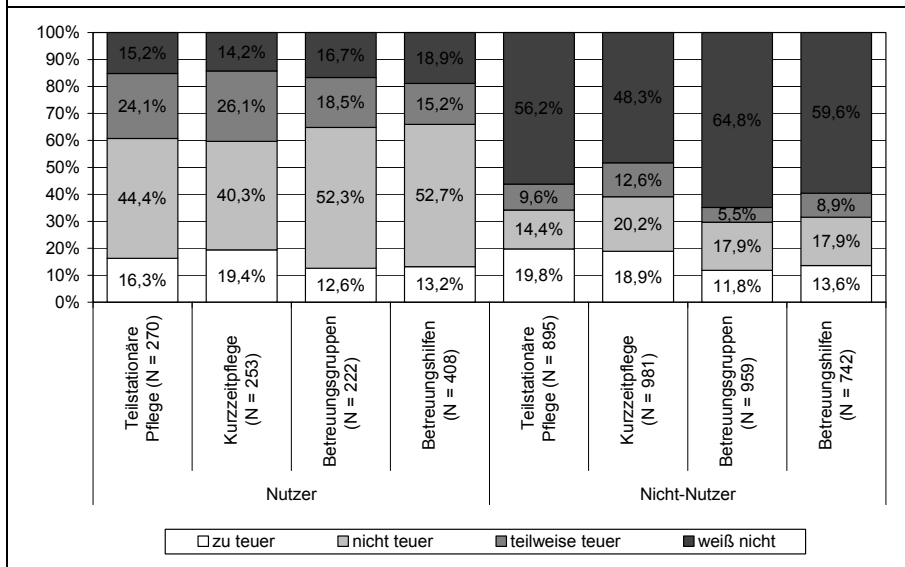


gen tendieren. Vor diesem Hintergrund sind die angegebenen Zufriedenheitsraten nicht außergewöhnlich hoch⁵².

Bei den Nicht-Nutzern ist das Verhältnis von guter und schlechter Bewertung nicht mehr ganz so eindeutig. Allerdings vermögen mehr als 56 % (Kurzzeitpflege) bzw. sogar mehr als 70 % (teilstationäre Pflege, niedrigschwellige Angebote) der Nicht-Nutzer die Qualität dieser Leistungen nicht zu bewerten. Dies ist zum einen Ausdruck dessen, dass derartige Leistungen Erfahrungsgüter sind, deren Qualität erst nach der Nutzung beurteilt werden kann. Zum anderen weist es aber auch darauf hin, dass die Nicht-Nutzer nicht von der guten Qualität dieser Leistungen überzeugt sind. Das darin zum Ausdruck kommende fehlende Vertrauen in die Qualität dieser Leistungen könnte ein Grund für die Nicht-Inanspruchnahme sein.

⁵² Raleigh et al (2004: 24) messen beispielsweise bei Krankenhauspatienten Zufriedenheitsraten bei verschiedenen Merkmalen, die jeweils im Bereich von 60%–85 % liegen

Abbildung 79: Beurteilung der Preise – Ist das Angebot zu teuer?

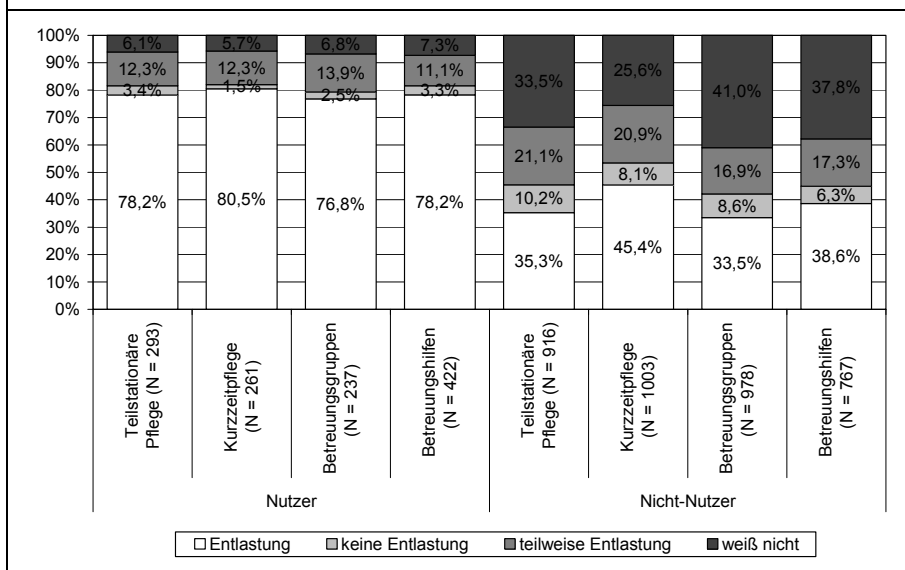


6.4.4.2.3 Preise

Ein weiteres Bewertungskriterium sind die Preise der einzelnen Angebote. In der Diskussion über zusätzliche Betreuungsleistungen ist deren Finanzierbarkeit immer wieder kritisch thematisiert worden – insbesondere vor Anhebung der Leistsätze im PfwG (vgl. Rothgang & Preuss 2009).

Wie Abbildung 79 zeigt, sind – je nach Leistungsart – 12-20% der Nutzer der Ansicht, dass diese Leistungen zu teuer sind. Weitere 15-26% halten diese Leistungen teilweise für zu teuer, während 40-53% die Preise nicht für zu hoch halten. Selbst für eine größere Gruppe der Nutzer sind die Preise damit zumindest teilweise kritisch. Bei den Nicht-Nutzern verschiebt sich nun das Verhältnis in den Einschätzungen erkennbar. Bei teilstationärer Pflege und Kurzzeitpflege ist der Anteil derer, die die Leistungen für zu teuer halten größer als der Anteil derjenigen, die dies nicht finden, und auch bei den niedragschwelligen Angeboten ist der Anteil der Befragten, die das Angebot für zu teuer halten fast so groß wie der Anteil der Befragten, die dieser Einschätzung widersprechen (12% zu 18% bei Betreuungsgruppen und 14% zu 18% bei Betreuungshilfen). Auffällig ist weiterhin wiederum der

Abbildung 80: Beurteilung der Entlastung – Werden Angehörige durch die Angebote entlastet?

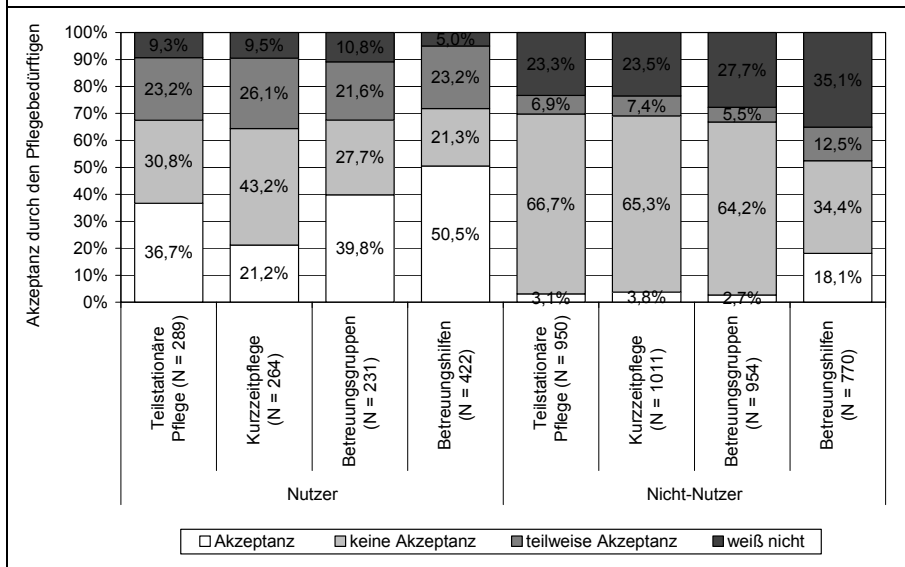


hohe Anteil der Nicht-Nutzer, die die Frage nach der Angemessenheit der Entgelte nicht beantworten können. Dies könnte Ausdruck des fehlenden Interesses an diesen Leistungen sein oder wiederum die Unsicherheit über die Nützlichkeit der Leistungen zum Ausdruck bringen, die bewertet werden muss, wenn die Angemessenheit der Preise beurteilt werden soll.

6.4.4.2.4 Entlastung

Werden die zusätzlichen Betreuungsleistungen in Anspruch genommen, werden sie durchgängig von rund 80 % der Nutzer dieser Leistung als entlastend empfunden (Abbildung 80). Der Anteil der Nutzer, die keine Entlastung empfinden, ist sehr klein (maximal 4 %), allerdings empfindet gut ein Zehntel der Nutzer nur teilweise Entlastung. Auch wenn berücksichtigt werden muss, dass Befragte zur Vermeidung kognitiver Dissonanzen dazu neigen, die erlebte Nutzung von Angeboten positiv zu bewerten, deuten die hohen Zustimmungsraten ebenso wie die geringe Quote derer, die sich kein Urteil erlauben, darauf hin, dass die Angebote die pflegenden Angehörigen merklich entlasten – wenn sie in Anspruch genommen werden.

Abbildung 81: Beurteilung der Akzeptanz – Akzeptieren/Mögen PEAs das Angebot?



Bei den Nicht-Nutzern zeigt sich ein ganz anderes Bild: Weniger als die Hälfte dieser Befragten glauben, dass die hier betrachteten Angebote die Angehörigen tatsächlich entlasten. Der Anteil derer, die sich keine Meinung bilden ist in dieser Frage zudem deutlich kleiner als bei den zuvor behandelten Fragen. Die Skepsis der Nicht-Nutzer kann Ergebnis negativer Vorerfahrung sein, die selbst gemacht wurden oder über die andere berichtet haben. Ebenso ist es aber möglich, dass sie nicht auf Erfahrung, sondern nur auf Erwartungen begründet ist, die durch einen Praxistest widerlegt werden könnten. In diesem Sinne wäre zu bedenken, ob etwa kostenfreie „Schnupperangebote“ hier einen Durchbruch erzielen könnten.

6.4.4.2.5 Akzeptanz

Ein wichtiges Kriterium für die Inanspruchnahme ist schließlich die Akzeptanz der Angebote seitens der Pflegebedürftigen. In der Befragung wurden die Pflegepersonen daher gefragt, wie sie die Akzeptanz der betroffenen Person mit eingeschränkter Alltagskompetenz einschätzen. Auffällig ist dabei zunächst, dass selbst bei den Nutzern in mindestens einem Fünftel aller Fälle eine fehlende Akzeptanz konstatiert wird (Abbildung 81). Für eine mindestens ähnlich große Gruppe wird

nur teilweise Akzeptanz unterstellt, und nur bei den Betreuungshilfen wird für mehr als 50 % Akzeptanz behauptet.

Ein noch größeres Akzeptanzproblem besteht bei den Nicht-Nutzern. Bei diesen wird in rund 2/3 der Fälle für Kurzzeitpflege, teilstationäre Pflege und Betreuungsgruppen keine Akzeptanz festgestellt. Lediglich bei den Betreuungshilfen wird die 20%-Marke in Bezug auf die Akzeptanz annähernd erreicht.

Damit zeigt sich ein weiteres Kernproblem der zusätzlichen Betreuungsangebote: Auch wenn sie eine Entlastung für die pflegenden Angehörigen versprechen, sind sie bei den Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz nicht uneingeschränkt beliebt. Insbesondere bei den Nicht-Nutzern fehlt die Zustimmung zu den Angeboten.

