



Edition

Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse, Band 66

Heinz Rothgang

Lars Borchert

Rolf Müller

Rainer Unger

GEK-Pflegereport 2008

Schwerpunktthema: Medizinische Versorgung in Pflegeheimen

Schwäbisch Gmünd

November 2008



Edition

Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse, Band 66

GEK-Pflegereport 2008

Bibliografische Information der Deutschen Bibliothek

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

- Herausgeber: GEK – Gmünder ErsatzKasse
Gottlieb-Daimler-Straße 19
73529 Schwäbisch Gmünd
Telefon (07171) 801-0
<http://www.gek.de>
- Autoren: Heinz Rothgang, Lars Borchert, Rolf Müller, Rainer Unger
Zentrum für Sozialpolitik (ZeS),
Abteilung Gesundheitsökonomie, Gesundheitspolitik und
Versorgungsforschung
Universität Bremen
Parkallee 39
28209 Bremen.
<http://www.zes.uni-bremen.de>
- Verlag Asgard-Verlag
Einsteinstraße 10
53757 St. Augustin
- ISBN 978-3-537-44066-2

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 Pflege im Spiegel amtlicher Statistiken und anderer Datenquellen	7
1.2 Eintritt, Verlauf und Wandel von Pflegebedürftigkeit	9
1.3 Medizinische Versorgung im Pflegeheim	13
2 EINLEITUNG	16
2.1 Die Pflegeversicherung in Deutschland im Überblick	16
2.2 Ziele und Inhalt dieses Pflegereports	21
3 PFLEGE IM SPIEGEL AMTLICHER STATISTIKEN UND ANDERER DATENQUELLEN	23
3.1 Pflege- bzw. Altersstudien	23
3.2 Die Entwicklung der Zahl der Pflegebedürftigen	35
3.3 Die Prävalenz von Pflegebedürftigkeit	50
3.4 Wege in die und aus der Pflege: Inzidenzen und die Reversibilität von Pflegebedürftigkeit	58
3.5 Die Pflegepersonen	63
3.6 Die stationären Pflegeeinrichtungen	71
3.7 Heimentgelte	75
3.8 Finanzierung der Pflegebedürftigkeit	80
4 EINTRITT, VERLAUF UND WANDEL VON PFLEGEBEDÜRFTIGKEIT	89
4.1 Datenbasis für die Analyse der Pflegebedürftigkeit	90
4.2 Wer wird pflegebedürftig?	95
4.3 Pflegebedürftig! Und dann?	106
4.4 Wandel der Pflegebedürftigkeit	147

5	SCHWERPUNKTTHEMA: MEDIZINISCHE VERSORGUNG IN PFLEGEHEIMEN	159
5.1	Datenbasis für die Messung der medizinischen Versorgung	161
5.2	Der Gesundheitszustand der Pflegeheimbewohner	166
5.3	Methodik der Analyse der medizinischen Versorgung	183
5.4	Arztkontakt	186
5.5	Arzneimittelversorgung	213
5.6	Rehabilitative Maßnahmen	231
5.7	Krankenhauseinweisungen	243
5.8	Zusammenfassung und Konsequenzen der Analysen	247
6	LITERATUR	261
7	ABBILDUNGSVERZEICHNIS	279
8	TABELLENVERZEICHNIS	285
9	ANHANG	288
9.1	Spezielle Pflegeverläufe nach Pflegestufen	288
9.2	Spezielle Pflegeverläufe nach Pflegeleistungen	300
10	GEK-MATERIALIEN	311

Abkürzungsverzeichnis

ABDA	Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände
ATC	Anatomisch-therapeutisch-chemische Klassifikation
BIBB	Bundesinstitut für Berufsbildung
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
GEK	Gmünder ErsatzKasse
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
MDK	Medizinischer Dienst der Krankenversicherung
MDS	Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e. V.
MuG	Möglichkeiten und Grenzen selbständiger Lebensführung
PfWG	Pflege-Weiterentwicklungsgesetz
PKV	Private Krankenversicherung
PQsG	Pflege-Qualitätssicherungsgesetz
SÄVIP	Studie zur ärztlichen Versorgung in Pflegeheimen
SGB XI	Sozialgesetzbuch, elftes Buch
SGB V	Sozialgesetzbuch, fünftes Buch
SPV	Soziale Pflegeversicherung

Vorwort

Mit dem vorliegenden Band setzt die Gmünder Ersatzkasse erneut einen Meilenstein in der Versorgungsforschung. Erstmals legt eine gesetzliche Krankenkasse damit einen umfassenden Pflegereport vor. Wir sind schon ein wenig stolz darauf, dass wir neben den bereits bekannten GEK-Analysen in diversen Leistungsbereichen einer gesetzlichen Krankenversicherung wie Arzneimittel, Heil- und Hilfsmittel, den stationären sowie den ambulanten Sektor nun erstmals den Bereich der Pflege einer intensiven Untersuchung unterziehen. Für diese anspruchsvolle Aufgabe konnten wir Professor Heinz Rothgang und sein Team vom Zentrum für Sozialpolitik der Universität Bremen gewinnen.

Weshalb widmen wir uns diesem Thema so ausführlich? Zum einen ist die Pflegebedürftigkeit von hoher gesellschaftlicher Relevanz. Neben den aktuell rund 2 Millionen pflegebedürftigen Menschen in Deutschland sind davon eine deutlich höhere Zahl von Pflegenden betroffen, sei es als nachbar- oder verwandtschaftliche Person in der häuslichen Pflege oder auch als professionelle Pflegekraft im ambulanten oder stationären Bereich. Pflegebedürftigkeit kann jeden treffen: im Laufe des Lebens wird jeder Zweite pflegebedürftig. Vor dem Hintergrund der demografischen Entwicklung mit immer mehr Älteren und weniger Jüngeren erscheint dieses Ergebnis recht bedrohlich. Doch der Report zeigt auch: Pflegekarrieren sind keine Einbahnstraßen, der Pflegezustand betroffener Personen kann sich auch verbessern. Insofern sollte man nicht den Kopf in den Sand stecken, sondern die Potenziale für "Gesundes Altern" ausloten und zukünftig nutzen.

Der Report gliedert sich in drei Teile. Im ersten Teil werden überwiegend Kassen- und andere amtliche Statistiken ausgewertet. Dies ist vorwiegend als Service-Teil zu verstehen, um einen Überblick zum Thema Pflege zu erhalten. Im zweiten Abschnitt wurden die pseudonymisierten Routinedaten der GEK ausgewertet, um die Pflegebedürftigkeit sowie Pflegeverläufe einer genaueren Betrachtung zu unterziehen. Das Schwerpunktthema widmet sich der medizinischen Versorgung in Pflegeheimen und basiert ebenso auf GEK-Daten. Dabei zeigte sich, dass es bei der fachärztlichen Versorgung in Pflegeheimen noch Verbesserungspotenzial gibt.

Ich wünsche allen Lesern eine spannende und interessante Lektüre dieses Buches, das sicherlich ein Novum darstellt. Mein Dank gilt den beteiligten Wissenschaftlern, welche die vielfältigen Analysen durchgeführt haben.

Schwäbisch Gmünd, im November 2008

Dr. jur. Rolf-Ulrich Schlenker

1 Zusammenfassung

1.1 Pflege im Spiegel amtlicher Statistiken und anderer Datenquellen

1.1.1 Allgemeine Entwicklung

Die Zahl der Pflegebedürftigen ist in den ersten Jahren nach Einführung der Pflegeversicherung stark angestiegen. So belegen die Daten der sozialen Pflegeversicherung einen Anstieg von ca. 1,55 Mill. im Jahr 1996 auf 1,83 Mill. im Jahr 1999. In den Folgejahren ist die Zahl der Leistungsbezieher weiter angestiegen auf 1,97 Millionen im Jahr 2006. In diesem 10-Jahreszeitraum hat sich die Zahl der Pflegebedürftigen damit um insgesamt mehr als ein Viertel, nämlich 27,3 %, des Ausgangswertes erhöht. Der starke Anstieg in den ersten Jahren ist aber wohl auf den Einführungseffekt zurückzuführen.

Die Anteile an den einzelnen Pflegestufen haben sich dabei „schleichend“ in Richtung Pflegestufe I verschoben, während gleichzeitig die Anteile an den Pflegestufen II und III leicht rückläufig waren. Insgesamt waren in der sozialen Pflegeversicherung im Jahr 2006 53 % der Pflegebedürftigen in Pflegestufe I, 35 % in Pflegestufe II und 13 % in Pflegestufe III. Bei den Leistungen dominieren das Pflegegeld mit 50 % und stationäre Leistungen mit 30 %. Deutlich geringer vertreten sind die ausschließlich ambulanten Leistungen mit 9 % sowie die Kombileistungen mit 11 %. Auch der Leistungsbezug ist von „schleichenden“ Veränderungen gekennzeichnet, wonach der Bezug von Pflegegeld leicht rückläufig ist sowie die stationären Leistungen angestiegen sind. Insgesamt führten diese Veränderungen dazu, dass die Zahl der Pflegebedürftigen in der häuslichen Pflege seit 1999 nahezu konstant bei 1,4 Mill. liegt, die Zahl der Pflegebedürftigen in der stationären Pflege aber von 573 Tsd. in 1999 auf 676 Tsd. in 2005 angestiegen ist.

1.1.2 Die Entwicklung von Prävalenzen und Inzidenzen

Prävalenzen können als individuelles Risiko von Pflegebedürftigkeit im Sinne einer Pflegewahrscheinlichkeit und damit unabhängig von der altersstrukturellen Entwicklung interpretiert werden. Betrachtet man die Entwicklung der alters- und geschlechtsspezifischen Pflegeprävalenzen in den letzten Jahren, dann lässt sich keine signifikante Veränderung erkennen. Gemäß der Pflegestatistik des Statistischen Bundesamtes, die die gesamte Bevölkerung, also auch die Versicherten der Privaten Pflegepflichtversicherung berücksichtigt, betragen die Pflegeprävalenzen für die mindestens 60-Jährigen in den Jahren 1999 / 2001 / 2003 / 2005 insgesamt für Männer 5,92 % / 5,92 % / 5,75 % / 5,93 % und für Frauen 11,18 % / 11,38 % / 10,95 % / 11,13 %. Damit ist der absolute Anstieg der Zahl der Pflegebedürftigen nicht auf eine Erhöhung des individuellen Risikos von Pflegebedürftigkeit in der jüngsten Vergangenheit zurückzuführen, vielmehr lässt sich dieser Anstieg nahezu vollständig auf die veränderte Altersstruktur zurück-

führen. Es kam also über alle Pflegestufen hinweg zu einem Anstieg der Zahl der Pflegebedürftigen, weil es auch zu einem Anstieg der Altenbevölkerung gekommen ist.

Differenziert man nach den einzelnen Pflegestufen, dann lässt sich eine Erhöhung der Prävalenzen im Zeitverlauf bei Pflegestufe I erkennen, während in Pflegestufe II und III geringfügige Abnahmen im Zeitverlauf erkennbar sind. Damit tragen die Veränderungen der Prävalenzen in den einzelnen Pflegestufen zu der festgestellten schlechenden Zunahme an Leistungsbeziehern der Pflegestufe I gegenüber den Pflegestufen II und III bei. Die Zunahme an Leistungsbeziehern der Pflegestufe I konnte dabei ebenfalls anhand der Zunahmen der Erstbegutachtungen (Inzidenzen) durch den MDK in Pflegestufe I nachgewiesen werden.

1.1.3 Die Pflegepersonen

Um das Pflegepotenzial in der häuslichen Pflege genauer bewerten zu können, ist die Bestimmung der Zahl der Pflegepersonen erforderlich. Die Charakterisierung als „Pflegeperson“ orientiert sich dabei vor allem an den in den betrachteten Datengrundlagen verwendeten Definitionen und Erhebungskonzepten von geleisteter Pflege. Während den Daten der Rentenversicherung eine mindestens 14 Std./Woche umfassende Pflege zugrunde liegt und dadurch durchschnittlich 400.000 Pflegepersonen unterhalb von 60-65 Jahren in 2006 ausweist, lassen sich die Pflegepersonen aller Altersklassen anhand des Sozio-ökonomischen Panel (SOEP) auf ca. 3,5 Mio. beziffern, wobei hier kein Mindestmaß an geleisteter Pflege zugrunde gelegt wird. Interessant sind auch die Geschlechteranteile bei den unterschiedlichen Erhebungskonzepten von Pflege: Während bei den „erheblichen“ Pflegetätigkeiten in der Rentenstatistik Männer nur zu einem Zehntel pflegen, beläuft sich deren Anteil bei den „geringeren“ Pflegetätigkeiten im SOEP nahezu auf die Hälfte.

Mit den unterschiedlich intensiven Formen von Pflege sind zudem auch unterschiedliche Entwicklungen verbunden: Während die „erheblichen“ Pflegetätigkeiten in der Rentenstatistik leicht rückläufig sind, scheinen die „geringeren“ Pflegetätigkeiten im SOEP sogar anzusteigen.

1.1.4 Die stationären Pflegeeinrichtungen und die Heimentgelte

Die Zahl der Pflegeheime ist seit 1999 von 8.859 um ca. 18 % auf 10.424 in 2005 angestiegen. Die Mehrzahl der Heime befindet sich 2005 in freigemeinnütziger Trägerschaft (ca. 55 %). Der Anteil der Heime mit privatem Träger beläuft sich auf 38 % und weitere 7 % der Heime befinden sich in öffentlicher Trägerschaft. Die Entwicklung zeigt, dass der Anstieg der Pflegeheime insgesamt vor allem auf dem Anstieg der Pflegeheime für ältere Menschen beruht. Hierbei zeigt sich auch, dass die Zahl der Pflegeheime für ältere Menschen je nach Träger unterschiedlich stark zugenommen hat: Während beispielsweise die Zahl der Pflegeheime für ältere Menschen in freigemeinnütziger Trägerschaft zwischen 1999 und 2005 um 13 % zugenommen hat, findet sich bei den privaten Trägern ein drastischerer Anstieg um 28 %. Dem Anstieg der Zahl der Pflegeheime steht ein Anstieg der Zahl der Heimplätze in etwa der gleichen Größenordnung gegenüber. Die durchschnittliche Pflegeplatzzahl pro Heim liegt bei ca. 73. Die überwie-

gende Mehrheit der Heimplätze (ca. 96%) steht dabei für die vollstationäre Dauerpflege zur Verfügung. Betrachtet man die Entwicklung des Heimpersonals, dann zeigt sich ein Anstieg von 440.940 im Jahr 1999 um ca. 24% auf 546.397 im Jahr 2005. Dieser Anstieg beruht im Wesentlichen auf der Ausweitung der Teilzeitbeschäftigung und geringfügigen Beschäftigung. Der überwiegende Tätigkeitsbereich des Heimpersonals entfiel dabei mit ca. 69% auf die Pflege und Betreuung, während auf den hauswirtschaftlichen bzw. haustechnischen Bereich ca. 21% und auf Verwaltung und Geschäftsführung ca. 6% entfielen.

Von jedem Pflegebedürftigen im Heim der Pflegestufe I, der eine vollstationäre Dauerpflege beansprucht, sind für die Pflege sowie für Unterkunft und Verpflegung durchschnittlich 1.702 Euro pro Monat an das Heim als Vergütung zu entrichten. Bei Pflegestufe II liegt der Monatsbetrag bei 2.067 Euro und bei Pflegestufe III bei 2.523 Euro. Dabei liegen die Heimentgelte bei den Einrichtungen in privater Trägerschaft unter denen der Heimentgelte der Einrichtungen in freigemeinnütziger Trägerschaft und diese wiederum unter den Heimentgelten der Einrichtungen der öffentlichen Träger.

1.1.5 Finanzierung der Pflegebedürftigkeit

Von den Ausgaben zur Finanzierung von Pflegebedürftigkeit entfallen insgesamt 57% auf die soziale Pflegeversicherung, 21,4%, auf die privat getragene stationäre Pflege 8,3%, auf die Sozialhilfe, 6,6%, auf die privat getragene häusliche Pflege und 1,9%, bzw. 1,8% auf die Kriegsopferfürsorge bzw. die private Pflegeversicherung. Betrachtet man das Verhältnis von öffentlichen zu privaten Ausgaben, dann werden mehr als $\frac{2}{3}$ aus öffentlichen Mitteln und ca. $\frac{1}{3}$ aus privaten Mitteln finanziert.

1.2 Eintritt, Verlauf und Wandel von Pflegebedürftigkeit

1.2.1 Wer wird pflegebedürftig?

Mittels Analyse der GEK-Routinedaten wird der Frage nachgegangen, welche Personengruppen in besonderem Maße dem Risiko unterliegen, im Lebensverlauf pflegebedürftig zu werden. Allein dieser Datenzugang impliziert bereits, dass Pflegebedürftigkeit nachstehend durchgängig als Pflegebedürftigkeit im Sinne des SGB XI verstanden wird. Im Einzelnen werden drei verschiedene Fragestellungen untersucht: Bei der ersten Frage geht es darum, zu analysieren, welche Faktoren das allgemeine Risiko der Pflegebedürftigkeit bestimmen. Als Zweites wird in ähnlicher Weise der Frage nachgegangen, welche Faktoren das spezielle Risiko des Heimeintritts beeinflussen. Zuletzt wird ermittelt, wie hoch die Wahrscheinlichkeit für Personen ist, vor ihrem Tode pflegebedürftig zu werden. Zusammengefasst zeigen sich folgende Ergebnisse:

Einflussfaktoren für den Eintritt in die Pflegebedürftigkeit: Zunächst hat das Lebensalter einen deutlichen Effekt auf das Risiko pflegebedürftig zu werden. Dabei steigt das Pflegebedürftigkeitsrisiko mit zunehmendem Lebensalter an, wobei anzumerken ist, dass Männer in einem Alter von 60-79 ein leicht höheres Risiko aufweisen als Frauen, während in den höheren Altersgruppen das Risiko bei den Frauen überwiegt. Darüber hinaus zeigt sich, dass das Leben in einer Partnerschaft einen protektiven Effekt auf-

weist, wonach Verheiratete in allen Altersgruppen ein geringeres Pflegebedürftigkeitsrisiko besitzen als Unverheiratete. Hierbei muss noch berücksichtigt werden, dass Frauen auf Grund ihrer höheren Lebenserwartung einem höheren Verwitwungsrisiko ausgesetzt sind. Ferner stellt die frühere Erwerbstätigkeit einen weiteren Einflussfaktor auf die Pflegebedürftigkeit dar; man denke nur an die mit der Arbeitswelt verbundenen Belastungen, die über den Lebensverlauf kumulieren. Demgemäß haben Arbeiter ein leicht höheres Risiko als Angestellte pflegebedürftig zu werden, was zugleich auf mögliche Unterschiede in den zur Verfügung stehenden Ressourcen der sozioökonomisch Bessergestellten zurückgeführt werden könnte. Die Hauptursache für eine auftretende Pflegebedürftigkeit ist aber deutlich in der medizinischen Dimension zu sehen. So tragen insbesondere psychische Erkrankungen, Neubildungen und Herz-Kreislauf-Erkrankungen maßgeblich zu einer auftretenden Pflegebedürftigkeit bei.

Einflussfaktoren für den Eintritt in ein Pflegeheim: Auch hier zeigt sich der bekannte Alterseffekt. Auffällig ist allerdings, dass Männer nur in der Gruppe der 60-69-Jährigen ein höheres Heimeintrittsrisiko besitzen als Frauen. Bei Frauen überwiegt dieses Risiko in allen höheren Altersgruppen. Ein Hauptgrund ist diesbezüglich das hohe Verwitwungsrisiko der Frauen, die als Folge einer Verwitmung weitaus weniger von den partnerschaftlichen Hilfe- und Pflegeleistungen profitieren als Männer, was dazu führt, dass die Wahrscheinlichkeit zur Inanspruchnahme von formeller Pflege (hier: Heimeintritt) höher liegt als bei den Männern. Dies wird ebenso an den Effekten des Familienstands deutlich, da hier die Unverheirateten weitaus eher in ein Pflegeheim wechseln als die Verheirateten. Ferner gilt ebenfalls bezüglich des Heimeintritts der Effekt der früheren Erwerbstätigkeit (im Vergleich zu Arbeitern können Angestellte den Heimeintritt zu Teilen verhindern oder hinauszögern). Dennoch gelten auch an dieser Stelle als wichtigste Bestimmungsgründe die Erkrankungen: Es überwiegen vor allem die psychischen Erkrankungen (z. B. Demenzen). Weitere Erkrankungen, die den Heimeintritt beeinflussen, sind Neubildungen sowie Herz-Kreislauf-Erkrankungen.

Häufigkeit von Pflegebedürftigkeit im Lebensverlauf: Es werden alle Verstorbenen des Jahres 2007, die mindestens 60 Jahre alt geworden sind, in Bezug darauf analysiert, ob sie vor ihrem Tode Pflegeleistungen bezogen haben. Hierzu wird bis zu vier Jahre – also bis 2003 – in die Vergangenheit geschaut, ob derartige Leistungen in Anspruch genommen wurden. Dabei wird festgestellt, dass im Todesjahr insgesamt 44,1% der Verstorbenen zuvor Pflegeleistungen bezogen haben (40,9% der Männer und 50,7% der Frauen). Darüber hinaus werden zwei weitere Effekte aufgedeckt: So nimmt einerseits die Inanspruchnahme deutlich mit der Nähe zum Todesjahr zu. Andererseits bleibt ein Alterseffekt erhalten. Neben dem üblichen Effekt des Alters ist die Nähe zum Tod somit ein weiterer, eigener bestimmender Faktor der Pflegebedürftigkeit. Als geschlechtsspezifischer Unterschied zeigt sich in diesem Rahmen, dass Frauen – auch bei Berücksichtigung der Nähe/Entfernung zum Todeszeitpunkt – eine Tendenz aufweisen, vermehrt Pflegeleistungen zu beanspruchen.

1.2.2 Pflegebedürftig! Und dann?

Weiterhin wird untersucht, wie sich die Pflegebedürftigkeit im Längsschnitt darstellt. Ein Hauptaugenmerk liegt dabei besonders auf den dynamischen Aspekten, also den Wechseln zwischen Pflegestufen und Pflegeleistungen.

Dauer der Pflegebedürftigkeit: Untersucht werden zum einen die allgemeinen Dauern der Pflegebedürftigkeit sowie zum anderen, wie sich diese Dauern unterscheiden, wenn eine Pflegekarriere mit einer bestimmten Pflegestufe begonnen wird. Betrachtet man als erstes – ganz allgemein – die Pflegedauern für Personen, die mit einer der drei Pflegestufen in die Pflegebedürftigkeit gelangen, dann zeigt sich eine mittlere Verweildauer für Männer von 15,8 Monate und für Frauen von 40,3 Monaten. Wird diesbezüglich noch zwischen den drei Pflegestufen differenziert, können folgende Ergebnisse festgehalten werden: die mittlere Verweildauer beträgt in Pflegestufe I 29,4 Monaten (Männer) bzw. 52,0 Monate (Frauen), in Pflegestufe II 5,7 Monate (Männer) bzw. 16,4 Monate (Frauen) und in Pflegestufe III 1,5 Monate (Männer) bzw. 1,9 Monate (Frauen). Damit zeigt sich einerseits, dass Frauen in allen Pflegestufen durchweg bessere Überlebenschancen besitzen. Allerdings ist andererseits die Dauer der Pflegebedürftigkeit sehr stark abhängig von der Pflegestufe beim Eintritt in die Pflegebedürftigkeit.

Wechsel von Pflegestufen: Wie sich zeigt, beginnen die meisten Personen ihre Pflegekarriere in der Pflegestufe I (61,2%) und weniger dagegen in Pflegestufe II (30,5%) oder Pflegestufe III (8,3%). Dabei gilt allerdings, dass Männer bei Pflegeeintritt vermehrt den höheren Pflegestufen zugeordnet sind als Frauen, so z. B. in der Pflegestufe III, in der sich anfangs 10,2% der Männer aber nur 5,9% der Frauen befinden. Nach Beginn der Pflegekarriere zeigen sich dann je nach Geschlecht und Pflegestufe bei Eintritt in die Pflegebedürftigkeit charakteristische Verteilungen. So zeigt sich bei den Männern und Frauen, die mit der Pflegestufe I in die Pflegebedürftigkeit gelangen, dass im weiteren Zeitverlauf die Anteile in Pflegestufe II deutlich und in Pflegestufe III leicht zunehmen. Außerdem gelingt einem äußerst kleinen Personenkreis (2-5%) die Rückkehr in die selbständige Lebensführung, so dass eine Pflegebedürftigkeit im Sinne des SGB XI nicht mehr vorliegt. Anders sehen dagegen die Verteilungen für die Personen aus, die mit der Pflegestufe II erstmalig pflegebedürftig werden. So gibt es bei diesen Pflegebedürftigen sowohl Höherstufungen in Pflegestufe III als auch Rückstufungen in die Pflegestufe I. Damit wird einmal mehr deutlich, dass Pflegebedürftigkeit keineswegs als statischer Zustand aufgefasst werden darf, sondern immer als dynamischer Prozess verstanden werden sollte. Zuletzt gilt für Personen, die mit der Pflegestufe III erstmalig pflegebedürftig werden, dass die Anteile in den anderen zwei Pflegestufen im Zeitverlauf von nur geringerer Bedeutung sind, es also nur zu sehr wenigen Rückstufungen aus der Pflegestufe III kommt.

Wechsel von Pflegeleistungen: Ähnlich wie bei der Analyse nach Pflegestufen, wurde die Dynamik der Inanspruchnahme von Pflegeleistungen erforscht. Im Mittelpunkt stehen dabei die wichtigsten Leistungsarten, d. h., Pflegegeld, Sachleistungen, Kombinationsleistungen und stationäre Leistungen. Es zeigt sich, dass in Bezug auf die vier ausgewählten Leistungsarten, die meisten Pflegebedürftigen zu Beginn ihrer Pflegekar-

riere das Pflegegeld in Anspruch nehmen (69,2%). Sachleistungen (7,6%), Kombileistungen (7,5%) und stationäre Leistungen (15,7%) sind dagegen in nur geringerem Ausmaß vertreten. Betrachtet man zunächst die ferneren Verteilungen der Leistungsarten für diejenigen Pflegebedürftigen, die zuerst ein Pflegegeld beziehen haben, dann zeigt sich, dass die Anteile vor allem in den stationären Leistungen und den Kombinationsleistungen zunehmen. Die Zunahme in den stationären Leistungen ist bei den Frauen in besonderem Maße ausgeprägt. Dem gegenüber nimmt der Anteil in den Sachleistungen nur geringfügig zu. Betrachtet man des Weiteren die Pflegebedürftigen, die ihre Pflegekarriere mit Sachleistungen beginnen, so zeigen sich ebenfalls verschiedene Wechsel der Leistungsarten. Es wird deutlich, dass schon nach kürzester Zeit die Anteile in den stationären Leistungen, den Kombinationsleistungen und dem Pflegegeld ansteigen. Besonders wichtig ist hier der große Anteil der Frauen, der in stationäre Leistungen gewechselt ist. Diesen Ergebnissen – in groben Zügen – recht ähnlich, sind die Pflegekarrieren der Pflegebedürftigen, die mit Kombinationsleistungen in die Pflegebedürftigkeit gelangen. Auch hier nimmt in erster Linie der Anteil der Personen mit stationären Leistungen im zeitlichen Verlauf zu, wobei die Frauen besonders stark Leistungen der stationären Pflege beziehen. Allerdings nehmen auch die Anteile innerhalb der Sachleistungen und der Geldleistungen zu. In nur äußerst geringem Maße verändern sich dagegen die Anteile in den Leistungsarten bei denjenigen, die direkt am Anfang ihrer Pflegekarriere stationäre Pflegeleistungen beziehen. Somit bleiben die Anteile aller anderen Leistungsarten im Zeitverlauf äußerst gering: Nur wenige Pflegebedürftige beziehen zu späteren Zeitpunkten wieder ambulante Pflegeleistungen. Damit kann insgesamt festgehalten werden, dass die Geld- und Heimleistungen recht stabil sind, wobei die Heimleistungen noch weitaus stabiler sind. Kommt es zu Heimeintritten, so erfolgen diese bei relativer Betrachtung zumeist aus den Sach- und Kombinationsleistungen, weniger aus dem Pflegegeld.

1.2.3 Wandel der Pflegebedürftigkeit

Bezüglich des Wandels der Pflegebedürftigkeit wurde untersucht, ob sich in Bezug auf die Pflegebedürftigkeit unterschiedliche Trends im Zeitverlauf feststellen lassen oder nicht. Hierzu wurden drei besondere Aspekte näher beleuchtet: die Inzidenzen der Pflegebedürftigkeit, die Dauer der Pflegebedürftigkeit sowie Veränderungen bezüglich des Sterbeorts.

Inzidenzen: Die Inzidenzen geben die Zahl der neu auftretenden Fälle von Pflegebedürftigkeit je Jahr wieder. Die Untersuchungsjahre sind die Jahre 2001, 2003, 2005, 2007. Wie die Ergebnisse verdeutlichen, scheint es eine Tendenz zu geben, nach der die Inzidenzen bei den 60-69-Jährigen, den 70-79-Jährigen und den 80-89-Jährigen leicht zurückgehen, während sie in der Gruppe der 90-Jährigen und Älteren leicht zunehmen.

Dauer der Pflegeverläufe: Die Analysen zeigen die Überlebenszeiten von Männern und Frauen nach ihrem erstmaligen Eintritt in die Pflegebedürftigkeit in den Jahren 2000-2006. Die Messzeitpunkte sind 3, 6, 12 und 24 Monate nach Pflegeeintritt. Ein tatsächlicher Trend oder markante Veränderungen können nicht festgestellt werden. Die Abweichungen zwischen den Jahren sind nur gering.

Veränderung des Sterbeorts: Seit einigen Jahren ist bekannt, dass sich der Tod im Allgemeinen immer mehr in Institutionen (z. B. im Pflegeheim oder im Krankenhaus) verlagert hat. Dieser Befund zeigt sich auch auf Basis der GEK-Daten. So verstarben etwa zwei Drittel der Männer und fast drei Viertel der Frauen in Institutionen, dies gilt z. B. im Jahr 2000 für 62,8% der Männer und 63,7% der Frauen, während die Werte für 2007 bei 66,8% (Männer) und 72,3% (Frauen) liegen. Es gibt also einen Trend zum institutionalisierten Tod, der sich insbesondere bei Frauen zeigt.

1.3 Medizinische Versorgung im Pflegeheim

1.3.1 Gesundheit von Pflegebedürftigen

Pflegebedürftigkeit ist stets verbunden mit körperlichen oder/und geistigen Einschränkungen. Mit Pflegebedürftigkeit verbunden sind insbesondere psychische Störungen, Schlaganfall und Parkinson-Syndrom. Diese Störungen und Erkrankungen liegen bei Pflegeheimbewohnern häufiger als bei häuslich gepflegten Personen vor.

Unter Berücksichtigung dieser Störungen und Erkrankungen, sowie unter Kontrolle von soziodemografischen Faktoren wie Alter, Geschlecht und Familienstand, wird untersucht, inwieweit die medizinische Versorgung von Pflegeheimbewohnern adäquat ist. Zur Bewertung wird ein Vergleich zwischen Pflegeheimbewohnern mit ambulant gepflegten Personen und Personen ohne Leistungen der Sozialen Pflegeversicherung angestellt. Soweit vorhanden werden auch Kennzahlen zur bedarfsgerechten Versorgung mit spezifischen Gütern und Leistungen herangezogen. Als Datenbasis zur Messung der medizinischen Versorgung werden die GEK-Routinedaten des Jahres 2006 verwendet. Die in den Analysen berücksichtigten Erkrankungen werden auf Basis der Daten der Jahre 2004 und 2005 ermittelt.

1.3.2 Behandlungshäufigkeit

Gemäß den durchgeführten Analysen erscheint die hausärztliche Versorgung insoweit adäquat, als zumindest annähernd in jedem Quartal ein Behandlungsfall pro Pflegeheimbewohner gemessen wird und damit der vorgegebene externe Maßstab – wenn auch knapp – erreicht wird. Die Versorgung durch Neurologen oder Psychiater erscheint dagegen nicht in ausreichendem Maße gegeben. Bei Heimbewohnern mit psychischen Störungen oder Parkinson-Syndrom sollte es in jedem Quartal zu einem Behandlungsfall kommen. Wenn diese Störungen oder Erkrankungen vorliegen, aber diese Behandlungshäufigkeit nicht annähernd erreicht wird, ist die Versorgung als defizitär zu beurteilen. Tatsächlich wird aber bei Vorliegen von Demenz, Schizophrenie oder Parkinson kaum je der Wert von 2,5 erreicht. Trotzdem ist die Versorgungslage im Pflegeheimen noch besser als bei Pflegebedürftigen, die häuslich gepflegt werden. Unter sonst gleichen Bedingungen kommt es bei Pflegeheimbewohnern zu durchschnittlich einem halben Behandlungsfall mehr als bei ambulant gepflegten Personen. Auch werden Heimbewohner signifikant seltener durch Augenärzte und Orthopäden behandelt. Die Zahl der Behandlungsfälle pro Jahr liegt für Pflegebedürftige in häuslicher und stationärer Pflege bei Augenärzten um durchschnittlich einen halben und bei Or-

thopäden um durchschnittlich einen viertel bis drittel Behandlungsfall niedriger als bei nicht pflegebedürftigen Personen.

1.3.3 Arzneimittel

Pflegebedürftige insgesamt bekommen mehr Verordnungen mit umstrittenem Nutzen oder Nebenwirkungen. Dies liegt aber am Erkrankungsspektrum und nicht an der Pflegebedürftigkeit. Da Pflegebedürftige überproportional häufig an psychischen Störungen leiden, kann es nicht überraschen, dass sie signifikant mehr Analgetika, Antiparkinsonmittel, Psycholeptika, Antidepressiva und Antidementiva erhalten. Auch bei Kontrolle des Krankheitsspektrums erhalten sie aber vermehrt Psycholeptika, Analgetika und Antidepressiva. Während sich Mehrverordnung von Analgetika mit einem womöglich höheren Anteil an Schmerzpatienten begründen lässt, deuten die Verordnungen für Psycholeptika und Antidepressiva auf eine Überversorgung hin. Umgekehrt lässt sich die signifikant geringere Verordnung von Antidementiva als Indiz für eine Unterversorgung interpretieren.

1.3.4 Sonstige medizinische Leistungen

Neben der ärztlichen Versorgung und der Verordnungsmenge von Medikamenten werden noch weitere medizinische Leistungen betrachtet. Die untersuchten Leistungen sind stationäre Rehabilitationsmaßnahmen, die Versorgung mit Heilmitteln und die Häufigkeit von Krankenhausaufenthalten.

Bei Personen in stationärer Pflege werden weniger stationäre Rehabilitationsmaßnahmen gemessen als bei Personen in häuslicher Pflege und noch weniger als bei Personen ohne SPV-Leistungen. Diese Unterschiede sind allerdings nicht signifikant, weil die Häufigkeit stationärer Rehabilitationsmaßnahmen generell im höheren Alter sehr niedrig ist. Eine spezifische Unterversorgung von Heimbewohnern zeichnet sich in den Daten nicht ab.

Zwar erhalten Pflegebedürftige signifikant mehr Verordnungen für Physiotherapie, Ergotherapie und Logopädie, allerdings zum Teil erheblich weniger als Pflegebedürftige in häuslicher Pflege. Die gemessenen Verordnungsmengen physiotherapeutischer, ergotherapeutischer oder logopädischer Leistungen erscheinen dabei kaum durch die kontrollierten Störungen und Erkrankungen bedingt, sondern im überwiegenden Maße durch die Pflegebedürftigkeit. Aus diesem Grund ist dem Vergleich mit Pflegebedürftigen in häuslicher Pflege hier ein größeres Gewicht beizumessen. Bezüglich dieses Maßstabs können die Ordnungszahlen dann als Indiz für eine mögliche Unterversorgung der Heimbewohner mit Logopädie und Physiotherapie gedeutet werden.

Die Zahl der Krankenhausaufenthalte ist bei stationär gepflegten Personen geringer als bei häuslich gepflegten Personen, aber höher als bei Nicht-Pflegebedürftigen. Die Unterschiede zwischen Personen mit Pflegeleistungen und Personen ohne Pflegeleistungen sind dabei größer als die Unterschiede zwischen Personen mit bestimmten Erkrankungen und Personen ohne Erkrankungen. Häufig wurde geäußert, es gäbe zu viele vermeidbare Krankenhausaufenthalte von Pflegeheimbewohnern, weil Versorgung

durch niedergelassene Ärzte nicht rund um die Uhr gewährleistet wird. Entsprechend finden wir mehr Krankenhausaufenthalte bei Pflegeheimbewohnern als bei Nicht-Pflegebedürftigen. Noch mehr Krankenhausaufenthalte sind allerdings bei den ambulant gepflegten Personen zu beobachten. Insgesamt ist eine abschließende Wertung über die Angemessenheit der Versorgung von Heimbewohnern mit Krankenhausleistungen nicht möglich.

1.3.5 Handlungsoptionen

Um die in Teilen defizitäre Behandlungshäufigkeit durch Fachärzte zu korrigieren, werden bessere Kooperationen zwischen Pflegeheimen und Ärzten gefordert. Wichtig ist dabei ein regelmäßiger Kontakt zu Hausärzten, die dann für die Koordinierung der fachärztlichen Versorgung zuständig sind. Durch eine gute Koordination und eine gute Erreichbarkeit im Notfall ließe sich womöglich auch eine Verringerung von Krankenhauseinweisungen erzielen. Die rechtlichen Grundlagen für bessere Kooperationen sind z. B. über Modelle der integrierten Versorgung gegeben. Als bekanntestes Beispiel erfolgreicher Umsetzung von Kooperationen präsentiert sich das Berliner Projekt, in dem Krankenkassen, Kassenärztliche Vereinigung, Ärzte und Pflegeheime gemeinsam zu praktikablen und wirtschaftlichen Finanzierungs- und Organisationsformen gekommen sind.

2 Einleitung

Einleitend soll nachstehend zunächst ein kurzer Überblick über die institutionellen Grundlagen der Pflegeversicherung in Deutschland gegeben (Abschnitt 2.1) und dann der Aufbau dieses Pflegereports erläutert werden (Abschnitt 2.2).

2.1 Die Pflegeversicherung in Deutschland im Überblick

Nach einer mehr als zwanzigjährigen Diskussion wurde 1995 in Deutschland eine gesetzliche Pflegeversicherung als fünfter Zweig der Sozialversicherung eingeführt und im neu geschaffenen SGB XI kodifiziert. Der Gesetzgeber hat sich in Deutschland für eine Kombination aus umlagefinanzierter Sozialversicherung (für knapp neun Zehntel der Bevölkerung) und obligatorischer kapitalfundierter Privatversicherung (für den Rest der Bevölkerung) entschieden. Im Folgenden wird das damit installierte Sicherungsarrangement kurz im Überblick beschrieben, da es den institutionellen Rahmen für die nachfolgenden Analysen bildet.

Für alle Versicherten der Gesetzlichen Krankenversicherung besteht eine Versicherungspflicht in der als 'soziale Pflegeversicherung' bezeichneten gesetzlichen Pflegeversicherung (§ 20 SGB XI). Privatkrankenversicherte Personen müssen eine private Pflegepflichtversicherung mit mindestens gleich hohen Leistungen abschließen (§ 23 SGB XI). Im Ergebnis sind 87% der Bevölkerung über die gesetzliche und 11% der Bevölkerung über die private Pflegepflichtversicherung versichert. Für 1% der Bevölkerung gibt es eigene Sicherungssysteme und nur ungefähr 0,3% der Bevölkerung sind nicht pflegeversichert (BMG 2005: Tab. 9.3).

Die gesetzliche Pflegeversicherung wird fast ausschließlich durch Beiträge der Versicherten finanziert, die seit Januar 1995 – also drei Monate vor der ersten Leistungsgewährung im April 1995 – erhoben werden. Die Beiträge der Arbeitnehmer werden je zur Hälfte von ihnen und den Arbeitgebern „getragen“ (§ 58 SGB XI). Zum Ausgleich für diese Belastung der Arbeitgeber wurde ein gesetzlicher Feiertag abgeschafft (Ausnahme: Sachsen). Der parteipolitische Streit um diese so genannte 'Kompensationsregelung' hat die Diskussion um die Einführung der Pflegeversicherung in der Schlussphase der Debatte dominiert und hätte fast zu einem Scheitern der Reform geführt (vgl. Haug/Rothgang 1994). Für die Rentner wurde der halbe Beitrag bis zum 1.1.2004 von der Rentenversicherung übernommen, seitdem bringen sie den ganzen Beitrag allein auf; für Arbeitslose wird der gesamte Beitrag von der gesetzlichen Arbeitslosenversicherung aufgebracht (§ 59 SGB XI). Beiträge werden als ein fester Prozentsatz vom beitragspflichtigen Einkommen bis zu einer Bemessungsgrundlage erhoben (§ 54 SGB XI). Die Beitragsbemessungsgrenze nach § 55 SGB XI liegt derzeit (Stand: 2008) bei monatlich 3.600 €. Der Beitragssatz von aktuell 1,95% bzw. 2.2% für Kinderlose ist per Gesetz festgelegt und kann nur vom Gesetzgeber geändert werden (§ 55 SGB XI). Beitragspflichtige Einnahmen werden nach den Regeln der gesetzlichen Krankenversicherung bestimmt. Grundsätzlich sind bei Pflichtversicherten die Arbeitseinkommen bzw. die Lohnersatzeinkommen beitragspflichtig, bei freiwillig Versicherten hingegen

alle Einkommen. Bei Lohnersatzleistungen sind spezifische Regelungen zu beachten, die in der Vergangenheit auch wiederholt geändert wurden.

Die Pflegeversicherung wurde als eigenständiger Zweig der Sozialversicherung, aber unter dem Dach der Gesetzlichen Krankenversicherung, errichtet. Träger der Pflegeversicherung sind gesetzliche Pflegekassen, die bei den jeweiligen Krankenkassen eingerichtet wurden (§ 1 Abs. 3 SGB XI). Ein eigener Verwaltungsapparat wurde nicht aufgebaut. Vielmehr werden die Pflegekassen von den Organen der gesetzlichen Krankenversicherung vertreten. Im Bereich der Pflegekassen gibt es einen umfassenden Ausgabenausgleich: Die Ausgaben aller Kassen werden anteilig von allen Einnahmen finanziert (§ 66 SGB XI). Mit einheitlichem Beitragssatz, einheitlichen Leistungen und einem umfassenden Ausgabenausgleich handelt es sich bei den Pflegekassen de facto um verschiedene Filialen einer „Einheitskasse“.

Anders als etwa bei der japanischen Pflegeversicherung ist die Leistungsberechtigung nicht auf die Altenbevölkerung beschränkt. Allerdings haben mehr als 80 % der Leistungsbezieher der gesetzlichen Pflegeversicherung ein Alter von mindestens 60 Jahren und mehr als 60 % ein Alter von mindestens 75 Jahren erreicht (Rothgang 2003). Obwohl der Leistungsbezug nicht altersbeschränkt ist, betrifft er somit doch überwiegend die Altenbevölkerung.

Leistungsvoraussetzungen sind Einschränkungen bei den basalen (bADL) und instrumentellen Aktivitäten des täglichen Lebens (iADL). Leistungsberechtigt sind „Personen, die wegen einer körperlichen, geistigen oder seelischen Krankheit oder Behinderung für die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, in erheblichem oder höherem Maße der Hilfe bedürfen“ (§ 14 Abs. 1 SGB XI). Die pflegebegründende medizinische Diagnose ist unerheblich. Auch eine etwaige Behinderung ist für sich genommen irrelevant, wenn sie nicht zu Einschränkungen bei den ADLs führt.

Als „gewöhnliche und regelmäßig wiederkehrende Verrichtungen“ gelten

- das Waschen, Duschen, Baden, die Zahnpflege, das Kämmen, Rasieren, die Darm- oder Blasenentleerung (Bereich Körperpflege),
- das mundgerechte Zubereiten oder die Aufnahme der Nahrung (Bereich Ernährung),
- das selbständige Aufstehen und Zu-Bett-Gehen, An- und Auskleiden, Gehen, Stehen, Treppensteigen oder das Verlassen und Wiederaufsuchen der Wohnung (Bereich Mobilität) und
- das Einkaufen, Kochen, Reinigen der Wohnung, Spülen, Wechseln und Waschen der Wäsche und Kleidung oder das Beheizen (Bereich hauswirtschaftliche Versorgung).

Es werden drei Stufen der Pflegebedürftigkeit unterschieden: erhebliche, Schwer- und Schwerstpflegebedürftigkeit. Die Einstufung richtet sich danach, wie oft am Tag Hilfen

benötigt werden und wie hoch der dafür notwendige Zeitaufwand insgesamt ist, den eine nicht als Pflegekraft ausgebildete Person aufwenden müsste (Tabelle 1).

Über das Vorliegen dieser Leistungsvoraussetzungen entscheidet die Pflegekasse auf der Basis eines Gutachtens, das der regional zuständige Medizinische Dienst der Krankenversicherung (MDK) erstellt (§ 18 SGB XI). Anders als im ärztlichen Bereich, sind die Leistungsanbieter an der Feststellung des Leistungsfalls nicht beteiligt.

Die Leistungen der Pflegeversicherung umfassen ambulante, teilstationäre und vollstationäre Hilfen sowie Leistungen für pflegende Angehörige (§§ 36 – 45c SGB XI). Im ambulanten Bereich können so genannte Pflegesachleistungen (§ 36 SGB XI) oder ein Pflegegeld für selbst beschaffte Pflegehilfen (§ 37 SGB XI) gewählt werden. Das Pflegegeld wird den Pflegebedürftigen ausgezahlt, insbesondere damit diese ihren pflegenden Angehörigen eine finanzielle Anerkennung zukommen lassen können. Bei den Pflegesachleistungen handelt es sich um Pflege durch professionelle Pflegedienste, deren Bezahlung von den Pflegekassen übernommen wird. Pflegegeld und Pflegesachleistungen können auch anteilig wahrgenommen werden (so genannte Kombinationsleistung gemäß § 38 SGB XI). Ist eine Pflegeperson beispielsweise wegen eines Erholungsurlaubs oder wegen Krankheit verhindert, werden die Kosten einer (professionellen) Ersatzpflegekraft für einen Zeitraum von längstens 4 Wochen bis zu höchstens 1.432 € übernommen (§ 39 SGB XI). Zudem werden Pflegehilfsmittel und technische Hilfen in beschränktem Umfang finanziert (§ 40 SGB XI).

<i>Tabelle 1: Stufen der Pflegebedürftigkeit</i>			
	Pflegestufe I: Erheblich Pflege- bedürftige	Pflegestufe II: Schwerpflege- bedürftige	Pflegestufe III: Schwerstpflege- bedürftige
Häufigkeit der benötigten Hilfen bei den bADL	Mindestens einmal täglicher Hilfebedarf bei mindestens zwei bADL	Mindestens dreimal täglich zu verschiedenen Tageszeiten	Der Hilfe- und Pflegebedarf ist so groß, dass jederzeit eine Pflegeperson unmittelbar erreichbar sein muss
Häufigkeit der benötigten Hilfen bei den iADL	Mehrfach in der Woche	Mehrfach in der Woche	Mehrfach in der Woche
Wöchentlicher Zeitaufwand für Hilfen bei den bADLs und iADL	Mindestens 1,5 Stunden im Tagesdurchschnitt, davon mindesten 45 Minuten Pflege (bADL)	Mindestens 3 Stunden im Tagesdurchschnitt, davon mindesten 2 Stunden Pflege (bADL)	Mindestens 5 Stunden im Tagesdurchschnitt, davon mindestens 4 Stunden Pflege (bADL)
Quelle: § 15 SGB XI.			

Professionelle Pflege kann auch teilstationär als Tages- und Nachtpflege (§ 41 SGB XI) oder vollstationär als Kurzzeitpflege (§ 42 SG XI) und als Langzeitpflege (§ 43 SGB

XI) finanziert werden. Bei vollstationärer Pflege in einer Pflegeeinrichtung beteiligt sich die Pflegeversicherung nur an der Entgeltung der pflegebedingten Aufwendungen, der sozialen Betreuung und der medizinischen Behandlungspflege. Die Kosten für Unterkunft und Verpflegung müssen von den Pflegebedürftigen übernommen werden, die Investitionskosten „sollen“ von den Ländern gefördert werden (§ 9 SGB XI). Nicht geförderte Investitionskosten können von den Einrichtungen umgelegt und den Pflegebedürftigen gesondert in Rechnung gestellt werden. Für Pflegebedürftige, die vollstationär in Einrichtungen der Behindertenhilfe betreut werden, leistet die Pflegeversicherung einen begrenzten Zuschuss in Höhe von monatlich 256 € (§ 43a SGB XI).

Für pflegende Angehörige werden Beiträge zur gesetzlichen Rentenversicherung gezahlt. Zudem sind diese nicht erwerbsmäßigen Pflegekräfte auch (beitragsfrei) in den Schutz der gesetzlichen Unfallversicherung einbezogen (§ 44 SGB XI). Pflegepersonen können zudem unentgeltlich an Pflegekursen teilnehmen, die von den Kassen für sie durchgeführt werden (§ 45 SGB XI).

Tabelle 2: Leistungen der gesetzlichen Pflegeversicherung (Hauptleistungsarten) (ab 01.07.2008)

in € / Monat	Häuslich		teilstationär	Stationär
Pflegestufe	Pflegegeld	Sachleistung	Sachleistung	Sachleistung
I	215	420	420	1.023
II	420	980	980	1.279
III	675	1.470	1.470	1.470
Härtefälle		max. 1.918		1.750

Quelle: §§ 36ff. SGB XI.

Leistungen zur ambulanten Pflege werden seit April 1995, Leistungen der stationären Pflege dagegen erst seit Juli 1996 gewährt. Dieses stufenweise Inkrafttreten der Pflegeversicherung sollte unter anderem einem befürchteten ‘Heimsog’ entgegenwirken. Alle Leistungen der Pflegeversicherung sind betraglich begrenzt (Deckelung) oder pauschaliert. Tabelle 2 enthält die Höchstleistungsbeträge der wichtigsten Leistungsarten.

Mit Inkrafttreten des Pflege-Leistungsergänzungsgesetzes (PflEG) vom 14.12.2001 (BGBl. I S. 3728) zum 1.1.2002 werden zusätzliche Leistungen für Pflegebedürftige mit erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf gewährt. Im Pflege-Weiterentwicklungsgesetz (PFWG), das zum 1.1.2008 in Kraft getreten ist, wurden diese Leistungen erhöht und der Kreis der Leistungsberechtigten auch auf Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz ausgedehnt, deren Hilfebedarf unterhalb der Zugangsschwelle für die übrigen SGB XI-Leistungen liegt. Derzeit belaufen sich diese Leistungen auf bis zu 200 € im Monat. Sie sind zweckgebunden einzusetzen für qualitätsgesicherte Betreuungsleistungen (§ 45b Abs. 2 SGB XI). Neben diesen Leistungen für den einzelnen Pflegebedürftigen, die rund 90% der Ausgaben für die zusätzlichen Leistungen für Pflegebedürftige mit erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf ausmachen, werden auch die Weiterentwicklung der Versorgungsstruktur für diesen Personenkreis mit Zuschüssen gefördert (§ 45c SGB XI – vgl. hierzu auch Rothgang 2004).

Bei der Pflegeversicherung handelt es sich nicht um eine Vollversicherung. Vielmehr werden Zuschüsse gewährt, die in der Regel nicht bedarfsdeckend sind. So reichen die Pflegesachleistungen bei häuslicher Pflege bei den derzeitigen Preisen für häusliche Pflege nur aus, um rund die Hälfte der Pflegebedarfe abzudecken, die in der jeweiligen Pflegestufe bei der Einstufung als notwendig anerkannt wurden. In der stationären Pflege sind die Deckungsgrade ähnlich.

Wie Tabelle 2 weiterhin zeigt, sind die Sachleistungen bei ambulanter Pflege rund doppelt so hoch wie die Geldleistungen. Die Höhe der teilstationären Leistungen orientiert sich an den Pflegesachleistungen. Die vollstationären Leistungen setzen in den niedrigen Pflegestufen höher an. In Pflegestufe III hingegen entsprechen sich die Leistungshöhen in ambulanter, teilstationärer und vollstationärer Pflege. Diese gleiche Leistungshöhe wurde ebenfalls gewählt, um keinen Anreiz für einen 'Heimsog' zu schaffen.

Verbindliche Regelungen zur Anpassung der Leistungshöhen im Zeitablauf enthält das Pflege-Versicherungsgesetz nicht. Die Leistungsdynamisierung erfolgt vielmehr diskretionär durch den Gesetzgeber (§ 30 SGB XI). Bis zum Sommer 2008 sind die Leistungssätze für die zentralen Leistungen allerdings nicht angepasst worden. Erst mit dem Pflege-Weiterentwicklungsgesetz sind ab dem 1.7.2008 neue Leistungssätze vereinbart.

Ein zentrales Instrument des Pflege-Versicherungsgesetzes ist die Intensivierung des Anbieterwettbewerbs auf dem 'Pflegermarkt'. Zu diesem Zweck wurde der zuvor bestehende Vorrang der Wohlfahrtsverbände aufgehoben und diese den privaten Anbietern gleichgestellt. Weiterhin sind die Pflegekassen verpflichtet, jeden geeigneten Anbieter zur Pflege zuzulassen – unabhängig vom bestehenden Bedarf. Damit bricht die Pflegeversicherung mit der Bedarfsplanungstradition, wie sie beispielsweise im Krankenhauswesen immer noch praktiziert wird. Allerdings wurde diese Wettbewerbsorientierung des Pflege-Versicherungsgesetzes zum Teil durch die Ausführungsgesetze auf Landesebene unterlaufen, die ihre – begrenzte – Investitionsförderung von der Aufnahme in einen Bedarfsplan abhängig gemacht haben (vgl. Eifert/Rothgang 1999; Rothgang 2000a; b). Dadurch wurden die nicht geförderten Einrichtungen benachteiligt und der freie Marktzugang als *conditio sine qua non* des Wettbewerbs verhindert. Allerdings beziehen sich diese Praktiken, die rechtlich – auch im Hinblick auf das Beihilfeverbot des Europäischen Wettbewerbsrechts – umstritten sind, auf vergleichsweise geringe Förderbeträge. Es ist den Ländern daher vielfach nicht gelungen, private Anbieter vom Markt fern zu halten. Insgesamt sind die Effekte der Marktöffnung daher unübersehbar. Seit einem einschlägigen Urteil des Bundessozialgerichts haben die Länder zudem ihre Förderpraktiken umgestellt, so dass dieses Wettbewerbshemmnis entschärft wurde.

Damit sich die Pflegebedürftigen und ihre Familien auf dem 'Pflegermarkt' bewegen können, sind die Pflegekassen aufgefordert, diese zu beraten (§ 7 SGB XI). Mit Inkrafttreten des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes ist dieser Beratungsauftrag ausgedehnt worden (§ 7a SGB XI). Aus der in § 8 SGB XI postulierten „gemeinsamen Verantwortung“ der Länder, Kommunen, Pflegeeinrichtungen und Pflegekassen für die Gewährleistung der pflegerischen Versorgung nach § 8 SGB XI kann auch ein Bera-

tungsauftrag der Kommunen abgeleitet werden, der aber in den einzelnen Ländern höchst unterschiedlich gehandhabt wird (vgl. Eifert/Rothgang 1999).

Zur Qualitätssicherung professioneller Anbieter haben die Pflegekassen und Sozialhilfeträger als Finanzierungsträger sowie die Leistungsanbieter auf Landesebene Vereinbarungen nach § 80 SGB XI getroffen. Mit dem Inkrafttreten des PfWG sind die §§ 80 und 80a gestrichen und durch die Regelungen des Elften Kapitels (insbesondere §§ 112 bis 117 des SGB XI) ersetzt worden.

Die Preisbildung für die Pflegeleistungen professioneller Anbieter erfolgt in Kollektivverhandlungen zwischen den Kostenträgern, das heißt Pflegekassen und Sozialhilfeträgern auf der einen und den Einrichtungsträgern auf der anderen Seite. Falls keine Einigung erzielt werden kann, entscheidet eine paritätisch besetzte Schiedsstelle.

Die Investitionsförderung ist in den Ländern unterschiedlich geregelt. Zum Teil werden die Kosten für Neubauten, Erweiterungen und Modernisierungen direkt gefördert (Objektförderung), zum Teil werden die Investitionsaufwendungen für die Pflegebedürftigen, die Sozialhilfe beziehen oder ohne Investitionsförderung beziehen würden, übernommen (Subjektförderung in Form von 'Pflegewohngeld') (vgl. Eifert/Rothgang 1999).

Mit dem Pflege-Weiterentwicklungsgesetz wurden noch weitere institutionelle Regelungen verändert (vgl. hierzu z.B. Rothgang/Preuss 2008). Da diese Regelungen aber erst 2008 in Kraft getreten sind, haben sie noch keinen Niederschlag in den Daten gefunden, die in diesem Report analysiert werden. Es wird deshalb an dieser Stelle darauf verzichtet, die Neuregelungen des PfWG weiter auszuführen.

2.2 Ziele und Inhalt dieses Pflegereports

Pflegebedürftigkeit geht jeden an. Derzeit sind in Deutschland mehr als zwei Millionen Menschen pflegebedürftig im Sinne der Pflegeversicherung. Weitere drei Millionen haben einen Hilfebedarf, dessen Ausmaß aber noch zu gering ist, um Leistungsansprüche gegenüber der Pflegeversicherung auszulösen. Fast jeder ist daher als Angehöriger, Freund oder Nachbar mit Pflegebedürftigkeit in Kontakt. Darüber hinaus ist die Wahrscheinlichkeit sehr hoch, selbst pflegebedürftig zu werden. Pflegebedürftigkeit und deren Bewältigung ist daher ein Thema, dem breitere Aufmerksamkeit geschenkt werden sollte.

Vor diesem Hintergrund setzt sich der GEK-Pflegereport zum Ziel, über das Ausmaß der Pflegebedürftigkeit und die Versorgung zu berichten. Dies geschieht zum einen durch die Zusammenstellung andernorts bereitgestellter Informationen zu Pflegebedürftigkeit und Versorgung und zum anderen durch Analysen der GEK-Routinedaten.

In Kapitel 3 informiert der GEK-Pflegereport auf Basis der amtlichen und nicht-amtlichen Statistiken über die Zahl der Neuzugänge zu Pflegeleistungen und die Zahl der Bezieher von Pflegeleistungen. Dabei wird differenziert nach Pflegestufen und Pflegeleistungen. Weitere Inhalte der Berichterstattung auf Basis der amtlichen Statistiken sind die Zahl der Pflegepersonen, die Zahl der Pflegeeinrichtungen und die Finanzie-

zung der Pflegeleistungen. Zur Berichterstattung gehören ferner die Darstellungen sonstiger Studien zur Pflegebedürftigkeit.

Da die Berichterstattung auf Basis der amtlichen Statistiken keine personenbezogenen längsschnittlichen Darstellungen umfasst, werden in Kapitel 4 Analysen der Pflegeverläufe auf Basis der GEK-Routinedaten präsentiert. Hierbei werden sowohl Verläufe bezüglich der Wechsel der Pflegestufen als auch der Pflegeleistungen dargestellt, um zu zeigen, wie groß ein mögliches Interventionspotential ist und um aufzuzeigen, wo sich mögliche Risikofaktoren für den einzelnen Pflegebedürftigen, aber auch für das System der Pflegeversorgung insgesamt verbergen. Im Speziellen wird analysiert, wer pflegebedürftig wird, wie viele Pflegebedürftige aus der Pflegebedürftigkeit wieder austreten, wie viele Pflegebedürftige wie schnell versterben und wie sich diese Verläufe zwischen Frauen und Männern und je nach Pflegeleistung und Pflegeleistung zu Beginn der Pflege unterscheiden.

In einem Schwerpunktthema werden im GEK-Pflegereport jeweils spezielle Fragen erörtert. Das Schwerpunktthema in diesem Report ist die medizinische Versorgung im Pflegeheim (Kapitel 5). Dazu wird unter Berücksichtigung soziodemografischer Faktoren und des Erkrankungsspektrums die medizinische Versorgung mit ambulant gepflegten Personen und Personen ohne Pflegeleistungen verglichen. Die Datengrundlage sind auch hierbei die GEK-Routinedaten. Die untersuchten Leistungen sind Behandlungsfälle je Facharztgruppe, Medikamentenverordnungen, rehabilitative Maßnahmen und Krankenhausaufenthalte.

3 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. So ist beispielsweise neben den grundlegenden Entwicklungen der Zahl der Pflegebedürftigen, der Art ihres Leistungsbezugs und der Höhe ihrer Pflegestufe auch wichtig, inwieweit diese Entwicklungen auf Veränderungen des Gesundheitszustands der Bevölkerung und der (auch) damit verbundenen Inanspruchnahme der Leistungen der Pflegeversicherung in Zusammenhang stehen. Hier werden also Fragen nach Veränderungen in den Häufigkeiten (Prävalenzen) und nach Veränderungen im Beginn (Inzidenzen) des Leistungsbezugs aufgeworfen. Weiterhin wirft die Pflege, vor allem im häuslichen Bereich, auch die Frage nach den pflegenden Menschen, also den Pflegepersonen auf: Steht zukünftig ein ausreichendes familiäres Pflegepotential zur Verfügung, oder ist von einer Erosion dieses Potentials auszugehen? 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. Insgesamt stellt sich damit neben der Finanzentwicklung der Pflegeversicherung auch die Frage nach der finanziellen Belastung der Kommunen. Zwar existieren zu diesen Fragen 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 angesprochenen Fragen bzw. Themen zusammengefasst werden.

Zunächst wird dabei auf die nicht-amtliche Statistik, d. h. vor allem auf sozialwissenschaftlich orientierte Alters- bzw. Pflegestudien eingegangen (Abschnitt 3.1). Anschließend wird dann die *Entwicklung der Zahl der Pflegebedürftigen* (Abschnitt 3.2) – einschließlich der in diesem Kapitel verwendeten Daten – beschrieben, sowie die Entwicklung der *Prävalenzen* (Abschnitt 3.3) und der *Inzidenzen* (Abschnitt 3.4). Danach wird auf die *Pflegepersonen* eingegangen (Abschnitt 3.5) sowie auf die *Pflegeeinrichtungen* (Abschnitt 3.6) und die entsprechenden *Heimentgelte* (Abschnitt 3.7). Abschließend wird die *Finanzierung der Pflege* thematisiert (Abschnitt 3.8). Die einzelnen Merkmale werden, soweit es möglich ist, als Zeitreihe bis zum jeweils aktuell verfügbaren Berichtsjahr, hier 2006, dargestellt.

3.1 Pflege- bzw. Altersstudien

Im Folgenden sollen die wichtigsten Pflege- bzw. Altersstudien in Deutschland behandelt werden. Bei den Studien handelt es sich zunächst um Ergebnisse größerer Forschungsprojekte in Deutschland, wobei der Fokus auf tatsächlichen Altersstudien liegt.¹

¹ Auf allgemeine Projekte, die die Bearbeitung von alter(n)swissenschaftlichen Fragestellungen erlauben, wie z. B. das Sozio-ökonomische Panel (SOEP), die Allgemeine Bevölkerungsumfrage

Anschließend werden die Forschungsergebnisse kleinerer Forschungsvorhaben summarisch in Bezug auf das hier interessierende Thema „Pflege“ dargestellt.

Dabei sei schon an dieser Stelle angemerkt, dass die überwiegende Anzahl dieser Studien auf Querschnittsinformationen beruht, Längsschnittstudien nur sehr gering vertreten und kritisch zu betrachten und Untersuchungen über tatsächliche Pflegeverläufe – wie sie im vorliegenden Pflegereport mit den Daten der GEK bearbeitet werden (Kapitel 4) – nahezu nicht existent sind.

3.1.1 Die Infratest-Studien

Von großer Relevanz für Erkenntnisse über Pflegebedürftigkeit und Pflege sind in Deutschland vor allem die umfangreichen Studien zu „Möglichkeiten und Grenzen selbständiger Lebensführung (MuG)“, die von Infratest im Auftrag des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) bzw. seiner Vorgängereinstitutionen in Auftrag gegeben wurden. Ergänzt werden diese Arbeiten durch eine weitere Infratest-Erhebung zu den Wirkungen der Pflegeversicherung, die vom Bundesministerium für Gesundheit finanziert wurde. Diese jeweils von Ulrich Schneekloth federführend geleiteten Untersuchungen bilden die wahrscheinlich wichtigsten Informationsquellen zur Situation Pflegebedürftiger in Deutschland.

Die erste dieser Pflegestudien bezieht sich auf Hilfe- und Pflegebedürftige in privaten Haushalten (Schneekloth/Potthoff 1993). Sie wurde 1990 von der damaligen Bundesministerin für Familie und Senioren in Auftrag gegeben, da es an Informationen zur Lebenssituation von hilfe- und pflegebedürftigen Menschen mangelte. Das Ziel dieser Studie war es, „Planungsdaten für eine künftige Sozialpolitik vorzulegen“ (Schneekloth/Potthoff 1993: 23). Die von Infratest ermittelten Ergebnisse haben die Ausgestaltung der Pflegeversicherung, insbesondere in Bezug auf die Definition des Pflegebedürftigkeitsbegriffs und der Pflegestufen, nachhaltig beeinflusst (vgl. Fachinger et al. 1995).

Als Datengrundlage dienen dieser Infratest-Studie zwei repräsentative Bevölkerungstichproben: Bei der ersten Stichprobe handelt es sich um eine allgemeine Haushaltsstichprobe, wohingegen es sich bei der zweiten Stichprobe um eine Seniorenstichprobe handelt, die lediglich Haushalte mit Personen ab 70 Jahren umfasst. Beide Stichproben wurden aus den alten und neuen Bundesländern gezogen. Zuletzt standen somit Informationen über 22.644 Haushalte bzw. 3.092 Haushalte mit Personen ab 70 Jahren zur Verfügung. Die endgültigen Daten wurden dann auf die Bevölkerungsstruktur des Jahres 1989 hochgerechnet, so dass eine Repräsentativität nur für dieses Jahr gegeben ist.

Aus der thematischen Perspektive bietet die erste Infratest-Studie ein breites Spektrum an Information zu den unterschiedlichsten pflegebezogenen Bereichen, beispielsweise zu Informationen über alltägliche Lebensaktivitäten (ADL/iADL), zum Hilfe- und

der Sozialwissenschaften (ALLBUS) oder den Wohlfahrtssurvey wird an dieser Stelle nicht eingegangen.

Pflegebedarf in privaten Haushalten, zum medizinischen Hintergrund, zum Pflegebedarf in verschiedenen demographischen Bevölkerungsgruppen, zur häuslichen Versorgung, zur medizinischen, rehabilitativen und sozialpflegerischen Versorgung sowie zu sozialen Problemlagen.

Hervorzuheben ist insbesondere, dass die in der Studie verwendete Definition der Pflegebedürftigen Grundlage für die gesetzliche Definition von Pflegebedürftigkeit war. Des Weiteren konnte mit der Kategorie der „Hilfebedürftigen“ auch ein – zusätzlich zu den 1,1 Mio. Pflegebedürftigen – über die SPV-Leistungen hinausgehender „Bedarf“ bei ca. 2,1 Mio. Menschen festgestellt werden (Schneekloth/Potthoff 1993).

Während sich die erste Infratest-Studie lediglich auf hilfe- und pflegebedürftige Personen in privaten Haushalten bezieht, konzentriert sich die zweite Infratest-Studie aus dem Projekt „Möglichkeiten und Grenzen selbständigen Lebens und Arbeitens in stationären Einrichtungen“ speziell auf Hilfe- und Pflegebedürftige in Heimen (Schneekloth und Müller 1997). Ziel war es, Strukturinformationen zu gewinnen, die Auskunft über die wichtigsten demographischen Charakteristika von Heimbewohnern, die Art und den Umfang der Aktivitätseinschränkungen, den Hilfe- und Pflegebedarf, sowie die wohnliche Situation, die Art der Versorgung, Betreuung und die sozialen Kontakte geben (Schneekloth/Müller 1997: 13). Datengrundlage der Heimerhebung bildet hier eine stichtagsbezogene Auswahl. Alle Informationen beziehen sich dabei – repräsentativ – auf das Jahresende 1994. Insgesamt wurden Daten zu 3.015 Bewohnerinnen und Bewohnern aus 377 Alteinrichtungen und 1.251 Bewohnerinnen und Bewohnern aus 158 Wohneinrichtungen der Behindertenhilfe aus den alten und neuen Bundesländern erhoben.

Auch in dieser Studie liegt ein breites Spektrum an Informationen vor. So gibt es zu den Bewohnern von Alten- und Behinderteneinrichtungen z.B. Angaben zu demographischen Merkmalen, Informationen zum Heimübergang und zur Dauer des Aufenthalts, zum Hilfebedarf und zu Versorgungsleistungen, zu chronischen Krankheiten und zur medizinisch-therapeutischen Versorgung, zur wohnlichen Situation sowie zu sozialen Kontakten und Aktivitäten.

Als Hauptergebnis in Bezug auf den Hilfe- und Pflegebedarf lässt sich festhalten, dass 57% der Plätze in Alteinrichtungen direkt als Pflegeplätze definiert sind, 31% als Altenheimplätze und weitere 12% als Wohnheimplätze – fast die Hälfte der Plätze in Alteinrichtungen sind vor Einführung der Pflegeversicherung damit nicht auf Pflegebedürftigkeit zugeschnitten. Dabei sind für die Heimbewohner typische Einschränkungsmuster auffällig, wobei insbesondere Mobilitätseinschränkungen und psychische Veränderungen im Vordergrund stehen. Von besonderer Relevanz sind insbesondere Ergebnisse, die sich auf die durchschnittliche Dauer des Heimaufenthalts beziehen (Schneekloth/Müller 1997, Kapitel 3.2). Zum Befragungszeitpunkt waren 19% der Altenpflegeplätze seit weniger als einem Jahr belegt, 31% seit 1-3 Jahren. Aufgrund der Querschnittsproblematik wurde zudem eine eigenständige Schätzung der Verweil-

dauern im Längsschnitt vorgenommen.² Hierbei wurden die Dauern der letzten beiden verstorbenen Pflegebedürftigen pro Heim erhoben. Zuletzt konnte so eine Verweildauer vom Heimeintritt bis zum Ableben des Bewohners berechnet werden. Im Mittel ergaben sich dabei 36 Monate für die Aufenthaltsdauer in Pflegeeinrichtungen.

Im Anschluss an die beiden oben beschriebenen Infratest-Studien wurde eine erneute – für das Jahr 2002 repräsentative stichtagsbezogene – Erhebung durchgeführt, die den Wandel des Hilfe- und Pflegebedarfs in privaten Haushalten untersucht. Die auch als MUG III bezeichnete Studie (Schneekloth/Wahl 2005) knüpft damit explizit an die erste Infratest-Studie an und enthält ähnliche Information. Aus MUG III geht hervor, dass weiterhin die Pflege Bedürftiger hauptsächlich im häuslichen Rahmen stattfindet und die Hauptpflegepersonen enge Angehörige sind. Allerdings nimmt die Anzahl der Männer als Hauptpflegeperson zu und auch die Pflege durch Nachbarn und Bekannte. Professionelle Leistungen der Pflegeversicherung dienen als Ergänzung zur häuslichen Versorgung und sollen eine Unterstützung der privaten Pflegebereitschaft darstellen. Insgesamt wird die häusliche Pflege auch im Hinblick auf die Auswirkungen des demographischen Wandels als stabil und anpassungsfähig bewertet.

Zum Jahresende 2005 wurde schließlich erneut eine Heim-Erhebung als repräsentative Stichtagsbefragung durchgeführt (MUG IV). Befragt wurden die Pflegerinnen und Pfleger von insgesamt 4.229 Bewohnerinnen und Bewohnern aus 609 Alteneinrichtungen in Deutschland (Schneekloth/Wahl 2007). MUG IV knüpft damit an die zweite Infrateststudie an. Insgesamt konnte eine abnehmende Verweildauer im Pflegeheim festgestellt werden. Die individuellen und privaten wohnlichen Gegebenheiten wurden positiver als noch vor einigen Jahren bewertet. Außerdem wurden nicht ausgeschöpfte Potenziale in der Einbeziehung der Angehörigen und dem Einsatz Ehrenamtlicher identifiziert. Zusätzlich wurde in einer vertiefenden Untersuchung die Demenz der Bewohner mit Hilfe eines intensiven Pflege- und Verhaltensassessments gemessen. Hierbei wurde bei 69 % der Heimbewohner ein Demenzsyndrom festgestellt.

Des Weiteren wurden von Infratest die Wirkungen der Pflegeversicherung evaluiert (Schneekloth/Müller 2000). Bei 1.426 realisierten Befragungen, die für das Jahr 1998 repräsentativ sind, liegen auch in dieser Studie ähnliche Informationen wie in den vorher genannten Studien vor. Neben dem Hauptanliegen, den Ergebnissen zu Effekten der Einführung der Pflegeversicherung (z. B. Finanzergebnisse, institutionelle Effekte im stationären Bereich, Auswirkungen auf Sozialhilfe und Gesetzliche Krankenversicherung), gibt es weitere Auskünfte zu Pflegebedürftigen in privaten Haushalten, zu ambulanten Pflegediensten und stationären Pflegeeinrichtungen.

² Die Problematik der Querschnitterhebungen beruht auf der Tatsache, dass bei einer Stichtagsbefragung lediglich die aktuell im Heim lebenden Pflegebedürftigen befragt werden. Pflegebedürftige mit (sehr) kurzen Verweildauern in den Altenpflegeeinrichtungen werden folglich systematisch unterschätzt, da diese Heimplätze in einem gegebenen Beobachtungszeitraum mehrfach belegt sein können.

Werden die Infratest-Studien insgesamt betrachtet, so wird ersichtlich, dass es sich – trotz der umfangreichen Ergebnisse aus vielen verschiedenen pflegerischen Bereichen und trotz der Wiederholung der Befragungen – doch nur um Querschnittsstudien handelt. Wirkliche Erkenntnisse über z. B. Wechsel zwischen Pflegestufen, also über Pflegeverläufe – wie sie im vorliegenden Pflegereport anhand von GEK-Daten berechnet werden – können bei einem solchen Design nicht generiert werden.

3.1.2 Die Berliner Altersstudie (BASE)

Eine der größeren Studien in Deutschland bezüglich der Themen Alter und Altern bildet die Berliner Altersstudie (BASE), deren umfangreiche Ergebnisse erstmalig 1999 zusammengefasst publiziert wurden (Mayer/Baltes 1999). Bei dieser Studie handelt es sich um eine interdisziplinäre, thematisch breit gefächerte Untersuchung, die sich auf Menschen im Alter von 70 bis über 100 Jahren bezieht, die im ehemaligen West-Berlin leben. In der Hauptstudie (1990-1993) wurde eine Kernstichprobe von 516 Personen ausgewählt, die Bezug auf ihre geistige und körperliche Gesundheit, ihre intellektuelle Leistungsfähigkeit und psychische Befindlichkeit sowie ihrer sozialen und ökonomischen Situation untersucht wurde. Daran anschließend wurde die BASE als Längsschnittstudie weitergeführt, indem überlebende Teilnehmer in Follow-up-Untersuchungen weiterverfolgt werden.

Prototypische Fragestellungen, die während des gesamten Forschungsvorhabens im Vordergrund stehen sind z. B.:

- Sind individuelle Unterschiede im Alter aus lebensgeschichtlichen Daten vorhersagbar?
- Wie groß sind die Alter(n)unterschiede innerhalb der Funktionen oder Bereiche, die durch jede Disziplin identifiziert wurden, und in welche Richtung weisen sie?
- Wie stellen sich Zusammenhänge zwischen medizinischen, psychologischen und sozioökonomischen Merkmalen auf systemischer Ebene dar?

Diese Fragen werden in den vier Forschungseinheiten Innere Medizin/Geriatrie, Psychiatrie, Psychologie und Soziologie/Sozialpolitik bearbeitet. Beispielsweise stehen innerhalb der verschiedenen Forschungseinheiten folgende Themen im Mittelpunkt des Interesses:

- Forschungseinheit *Innere Medizin/Geriatrie*: objektive Gesundheit (kardiovaskuläres System, Muskuloskeletales System, Immunsystem, Zahnstatus, Multimorbidität), subjektive Gesundheit (subjektive körperliche Gesundheit, subjektives Sehvermögen und Gehör), funktionelle Kapazität (Aktivitäten des täglichen Lebens, körperliche Leistungsfähigkeit) oder Behandlungsbedarf (medikamentös, zahnärztlich, insgesamt).
- Forschungseinheit *Psychiatrie*: Spektrum (psychische Erkrankungen, Depressionssyndrom, Demenzsyndrom, Psychopathologie) oder Prädiktoren (vorherige Erkrankungen, Multi-/Komorbidität, andere Risikofaktoren) psychischer Krankheiten.

- Forschungseinheit *Psychologie*: Intelligenz und geistige Leistungsfähigkeit (Mechanik der Intelligenz, Pragmatik der Intelligenz), Selbst und Persönlichkeit (Selbstbeschreibung, Persönlichkeitsdimensionen, Emotionale Befindlichkeit, selbstregulative Prozesse) oder soziale Beziehungen (Netzwerkstruktur, soziale Unterstützung, Veränderungen des Netzwerks, Zufriedenheit mit sozialen Beziehungen).
- Forschungseinheit *Soziologie und Sozialpolitik*: Lebensgeschichte und Generationsdynamik (soziale Herkunft, Migrationsgeschichte, Bildungsgeschichte, Berufsgeschichte, Partnerschaftsgeschichte, Geschichte des Familienlebens) oder ökonomische Bedingungen und soziale Absicherung (Vermögen, Einkommensquellen, Transfers, Ausgaben, Verbrauchereigenständigkeit).

Interessante Ergebnisse der BASE, die im Zusammenhang mit Pflege stehen, finden sich bei Linden et al. (1999), die die Inanspruchnahme medizinischer und pflegerischer Hilfe im hohen Alter analysierten. Es zeigt sich, dass 93 % der 70-Jährigen und älteren Personen der untersuchten Population in ständiger ärztlicher Betreuung stehen. 97 % nehmen regelmäßig Arzneimittel ein, im Durchschnitt sechs Mittel pro Tag. Zudem waren 21 % im vergangenen Jahr mindestens einmal im Krankenhaus. 83 % leben in Privatwohnungen. Und nahezu 80 % der untersuchten Bevölkerungsgruppe sind zu einer überwiegend selbständigen Lebensführung in der Lage. 8 % sind nach den Kriterien der Pflegeversicherung pflegebedürftig.

Darüber hinaus verdeutlichen Analysen mit einfachen statistischen Zusammenhangsmaßen (z. B. Kontingenzkoeffizient) zur Inanspruchnahme, dass signifikante Assoziationen zwischen medizinischen Variablen, dem subjektiven Krankheitserleben, dem Sozialprestige, Einkommen und dem Familienstand vorliegen. Mittels logistischer Regression wurden zusätzlich die Einflussfaktoren auf die pflegerische Hilfe ermittelt. Signifikante Effekte ergaben sich bezüglich der medizinischen Variablen, des Familienstands sowie des Alters. Außerdem wird institutionelle Pflege, die speziell im Zusammenhang mit Demenzerkrankungen notwendig ist, besondere in Anspruch genommen, wenn Pflegebedürftigkeit gegeben ist und die Betroffenen allein stehen.

Eine Begrenzung der Verallgemeinerbarkeit dieser Ergebnisse ergibt sich daraus, dass die gesamte BASE-Stichprobe auf Berlin beschränkt bleiben muss. Damit ist die Frage nach einer größeren Generalisierbarkeit der Ergebnisse generell in Frage zu stellen, z. B. wird die ländliche Bevölkerung nicht berücksichtigt, sondern lediglich eine Großstadt-Population.³ Des Weiteren ist die Aussagekraft der Ergebnisse insofern limitiert, als dass „es sich bei den berichteten Daten ausschließlich um Querschnittsdaten handelt. Auch die Ergebnisse multivariater Analysen sind letztendlich nur als korrelative Zusammenhänge zu interpretieren. Alle Hinweise auf kausale Beziehungen und gerichtete Abhängigkeiten sind nur theoretisch, nicht jedoch empirisch zu begründen“ (Linden 1999: 490). Außerdem finden sich in der BASE keinerlei Informationen zu Pflegeverläufen.

³ Zu näheren Informationen der Stichprobenselektivität der BASE siehe Lindenberger (1999).

3.1.3 Der Alterssurvey

Ähnlich der Infratest-Studien wurde auch der Alterssurvey aus Mitteln des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) gefördert (Dittmann-Kohli et al. 1995, 1997, Hoff et al. 2003, Kohli et al. 2000, Kohli/Künemund 2000, 2003, Tesch-Römer et al. 2002). Bei dieser Studie handelt es sich um eine repräsentative Panelstudie mit (bislang) zwei Erhebungswellen und dem Ziel einer umfassenden „Beobachtung des Alternsprozesses der deutschen Bevölkerung“ (Kohli/Künemund 2003: 18).

Datengrundlage des Alterssurveys bildet eine große, repräsentative Stichprobe der deutschen Bevölkerung von 40 bis 85 Jahren. Dabei konnten in der ersten Panelwelle 1996 insgesamt 4.838 Personen befragt und in der zweiten Panelwelle 2002 insgesamt 1.524 Fälle wiederbefragt werden, die mittels einer disproportional-geschichteten Stichprobe (nach Alter, Geschlecht und Region) ermittelt wurden. Zudem wurden 2002 zusätzlich 3.670 deutsche und nicht-deutsche Personen erstmalig erhoben. In diesem Zusammenhang wurde nach drei Altersgruppen differenziert: nach den 40-54-Jährigen, die die Gruppe der im Arbeitsleben (und im Vorruhestand) befindlichen Personen repräsentiert, nach den 55-59-Jährigen Personen im Übergang zum Ruhestand und nach den 70-85-Jährigen, den im Ruhestand Lebenden und/oder sich auf das hohe Alter Vorbereitenden (Hoff et al. 2003: 198f.). Bei all diesen Personengruppen wurden schließlich Angaben zu beispielsweise Bildung, Erwerbsleben, Haushalt, Familie, Einkommen und Vermögen, Gesundheit, Wohnen und Wohnumfeld, Freizeitaktivitäten, gesellschaftlicher Partizipation und Engagement, sozialen Beziehungen oder Unterstützungsleistungen erhoben. Somit liegen detaillierte Daten für die gesamte zweite Lebenshälfte vor. Wenngleich diese Daten viele verschiedene Lebensbereiche umfassen, so wurde die Gesundheitssituation der befragten Personen nicht im Einzelnen untersucht. Vielmehr fiel die Entscheidung für eine Beschränkung auf die Gesundheitsindikatoren subjektive Bewertung des Gesundheitszustandes, Behinderung bei der Erfüllung alltäglicher Aufgaben, Hilfebedürftigkeit, eine knappe ADL/iADL-Liste sowie eine kombinierte Krankheiten- und Beschwerdeliste (Kohli et al. 2000: 28). Deutlich zeigt sich, dass mit zunehmendem Alter die Anzahl von Erkrankungen und auch der Hilfebedarf ansteigen.