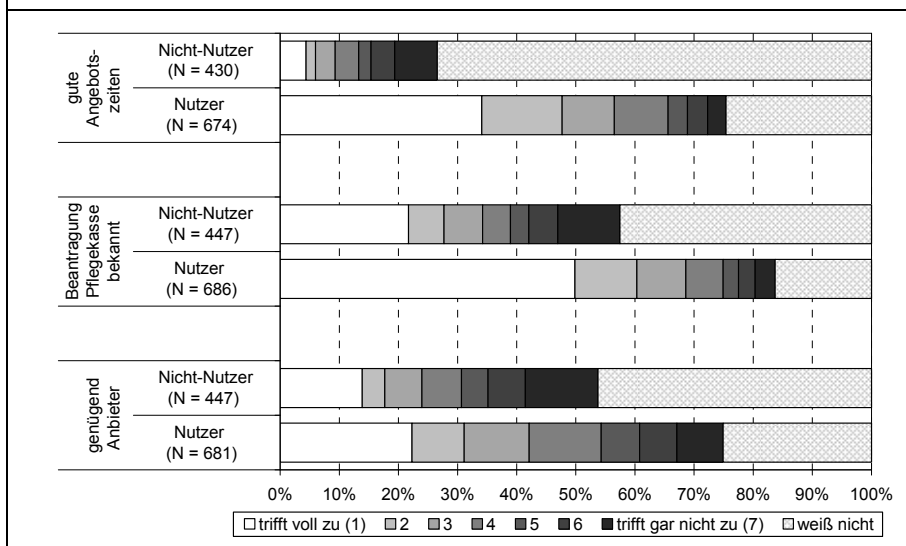
6.4.4.2.6 Gesamtbewertung zusätzlicher Betreuungsleistungen

Neben einer Beurteilung der einzelnen Leistungsangebote, wurden auch einige Fragen zur generellen Beurteilung der Ausgestaltung zusätzlicher Betreuungsleistungen gestellt. Innerhalb der allgemeinen Bewertung konnten die Befragten auf einer Sieben-Punkte-Skala von „trifft voll zu“ bis „trifft gar nicht zu“ antworten.

Für die Gesamtbewertung sind alle Befragten berücksichtigt worden, die einen Anspruch auf zusätzliche Betreuungsleistungen haben und Angaben innerhalb des Fragenblocks „zusätzliche Betreuungsleistungen“ gemacht haben (N=1570). 2/3 der Befragten, die keines der vier Leistungsangebote in Anspruch genommen haben, haben in der allgemeinen Beurteilung überwiegend mit „weiß nicht“ geantwortet. Aus diesem Grund wird primär auf die Antworten der Nutzer zusätzlicher Betreuungsleistungen eingegangen.

In Abbildung 82 werden die Ergebnisse zur Angebotsstruktur, zum Antragsverfahren zusätzlicher Betreuungsleistungen und die Beurteilung der Angebotszeiten dargestellt. Hinsichtlich der *Angebotsstruktur* ist vor allem bei den Nutzern ein größeres Maß an Unsicherheit zu erkennen, dass sich in der Antwortkategorie „weiß nicht“ niederschlägt, als bei der Frage nach den konkreten Leistungen in Abbildung 77. Werden die ersten drei Antwortkategorien als Zustimmung zusammengefasst, zeigt sich zudem eine etwas geringere Zustimmungsrate zur Frage nach einer ausreichenden Angebotsstruktur. Dies könnte dahin gehend interpretiert

Abbildung 82: Gesamtbeurteilung – Anbieterzahl, Beantragungsweg, Angebotszeiten

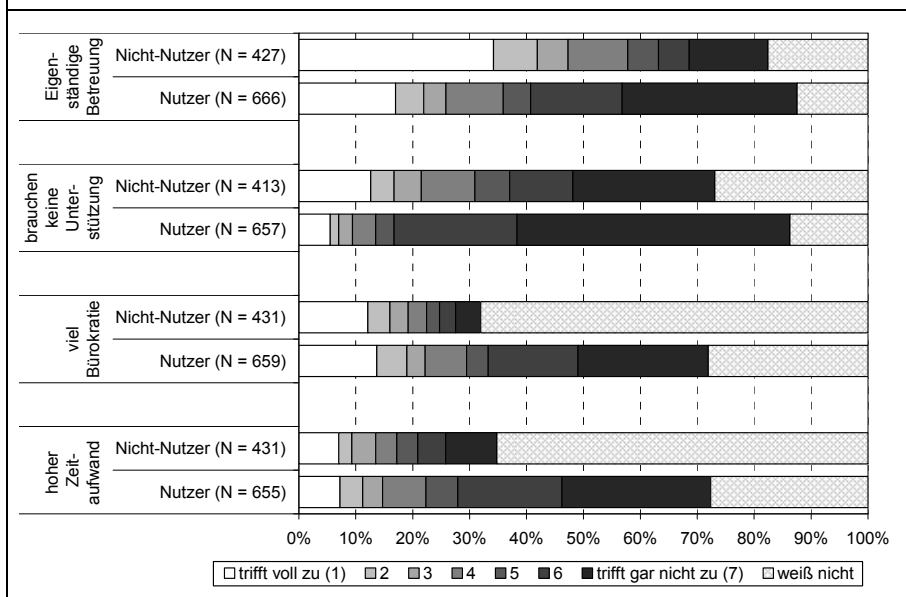


werden, dass ein latentes Bedürfnis nach Angeboten vorhanden ist, die in Abschnitt 6.4.4.2.1 nicht genannt sind.

Mit dem *Antragsverfahren* von Betreuungsleistungen bei der Pflegekasse sind die Nutzer überwiegend gut vertraut – auch wenn immerhin 16 % angeben, diese Frage nicht beurteilen zu können. In der Gruppe der Nicht-Nutzer liegt der Anteil derer, die es „nicht wissen“, bei 42,5 % und weitere 10,5 % geben an, mit dem Antragsverfahren gar nicht vertraut zu sein (trifft gar nicht zu). Unkenntnis über den Beantragungsweg ist daher womöglich ein Grund für eine unterlassene Antragstellung.

Für eine mögliche Entlastung der Angehörigen, aber auch zum Wohlempfinden der PEA ist es wichtig, dass die *Betreuungszeiten* der Angebote in den eigenen Alltag integriert werden können. Ein Drittel der Leistungsempfänger gibt an, dass die Betreuungszeiten der verschiedenen Angebote sehr gut in den eigenen Tagesplan passen. Werden die ersten drei Antwortkategorien zusammengezogen, wird die zeitliche Integration der externen Betreuungszeiten in den eigenen Arbeitsalltag von mehr als der Hälfte der Nutzer positiv bewertet. Ein Viertel der befragten Nutzer kann dies nicht beurteilen, bei rund 10 % der Nutzer fällt die Bewertung negativ

Abbildung 83: Gesamtbeurteilung – Zeitaufwand, Bürokratie, Unterstützung, Betreuung



aus. Drei Viertel der Nicht-Nutzer können diese Frage – insbesondere wohl mangels eigener Erfahrung – nicht beantworten.

Inwieweit der *zeitliche Organisationsaufwand* von Betreuungsleistungen zu hoch ist, wurde ebenfalls erfragt (Abbildung 83). Für knapp die Hälfte der Nutzer ist der zeitliche Aufwand adäquat (Antwortkategorien 5, 6, 7), und nur knapp 15% der Nutzer empfinden ihn als hoch (Werte 1, 2 und 3). Ein Grund für einen hohen zeitlichen Aufwand, könnte eine *bürokratische Abrechnung* sein. Diesbezüglich geben knapp 23% der Nutzer von Betreuungsleistungen an, dass es zu viel Bürokratie mit der Abrechnung gibt (Wert 1, 2 und 3). Mehr als 40% der Nutzer sehen keinen erhöhten bürokratischen Aufwand, darunter 23%, die gar keinen erhöhten bürokratischen Aufwand (Wert 7 = trifft gar nicht zu) erkennen.

Inwieweit die Befragten bei der Betreuung *Unterstützung* wünschen, wurde ebenfalls thematisiert. Rund drei Viertel der Nutzer von Betreuungsleistungen begrüßen eine Unterstützung bei der Betreuung (Werte 5, 6, 7), und mehr als 40% der Nicht-Nutzer von Betreuungsleistungen braucht ebenfalls Hilfe bei der Betreuung (Werte 5, 6, 7). Jedoch geben 9% der Nutzer und 22% der Nicht-Nutzer an, keine Hilfe zu

benötigen (Wert 1, 2, 3). Der wahrgenommene Unterschied zwischen Nutzern und Nicht-Nutzern in der Notwendigkeit von Unterstützung zeigt sich auch bei der Frage nach der Eigenständigkeit der Betreuung. Hier gibt fast die Hälfte (47 %) der Nicht-Nutzer an, dass Sie die Betreuung lieber eigenständig übernehmen (Wert 1, 2, 3). In der Gruppe der Nutzer ist dieser Anteil nur gut halb so groß (26 %).

Abschließend wurde die zukünftige Inanspruchnahme von zusätzlichen Betreuungsleistungen erfragt. 85 % der Nutzer von zusätzlichen Betreuungsleistungen möchte diese auch in den nächsten 12 Monaten weiterhin in Anspruch nehmen. Dies weist darauf hin, dass die zusätzlichen Betreuungsleistungen insgesamt von einer großen Mehrheit der Nutzer als positiv wahrgenommen werden, eine Minderheit gleichzeitig aber doch einen zu geringen Nutzen in der Nutzung dieser Leistungen sieht, um sie auch in Zukunft in Anspruch zu nehmen.

Aber auch in der Gruppe der Nicht-Nutzer von zusätzlichen Betreuungsleistungen möchte über die Hälfte der Befragten (56 %) diese Leistung in den nächsten 12 Monaten in Anspruch nehmen. Dies zeigt, dass die Gruppe der Nicht-Nutzer letztlich in zwei Teilgruppen zerfällt: Diejenigen, die aus Überzeugung keine zusätzlichen Betreuungsleistungen in Anspruch nehmen und diejenigen, die insbesondere durch Beseitigung der vielfältigen Unsicherheiten zu potentiellen Nutzern werden könnten.

6.4.4.3 Zusammenfassung der Inanspruchnahme und Bewertung zusätzlicher Betreuungsleistungen

Insgesamt hat die Befragung zur Inanspruchnahme und Bewertung zusätzlicher Betreuungsleistungen gezeigt, dass sich nur knapp die Hälfte der Anspruchsberechtigten ihres Anspruchs bewusst ist. Ein größerer Anteil der Anspruchsberechtigten hat von diesem Anspruch keine (sichere) *Kenntnis*. Die verschiedenen zusätzlichen Betreuungsleistungen sind unter den Anspruchsberechtigten überwiegend bekannt. Gut drei Viertel kennen Angebote der teilstationären Pflege (74 %), Kurzzeitpflege (89 %), Betreuungsangebote außer Haus (63 %) und Betreuungshilfen im eigenen Wohnbereich (71 %). Ebenso wissen knapp zwei Drittel der Befragten, dass die Ausgaben für diese zusätzlichen Betreuungsleistungen auch als § 45b-Leistungen erstattet werden können: Teilstationäre Pflege (62 %), Kurzzeitpflege (66 %), Betreuungsangebote außer Haus (59 %) und Betreuungshilfen (66 %). Ein Drittel der Befragten ist jedoch nicht gut informiert.