Damit sind auch im Alterssurvey – wie in den bisherigen Studien – keine (expliziten) Resultate in Bezug auf Pflege, Pflegeverläufe und deren Determinanten enthalten. Kritisch muss zudem berücksichtigt werden, dass „mit den Querschnittsdaten des Alters-Survey keine Veränderungshypothesen geprüft werden können – es muss also vielfach offen bleiben, ob die Altersgruppendifferenzen auf Veränderungen im individuellen Alternsprozess oder auf dauerhaft unterschiedliche Merkmale der betreffenden Generationen [...] zurückzuführen sind“ (Kohli/Künemund 2003: 25). Zudem beschränkt sich der Panel-Charakter des Alters-Surveys auf lediglich 1.524 Fälle.

3.1.4 Interdisziplinäre Längsschnittstudie des Erwachsenenalters (ILSE)

Umfangreich Erkenntnisse über die ältere Bevölkerung finden sich des Weiteren in der Interdisziplinären Längsschnittstudie des Erwachsenenalters – kurz ILSE (Martin et al.

2000a, 2000b, Schmitt/Martin 2003). Der Zweck dieses Forschungsvorhabens besteht in der „Untersuchung individueller, gesellschaftlicher und materieller Bedingungen für ein gesundes, selbstbestimmtes und von Lebenszufriedenheit geprägtes Altern“ (Schmitt/Martin 2003: 205). Bei der ILSE handelt es sich um eine Längsschnittstudie, die auf einen langen Untersuchungszeitraum von 20 Jahren ausgelegt ist (Martin et al. 2000a: 17). Gegenwärtig wurden allerdings lediglich zwei Messzeitpunkte abgeschlossen, der erste Messzeitpunkt 1996, der zweite Messzeitpunkt – an dem noch immer ca. 90 % der Befragten teilnahmen – wurde Anfang 2000 abgeschlossen. Untersucht werden an dieser Stelle zwei unterschiedliche Geburtskohorten (1930-1932 und 1950-1952), wobei sich die Repräsentativität der Studie ausschließlich auf fünf Erhebungszentren in Ost- und Westdeutschland beschränkt, nämlich auf Heidelberg, Leipzig, Bonn, Erlangen-Nürnberg und Rostock. Der Stichprobenumfang betrug zum Anfang der Studie 1.390 Personen.

Im Vordergrund der ILSE stehen insbesondere die nachstehenden vier Forschungsfragen:

- In welcher Weise beeinflussen individuelle, soziale und situative Bedingungen in der Biografie psychische und physische Prozesse im Verlauf der Entwicklung von der Lebensmitte bis zum hohen Alter?
- Führen unterschiedliche gesellschaftliche, ökonomische und ökologische Umweltbedingungen zu kohortenspezifischen Lebensstilen und individuellen Entwicklungsmustern?
- Interagieren biologische, medizinische, psychologische und soziologische Variablen im Prozess der Entwicklung zu einem gesunden und zufriedenen Altern?
- Wie kann eine persönliche Gestaltung des eigenen Lebensstils und der eigenen Lebenssituation dazu beitragen, dass eine hohe Lebensqualität in der zweiten Lebenshälfte erreicht wird?

Die Ergebnisse, die bis zum jetzigen Zeitpunkt vorliegen, beziehen sich bereits auf viele verschiedene Lebensbereiche. So gibt es Ergebnisse zu individuellen Ressourcen (Persönlichkeit, Kognition, Coping, Lebenszufriedenheit), zu Familienbeziehungen (Ehe, Partnerschaft, Generationsbeziehungen), zum Beruf und zur Berufsbiographie, zur Wohnsituation und zur Gesundheit und Gesundheitsverhalten.

Trotz dieses umfangreichen Forschungsspektrums gibt es keine Resultate, die sich ausdrücklich auf Pflegebedürftigkeit beziehen. Es wurde lediglich die körperliche Leistungsfähigkeit, der Medikamentenkonsum als Gesundheitsindikator oder das Ernährungsverhalten untersucht. Daneben ist zur Generalisierbarkeit noch einmal zu sagen, dass diese auf die oben genannten Erhebungszentren beschränkt bleibt und zudem die Männer in beiden Kohorten leicht überrepräsentiert sind (Martin/Martin 2000: 20ff.). Folglich finden sich auch in der ILSE keinerlei Erkenntnisse über Pflegeverläufe.

3.1.5 Die Bonner Gerontologische Längsschnittstudie (BOLSA)

Die in Deutschland erste große Altersstudie ist die Bonner Längsschnittstudie des Alters (BOLSA) (Fookon 2003, Lehr/Thomae 1987, Thomae 1993). Sie nahm ihren Ausgangspunkt Ende der 1950er Jahre, begann jedoch konkret 1965 mit einer ersten Stichprobe (Quotensample) von 222 Frauen und Männern im ehemaligen Westdeutschland, die jeweils einer jüngeren bzw. älteren Geburtskohorte (1890-1895, 1900-1905) zugeordnet wurden. Insgesamt schlossen sich dieser ersten Erhebung sieben weitere Erhebungen an; zum letzten der insgesamt acht Messzeitpunkte, im Jahre 1984/85, nahmen noch 34 Personen an der BOLSA teil (etwa 15 % der Ausgangsstichprobe). Damit überbrückt diese Studie einen großen Zeitraum von 20 Jahren, was zum Teil den hohen Stichprobenausfall aufgrund des Altersprozesses erklärt. Den Altersprozess selbst zu untersuchen und dabei unter Berücksichtigung persönlicher, sozialer, biographischer und biologischer Gesichtspunkten zu beschreiben war dabei das Hauptanliegen, das mit dieser Studie verfolgt wurde.

Da jedoch ein Großteil der Studie auf entwicklungspsychologische Fragestellungen im Alter Bezug nimmt und die Studie zudem weit vor der Einführung der Pflegeversicherung endet, lassen sich aus der BOLSA keine Resultate ableiten, die explizit für die Erforschung von Pflegeverläufen fruchtbar sind.

3.1.6 Der Altenheimsurvey

Eine andere Studie, die sich ausschließlich mit den Einrichtungen der stationären Altenhilfe beschäftigt wurde von Klein vorgelegt (Klein/Gabler 1996): Der Altenheimsurvey (AHS). Bei diesem handelt es sich um eine repräsentative Erhebung unter Bewohnern, die sich zum Befragungszeitpunkt in stationären Alteinrichtungen befanden. Die Zielsetzung dieser Studie lässt sich grob in zwei Punkten zusammenfassen. So sollen zum einen die Gründe für einen Heimeintritt, dessen Motive und Lebensumstände untersucht werden. Von Bedeutung sind hierbei u. a. die früheren Wohnverhältnisse, der frühere Wohnort, der (subjektive) Grund des Heimeintritts, die Inanspruchnahme ambulanter Dienste und die Netzwerkbeziehungen zu den Kindern. Zusätzlich wurden Angaben zur Gesundheitsbiographie und zur Familienbiographie erfasst. Zum anderen zielt die Studie darauf, eine wichtige Lücke im Datenbestand der empirischen Sozialforschung zu schließen, denn viele allgemeine Datensätze wie der ALLBUS oder das Sozio-Ökonomische Panel (SOEP) berücksichtigen die Heimbevölkerung nur unzureichend.

Die Grundgesamtheit des AHS besteht aus deutschen und ausländischen Heimbewohnern mit einem Mindestalter von 60 Jahren die in einem Alten-, Pflege- oder Altenwohnheim in Deutschland wohnen.

Klein (1998) untersucht mit Rückgriff auf diesen Datensatz – wobei er auch das Sozio-ökonomische Panel (SOEP) mit in die Analysen einbezieht – die Gründe für den Heimeintritt alter Menschen und bezieht sich dabei auf 5.150 Personen im Alter von 60 Jahren und darüber. Die Studie verdeutlicht, „dass die Zunahme der Heimeintrittsrate mit dem Lebensalter nur marginal auf die Verschlechterung des Gesundheitszustands

und die sich verringenden sozialen Beziehungen zurückzuführen ist, 2. dass die höhere Heimeintrittsrate von Frauen allein mit ihrer häufigeren Verwitwung zu erklären ist und 3. dass die Bedeutung von nichtfamilialen Netzwerkbeziehungen für einen späteren Heimeintritt sehr gering ist“ (ebd.: 407). Die Determinanten des Heimeintritts (u. a. Alter, Geschlecht, Familienstand, Gesundheitszustand), die von Klein berechnet wurden, basieren dabei auf einer multivariaten Ereignisdatenanalyse. Damit liegt zumindest eine Studie vor, die wirkliche Kausalaussagen trifft – wenn auch nur für eine spezifische Fragestellung, nämlich die Gründe für den Heimeintritt.

Wenngleich diese Studie bemerkenswerte Ergebnisse – insbesondere wegen ihrer Längsschnittperspektive – auf den Heimeintritt älterer Menschen liefert, so bleibt Pflegebedürftigkeit, nichtsdestotrotz, auf das Institutionalisierungsrisiko limitiert. Pflegeverläufe werden auch an dieser Stelle nicht thematisiert.

3.1.7 Die Leipziger Langzeitstudie (LEILA75+)

Die Hilfe- und Pflegebedürftigkeit im Alter in den neuen Bundesländern wurde von Wilms et al. (2001) untersucht. Ihre Ergebnisse beruhen auf der Leipziger Langzeitstudie (LEILA75+), einer prospektiven populationsbezogenen Studie zur Epidemiologie dementieller Erkrankungen im Alter. Der Stichprobenumfang beträgt 1.338 Personen in einem Alter von über 75 Jahren. Die Repräsentativität ist – aufgrund einer systematischen Zufallsstichprobe – zwar grundsätzlich gegeben, allerdings nur beschränkt auf Leipzig-Süd. Mit dem Ziel eine Beschreibung der Einschränkungen in der selbständigen Lebensführung aus der Altenbevölkerung einer Großstadt in den neuen Bundesländern zu liefern und zusätzlich die Effekte soziodemographischer Merkmale zu berücksichtigen, konnten interessante Ergebnisse vorgelegt werden.

Es zeigt sich – in deutlicher Anlehnung an andere Altersstudien –, dass die befragten Personen, vor allem Probleme bei beweglichkeitsbezogenen, instrumentellen Aktivitäten des täglichen Lebens (IADL) haben und dass grundlegendere Aktivitäten des täglichen Lebens (ADL) Probleme bereiten können. Da diese Ergebnisse auf einfachen Querschnittsmethoden beruhen, der Faktor Zeit keine adäquate Berücksichtigung findet und die Stichprobe nur für Leipzig repräsentativ ist, ist die Reichweite dieser Ergebnisse begrenzt.

3.1.8 Die Bickel-Studien

Von Bickel wurden Studien zu verschiedenen altersbezogenen Themen durchgeführt, z. B. zur Pflegebedürftigkeit im Alter (1996), zum letzten Lebensjahr und der Nutzung von Versorgungsangeboten (1998), zur Lebenserwartung und Pflegebedürftigkeit (2001a) sowie zu Demenzen im höheren Lebensalter (2001b). Von besonderem Interesse sind hierbei die drei erstgenannten Studien:

In der Studie zur Pflegebedürftigkeit im Alter wurde versucht, die Prävalenz, Inzidenz und die Dauer der Pflegebedürftigkeit zu ermitteln. Besondere Berücksichtigung fanden diesbezüglich auch die Demenzerkrankungen. Die Untersuchung wurde dabei im Design einer retrospektiven Längsschnittstudie an einer repräsentativen Stichprobe von

Verstorbenen in einem Alter von über 65 Jahren organisiert. Die Datenerhebung erfolgte durch eine standardisierte Befragung der Hinterbliebenen und bleibt in diesem Zusammenhang auf die Stadt Mannheim beschränkt. Detaillierte Daten konnten schließlich für 958 Verstorbene erhoben werden. Wie die Studie verdeutlicht, liegt die Prävalenz für Pflegebedürftigkeit in der Gruppe der über 60-Jährigen bei 7,3 %, für eine Versorgung im Heim bei 5,7% und für Demenzen (mittelschwer bis schwer) bei 5,9%. Die dementsprechenden Wahrscheinlichkeiten innerhalb eines Jahres neu zu erkranken (Inzidenzen) betragen 2,9% (Pflegebedürftigkeit), 2,1% (Heim) und 2,1% (Demenz). Sämtliche Risiken steigen zudem stark mit zunehmendem Alter an. Bezüglich Dauer und Ursachen von Pflegebedürftigkeit zeigt sich folgendes Bild: Die mittlere Dauer für Pflegebedürftigkeit beträgt 25,5 Monate (Männer) und 35,2 Monate (Frauen); die Werte für einen Heimaufenthalt liegen bei 23,1 Monate (Männer) und 49,2 Monate (Frauen). Die Hauptursachen für Pflegebedürftigkeit liegen nach Bickel vor allem in den Demenzerkrankungen (46,7%), den Herz-Kreislauf-Erkrankungen – meist Schlaganfälle – (15,7%) und bösartigen Neubildungen (10,1%). Die hierbei deutlich hervortretende Bedeutung der Demenzen wurde von Bickel in der genannten Demenz-Studie bestätigt (2001b).

Mit der gleichen Mannheimer Datenbasis wurde ebenfalls die Studie zum letzten Lebensjahr und der Nutzung von Versorgungsangeboten durchgeführt. Die meisten Sterbefälle bei den über 65-Jährigen ereigneten sich demnach in erster Linie in Krankenhäusern (49,7%), außerhalb von Institutionen (29,1%) und in Alten- oder Pflegeheimen (21,2%), wobei 79,6% im letzten Jahr stationär behandelt wurden. Die Determinanten, die in diesem Rahmen einen Einfluss auf die Inanspruchnahme von ambulanten Diensten, stationären Behandlungen oder einer Versorgung im Alten oder Pflegeheim signifikant beeinflussen, waren das Alter, der Familienstand, die Wohnform und das Vorliegen von Hilfs- und Pflegebedürftigkeit. Wie Bickel mit seiner Studie zu Pflegebedürftigkeit und Lebenserwartung darlegt, weisen Frauen – im Vergleich zu Männern – eine deutlich längere Phase von Hilfs- und Pflegebedürftigkeit auf (2001a). Letztere ist u. a. von der bewilligten Pflegestufe abhängig. So ergibt sich für Männer im Alter von 65 Jahren eine mittlere erwartete Pflegedauer – bezogen auf die fernere Lebenserwartung – von 15,4 Monaten, wohingegen 65-Jährige Frauen eine erwartbare Pflegedauer von 29,4 Monaten vor sich haben.

Mit diesen Ergebnissen bilden die Studien von Bickel einen wichtigen Beitrag bei der Erforschung von Pflegeverläufen. Dies resultiert vor allem aus der Tatsache, dass bei diesen Studien die Dauer von Pflegebedürftigkeit untersucht wurde. Pflegeverläufe, im Sinne von Wechseln zwischen Pflegestufen oder auch die kausale Berechnung von Determinanten für den Eintritt in die Pflegebedürftigkeit, blieben dagegen unberücksichtigt. Zudem bleibt die Verallgemeinerbarkeit dieser Ergebnisse durch die lokale Beschränkung der Stichprobe auf die Stadt Mannheim stark eingeschränkt.

3.1.9 Weitere Studien

Neben den Ergebnissen der bisher beschriebenen größeren Altersstudien, liegt in Deutschland eine Vielzahl weiterer (singulärer) Erkenntnisse über das Phänomen Pflege-

gebedürftigkeit vor. Die meisten dieser Untersuchungen, auf die an dieser Stelle im Einzelnen nicht eingegangen werden kann, beziehen sich dabei auf die Situation der Pflegebedürftigen im Allgemeinen (BMFSFJ 2002, BMGS 2004, Mai 2003), auf spezifische Pflegearrangements (Blinkert/Klie 1999, Klein 1998, Kliensch et al. 2000, Schmähl/Rothgang 2001, Schneider 1998, Schneider/Wolf 1997), Leistungen der Pflegeversicherung (Simon 2003) oder die Auswirkungen der im Jahre 1995 eingeführten Pflegeversicherung (Schneekloth/Müller 2000, Kriegelmeier 1996, Prinz 1995, Roth/Rothgang 2001, Rothgang 1997 und 2008).

Auch die Vielzahl dieser unterschiedlichen Studien bestätigt den Befund, dass zu den „dynamischen“ Aspekten von Pflege bis zum gegenwärtigen Zeitpunkt kaum nähere Informationen vorliegen. So wurde beispielsweise die Dauer einer „Pflegekarriere“ vom Eintritt in die Pflegebedürftigkeit bis zum Wechsel der Pflegestufe oder bis zum Tod nicht systematisch untersucht. Gleichfalls liegen Informationen über Veränderungen im Grad der Pflegebedürftigkeit und entsprechenden Anpassungen des Pflegearrangements (familiäre, häusliche oder stationäre Pflege) bis heute noch immer nicht systematisch vor.

3.1.10 Zusammenfassung und Bewertung

Wie die vorherigen Abschnitte zum Forschungsstand in Deutschland zeigen, gibt es nur wenige Arbeiten, die sich mit den dynamischen Aspekten von Pflege beschäftigen. Insofern Kenntnisse bestehen, beruhen diese überwiegend auf einfachen Querschnittsinformationen. Demgegenüber bleiben die wenigen vorhandenen Längsschnittstudien entweder auf spezifische kleinere Populationen beschränkt (z. B. nur auf die Stadt Mannheim) oder beziehen sich ausschließlich auf ein spezielles Pflegearrangement (z. B. nur Heimbevölkerung). Angesichts der offenkundigen Unterschiede zwischen der Situation von Pflegebedürftigen in privaten Haushalten und in Heimen oder auch zwischen Stadt- und der Landbevölkerung sind der Generalisierbarkeit dieser Forschungsergebnisse damit aber bereits enge Grenzen gesetzt.

Von besonderer Wichtigkeit ist es, in diesem Zusammenhang noch einmal näher auf die vorliegenden Querschnittstudien einzugehen: Diese – wie viele Längsschnittstudien – begreifen Pflegebedürftigkeit oftmals als statischen Zustand, was weniger auf der theoretischen als auf der methodischen Ebene zum Ausdruck kommt. Dem steht jedoch das Wissen gegenüber, dass insbesondere viele Pflegebedürftige an lang andauernden und chronisch-degenerativen Erkrankungen leiden, die oft einen progredienten Verlauf aufweisen und in den überwiegenden Fällen zu deutlichen Beeinträchtigungen in der alltäglichen Lebensführung führen. Deshalb können Querschnittsmethoden, die nur einen ausgewählten Zeitpunkt untersuchen, kein adäquates Bild von Pflegebedürftigkeit und insbesondere von den Pflegeverläufen liefern. An dieser Tatsache ändert sich auch nichts, wenn mehrere Zeitpunkte (z. B. Trenddesign, Vorher-Nacher-Betrachtung) miteinander verglichen werden. Insoweit nicht umfassende retrospektive Befragungen mit Zeitangaben enthalten sind, handelt es sich auch hierbei lediglich um weitere zeitpunktbezogene Betrachtungen, die wiederum offenlassen, welche Begebenheiten sich zwischen diesen Zeitpunkten ereigneten.

3.2 Die Entwicklung der Zahl der Pflegebedürftigen

Der folgende Abschnitt gibt einen grundlegenden Überblick über die Entwicklung der Pflegebedürftigen in Deutschland. Zunächst werden dabei die hier zugrunde gelegten Daten der Statistik der Pflegekassen und der Pflegestatistik (Abschnitt 3.2.1) sowie weiterer Datenquellen vorgestellt (Abschnitt 3.2.2). Die dargestellten Entwicklungen gliedern sich dabei in die Entwicklungen nach *Pflegestufen* (Abschnitt 3.2.3), nach *Leistungsarten* (Abschnitt 3.2.4) und nach *Pflegestufen innerhalb der Leistungsarten* (Abschnitt 3.2.5).

3.2.1 Die Statistik der Pflegekassen und die Pflegestatistik

Die amtliche Statistik stellt zwei Datengrundlagen zur Pflegesituation zur Verfügung. Die eine Datenquelle beruht auf den *Versicherten der sozialen Pflegeversicherung*, d. h. auf den Pflegeleistungen der gesetzlichen Pflegekassen für die häusliche, ambulante und stationäre Pflege. Den Daten liegen die Geschäfts- und Rechnungsergebnisse der Pflegekassen nach § 79 SGB IV zugrunde.⁴ Die andere Datenquelle basiert auf der *Pflegestatistik* nach § 109 SGB XI, die sich aus zwei Datenquellen zusammensetzt: Zum einen beruht sie für den Bereich der häuslichen Pflege ebenfalls auf den Versicherten der gesetzlichen und der privaten Pflegeversicherung, die Pflegegeldleistungen beziehen, sowie zum anderen auf den ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen, die ihrerseits Daten zu den Pflegebedürftigen sowie zu den Einrichtungen bereitstellen.⁵

Die unterschiedlichen Berichtswege, mit denen beide Datenquellen verknüpft sind, verfolgen damit auch unterschiedliche Zielsetzungen: Während die Pflegestatistik vor allem dazu dient, die Situation in den stationären Heimen und den ambulanten Diensten zu beschreiben (vgl. Statistisches Bundesamt 2007), stehen bei den Daten der sozialen Pflegeversicherung vor allem Fragen der Ausgabenentwicklung und der Finanzierung im Vordergrund.

Bezogen auf den Berichtszeitraum und den Umfang der zur Verfügung gestellten Informationen sind mit beiden Datensätzen unterschiedliche Vor- und Nachteile verbunden: Während die Statistik der Pflegekassen den Berichtszeitraum seit Einführung der Pflegeversicherung abdeckt, stellt die Pflegestatistik erst ab 1999 Informationen zur Verfügung. Die Statistik der Pflegekassen wird daher vor allem zur Analyse der Entwicklung der Pflegeversicherung über den gesamten Zeitraum, d. h. ab 1995, herangezogen. Die Pflegestatistik wird zwar erst seit 1999 und nur alle zwei Jahre erhoben, erlaubt aber umfangreichere Darstellungen als die Statistik der Pflegekassen. Anhand der Pflegestatistik werden daher die meisten Analysen dieses Kapitels durchgeführt.

⁴ Die Daten werden vom BMG zur Verfügung gestellt.

⁵ Die Pflegestatistik nach § 109 Abs. 1 SGB XI wird von den Statistischen Ämtern des Bundes und der Länder seit 1999 alle zwei Jahre durchgeführt. Der Stichtag für die ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen ist der 15.12. und der Stichtag für die Spitzenverbände der Pflegekassen und den Verband der privaten Krankenversicherung der 31.12. Die Rücksendung der Erhebung erfolgt jeweils bis zum 31.3. des Folgejahres.

3.2.2 Weitere verwendete Datengrundlagen

Weitere Datengrundlagen, die insbesondere für die Analyse der *Pflegepersonen* genutzt werden (Abschnitt 3.5), sind die Daten der *Rentenversicherung* und des *Sozio-ökonomischen Panel (SOEP)*.

In den Versichertenkonten der *Rentenversicherung* sind alle Daten, die für eine spätere Leistungsgewährung an den Versicherten oder seine Hinterbliebenen relevant sind, gespeichert. Zu diesen Daten gehören insbesondere Informationen darüber, für welche Zeiträume in welcher Höhe Beiträge zur Rentenversicherung entrichtet und andere anzurechnende Zeiten, wie z. B. Kindererziehung aber auch Pflege, zurückgelegt wurden.

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

Darüber hinaus werden die Daten der Sozialhilfe und der Kriegspopferfürsorge für die Analyse der Finanzierung der Pflegebedürftigkeit herangezogen (Abschnitt 3.8).

3.2.3 Die Entwicklung der Pflegebedürftigen nach Pflegestufen

Der folgende Abschnitt gibt einen grundlegenden Überblick über die Entwicklung der Pflegebedürftigen in Deutschland. Diese Entwicklung wird zunächst anhand der oben beschriebenen Daten der *sozialen Pflegeversicherung* sowie der Daten der *Pflegestatistik* nachgezeichnet. Wie in Tabelle 3 zu sehen ist, ist seit Einführung der Pflegeversicherung 1995 die Zahl der gesetzlich versicherten Pflegebedürftigen von anfänglich ca. 1,06 Mill. innerhalb von vier Jahren auf ca. 1,83 Mill. angestiegen. Dabei ist zu berücksichtigen, dass im ersten Jahr der Pflegeversicherung noch keine stationären Leistungen gewährt wurden. Danach führten die jährlichen Zuwachsraten von maximal 1,1 %, bzw. absolut von durchschnittlich ca. 20 Tsd., zu einem Anstieg der Pflegebedürftigen auf 1,97 Mill. in 2006. Damit sind die bislang deutlichsten Zuwächse bis einschließlich 1999 erfolgt. Gründe für diese Entwicklung werden vor allem in allgemeinen Einführungseffekten gesehen, wonach sich – verbunden mit dem steigenden Bekanntheitsgrad der Pflegeversicherung – erst ein Bestand an Pflegebedürftigen aufbauen musste.

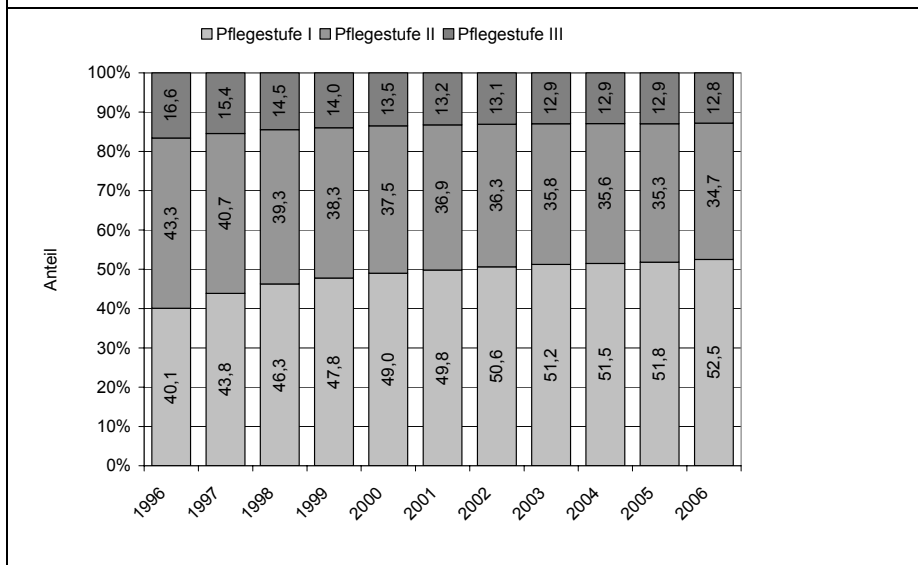
Betrachtet man die Entwicklung der *Verteilungen* der Pflegestufen im Zeitraum von 1996 bis 2006 (Abbildung 1), dann zeigt sich, dass sich die Anteile der Pflegestufen vor allem bis 2000 deutlich in Richtung Pflegestufe I verschoben haben: Während 1996 40,1 % der Pflegebedürftigen in Pflegestufe I waren, erhöhte sich ihr Anteil auf 49 % in 2000.

Tabelle 3: Entwicklung der Pflegebedürftigen in der gesetzlichen 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

Quelle: BMG, soziale Pflegeversicherung

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



Quelle: BMG, soziale Pflegeversicherung

In den Folgejahren erhöhte sich der Anteil nur noch geringfügig auf zuletzt 52,5% im Jahr 2006. Demgegenüber war die Entwicklung der Pflegebedürftigen der Pflegestufe II und III von einem Rückgang geprägt, der sich ebenfalls besonders drastisch zwischen

1996 und 2000 vollzogen hat: Der Anteil der Pflegebedürftigen der Pflegestufe II belief sich 1996 auf 43,4%, gegenüber 37,5% im Jahr 2000 und zuletzt 34,7% im Jahr 2006, während die Pflegebedürftigen der Pflegestufe III von 16,6% (1996), über 13,5% (2000) auf zuletzt 12,8% (2006) zurück gingen. Insgesamt ist damit die jüngere Entwicklung nach 2000 – für die primär keine Änderung der Begutachtungsrichtlinien verantwortlich gemacht werden kann – vor allem durch eine schleichende Zunahme von Pflegeleistungen der Pflegestufe I und eine gleichzeitig schleichende Abnahme der Pflegestufen II und III gekennzeichnet.

Eine ähnliche Entwicklung belegen die Daten der *Pflegestatistik*, anhand derer die Entwicklung jedoch erst ab 1999 nachgezeichnet werden kann. Betrachtet man zunächst die Entwicklung der Pflegebedürftigen insgesamt, dann zeigt sich in Tabelle 4, dass die Zahl der Pflegebedürftigen (in sozialer und privater Pflegeversicherung) von ca. 2,02 Mill. Im Jahr 1999 um 5,6% auf 2,13 Mill. In Jahr 2005 angestiegen ist. Zu beachten ist jedoch, dass im gleichen Zeitraum die Zahl der mindestens 60-jährigen Bevölkerung in Deutschland ebenfalls um ca. 8,8% zugenommen hat (Statistisches Bundesamt 2007b: 41) und damit die Zunahme der Zahl der Pflegebedürftigen nicht als Ausdruck tendenziell höherer Pflegebedürftigkeit gewertet werden kann. Die etwas höheren Werte gegenüber der *sozialen Pflegeversicherung* (2,13 Mill. gegenüber 1,95 Mill. in 2005) resultieren dabei vor allem aus der Berücksichtigung der *privaten Pflegepflichtversicherung*, deren Bestand im Jahr 2005 128.343 Pflegebedürftige 2005 umfasst hat.⁶

Analog der 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 2005 auf 50,2%. 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 36,1% im Jahr 2005, während die Pflegebedürftigen der Pflegestufe III von 14,1% (1999) auf 13,2% (2005) zurück gingen. Auffallend sind dabei insbesondere die nahezu identische Verbreitung der einzelnen Pflegestufen sowie die nahezu gleichförmige verlaufende Entwicklung bei Männern und Frauen, die jeweils nur um maximal 1,5 Prozentpunkte und teilweise deutlich darunter divergieren.

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 60.000 Pflegebedürftigen führen (vgl. zum Überblick Statistisches Bundesamt 2007).

Tabelle 4: Entwicklung der Pflegebedürftigen in der Pflegestatistik nach Pflegestufen

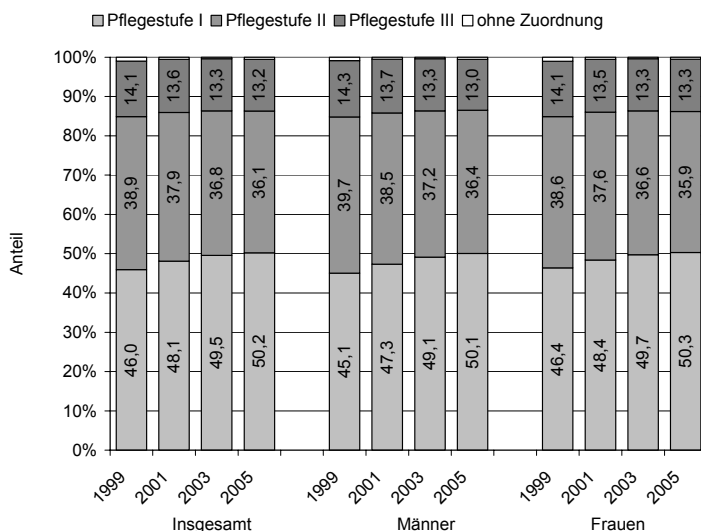
	Anzahl der Pflegebedürftigen				
	Insgesamt	Pflegestufe I	Pflegestufe II	Pflegestufe III ¹⁾	noch nicht zugeordnet ²⁾
1999	2.016.091	926.476	784.824	289.518	19.527
2001	2.039.780	980.621	772.397	276.420	10.342
2003	2.076.935	1.029.078	764.077	276.126	7.654
2005	2.128.550	1.068.943	768.093	280.693	10.821

1) Einschließlich Härtefälle

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

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

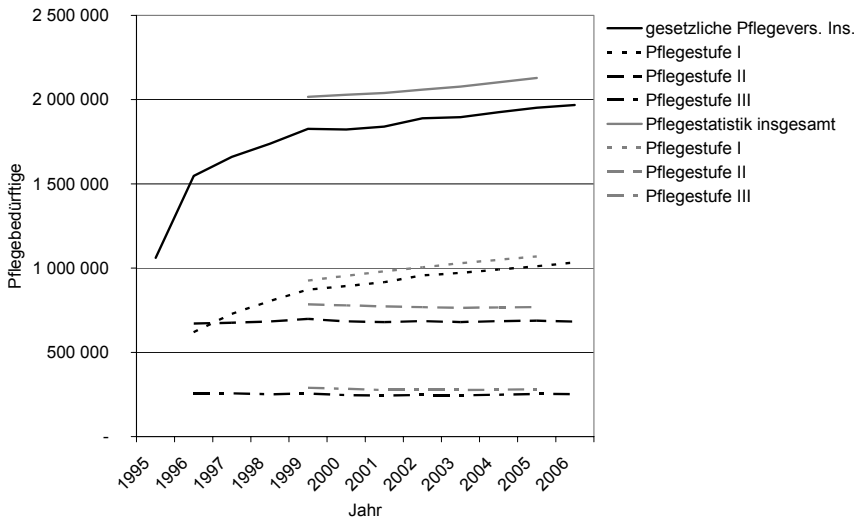
Abbildung 2: Verteilung der Pflegestufen in der Pflegestatistik nach Jahr und Geschlecht



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

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 unterschiedlichem Niveau. So unterscheidet sich die Anzahl der Pflegebedürftigen bei Pflegestufe I nur um ca. 6%, während sie bei Pflegestufe II und III um ca. 11-13% und insgesamt über alle Pflegestufen um 9-11% divergiert.

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



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

¹⁾ Die Werte der Pflegestatistik wurden interpoliert

3.2.4 Entwicklung der Pflegebedürftigen nach Leistungsarten

Von besonderer Bedeutung bei der Pflegeversicherung sind – nicht zuletzt aus Kostengründen – neben den Pflegestufen die Leistungsarten. Hierbei sind insbesondere die Hauptleistungsarten Pflegegeld, Pflegesachleistungen, Kombileistungen sowie Leistungen bei stationärer Pflege zu unterscheiden.⁷ Im Folgenden wird zunächst auf die Entwicklung in der *sozialen Pflegeversicherung* und anschließend auf die in sozialer und privater Pflegeversicherung eingegangen.

Nach den Daten der *sozialen Pflegeversicherung* (Tabelle 5 und Abbildung 4) werden im Jahr 2006 mehr als zwei Drittel (1,37 Mio. bzw. 70%) der Pflegebedürftigen zu Hause versorgt. Hiervon erhalten ca. 980 Tsd. (50%) Pflegegeld, d. h. sie werden in der Regel durch Angehörige und ohne Beteiligung zugelassener Pflegedienste gepflegt.

⁷ Weitere Leistungsarten wie Tages- und Nachtpflege, Kurzzeitpflege und häusliche Pflege bei Verhinderung der Pflegeperson haben demgegenüber als ergänzende oder zeitlich befristete Leistung nur ein geringes Gewicht.

Tabelle 5: Entwicklung der Pflegebedürftigen in der gesetzlichen Pflegeversicherung nach Leistungsart

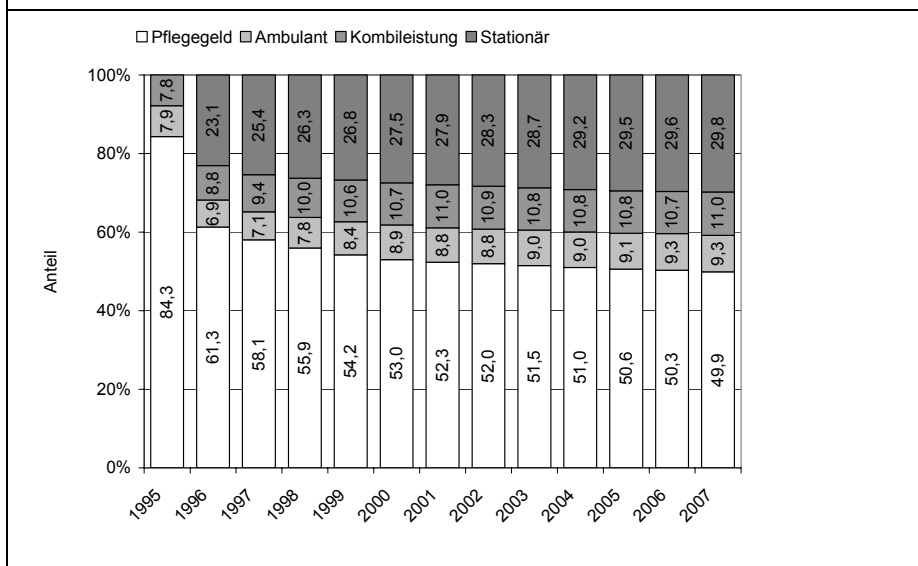
	Anzahl der Pflegebedürftigen ¹⁾				
	Insgesamt	Pflegegeld ²⁾	Ambulant ²⁾	Kombileistung	Stationär
1995	1.052.790	887.697	82.763	82.330	
1996	1.540.203	943.877	105.879	135.305	355.142
1997	1.672.185	970.775	119.167	157.390	424.853
1998	1.721.078	962.669	133.895	171.764	452.750
1999	1.813.095	982.877	152.648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

1) Die Anzahl der Pflegebedürftigen ist aus Leistungstagen errechnet.

2) ausschließlicher Bezug

Quelle: BMG, soziale Pflegeversicherung

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



Quelle: BMG, soziale Pflegeversicherung

Gründe für die hohe Verbreitung dieser Leistungsart könnten darin liegen, dass die meisten Pflegebedürftigen in der gewohnten Umgebung von vertrauten Personen be-

treut 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. Darüber hinaus werden ca. 390 Tsd. in Privathaushalten durch ambulante Pflegedienste betreut, wobei ca. 181 Tsd. (9,3%) ausschließlich durch ambulante Pflegedienste und ca. 208 Tsd. (11%) sowohl durch Pflegedienste als auch durch Angehörige gepflegt werden.

Bezogen auf die Leistungen bei häuslicher Pflege, nimmt die Verbreitung des Pflegegelds von 61,3% im Jahr 1996 auf 49,9% im Jahr 2006 ab, wobei der jährliche Rückgang nur anfänglich stärker ausgeprägt war und seit 2002 weniger als 1% beträgt. Der Anteil der Nutzer von Pflegesachleistungen nimmt dagegen von 6,9% im Jahr 1996 auf 9,3% im Jahr 2006 zu, wobei die jährlichen Zuwachsraten seit 2002 maximal 2% betragen. Der Anteil der Nutzer von Kombileistungen ist lediglich in den ersten Jahren der Pflegeversicherung angestiegen und liegt seit 1998 konstant bei ca. 10-11%. Der Anteil der Bezieher stationären Leistungen weist demgegenüber mit 23,1% im Jahr 1996 ein deutlich höheres Niveau auf, das sich jedoch seit 1999 ebenfalls „nur noch“ um ca. 1-2% pro Jahr erhöht. Insgesamt sind damit die Entwicklungen in der jüngeren Vergangenheit überwiegend durch „schleichende“ Veränderungen gekennzeichnet.

Ein in Teilen etwas anderes Bild ergeben die Daten der *Pflegestatistik* in Tabelle 6 und Abbildung 5. Hier zeigt sich bei der Entwicklung des Pflegegelds eine ähnliche Entwicklung, wenn auch die Werte um ca. 3-4 Prozentpunkte niedriger liegen. Im Unterschied dazu, ging der Anteil der Bezieher von Pflegesachleistungen von 1999 bis 2005 von 13% auf 11,8% zurück, während die Entwicklung der Kombileistungen durch eine Zunahme des Nutzeranteils von 7,6% auf 10,3% gekennzeichnet ist. Lediglich die Stationären Leistungen weisen die gleiche Entwicklung wie in der Kassenstatistik auf, wenn auch die Anteilswerte ca. 2 Prozentpunkte höher liegen.

In den Daten der *Pflegestatistik* zeigt sich zusätzlich, dass Frauen ca. 16 Prozentpunkte seltener als Männer Pflegegeld beziehen, dafür aber ca. 14 Prozentpunkte häufiger stationäre Pflege und ca. 3 Prozentpunkte häufiger Kombileistungen beanspruchen. Die Entwicklungen verlaufen damit für Männer und Frauen auf unterschiedlichem Niveau, aber durchaus ähnlich.