Angesichts der mangelnden Kenntnis über den eigenen Anspruch, verwundert es nicht, dass nur knapp die Hälfte der Anspruchsberechtigten zusätzliche Betreuungsleistungen *in Anspruch nehmen* und rund ein Drittel – trotz Anspruchsberechtigung – auf die Leistung verzichtet, während ein Fünftel der Studienteilnehmer wiederum nicht weiß, ob zusätzliche Betreuungsleistungen in Anspruch genommen wurden. Die Angebote der teilstationären Pflege, Kurzzeitpflege oder Betreuungsgruppen außer Haus werden dabei jeweils von rund einem Fünftel der Studienteilnehmer in Anspruch genommen, die Betreuungshilfen zu Hause werden nahezu von jedem Dritten (32 %) als Unterstützungsleistung genutzt. Darüber hinaus finanzieren gut 60 % der Nutzer mit Hilfe der § 45b-Leistungen nicht nur ein Angebot, sondern mehrere.

Bezüglich der *Finanzierung* der zusätzlichen Betreuungsleistungen ist zu beobachten, dass über die Hälfte der Befragten von der Möglichkeit gebrauch macht, dass die zuständige Pflegekasse direkt mit dem Anbieter von zusätzlichen Betreuungsleistungen abrechnet und der Versicherte dafür nicht in Vorleistung treten muss. Die Mehrheit derer, die die Leistungen in Anspruch nehmen, sorgt damit dafür, dass sie nicht mit den auftretenden Kosten der Inanspruchnahme belastet werden.

Die niedrigschwelligen Betreuungsangebote können von ambulanten Pflegediensten mit Versorgungsvertrag nach § 72 Abs. 2 SGB XI und Diensten bzw. Einrichtungen ohne einen solchen Versorgungsvertrag, wie z.B. Dienstleistungszentren, Sozialdienste oder Nachbarschaftshilfen etc., angeboten werden. Sowohl die Betreuungsgruppen als auch die Betreuungshilfen werden jeweils zu (etwa) gleichen Teilen bei Pflegediensten und Anbietern ohne Versorgungsvertrag in Anspruch genommen.

Bei der *Bewertung* der einzelnen Leistungsangebote ist zu beobachten, dass gut die Hälfte der Nutzer der teilstationären Pflege (57,9 %) und der Kurzzeitpflege (58,9 %), die Angebotsstruktur der Institutionen vor Ort für ausreichend hält, wobei auch die niedrigschwelligen Angebote (Betreuungsgruppen (49,2 %) und Betreuungshilfen (50,1 %)) von knapp der Hälfte der Nutzer als ausreichend vorhanden beurteilt werden. Dabei zeigt sich eine etwas geringere Zustimmungsrate zur Angebotsstruktur insgesamt. Dies könnte dahin gehend interpretiert werden, dass ein latentes Bedürfnis nach Angeboten vorhanden ist, die nicht einzeln genannt wurden. Von denjenigen, die die jeweiligen Angebote *nicht* in Anspruch nehmen, wird

das Versorgungsangebot weniger positiv bewertet: Bei teilstationärer Pflege (34 %) sowie Betreuungsgruppen und Betreuungshilfen (jeweils knapp 30 %) erkennt nur noch jeweils ein Drittel ein ausreichendes Angebot. Eklatante Unterschiede zwischen Nutzern und Nicht-Nutzern zeigen sich auch bei der Bewertung der Qualität der hier betrachteten vier Leistungsangebote. Zwischen 70 % und 80 % der Nutzer bewerten die Qualität der Versorgungsangebote positiv und nur höchstens 3 % als negativ. Bei den Nicht-Nutzern ist das Verhältnis von guter und schlechter Bewertung nicht mehr ganz so eindeutig. Allerdings vermögen mehr als die 56 % (Kurzzeitpflege) bzw. sogar mehr als 70 % (teilstationäre Pflege, niedrigschwellige Angebote) der Nicht-Nutzer die Qualität dieser Leistungen nicht zu bewerten.

Ein weiteres Bewertungskriterium sind die *Preise* der einzelnen Angebote. Es zeigt sich – je nach Leistungsart – dass 12-20 % der Nutzer die Leistungen als zu teuer empfinden. Weitere 15-25 % halten diese Leistungen teilweise für zu teuer, während 40-50 % die Preise nicht für zu hoch halten. Selbst für eine größere Gruppe der Nutzer sind die Preise damit zumindest teilweise kritisch.

Der überwiegende Teil der Nutzer sieht zusätzliche Betreuungsleistungen als *entlastend* an (80 %). Jedoch fühlt sich ein Zehntel der Nutzer nur teilweise entlastet. Der Anteil der Nutzer, die keine Entlastung empfinden, ist sehr klein (maximal 4 %). Bei den Nicht-Nutzern zeigt sich ein ganz anderes Bild: Weniger als die Hälfte dieser Befragten glauben, dass die hier betrachteten Angebote die Angehörigen tatsächlich entlasten.

Bei den Nutzern wird in mindestens einem Fünftel aller Fälle eine fehlende *Akzeptanz* durch den Pflegebedürftigen konstatiert. Für eine mindestens ähnlich große Gruppe wird nur teilweise Akzeptanz unterstellt. Nur bei den Betreuungshilfen akzeptieren mehr als die Hälfte die Leistung. Ein noch größeres Akzeptanzproblem besteht bei den Nicht-Nutzern. Bei diesen wird in rund 2/3 der Fälle für Kurzzeitpflege, teilstationäre Pflege und Betreuungsgruppen keine Akzeptanz festgestellt.

Mit dem *Antragsverfahren* von Betreuungsleistungen bei der Pflegekasse sind die Nutzer überwiegend gut vertraut – auch wenn immerhin 16 % angeben, diese Frage nicht beurteilen zu können. In der Gruppe der Nicht-Nutzer liegt der Anteil derer, die es „nicht wissen“, bei 42,5 % und weitere 10,5 % geben an, mit dem Antragsverfahren gar nicht vertraut zu sein. Die Unkenntnis über den Beantragungsweg ist daher womöglich ein weiterer Grund für eine unterlassene Antragstellung.

Für eine mögliche Entlastung der Angehörigen, aber auch zum Wohlempfinden der PEA ist es wichtig, dass die *Betreuungszeiten* der Angebote in den eigenen Alltag integriert werden können. Ein Drittel der Leistungsempfänger gibt an, dass die Betreuungszeiten der verschiedenen Angebote sehr gut in den eigenen Tagesplan passen.

Zwar finden nur 15 % der Nutzer den *zeitlichen Organisationsaufwand* von Betreuungsleistungen als zu hoch. Ein Grund hierfür könnte die *bürokratische Abrechnung* sein. Hier geben knapp 23 % der Nutzer von Betreuungsleistungen an, dass es zu viel Bürokratie mit der Abrechnung gibt.

Insgesamt wünschen sich rund drei Viertel der Nutzer und über 40 % der Nicht-Nutzer von Betreuungsleistungen eine *Unterstützung* bei der Betreuung. Jedoch geben 9 % der Nutzer und 22 % der Nicht-Nutzer an, keine Hilfe zu benötigen. Der wahrgenommene Unterschied zwischen Nutzern und Nicht-Nutzern in der Notwendigkeit von Unterstützung zeigt sich auch bei der Frage nach der Eigenständigkeit der Betreuung. Hier gibt fast die Hälfte (47 %) der Nicht-Nutzer an, dass Sie die Betreuung lieber eigenständig übernehmen, während in der Gruppe der Nutzer dieser Anteil nur gut halb so groß ist (26 %).

Abschließend wurde die zukünftige Inanspruchnahme von zusätzlichen Betreuungsleistungen erfragt. 85 % der Nutzer von zusätzlichen Betreuungsleistungen möchte diese auch in den nächsten 12 Monaten weiterhin in Anspruch nehmen. Dies weist darauf hin, dass die zusätzlichen Betreuungsleistungen insgesamt von einer großen Mehrheit der Nutzer als positiv wahrgenommen werden. Aber auch in der Gruppe der Nicht-Nutzer von zusätzlichen Betreuungsleistungen möchte über die Hälfte der Befragten diese Leistung in den nächsten 12 Monaten in Anspruch nehmen. Dies zeigt, dass die Gruppe der Nicht-Nutzer letztlich in zwei Teilgruppen zerfällt: Diejenigen, die aus Überzeugung keine zusätzlichen Betreuungsleistungen in Anspruch nehmen und diejenigen, die insbesondere durch Beseitigung der vielfältigen Unsicherheiten zu potentiellen Nutzern werden könnten.

6.4.5 Was die Befragten sonst noch zu sagen hatten

Die Teilnehmer der Befragung zu Pflege- und Betreuungsleistungen konnten in einem Freitext persönliche Ideen, Gedanken und Anregungen, insbesondere in Zusammenhang mit den zusätzlichen Betreuungsleistungen nach § 45b SGB XI, mitteilen. Von den eingegangenen 2.768 Fragebögen enthielten 994 Fragebögen

entsprechende Ausführungen. In einer qualitativen Textanalyse wurden die von den Befragten am häufigsten genannten Aspekte herausgearbeitet. Es ergaben sich folgende Kategorien, auf die nachstehend jeweils eingegangen wird:

1. Physische und psychische Belastungen in der Pflegesituation aus Sicht der Pflegenden.
2. Der Informierungsgrad der Befragten über zur Verfügung stehende Leistungen im Allgemeinen sowie die zusätzlichen Betreuungsleistungen im Besonderen.
3. Die Bewertung der zusätzlichen Betreuungsleistungen nach § 45b SGB XI.
4. Die Einstellung der Befragten zur Beurteilung und Einstufung der Pflegestufe durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK).
5. Die Zufriedenheit der Befragten mit der Betreuung durch die Pflegekasse.

Mit dem Ziel, die zentralen Aussagen der Befragten zu erfassen, wurden alle Angaben entsprechend den oben aufgelisteten Dimensionen zu „typischen“ Aussagen zusammengefasst. Ein derartiges Vorgehen erlaubt eine deutliche Reduzierung der Datenmenge und stellt gleichzeitig die häufigsten Ansichten und Erfahrungen der Befragten dar. Nachteilig an diesem Verfahren ist die Tatsache, dass individuelle Belange nur sehr bedingt berücksichtigt werden können, da eine Verallgemeinerung der Aussagen gleichzeitig eine grobe und mitunter undifferenzierte Betrachtungsweise der Themen darstellt (Kuckartz 2007), welche dem individuellen Fall möglicherweise nicht gerecht wird. Extreme und seltene Fälle werden bei diesem Verfahren nicht berücksichtigt.

Textpassagen, welche entweder eine gute Formulierung eines häufig genannten Sachverhalts oder aber eine anderweitige thematisch relevante Anregung beinhalten, werden in Zitat-Form in die Analyse eingebracht. Die zitierten Stellen entsprechen in der Regel dem unveränderten Wortlaut der Befragten. Die zitierten Personen werden im Text anhand ihrer durch die Reihenfolge der Dateneingabe bedingte Fragebogen-Nummer identifiziert, die jeweils in Klammern angegeben wird.

6.4.5.1 Physische und psychische Belastungen in der Pflegesituation aus Sicht der Pflegenden

Die Pflegenden stehen mit der Pflege zuhause häufig vor einer schwierigen Situation. Insbesondere zu Beginn der Pflege scheint es schwer, die Situation ohne fremde Hilfe zu bewältigen (vgl. auch Abschnitt 6.4.5.2), da Erfahrungen und

Kontakte in Zusammenhang mit der Pflege Tätigkeit fehlen. Da es sich bei der pflegebedürftigen Person in der Regel um eine verwandte oder nahe stehende Person handelt, ist es für die Betroffenen jedoch meist selbstverständlich, die Pflege zu übernehmen. Darüber hinaus wird die häusliche Pflege häufig als „die beste“ (387) Art der Pflege angesehen, da die bekannte Umwelt und vertraute Bezugspersonen für die Pflegebedürftigen erhalten bleiben. Auch finanzielle Erwägungen hinsichtlich einer Heimunterbringung sowie die als defizitär eingeschätzten Umstände in den Heimen können Gründe für eine Pflege im häuslichen Umfeld sein.

Ganztägige Betreuung der pflegebedürftigen Person, gestörte Nachtruhe, die Notwendigkeit der dauerhaften physischen und kognitiven Präsenz sowie die empfundene Verantwortung der pflegebedürftigen Person gegenüber sind häufig genannte Faktoren, welche die Pflegenden vor allem psychisch belasten. Insbesondere bei pflegebedürftigen Personen, deren Mobilität eingeschränkt ist, kommt für die pflegenden Personen eine hohe physische Belastung hinzu. Häufig haben die pflegenden Personen zusätzlich mit eigenen körperlichen Erkrankungen zu kämpfen. Darüber hinaus sind auch berufliche und damit einhergehende finanzielle Einschränkungen nicht selten. Bisweilen müssen in beiden Dimensionen Kompromisse eingegangen werden, wodurch den Betroffenen zwar mehr Zeit für die Pflege bleibt, die Gestaltung ihrer Lebenssituation jedoch zusätzlich erschwert wird.

Manche pflegenden Personen überschätzen ihre eigenen physischen und psychischen Fähigkeiten und bemühen sich zu spät um Hilfe von außerhalb: „Die Früherkennung der eigenen Grenzen ist sehr schwer, wenn der Anspruch da ist, es immer und unbegrenzt zu schaffen.“ (354); „Man denkt, es geht alles allein. Dabei geht wertvolle Kraft verloren.“ (391).

Die am häufigsten genannten Einschränkungen in Bezug auf das Fortführen der Pflege im eigenen Haus betreffen folglich die eigene Gesundheit sowie den sozialen Rückhalt durch Familie oder Freunde: „So eine Aufgabe kann sowieso nur von einer gesamten Familie geschafft werden.“ (59). Die pflegebedingte soziale Isolation würde es jedoch mitunter schwierig machen, derartigen Rückhalt zu erfahren: „Freunde und gute Bekannte haben sich bereits zurückgezogen“ (2574), unter anderem deshalb, „[...] weil sie mit dem Krankheitsbild [...] nicht umgehen können“ (150). Entsprechend fehle Zuspruch und Anerkennung der Pflege Tätigkeit im Umfeld der Pflegeperson, aber auch gesamtgesellschaftlich.

Neben den konkreten Anforderungen formulieren einige Pflegende allerdings auch Ansatzpunkte zu Möglichkeiten der Unterstützung: Anlaufstellen wie Selbsthilfegruppen, in denen „ein regelmäßiger Austausch mit gleichermaßen Betroffenen“ (708) möglich ist, bieten sowohl psychische als auch informative Unterstützung für die Pflegenden und werden als dementsprechend entlastend empfunden.

6.4.5.2 Der Informierungsgrad der Befragten über zur Verfügung stehende Pflegeleistungen sowie die zusätzlichen Betreuungsleistungen

Viele befragte Personen empfinden die Aufklärung und Beratung hinsichtlich des Spektrums an allgemeinen Pflegeleistungen von Seiten der Kranken- und Pflegekasse, aber auch seitens der Ärzte, Krankenhäuser, Pflegedienste und des MDK als unzureichend. Sowohl über Krankheitsbilder als auch über verfügbare Leistungen, Ansprüche und Rechte müsse besser und verständlicher informiert werden. Insbesondere zu Beginn der Pflegetätigkeit können viele Pflegende mit den zur Verfügung gestellten Informationen wenig anfangen. Bis ein Überblick über die Leistungen erreicht sei, wäre es „ein weiter Weg“ (967). Häufig würden alle Informationen selbstständig eingeholt, etwa über das Internet, die Massenmedien oder Drittpersonen. Die aktive Informationsleistung der jeweiligen Organisationen müsse größer werden: „Ich bekomme nur Antworten auf Fragen, die ich stelle, keine Ratschläge oder zusätzliche Informationen“ (664).

Neben der Forderung nach basalen Informationen über die Existenz verfügbarer Leistungen stehen Fragen wie: „Welche Leistungen werden finanziert?“, „Wer bietet solche Leistungen an?“ und „Wie erfolgt die Beantragung?“ (2005) im Mittelpunkt des Interesses der Befragten. Entsprechende Informationen sollten weniger standardisiert, sondern über individuelle Beratung verfügbar sein. Einige Befragte äußern in diesem Zusammenhang zudem den Wunsch nach einer zentralen, kompetenten und unabhängigen Anlaufstelle.

Die zusätzlichen Betreuungsleistungen nach § 45b SGB XI sind einem Großteil der Befragten bekannt. Die hierfür herangezogenen Informationsquellen sind vielfältig und reichen von der Krankenkasse über den Pflegedienst bis zu Privatpersonen. Diejenigen, die angaben, keine Kenntnisse über diese Leistungen zu besitzen, äußerten einerseits die bereits genannte Kritik, und andererseits das Bestreben, aktiv Informationen einzuholen.

6.4.5.3 Bewertung der zusätzlichen Betreuungsleistungen nach § 45b SGB XI

Die zusätzlichen Betreuungsleistungen werden unterschiedlich aufgenommen, häufig werden sie von den Befragten jedoch als „zu gering“ (1880) und „unflexibel“ (1915) beschrieben. Sie seien „ein Schritt in die richtige Richtung“ (2468) und werden als „kurzzeitige Entlastung“ empfunden, welche „aber nicht ausreichend“ (2580) sei. So ermöglichten die Beträge eine nur sehr sporadische Entlastung der Pflegenden, die nur wenig Raum für Erholung oder das Wahrnehmen von Terminen ließe.

Häufig wird der Wunsch geäußert, die zusätzlichen Betreuungsleistungen für Privatpersonen verwenden zu können, die den Pflegebedürftigen nahe stehen. Ein für die pflegebedürftige Person potentiell irritierender Wechsel der Pflegepersonen könnte so vermieden werden. Außerdem könnten die Pflegebedürftigen, nicht zuletzt aufgrund bestehender emotionaler Bindung zur Privatperson, individueller und flexibler betreut werden. So könnten speziell Menschen mit Demenz besser betreut werden, die aufgrund ihres Krankheitsbildes häufig auf vertraute Personen fixiert sind und externe Hilfe nur schwer annehmen.

Bezug nehmend auf den Nutzen der Leistungen, die mit den Beträgen aus den zusätzlichen Betreuungsleistungen finanziert werden können, bewerten die Befragten insbesondere die Tages- und Kurzzeitpflege als entlastend. In diesem Zusammenhang wird jedoch auf die prekäre Lage der Mitarbeiter der Pflegedienste hingewiesen. Diese hätten zu wenig Zeit für die Patienten, würden unzureichend bezahlt und seien schlecht auf die Pflege von Menschen mit Demenz vorbereitet.

Bemängelt werden auch das Fehlen von entsprechenden Pflegemöglichkeiten am Wochenende sowie die Möglichkeit einer spontanen Unterbringung der pflegebedürftigen Person bei dringenden Terminen oder in Notfällen. Die für zusätzliche Betreuungsleistungen relevanten Angebote seien in dieser Hinsicht nicht hilfreich, da sie eine gewisse Vorlaufzeit benötigten. Generell müsse die Angebotsstruktur für zusätzliche Betreuungsleistungen sowohl in ihrer Vielfalt als auch in der Verfügbarkeit ausgeweitet sowie die Qualität entsprechender Angebote besser kontrolliert werden.

Ein zentraler Kritikpunkt ist zudem der von den Pflegenden als sehr hoch und belastend empfundene bürokratische Aufwand. Sowohl bei Antragstellung als auch bei der Abrechnung von Leistungen verzögere dieser die Entscheidungsprozesse,

was zu Lasten der Pflegenden ginge und für die Pflegenden sehr „umständlich und zeitintensiv“ (502) sei.

6.4.5.4 Einstellung der Befragten zur Beurteilung und Einstufung der Pflegestufe durch den MDK

Das Einstufungsverfahren des MDK wird von den Befragten wenig positiv bewertet. Die minutiöse Beurteilung sei „realitätsfern“ (2644) und würde dem Pflegeaufwand nicht gerecht. Insbesondere bei Menschen mit Demenz sei eine individuellere Beurteilung notwendig, die den Betreuungsaufwand wie „Einkaufen, Putzen, allgemeine Betreuung, Fahrten zum Arzt usw.“ (1344) stärker berücksichtige. Pflegetagebuch und Gespräch würden den tatsächlichen Pflegeaufwand, besonders bei dementiell Erkrankten, nicht realitätsnah abbilden. Darüber hinaus solle sich der MDK generell mehr Zeit für die Einstufung nehmen und den Ausführungen der pflegenden Personen mehr Gewicht zumessen.

6.4.5.5 Die Zufriedenheit der Befragten mit der Pflegekasse

Die Pflegekasse wird von den Befragten in den meisten Fällen positiv bewertet. Das Lob bezieht sich primär auf die gute Zusammenarbeit mit den zuständigen Sachbearbeitern sowie auf die „problemlose und schnelle Bearbeitung“ (1074) und schnelle Bewilligung von Leistungen. Die Möglichkeit, einen Ansprechpartner zu haben und von diesem Unterstützung zu erfahren, wird ebenfalls wertgeschätzt. Als Kritikpunkte bleiben der hohe bürokratische Aufwand sowie die teils unzureichende Informationsleistung bestehen.

6.4.5.6 Fazit zu den freien Kommentaren

Eine der zentralen Forderungen der Befragten ist eine verbesserte Informationsleistung seitens der Pflegeinstitutionen zu Möglichkeiten der Unterstützung von pflegenden Angehörigen mit dem Ziel der Erleichterung der Pflegesituation. Viele Befragte scheinen trotz Anspruchsberechtigung unzureichend über die zusätzlichen Betreuungsleistungen informiert. Das Angebot entsprechender Leistungen sei ausbaufähig und entlaste die pflegenden Personen bisweilen merklich, häufig aber eher gering.