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

Die unterschiedlichen Daten und Beobachtungszeiträume zeigen darüber hinaus aber auch, dass unterschiedliche Beobachtungszeiträume in der Vergangenheit zu unterschiedlichen prognostizierten Entwicklungen geführt haben. Beispielsweise beobachtete Simon (2003: 12) in seiner Studie einen Anstieg der Kosten für ambulante Leistungen von 3,47 auf 4,48 Mrd. DM zwischen 1997 und 2001. Dieser Anstieg lässt sich auch anhand der Zunahme der Prävalenzen von 7,1% auf 8,8% im gleichen Zeitraum nachvollziehen (vgl. Abbildung 4). Legt man aber – wie Simon – diesen Zeitraum für

eine Prognose zugrunde, dann ergibt sich für 2005 eine Erhöhung des Anteils der Sachleistungen gegenüber dem Ausgangsjahr 1997 um ca. 50 %. Diese Erhöhung lässt sich jedoch nicht mit der seither stattgefundenen Entwicklung der Prävalenzen für ambulante Leistungen in Einklang bringen, sondern bleibt deutlich hinter dieser zurück (vgl. Abbildung 4).

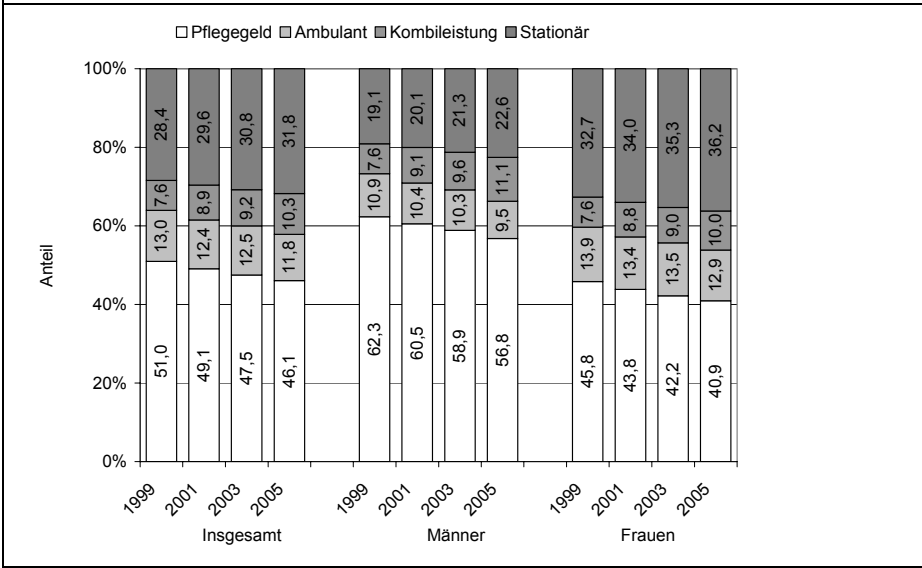
Tabelle 6: Entwicklung der Pflegebedürftigen in der Pflegestatistik nach Leistungsart

	Anzahl der Pflegebedürftigen				
	Insgesamt	Pflegegeld ¹⁾	Ambulant ¹⁾	Kombileistung	Stationär
1999	2.016.091	1.027.591	261.461	153.828	573.211
2001	2.039.780	1.000.736	253.852	180.827	604.365
2003	2.076.935	986.520	259.598	190.528	640.289
2005	2.128.550	980.425	251.346	220.197	676.582

1) ausschließlicher Bezug

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

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



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

3.2.5 Entwicklung der Pflegebedürftigen nach Leistungsarten und Pflegestufe

Wurden in den vorangegangenen Kapiteln die Pflegestufen und die Leistungsarten separat in ihrer jeweiligen Entwicklung betrachtet, so werden im folgenden Abschnitt beide Merkmale kombiniert und es wird neben der Art der Leistung (Pflege durch Angehörige bzw. durch ambulante Pflegedienste sowie die Pflege im Heim) zusätzlich

nach der Pflegestufe unterschieden. Im Folgenden wird die *jüngere* Entwicklung d. h. ab 1999 anhand der Daten der *Pflegestatistik* nachgezeichnet.

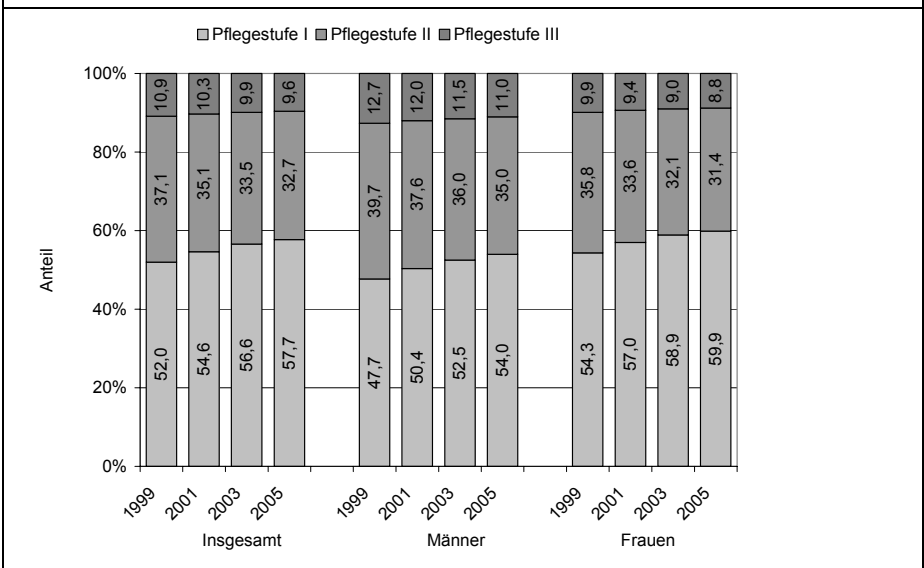
Tabelle 7: Entwicklung der Pflegebedürftigen in der häuslichen Pflege nach Pflegestufe (Pflegegeld, Pflegesachleistung und Kombileistungen)

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

1) Einschließlich Härtefälle

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

Abbildung 6: Verteilung der Pflegestufen in der häuslichen Pflege nach Jahr und Geschlecht (Pflegegeld, Pflegesachleistung und Kombileistungen)



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

Die Zahl der Pflegebedürftigen in der häuslichen Pflege insgesamt bleibt bei ca. 1,4 Mill. nahezu konstant (Tabelle 7). Darüber hinaus zeigen die Daten in Abbildung 6 jedoch auch deutliche Strukturverschiebungen in Richtung Pflegestufe I: Während 1999 52 % der Pflegebedürftigen in Pflegestufe I waren, erhöhte sich der Anteil bis 2005 auf 57,5%. Demgegenüber stehen die Rückgänge der Anteile der Pflegestufe II: Diese reduzierten sich von 37,1% in 1999 auf 32,7% in 2005. Die Anteile in der Pflegestufe III ändern sich nur marginal. Interessant ist im Unterschied zur Entwicklung

aller Pflegebedürftigen, dass in der häuslichen Pflege die Männer zu etwas höheren Anteilen (ca. 2-4 Prozentpunkte) und die Frauen zu deutlich höheren Anteilen (ca. 10-12 Prozentpunkte) in der Pflegestufe I vertreten sind. Neben diesem Niveauunterschied folgt die Entwicklung der häuslichen Pflege dem allgemeinen Trend (vgl. Abbildung 2) einer schleichenden Zunahme von Pflegebedürftigen in der Pflegestufe I.

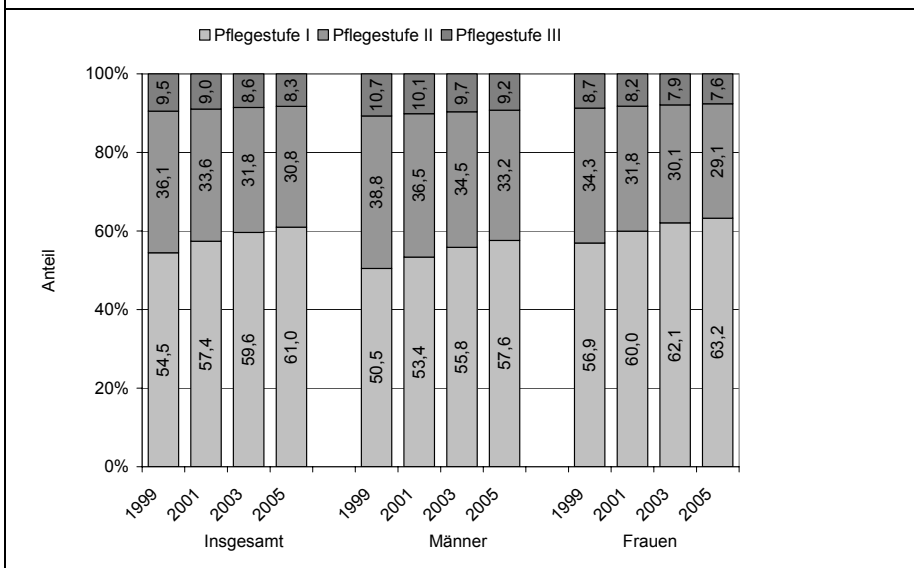
Tabelle 8: Die Entwicklung der Pflegebedürftigen in der häuslichen Pflege (ausschließlich Pflegegeld)

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

1) Einschließlich Härtefälle

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

Abbildung 7: Verteilung der Pflegestufen in der häuslichen Pflege nach Jahr und Geschlecht (ausschließlich Pflegegeld)



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

Im Folgenden werden die Leistungen in der häuslichen Pflege (ausschließlich Pflegegeld, ausschließlich Pflegesachleistung sowie Kombinationsleistungen) näher differenziert. In Tabelle 8 sind hierzu die Pflegebedürftigen wiedergegeben, die ausschließlich Pflegegeld erhalten, also zu Hause allein durch Angehörige gepflegt werden. Insgesamt

nimmt deren Anzahl von ca. 1,03 Mill. im Jahr 1999 auf 0,98 Mill. Im Jahr 2005 und damit um 5,6% ab. Das allgemeine Muster einer schleichenden Zunahme von Leistungen der Pflegestufe I bleibt auch hier erhalten: Der Leistungsbezug erhöht sich je nach Geschlecht zwischen 6 und 7 Prozentpunkten über den Beobachtungszeitraum, wobei die Frauen ca. 6 Prozentpunkte häufiger in Pflegestufe I vertreten sind.

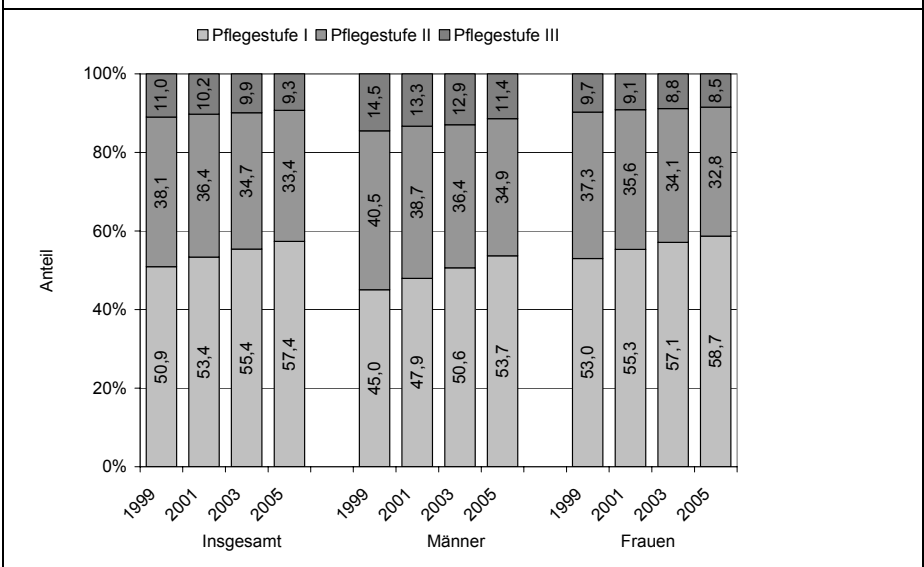
Tabelle 9: Die Entwicklung der Pflegebedürftigen in der häuslichen Pflege (ausschließlich Pflegesachleistung)

	Pflegedienst		Anzahl der Pflegebedürftigen		
	Insgesamt	Insgesamt	Pflegestufe I	Pflegestufe II	Pflegestufe III ¹⁾
1999	10.820	261.461	133.064	99.654	28.733
2001	10.594	253.852	135.486	92.389	25.977
2003	10.619	259.598	143.817	90.093	25.688
2005	10.977	251.346	144.162	83.916	23.268

1) Einschließlich Härtefälle

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

Abbildung 8: Verteilung der Pflegestufen in der häuslichen Pflege nach Jahr und Geschlecht (ausschließlich Pflegesachleistung)



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

Die Zahl der Pflegebedürftigen, die ausschließlich durch ambulante Pflegedienste betreut werden (Tabelle 9), bleibt ebenfalls über den Beobachtungszeitraum nahezu konstant bei ca. 255 Tsd., während sich in der Verteilung der Pflegestufen (Abbildung 8) eine ähnliche Entwicklung abzeichnet wie bei den Empfänger des Pflegegelds: Der Anteil der Pflegebedürftigen in Pflegestufe I nimmt um ca. 6-8 Prozentpunkte zu, wäh-

rend Frauen zusätzlich ca. 8 Prozentpunkte häufiger in Pflegestufe I vertreten sind. Darüber hinaus sind die Pflegestufen II und III (insbesondere bei den Männern) etwas stärker ausgeprägt, als bei den Beziehern von Pflegegeld.

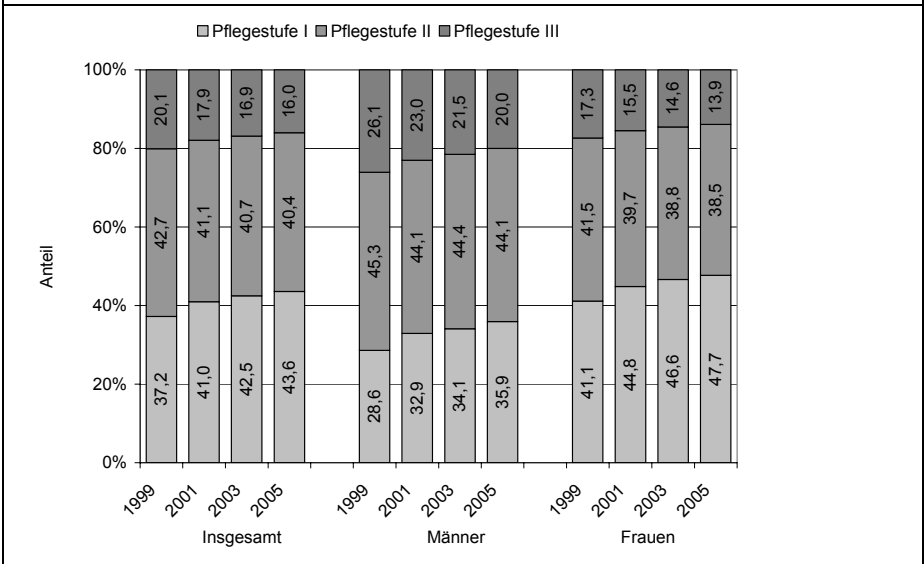
Tabelle 10: Die Entwicklung der Pflegebedürftigen in der häuslichen Pflege (ausschließlich Kombinationsleistungen)

	Anzahl der Pflegebedürftigen			
	Insgesamt	Pflegestufe I	Pflegestufe II	Pflegestufe III ¹⁾
1999	153.828	57.236	65.704	30.888
2001	180.827	74.127	74.328	32.372
2003	190.528	80.915	77.465	32.148
2005	220.197	95.924	89.021	35.252

1) Einschließlich Härtefälle

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

Abbildung 9: Verteilung der Pflegestufen in der häuslichen Pflege (ausschließlich Kombinationsleistungen)



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

In Tabelle 10 und Abbildung 9 sind schließlich die Zahlen der Pflegebedürftigen abgetragen, die Kombinationsleistungen beziehen, die also sowohl durch Angehörige als auch durch ambulante Pflegedienste gepflegt werden. Insgesamt erhöht sich die Zahl der Bezieher dieser Leistung von ca. 154 Tsd. im Jahr 1999 auf ca. 220 Tsd. im Jahr 2005 und damit um 43 %. Damit liegt bei den Kombinationsleistungen (gegenüber dem ausschließlichen Bezug von Pflegegeld oder Pflegesachleistung) auch der stärkste

Anstieg im Leistungsbezug vor. Im häuslichen Bereich ist somit insgesamt weniger ein „Trend zur professionellen Pflege“ zu beobachten, als ein Trend zur gemeinsamen Pflege durch Angehörige und ambulante Pflegedienste.

Auch bei den Kombinationsleistungen zeigt sich die Zunahme des Anteils von Pflegebedürftigen der Pflegestufe I um ca. 6-7 Prozentpunkte von 1999 bis 2005. Darüber hinaus zeigt sich bei dieser Leistung der deutlichste Geschlechtsunterschied: Die Anteile der Frauen in Pflegestufe I liegen ca. 12 Prozentpunkte über denen der Männer. Des Weiteren sind mehr Pflegebedürftige in Pflegestufe II und III als bei ausschließlich ambulanter Pflege (vgl. Abbildung 8), wobei insbesondere der Leistungsbezug in Pflegestufe III ca. 80 % häufiger ist.

Der Trend zur „professionellen“ Pflege zeigt sich ebenfalls in der Entwicklung der Pflegebedürftigen in der stationären Pflege (Tabelle 11). Insgesamt nimmt die Heimbevölkerung im Zeitraum von 1999 bis 2005 von ca. 573 Tsd. um 18 % auf ca. 677 Tsd. zu. Eine Entwicklung, die sich ebenfalls in einer deutlichen Zunahme der Anzahl der Pflegeheime niederschlägt. Im Unterschied zur häuslichen Pflege liefert jedoch die Pflegebedürftigkeit in Pflegeheimen ein etwas anderes Bild: Zum einen verändern sich die Anteile in den Pflegestufen im Zeitverlauf nicht signifikant (Abbildung 10). Zum anderen sind auch die Anteile in den einzelnen Pflegestufen für Männer und Frauen relativ ähnlich. Während sie für Männer in der Pflegestufe I ca. 3-4 Prozentpunkte höher liegen, sind Frauen in Pflegestufe II um ca. 3-4 Prozentpunkte häufiger vertreten. Die Anteile in der Pflegestufe III unterscheiden sich noch geringfügiger.

Insgesamt kann damit festgehalten werden, dass die Zahl der Pflegebedürftigen zwischen 1999 und 2005 leicht zugenommen hat. Diese Zunahme ist jedoch hinter der allgemeinen Bevölkerungsentwicklung der Menschen ab 60 Altersjahren zurückgeblieben.⁸ Da die Entwicklung der absoluten Bestandsgrößen der Pflegebedürftigen jedoch immer auch an altersstrukturelle Veränderungen geknüpft ist, wird in Abschnitt 3.3 geprüft, ob es zu einer Veränderung in den Pflegeprävalenzen gekommen ist.

Darüber hinaus konnte gezeigt werden, dass die Zahl der Pflegebedürftigen zwar insgesamt gestiegen, jedoch im Bereich der häuslichen Pflege konstant geblieben ist. Ursache für den Anstieg war die Ausweitung des stationären Leistungsbezugs. Bei genauerer Betrachtung konnten jedoch auch in der häuslichen Pflege unterschiedliche Entwicklungen beobachtet werden: Während minimal weniger Geldleistungen bezogen wurden und der Bezug von ausschließlich ambulanten Leistungen nahezu unverändert blieb, erhöhte sich der Bezug von Kombinationsleistungen deutlich.

Im Bereich der häuslichen Pflege ist die Entwicklung in den Pflegestufen vor allem von einer schleichenden Ausweitung der Pflegestufe I gekennzeichnet, während in der stationären Pflege nahezu keine Veränderungen in den Pflegestufen festgestellt werden konnten. Hier deuten sich Tendenzen an, wonach sich in der häuslichen Pflege die

⁸ Auch bei Betrachtung der Bevölkerungsentwicklung der Menschen ab 80 Altersjahren, bleibt die Entwicklung der Zahl der Pflegebedürftigen hinter dieser zurück.

familiäre Versorgungssituation und damit die Möglichkeit von häuslicher Pflege generell verschlechtert haben könnte.

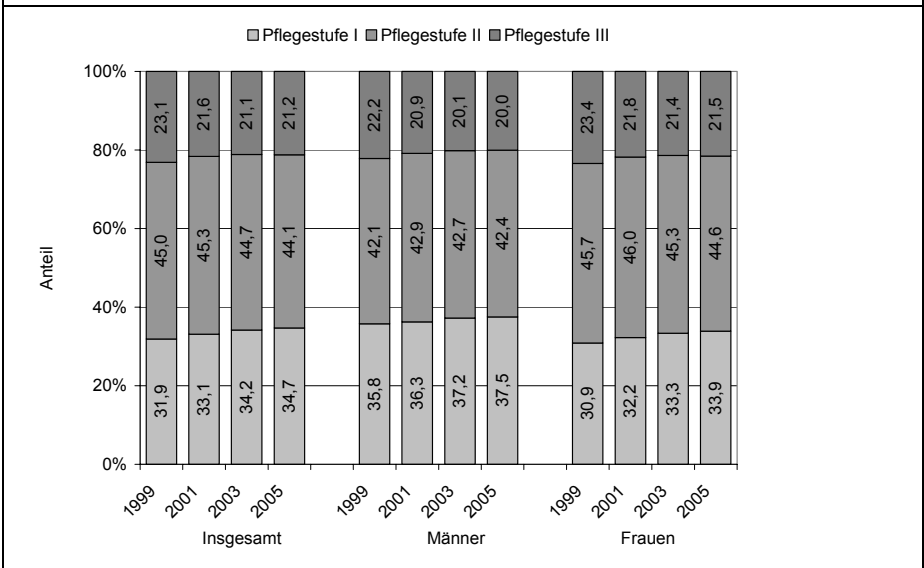
Tabelle 11: Die Entwicklung der Pflegebedürftigen in der stationären Pflege

	Pflegeheime		Anzahl der Pflegebedürftigen			
	Insgesamt	Insgesamt	Pflegestufe I	Pflegestufe II	Pflegestufe III ¹⁾	noch nicht zugeordnet
1999	8.859	573.211	176.573	248.939	128.172	19.527
2001	9.165	604.365	196.553	269.151	128.319	10.342
2003	9.743	640.289	216.307	282.699	133.629	7.654
2005	10.424	676.582	231.106	293.551	141.104	10.821

1) Einschließlich Härtefälle

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

Abbildung 10: Verteilung der Pflegestufen in der stationären Pflege nach Jahr und Geschlecht



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

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

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

3.3 Die Prävalenz von Pflegebedürftigkeit

Während die Entwicklungen der absoluten Häufigkeiten der Pflegebedürftigen (Abschnitt 3.2) letztlich „nur“ über die quantitative Verbreitung der Inanspruchnahme von Leistungen nach SGB XI informieren, lassen sie *keine* Aussagen darüber zu, ob sich das *individuelle Risiko* von Pflegebedürftigkeit im Zeitverlauf geändert hat. Zur Beantwortung dieser Frage muss die Entwicklung der Zahl der Pflegebedürftigen *unabhängig* von der altersstrukturellen Entwicklung betrachtet werden, es muss mit anderen Worten die Entwicklung der so genannten *Prävalenzen* nachgezeichnet werden. Im Folgenden wird daher die Entwicklung der Prävalenzen im Zeitraum von 1999 bis 2005 für alle Pflegestufen untersucht (Abschnitt 3.3.1). Ergänzt wird diese Betrachtung um die Aspekte der Altersabhängigkeit und der Geschlechtsunterschiede in der Inanspruchnahme der Pflegeleistungen (Abschnitt 3.3.2). Die Analysen werden anhand der Pflegestatistik durchgeführt.

3.3.1 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. Prospektiv gewendet kann diese Prävalenz als Pflegewahrscheinlichkeit oder Pflegefallwahrscheinlichkeit interpretiert werden, also als Wahrscheinlichkeit dafür, dass ein Mitglied der entsprechenden Population pflegebedürftig ist. In der Literatur werden Modellrechnungen zur Gesundheitsentwicklung und zum Hilfe- bzw. Pflegebedarf vor allem im Hinblick auf die bekannt gewordene Kontroverse um die „Kompression der Morbidität“ geführt. Dabei geht es um die Frage, ob mit der steigenden Lebenserwartung auch eine Verlängerung der krankheitsfreien Lebensphase einher geht, oder ob durch die verlängerte Lebenserwartung lediglich die Lebensphase in gesundheitlicher Beeinträchtigung bzw. Krankheit weiter ausgedehnt wird. Diese Frage wird in der Literatur überwiegend positiv beantwortet, d. h. die gewonnenen Jahre sind im Allgemeinen auch gesunde Jahre. Weitere Untersuchungen haben dabei gezeigt, dass dieser Zugewinn an gesunden Lebensjahren auch von der Definition von Gesundheit bzw. Krankheit abhängig ist: So ist bei schwerwiegenden gesundheitlichen Beeinträchtigungen ein deutlicher Zugewinn der so genannten „akti-

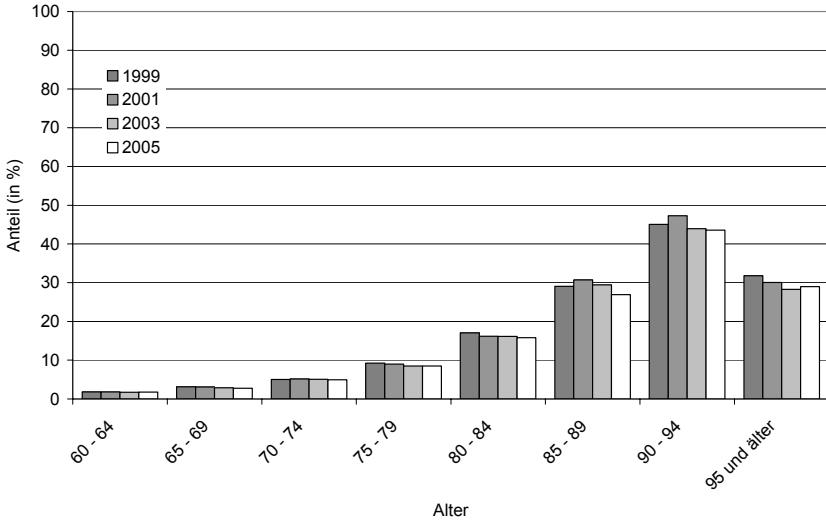
ven Lebenserwartung“ für jüngere Geburtskohorten zu verzeichnen. Bei moderaten und leichten Beeinträchtigungen fällt dieser Zugewinn geringer aus (Cambois 1996, Robine et al. 2003, Unger 2006). Insgesamt beobachten diese Studien also einen Rückgang der alters- und geschlechtsspezifischen Prävalenz, der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

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 komplexeren instrumentellen Lebensaktivitäten (IADL) umfassen Haushaltsführung, Nahrungszubereitung und außerhäusliche Mobilität. Mit Hilfe dieser Indikatoren kann damit ebenfalls das Ausmaß funktionaler Beeinträchtigung und damit auch die Pflegebedürftigkeit bestimmt werden.

Betrachtet man nun die Entwicklung der alters- und geschlechtsspezifischen Pflegeprävalenzen in den letzten Jahren, dann lässt sich zunächst *keine* signifikante Veränderung erkennen (Abbildung 11 und Abbildung 12). Dies zeigt sich auch anhand der zusammengefassten Prävalenzen für alle Pflegestufen oberhalb Alter 60 (Abbildung 19 und Abbildung 20): Insgesamt betragen die Pflegeprävalenzen für die mindestens 60-Jährigen in den Jahren 1999 / 2001 / 2003 / 2005 für Männer 5,92 / 5,92 / 5,75 / 5,93 und für Frauen 11,18 / 11,38 / 10,95 / 11,13. Damit ist der absolute Anstieg der Zahl der Pflegebedürftigen (siehe Kapitel 3.1) *nicht* auf eine Erhöhung des individuellen Risikos von Pflegebedürftigkeit in der jüngsten Vergangenheit zurückzuführen, vielmehr lässt sich dieser Anstieg nahezu vollständig auf die veränderte Altersstruktur zurückführen. Es kam also über alle Pflegestufen hinweg zu einem Anstieg der Zahl der Pflegebedürftigen, weil es auch zu einem Anstieg der Bevölkerung in den entsprechenden Altersgruppen gekommen ist.

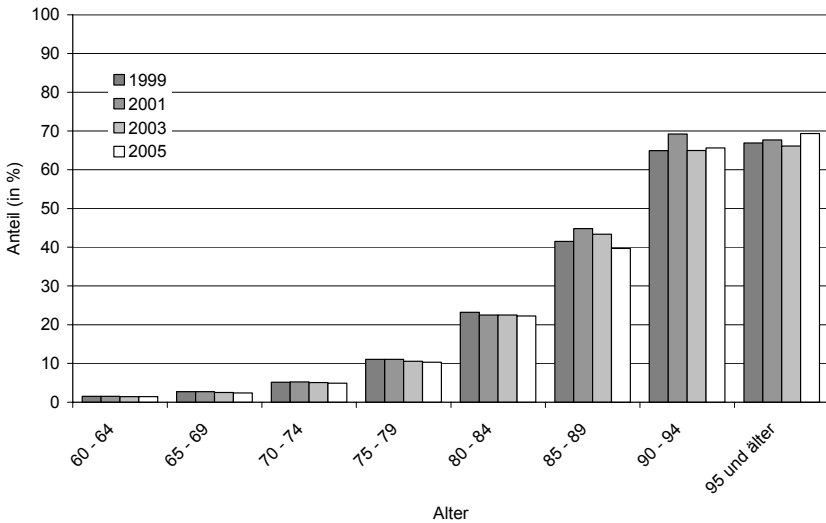
Trotzdem stellt sich die Frage, wie es zu der „schleichenden“ Ausweitung an Pflegebedürftigen der Pflegestufe I gekommen ist (vgl. Abschnitt. 3.2): Hier zeigen sich in den einzelnen Pflegestufen (Abbildung 13 – Abbildung 18) nur bei genauerer Betrachtung Veränderungen. So kam es in Pflegestufe I zu einer Erhöhung der Prävalenzen im Zeitverlauf (Abbildung 13 und Abbildung 14), während in Pflegestufe II und III (Abbildung 15 – Abbildung 18), zumindest der Tendenz nach, geringfügige Abnahmen im Zeitverlauf erkennbar sind. Diese Entwicklung zeigt sich besonders deutlich bei den zusammengefassten Pflegeprävalenzen ab Alter 60 (Abbildung 19 und Abbildung 20). Für Männer beispielsweise betragen die Prävalenzen in den Jahren 1999 / 2001 / 2003 / 2005 in Pflegestufe I 2,73 / 2,87 / 2,89 / 3,03, in Pflegestufe II 2,39 / 2,32 / 2,18 / 2,20 und in Pflegestufe III 0,75 / 0,70 / 0,65 / 0,66.

Abbildung 11: Prävalenzen von Männern (alle Pfleget.) nach Altersgruppen und Jahr



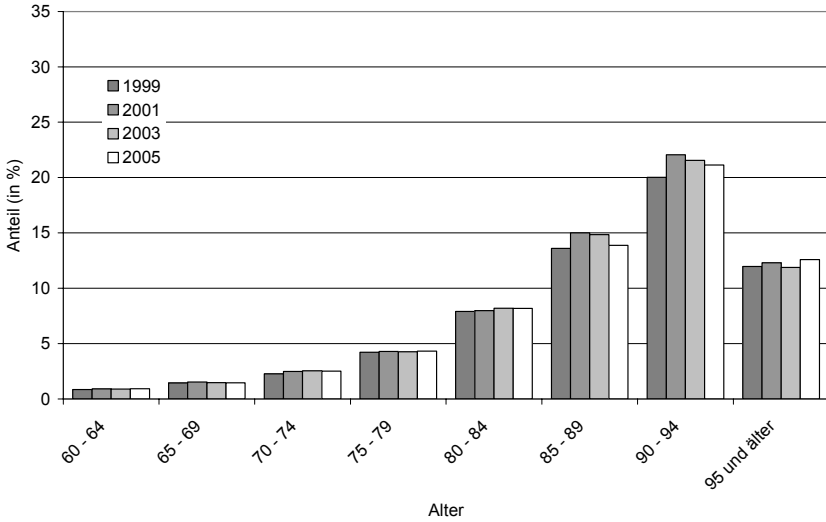
Quelle: Statistisches Bundesamt, Pflegestatistik 1999, 2001, 2003, 2005

Abbildung 12: Prävalenzen von Frauen (alle Pfleget.) nach Altersgruppen und Jahr



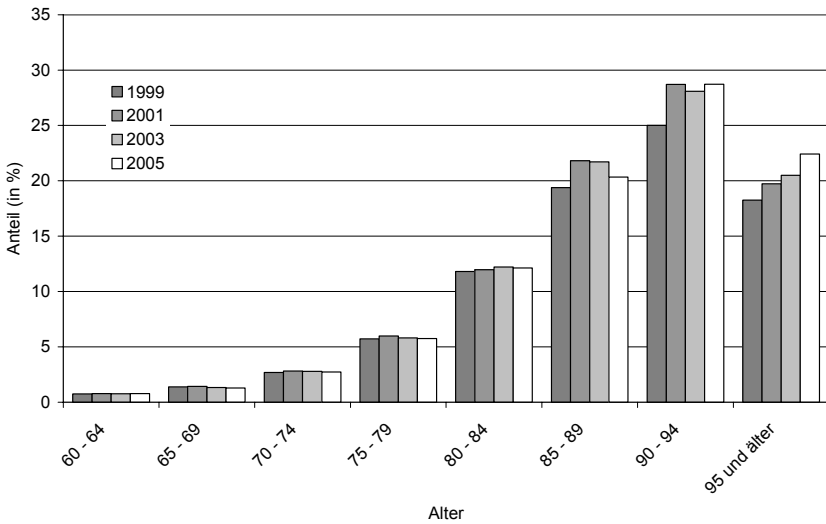
Quelle: Statistisches Bundesamt, Pflegestatistik 1999, 2001, 2003, 2005

Abbildung 13: Prävalenzen von Männern (Pflegerst. I) nach Altersgruppen und Jahr



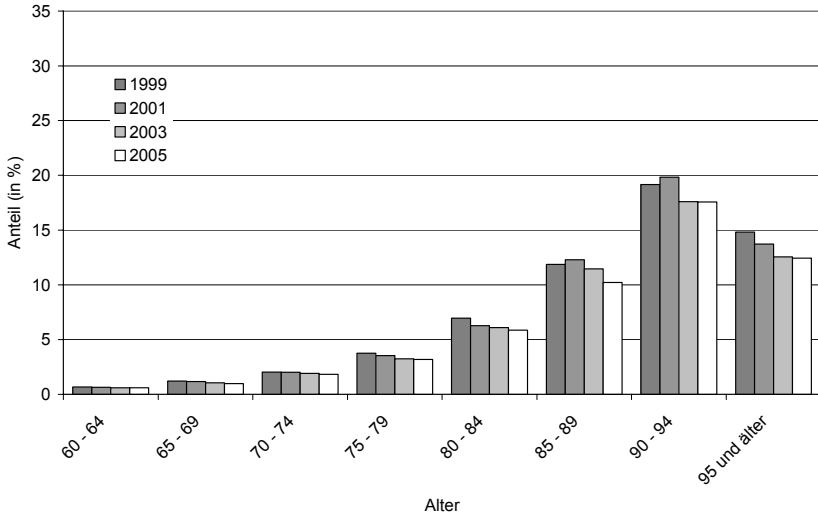
Quelle: Statistisches Bundesamt, Pflegestatistik 1999, 2001, 2003, 2005

Abbildung 14: Prävalenzen von Frauen (Pflegerst. I) nach Altersgruppen und Jahr



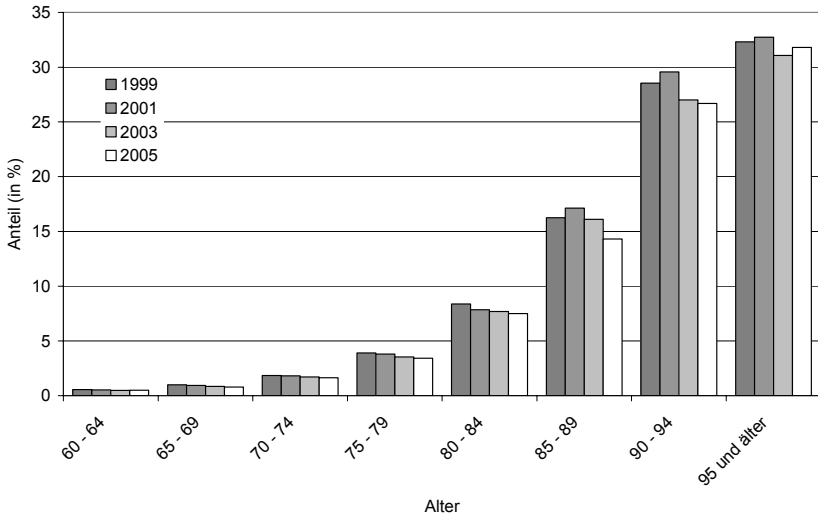
Quelle: Statistisches Bundesamt, Pflegestatistik 1999, 2001, 2003, 2005

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



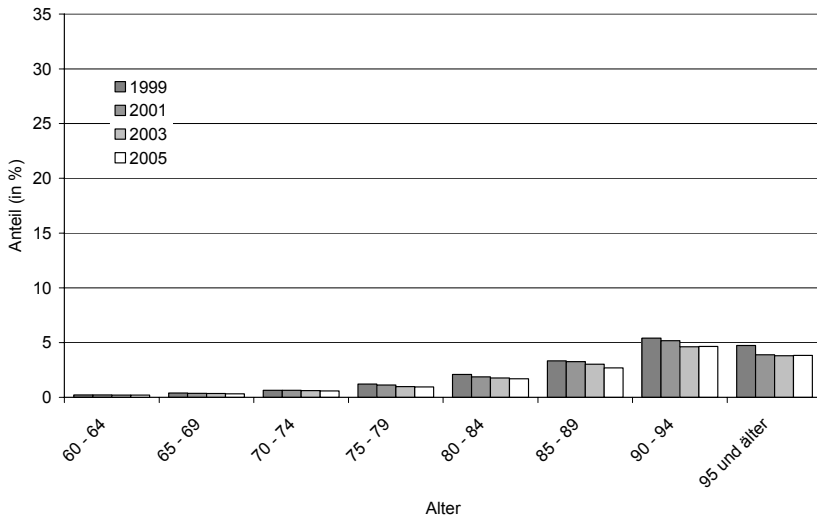
Quelle: Statistisches Bundesamt, Pflegestatistik 1999, 2001, 2003, 2005

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



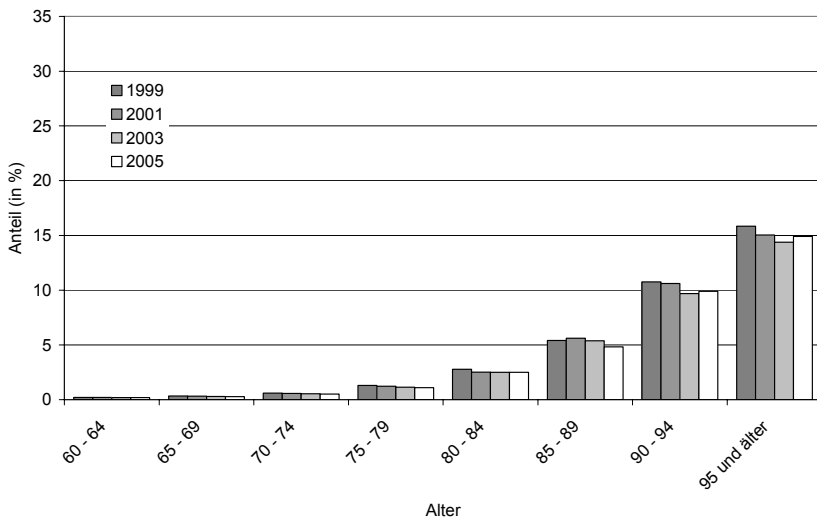
Quelle: Statistisches Bundesamt, Pflegestatistik 1999, 2001, 2003, 2005

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



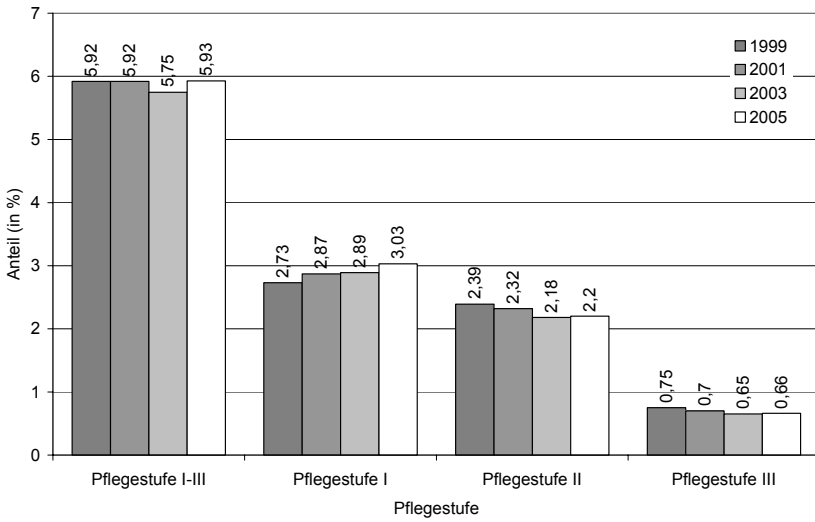
Quelle: Statistisches Bundesamt, Pflegestatistik 1999, 2001, 2003, 2005

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



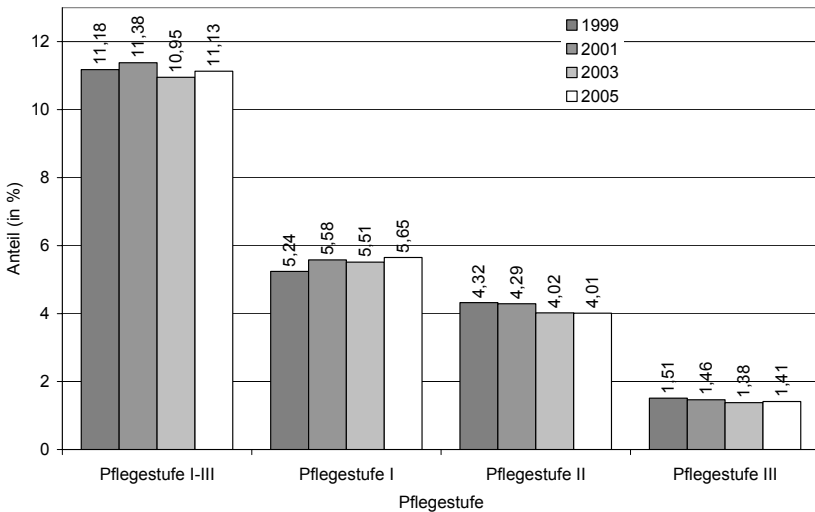
Quelle: Statistisches Bundesamt, Pflegestatistik 1999, 2001, 2003, 2005

Abbildung 19: Prävalenzen von Männern über Alter 60 nach Pflegestufen und Jahr



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

Abbildung 20: Prävalenzen von Frauen über Alter 60 nach Pflegestufen und Jahr



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

Betrachtet man die Entwicklungen in den einzelnen Pflegestufen *relativ* zueinander, dann kann durchaus auf eine schleichende Zunahme an Leistungsbeziehern der Pflegestufe I gegenüber den Pflegestufen II und III geschlossen werden. Zumindest der groben Tendenz nach scheint damit eine gewisse Parallelität in den festgestellten Entwicklungen in Studien zur aktiven Lebenserwartung und in den sozialrechtlichen Inanspruchnahmen 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.