7 Literatur

- AGENS [= Arbeitsgruppe Erhebung und Nutzung von Sekundärdaten] (2008): GPS - Gute Praxis Sekundärdatenanalyse: Revision nach grundlegender Überarbeitung. In: Gesundheitswesen, 70: 54-60.
- Arnold, R.; Rothgang, H. (2010): Finanzausgleich zwischen Sozialer Pflegeversicherung und Privater Pflegeversicherung. In welchem Umfang ist ein Finanzausgleich aus Gründen der Gleichbehandlung notwendig? In: Göppfarth, D.; Greß, S.; Jacobs, K.; Wasem, J. (Hrsg.): Jahrbuch Risikostrukturausgleich 2009/2010. Von der Selektion zur Manipulation? Heidelberg: Medhochzwei Verlag. S. 65-94.
- Augurzy, 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.
- Augurzy, B.; Borchert, L.; Deppisch, R.; Krolop, S.; Mennicken, R.; Preuss, M.; Rothgang, H.; Stocker-Müller, M.; Wasem, J. (2008): Heimentgelte bei der stationären Pflege in Nordrhein-Westfalen. Ein Bundesländervergleich. RWI-Materialien, Heft 44. Essen: Rheinisch-Westfälisches Institut für Wirtschaftsforschung.
- Baumol, W. J. (1967): Macroeconomics of Unbalanced Growth: The Anatomy of Urban Crisis, American Economic Review 57, 415-426;
- Baumol, W. J.; Oates, W. E. (1972): The Cost Disease of the Personal Services and the Quality of Life, in: Skandinaviska Enskilda Banken Quarterly Review, 1: 44–54.
- Beattie, A. M.; Daker-White, G.; Gilliard, J.; Means, R. (2002). "Younger people in dementia care: a review of service needs, service provision and models of good practice." Aging Ment Health, 6, 3: 205–212.
- Bebbington, A.C. (1988): The expectation of life without disability in England and Wales. In: Social Science and Medicine, 27: 321–326.
- Bickel, H. (2001a): Lebenserwartung und Pflegebedürftigkeit in Deutschland. In: Das Gesundheitswesen, 63: 9–14.
- Blanck, F. (2011): Die Riester-Rente – Überblick zum Stand der Forschung und sozialpolitische Bewertung nach zehn Jahren, in: Sozialer Fortschritt, 11: 109-115.
- Blinkert, B.; Klie, T. (1999): Pflege im Wandel. Studie zur Situation häuslich versorgter Pflegebedürftiger. Hannover: Vincentz.
- Blinkert, B.; Klie, T. (2000): Pflegekulturelle Orientierungen und soziale Milieus, in: Sozialer Fortschritt, 10: 237-245.

- BMFSFJ [= Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend] (2011): Neue Wege – gleiche Chancen. Gleichstellung von Frauen und Männern im Lebensverlauf. Erster Gleichstellungsbericht. Stellungnahme der Bundesregierung zum Gutachten der Sachverständigenkommission Gutachten der Sachverständigenkommission. Deutscher Bundestag: Drucksache 17/6240.
<http://www.bmfsfj.de/RedaktionBMFSFJ/Broschuerenstelle/Pdf-Anlagen/Erster-Gleichstellungsbericht-Neue-Wege-Gleiche-Chancen.property=pdf,bereich=bmfsfj,sprache=de,rwb=true.pdf> (aktuell am 6.11.2011).
- BMG [= Bundesministerium für Gesundheit] (2009a): Bericht des Beirats zur Überprüfung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs. URL:
https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/redaktion/pdf_publicationen/Umsatzungsbericht-Pflegebeduerftigkeitsbegriff_200905.pdf;
- BMG [= Bundesministerium für Gesundheit] (2009b): Umsetzungsbericht des Beirats zur Überprüfung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs. URL:
https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/redaktion/pdf_publicationen/Umsatzungsbericht-Pflegebeduerftigkeitsbegriff_200905.pdf.
- BMG [= Bundesministerium für Gesundheit] (Hrsg.) (2001). Zweiter Bericht über die Entwicklung der Pflegeversicherung. Drucksache 14/5590.
- BMG [= Bundesministerium für Gesundheit] (Hrsg.) (2011a). Leistungsempfänger der sozialen Pflegeversicherung am Jahresende nach Pflegestufen. URL:
http://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/dateien/Downloads/Statistiken/Pflegeversicherung/Leistungsempfaenger_Pflegestufen/Leistungsempfaenger_der_sozialen_PV_nach_Pflegestufen.pdf
- BMG [= Bundesministerium für Gesundheit] (Hrsg.) (2011b). Leistungsempfänger der sozialen Pflegeversicherung im Jahresdurchschnitt nach Leistungsarten. URL:
http://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/dateien/Downloads/Statistiken/Pflegeversicherung/110520_Leistungsempfaenger_der_sozialen_PV_nach_Leistungsarten.pdf
- BMG [= Bundesministerium für Gesundheit] (Hrsg.) (2011c). Die Finanzentwicklung der Sozialen Pflegeversicherung. URL:
http://www.bmg.bund.de/fileadmin/dateien/Downloads/Statistiken/Pflegeversicherung/110520_Finanzentwicklung_der_sozialen_Pflegeversicherung.pdf.
- Borchert, L. (2008): Soziale Ungleichheit und Gesundheitsrisiken älterer Menschen. Eine empirische Längsschnittanalyse unter Berücksichtigung von Morbidität, Pflegebedürftigkeit und Mortalität. Augsburg: Maro.
- BSG [= Bundessozialgericht]: Urteil vom 26.11.1998, Aktenzeichen B 3 P 13/97 R. In: SozR 3-3300 § 14 Nr 8.
- Büscher, A.; Budroni, H.; Hartenstein, A.; Holle, B.; Vosseler, B. (2007): "Vergütungsfragen der häuslichen Pflege. Ein Modellprojekt zur Einführung personenbezogener Budgets." Zeitschrift für Gesundheits- und Sozialpolitik, 61, 9/10: 26-34.
- Cambois, E.; Robine, J.M. (1996): An international comparison of trends in disability-free life expectancy. In: Eisen, R. et al. (Hrsg.): Long-term care: Economic issues and policy solutions. Norwell: Kluwer, S. 11-23.

- CDU, CSU und FDP (2009): Wachstum. Bildung. Zusammenhalt. Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und FDP für die 17. Legislaturperiode vom 26. Oktober 2011: S. 93.
- Comas-Herrera A, Wittenberg R, Costa-Font J, Gori C, Di Maio A, Patxot C, Pickard L, Pozzi A, Rothgang H (2006): Future long-term care expenditure in Germany, Spain, Italy and the United Kingdom. In: *Ageing and Society*, 6, 2: 285-302.
- de Boer, M. E.; Hertogh, C. M.; Droes, R. M.; Riphagen, II; Jonker, C.; Eefsting, J. A. (2007): "Suffering from dementia - the patient's perspective: a review of the literature." In: *Psychogeriatr*, 19, 6: 1021-1039.
- Deutsche Rentenversicherung (1995-2010a): Statistik der Deutschen Rentenversicherung: Versicherte. Deutsche Rentenversicherung: Würzburg.
- Deutsche Rentenversicherung (1995-2010b): Statistik der Deutschen Rentenversicherung: Rentenzugänge. Deutsche Rentenversicherung: Würzburg.
- Deutscher Bundestag (Hrsg.) (2001): Entwurf eines Gesetzes zur Ergänzung der Leistungen bei häuslicher Pflege von Pflegebedürftigen mit erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf (Pflegeleistungs-Ergänzungsgesetz - PflEG) - Drucksache 14/7154. URL: <http://dip21.bundestag.de/dip21/btd/14/071/1407154.pdf>. (aktuell am 2.11.2010).
- Deutscher Bundestag (2011): Ausschuss für Gesundheit: Ausschussdrucksache 17(14)0215 TOP 9e der TO am 9.11.2011 vom 8.11.2011
- DIMDI [= Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information] (2009): ICD-10-GM. Version 2010. Systematisches Verzeichnis. URL: <http://www.dimdi.de/dynamic/de/klasi/downloadcenter/icd-10-gm/vorgaenger/version2010/systematik/x1gbp2010.zip> (aktuell am 28.10.2010).
- Döhner H, Kohler S, Lüdecke D. 2007. Pflege durch Angehörige. Ergebnisse und Schlussfolgerungen aus der europäischen Untersuchung EUROFAMCARE. Informationsdienst Altersfragen 3, Mai/Juni 2007: S. 9-14.
- Döhner, H.; Rothgang, H. (2006): Pflegebedürftigkeit. Zur Bedeutung der familialen Pflege für die Sicherung der Langzeitpflege. In: *Bundesgesundheitsblatt*, 6: 583–594.
- Dräther, H.; Holl-Manoharan, N. (2009): Modellrechnungen zum zukünftigen Finanzierungsbedarf der sozialen Pflegeversicherung, in: Dräther, H.; Jacobs, K.; Rothgang, H. (Hrsg.): Fokus Pflegeversicherung. Nach der Reform ist vor der Reform. Berlin: KomPart-Verlag: 15-40.
- Dräther, H.; Jacobs, K.; Rothgang, H. (2009): Pflege-Bürgerversicherung. In: Dräther, H.; Jacobs, K.; Rothgang, H. (Hrsg.): Fokus Pflegeversicherung. Nach der Reform ist vor der Reform. Berlin: KomPart-Verlag. S. 71-93.
- Fischer, T.; Wolf-Ostermann, K. (2008): Die Berliner Studie zu Versorgungsstrukturen und Versorgungsergebnissen von Wohngemeinschaften für Menschen mit Demenz (DeWeGE). Beitrag zum Sonderheft. In: *Zeitschrift für Gerontopsychologie & psychiatrie*, 21, 3: 179-183.

- Gräbel, E.; Donath, C.; Kunze, S.; Menn, P.; Holle, R. (2011): Versorgungsforschung bei Demenz im Projekt IDA: Vermittlung von angehörigenbezogenen Angeboten durch Hausärzte. In: Stoppe, Gabriele (Hg.): Die Versorgung psychisch kranker alter Menschen. Bestandsaufnahme und Herausforderung für die Versorgungsforschung. Köln: Dt. Ärzte-Verl. (Report Versorgungsforschung, 3), S. 151–159.
- Gräbel, E.; Schirmer, B. (2006). Freiwillige Helferinnen und Helfer zur Entlastung der Angehörigen demenzkranker Menschen. Ergebnisse einer prospektiven Verlaufuntersuchung zu den Erwartungen und Erfahrungen in Bezug auf Schulung und professionelle Begleitung. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, 39, 3: 217–226.
- Haupt, M.; Siebel, U.; Palm, B.; Kretschmar, J. H.; Janner, M. (2000): Behandlungseffekte einer paartherapeutischen psychoedukativen Gruppenarbeit mit Demenzerkrankten und ihren pflegenden Angehörigen. In: Fortschritte der Neurologie und Psychiatrie, 68, 11: 503–515.
- Hauschild, R. (1994): Soziale Pflegeversicherung: Vorschläge und Konzeptionen, in: Bundesarbeitsblatt 45: 12–21.
- Hoffmann, M. (2011): Sterben? Am liebsten plötzlich und unerwartet. Die Angst vor dem „sozialen Sterben“. Wiesbaden. VS Verlag, Springer Fachmedien.
- 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.
- Jost, E.; Voigt-Radloff, S.; Hüll, M.; Dykier, P.; Schmidtke, K. (2006): Fördergruppe für Demenzpatienten und Beratungsgruppe für Angehörige. Praktikabilität, Akzeptanz und Nutzen eines kombinierten interdisziplinären Behandlungsprogramms. In: Zeitschrift für Gerontopsychologie & -psychiatrie, 19, 3: 139–150.
- Klein, T.; Unger, R. (1999): Aktive Lebenserwartung in der Bundesrepublik, Das Gesundheitswesen, 61: 168–178.
- Klie, T.; Blinkert, B. (2008). Das Pflegebudget. Abschlussbericht 2008. Berlin, GKV Spitzenverband der Pflegekassen.
- Klie, T.; Krahmer, U. (Hg.) (2009): Sozialgesetzbuch XI. Soziale Pflegeversicherung. 3. Aufl. Lehr- und Praxiskommentar. Baden-Baden: Nomos.
- Kompetenz Centrum Geriatrie (0. J. a): Erweiterter Barthel-Index. URL: <http://www.kcgeriatrie.de/downloads/instrumente/ebi.pdf> (aktuell am 01.03.2011).
- Kompetenz Centrum Geriatrie (o. J. b): Instrumentelle Aktivitäten nach Lawton / Brody (IADL). URL: <http://www.kcgeriatrie.de/downloads/instrumente/iadl.pdf> (aktuell am 01.03.2011).
- Kuckartz, Udo; Grunberg, Heiko; Lauterbach, Andreas (2007): Qualitative Datenanalyse: computergestützt. Methodische Hintergründe und Beispiele aus der Forschungspraxis. Wiesbaden: VS.
- Kreienbrock, L.; Schach, S. (2005): Epidemiologische Methoden. München: Spektrum Akademischer Verlag.

- 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. Ausgewählte Ergebnisse des Projektes EUROFAMCARE. In: Zeitschrift für Gerontopsychologie & -psychiatrie, 39: 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. In: Demography, 31: 297-319.
- Lawton, M.P.; Brody, E.M. (1969): Assessment of older people: Self-maintaining and instrumental activities of daily living. In: Gerontologist, 9: 179-186.
- MDS [= Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e. V.] (2006): Pflegebericht des Medizinischen Dienstes 2004. Essen: MDS.
- MDS [= Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e. V.] (2007a): Pflegebericht des Medizinischen Dienstes 2005. Essen: MDS.
- MDS [= Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e. V.] (2007b): Pflegebericht des Medizinischen Dienstes 2006. Essen: MDS.
- MDS [= Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e. V.] (2008): Richtlinie zur Feststellung von Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz und zur Bewertung des Hilfebedarfs. Online verfügbar unter http://www.mds-ev.de/media/pdf/Richtlinie_PEA-Verfahren_Endfassung.pdf. (aktuell am 27.10.2011).
- MDS [= Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e. V.] (2009): Pflegebericht des Medizinischen Dienstes 2007-2008. Essen: MDS.
- MDS [= Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e. V.] (2010): Begutachtungen des Medizinischen Dienstes für die Pflegeversicherung 2009. 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.
- Müller, R.; Braun, B. (Hrsg.) (2006): Vom Quer- zum Längsschnitt – Möglichkeiten der Analysen mit GKV-Daten. St. Augustin: Asgrad.
- Müller, R.; Unger, R.; Rothgang, H. (2010): Wie lange Angehörige zu Hause gepflegt werden. Reicht eine zweijährige Familien-Pflegezeit für Arbeitnehmer? In: Soziale Sicherheit, 59, 6-7: 230-237.
- Pabst, S.; Rothgang, Heinz (2000): Die Einführung der Pflegeversicherung, in: Leibfried, S.; Wagschal, U. (Hrsg.): Bilanzen, Reformen und Perspektiven des deutschen Sozialstaats. Frankfurt: Campus. S. 340-377.
- Pinheiro, P.; Krämer, A. (2009): Calculation of health expectancies with administrative data for North Rhine-Westphalia, a Federal State of Germany, 1999-2005. In: Population Health Metrics, 19, 7: 4.
- PKV-Verband (2011): Zahlenbericht der privaten Krankenversicherung 2009/2010. Korrigierte Version (Stand Januar 2011), Köln. URL: http://www.pkv.de/w/files/shop_zahlenberichte/zahlenbericht_2009_2010.pdf (Stand 11.11.2011).

- Prosiegel, M.; Böttger, S.; Schenk, T.; König, N.; Marolf, M.; Vaney, C. et al. (1996): Der Erweiterte Barthel-Index (EBI) – eine neue Skala zur Erfassung von Fähigkeitsstörungen bei neurologischen Patienten. In: *Neurologie & Rehabilitation*, 2: 7-13.
- Raleigh, V. S.; Scobie, S.; Cook, A.; Jones, S.; Irons, R. H. (2004): *Unpacking the patients' perspective: Variations in NHS patient experience in England*. London: CHI.
- Reiners, H. (2009): *Mythen der Gesundheitspolitik*. Bern: Huber.
- Robine, J.M.; Romieu, I.; Michel, J.P. (2003): Trends in Health Expectancies. In: Robine, J.M.; Jagger, C.; Mathers, C.D.; Crimmins, E.; Suzman, R. (Ed.) *Determining Health Expectancies*, Chichester, United Kingdom: John Wiley & Sons. S. 75-101.
- Romero, B.; Wenz, M. (2003): Wirksame Behandlungsprogramme für Demenzzranke und betreuende Angehörige. In: *Neurologie und Rehabilitation*, 9, 1: 23–27.
- 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*, 34, 4: 292-305.
- Rothgang, H. (1997): *Ziele und Wirkungen der Pflegeversicherung. Eine ökonomische Analyse*, Frankfurt/ New York: Campus.
- 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). BT-Ausschussdrucksache 16(14)0327(72neu).
- Rothgang, H. (2010): Gerechtigkeit im Verhältnis von Sozialer Pflegeversicherung und Privater Pflegepflichtversicherung. In: *Das Gesundheitswesen*, 72, 3: 154– 160.
- Rothgang, H.; Arnold, R. (2011): Berechnungen der finanziellen Wirkungen und Verteilungswirkungen für eine integrierte Krankenversicherung mit einem zusätzlichen Solidarbeitrag. WSI-Diskussionspapier No. 176. Düsseldorf: Wirtschafts- und Sozialwissenschaftliches Institut in der Hans Böckler Stiftung.
- Rothgang, H.; Arnold, R.; Sauer, S.; Wendtland, K.; Wolter, A. (2011): Berechnungen der finanziellen Wirkungen verschiedener Varianten einer Pflegebürgerversicherung. Gutachten im Auftrag der Bundestagsfraktion Bündnis 90 / Die Grünen. URL: http://www.zes.uni-bremen.de/ccm/cms-service/stream/asset/?asset_id=6262357 [vom 11.11.2011] oder URL: http://www.gruene-bundestag.de/cms/pflege/dokbin/393/393744.gutachten_pflegebuergerversicherung@de.pdf [vom 11.11.2011].
- Rothgang, H.; Borchert, L.; Müller, R.; Unger, R. (2008): *GEK-Pflegereport 2008. Medizinische Versorgung in Pflegeheimen. Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse, Band 66*. St. Augustin: Asgard.

- Rothgang, H.; Dräther, H. (2009): Zur aktuellen Diskussion über die Finanzsituation der Sozialen Pflegeversicherung. In: Dräther, H.; Jacobs, K.; Rothgang, H. (Hrsg.): Fokus Pflegeversicherung. Nach der Reform ist vor der Reform. Berlin: KomPart-Verlag. S. 41-69.
- Rothgang, H.; Iwansky, S.; Müller, R.; Sauer, S.; Unger, R. (2010): BARMER GEK Pflegereport 2010. Schwerpunktthema: Demenz und Pflege. BARMER GEK Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse, Band 5. St. Augustin: Asgard.
- Rothgang, H.; Kulik, D.; Müller, R.; Unger, R. (2009): GEK-Pflegereport 2009. Schwerpunktthema: Regionale Unterschiede in der pflegerischen Versorgung. Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse, Band 73. St. Augustin: Asgard.
- Rothgang, H.; Preuss, M. (2009): Bisherige Erfahrungen und Defizite der Pflegeversicherung und die Reform aus sozialpolitischer Sicht. In: Bieback, K.-J. (Hrsg.): Die Reform der Pflegeversicherung 2008. Münster: Lit-Verl. (Sozialrecht und Sozialpolitik in Europa, 12).
- 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.
- Schäufele, M.; Köhler, L.; Lode, S.; Weyerer, S. (2007): Welche Faktoren sind mit subjektiver Belastung und Depressivität bei Pflegepersonen kognitiv beeinträchtigter älterer Menschen assoziiert? Ergebnisse einer repräsentativen Studie in Deutschland. In: Zeitschrift für Gerontopsychologie & -psychiatrie, 20, 4: 197–210.
- Schäufele, M.; Köhler, L.; Teufel, S.; Weyerer, S. (2005): Betreuung von demenziell erkrankten Menschen in Privathaushalten: Potenziale und Grenzen. In: Schneekloth, Ulrich; Wahl, Hans-Werner (Hg.): 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. S. 99–144.
- Schneekloth, U. (2005): Entwicklungstrends beim Hilfe- und Pflegebedarf in Privathaushalten - Ergebnisse der Infratest-Repräsentativerhebung. In: Schneekloth, U.; Wahl, H. W. (Hrsg.): Möglichkeiten und Grenzen selbständiger Lebensführung in privaten Haushalten (MuG III). Repräsentativbefunde und Vertiefungsstudien zu häuslichen Pflegearrangements, Demenz und professionellen Versorgungsangeboten. München: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. S. 55-98.
- Schneekloth, U.; Müller, U. (2000): Wirkungen der Pflegeversicherung. Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit. Baden-Baden: Nomos.
- Schneider, T.; Drobnic, S.; Blossfeld, H.-P. (2001): Pflegebedürftige Personen im Haushalt und das Erwerbsverhalten verheirateter Frauen. In: Zeitschrift für Soziologie, 30, 5: 362-383.
- Schupp, J.; Künemund, H. (2004): Private Versorgung und Betreuung von Pflegebedürftigen in Deutschland. DIW-Wochenbericht, 71: 289-294.
- Senatsverwaltung für Gesundheit, Soziales und Verbraucherschutz (2005): Gesundheitsberichterstattung Berlin. Pflegebedürftigkeit in Berlin unter besonderer Berücksichtigung der Lebenserwartung. Statistische Kurzinformation 2005-1.

- Sonntag, A.; Angermeyer, M. (2000): Zur Benachteiligung Demenzkranker im Rahmen der Pflegeversicherung. In: Zeitschrift für Sozialreform, 46, 12: 1048–1051.
- Sörensen, S.; Pinquart, M.; Duberstein, P. (2002): How Effective Are Interventions With Caregivers? An Update Meta-Analysis. In: The Gerontologist, 42, 3: 356–372.
- Statistisches Bundesamt (2004): Sonderbericht: Lebenslagen der Pflegebedürftigen. Deutschlandergebnisse des Mikrozensus 2003. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt.
- Statistisches Bundesamt (2008a): Pflegestatistik 2007. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. Deutschlandergebnisse. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt.
- Statistisches Bundesamt (2008b): Gesundheit. Krankheitskosten. 2002, 2004 und 2006. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt.
- Statistisches Bundesamt (2009a): Bevölkerung Deutschlands bis 2060. Ergebnisse der 12. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung. URL: <https://www-ec.destatis.de/csp/shop/sfg/bpm.html.cms.cBroker.cls?cmspath=struktur,Warenkorb.csp&action=basketadd&id=1024891> (aktuell am 25.10.2010).
- Statistisches Bundesamt (2009b): Bevölkerung Deutschlands bis 2060. 12. koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung. Begleitmaterial zur Pressekonferenz am 18. November 2009 in Berlin. URL: http://www.destatis.de/jetspeed/portal/cms/Sites/destatis/Internet/DE/Presse/pk/2009/Bevoelkerung/pressebroschuere__bevoelkerungsentwicklung2009,property=file.pdf (aktuell am 18.11.2009).
- Statistisches Bundesamt (2010a): Bevölkerungsfortschreibung - Fachserie 1 Reihe 1.3 - 2008. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt.
- Statistisches Bundesamt (2010b): Todesursachen in Deutschland - Fachserie 12 Reihe 4 - 2009. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt.
- Statistisches Bundesamt (2010c): Gesundheit. Krankheitskosten. 2002, 2004, 2006 und 2008. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt.
- Statistisches Bundesamt (2011): Statistik der Sterbefälle von 2000 bis 2009 nach Geschlecht und Einzeljahren für Deutschland. GENESIS-Tabelle des Statistischen Bundesamtes, Stand: 29.06.2011. Wiesbaden. Statistisches Bundesamt.
- Statistisches Bundesamt (2011a): Bevölkerungsfortschreibung - Fachserie 1 Reihe 1.3 - 2009. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt.
- Statistisches Bundesamt (2011b): Pflegestatistik 2009 - Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung - Deutschlandergebnisse. URL: <https://www-ec.destatis.de/csp/shop/sfg/bpm.html.cms.cBroker.cls?cmspath=struktur,vollanzeige.csp&ID=1026840>. (aktuell am 21.02.2011).
- Statistisches Bundesamt (2011c): Sozialleistungen. Fachserie 13, Reihe 2.3. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt.
- Statistisches Bundesamt (2011d): Kriegsopferfürsorge. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt.
- Steeman, E.; de Casterle, B. D.; Godderis, J.; Grypdonck, M. (2006). "Living with early-stage dementia: a review of qualitative studies." In: J Adv Nurs, 54, 6: 722-738.