3.3.2 Alters- und Geschlechtsunterschiede

Betrachtet man die Abbildung 11 und Abbildung 12 dann zeigt sich zunächst, dass die Menschen mit zunehmendem Alter i. d. R. eher pflegebedürftig sind. Während bei den 70-74-Jährigen Männern und Frauen „nur“ jede(r) zwanzigste (5 %) pflegebedürftig ist, erreicht die Pflegequote bei den 90-94-Jährigen Männern mit 45 % und mit 65 % bei den Frauen den höchsten Wert. Das Muster der Altersabhängigkeit bleibt über alle Pflegestufen erhalten, wobei erwartungsgemäß die Pflegequoten bei Pflegestufe I am höchsten sind, gefolgt von Pflegestufe II und Pflegestufe III: Beispielsweise haben 90-94-Jährige Männer in Pflegestufe I eine Pflegequote von ca. 21 % (Abbildung 13), in Pflegestufe II eine Pflegequote von ca. 18 % (Abbildung 15) und in Pflegestufe III eine Pflegequote von ca. 5 % (Abbildung 17).

Auffallend ist neben der mit dem Alter ansteigenden Pflegeprävalenz für beide Geschlechter, dass es insbesondere in Pflegestufe I bei beiden Geschlechtern und in Pflegestufe II bei den Männern zu einem Rückgang der Prävalenzen oberhalb von Alter 95 kommt. Verantwortlich hierfür ist möglicherweise ein *selektives* Überleben insbesondere der Männer: Diese älteren Kohorten sind in besonderem Maße nachhaltig dem Einfluss z. T. beider Weltkriege ausgesetzt. So waren beispielsweise die Männergenerationen von 1888 bis 1901 am häufigsten unter den Opfern des ersten Weltkriegs vertreten sowie die Generationen von 1893 bis 1901 als Reservisten im zweiten Weltkrieg eingezogen worden. Die Generationen von 1914 bis 1920 zählten in besonderem Maße ebenfalls zu den Opfern des zweiten Weltkriegs (Haudidier 1996: 142). Insofern ist davon auszugehen, dass die männlichen Kohorten, die von Kriegseinflüssen betroffen sind, einer „negativen“ Risikoselektion unterworfen sind: Die relativ gesunden wehrpflichtigen fielen verstärkt dem Krieg zum Opfer mit der Folge, dass die relativ schlechten gesundheitlichen Risiken überleben (Dinkel 1984).

Über alle Pflegestufen (Abbildung 13 bis Abbildung 18) zeigt sich eine deutlich höhere Prävalenz bei den Frauen, wobei auch hier eine Altersabhängigkeit zu erkennen ist: Während bis zur Altersgruppe der 70-74-Jährigen Männer und Frauen nahezu identische Prävalenzen aufweisen, haben Frauen in den anschließenden Altersgruppen deutlich höhere Prävalenzen. Auch hier zeigen Untersuchungen zur aktiven Lebenserwartung ähnliche Befunde. Demnach leben Frauen zwar insgesamt länger, verbringen aber – paradoxerweise – insgesamt mehr Lebensjahre in gesundheitlicher Beeinträchtigung (Bebbington 1988, Klein/Unger 1999, Land 1994, Unger 2006).

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

Im vorangegangenen Abschnitt wurde festgestellt, dass sich das *individuelle Risiko* von Pflegebedürftigkeit – gemessen über die Entwicklung der Prävalenzen – im Zeitverlauf nicht geändert hat. Da sich die Bestandsgrößen der Pflegebedürftigen jedoch aus den Flussgrößen der Zugänge (Inzidenzen) in und aus den Abgängen (Reversibilität der Pflegebedürftigkeit und Tod) aus der Pflegebedürftigkeit zusammensetzen, werden im Folgenden die Zugänge in die Pflegebedürftigkeit anhand der Daten des Medizinischen Dienstes der Spitzenverbände der Krankenkassen e. V. (MDS) dargestellt. Es werden somit ergänzende Analysen durchgeführt die darüber Aufschluss geben, ob sich der Pflegebeginn im Zeitverlauf geändert hat oder – analog der Prävalenzen – gleich geblieben ist. Dazu wird zunächst auf die Entwicklung der Begutachtungen (Abschnitt 3.4.1) eingegangen, 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 Inzidenzen und die Reversibilität in der Pflegebiographie thematisiert (Abschnitt 3.4.2).

Die *Verweildauer* in der Pflegebedürftigkeit – die zentrale Größe zwischen Ein- und Austritt aus der Pflege – kann dagegen bislang nicht mit amtlichen Daten analysiert werden. Das gleiche gilt für die Beendigung von Pflegebedürftigkeit durch den *Tod*. Diese Analysen werden jedoch Teil der Analysen sein, die mit GEK-Daten durchgeführt werden (Kapitel 4).

3.4.1 Entwicklung der Begutachtungen

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

Insgesamt hat sich die Zahl Begutachtungen von anfänglich 1,7 Mio. Gutachten im Jahr 1995 nach nur wenigen Jahren auf ca. 1,3 Mio. verringert (Tabelle 12). Die Zahl der Erstgutachten verringerte sich dabei von anfänglich ca. 1,4 Mio. in 1996 auf durchschnittlich ca. 675 Tsd. seit 1999, wodurch auch der Anteil an Erstbegutachtungen mittlerweile nahezu konstant bei ca. 52% liegt. Analog dazu nahm der Anteil der Höherstufungs- bzw. Wiederholungsgutachten, für den sich erst ein Bestand an Pflegebedürftigen aufbauen musste, zu Beginn stark zu und bewegt sich seit ca. 2002 bei absolut ca. 540 Tsd. Personen, bzw. bei ca. 41%. Ebenfalls als Grund für den langsamen Anstieg der Höherstufungs-/Wiederholungsgutachten kann die mittlere Zeit zwischen Erst- und Folgebegutachtung gesehen werden, die auf 2 bis 3 Jahre geschätzt werden

kann (MDS 2004: 8). Die Zahl der Widerspruchsgutachten lag mit durchschnittlich ca. 80 Tsd. bzw. mit durchschnittlich ca. 6,5% über den gesamten Beobachtungszeitraum deutlich niedriger.⁹

Tabelle 12: Ambulante und stationäre Begutachtungen der Pflegebedürftigkeit nach Gutachtenart (Anteile in Prozent in Klammer)

	davon			
	insgesamt	Erstgutachten	Höherstufungs-/ Wiederholungs- gutachten	Widersprüche
1995	1.705.617	Keine Angaben 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)

Quelle: MDS

3.4.2 Entwicklung der Inzidenzen und die Reversibilität von Pflegebedürftigkeit

Aus den unterschiedlichen Begutachtungen resultieren unterschiedliche Zugänge zu den Bestandsgrößen der Pflegebedürftigen: Während die Erstbegutachtungen zu Neuzugängen (Inzidenzen) 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.

In Tabelle 13 sind hierzu zunächst die ambulanten und stationären Erstbegutachtungen aufgeführt. Demnach wurden zur Einführung der Pflegeversicherung 1995 ca. 1,7 Mio. Antragsteller auf ambulante Leistungen begutachtet. In den Jahren ab 1996 wurden zusätzlich stationäre Leistungen begutachtet. Bis 2002 zeigt die Tabelle eine abnehmende Anzahl an Erstbegutachtungen, d. h. immer weniger Menschen beantragen erstmalig Leistungen aus der Pflegeversicherung. Ab 1999 beträgt die Zahl der Erstbegutachtungen durchschnittlich ca. 674 Tsd., wobei der Anteil der abgelehnten Anträge sich nahezu konstant auf ca. 30% beläuft. Ab 1999 bekommen somit ca. 475 Tsd. Menschen jährlich durch eine Erstbegutachtung eine Pflegestufe bewilligt.

⁹ Die Widerspruchsgutachten werden im Folgenden vernachlässigt, da sie insgesamt nur ca. 6,5% der durchgeführten Begutachtungen ausmachen und darüber hinaus in ca. 60% der Fälle zu keiner Änderung der Pflegestufenempfehlung führen.

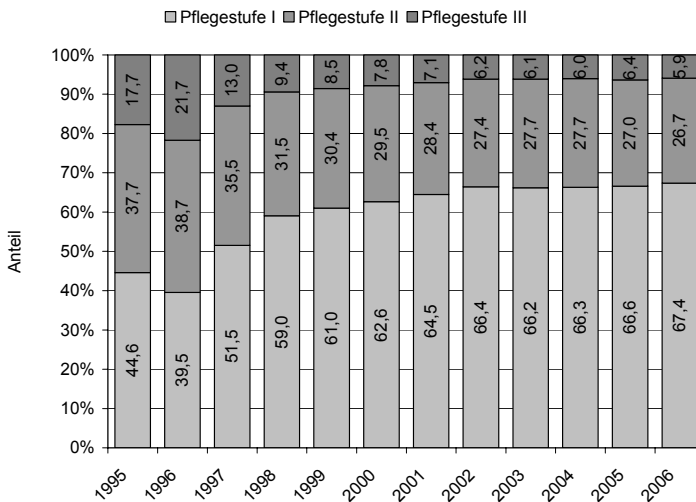
Tabelle 13: Ambulante und stationäre Erstbegutachtungen

	davon				
	Erstbegutachtungen	Pflegebedürftige insgesamt	Pflegstufe I	Pflegstufe II	Pflegstufe 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

* nur Antragsteller auf ambulante Leistungen

Quelle: MDS

Abbildung 21: Verteilung der bewilligten Pflegestufen bei ambulanten und stationären Erstbegutachtungen nach Jahr



Quelle: MDS

In Abbildung 21 sind die mit den einzelnen Pflegestufen korrespondierenden Verteilungen nach dem Jahr abgetragen. Auffallend ist im Zeitablauf insbesondere die Zunahme

der Pflegestufe I und die Abnahme der Pflegestufen II und III. Als Gründe hierfür werden u. a. sog. Einführungseffekte genannt. Demnach werden anfänglich – auch bei Betrachtung von Inzidenzen – *alle* Pflegebedürftigen, d. h. auch alle bereits bestehenden Leistungsfälle erfasst, die – im Vergleich zu Neufällen – einen höheren durchschnittlichen Pflegegrad aufweisen, weil sie schon eine längere „Pflegekarriere“ mit tendenziell ansteigendem Pflegebedarf aufweisen. Damit lässt sich der zunächst höhere Anteil an Leistungsempfängern der Pflegestufe II und III im Einführungsjahr (bzw. den Einführungsjahren 1995 und 1996) erklären. Erst danach werden nur die innerhalb eines Jahres „neu“ hinzukommenden Pflegebedürftigen erfasst (vgl. MDS 2004: 11). Darüber hinaus wurde bei Einführung der Pflegeversicherung festgelegt, dass die Beziehenden von Pflegeleistungen nach § 53ff. SGB V ohne vorherige Begutachtung der Pflegestufe II zugeordnet wurden. Des Weiteren führte die Begutachtungspraxis auch dazu, dass Erstantragsteller in Alten-/Pflegeheimen meist im Rahmen eines Kurzgutachtens bei festgestellter Pflegebedürftigkeit in der Statistik als Pflegestufe I ausgewiesen wurden und erst in der Folgebegutachtung der Grad der Pflegebedürftigkeit ermittelt wurde. Damit wurden sie in den Erstbegutachtungen (z. T. zu niedrig) als Pflegestufe I geführt (vgl. ausführlicher MDS 2004: 11). Betrachtet man jedoch den jüngeren Zeitraum ab 1999, der von den Änderungen nicht betroffen ist, dann lässt sich – entsprechend der Zunahme bei den Bestandsgrößen der Pflegebedürftigen (vgl. Abschnitt 3.2.3) – ebenfalls eine schleichende Zunahme an Pflegebedürftigen der Pflegestufe I feststellen.¹⁰

Die zweite Form der Begutachtung, die den Bestand an Pflegebedürftigen beeinflusst, sind die Höherstufungs- bzw. Wiederholungsbegutachtungen. Diese werden seit ca. 2002 bei durchschnittlich ca. 540 Tsd. Personen, bzw. bei ca. 41 % der Begutachtungen durchgeführt (vgl. Tabelle 12). 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 der Pflegebestände. In Tabelle 14 ist diese „Mobilität“ zwischen den Pflegestufen näher aufgeführt. Demnach ist der Verlauf von Pflegebedürftigkeit *im Lebensverlauf der Pflegebedürftigen* vor allem durch eine Zunahme des Hilfebedarfs gekennzeichnet: Während ca. 46 % der Antragsteller in Pflegestufe I keine Veränderung in der Einstufung erfahren, werden ebenfalls ca. 46 % in einer höheren Pflegestufe eingestuft. Ca. 8 % werden sogar als nicht mehr pflegebedürftig im Sinne des SGB XI eingestuft, beziehen also keine Leistungen mehr aus der Pflegeversicherung. In den höheren Pflegestufen fallen die Höherstufungsanteile geringer und die Niedrigerstufungsanteile höher aus: Während in Pflegestufe II (III) ca. 35 % (0 %) höher eingestuft werden, werden gleichzeitig ca. 11 % (17 %) niedriger eingestuft.¹¹ Insgesamt zeigen die Befunde damit vor allem, dass

¹⁰ Ein Überblick über die Änderungen der Begutachtungs-Richtlinien findet sich bei BMG (2008).

¹¹ 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

Pflegebedürftigkeit kein statischer Zustand ist und in vielen Fällen im Lebensverlauf zunimmt. Die Befunde zeigen jedoch auch, dass Pflegebedürftigkeit abnehmen kann und zwar je nach Pflegestufe in ca. 8-17% der Begutachtungen. Jedoch muss auch einschränkend darauf hingewiesen werden, dass der vollständigen Reversibilität von Pflegebedürftigkeit von ca. 20.000 Fällen im Jahr (8% der 332.233 Antragsteller für Wiederholungsbegutachtung aus Pflegestufe I im Jahr 2006) ca. 2,13 Mio. Pflegebedürftige gegenüberstehen.¹²

Betrachtet man die zeitliche Entwicklung der Höherstufungs-/ Wiederholungsbegutachtungen, dann wird vor allem deutlich, dass die Veränderungsquoten nahezu über den gesamten Zeitraum, besonders aber seit 2000 nahezu konstant geblieben sind. Welchen Anteil die Höherstufungs-/Wiederholungsbegutachtungen und damit die Wechsel zwischen den einzelnen Pflegestufen insgesamt an der Entwicklung der Pflegestufen – insbesondere an der Ausweitung der Pflegestufe I an allen Pflegestufen – haben, kann anhand der Daten des MDS nicht abschließend geklärt werden. Insbesondere eine Altersdifferenzierung bei den Wechseln zwischen den einzelnen Pflegestufen ist hierfür nötig. Diese Analysen sind jedoch Teil der Analysen, die anhand der GEK-Daten durchgeführt werden können (vgl. Kapitel 4).

Tabelle 14: Einstufungen nach Höherstufungs-/Wiederholungsbegutachtungen nach Pflegestufe und Jahr (Anteile in Prozent)

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

1) Werte nicht verfügbar

Quelle: MDS

Insgesamt steht damit sowohl der absolute Anstieg an Leistungsbeziehern der Pflegestufe I (vgl. Abschnitt 3.2.3), als auch der relative Anstieg der Prävalenzen in Pflegestufe I (vgl. Abschnitt 3.3.1), in Einklang mit der hier festgestellten Zunahme der Erst-

Leistungsbezieher der Pflegestufe II einen Hilfebedarf der meist jeweils nächst höheren Pflegestufe (MDS 2007: 11)

¹² Ob auch in Pflegestufe II und III eine vollständige Reversibilität von Pflegebedürftigkeit beobachtet werden kann, kann anhand der hier verwendeten Daten des MDS nicht geklärt werden.

begutachtungen der Pflegestufe I (vgl. Abbildung 21). Aussagen über die Wahrscheinlichkeit, insgesamt in der Pflegekarriere hochgestuft zu werden, sowie darüber, welches Gewicht dabei den Wechseln zwischen den Pflegestufen zukommt (vgl. Tabelle 14), kann man mit diesen Daten dagegen nicht machen. Diese Analysen werden anhand der GEK-Daten durchgeführt (vgl. Kapitel 4).

3.5 Die Pflegepersonen

Ein zentrales Anliegen der Pflegeversicherung ist – gemäß dem Grundsatz „Vorrang der häuslichen Pflege“ – die Stärkung der häuslichen Pflege. So besagt § 3 SGB XI ausdrücklich: „Die Pflegeversicherung soll mit ihren Leistungen vorrangig die häusliche Pflege und die Pflegebereitschaft der Angehörigen und Nachbarn unterstützen, damit die Pflegebedürftigen möglichst lange in ihrer häuslichen Umgebung bleiben können. Leistungen der teilstationären Pflege und der Kurzzeitpflege gehen den Leistungen der vollstationären Pflege vor.“ Gegenwärtig belegen die Daten zu den Pflegeleistungen auch die Bedeutung der häuslichen Pflege: So werden im Jahr 2005 ca. 980 Tsd. Pflegebedürftige ausschließlich von privaten Pflegepersonen (Geldleistungsempfänger) und weitere ca. 220 Tsd. sowohl von privaten Pflegepersonen als auch von professionellen Pflegediensten zu Hause gepflegt (Kombileistungsempfänger, vgl. Abschnitt 3.2.4). Angesichts der soziodemographischen Veränderungen, insbesondere durch sinkende Geburtenziffern, einem Rückgang der Eheschließungen und steigenden Scheidungsraten sowie steigender Frauenerwerbstätigkeit stellt sich allerdings die Frage, ob damit zu rechnen ist, dass das familiäre Pflegepotential in Zukunft weiter zurück geht. Beispielsweise zeigen die Daten zur Entwicklung der Inanspruchnahme von Pflegeversicherungsleistungen auch, dass der Anteil zu Hause gepflegter Pflegebedürftiger an allen Pflegebedürftigen von 71,6% in 1999 kontinuierlich auf 68,2% in 2005 zurückgegangen ist (vgl. Abschnitt 3.2.4).

Um das Pflegepotential in der häuslichen Pflege genauer bewerten zu können, ist daher die Bestimmung der Zahl der Pflegepersonen erforderlich. Einen ersten Anhaltspunkt über die Anzahl von Pflegepersonen bieten die Leistungsempfänger des Pflegegeldes und der Kombileistungen. Diese Leistungen werden von den Pflegekassen für die Versorgung im häuslichen Umfeld an die Pflegebedürftigen ausgezahlt und dienen der Bezahlung der engagierten Pflegeperson(en). Diese Leistung bezogen im Jahr 2005 ca. 1,2 Mio. Pflegebedürftige. Die Anzahl der an der häuslichen Pflege beteiligten Personen kann jedoch auch deutlich höher liegen, beispielsweise wenn sich mehrere Personen die Pflege aufteilen. So werden zwar 36% aller Pflegebedürftigen von einer Person gepflegt, denen aber 29% der Pflegebedürftigen gegenüber stehen die von zwei Personen gepflegt werden und 27% aller Pflegebedürftigen werden sogar von drei und mehr Personen gepflegt (Meyer et al. 2007: 17).

Informationen über die Entwicklung der Zahl der Pflegepersonen im Zeitverlauf liegen bislang jedoch nur sehr vereinzelt vor.¹³ Die Gründe liegen vor allem darin, dass repräsentative Erhebungen zur Anzahl von Pflegepersonen und zum Ausmaß von Pflegeetätigkeiten generell kaum vorliegen, während hingegen einige Untersuchungen angeführt werden können, die, gestützt auf kleinere Befragtengruppen von pflegenden Angehörigen, deren spezifische Situation darstellen.¹⁴ Um diese Lücke zu schließen, wird in diesem Abschnitt die Entwicklung der Pflegepersonen, also der Personen die eine nichterwerbsbezogene Pflegeetätigkeit ausüben, im Zeitverlauf untersucht. Eine hierfür geeignete und kaum genutzte Datengrundlage sind die prozessproduzierten Daten der Rentenversicherung.¹⁵ Diese lassen Rückschlüsse auf den pflegenden Personenkreis zu, da innerhalb der Rentenversicherung – bei nichterwerbsbezogener Pflege – Rentenanträge erworben werden können. Darüber hinaus kann 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 enthalten. Die Charakterisierung als „Pflegeperson“ orientiert sich dabei vor allem an den in den betrachteten Datengrundlagen verwendeten Definitionen und Erhebungskonzepten von geleisteter Pflege.

3.5.1 Pflegepersonen in den Daten der deutschen Rentenversicherung

Zu den Leistungen der Pflegeversicherung gehört neben dem Pflegegeld für die Pflegebedürftigen die Übernahme der Beiträge an die Rentenversicherung für die pflegenden Personen. So besteht seit dem 1.4.1995 für Personen in der gesetzlichen Rentenversicherung Versicherungspflicht, wenn sie einen Pflegebedürftigen nicht erwerbsmäßig wenigstens 14 Stunden wöchentlich in seiner häuslichen Umgebung pflegen und dieser Anspruch auf Leistungen aus der gesetzlichen oder privaten Pflegeversicherung hat. Darüber hinaus darf der Umfang der Erwerbstätigkeit der Pflegepersonen 30 Std. in der Woche nicht übersteigen und diese dürfen selbst noch keine Altersrente beziehen (vgl. Rothgang 1997: 254f.). Dabei richtet sich die Höhe der Beiträge nach dem Schweregrad (Pflegestufe) der Pflegebedürftigkeit und nach dem vom Medizinischen Dienst festgestellten zeitlichen Umfang der Pflegeetätigkeit. Die Beiträge sollen dabei, durch ihre entsprechende Höhe¹⁶, das Potenzial haben, nennenswert zu den Rentenanwart-

¹³ Auch die MUG I und die MUG III-Studie erlaubt zwar ein Vergleich von Merkmalen der Hauptpflegepersonen über eine Dekade hinweg, jedoch werden keinerlei Aussagen zur Anzahl dieser Personen in Deutschland getroffen.

¹⁴ 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).

¹⁵ 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 Pflegenden und vernachlässigt die Verbreitung der Pflegepersonen insgesamt.

¹⁶ 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

schaften 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 15 sind hierzu die in der Rentenversicherung Versicherten Männer und Frauen wiedergegeben, für die während eines Jahres entweder ganzjährig oder einen Teil des Jahres Beiträge gezahlt wurden. In diesem Zusammenhang ist darauf zu verweisen, dass anhand der Versichertenkonten natürlich nur „jüngere“ Altersgruppen bis zum Rentenalter untersucht werden können und damit in erster Linie die Pflege durch die Kindergeneration abgebildet wird.

Tabelle 15: Pflegepersonen nach Pflegedauer und Jahr

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

Quelle: Deutsche Rentenversicherung, Versicherte 1995-2006

Zunächst ist auffallend, 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 Pflegebedürftigen in den ersten Jahren seit Einführung der Pflegeversicherung (vgl. Abschnitt 3.2.3) – Einführungseffekte verantwortlich sind, beispielsweise durch den zunehmenden Bekanntheitsgrad der Pflegeversicherung. Interessant ist weiterhin vor allem die separate Betrachtung von Männern und Frauen: Während bereits nach wenigen Jahren die Zahl der Männer für die Beiträge gezahlt werden, bei durchschnittlich 37 Tsd. liegt und bis heute nahezu konstant ist, nimmt die entsprechende (deutlich höhere) Zahl der Frauen von ca. 482 Tsd. in 1997 auf ca. 379 Tsd. in 2006 ab. Von dieser drastischen Abnahme um ca. ¼ ist dabei gleichermaßen die durchgehend ganzjährige Pflege als auch die nicht ganzjährige Pflege

Std./Woche 0,8 Entgeltpunkte gutgeschrieben werden (vgl. Stegmann/Mika 2007: 780). Ein Entgeltpunkt entspricht dabei den Beitragszahlungen, die ein gesetzlich Rentenversicherter mit durchschnittlichem versicherungspflichtigem Entgelt im Laufe eines Jahres einzahlen würde.

betroffen. Insgesamt zeigt sich damit eine rückläufige Tendenz zur Pflege, die durch einen Rückgang bei den pflegenden Frauen gekennzeichnet ist.

Tabelle 16: Pflegepersonen nach Geburtsjahren (Rentenzugangsjahren)

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

Quelle: Deutsche Rentenversicherung, Rentenzugänge 2000-2006

Die Daten der Rentenversicherung erlauben über die eben durchgeführte jahresweise Betrachtung der Entwicklung der Pflegepersonen 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 2000-2006 herangezogen und überprüft, welcher *Anteil* dieser Jahrgänge Rentenansprüche aus geleisteter Pflege erworben hat.¹⁷ In diesem Zusammenhang ist darauf zu verweisen, dass anhand der Rentenzugänge natürlich nur ältere Geburtsjahrgänge mit abgeschlossenen Erwerbsverläufen betrachtet werden können und folglich auch keine Aussagen zum Pflegeverhalten oberhalb des hier betrachteten Beginns der Altersrenten (60-65) gemacht werden können. In Tabelle 16 sind hierzu die Altersrenten für Männer und Frauen nach Geburtsjahren bzw. Rentenzugangsjahr wiedergegeben.¹⁸ Demnach beziehen im Jahr 2000 erstmals 587.380 Personen eine Altersrente wovon 12.461 Personen und damit 2,12% Rentenansprüche aus geleisteter Pflege erworben haben. In den nachfolgenden Jahren (mit Ausnahme von 2006) ändert sich der Anteil von Pflegepersonen an den Altersrentenzugängen nur geringfügig. Es haben also ca. 2,1-2,4% aller Personen, die in den Jahren 2000-2005 erstmalig eine Altersrente bezogen haben, jemals in ihrem Leben vor ihrer Verrentung gepflegt. Es ist jedoch auch zu bedenken, dass im hier betrachteten Zeitraum die älteren im Vergleich zu den jüngeren Kohorten weniger Zeit hatten – nach Einführung der Pflegeversicherung 1995 – Berücksichtigungszeiten aus geleisteter Pflege zurückzulegen: Während für die Rentenzugangskohorte 2000 ein Zeitraum von maximal 5 Jahren zur Verfügung stand, betrug dieser für die Rentenzugangskohorte 2006 schon 11 Jahre.

¹⁷ Für die Rentenzugangsjahre vor 2000 werden die Pflegepersonen nicht ausgewiesen.

¹⁸ Die Pflegepersonen werden in der Rentenzugangsstatisik nicht separat für Männer und Frauen ausgewiesen.

3.5.2 Pflegepersonen in den Daten des Sozio-ökonomischen Panel

Da den Daten der Rentenversicherung eine relativ „harte“ Abgrenzung von Pflege-tätigkeiten von mindestens 14 Std. in der Woche zugrunde liegt, werden im Folgenden die Daten des Sozio-ökonomischen Panel (SOEP) ausgewertet, die auch geringfügige Pflege-tätigkeiten abbilden: Die Pflege-tätigkeit 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 17 dann zeigt sich, dass den ca. 1,2 Mio. Pflegebedürftigen in 2006, die ausschließlich oder z. T. durch Angehörige gepflegt werden (also Pflegegeld oder Kombileistungen beziehen), ca. 3,68 Mio. und damit nahezu dreimal so viele Pflegenden gegenüberstehen. Die Entwicklung ist dabei von einem *Anstieg* der Zahl der Pflegenden gekennzeichnet: Während 2001 ca. 3,02 Mio. Pflegenden an der häuslichen Pflege beteiligt waren, stieg die Anzahl bis 2006 auf 3,68 Mio. Der Anteil der an der Pflege beteiligten Männer belief sich während des Zeitraums auf nahezu konstant 35%. Mit anderen Worten kommen auf einen pflegenden Mann zwei pflegende Frauen. Ein Vergleich der MUG I und der MUG III-Studie zeigt hingegen einen Anstieg des Anteils pflegender Männer von 17% in 1991 auf 27% in 2002 (Schneekloth/Wahl 2005: 77). Hierbei muss jedoch auch berücksichtigt werden, dass die hier mit dem SOEP untersuchten Pflegepersonen – im Gegensatz zu den in den MUG-Studien untersuchten „Hauptpflegepersonen“ – vermutlich keine „Hauptpflegepersonen“ sind, sondern zu einem Großteil darüber hinausgehende zusätzliche Pflege leisten.

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

Tabelle 17: Pflegepersonen nach Jahr und Geschlecht

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

Quelle: SOEP (2001-2006), gewichtet

Darüber hinausgehende Berechnungen mit dem SOEP haben gezeigt, dass das Durchschnittsalter der Pflegepersonen zwischen 2001 und 2006 nahezu unverändert geblieben ist.

ben ist.¹⁹ Anhand dieses Befunds kann zusätzlich die Validität der Daten der Rentenversicherung beurteilt werden. Denn durch diesen Befund wird zusätzlich bestätigt, dass die abnehmende Zahl der pflegenden Frauen in den Daten der Rentenversicherung (vgl. Tabelle 15) in erster Linie *nicht* darauf zurückzuführen ist, dass diese aufgrund ihres Alter schon eine Altersrente beziehen und damit aus der *Versichertenstatistik* heraus gefallen sind.

Dass die Gruppe der Pflegenden dabei auch über die bestehenden Geschlechtsunterschiede hinaus heterogen ist, zeigt Abbildung 22. Demnach pflegen Frauen im Alter von 45-75 Jahren am häufigsten, während Männer erst in höheren Altersjahren pflegen (vgl. Schupp und Künemund 2004). Insgesamt üben ca. 33 % der Männer und 22 % 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). Das höhere Lebensalter der Männer ist vermutlich darauf zurückzuführen, dass Männer häufiger ihre Partnerinnen und weniger ihre Eltern pflegen. Insgesamt kann damit sowohl von intergenerativer Pflege (vor allem bei den weiblichen Pflegepersonen) als auch von intragenerativer Pflege (vor allem bei den männlichen Pflegepersonen) gesprochen werden.

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

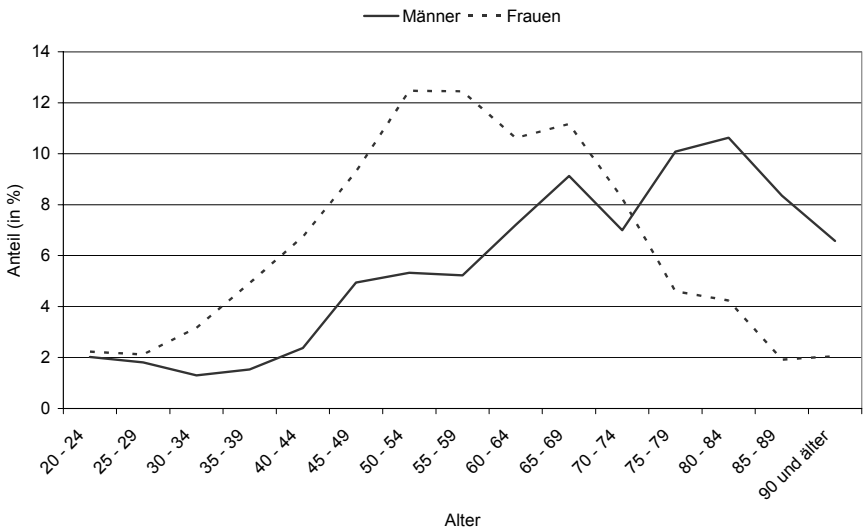
Die vorangegangenen Übersichten haben vor allem gezeigt, dass die absolute Zahl der Pflegepersonen stark vom verwendeten Erhebungskonzept von geleisteter Pflege und auch von den in den Datengrundlagen verfügbaren Altersgruppen abhängig ist. Während den Daten der Rentenversicherung eine mindestens 14 Std./Woche umfassende Pflege zugrunde liegt und dadurch durchschnittlich 400.000 Pflegepersonen unterhalb von 60-65 Jahren in 2006 ausweist, lassen sich die Pflegepersonen *aller* Altersklassen anhand des SOEP auf ca. 3,5 Mio. beziffern, wobei hier kein Mindestmaß an geleisteter Pflege zugrunde gelegt wird. Interessant sind auch die Geschlechteranteile bei den unterschiedlichen Erhebungskonzepten von Pflege: Während bei den „erheblichen“ Pflege Tätigkeiten in der Rentenstatistik Männer nur zu einem Zehntel pflegen (vgl. Tabelle 15), beläuft sich deren Anteil bei den „geringeren“ Pflege Tätigkeiten im SOEP nahezu auf die Hälfte (vgl. Tabelle 17).

Mit den unterschiedlich intensiven Formen von Pflege sind zudem auch unterschiedliche Entwicklungen verbunden: Während die „erheblichen“ Pflege Tätigkeiten in der

¹⁹ Bei Männern beträgt das Durchschnittsalter ca. 58 Jahre und bei Frauen ca. 54 Jahre.

Rentenstatistik leicht rückläufig sind, scheinen die „geringeren“ Pflgetätigkeiten im SOEP sogar anzusteigen. Beachtlich ist dies, da diese Entwicklung – die auf einen Anstieg in der Entwicklung „leichterer“ Pflgetätigkeiten hindeutet – sich auch im Anstieg der niedrigeren Pflgestufe I bei Beziehern des Pflgegelds wieder findet (vgl. Abschnitt 3.2.5). Diese Vermutung hat hier allerdings nur spekulativen Charakter und kann an dieser Stelle nicht weiter verfolgt werden.

Abbildung 22: Pflgepersonen nach Alter und Geschlecht



Quelle: SOEP (2001-2006), gewichtet

3.5.3 Das zukünftige Pflgepotential

Für die zukünftige Entwicklung des häuslichen Pflgepotenzials werden in der wissenschaftlichen Literatur demographische und sozio-ökonomische Entwicklungen angeführt, die maßgeblichen Einfluss auf das zukünftige Pflgepotential nehmen dürften. Hier werden insbesondere das Pflgepotential durch den Lebenspartner und deren Kinder sowie weiterer nicht-familialer Pflgepersonen angeführt (Stichwort Singularisierung), möglicherweise steigende Erwerbsquoten bei Frauen und kulturelle Veränderungen, die die Pflgebereitschaft verändern können (vgl. Rothgang 2002).

Während heute und in der jüngeren Vergangenheit vor allem ältere Frauen ohne Partner sind und damit auch weniger Partner in der häuslichen Pflge zur Verfügung stehen, wird sich diese Situation zukünftig eher verbessern. Denn die Partnerlosigkeit in den höheren Altersjahren ist weitgehend (neben der höheren Lebenserwartung der Frauen) eine Folge des kriegsbedingten „Frauenüberschusses“. Aufgrund des erwartbaren

Rückgangs dieses Geschlechterungleichgewichts ist zukünftig auch ein Rückgang der Partnerlosen unter den Pflegebedürftigen Frauen zu erwarten, wodurch das häusliche Pflegepotenzial weiter ansteigen wird (Schupp/Künemund 2004).

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

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

Familiale Pflege erfordert große Opfer von den Pflegepersonen, in materieller ebenso wie in immaterieller Hinsicht und erzeugt erhebliche Belastungen für die Pflegepersonen (vgl. Fischer et al. 1995; Halsig/Zimmermann 1994: 225-227, 234-241; Schneekloth/Pothoff 1993; 135-138; Thiede 1990: 20-24). So wird in einer von Infratest im Auftrag des Bundesgesundheitsministeriums durchgeführten Befragung die Belastung durch Pflegetätigkeit von 40 % der befragten Hauptpflegepersonen als sehr stark und von 43 % als stark empfunden (Schneekloth/Müller 2000: 56).²⁰ Insbesondere ist eine

²⁰ Lediglich 14 % der Befragten empfinden die Belastung eher wenig oder gar nicht. Vor Einführung der Pflegeversicherung lag dieser Wert mit 10 % sogar noch niedriger (Schneekloth/Müller 2000: 56).

intensive Pflege mit einer Berufstätigkeit der Pflegeperson kaum vereinbar (Beck et al. 1997; KDA 1992).²¹ Damit ist aber auch die zukünftige Erwerbsquote – insbesondere von Frauen, die derzeit das Rückrat der familialen Pflege bilden – von Bedeutung. Wird nicht unterstellt, dass sich die Bereitschaft der Männer zur Übernahme der Elternpflege wesentlich erhöht, ist – ceteris paribus – daher damit zu rechnen, dass von der zu erwartenden Steigerung der Frauenerwerbsquote ein negativer Einfluss auf die familiäre Pflegebereitschaft ausgeht und damit ein weiterer Beitrag zur Verschiebung der Pflegeform vom informellen in den formellen Sektor geleistet wird.

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

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

3.6 Die stationären Pflegeeinrichtungen

Der folgende Abschnitt gibt einen Überblick über die stationären Pflegeeinrichtungen. Dazu wird zuerst die allgemeine Entwicklung der Verbreitung der Heime nach Art des Heims und Träger der Einrichtung beschrieben. Anschließend wird auf die Ausstattung und Leistungen der Heime eingegangen, d. h. sowohl auf die zur Verfügung stehenden Plätze als auch auf die tatsächliche Auslastung und die angebotenen Leistungsarten.

²¹So sind von den Hauptpflegepersonen im erwerbsfähigen Alter (16-64 Jahre) nach Schneekloth/Müller (2000: 58f.) 64 % nicht erwerbstätig, 8 % geringfügig beschäftigt, 13 % teilzeitbeschäftigt und nur 16 % mit mindestens 30 Stunden pro Woche vollzeiterwerbstätig. Von den Hauptpflegepersonen, die zu Beginn der Pflege erwerbstätig waren, haben mehr als die Hälfte ihre Erwerbstätigkeit aufgegeben oder eingeschränkt (Rothgang 2002: S.31)

Abschließend wird auf die Struktur und den Tätigkeitsbereich der Beschäftigten eingegangen.

Tabelle 18: Entwicklung der Anzahl der Pflegeeinrichtungen nach Art und Träger der Einrichtung

	1999	2001	2003	2005
Pflegeheime (alle Träger)				
Insgesamt	8.859	9.165	9.743	10.424
für ältere Menschen	8.333	8.603	9.170	9.723
für Behinderte	203	221	226	236
für psychisch Kranke	323	341	347	353
für Schwerkranke und Sterbende	¹⁾	¹⁾	¹⁾	112
Pflegeheime (private Träger)				
Insgesamt	3.092	3.286	3.610	3974
für ältere Menschen	2.854	3.043	3.364	3664
für Behinderte	64	66	61	75
für psychisch Kranke	174	177	185	203
für Schwerkranke und Sterbende	¹⁾	¹⁾	¹⁾	32
Pflegeheime (freigemeinnützige Träger)				
Insgesamt	5.017	5.130	5.405	5748
für ältere Menschen	4.805	4.893	5.157	5431
für Behinderte	122	137	147	148
für psychisch Kranke	90	100	101	93
für Schwerkranke und Sterbende	¹⁾	¹⁾	¹⁾	76
Pflegeheime (öffentliche Träger)				
Insgesamt	750	749	728	702
für ältere Menschen	674	667	649	628
für Behinderte	17	18	18	13
für psychisch Kranke	59	64	61	57
für Schwerkranke und Sterbende	¹⁾	¹⁾	¹⁾	4

1) noch nicht erhoben

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

Die Zahl der Pflegeheime (Tabelle 18) ist seit 1999 von 8.859 um ca. 18 % auf 10.424 in 2005 angestiegen.²² Die Mehrzahl, also 5.748 bzw. 55 % der Heime in 2005, befindet sich in freigemeinnütziger Trägerschaft.²³ Der Anteil der 3.974 Heime mit privatem

²² 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).

²³ 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.