- Stegmann, M.; Mika, T. (2007): Ehrenamtliche Pflege in den Versichertenbiografien. In: Deutsche Rentenversicherung, 11-12: 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: 611-622.
- Swart, E.; Ihle, P. (Hrsg.) (2005): Routinedaten im Gesundheitswesen. Handbuch Sekundärdatenanalyse. Grundlagen, Methoden und Perspektiven. Bern: Verlag Hans Huber.
- Thönnies, M.; Jakoby, N.R. (2011): Wo sterben Menschen? Zur Frage des Sterbens in Institutionen. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie DOI 10.1007/s00391-011-0181-6: 1-4.
- Udsching, P. (2009): Neubestimmung des Leistungsfalls und die Versorgung Dementer. In: Bieback, K.-J. (Hrsg.): Die Reform der Pflegeversicherung 2008. Münster: Lit-Verl. (Sozialrecht und Sozialpolitik in Europa, 12).
- 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: 155-163.
- Unger, R.; Müller, R.; Rothgang, H. (2011): Lebenserwartung in und ohne Pflegebedürftigkeit. Ausmaß und Entwicklungstendenzen in Deutschland. In: Gesundheitswesen, 73: 292-297.
- van der Roest, H. G.; Meiland, F. J.; Maroccini, R.; Comijs, H. C.; Jonker, C.; Droes, R. M. (2007): "Subjective needs of people with dementia: a review of the literature." In: Int Psychogeriatr, 19, 3: 559-592.
- Verband der privaten Krankenversicherung e. V. (2007): Zahlenbericht der privaten Krankenversicherung 2005/2006. Köln: Verband der privaten Krankenversicherung e. V.
- Verband der privaten Krankenversicherung e. V. (2008): Zahlenbericht der privaten Krankenversicherung 2007/2008. Köln: Verband der privaten Krankenversicherung e. V.
- Verband der privaten Krankenversicherung e. V. (2009): Zahlenbericht der privaten Krankenversicherung 2008/2009. Köln: Verband der privaten Krankenversicherung e. V.
- Verband der privaten Krankenversicherung e. V. (2010): Zahlenbericht der privaten Krankenversicherung 2009/2010. Köln: Verband der privaten Krankenversicherung e. V.
- Voges, Wolfgang (2008): Soziologie des höheren Lebensalters. Ein Studienbuch zur Gerontologie. Augsburg. MaroVerlag.
- von Ferber, L.; Behrens, J. (Hrsg.) (1997): Public Health Forschung mit Gesundheits- und Sozialdaten – Stand und Perspektiven. Sankt Augustin: Asgard Verlag.
- von Kutzleben, M.; Schmid, W.; Halek, M. ; Holle, B.; Bartholomeyczik, S. (2011). "Community-dwelling persons with dementia: What do they need? What do they demand? What do they do? A systematic review of reviews on the subjective experiences of persons with dementia." Aging & Mental Health accepted.

- 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.
- Werner, B. (2011): Alter und Pflege – Herausforderungen an Gesellschaft und Gemeinden. Vortrag im Rahmen der Akademietage der Pallotiner Vallendar am 15. Januar 2011: 1-19.
- WHO [= World Health Organization] (2010): International Classification of Diseases (ICD). URL: <http://www.who.int/classifications/icd/en/> (aktuell am 28.10.2010).
- Wille, E. (2010): Die Finanzierungsbasis der gesetzlichen Krankenversicherung – Reformen unumgänglich. In: Gesundheitsökonomie und Qualitätsmanagement, 15, 3: 102-104.
- Wunder, S.; Böhmer, S. (2010). IDA-Studie eröffnet Perspektiven für zukünftige Versorgungsforschung. Hauptergebnisse der Studie - zweite, aktualisierte Auflage. Nürnberg, Projektbüro IDA Nürnberg.
- Zank, S.; Schacke, C. (2007): Projekt Längsschnittstudie zur Belastung pflegender Angehöriger von demenziell Erkrankten (LEANDER). Abschlussbericht Phase 2: Längsschnittergebnisse der LEANDER Studie. Online verfügbar unter http://www.unisiegen.de/fb2/zank/daten/leander_phase_ii_langbericht.pdf, (aktuell am 01.03.2011).

8 Abbildungsverzeichnis

Verteilungen der Pflegestufen in der Sozialen Pflegeversicherung nach Jahr.....	38
Verteilung der Pflegestufen in der Pflegestatistik nach Jahr und Geschlecht.....	40
Entwicklung der Zahl der Pflegebedürftigen in der Sozialen Pflegeversicherung im Vergleich zu den Pflegebedürftigen in der Pflegestatistik ¹⁾	41
Verteilung der Leistungsarten in der Sozialen Pflegeversicherung nach Jahr.....	44
Verteilung der Leistungsarten in der Pflegestatistik nach Jahr und Geschlecht	46
Der Familienstand Pflegebedürftiger nach Geschlecht und Versorgungsart	47
Prävalenzen von Männern über Alter 60 nach Pflegestufen und Jahr	52
Prävalenzen von Frauen über Alter 60 nach Pflegestufen und Jahr	52
Prävalenzen von Männern (alle Pflegest.) nach Altersgruppen und Jahr	53
Prävalenzen von Frauen (alle Pflegest.) nach Altersgruppen und Jahr.....	53
Prävalenzen von Männern (Pflegest. I) nach Altersgruppen und Jahr.....	54
Prävalenzen von Frauen (Pflegest. I) nach Altersgruppen und Jahr.....	54
Prävalenzen von Männern (Pflegest. II) nach Altersgruppen und Jahr	55
Prävalenzen von Frauen (Pflegest. II) nach Altersgruppen und Jahr.....	55
Prävalenzen von Männern (Pflegest. III) nach Altersgruppen und Jahr.....	56
Prävalenzen von Frauen (Pflegest. III) nach Altersgruppen und Jahr	56
Entwicklung der Zahl der Pflegebedürftigen im Alter ab 60 Jahren nach Geschlecht	58
Verteilung der Pflegestufen bei ambulanten und stationären Erstbegutachtungen nach Jahr.....	64
Anteil der männlichen Pflegepersonen, für die Beiträge zur Rentenversicherung gezahlt werden	72
Die Pflegedauer von Männern und Frauen in Jahren	74
Pflegepersonen nach Alter und Geschlecht.....	77
Entwicklung der durchschnittlichen Heimentgelte pro Tag (vollstationäre Dauerpflege, Pflegeheime aller Träger).....	84
Entwicklung der durchschnittlichen Heimentgelte der Pflegeklasse I nach Träger (vollstationäre Dauerpflege)	86
Entwicklung der durchschnittlichen Heimentgelte der Pflegeklasse II nach Träger (vollstationäre Dauerpflege)	86
Entwicklung der durchschnittlichen Heimentgelte der Pflegeklasse III nach Träger (vollstationäre Dauerpflege)	87

Steigerung der Heimentgelte von 1999–2009	88
Alters- und Geschlechterverteilung in der BRD und unter den Versicherten der BARMER GEK Ende 2009	117
Eintrittswahrscheinlichkeit in die Pflegebedürftigkeit für Männer und Frauen ab Alter 60 nach Pflegestufe	127
Eintrittswahrscheinlichkeit in die Pflegebedürftigkeit für Männer und Frauen von Alter 0–59 nach Pflegestufe	127
Zeitreihe der Prävalenzen; Standardisiert auf die Bevölkerung Deutschlands des Jahres 2008 ..	133
Inanspruchnahmen von Pflegeleistungen vor dem Tod von Verstorbenen der BRD von 2000 bis 2009 ab dem 30. Lebensjahr	136
Geschlechtsspezifische Inanspruchnahmen von Pflegeleistungen vor dem Tod von Verstorbenen der BRD von 2000 bis 2009 ab dem 30. Lebensjahr – 100%-skaliert	137
Geschlechtsspezifische Inanspruchnahmen von Pflegeleistungen vor dem Tod (ambulante Pflege vs. Pflegeheim) differenziert nach Pflegestufe der Verstorbenen der BRD von 2000 bis 2009 ab dem 30. Lebensjahr – 100%-skaliert	138
Sterbeorte der über 30-jährig Verstorbenen in der BRD von 2000 bis 2009	140
Geschlechtsspezifische Sterbeorte der BRD von 2000 bis 2009	141
Geschlechtsspezifische Sterbeorte der BRD für 2009 differenziert nach Alterskategorien ab dem 30. Lebensjahr	142
Zeitreihe der Inzidenzen; Standardisiert auf die Bevölkerung Deutschlands des Jahres 2008	148
Überlebende Männer der Jahre 2005–2010 ab Geburt, differenziert nach Pflegebedürftigkeit...	153
Überlebende Frauen der Jahre 2005–2010 ab Geburt, differenziert nach Pflegebedürftigkeit	153
Anteil der Überlebenden nach Dauer nach erstmaligem Bezug von Pflegeleistungen in den Jahren 1999–2006 nach Eintrittsjahr	155
Anteil der Überlebenden nach Dauer nach erstmaligem Bezug von Pflegeleistungen in den Jahren 1999–2006 nach Pflegearrangement zu Beginn	156
Anteil der Überlebenden nach Dauer nach erstmaligem Bezug von Pflegeleistungen in den Jahren 1999–2006 nach Pflegestufe zu Beginn	157
Anteil der Überlebenden nach Dauer nach erstmaligem Bezug von Pflegeleistungen in den Jahren 1999–2006 nach soziodemografischen Merkmalen	159
Anteil der Überlebenden nach Dauer nach erstmaligem Bezug von Pflegeleistungen in den Jahren 1999–2006 nach Eintrittsalter	160
Anteil der Überlebenden nach Dauer nach erstmaligem Bezug von Pflegeleistungen in den Jahren 2005–2006 nach Diagnosen zu Pflegebeginn	161

Pflegezeiten in Pflegearrangements – Verteilung differenziert nach verschiedenen Merkmalen für die Pflegeinzidenzen in Deutschland im Jahr 1999.....	164
Pflegezeiten in Pflegestufen – Verteilung differenziert nach verschiedenen Merkmalen für die Pflegeinzidenzen in Deutschland im Jahr 1999.....	169
Sequenzen der Pflegearrangements – Verteilung der Typen über die Jahre 1999–2006 in Deutschland	178
Sequenzen der Pflegearrangements – Verteilung der Typen nach Eingangspflegearrangement und nach Eingangspflegestufe; BRD 1999–2006.....	179
Sequenzen der Pflegearrangements – Verteilung der Typen für die Jahre 1999–2006 in Deutschland nach sozio-demografischen Merkmalen	180
Sequenzen der Pflegearrangements – Verteilung der Typen für die Jahre 1999–2006 in Deutschland nach Alter zu Beginn der Pflegeleistungen.....	181
Sequenzen der Pflegearrangements – Verteilung der Typen für die Jahre 2005–2006 in Deutschland nach der Nähe zum Tod.....	183
Sequenzen der Pflegearrangements – Verteilung der Typen für die Jahre 2005–2006 in Deutschland nach festgestellten Diagnosen	184
Sequenzen der Pflegestufen – Verteilung der Typen über die Jahre 1999–2006 in Deutschland	190
Sequenzen der Pflegestufen – Verteilung der Typen nach Eingangspflegearrangement und nach Eingangspflegestufe; Deutschland 1999–2006	191
Sequenzen der Pflegestufen – Verteilung der Typen für die Jahre 1999–2006 in Deutschland nach sozio-demografischen Merkmalen	192
Sequenzen der Pflegestufen – Verteilung der Typen für die Jahre 1999–2006 in Deutschland nach Alter zu Beginn der Pflegeleistungen.....	193
Sequenzen der Pflegestufen – Verteilung der Typen für die Jahre 1999–2006 in Deutschland nach der Nähe zum Tod.....	194
Sequenzen der Pflegestufen – Verteilung der Typen für die Jahre 2005–2006 in Deutschland nach festgestellten Diagnosen	195
Anzahl der Personen mit zusätzlichen Betreuungsleistungen in Deutschland im jeweiligen Quartal – Zeitreihe der Jahre 2002–2010.....	214
Anteile der Personen mit zusätzlichen Betreuungsleistungen im jeweiligen Jahr nach Pflegestufe und Pflegearrangement in den Jahren 2002–2010.....	216
Anteile der Personen mit zusätzlichen Betreuungsleistungen im jeweiligen Jahr nach Alterskategorien in den Jahren 2002–2010	217
Aufsummierte Ausgaben für Betreuungsleistungen in Deutschland im jeweiligen Quartal – Zeitreihe der Jahre 2002–2010.....	219

Ausgabenanteile für zusätzliche Betreuungsleistungen in Deutschland im jeweiligen Jahr nach Pflegestufe und Pflegearrangement – Zeitreihe der Jahre 2002–2010.....	220
Ausgaben für zusätzliche Betreuungsleistungen in Deutschland im jeweiligen Jahr nach Alterskategorien – Zeitreihe der Jahre 2002–2010.....	221
Gesamtpunktzahl des erweiterten Barthel-Index.....	228
Zusammengefasster IADL-Score.....	230
Häufigkeit bei alltäglichen Tätigkeiten im Beruf oder Zuhause aufgrund seelischer und körperlicher Schwierigkeiten	235
Auswirkungen der Pflege auf das Leben der Pflegeperson.....	236
Einschätzung der Anspruchsberechtigung hinsichtlich des Bestehens eines Anspruchs auf zusätzliche Betreuungsleistungen nach § 45b SGB XI	238
Höhe des monatlichen Leistungsanspruchs in Euro	240
Bekanntheitsgrad der verschiedenen Angebote.....	241
Bekanntheitsgrad der Angebote als § 45b-Leistung	241
Grad der Inanspruchnahme von zusätzlichen Betreuungsleistungen.....	242
Grad der Inanspruchnahme zusätzlicher Betreuungsleistungen innerhalb der vier verschiedenen Leistungsangebote.....	243
Anteil der Vorfinanzierung zusätzlicher Betreuungsleistungen	244
Beurteilung der Versorgungsstruktur – Gibt es genügend Anbieter in der Nähe?.....	246
Beurteilung der Versorgungsqualität – Werden Angehörige gut betreut?.....	247
Beurteilung der Preise – Ist das Angebot zu teuer?.....	248
Beurteilung der Entlastung – Werden Angehörige durch die Angebote entlastet?.....	249
Beurteilung der Akzeptanz – Akzeptieren/Mögen PEAs das Angebot?.....	250
Gesamtbeurteilung – Anbieterzahl, Beantragungsweg, Angebotszeiten	252
Gesamtbeurteilung – Zeitaufwand, Bürokratie, Unterstützung, Betreuung.....	253

9 Tabellenverzeichnis

Entwicklung der Zahl der Pflegebedürftigen in der Sozialen Pflegeversicherung nach Pflegestufe	37
Entwicklung der Zahl der Pflegebedürftigen in der Pflegestatistik nach Pflegestufen	39
Entwicklung der Zahl der Pflegebedürftigen in der Sozialen Pflegeversicherung im Jahresdurchschnitt nach Leistungsart	43
Entwicklung der Zahl der Pflegebedürftigen in der Pflegestatistik nach Leistungsart	46
Überwiegender Lebensunterhalt Pflegebedürftiger nach Geschlecht und Versorgungsart in Prozent	48
Begutachtungen für ambulante und stationäre Leistungen der Sozialen Pflegeversicherung nach Gutachtenart (Anteile in Prozent in Klammer)	60
Erstbegutachtungen der Anträge auf Zuweisung einer Pflegestufe	63
Einstufungen nach Höherstufungs-/Wiederholungsbegutachtungen bei ambulanten Leistungen nach Pflegestufe und Jahr (Anteile in %)	66
Pflegepersonen bis zum Rentenalter nach Pflegedauer und Jahr	71
Pflegepersonen bis zum Rentenalter nach Geburtsjahren (Rentenzugangsjahren)	73
Pflegepersonen über 16 Jahren nach Jahr und Geschlecht und Anteil an der Bevölkerung	76
Entwicklung der Anzahl der Pflegeeinrichtungen nach Art und Träger der Einrichtung	79
Entwicklung der Heime nach Pflegeangebot und Auslastung	80
Heimpersonal nach Beschäftigungsverhältnis und Tätigkeitsbereich	82
Entwicklung der Anzahl der ambulanten Pflegedienste nach Angebot und Träger	89
Entwicklung der Kapazitäten im ambulanten und stationären Bereich	91
Pflegedienstpersonal nach Beschäftigungsverhältnis und Tätigkeitsbereich	92
Finanzentwicklung der gesetzlichen Pflegeversicherung (in Mld.€)	97
Finanzentwicklung der privaten Pflegeversicherung (in Mio.€)	100
Empfänger von Hilfe zur Pflege am Jahresende	101
Netto-Ausgaben der Sozialhilfe für Hilfe zur Pflege (in Tsd.€)	102
Leistungsempfänger und Bruttoausgaben der Kriegsopferfürsorge	104
Ausgaben für Pflegebedürftigkeit nach Finanzierungsquelle in 2009	106
Pflegeprävalenz (Pflegequote) zum Jahresende 2009	118

Anteile der pflegebedürftigen und nicht pflegebedürftigen Personen in der BRD nach Geschlecht, Pflegestufen und weiteren Merkmalen – in %	120
Anteile der pflegebedürftigen und nicht pflegebedürftigen Personen in der BRD nach Geschlecht, Pflegearrangements und weiteren Merkmalen – in %	122
Anteile erstmalig Pflegebedürftiger und nicht pflegebedürftiger Personen in der BRD nach differenzierenden Merkmalen im Jahr 2010 – in %	124
Einflussfaktoren für den Eintritt einer Pflegebedürftigkeit im Monat (Relative Risiken)	128
Zeitreihe der Anzahl der Pflegebedürftigen und Anteile nach sozio-demografischen Merkmalen und nach Erkrankungen – Hochrechnung auf die BRD	131
Zeitreihe erstmalig Pflegebedürftiger und Anteile nach sozio-demografischen Merkmalen und nach Erkrankungen – Hochrechnung auf die BRD	145
Fernere Lebenserwartung im Alter x nach Geschlecht und Pflegestufe	152
Pflegedauern in Monaten der inzidenten Fälle aus dem Jahr 1999 – Sortiert nach Pflegedauern, differenziert nach den jeweiligen 10 Dezilen: Wie viele Monate dauert die Pflegezeit für ersten, zweiten, dritten, ... 10% der Fälle?	163
Pflegedauern zu Hause und im Heim in Monaten – Lineare Regression der Pflegedauern in den beobachteten 132 Monaten ab Pflegeeintritt im Jahr 1999	167
Pflegedauern in Pflegestufen in Monaten – Lineare Regression der Pflegedauern in den beobachteten 132 Monaten ab Pflegeeintritt im Jahr 1999	171
Der häufigsten Sequenzen der Pflegearrangements	174
48-Monats-Sequenzmuster der Pflegearrangements mit Beginn in den Jahren 1999–2006 (rohe Zahlen ohne Hochrechnung)	175
Sequenzmuster der Pflegearrangements in Deutschland 1999–2006	176
Sequenzen der Pflegearrangements – Odds Ratios für die Wahrscheinlichkeit der Sequenztypen	185
Sequenzen der Pflegearrangements – Odds Ratios für die Wahrscheinlichkeit der Sequenztypen mit Berücksichtigung der Erkrankungen	187
48-Monats-Sequenzmuster der Pflegestufen mit Beginn in den Jahren 1999–2006 (rohe Zahlen ohne Hochrechnung)	188
Sequenzmuster der Pflegestufen in Deutschland 1999–2006	189
Sequenzen der Pflegestufen – Odds Ratios für die Wahrscheinlichkeit der Sequenztypen	196
Sequenzen der Pflegestufen – Odds Ratios für die Wahrscheinlichkeit der Sequenztypen mit Berücksichtigung der Erkrankungen	198
Verteilung der angeschriebenen und der antwortenden Befragten	224
Soziodemografische und -ökonomische Merkmale der Pflegebedürftigen	226

Erweiterter Barthel-Index – Kognitive Funktionen.....	228
Instrumentelle Aktivitäten (IADL)	230
Leistungen der Pflegeversicherung	232
Soziodemografische und -ökonomische Merkmale der Pflegepersonen	234

In der BARMER GEK Edition, Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse, sind bisher erschienen:

Band 1:	Grobe, T.G., Dörning, H., Schwartz, F.W.: BARMER GEK Arztreport. 2010 ISBN 978-3-537-44101-0	Euro 14,90
Band 2:	Glaeske, G., Schick Tanz, C.: BARMER GEK Arzneimittel-Report 2010. 2010 ISBN 978-3-537-44102-7	Euro 14,90
Band 3:	Bitzer, E.M., Grobe, T.G., Dörning, H., Schwartz, F.W.: BARMER GEK Report Krankenhaus 2010. 2010 ISBN 978-3-537-44103-4	Euro 14,90
Band 4:	Sauer, K., Kemper, C., Kaboth, K., Glaeske, G.: BARMER GEK Heil- und Hilfsmittel-Report 2010. 2010 ISBN 978-3-537-44104-1	Euro 14,90
Band 5:	Rothgang, H., Iwansky, S., Müller, R., Sauer, S., Unger, R.: BARMER GEK Pflegereport 2010. 2010 ISBN 978-3-537-44105-8	Euro 14,90
Band 6:	Grobe, T.G., Dörning, H., Schwartz, F.W.: BARMER GEK Arztreport 2011. 2011 ISBN 978-3-537-44106-5	Euro 14,90
Band 7:	Schäfer, T., Schneider, A., Mieth, I.: BARMER GEK Zahnreport 2011. 2011 ISBN 978-3-537-44107-2	Euro 14,90
Band 8:	Glaeske, G., Schick Tanz, C.: BARMER GEK Arzneimittelreport 2011. 2011 ISBN 978-3-537-44108-9	Euro 14,90
Band 9:	Bitzer, E.M., Grobe, T.G., Neusser, S., Mieth, I., Schwartz, F.W.: BARMER GEK Report Krankenhaus 2011. 2011 ISBN 978-3-537-44109-6	Euro 14,90
Band 10:	Sauer, K., Kemper, C., Glaeske, G.: BARMER GEK Heil- und Hilfsmittelreport 2011. 2011 ISBN 978-3-537-44110-2	Euro 14,90