Träger beläuft sich auf 38 % und weitere 702 Heime, bzw. 7 % befinden sich in öffentlicher Trägerschaft. Die Entwicklung zeigt, dass der Anstieg der Pflegeheime insgesamt vor allem auf dem Anstieg der Pflegeheime für ältere Menschen beruht. Hierbei zeigt sich auch, dass die Zahl der Pflegeheime für ältere Menschen je nach Träger unterschiedlich stark zugenommen hat: Während beispielsweise die Zahl der Pflegeheime für ältere Menschen in freigemeinnütziger Trägerschaft von 4.805 im Jahr 1999 um 13 % auf 5.431 im Jahr 2005 zugenommen hat, findet sich bei den privaten Trägern ein drastischerer Anstieg von 2.854 (1999) um 28 % auf 3.664 (2005). Die Zahl der Pflegeheime in öffentlicher Trägerschaft sowie die Zahl der Pflegeheime für Behinderte und psychisch Kranke über alle Träger ist dagegen nahezu konstant.

Tabelle 19: Entwicklung der Heime nach Pflegeangebot und Auslastung

	1999	2001	2003	2005
Pflegeheime insgesamt	8.859	9.165	9.743	10.424
	<u>Verfügbare Plätze</u>			
Heimplätze insgesamt	645.456	674.292	713.195	757.186
Vollstationäre Pflege	631.382	658.317	694.939	737.815
davon Dauerpflege	621.502	648.543	683.941	726.448
davon Kurzzeitpflege	9.880	13.558	10.998	11.367
Tagespflege	13.339	15.522	17.831	19.044
Nachtpflege	735	453	425	327
Durchschnittliche Platzzahl pro Heim	72,9	73,6	73,2	72,6
	<u>Auslastung in Prozent</u>			
Vollstationäre Dauerpflege	89,2 ₁₎	89,8 ₁₎	89,5 ₁₎	88,7 ₁₎
Vollstationäre Kurzzeitpflege				
Tagespflege	77,0	79,9	95,8	100,0
Nachtpflege	23,5	12,1	6,8	5,5

1) Berechnung nicht sinnvoll

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

Dem Anstieg der Zahl der Pflegeheime steht ein Anstieg der Zahl der Heimplätze in etwa der gleichen Größenordnung gegenüber (Tabelle 19): Während 1999 die 8.859 Pflegeheime 645.456 Pflegeplätze zur Verfügung hatten, kamen 2005 auf die 10.424 Pflegeheime 757.186 Pflegeplätze. Damit betrug die durchschnittliche Pflegeplatzzahl während des Zeitraums pro Heim ca. 73. Die überwiegende Mehrheit der Heimplätze (ca. 96 %) steht dabei für die vollstationäre Dauerpflege zur Verfügung. Auf die vollstationäre Kurzzeitpflege, bzw. auf die Tagespflege entfallen nur 11 Tsd. bzw. 19 Tsd. Heimplätze und auf die Nachtpflege nur wenige Hundert. Betrachtet man die Entwicklung zwischen 1999 und 2005 dann hat vor allem die Zahl der vollstationären Dauerpflegeplätze um ca. 17 % und die Zahl der Tagespflegeplätze um ca. 42 % zugenommen. Die Kurzzeitpflegeplätze blieben dagegen konstant und die Nachtpflegeplätze dezimierten sich sogar um mehr als die Hälfte. Das Platzangebot war dabei im Bereich der stationären Dauerpflege durchgängig zu ca. 89 % ausgelastet, was etwa 644 Tsd. Pflegebedürftigen in 2005 entspricht. Jedoch ist zu berücksichtigen, dass in der Pflege-

statistik die Pflegebedürftigen mit der so genannten Pflegestufe „0“ nicht erhoben werden. Der Wert der Auslastungsquote kann daher auch etwas höher ausfallen.

Tabelle 20: Heimpersonal nach Beschäftigungsverhältnis und Tätigkeitsbereich

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

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

Betrachtet man die Entwicklung des Heimpersonals in Tabelle 20, dann zeigt sich ein Anstieg von 440.940 im Jahr 1999 um ca. 24% auf 546.397 im Jahr 2005.²⁴ Dieser

²⁴ 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).

Anstieg beruht dabei im Wesentlichen auf dem Anstieg der Teilzeit- und geringfügig Beschäftigten. Die Anzahl der Vollzeitbeschäftigten bleibt dagegen bei durchschnittlich ca. 212 Tsd. konstant, bzw. nimmt, bezogen auf alle Beschäftigten, von 48 % im Jahr 1999 kontinuierlich auf 38,1 % im Jahr 2005 ab. Die Zahl der Praktikanten, Schüler und Auszubildenden hat innerhalb des Zeitraums von ca. 16 Tsd. auf ca. 32 Tsd. zugenommen, während die Zahl der Zivildienstleistenden von ca. 12 Tsd. auf ca. 6 Tsd. abgenommen hat. Die Helfer im freiwilligen sozialen Jahr sind zwar absolut betrachtet auch leicht stärker vertreten, ihr Anteil bewegt sich jedoch konstant unter einem Prozent.

Der überwiegende Tätigkeitsbereich des Heimpersonals entfiel dabei auf die Pflege und Betreuung, wobei dieser Bereich in den letzten Jahren noch geringfügig auf zuletzt 68,5 % im Jahr 2005 angestiegen ist. Auf die soziale Betreuung entfielen noch weitere ca. 3,5 %. Der hauswirtschaftliche bzw. haustechnische Bereich nahm dagegen absolut betrachtet leicht zu, reduzierte sich jedoch an allen Tätigkeiten in den letzten Jahren auf zusammen 21 % in 2005. Auf Verwaltung und Geschäftsführung entfielen konstant ca. 5,5 % aller Tätigkeiten.

3.7 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 auf 1.470 Euro.²⁵ Diese Leistungen der Pflegeversicherung können dabei *ausschließlich* für die *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.²⁶

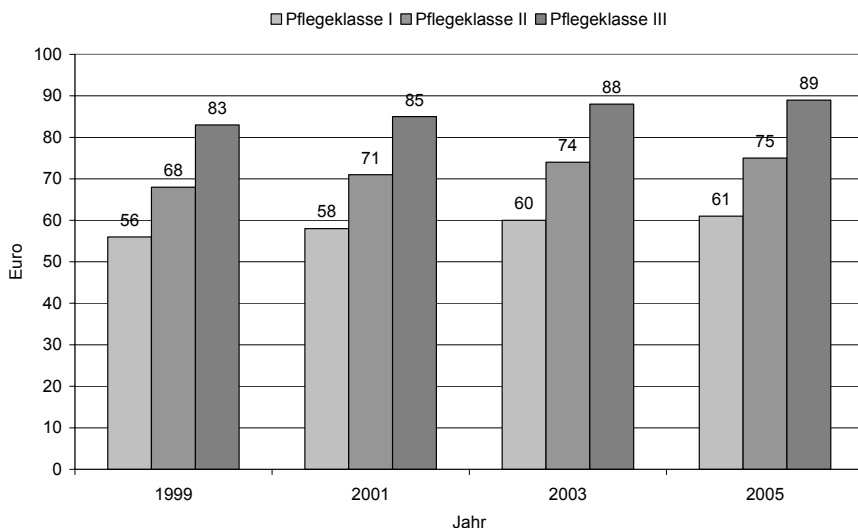
Eine besondere Situation liegt hierbei auch für die Sozialhilfeträger vor. Insbesondere für die Pflegebedürftigen in stationärer Pflege sind die SGB XI-Leistungen nämlich oft nicht ausreichend, um die Pflegekosten abzudecken. Ein Teil der Pflegebedürftigen in stationärer Pflege ist daher auf Hilfe zur Pflege als SGB XII-Leistung angewiesen und zwar tendenziell mehr, je höher die Pflegestufe ist. Erhöht sich nun die Zahl der Leistungsempfänger und/oder die Verteilung auf die einzelnen Pflegestufen, entstehen auch höhere Ausgaben beim Sozialhilfeträger.

²⁵ Leistungen ab dem 1.7.2008. Einen Überblick über alle Leistungen der Pflegeversicherung gibt auch Abschnitt 2.1.

²⁶ Weitere Kosten, wie z.B. die *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 (Agurzky et al. 2007: 25). Weiterhin werden *Zusatzleistungen* in Form von besonderen Komfortleistungen und die *Ausbildungsumlage* vernachlässigt.

Wie sich die individuellen „Heimentgelte“, also die Kosten für die Pflege sowie für Unterkunft und Verpflegung insgesamt entwickeln, soll zunächst beschrieben werden. In Abbildung 23 sind hierzu die durchschnittlichen Heimentgelte wiedergegeben. Wie zu sehen ist, richtet sich die Höhe der Vergütung für die Pflege zunächst nach den einzelnen Pflegeklassen (denen die Pflegestufen entsprechen): Im Jahr 1999 belaufen sich die Kosten bei Pflegestufe I auf 56 Euro, bei Pflegestufe II auf 68 Euro und bei Pflegestufe III auf 83 Euro pro Tag. Die darin enthaltenen Kosten für Unterkunft und Verpflegung belaufen sich auf ca. 19 Euro pro Tag. Von jedem Pflegebedürftigen im Heim der Pflegestufe I, der eine vollstationäre Dauerpflege beansprucht, sind also 56 Euro für Pflege sowie für Unterkunft und Verpflegung pro Tag und somit 1.702 Euro pro Monat (die Berechnung des Monatsbetrags erfolgt hier mit 30,4 Tagessätzen) an das Heim als Vergütung zu entrichten. Bei Pflegestufe II entspricht das einem Monatsbetrag von 2.067 Euro und bei Pflegestufe III von 2.523 Euro.²⁷

Abbildung 23: Entwicklung der durchschnittlichen Heimentgelte pro Tag (Pflegeheime aller Träger)



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

Welchen Veränderungen ist nun die Entwicklung des Heimentgeltes unterworfen? Wie in der Abbildung zu sehen ist, divergieren die Kosten zwischen den Erhebungsjahren der Pflegestatistik leicht: Während sich die Pflegesätze in Pflegestufe I zwischen 1999 und 2005 um 5 Euro erhöht haben, stiegen sie in Pflegestufe II um 7 Euro und in Pfleg-

²⁷ Zu berücksichtigen sind hier noch weitere Kosten (vgl. Fußnote 26).

stufe III um 6 Euro. Insgesamt kann damit eine relativ gleichmäßige Entwicklung beobachtet werden, die in etwa einer Preissteigerung von 10% in 6 Jahren entspricht. Dementsprechend fallen auch die monatlichen Pflegekosten sowie die Kosten für Unterkunft und Verpflegung im Jahr 2005 aus: für Pflegestufe I 1.854 Euro, für Pflegestufe II 2.280 Euro und für Pflegestufe III 2.706 Euro.

Untersuchungen zu den neueren Entwicklungen der Heimentgelte im Zeitverlauf, wie sie in der Abbildung dargestellt sind, liegen bislang *nicht* vor, wohl aber zu regional unterschiedlichen Heimentgelten.²⁸ Da hieraus aber mögliche Erklärungsansätze gewonnen werden können, wird exemplarisch auf eine Studie eingegangen (vgl. Agurzky et al. 2007). Berichtet wird hierzu ein zentraler Befund einer vom Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes NRW beauftragten Studie zur Untersuchung der überdurchschnittlich hohen Heimentgelte in NRW: „Eine wesentliche Erklärungsgröße für die höheren Pflegeheimkosten in NRW liegt in den Personalkosten. Hier können grundsätzlich eingesetzte Personalmenge, Vergütung des Personals und Struktur des eingesetzten Personals Unterschiede erklären. Für NRW ist festzustellen, dass über alle Personalgruppen rund 3% mehr Personal (Vollzeitäquivalente) je Bewohner zum Einsatz kommt. Allein hierdurch kann bereits 20% der Preisunterschiede erklärt werden. Zugleich werden die Vollzeitkräfte in NRW auch um etwa 3% besser vergütet als in den anderen Bundesländern, was zusätzlich 20% der Preisunterschiede erklärt. Dazu trägt bei, dass die Pflegekräfte in NRW etwas älter als in den Vergleichsländern sind, Tarifverträge häufiger zur Anwendung kommen und der Anteil der (tendenziell geringer vergütenden) privaten Pflegeheime unterdurchschnittlich ist“ (Agurzky et al. 2007: 11).

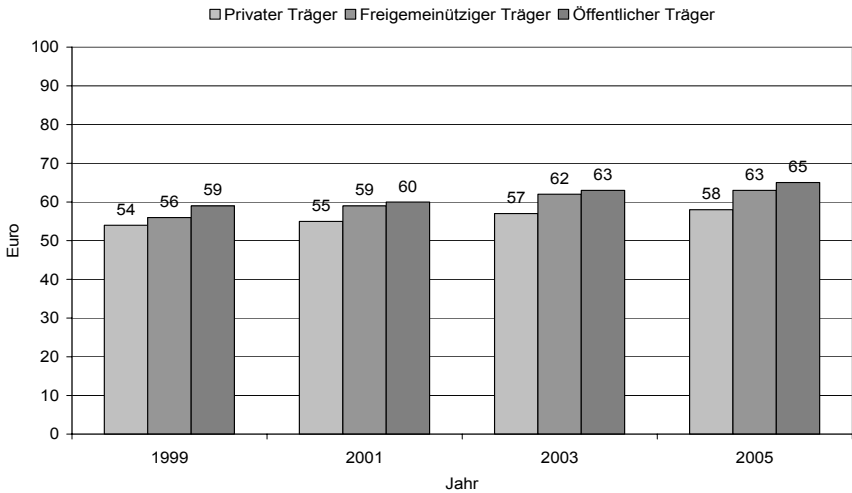
Die unterschiedliche Personalstruktur steht dabei auch in engem Zusammenhang mit der *Trägerschaft* der Pflegeeinrichtung, also der Unterscheidung zwischen öffentlichen, privaten und freigemeinnützigen Einrichtungen, die durch jeweils unterschiedliche organisationspezifischen Merkmale charakterisiert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

Im Folgenden wird daher die Entwicklung der Heimentgelte nach Trägerschaft betrachtet. Wie Abbildung 24 bis Abbildung 26 demonstrieren, liegen insbesondere die Heimentgelte bei den Einrichtungen in privater Trägerschaft unter denen der Heimentgelte der Einrichtungen in freigemeinnütziger Trägerschaft und diese wiederum unter

²⁸ 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.

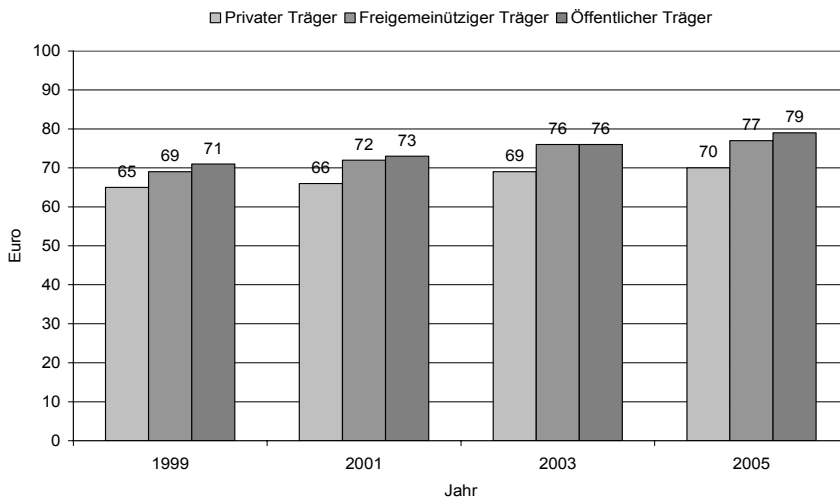
den Heimentgelten der Einrichtungen der öffentlichen Träger. Auffallend ist dabei vor allem, dass sich die Heimentgelte zwischen Einrichtungen in freigemeinnütziger Trägerschaft und Einrichtungen der öffentlichen Träger nur minimal unterscheiden.

Abbildung 24: Entwicklung der durchschnittlichen Heimentgelte der Pflegeklasse I nach Trägerschaft



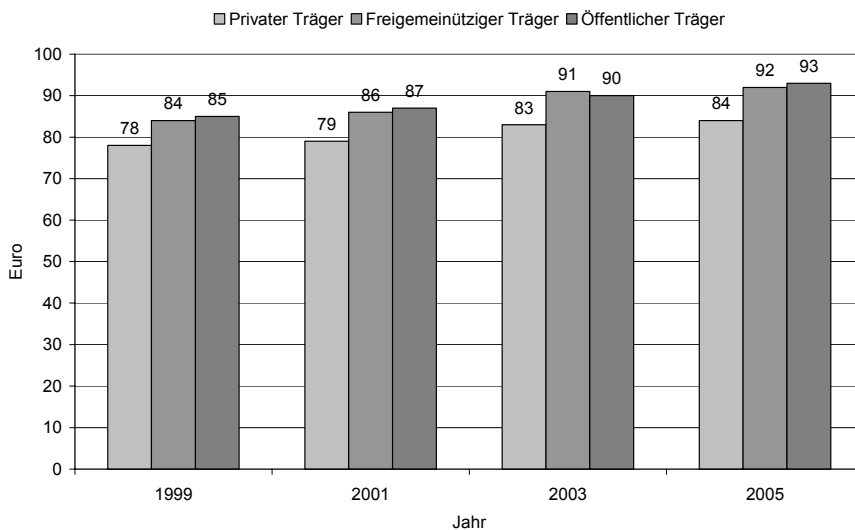
Quelle: Statistische Bundesamt, Pflegestatistik 1999, 2001, 2003, 2005

Abbildung 25: Entwicklung der durchschnittlichen .Heimentgelte der Pflegeklasse II nach Träger



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

Abbildung 26: Entwicklung der durchschnittlichen .Heimentgelte der Pflegeklasse III nach Träger



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

3.8 Finanzierung der Pflegebedürftigkeit

Die Kosten, die durch eine Pflegebedürftigkeit entstehen, werden zum Großteil durch die Pflegeversicherung abgedeckt. Trotzdem können weitere Deckungslücken entstehen – insbesondere im Bereich der stationären Pflege –, bspw. wenn der Pflegebedürftige oder seine unterhaltspflichtigen Angehörigen nicht über genügend Mittel verfügen, um die verbleibenden Kosten für den notwendigen Pflegebedarf zu tragen. In diesen Fällen können Leistungen der Sozialhilfe in Anspruch genommen werden. Darüber hinaus tragen aber auch andere Träger zur Finanzierung von Pflegebedürftigkeit bei, bspw. die Kriegsopferversorgung.

Das folgende Kapitel gibt einen Überblick über die mit der Pflegebedürftigkeit in Zusammenhang stehenden Einnahmen und Ausgaben. Dabei wird die Finanzentwicklung der quantitativ bedeutendsten Träger der Finanzierung von Pflegebedürftigkeit, der sozialen und privaten Pflegeversicherung (Abschnitt 3.8.1 und Abschnitt 3.8.2), der Sozialhilfe (Abschnitt 3.8.3) und der Kriegsopferversorgung (Abschnitt 3.8.4) dargestellt. Das Kapitel endet mit einem Überblick über die Ausgaben (Abschnitt 3.8.5).

3.8.1 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 21 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 dabei 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. Bis 2004 war der Beitragssatz konstant und erhöhte sich ab 2005 mit dem Kinder-Berücksichtigungsgesetz vom 15.12.2004 (BGBL. I: 3448) um den Zusatzbeitrag für Kinderlose in Höhe von 0,25 Beitragssatzpunkten. Seit dem 1.7.2008 beträgt der Beitragssatz 1,95 Beitragssatzpunkte bzw. 2,2 Beitragssatzpunkte für Kinderlose. Insgesamt sind die jährlichen Einnahmen von 1997 bis 2007 um 2,08 Mrd. Euro auf 18,02 Mrd. Euro gestiegen und waren dabei in den Jahren 2003 und 2007 sogar rückläufig. Von 1997 bis 2007 sind damit die Einnahmen um durchschnittlich 1,2% pro Jahr gewachsen (geometrisches Mittel).

Bei den *Ausgaben* handelt es sich überwiegend um Leistungsausgaben. Der Anteil der Verwaltungskosten lag 2007 bei lediglich 3,4% der Gesamtausgaben. Selbst wenn die Kosten des MDK hinzugerechnet werden, liegt der Ausgabenanteil, der nicht für Leistungen verwendet wird, immer noch (geringfügig) unter 5%. Von den Leistungsausgaben entfällt nahezu die Hälfte (ca. 48%) auf die Leistungen bei vollstationärer Pflege. Im ambulanten Bereich betragen die Ausgaben für Geldleistungen ca. 22% und für Pflegesachleistungen ca. 13%. Von 1997 bis 2007 lagen die durchschnittlichen jährlichen Ausgabensteigerungen bei 1,8% (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. Lediglich 2007 erhöhte sich die Ausgabensteigerung wieder auf 1,7%.

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 Defizit in dreistelliger Millionenhöhe abgeschlossen. In 2007 wurde wieder ein Defizit in etwa der Höhe des Defizits von 2005 erreicht.

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 3.3) – wodurch es aber zu entsprechenden Ausgabeneffekten gekommen ist, die durch den *Trend zur – für die Pflegeversicherung ausgabenintensiveren – professionellen Pflege* (vgl. Abschnitt 3.2.4) 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 Einnahmehöhe der Pflegeversicherung schwächt. 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. € geführt hat. Ohne diesen Eingriff des Gesetzgebers hätte die Pflegeversicherung demnach 2000 mit einem positiven Saldo abgeschlossen. Ebenso ist in Zukunft damit zu rechnen, dass der Pflegeversicherung durch eine steigende Inanspruchnahme der Möglichkeit von Gehaltsumwandlungen weitere Beiträge entzogen werden. Entscheidend ist aber letztlich die *strukturelle Einnahmeschwäche*, die so auch in der gesetzlichen Krankenversicherung besteht und darauf zurückzuführen ist, dass die Grundlohnsumme, also die Summe aller beitragspflichtigen Einnahmen, langsamer wächst als das Sozialprodukt.

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

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

Quelle: BMG, Soziale Pflegeversicherung

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

	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Einnahmen						
Beitragseinnahmen	16,76	16,61	16,64	17,38	18,36	17,86
Sonstige Einnahmen	0,22	0,25	0,23	0,12	0,13	0,16
Einnahmen insgesamt	16,98	16,86	16,87	17,49	18,49	18,02
Ausgaben						
Leistungsausgaben	16,47	16,64	16,77	16,98	17,14	17,45
Davon						
Geldleistung	4,18	4,11	4,08	4,05	4,02	4,03
Pflegesachleistung	2,37	2,38	2,37	2,40	2,42	2,47
Pflegeurlaub	0,13	0,16	0,17	0,19	0,21	0,24
Tages-/Nachtpflege	0,08	0,08	0,08	0,08	0,09	0,09
Zusätzliche Betreuungsl.	0,00	0,01	0,02	0,02	0,03	0,03
Kurzzeitpflege	0,16	0,16	0,20	0,21	0,23	0,24
Soziale Sicherung der						
Pflegeperson	0,96	0,95	0,93	0,90	0,86	0,86
Pflegemittel/ techn. Hilfen	0,38	0,36	0,34	0,38	0,38	0,41
Vollstationäre Pflege	8,00	8,20	8,35	8,52	8,67	8,83
Vollstationäre Pflege in						
Behindertenheimen	0,21	0,23	0,23	0,23	0,24	0,24
Verwaltungskosten	0,58	0,59	0,58	0,59	0,62	0,62
Kosten für MDK	0,26	0,26	0,27	0,28	0,27	0,27
Sonstige Kosten	0,01	0,06	0,07	0,00	0,00	0,00
Ausgaben insgesamt	17,36	17,56	17,69	17,86	18,03	18,34
Liquidität						
Überschuss	-0,38	-0,69	-0,82	-0,36	0,45	-0,32
Investitionsdarlehen an den						
Bund	0,56	–	–	–	–	–
Mittelbestand	4,93	4,24	3,42	3,05	3,50	3,18
In Monatsausgaben lt.						
Haushaltsplan	3,34	2,82	2,27	2,01	2,29	2,06

Quelle: BMG, Soziale Pflegeversicherung

3.8.2 Die Finanzierung von Pflegebedürftigkeit durch die private Pflegeversicherung

Die private Pflegeversicherung umfasst im Jahr 2006 einen Versichertenbestand von ca. 9,2 Mio. Menschen gegenüber ca. 70,3 Mio. Menschen in der gesetzlichen Pflegeversicherung und damit ca. 12 % aller Versicherten. Die Beiträge werden wie in der privaten Krankenversicherung nach dem Kapitaldeckungsverfahren kalkuliert und sind unabhängig vom Einkommen des Versicherten. Wegen der unterschiedlichen Finanzierungsverfahren von gesetzlicher (Umlageverfahren) und privater Pflegeversicherung ist ein Vergleich mit der gesetzlichen Pflegeversicherung nur eingeschränkt möglich. Im Folgenden werden daher nur wenige zentrale Kennzahlen der privaten Pflegeversicherung beschrieben.

Tabelle 22: Finanzentwicklung der privaten Pflegeversicherung (in Mio. €)

Jahr	Beitrags- einnahmen	Versicherungs- leistungen	Überschuss	Altersrück- stellungen
1995	1.253,0	92,8	1.160,20	521,5
1996	1.697,0	300,8	1.396,20	1.356,9
1997	2.166,5	446,8	1.719,70	2.543,2
1998	2.149,1	449,8	1.699,30	3.486,0
1999	1.974,5	462,9	1.511,60	5.316,4
2000	2.008,6	471,1	1.537,50	6.532,6
2001	1.955,1	486,1	1.469,00	8.585,8
2002	1.985,2	496,9	1.488,30	10.244,2
2003	1.847,9	517,9	1.330,00	12.222,2
2004	1.871,4	528,5	1.342,90	13.425,5
2005	1.867,5	549,8	1.317,70	15.167,7

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

Wie in Tabelle 22 zu sehen ist, erreichten die jährlichen Einnahmen nach einem Anstieg in den ersten Jahren nach Einführung der Pflegeversicherung im Jahr 1997 und 1998 mit ca. 2,16 Mrd. Euro ihren Höhepunkt und sinken seitdem kontinuierlich auf zuletzt ca. 1,87 Mrd. Euro in 2005. Demgegenüber sind die Versicherungsleistungen anfänglich stark gestiegen auf ca. 450 Mio. Euro in 1997 und 1998 und haben sich bis 2005 kontinuierlich auf zuletzt ca. 550 Mio. Euro erhöht. Aus den Beitragseinnahmen und Ausgaben resultiert ab 1997 ein abnehmender Überschuss von ca. 1,7 Mrd. Euro auf ca. 1,3 Mrd. Euro in 2005. Seit Beginn der Pflegeversicherung wurden insgesamt ca. 15,2 Mrd. Euro an Altersrückstellungen angesammelt.

3.8.3 Die Finanzierung von Pflegebedürftigkeit durch die Sozialhilfe

Innerhalb der Pflegeversicherung sind – neben den Leistungen der Pflegeversicherung – auch von den Pflegebedürftigen eigene Leistungen zu erbringen, wenn die Leistungen der Pflegeversicherung nicht ausreichen, um den Pflegebedarf abzudecken. Verfügt der Pflegebedürftige (bzw. die unterhaltspflichtige(n) Person(e)n) dabei nicht über genügend Mittel, um die verbleibenden Kosten zu tragen, können Leistungen der Sozialhilfe in Anspruch genommen werden.

Diese „Hilfe zur Pflege“ (§ 51 ff SGB XII) geht dabei u. a. über den sozialrechtlichen Leistungsbegriff der Pflegeversicherung hinaus und bezieht auch gegebenenfalls Leistungen unterhalb der Grenze von Pflegestufe 1 mit ein. D. h. die Voraussetzungen nach § 14 SGB XI müssen nicht vollständig vorliegen, denn auch Menschen, die voraussichtlich für weniger als sechs Monate der Pflege bedürfen, also nur einen vorübergehenden Pflegebedarf haben, können Hilfe zur Pflege erhalten. Darüber hinaus kann auch ein geringerer Pflegebedarf, also ein Bedarf der so genannten Pflegestufe 0 ausreichen, um Hilfe zur Pflege zu erhalten.

Tabelle 23 gibt zunächst einen Überblick über die Entwicklung der Zahl der Empfänger von „Hilfe zur Pflege“. Diese sind seit der Einführung der Pflegeversicherung innerhalb

weniger Jahre stark zurückgegangen: von ca. 453 Tsd. im Jahr 1994 (ein Jahr vor Einführung der Pflegeversicherung) auf ca. 222 Tsd. im Jahr 1998. In den Folgejahren stieg die Empfängerzahl wieder auf zuletzt 273 Tsd. im Jahr 2006.

Tabelle 23: 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

Quelle: Statistisches Bundesamt, Fachserie 13, Reihe 2 Sozialhilfe

Betrachtet man die Empfängerzahlen im ambulanten und stationären Bereich separat, dann zeigt sich, dass im ambulanten Bereich zunächst ein drastischer Rückgang um $\frac{2}{3}$ von ca. 189 Tsd. im Jahr 1994 auf ca. 57 Tsd. im Jahr 1999 zu verzeichnen war. Anschließend war die Entwicklung vor allem durch Schwankungen zwischen ca. 55 Tsd. und ca. 60 Tsd. gekennzeichnet. Insgesamt fällt die Verbreitung der Hilfe zur Pflege im ambulanten Bereich jedoch sehr gering aus, da den 60 Tsd. Empfängern in 2006 ca. 1,4 Mio. Leistungsempfänger der Pflegeversicherung im ambulanten Bereich insgesamt gegenüberstanden. Damit bezogen weniger als 5% Hilfe zur Pflege im ambulanten Bereich.

Im stationären Bereich ist die Zahl der Empfänger von Hilfe zur Pflege deutlich höher, was im Wesentlichen auf die Höhe der Heimentgelte zurückzuführen ist und auf die Schwierigkeiten die erforderlichen Eigenanteile zu den hohen Kosten beizutragen (vgl. Abschnitt 2.1). Hier war die Entwicklung seit 1996 durch einen Rückgang auf ca. 160 Tsd. in 1998 gekennzeichnet. Anschließend kam es wieder zu einem Anstieg bis auf ca. 203 Tsd. in 2000, einem Rückgang auf 186. Tsd. in 2002 und seitdem zu einem kontinuierlichen Anstieg bis zuletzt auf ca. 214 Tsd. in 2006.

Welche finanziellen Auswirkungen die Entwicklung der Zahl der Empfänger von Hilfe zur Pflege auf die Sozialhilfeausgaben hat, ist in Tabelle 24 wiedergegeben. Demnach sind die gesamten Ausgaben für Hilfe zur Pflege von rund 6,6 Mrd. Euro in 1994 auf 2,3 Mrd. Euro in 2000 und damit um ca. 75% zurückgegangen. Anschließend sind sie dann bis 2006 auf ca. 2,5 Mrd. Euro gestiegen. Diese Entwicklung ist vor allem durch einen deutlichen Ausgabenrückgang im stationären Bereich von 5,8 Mrd. in 1994 auf 1,9 Mrd. in 1998 gekennzeichnet. In den Folgejahren schwankten die Ausgaben über-

wiegend zwischen 1,9 und 2,0 Mrd.. Im ambulanten Bereich ist ebenfalls ein deutlicher Rückgang der Ausgaben von 803 Mill. in 1994 auf 370 Mill. im Jahr 1996 zu verzeichnen. Auffällig ist hingegen, dass seit 1997 ein Ausgabenanstieg auf zuletzt 601 Mill. Euro im Jahr 2006 eingesetzt hat, obwohl die Empfängerzahlen im gleichen Zeitraum im ambulanten Bereich teilweise rückläufig waren (vgl. Tabelle 23).

Tabelle 24: Netto-Ausgaben der Sozialhilfe für Hilfe zur Pflege (in Mill. €)

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

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

3.8.4 Die Finanzierung von Pflegebedürftigkeit durch die Kriegsofopferfürsorge

Eine weitere Finanzierungsquelle von Pflegebedürftigkeit ist die Kriegsofopferfürsorge (KOF). Die Kriegsofopferfürsorge ist ein Teil der Leistungen, die nach dem Bundesversorgungsgesetz (BVG) gewährt werden. Die Kriegsofopferfürsorge stellt zur Ergänzung der übrigen Leistungen insbesondere zu den Entschädigungsrenten nach dem BVG, individuelle Hilfen im Einzelfall bereit. Anspruchsberechtigt sind nicht nur Kriegsofopfer, 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. Sie 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 anerkennenden Bedarf aus den Versorgungsleistungen und ihrem sonstigen Einkommen und Vermögen zu decken.

In Tabelle 25 sind die Leistungsempfänger und Bruttoausgaben insgesamt ausgewiesen sowie für die Menschen, die Hilfe zur Pflege als Teil der Kriegsofopferfürsorge erhalten.

Betrachtet man die Entwicklung, dann zeigt sich, dass seit Einführung der Pflegeversicherung die Zahl der Leistungsempfänger von ca. 149 Tsd. in 1995 auf ca. 60 Tsd. in 2006 abgenommen hat. Der Anteil von Empfängern von Hilfen zur Pflege hat dabei von ca. 58 Tsd. (39% aller Leistungsempfänger) auf ca. 20 Tsd. (34% aller Leistungsempfänger) abgenommen. Die Bruttoausgaben haben sich dabei von ca. 1,3 Mio. Euro auf ca. 0,5 Mio. Euro verringert. Dass die Ausgaben für die Hilfe zur Pflege den größten Anteil an allen Leistungsausgaben stellen, wird vor allem in den ersten Jahren nach Einführung der Pflegeversicherung deutlich: Während 1995 der Anteil noch ca. 75% betrug, reduzierte er sich auf zuletzt 56% in 2006.

Tabelle 25: Leistungsempfänger und Bruttoausgaben der Kriegsofopferfürsorge

Jahr	Leistungsempfänger der Kriegsofopferfürsorge		Bruttoausgaben in Mill. 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

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

Quelle: Statistisches Bundesamt, Kriegsofopferfürsorgestatistik

3.8.5 Die Finanzierung von Pflegebedürftigkeit im Überblick

Der folgende Abschnitt gibt abschließend einen Überblick über die zuvor genannten – und ergänzt um private – Ausgaben für Pflegebedürftigkeit im Jahr 2005. Die öffentlichen Ausgaben können dabei den jeweiligen Organisationen (Pflegeversicherung, Sozialhilfe, Kriegsofopferversorgung) entnommen werden, 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 selbst getragenen Kosten pro Kopf multipliziert.²⁹

²⁹ Die Höhe der selbst getragenen Kosten wurde der Infratest-Repräsentativerhebung 1998 entnommen (Schneekloth/Müller 2000: 79).

Wie in Tabelle 26 zu sehen ist, wird bei den öffentlichen Ausgaben mit 82,6% der erhebliche Teil von der sozialen Pflegeversicherung abgedeckt, während auf die Sozialhilfe 12,1% entfallen. Demgegenüber ist der Anteil der jeweils von der privaten Pflegeversicherung und der Kriegsopferversorgung getragen wird mit 2,5-2,8% ähnlich hoch. Bei den privat getragenen Ausgaben entfallen 78,6% auf die stationäre und 21,4% auf die häusliche Pflege. Insgesamt an allen Ausgaben entfallen auf die soziale Pflegeversicherung 57%, auf die privat getragene stationäre Pflege 21,4%, auf die Sozialhilfe 8,3%, auf die privat getragene häusliche Pflege 6,6% und auf die Kriegsopferfürsorge, bzw. die private Pflegeversicherung 1,9, bzw. 1,8%. Betrachtet man das Verhältnis von öffentlichen zu privaten Ausgaben, dann werden mehr als $\frac{2}{3}$ aus öffentlichen Mitteln und ca. $\frac{1}{3}$ aus privaten Mitteln finanziert.

Tabelle 26: Ausgaben für Pflegebedürftigkeit nach Finanzierungsquelle in 2005

Ausgabenquelle	in Mrd. €	als % der öffentl./ priv. Ausgaben	als % aller Ausgaben
Öffentliche Ausgaben		100	
Soziale Pflegeversicherung	17,86	82,6	56,8
Private Pflegeversicherung	0,55	2,5	1,7
Sozialhilfe	2,61	12,1	8,3
Kriegsopferfürsorge	0,59	2,8	1,9
Private Ausgaben*		100	
Pflegeheim	7,66	77,8	24,4
häusliche Pflege	2,18	22,2	6,9
Insgesamt	31,45		100
*Schätzungen			
Quelle: BMG, soziale Pflegeversicherung; Verband der privaten Krankenversicherung e. V., Zahlenbericht 2005/2006; Statistisches Bundesamt, Sozialhilfestatistik, Kriegsopferfürsorgestatistik			

4 Eintritt, Verlauf und Wandel von Pflegebedürftigkeit

Wie in Kapitel 3 deutlich wurde, ist das gegenwärtige Wissen über Pflegebedürftigkeit in Bezug auf deren dynamische Aspekte noch äußerst gering. So beruht die amtliche Statistik ausschließlich auf Querschnittsdaten, die keine Analyse von Pflegeverläufen erlauben, und auch bei den größeren populationsbezogenen Zusatzerhebungen, etwa von Infratest, handelt es sich um Querschnittserhebungen. Während damit zwar auf der einen Seite tatsächlich umfangreiche querschnittsbezogene Informationen vorliegen – beispielsweise Informationen über die Prävalenzen der Pflegebedürftigkeit, über die Inanspruchnahme von Pflegeleistungen, über das Ergebnis von Pflegebegutachtungen und die Situation von ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen –, ist auf der anderen Seite über den Verlauf von Pflegebedürftigkeit nur wenig bekannt. Dies liegt unter anderem daran, dass die wenigen in Kapitel 3 beschriebenen Längsschnittstudien in der einen oder anderen Hinsicht beschränkt bleiben. Selbst die diesbezüglich weitestgehende Studie von Prüb et al. (2006) ist sowohl räumlich (ausschließlich Hessen) als auch zeitlich (es können nur die ersten 48 Monate der Pflegebedürftigkeit untersucht werden) begrenzt. In diesem Kapitel wird versucht, diese Wissenslücken auf Basis der Analyse von GEK-Routinedaten zu schließen oder doch zumindest zu verkleinern. Hierbei werden insbesondere zeitliche Dauern von Pflegebedürftigkeit und Pflegearrangements sowie Übergänge zwischen verschiedenen Pflegestufen und Pflegeformen untersucht. Die dabei durchgeführten Analysen gehen weit über den aktuellen Stand der Forschung hinaus.

Hierzu erfolgt in Abschnitt 4.1 zunächst eine Beschreibung der verwendeten Datenbasis und der genutzten Variablen. Im Anschluss daran wird in Abschnitt 4.2 darauf eingegangen, wer überhaupt pflegebedürftig wird. Dabei wird auf die Determinanten der Pflegebedürftigkeit insgesamt und die Determinanten für den Übergang in ein Pflegeheim eingegangen, aber auch gefragt, wie hoch der Anteil der Versicherten ist, die im Laufe ihres Lebens pflegebedürftig werden. Neben Fragen zum Eintritt in die Pflegebedürftigkeit ist es von besonderem Interesse, was mit den pflegebedürftigen Männern und Frauen nach dem Eintritt in die Lebensphase „Pflegebedürftigkeit“ geschieht. In Abschnitt 4.3 werden daher die weiteren Pflegeverläufe untersucht und zwar in Bezug auf die Dauer der Pflegebedürftigkeit sowie auf Bewegungen zwischen den Pflegestufen und Pflegeleistungen. Zuletzt wird im Abschnitt 4.4 nach dem Wandel der Pflegebedürftigkeit im Zeitverlauf gefragt. Diese Frage richtet sich auf die Inzidenzen, die Dauer der Pflegebedürftigkeit und den Sterbeort.

Insgesamt werden damit sämtliche Phasen der Pflegebedürftigkeit berücksichtigt: der Eintritt in die Pflegebedürftigkeit und dessen wichtigste Einflussfaktoren ebenso wie die darauf folgenden Pflegeverläufe, die damit einhergehenden Pflegestufen und Pflegeleistungen sowie der letztendliche Sterbeort. Somit werden insgesamt äußerst umfangreiche Einblicke in die dynamischen Aspekte der Pflegebedürftigkeit ermöglicht, die so gegenwärtig in Deutschland noch nicht vorhanden sind.

4.1 Datenbasis für die Analyse der Pflegebedürftigkeit

Für die vorstehend genannten Analysen wurde auf die GEK-Daten zurückgegriffen. Damit handelt es sich bei der Datenquelle um prozessproduzierte Routinedaten einer gesetzlichen Krankenkasse, mit denen es möglich ist, umfassende gesundheitsbezogene Längsschnittanalysen durchzuführen. Die Pflegebedürftigkeit wurde dabei für die Jahre 2000-2007, also einen 8-Jahreszeitraum analysiert.³⁰

Im Rahmen der Versorgungsforschung haben bereits seit einigen Jahren verschiedene Forscherinnen und Forscher darauf hingewiesen, dass besonders die Daten der Sozialversicherungsträger für verschiedenste sekundäranalytische Untersuchungen fruchtbar sind (Ferber/Behrens 1997, Swart/Ihle 2005, Müller/Braun 2006). So bieten Routinedaten zum einen sehr hohe Fallzahlen, die andernfalls mittels Primärerhebungen zu nicht vertretbaren Kosten erhoben werden müssten. Zum anderen ermöglichen Routinedaten die Bearbeitung von wissenschaftlichen Fragestellungen, bei denen es an alternativen Datenquellen mangelt. Dies gilt insbesondere für Längsschnittanalysen zur Pflegebedürftigkeit bzw. für Studien zu Pflegeverläufen, da diesbezüglich gegenwärtig in Deutschland keine anderen Datensätze vorliegen.³¹

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

Insgesamt wurden für die nachstehenden Analysen Informationen aus den pseudonymisierten GEK-Daten von mehr als 2,5 Millionen Personen genutzt, die Mitglieder der GEK waren oder sind bzw. mitversichert waren oder sind. Der Anteil der GEK-Versicherten liegt in den einzelnen Bundesländern etwa zwischen 1-3 % und übertrifft dabei in allen Bundesländern die Samplestärke des Mikrozensus (siehe z.B. Grobe et al. 2007: 30). Es kann daher davon ausgegangen werden, dass genügend Beobachtungen vorliegen, um ein zutreffendes Bild von Pflegebedürftigkeit und ihrem Verlauf zu erlangen.

³⁰ Soweit nicht anders angemerkt, reicht die Weite des Beobachtungsfensters vom 1.1.2000 bis zum 31.12.2007.

³¹ Gemeint sind dabei vor allem Datenquellen für Studien zum Wandel von Pflegestufen und der Inanspruchnahme von Pflegeleistungen der Sozialen Pflegeversicherung. Hier sind Routinedaten äußerst hilfreich, bieten sie doch die Gelegenheit, mittels taggenauer Angaben über die Leistungsanspruchnahme den gesamten Verlauf von Pflegebedürftigkeit abzubilden.

Die dabei in den GEK-Daten enthaltenen Informationen stehen in verschiedenen Teildatensätzen zur Verfügung, insbesondere den Stammdaten, den Rentendaten, den Arbeitsunfähigkeitsdaten, den Daten über Arzneimittel-Verordnungen, Heil- und Hilfsmitteln und ambulant-ärztliche Leistungen, den Daten zur Pflegebedürftigkeit und den Daten über stationäre Behandlungen. Diese verschiedenen Teildatensätze können mittels einer persönlichen Identifikationsnummer miteinander kombiniert werden.

Für die hier bearbeiteten Fragestellungen zum Eintritt, Verlauf und Wandel von Pflegebedürftigkeit wurde je auf vier dieser Teildatensätze zurückgegriffen, die miteinander verknüpft wurden: Bei diesen handelt es sich um

- die *Stammdaten*, die u. a. grundlegende demografische Informationen zum Geschlecht, Geburtsjahr, Familienstand oder zu den Mitgliedschaftszeiten enthalten,
- die *Rentendaten*, aus denen die frühere Erwerbstätigkeit (Arbeiter/Angestellte) rekonstruiert werden konnte,
- den Datensatz über *stationäre Behandlungen*, dem z. B. Informationen zu den Zeiten stationärer Aufenthalte und über Diagnosen gemäß der Internationalen Klassifikation der Krankheiten (ICD-Codes) entnommen werden können und
- dem *Pflegedatensatz* verknüpft, der zahlreiche Informationen zu den Leistungen der Sozialen Pflegeversicherung (SGB XI) enthält, z. B. über die gewährten Leistungsarten – inklusive deren Zeitspannen – sowie den dabei vorliegenden Pflegestufen.

Im Pflegedatensatz sind dabei die folgenden Pflegeleistungen enthalten:

- Pflegesachleistung (§ 36 SGB XI)
- Pflegegeld (§ 37 SGB XI)
- Kombinationsleistung aus Geld- und Sachleistung (§ 38 SGB XI)
- Verhinderungspflege (§ 39 SGB XI)
- Tages- und Nachtpflege (§ 41 SGB XI)
- Kurzzeitpflege (§ 42 SGB XI)
- Vollstationäre Pflege (§ 43 SGB XI)
- Zuschuss für stationäre Pflege (§ 43 SGB XI)
- Kostenerstattung an Vertragseinrichtung ohne Vertragsvereinbarung (§ 91 SGB XI)
- Vollstationäre Behindertenpflege (§ 43a SGB XI)
- Ruhen der Leistungsansprüche (§ 34 SGB XI)
- Maßnahmen zur Verbesserung des individuellen Wohnumfeldes (§ 40 SGB XI)
- Zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel (§ 40 SGB XI)
- Technische Hilfsmittel (§ 40 SGB XI)
- Betreuungsleistung (§ 45b SGB XI)

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

Im Einzelnen wurden für die nachstehenden Analysen folgende Variablen verwendet:

- Geschlecht (männlich/weiblich).
- Alter: Das Alter wurde in vier verschiedenen Kategorien erfasst, den *60-69-Jährigen*, den *70-79-Jährigen*, den *80-89-Jährigen* sowie den *90-Jährigen und Älteren*.
- 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.
- Frühere Erwerbstätigkeit: Um einen Proxy für den Einfluss der Arbeitswelt zu generieren, wurde rekonstruiert, ob Personen den Arbeitern oder den Angestellten zuzuordnen sind.
- Multimorbidität: Als Proxy für Multimorbidität dienen die Diagnosen stationärer Krankenhausaufenthalte klassiert nach ICD-10. Dabei wurde danach differenziert, ob Personen unter *einem Hauptleiden*, unter *zwei Hauptleiden* oder unter *drei oder mehr Hauptleiden* litten.
- Erkrankungen: Zur Messung wichtiger Morbiditäten wurde ebenfalls auf die Krankenhausdiagnosen (ICD-10) zurückgegriffen. Erfasst wurden hierbei *Neubildungen* (C00-C97), *psychische Erkrankungen* (F00-F99), *Herz-Kreislauf-Erkrankungen* (I00-I99) sowie *Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems* (M00-M99).
- Pflegestufe: Bei der Pflegestufe wird zwischen *Pflegestufe I*, *Pflegestufe II* und *Pflegestufe III* unterschieden. Die wenigen Härtefälle wurden der Pflegestufe III zugeordnet.
- Pflegeleistung: Von den vielen verschiedenen Pflegeleistungen wurden lediglich die vier Hauptleistungsarten für die weitere Analyse ausgewählt: das *Pflegegeld*, die *Pflegesachleistung*, die *Kombinationsleistung* (Geld- und Sachleistung) sowie die *vollstationäre Pflegeleistung*.³²

Für die nachstehenden Analysen, die auf der soeben beschriebenen Datenbasis basieren, wurden ausschließlich pflegebedürftige Männer und Frauen berücksichtigt, die bei einem erstmaligen Pflegeleistungsbezug mindestens 60 Jahre alt waren. Damit soll der Fokus auf die Pflegebedürftigkeit im höheren Lebensalter gelegt werden.³³

Um sicherzugehen, dass mit den Auswertungen der GEK-Routinedaten sinnvolle Aussagen in Bezug auf die Pflegebedürftigkeit getroffen werden können, werden zunächst

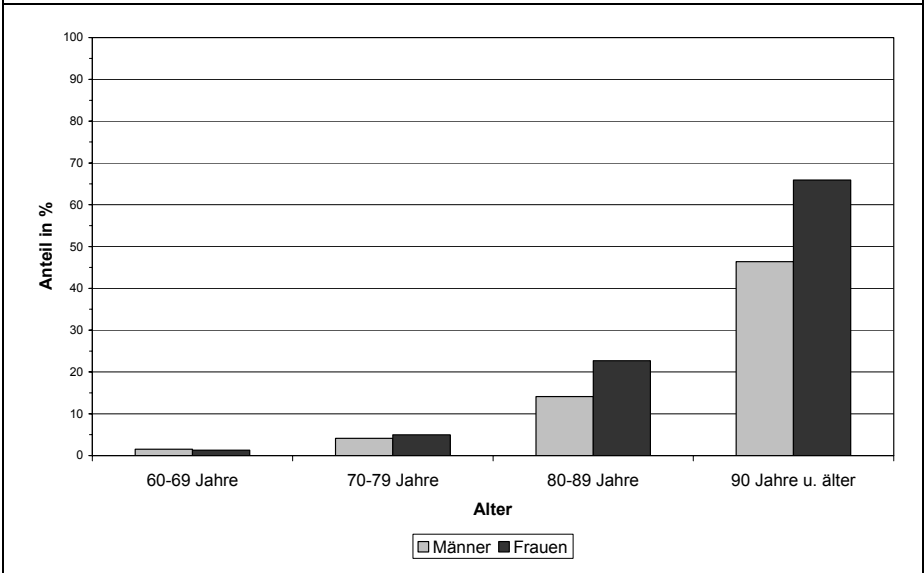
³² Wählen Pflegebedürftige vollstationäre Pflege, obwohl diese nach Feststellung des MDK nicht erforderlich ist, erhalten sie nach § 43 Abs. 4 SGB XI einen Zuschuss zur stationären Pflege, dessen Höhe sich an der der Pflegesachleistungen gemäß § 36 Abs. 3 SGB XI orientiert. Diese Zuschüsse wurden hier den stationären Leistungen zugerechnet.

³³ Da es sich bei den jüngeren Pflegebedürftigen primär um Behinderte handelt, deren Lebensumstände ganz andere Probleme aufwerfen, stehen diese hier nicht im Mittelpunkt des Interesses und wurden nicht berücksichtigt. Entsprechend wurden die Leistungen für Pflege in vollstationären Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen nach § 43a SGB XI hier nicht berücksichtigt.

die Prävalenzen der Pflegebedürftigkeit der GEK-Daten den Prävalenzen der amtlichen Statistik wie sie in Abschnitt 3.3 wiedergegeben sind, gegenübergestellt.

Diesbezüglich stellt Abbildung 27 die Prävalenzen der Pflegebedürftigkeit für Männer und Frauen nach verschiedenen Altersgruppen für das Jahr 2007 dar. Wie in der amtlichen Statistik, steigen die Prävalenzen mit zunehmendem Alter deutlich an: Für Männer betragen sie in der Gruppe der 60-69-Jährigen 1,5 %, in der Gruppe der 70-79-Jährigen 4,1 %, in der Gruppe der 80-89-Jährigen 14,1 % und in der Gruppe der 90-Jährigen und Älteren 46,4 %. Demgegenüber haben Frauen – mit Ausnahme der jüngsten Altersgruppe (1,3 %) – durchgehend höhere Werte: 5,0 % (70-79-Jährige), 22,7 % (80-89-Jährige) und 65,9 % (90-Jährige und Ältere).

Abbildung 27: Prävalenzen nach Altersgruppen und Geschlecht 2007

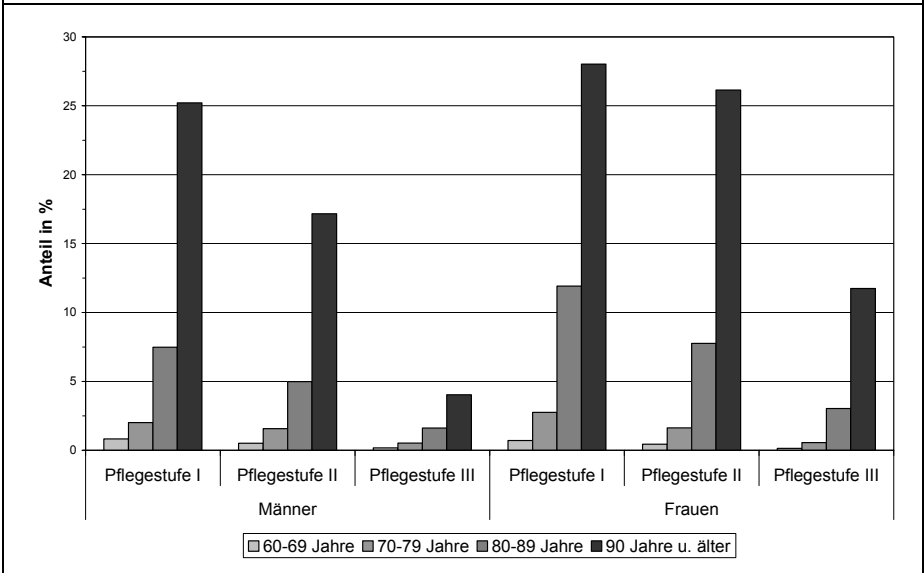


Vergleicht man diese Ergebnisse mit der amtlichen Statistik (siehe Abschnitt 3.3), dann wird deutlich, dass sich die einzelnen Werte relativ gut entsprechen. So fallen die Prävalenzen auf Grundlage der GEK-Daten im Großen und Ganzen nur leicht geringer aus. Lediglich die Prävalenzen in der Gruppe der 80-89-jährigen Männer und Frauen liegen in den GEK-Daten stärker unter der amtlichen Statistik, während sie in der Gruppe der 90-jährigen und älteren Männer etwas höher ausfallen.

Um weitere Einblicke in die hier verwendete Datenbasis zu gewinnen, können die bisherigen Ergebnisse noch einmal zusätzlich nach den drei Pflegestufen differenziert werden. Dabei ergibt sich das Bild in Abbildung 28. Wie zuvor können die hier berechneten Prävalenzen den Werten der amtlichen Quellen gegenübergestellt werden. Im Vergleich kann wiederum festgehalten werden, dass die Werte auf Grundlage der GEK-

Daten sehr gut mit der offiziellen Pflegestatistik übereinstimmen. In der differenzierten Abbildung ist nun erkennbar, auf welche Personengruppen, die leicht erhöhten Prävalenzen der Männer in der Gruppe der 90-Jährigen und Älteren zurückzuführen sind: Hier sind es die hochbetagten Männer in Pflegestufe I, die eine deutlich höhere und die hochbetagten Männer in Pflegestufe II, die eine leicht höhere Prävalenz aufweisen. Daneben besitzen auch die 90-Jährigen und älteren Frauen der Pflegestufe I eine leicht höhere Prävalenz; die aber durch die niedrigeren Prävalenzen der Stufen II und III überkompensiert wird.

Abbildung 28: Prävalenzen nach Altersgruppen, Geschlecht und Pflegestufen 2007



Insgesamt lässt sich schlussfolgern, dass die GEK-Daten eine gute Grundlage für wissenschaftliche Analysen auf dem Gebiet der Pflegebedürftigkeit darstellen.³⁴ Eine höhere Männerquote in der GEK ist insofern unproblematisch als alle Analysen für Männer und Frauen getrennt durchgeführt werden.

³⁴ Diese Aussage betrifft zunächst nur die Pflegebedürftigkeit ab einem Alter von mindestens 60 Jahren. Andere Altersgruppen wurden an dieser Stelle nicht überprüft. Da die in Abschnitt 3.3 verwandten amtlichen Daten – im Gegensatz zu den GEK-Daten – auch Personen der Privaten Pflegeversicherung einschließen und diese nur einen geringen Anteil ausmachen, kann davon ausgegangen werden, dass die hier genutzte Datenbasis recht gut Ergebnisse für den Bereich der gesetzlichen Krankenkasse erwarten lässt.

4.2 Wer wird pflegebedürftig?

Als „pflegebedürftig“ gelten in den nachfolgenden Berechnungen die Versicherten, die vom Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) als „pflegebedürftig“ im Sinne des SGB XI begutachtet wurden und deren Pflegebedürftigkeit von der Pflegekasse anerkannt wurde.³⁵ Dabei ist bekannt, dass Pflegebedürftigkeit zumeist im höheren Lebensalter auftritt und in jüngeren Jahren nur eine vergleichsweise geringere Rolle spielt (Wagner/Lürken 2002: 40ff.; Wagner/Brucker 2003: 36ff.; Schneekloth 2005: 67ff.; Abschnitt 3.3). So lag beispielsweise 2002 das Durchschnittsalter der vom MDK erstmalig als „pflegebedürftig“ begutachteten Personen bei 76,4 Jahren, wobei das Durchschnittsalter für Männer 72,2 Jahre und für Frauen 78,8 Jahre betrug. (Wagner/Brucker 2003: 36). Der Anteil der Personen, die 70 Jahre oder älter waren, entsprach unter allen Pflegebedürftigen etwa 80 % (ebenda). Pflegebedürftigkeit ist damit in erster Linie ein Phänomen des (höheren) Alters.

Darüber hinaus ist bekannt, dass vor allem Frauen einem erhöhten Risiko ausgesetzt sind, pflegebedürftig zu werden (Abschnitt 3.3). Dies gilt jedoch insbesondere für alte und hochaltrige Frauen – ab einem Alter von etwa 80 Jahren –, die im Vergleich zu Männern der gleichen Altersgruppen weitaus häufiger pflegebedürftig werden (ebenda: 37).

Inwieweit nun weitere Einflussfaktoren den Eintritt in die Pflegebedürftigkeit sowie den Übergang in ein Pflegeheim mitbestimmen, soll in den folgenden zwei Abschnitten dargelegt werden. Im Vordergrund steht dabei einerseits die Analyse der Merkmale, die generell mit Pflegebedürftigkeit in Verbindung gebracht werden können (Abschnitt 4.2.1). Auf der anderen Seite geht es jedoch zusätzlich um die Frage, inwiefern diese Merkmale speziell auf den Übergang in die stationäre Pflege – also den Übergang ins Pflegeheim – wirken (Abschnitt 4.2.2). Darüber hinaus soll der Frage nachgegangen werden, wie sich die Pflegehäufigkeit im Lebensverlauf darstellt. (Abschnitt 4.2.3). D. h., es geht hier darum, wie wahrscheinlich es ist, überhaupt im Lebensverlauf pflegebedürftig zu werden.

4.2.1 Einflussfaktoren für den Eintritt in die Pflegebedürftigkeit

Um den Eintritt in die Pflegebedürftigkeit näher zu untersuchen, werden im Folgenden demografische, medizinische und soziale Einflussfaktoren diskutiert. Die Bedeutung dieser Einflussfaktoren ist in Tabelle 27 dargestellt, die die so genannte Übergangsziffern bzw. Inzidenzen enthält. Hierbei handelt es sich um den Anteilswert einer Population, der in einem gegebenen Zeitraum (hier: das Jahr 2007) vom Zustand „nicht pflegebedürftig“ in den Zustand „pflegebedürftig“ überwechselt. In der Tabelle ist dieser

³⁵ Zum Ablauf des Begutachtungsverfahrens siehe MDS (2006). Die Personen, die zwar einen Pflegebedarf haben, der aber unterhalb des Bedarfs liegt, dessen Überschreiten zu Leistungsansprüchen nach dem SGB XI führt, werden daher im Folgenden nicht berücksichtigt. Diese von Schneekloth (1995) als „Hilfebedürftige“ bezeichnete Gruppe ist noch einmal etwa 1,5-mal so groß wie die der Pflegebedürftigen.

Anteil als „neue Pflegebedürftige“ je 100.000 (zuvor nicht pflegebedürftige) Versicherte angegeben und nach verschiedenen Teilgruppen differenziert.

Wie sich zeigt, kann als erstes der bekannte *Alterseffekt* nachgewiesen werden: In jeder höheren Altersgruppe nimmt die Wahrscheinlichkeit zu, im Laufe eines gegebenen Zeitraums pflegebedürftig zu werden. So werden zwar nur 521 von 100.000 nicht pflegebedürftigen Männern im Alter von 60-69 im Laufe des Jahres 2007 pflegebedürftig, was einem Anteilswert von 0,521 % entspricht, aber 15.309 von 100.000 nicht pflegebedürftigen Männern im Alter von mindestens 90 Jahren (=15,309 %).

Dabei muss allerdings noch einmal darauf hingewiesen werden, dass es markante *geschlechtsspezifische Unterschiede* gibt. Während in der untersten Alterskategorie – der Gruppe der 60-69-Jährigen – noch die Männer ein leicht erhöhtes Pflegebedürftigkeitsrisiko aufweisen, überwiegt dieses Risiko bei den Frauen ab einem Alter von 80-89 Jahren deutlich, was auf die höhere Lebenserwartung der Frauen zurückgeführt werden kann.³⁶

Von besonderer Bedeutung für den Eintritt in die Pflegebedürftigkeit ist darüber hinaus auch die der *Familienstand*.³⁷ So profitieren insbesondere verheiratete Personen von den Unterstützungs- und Pflegeleistungen durch ihren Lebenspartner bzw. ihrer Lebenspartnerin, was sich in den für Verheirateten ersichtlich geringeren Übergangsziffern niederschlägt. Dabei muss jedoch beachtet werden, dass es hier insbesondere die Männer sind, die von der „ehelichen Pflege“ profitieren (Höpflinger 2002). Dies liegt vor allem daran, dass Männer eine geringere Lebenserwartung besitzen, oftmals jüngere Lebenspartnerinnen haben und Frauen daher einem weitaus höheren Verwitwungsrisiko ausgesetzt sind. Aus diesem Grund können Frauen im Falle der Pflegebedürftigkeit oftmals nicht – wie Männer – auf die informellen partnerschaftlichen Ressourcen zurückgreifen und sind weitaus häufiger auf formelle Hilfe- und Pflegeleistungen angewiesen.³⁸ Deshalb beantragen ältere Frauen mit einer größeren Wahrscheinlichkeit als Männer eine Pflegestufe, um somit Leistungen nach der Sozialen Pflegeversicherung in Anspruch nehmen zu können.

Ein weiterer Einflussfaktor auf den Eintritt in die Pflegebedürftigkeit stellt die *soziale Lage* dar. Da diese jedoch nicht direkt gemessen werden konnte, wurde die frühere Tätigkeit als diesbezüglicher Proxy verwendet. Verwendet man nun dieses Annäherungsmaß für die soziale Lage der Versicherten und differenziert hierbei zwischen Arbeitern und Angestellten, dann zeigt sich, dass Arbeiter ein ersichtlich höheres Risiko aufweisen, pflegebedürftig zu werden, als Angestellte (Tabelle 27). Dieser Befund

³⁶ Da in der Gruppe der 90-Jährigen und Älteren nur geringe Fallzahlen vorliegen, sind die diesbezüglichen Werte nur mit großer Vorsicht zu interpretieren.

³⁷ Der Familienstand dient hier als Proxy für das Zusammenleben mit einem Partner.

³⁸ Hierbei kann es des Öfteren vorkommen, dass Hilfestellungen gar nicht als wirkliche Pflege wahrgenommen werden. Dies kann beispielsweise insbesondere dann der Fall sein, wenn Partnerinnen ihren Partnern bei Verrichtungen des alltäglichen Lebens (z.B. Mahlzeiten zubereiten, Saubermachen, Einkaufen) unterstützen.

kann mit Vorsicht folgendermaßen interpretiert werden: Zunächst einmal kann davon ausgegangen werden, dass gerade die Hilfe- und Pflegebedürftigen höherer sozialer Schichten wahrscheinlicher und länger im Privathaushalt versorgt werden als es für Pflegebedürftige unterer sozialer Schichten der Fall ist (Voges 2008: 239).³⁹ Dies ist beispielsweise darauf zurückzuführen, dass sozioökonomisch Bessergestellte zum einen vermehrte Ressourcen (z. B. Vermögen) besitzen, um zusätzliche Pflegeleistungen, technische Hilfsmittel oder Medikamente zu erwerben; zum anderen geht mit einer besseren sozioökonomischen Position oftmals ein Beruf einher, der weniger stark körperlich belastend wirkt und daher über den Lebensverlauf hinweg dazu führt, dass sich gesundheitliche Risiken weniger stark akkumulieren.

Tabelle 27: Einflussfaktoren für den Eintritt in die Pflegebedürftigkeit 2007

Merkmal	Ausprägung	Übergangsziffern ^a			
		60-69	70-79	80-89	90+
Geschlecht	Männer	521	1552	5085	15309
	Frauen	372	1497	5470	11161
Familienstand	Verheiratet	419	1422	4866	13636
	Unverheiratet ^d	670	1926	5802	11885
Frühere Tätigkeit	Arbeiter	572	1664	5758	12443
	Angestellter	336	1379	4592	12862
Multimorbidität ^b	ein Hauptleiden	694	1730	5548	11429
	zwei Hauptleiden	1541	3456	7368	11224
	drei und mehr Hauptleiden	3002	6427	8238	9091
Erkrankungen ^b	keine ^c	199	829	4380	13645
	Neubildungen	2740	5235	8967	24138
	Psychische Erkrankungen	2508	5755	10465	9091
	Kreislaufsystem	1259	3018	7092	11250
	Muskel-Skelett-System	506	1762	3596	18421

Anmerkungen: ^a Eintritte in die Pflegebedürftigkeit je 100.000 Versicherter gleichen Alters ^b Krankenhausdiagnosen nach ICD-10 bis zwei Jahre vor Eintritt in die Pflegebedürftigkeit ^c kein im Krankenhaus diagnostiziertes Leiden ^d ledig, verwitwet, geschieden; Jahresbetrachtung, daher Schwankungen innerhalb der Werte möglich

Neben diesen soziodemografischen Merkmalen, bestimmt insbesondere die *vorhergehende Krankheitsgeschichte* eine später im Lebensverlauf auftretende Pflegebedürftigkeit. Zum einen spielt diesbezüglich die so genannte Multimorbidität eine hervorgehobene Rolle. Demnach nimmt das Pflegebedürftigkeitsrisiko deutlich mit der Anzahl von Erkrankungen zu, unter denen Personen leiden. Zum anderen sind einige spezifische Erkrankungen besonders mit einer möglichen Pflegebedürftigkeit verbunden. Zu nennen sind hierbei in erster Linie psychische Erkrankungen und Neubildungen. Daneben

³⁹ Gemeint sind an dieser Stelle Pflegebedürftige, die noch nicht durch den MDK begutachtet wurden.

sind außerdem Erkrankungen des Kreislaufsystems relevant. Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems sind hingegen – wider den Erwartungen – von erheblich geringerer Relevanz. Fasst man diese Ergebnisse bezüglich des medizinischen Hintergrunds zusammen, dann sind im Allgemeinen multimorbide Personen sowie Personen, die unter psychischen Erkrankungen und Neubildungen leiden, dem Risiko der Pflegebedürftigkeit am ehesten ausgesetzt.

4.2.2 Einflussfaktoren für den Eintritt ins Pflegeheim

Wurden im vorherigen Abschnitt die Einflussfaktoren auf das Risiko der Pflegebedürftigkeit beschrieben, so soll in diesem Abschnitt auf das spezielle Risiko des Heimübergangs eingegangen werden. Der Eintritt in ein Pflegeheim, als Ereignis im Lebensverlauf, hat dabei in den letzten Jahren erheblich an Bedeutung gewonnen und wird zudem in Zukunft weiter an Relevanz gewinnen (Bickel/Jaeger 1986, Klein/Salaske 1994, Bickel 1996, Klein 1998, Schneekloth/Müller 1998, Schneekloth/Törne 2007, Blinkert/Klie 2008). Dies liegt vor allem an der Alterung der Gesellschaft, aber ebenso an veränderten Familien- und Haushaltsstrukturen (z. B. dem Rückgang von Fertilität und Haushaltsgrößen, der Zunahme der Ledigen- und Scheidungsquote). Die Heimübersiedlung selbst bedeutet dabei immer ein kritisches Lebensereignis, das einen bedeutenden Einschnitt im Lebensverlauf darstellt (Filipp/Ferring 1989, Saup 1984, Saup 1993, Wahl/Kruse 1999, Peters 2004). Daher wird in der wissenschaftlichen Literatur auch eine Vielzahl von unterschiedlichen Einflussfaktoren auf den Heimeintritt diskutiert (Beland 1984, Murtaugh 1990, Lieberman/Kramer 1991, Holden et al. 1997, Klein et al. 1997, Russell et al. 1997, Klein 1998, Mager 1999, Lindrooth et al. 2000, Schneekloth/Törne 2007, Voges 2008). Am wichtigsten scheinen dabei die folgenden Faktoren zu sein: der Gesundheitszustand, der Grad an Pflegebedürftigkeit, das Geschlecht, das Alter, die sozialen Netzwerke sowie die familiäre Situation. Weitere Hauptgründe für den Wechsel in ein Pflegeheim werden in der Überlastung der Angehörigen, dem Nichtvorhandensein von Hilfe-/Pflegepersonen, dem eigenen Wunsch der Pflegebedürftigen nach einer geeigneten Betreuung, in einer nicht pflegegerechten Wohnung, dem Wunsch nach sozialer Einbindung sowie dem Wunsch, den Angehörigen nicht zur Last fallen zu wollen, gesehen (Schneekloth/Törne 2007: 99f.).

Von den vielen möglichen Einflussfaktoren, die den Heimübergang mitbestimmen, sind die wichtigsten in Tabelle 28 wiedergegeben. Dargestellt sind hierbei wiederum – wie im vorherigen Abschnitt – so genannte Übergangsziffern, mit denen die unterschiedlichen Risiken zum Ausdruck gebracht werden.

Wie der Tabelle zu entnehmen ist, kann zunächst auf die bekannten alters- und geschlechtsspezifischen Effekte hingewiesen werden, die in ähnlicher Form für das Risiko der allgemeinen Pflegebedürftigkeit oben beschrieben wurden.

Zum einen steigt das Risiko, in ein Pflegeheim überzusiedeln, mit zunehmendem *Alter* deutlich an. Zum anderen sind besonders *Frauen* dem Heimeintrittsrisiko ausgesetzt. Letzteres liegt unter anderem an den oben beschriebenen Ursachen: Frauen haben eine höhere Lebenserwartung als Männer, besitzen daher ein höheres Verwitwungsrisiko und können deshalb nicht in dem Maße von der partnerschaftlichen Pflege profitieren,

wie es für Männer möglich ist. Ein Heimübergang ist bereits ab der Altersgruppe der 70-79-Jährigen für die Frauen weitaus wahrscheinlicher als für Männer, wobei dieser geschlechtsspezifische Effekt mit zunehmendem Alter noch deutlicher wird. Ein Faktor, der dabei eine große Rolle spielt, ist der *Familienstand*. So unterscheiden sich die Übergangsziffern deutlich zwischen verheirateten und unverheirateten Personen. Dies verdeutlicht noch einmal, wie groß die Bedeutung der Hilfe- und Pflegeleistungen einer Lebenspartnerin bzw. eines Lebenspartners ausfallen. Denn wie sich zeigt, sind vor allem die Unverheirateten (Verwitwete, Ledige, Geschiedenen) weitaus häufiger durch Heimübergänge charakterisiert. Fehlt also die partnerschaftliche Unterstützung, so nimmt die Wahrscheinlichkeit zu, stationäre Pflegeleistungen in Anspruch nehmen zu müssen.

Tabelle 28: Einflussfaktoren für den Eintritt in ein Pflegeheim 2007

Merkmal	Ausprägung	Übergangsziffern ^a			
		60-69	70-79	80-89	90+
Geschlecht	Männer	131	489	2024	5664
	Frauen	80	665	2793	6226
Familienstand	Verheiratet	67	421	1779	3438
	Unverheiratet ^d	313	1040	3185	6802
Frühere Tätigkeit	Arbeiter	134	634	2541	7229
	Angestellter	83	486	2220	3766
Multimorbidität ^b	ein Hauptleiden	156	636	2361	6920
	zwei Hauptleiden	342	1130	3072	3046
	drei und mehr Hauptleiden	552	2324	4362	5036
Erkrankungen ^b	keine ^c	57	302	2020	6543
	Neubildungen	541	1301	2778	7692
	Psychische Erkrankungen	1009	3324	4762	6383
	Kreislaufsystem	294	1074	2891	5776
	Muskel-Skelett-System	44	597	1356	8621
Pflegebedürftigkeit	Pflegestufe I	7216	16809	22124	26087
	Pflegestufe II	5128	20495	13548	10526
	Pflegestufe III	5128	7447	2597	5556

Anmerkungen: ^a Heimeintritt je 100.000 Versicherter gleichen Alters ^b Krankenhausdiagnosen nach ICD-10 bis zwei Jahre vor Eintritt in die Pflegebedürftigkeit ^c kein im Krankenhaus diagnostiziertes Leiden ^d ledig, verwitwet, geschieden; Jahresbetrachtung, daher Schwankungen innerhalb der Werte möglich

Darüber hinaus kann, wie beim allgemeinen Pflegebedürftigkeitsrisiko, so auch in Bezug auf den Heimeintritt, ein Effekt der *sozialen Lage* festgestellt werden, der allerdings etwas weniger stark ausfällt. Demnach sind Arbeiter im Vergleich zu Angestellten einem leicht höheren Heimeintrittsrisiko ausgesetzt, womit noch einmal deutlich wird, dass die sozioökonomisch Bessergestellten, den Heimeintritt in begrenztem Umfang verhindern oder zumindest zeitlich hinauszögern können.

Von größter Bedeutung für den Umzug in ein Pflegeheim, bleiben jedoch die *gesundheitlichen Einflussfaktoren*. Hier ist zum einen wiederum die Multimorbidität zu nennen. Dabei gilt, dass der Heimübergang für eine Person umso wahrscheinlicher wird, je mehr Erkrankungen bei dieser Person diagnostiziert wurden. Da mit dem Alter auch die Erkrankungswahrscheinlichkeit zunimmt, steigt zugleich mit dem Alter das Risiko einer verstärkten Multimorbidität.

Betrachtet man in diesem Rahmen die Erkrankungen selbst, so zeigt sich im Falle des Heimübergangs, die primäre Bedeutung der *psychischen Erkrankungen*. Sind sekundär Neubildungen und Erkrankungen des Kreislaufsystems ebenfalls noch von großer Relevanz, so sind die Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems weitaus weniger mit einem Heimübergang verbunden. Folglich kann zusammenfassend festgehalten werden, dass eher Multimorbidität und psychische Erkrankungen zu einem Heimeintritt führen als schwere somatische Erkrankungen (Neubildungen, Herz-Kreislauf-Erkrankungen) und dass körperliche Gebrechen (Erkrankungen am Muskel-Skelett-System), die üblicherweise mit dem Alter in Zusammenhang gebracht werden, weitaus weniger stark einen Heimeintritt beeinflussen als möglicherweise angenommen.

Ein letzter Einflussfaktor, der beachtet werden sollte, ist das Ausmaß der *Pflegebedürftigkeit*. So lässt sich vermuten, dass es wahrscheinlicher ist, dass Personen in ein Pflegeheim wechseln, wenn diese bereits eine Pflegestufe durch den MDK und die Pflegekasse anerkannt bekommen haben. Dieser Effekt wird in Tabelle 28 bestätigt und weist zudem noch einmal darauf hin, dass es nicht die Personen mit den höchsten Pflegestufen sind, die in ein Heim gelangen. So überwiegen beim Heimeintritt nämlich nicht die Schwerstpflegebedürftigen (mit Pflegestufe III), sondern vielmehr Pflegebedürftige mit einer geringeren Pflegestufe – also erheblich Pflegebedürftige (Pflegestufe I) und Schwerpflegebedürftige (Pflegestufe II). Letztere sind dann durch die zuvor genannten Erkrankungen charakterisiert und leiden sehr häufig unter psychischen Erkrankungen, wobei hier die Demenzen die herausragende Rolle spielen (siehe hierzu z.B. Bickel 2001b, Bharucha et al. 2004, Kruse et al. 2005, Schneekloth/Törne 2007: 105).

4.2.3 Pflegehäufigkeit im Lebensverlauf

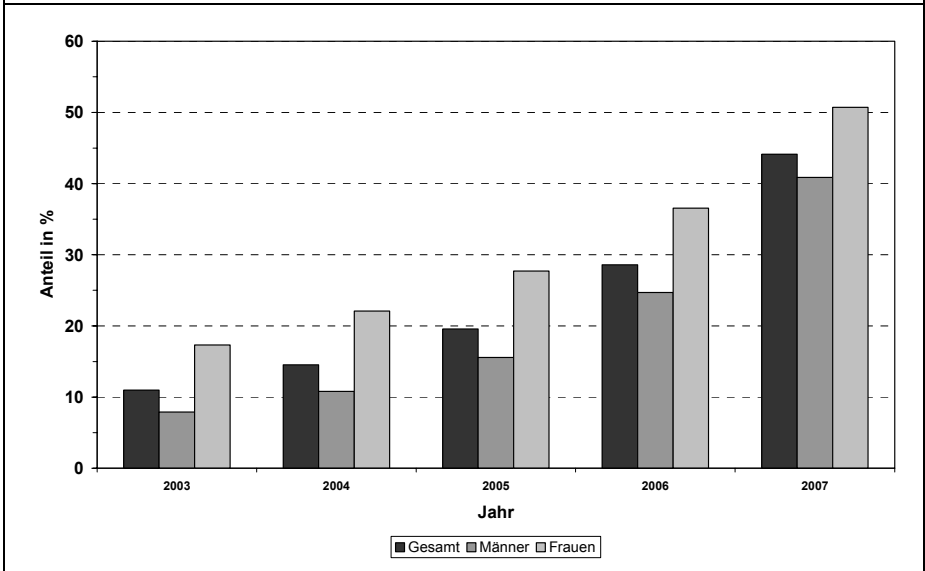
Nachdem gezeigt wurde, welche Personengruppen dem Pflegebedürftigkeitsrisiko in besonderem Maße ausgesetzt sind, soll im Folgenden untersucht werden, wie groß die Häufigkeit bzw. die Wahrscheinlichkeit ausfällt, *überhaupt* im Lebensverlauf pflegebedürftig zu werden. Um diese Fragestellung beantworten zu können, wurden alle im Jahr 2007 verstorbenen GEK-Versicherten mit einem Alter von mindestens 60 Jahren dahingehend untersucht, ob diese vor ihrem Versterben pflegebedürftig waren oder nicht.

Da davon ausgegangen werden kann, dass Pflegebedürftigkeit nicht nur mit dem Alter, sondern ebenso mit dem Zeitpunkt des Todes bzw. genauer: mit der Nähe zum Tode zusammenhängt, wurde nicht nur betrachtet, ob die betroffenen Personen pflegebedürftig waren, sondern ebenfalls, wann diese Personen Pflegeleistungen gemäß der Sozialen Pflegeversicherung bezogen haben. Aus diesem Grund wird neben dem Todesjahr 2007 zugleich vier Jahre in die Vergangenheit geblickt, um zu dort zu überprüfen, wie

häufig eine Pflegebedürftigkeit bereits aufgetreten ist. Die daraus resultierenden relativen Verteilungen sind in Abbildung 29 dargestellt

Wie der Abbildung zu entnehmen ist, wird zunächst insgesamt ersichtlich, dass Pflegebedürftigkeit stark von der Nähe zum Todeszeitpunkt abhängig ist. Sind beispielsweise 2003, also vier Jahre vor dem Todesjahr (2007), lediglich 11 % der Männer und Frauen pflegebedürftig, so liegt der entsprechende Anteil im Jahre 2005 bei bereits 19,6 % und im Jahre 2007, ihrem Todesjahr, gar bei 44,1 %. Die Wahrscheinlichkeit, pflegebedürftig zu werden, steigt somit drastisch mit der Nähe zum Todeszeitpunkt an.

Abbildung 29: Anteil der Pflegebedürftigen der im Jahr 2007 Verstorbenen



Darüber hinaus fällt allerdings auf, dass zwischen den Geschlechtern markante Unterschiede vorliegen: Sind vier Jahre vor dem Tode (2003) lediglich 7,9% der Männer pflegebedürftig, so liegt der entsprechende Wert der Frauen bei 17,3%. Diese Anteile steigen im Laufe der folgenden Jahre weiter an und liegen 2005 bei 15,6% (Männer) und 27,7% (Frauen). Am höchsten liegen schließlich die Anteile der Pflegebedürftigen im Todesjahr: Hier sind es 40,9% der Männer und 50,7% der Frauen, die Leistungen nach dem SGB XI beziehen.

Es zeigt sich somit, dass etwa zwei Fünftel der Männer und ca. die Hälfte der Frauen vor ihrem Tode Pflegeleistungen in Anspruch genommen haben. Dies ist ein zentrales und auch für die Pflegepolitik wichtiges Ergebnis. Reine Querschnittsbetrachtungen können leicht dazu führen, dass Pflegerisiko zu unterschätzen. So sind derzeit nur 2,6%

der Bevölkerung pflegebedürftig.⁴⁰ Selbst wenn die Betrachtung auf die Altenbevölkerung (65 Jahre und älter) bezogen wird, liegt das Risiko nur bei ca. 12%.⁴¹ Man könnte Pflegebedürftigkeit daher für ein „Restrisiko“ halten. Tatsächlich zeigt Abbildung 3 aber, dass fast die Hälfte der in einem Jahr Verstorbenen, in diesem Jahr (und vielfach auch schon vorher) Pflegeversicherungsleistungen bezogen haben. Das Risiko, irgendwann im Lebenslauf pflegebedürftig im Sinne des SGB XI zu werden beläuft sich daher annähernd auf 50%. Pflegebedürftigkeit ist somit eben „Restrisiko“, sondern ein allgemeines Lebensrisiko, das jeden mit einer hohen Wahrscheinlichkeit betreffen kann und entsprechend behandelt werden muss.

Allerdings hängt das Pflegerisiko nicht nur von der Nähe zum Tod ab, sondern ebenfalls vom chronologischen Lebensalter. Dies zeigen die nachfolgenden Analysen, bei denen nicht nur der Todeszeitpunkt berücksichtigt wird, sondern zusätzlich auch kontrolliert wird, wie alt die Personen im Todesjahr sind. Die Ergebnisse, die zunächst Männer und Frauen zusammen berücksichtigen, sind in Abbildung 30 dargestellt.⁴² Die in die Betrachtung eingeschlossenen Personen sind wiederum im Jahr 2007 verstorben und mindestens 60 Jahre alt. Dargestellt ist wieder die relative Pflegehäufigkeit, also der Anteil Pflegebedürftiger innerhalb einer Bevölkerungsgruppe, diese ist aber jetzt nach zwei Merkmalen differenziert: dem chronologischen Alter und der Nähe zum Tod. Jede Kurve stellt dabei eine andere Nähe zum Tod dar. So bezieht sich die oberste Kurve auf die Pflegebedürftigkeit im Jahre 2007 (also im Todesjahr), die nächste Kurve dann auf die Pflegebedürftigkeit im Jahr 2006 (also im Jahr vor dem Todesjahr) usw.

Festzustellen ist zunächst, dass die Kurven ohne Schnittpunkte übereinander geschichtet sind. Für jedes chronologische Alter gilt also, dass die Pflegebedürftigkeit je höher ist, je näher der Tod liegt. Gleichzeitig behält das chronologische Alter aber auch bei Kontrolle des Todeszeitpunkts eine eigenständige Erklärungskraft: Jede einzelne Kurve verläuft steigend; bei gleicher Nähe zum Tod, wirkt ein höheres Alter daher Risiko erhöhend.⁴³

Liegen beispielsweise 2003 die Anteile der pflegebedürftigen 65-Jährigen bei ca. 5,0%, die der 75-Jährigen bei ca. 8,0% und die der 85-Jährigen bei ca. 19,0%, so steigen diese Anteile bis 2007 auf etwa 27,0% (65-Jährige), etwa 36,0% (75-Jährige) und etwa 52,5% (85-Jährige) an. Damit wird ersichtlich dass beide Faktoren, also sowohl die Entfernung zum Todesjahr als auch das Lebensalter die Wahrscheinlichkeit im Lebensverlauf pflegebedürftig zu werden entscheidend mitprägen.

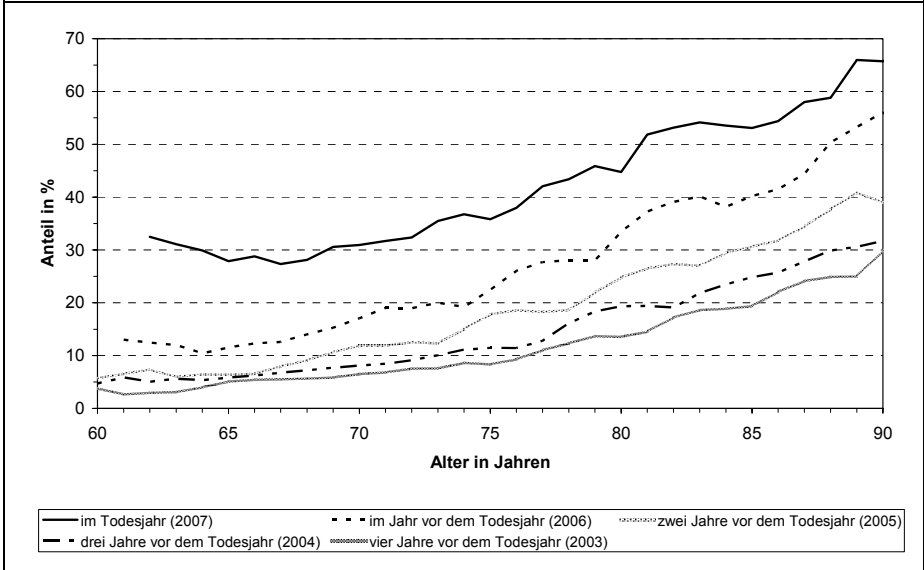
⁴⁰ Dieser Wert ergibt sich, wenn die Zahl von rund 2,1 Millionen Pflegebedürftigen in Relation zur Bevölkerungszahl von 82,4 Millionen gesetzt wird.

⁴¹ Hierbei wird von einer Altenbevölkerung von 16,3 Millionen Personen ausgegangen.

⁴² Um die Abbildung übersichtlicher zu gestalten, wurden die Ergebnisse statistisch „geglättet“. Hierzu wurde ein gleitender 3-Jahres-Durchschnitt verwendet. Da zudem für die Hochaltrigen nur sehr geringfügige Fallzahlen vorlagen, wurden die Ergebnisse lediglich bis zu einem Alter von 90 Jahren dargestellt.

⁴³ Würde kein Alterseffekt vorliegen, so müssten die Linien horizontal verlaufen.

Abbildung 30: Anteil Pflegebedürftiger der 2007 Verstorbenen nach Alter und Jahren vor dem Tod (Gesamt)



Da bereits oben gezeigt werden konnte, dass in diesem Rahmen deutliche geschlechts-spezifische Differenzen vorliegen, wurde diese Analyse noch einmal getrennt für Männer und Frauen vorgenommen. Die Ergebnisse sind in Abbildung 31 und Abbildung 32 wiedergegeben.⁴⁴ Während auf den ersten Blick die bekannten zwei Effekte (Todesjahr und Alter) erkennbar sind, werden auf den zweiten Blick die Unterschiede zwischen den Geschlechtern deutlich: Einerseits nehmen Frauen generell weitaus häufiger als Männer Leistungen der Sozialen Pflegeversicherung in Anspruch; insbesondere im Todesjahr. Andererseits gilt dies speziell bei den Frauen bereits in jüngeren Jahren sowie im höheren Alter. Gerade im höheren Lebensalter weisen Frauen in allen Jahren eine relativ hohe Inanspruchnahme auf. Dies zeigt sich z. B. darin, dass bereits ein Jahr vor dem Sterbejahr die 80-85-jährigen und älteren Frauen weitaus häufiger Pflegeleistungen beziehen als Männer. Im Gegensatz zu den jüngeren und höheren Lebensaltern zeigen sich dagegen diese Effekte ein wenig schwächer.

Insgesamt lässt sich somit festhalten, dass sowohl die Nähe zum Todeszeitpunkt als auch das Lebensjahr zwei eigenständige Erklärungsfaktoren darstellen, um das Auftreten von Pflegebedürftigkeit bzw. die Inanspruchnahme von SGB XI-Leistungen zu erklären.

⁴⁴ Auch in diesen Abbildungen wurde ein gleitender 3-Jahres-Durchschnitt verwendet.

Abbildung 31: Anteil Pflegebedürftiger der 2007 Verstorbenen nach Alter und Jahren vor dem Tod (Männer)

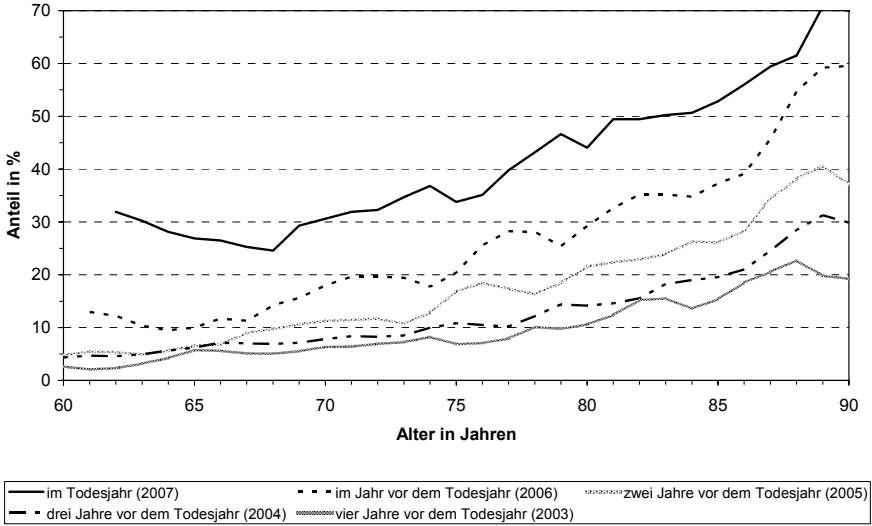
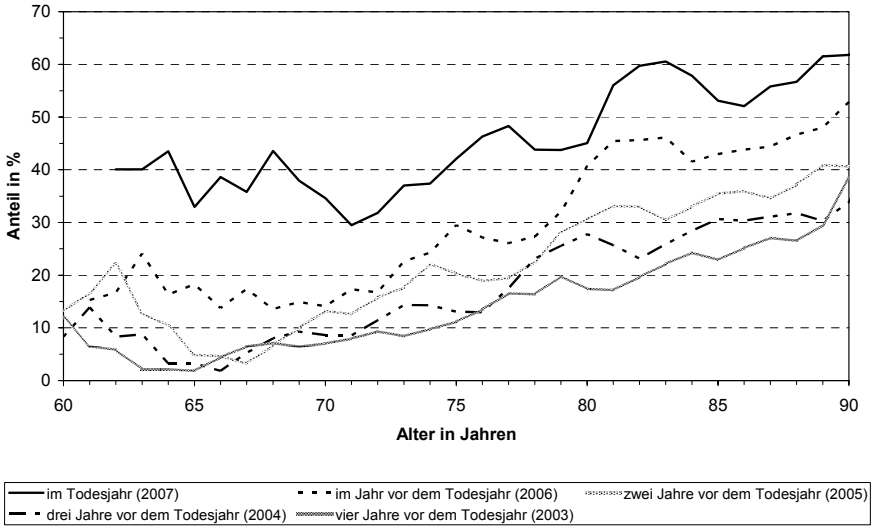


Abbildung 32: Anteil Pflegebedürftiger der 2007 Verstorbenen nach Alter und Jahren vor dem Tod (Frauen)



4.2.4 Zusammenfassendes Fazit

In Abschnitt 4.2 ging es um die Frage, wer überhaupt pflegebedürftig wird. Es wurde also der Frage nachgegangen, welche Personengruppen in besonderem Maße dem Risiko unterliegen, im Lebensverlauf einer Pflegebedürftigkeit ausgesetzt zu sein bzw. Leistungen der Sozialen Pflegeversicherung in Anspruch zu nehmen. Dabei standen drei unterschiedliche Fragestellungen im Mittelpunkt des Interesses: Als Erstes wurde untersucht, welche Faktoren das allgemeine Risiko der Pflegebedürftigkeit bestimmen. Im Anschluss daran wurde eine ähnliche Analyse in Bezug auf das spezielle Risiko des Heimeintritts durchgeführt. Zuletzt ging es um die Häufigkeit von Pflegebedürftigkeit im Lebensverlauf. Dadurch konnte abgeschätzt werden, wie wahrscheinlich es für Personen ist, vor ihrem Tode pflegebedürftig zu werden. Folgende Ergebnisse können zusammengefasst werden:

Einflussfaktoren für den Eintritt in die Pflegebedürftigkeit:

Zunächst hat besonders das Lebensalter einen deutlichen Effekt auf das Risiko pflegebedürftig zu werden. Dabei steigt das Pflegebedürftigkeitsrisiko mit zunehmendem Lebensalter an, wobei anzumerken ist, dass Männer in einem Alter von 60-79 ein leicht höheres Risiko aufweisen als Frauen, während in den höheren Altersgruppen das Risiko bei den Frauen überwiegt. Darüber hinaus hat auch das Leben in Partnerschaft einen protektiven Effekt. Demnach haben Verheiratete in allen Altersgruppen ein geringeres Pflegebedürftigkeitsrisiko als Unverheiratete. Dass Frauen auf Grund ihrer höheren Lebenserwartung jedoch einem höheren Verwitwungsrisiko ausgesetzt sind – gerade im höheren Lebensalter – muss dabei zusätzlich berücksichtigt werden. Ferner stellt die frühere Erwerbstätigkeit einen weiteren Einflussfaktor auf die Pflegebedürftigkeit dar; vor allem durch die damit verbundenen arbeitsweltlichen Belastungen, die über den Lebensverlauf kumulieren: demgemäß haben Arbeiter ein leicht höheres Risiko als Angestellte, was zugleich auf die möglichen Unterschiede in den zur Verfügung stehenden Ressourcen der sozioökonomisch Bessergestellten zurückgeführt werden könnte. Die Hauptursache für eine auftretende Pflegebedürftigkeit ist aber deutlich in der medizinischen Dimension zu sehen. So tragen Erkrankungen – besonders psychische Erkrankungen, Neubildungen und Herz-Kreislauf-Erkrankungen – maßgeblich zur Pflegebedürftigkeit bei.

Einflussfaktoren für den Eintritt in ein Pflegeheim:

Auch hier zeigt sich zunächst der bekannte Alterseffekt. Auffällig ist allerdings, dass Männer nur in der Gruppe der 60-69-Jährigen ein höheres Heimeintrittsrisiko besitzen als Frauen. Bei Frauen überwiegt dieses Risiko in allen höheren Altersgruppen. Ein Hauptgrund ist dabei das Verwitwungsrisiko, da Frauen oftmals jünger sind als ihre Partner und zugleich eine höhere Lebenserwartung aufweisen profitieren sie weitaus weniger von den partnerschaftlichen Hilfe- und Pflegeleistungen, was die Wahrscheinlichkeit eines Heimeintritts erhöht. Dies wird desgleichen an den Effekten des Familienstands deutlich, da hier die Unverheirateten weitaus höheren Risiken unterliegen. Während ferner auch in Bezug auf den Eintritt ins Pflegeheim die vorherige Erwerbstätigkeit eine Rolle spielt (im Vergleich zu Arbeitern können Angestellte den Heimeintritt zu Teilen verhindern oder hinauszögern), sind die wichtigsten Bestimmungsgründe

doch ebenfalls an dieser Stelle in den Erkrankungen wieder zu finden: Dabei überwiegen sehr deutlich die psychischen Erkrankungen (z. B. Demenzen) vor allen anderen Erkrankungen. Weitere wichtige Erkrankungen sind diesbezüglich dennoch die Neubildungen und Herz-Kreislauf-Erkrankungen, die – wenngleich in geringerem Umfang als psychische Erkrankungen – einen Heimeintritt wahrscheinlicher machen.

Zuletzt wurde die Häufigkeit von *Pflegebedürftigkeit im Lebensverlauf* untersucht: Hierzu wurden alle Verstorbenen des Jahres 2007, die mindestens 60 Jahre alt geworden waren, in Bezug darauf analysiert, ob sie vor ihrem Tode Pflegeleistungen in Anspruch genommen haben. Hierzu wurde bis zu vier Jahre – also bis 2003 – in die Vergangenheit geschaut, ob derartige Leistungen bezogen wurden. Während zum einen festgestellt wurde, dass im Todesjahr insgesamt 44,1% der Verstorbenen Pflegeleistungen bezogen haben (40,9% der Männer und 50,7% der Frauen), konnten zusätzlich zum anderen zwei weitere Effekte aufgedeckt werden: So nimmt einerseits die Inanspruchnahme deutlich mit der Nähe zum Todesjahr zu. Andererseits bleibt ein Alterseffekt erhalten. Neben dem üblichen Effekt des Alters ist die Nähe zum Tod somit ein weiterer bestimmender Faktor der Pflegebedürftigkeit. Als geschlechtsspezifischer Unterschied zeigt sich in diesem Rahmen, dass Frauen eine Tendenz dazu aufweisen, auch bei Berücksichtigung des Nähe/Entfernung zum Todeszeitpunkt vermehrt Leistungen zu beanspruchen. Eine Ursache hierfür ist in dem Verwitwungsrisiko zu finden. Da Frauen oftmals nicht auf die partnerschaftlichen informellen Hilfe- und Pflegeleistungen zurückgreifen können, müssen sie eher formale Leistungen der Sozialen Pflegeversicherung in Anspruch nehmen als Männer.

4.3 Pflegebedürftig! Und dann?

In Abschnitt 4.2 wurden das Pflegerisiko und die Determinanten von Pflegebedürftigkeit thematisiert. In den folgenden Abschnitten wird nun gefragt, wie die Pflegeverläufe nach dem erstmaligen Eintritt in die Pflegebedürftigkeit aussehen. Hierbei wird drei Fragestellungen nachgegangen. Zunächst geht es darum, die *Dauer* vom Eintritt in die Pflegebedürftigkeit bis zum Lebensende abzuschätzen, um so die Frage zu beantworten, wie lange Personen im Allgemeinen in der Pflegebedürftigkeit verweilen (Abschnitt 4.3.1).

Darüber hinaus ist es von besonderem Interesse, wie sich Pflegeverläufe im tatsächlichen zeitlichen Längsschnitt darstellen. Dabei es geht vor allem um die Fragen der Veränderungen in den *Pflegestufen* (Abschnitt 4.3.2) und den *Pflegeleistungen* (Abschnitt 4.3.4). So können pflegebedürftige Personen – im Rahmen von Wiederholungsbegutachtungen durch den MDK – durchaus ihre Pflegestufen wechseln, also z. B. höher- oder heruntergestuft werden – schließlich ist Pflegebedürftigkeit keineswegs ein statischer Zustand. (siehe Abschnitt 3.4). Damit wird indirekt auch die Veränderung des gesundheitlichen Zustands abgebildet. Weiterhin interessiert aber auch, wie mit der Pflegebedürftigkeit umgegangen wird und wie stabil zunächst gewählte Pflegearrangements im Zeitverlauf und bei Verschlechterung des Gesundheitszustands sind. So ist es auch für die Pflegepolitik von besonderem Interesse, wie stabil häusliche Pflegearrangements sind bzw. wie häufig es im Pflegeverlauf zu einem Wechsel ins Pflegeheim

kommt. So wurden mit der jüngsten Pflegereform familiäre Pflegearrangements gestützt und gefördert. Zu diesem Zweck sind u. a. die Einrichtung von Pflegestützpunkten und die Schaffung einer Pflegezeit vorgesehen. Kenntnisse über die Stabilität der häuslichen Pflege, die für solche Unterstützungsmaßnahmen wichtig wären, liegen aber kaum vor.

4.3.1 Dauer der Pflegebedürftigkeit

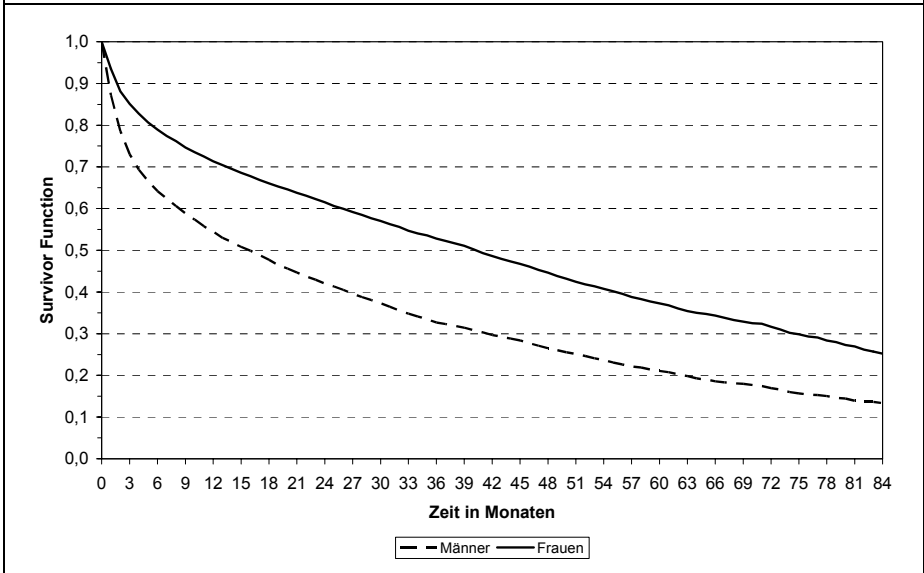
Betrachtet man die Dauer von Pflegebedürftigkeit, so muss hierbei zum einen zwischen Männern und Frauen, zum anderen zwischen den drei Pflegestufen differenziert werden. Ersteres ist notwendig, da sich die Pflegebedürftigkeit erheblich zwischen den Geschlechtern unterscheidet (z. B. längere Lebenserwartung und höheres Verwitwungsrisiko der Frauen); letzteres ist besonders deshalb von großer Relevanz, da davon ausgegangen werden kann, dass sich die Dauer von Pflegebedürftigkeit erheblich danach unterscheidet, mit welcher Pflegestufe Personen in die Pflegebedürftigkeit gelangen, denn schließlich spiegeln die Pflegestufen – wenn auch indirekt – den Gesundheitszustand bzw. den notwendigen Pflegebedarf der Pflegebedürftigen wieder.

Inwiefern sich nun die zeitlichen Dauern zwischen den Geschlechtern im Allgemeinen unterscheiden, wird in Abbildung 33 dargestellt. Gezeigt werden hier die ferneren Überlebenszeiten von Männern und Frauen, denen erstmalig im Lebensverlauf eine der drei möglichen Pflegestufen durch den MDK anerkannt wurde. Die Darstellung entspricht dabei so genannten Survivor-Funktionen oder Überlebenskurven, die folgendermaßen interpretiert werden können: Multipliziert man die angegebene Survivor-Funktion mit hundert, so ergibt sich der Anteil (in %) derjenigen Personen, der einen gegebenen Zeitpunkt überlebt hat – also noch nicht verstorben ist. Dabei beginnen zunächst alle Personen ihre Pflegebedürftigkeit zum Zeitpunkt 0, dem Zeitpunkt an dem sie erstmals Pflegeversicherungsleistungen beziehen.⁴⁵ Ausgehend hiervon wird zu jedem weiteren Monat gemessen, wie sich die Anteile der Verstorbenen und der Überlebenden verteilen.

Wie sich in der Abbildung 33 zeigt, verweilen Frauen durchweg erheblich länger in der Pflegebedürftigkeit als Männer: Ist beispielsweise die Hälfte aller Männer nach dem erstmaligen Eintritt in eine der drei Pflegestufen bereits nach 15,8 Monaten verstorben, so liegt der Vergleichswert der Frauen mit 40,3 Monaten mehr als doppelt so hoch. Daneben nehmen selbst nach sieben Jahren (=84 Monate) noch immer 13,4% der Männer und 25,2% der Frauen Leistungen der Sozialen Pflegeversicherung in Anspruch. Daraus lässt sich schließen, dass insbesondere die Frauen dem Risiko einer langfristigen Verweildauer in Pflegebedürftigkeit ausgesetzt sind.

⁴⁵ Die *Anzahl* der Personen, die zum Zeitpunkt 0, erstmalig im Lebensverlauf (mit einer bestimmten Pflegestufe) pflegebedürftig wird, kann der *Tabelle 29* in Abschnitt 4.3.2 entnommen werden.

Abbildung 33: Überlebenszeit nach Eintritt in Pflegestufe I-III

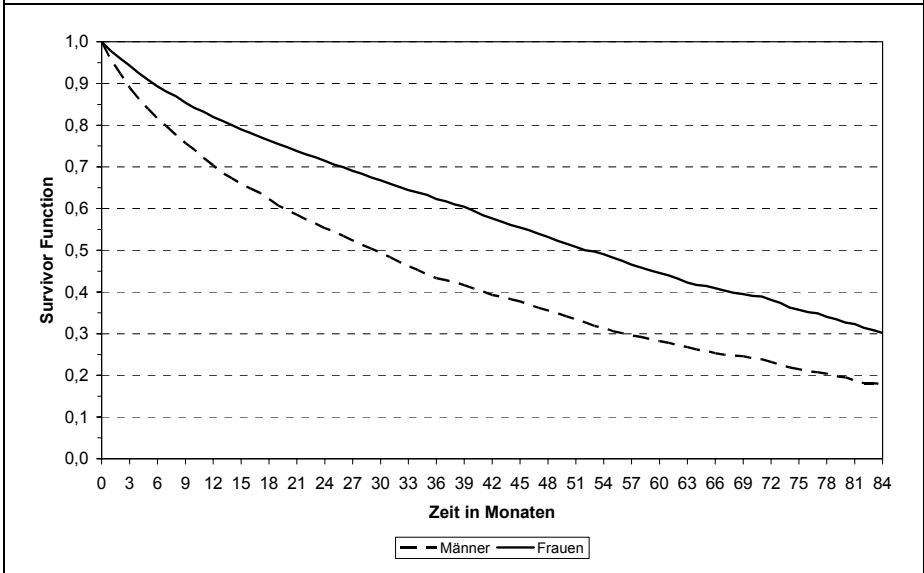


Die Verweildauer ist jedoch – wie oben angesprochen – in erheblichem Maß durch die Pflegestufe beim Eintritt in die Pflegebedürftigkeit geprägt. Aus diesem Grunde werden die Überlebensdauern noch einmal getrennt für alle drei Stufen vorgestellt.

Diesbezüglich kann der Abbildung 34 entnommen werden, dass die bisher beschriebenen Verweildauern in der Pflegebedürftigkeit schon deutlich länger ausfallen, wenn Pflegebedürftige ihre erstmaligen SGB XI-Leistungen mit Zuordnung zur Pflegestufe I beziehen. Die Überlebenschancen der pflegebedürftigen Männer und Frauen fallen bei Beginn einer Pflegekarriere in der Stufe I also signifikant besser aus. Dies wird schon daran deutlich, dass die Hälfte der männlichen Pflegebedürftigen – im Vergleich zu Abbildung 33 – erst nach 29,4 Monaten verstorben ist, während Gleiches für die Frauen nunmehr nach 52,0 Monaten der Fall ist. Zusätzlich hat sich auch die längerfristige Verweildauer verbessert. Denn etwa 17,9% der Männer und mehr als ein Viertel (30,1%) der Frauen erleben das siebte Jahr nach dem Beginn der Pflegebedürftigkeit.

Dass die Verweildauern in der Pflegebedürftigkeit kürzer ausfallen als in Pflegestufe I, wenn Pflegebedürftige bei Beginn der Pflegebedürftigkeit direkt in Pflegestufe II eingestuft werden, liegt vor allem an dem bereits deutlich schlechteren Gesundheitszustand, der mit der Pflegestufe II zusammenhängt. Dies kommt auch im § 15 Abs. 1 SGB XI zum Ausdruck: Handelt es sich bei den Pflegebedürftigen in Stufe I noch um „erheblich Pflegebedürftige“, so werden Pflegebedürftige der Stufe II bereits als „Schwerpflegebedürftige“ bezeichnet. Inwiefern sich diese erschwerenden gesundheitlichen Umstände auf die Restlebenszeiten auswirken zeigt Abbildung 35.

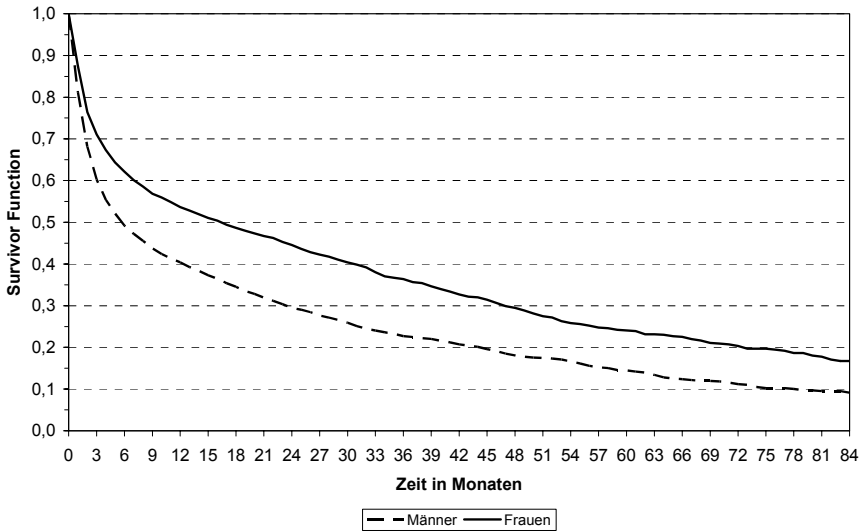
Abbildung 34: Überlebenszeit nach Eintritt in Pflegestufe I



Wie die Abbildung verdeutlicht, ist die mittlere Verweildauer – gegenüber der Pflegestufe I – deutlich geringer. Die Hälfte der pflegebedürftigen Männer ist bereits nach 5,7 Monaten und die Hälfte pflegebedürftigen Frauen ist nach 16,4 Monaten verstorben, wenn diese mit der Stufe II in die Pflege gelangen. Damit liegt die mittlere fernere Lebenserwartung weit unter der Lebenserwartung derer, die mit Pflegestufe I ihre Pflegebedürftigkeit beginnen. Das siebte Jahr im Beobachtungszeitraum erleben 9,1% der männlichen und 16,7% der weiblichen Pflegebedürftigen. Dies verdeutlicht aber, dass selbst bei den Schwerpflegebedürftigen die Pflegebedürftigkeit zu einem lang andauernden Prozess werden kann.

Erwartungsgemäß fällt schließlich die Situation der pflegebedürftigen Personen mit der Pflegestufe III noch drastischer aus, als es für Personen in Pflegestufe II der Fall ist. Beginnen Pflegebedürftige ihre Pflegekarriere direkt mit der Stufe III, so sind die ferneren Überlebenschancen dieser „Schwerstpflegebedürftigen“ (§ 15 Abs. 1 SGB XI) bereits von Anfang an nur äußerst gering. Dies wird in Abbildung 36 deutlich: Schon nach nur 1,5 Monaten ist die Hälfte der Männer, die erstmalig in die Pflegestufe III eingestuft wurden, verstorben. Für die Frauen ist dies nach 1,9 Monaten der Fall, womit sich die Werte zwischen den Geschlechtern bis zu diesem Zeitpunkt nur geringfügig unterscheiden. Allerdings vergrößern sich die geschlechtsspezifischen Unterschiede deutlich nach den ersten drei Monaten. Ab diesem Zeitpunkt nehmen die ferneren Überlebenschancen der pflegebedürftigen Frauen sichtlich stärker zu, als die der Männer und dies, obwohl es sich bei beiden Geschlechtern um Schwerstpflegebedürftige handelt, die einen äußerst großen Pflegebedarf besitzen.

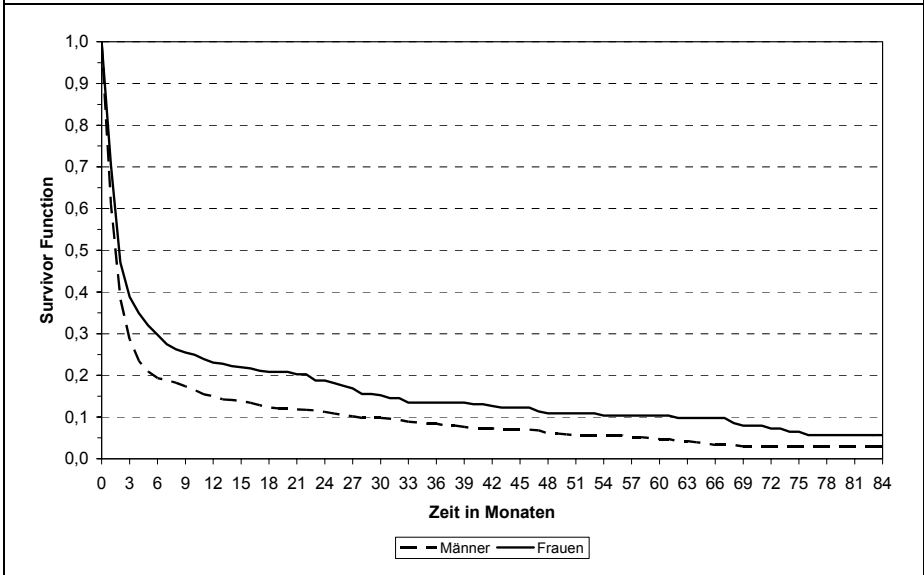
Abbildung 35: Überlebenszeit nach Eintritt in Pflegestufe II



Wird das erste Jahr in der Pflegestufe III überlebt, so kann sogar davon ausgegangen werden, dass die weitere Pflegebedürftigkeit einen sehr langen Verlauf nimmt. In diesem Zusammenhang zeigt Abbildung 36, dass selbst von den schwerstpflegebedürftigen Männern 3,0% und von den schwerstpflegebedürftigen Frauen 5,7% das siebte Jahr – nach dem Eintritt in die Pflege – erleben. Als wichtiges Ergebnis für die Pflegestufe III kann deshalb festgehalten werden, dass die größten Entscheidungen für einen lang andauernden Pflegeverlauf in den ersten drei bis sechs Monaten fallen. Wird dieser Zeitraum überstanden, so ist die Wahrscheinlichkeit groß, dass es zu lang andauernden Verläufen von Pflegebedürftigkeit kommt.

Zusammengefasst, zeigen die Analysen in diesem Abschnitt, dass die Dauer der Pflegebedürftigkeit deutlichen geschlechtsspezifischen Unterschieden unterliegt. Frauen haben in allen Pflegestufen erheblich bessere Überlebenschancen als Männer. Darüber hinaus hängt die Dauer der Pflegebedürftigkeit aber auch in besonderem Maße davon ab, mit welcher Pflegestufe Personen erstmalig pflegebedürftig werden. Diesbezüglich haben Personen mit der Pflegestufe I erwartungsgemäß bessere Überlebenschancen als Personen der Pflegestufe II und der Pflegestufe III.

Abbildung 36: Überlebenszeit nach Eintritt in Pflegestufe III



4.3.2 Verteilung der Pflegestufen im Längsschnitt

Da es nun nicht nur von Interesse ist, wie lange Pflegebedürftigkeit zeitlich andauert, sondern zugleich ebenso, wie die Dynamik zwischen den unterschiedlichen Pflegestufen aussieht, soll im Folgenden auf die Mobilität zwischen den drei Pflegestufen eingegangen werden. Hierzu werden die Pflegeverläufe von Männern und Frauen analysiert, die mit einer bestimmten Pflegestufe ihre Pflegekarriere beginnen. Diese Pflegeverläufe werden in den nachstehenden Abbildungen zunächst als kumulative Statusverteilungen dargestellt. Damit ist es möglich einen Eindruck davon zu bekommen, inwiefern sich die Anteile in den einzelnen Pflegestufen im Zeitverlauf verändern. Insgesamt stehen dabei Informationen über die Pflegekarrieren von 18.321 pflegebedürftigen Personen zur Verfügung (siehe *Tabelle 29*).

Tabelle 29: Ersteintritte in die Pflegebedürftigkeit 2000-2007 nach Geschlecht und Pflegestufe

	Männer		Frauen		Gesamt	
	Anzahl	in%	Anzahl	in%	Anzahl	in%
Pflegestufe I	5.627	55,7	5.586	68,0	11.213	61,2
Pflegestufe II	3.441	34,1	2.149	26,1	5.590	30,5
Pflegestufe III	1.034	10,2	484	5,9	1.518	8,3
Gesamt	10.102	100,0	8.219	100,0	18.321	100,0

Abbildung 37: Pflegeverlauf nach Eintritt in Pflegestufe I-III (Männer)

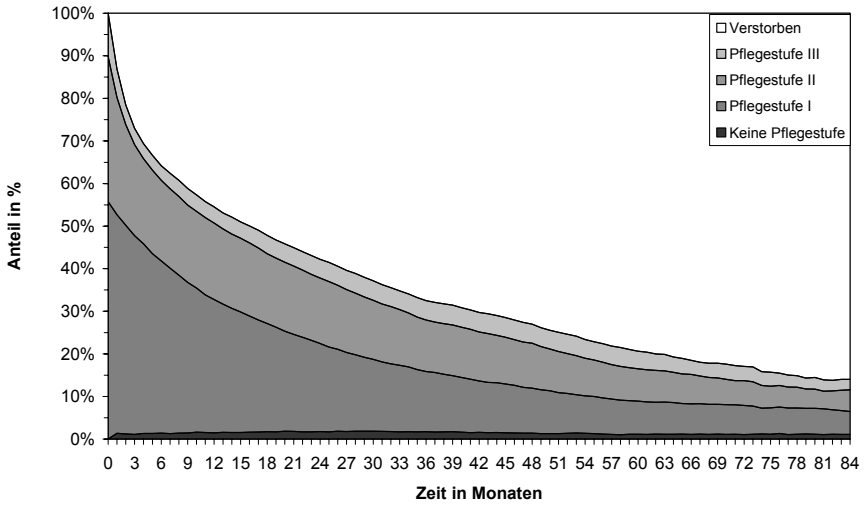
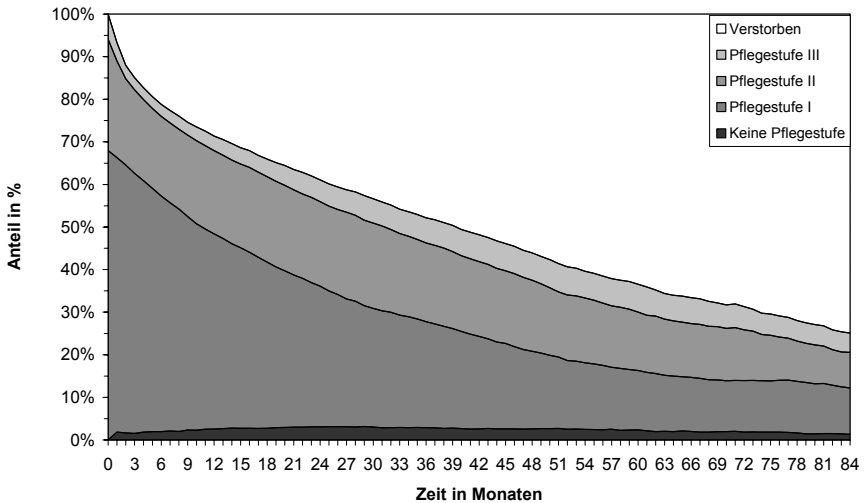


Abbildung 38: Pflegeverlauf nach Eintritt in Pflegestufe I-III (Frauen)



Bei diesen handelt es sich um 10.102 Männer und 8.219 Frauen, wobei das durchschnittliche Alter bei Eintritt in die Pflegebedürftigkeit für die Männer bei 75,3 Jahren und für die Frauen bei 78,5 Jahren liegt.⁴⁶ Das Eintrittsalter ist dabei invers mit der Höhe der Pflegestufe korreliert: Je geringer das Eintrittsalter ist, desto höher ist im Durchschnitt die Pflegestufe. Das durchschnittliche Eintrittsalter liegt je Pflegestufe für Männer bei 76,1 Jahren (Pflegestufe I), 74,8 Jahren (Pflegestufe II) und 72,3 Jahren (Pflegestufe III) und für Frauen bei 79,1 (Pflegestufe I), 77,8 Jahren (Pflegestufe II) und 74,6 Jahren (Pflegestufe III).

Für diese Personen zeigen nun die Abbildung 37 und die Abbildung 38 die fernere Verteilung der Pflegestufen für Männern und Frauen, nach Eintritt in die Pflegebedürftigkeit. Dabei handelt es sich bei den Abbildungen um so genannte Status- oder Zustandsverteilungen (Rohwer/Pötter 2005), eine deskriptiven Methode, mit der es möglich ist, Zustandsverteilungen von Untersuchungseinheiten bezüglich vorher definierter Zustände (z. B. Pflegestufen) zu gegebenen Zeitpunkten im Lebensverlauf darzustellen. So kann z. B. dargestellt werden, inwiefern sich die relativen Anteile der Personen nach Pflegestufen im zeitlichen Verlauf ändern, nachdem diese Personen erstmalig mit Pflegestufe I pflegebedürftig geworden sind.

Demnach sind in Abbildung 37 zum Eintrittszeitpunkt von den Männern 55,7% erstmalig in Pflegestufe I, 34,1% in Pflegestufe II und 10,2% in der Pflegestufe III pflegebedürftig. Für die Frauen betragen die Vergleichswerte dagegen 68,0% (Pflegestufe I), 26,1% (Pflegestufe II) und 5,9% (Pflegestufe III) (siehe Abbildung 38). Damit wird deutlich, dass männliche Pflegebedürftige – im Vergleich zu den weiblichen Pflegebedürftigen – ihre „Pflegekarriere“ tendenziell mit einer höheren Pflegestufe beginnen.

Im Zeitverlauf nehmen die Anteile in allen drei Pflegestufen ab – besonders jedoch in Pflegestufe I. Abbildung 37 zeigt weiterhin, dass ein – wenn auch sehr geringer – Anteil der ursprünglichen Leistungsbezieher im Zeitverlauf aus dem Leistungsbezug herausfällt, Pflegebedürftigkeit insofern durchaus reversibel ist. Sechs von sieben pflegebedürftigen Männern versterben hingegen innerhalb der beobachteten sieben Jahre. So zeigt sich nach dem ersten Jahr z. B. das folgende Bild: Lediglich 1,5% der Männer nehmen keine Leistungen der sozialen Pflegeversicherung mehr in Anspruch und gelten als nicht mehr pflegebedürftig. Dagegen ist der Anteil der pflegebedürftigen Männer in Pflegestufe I auf 31,3%, in Pflegestufe II auf 18,0% und in Pflegestufe III auf 3,8% gefallen, während der Anteil der im Beobachtungszeitraum Verstorbenen bei 45,5% liegt.

Ein recht ähnliches Bild zeigt sich für die Frauen (Abbildung 38). Allerdings muss hierbei festgehalten werden, dass die pflegebedürftigen Frauen – wie bereits in Abschnitt 4.3.1 dargestellt – eine weitaus höhere fernere Lebenserwartung nach Eintritt in die Pflegebedürftigkeit aufweisen. Insgesamt können nach dem ersten Jahr die nach-

⁴⁶ Es sei daran erinnert, dass hier nur Pflegebedürftige mit einem Alter von mindestens 60 Jahren untersucht werden.

stehende Anteile festgehalten werden: 2,6% der Frauen besitzen keine Pflegestufe mehr, da sich ihr Gesundheitszustand soweit verbessert hat, dass keine Pflegestufe mehr durch den MDK festgestellt werden kann. Darüber hinaus sind, wie bei den Männern, die Anteile in den drei Pflegestufen gesunken; in Pflegestufe I auf 45,8%, in Pflegestufe II auf 19,5% und in Pflegestufe III auf 3,5%. Dem gegenüber sind 38,6% der pflegebedürftigen Frauen nach dem ersten Jahr seit Anerkennung einer offiziellen Pflegestufe verstorben. Die Überlebenschancen liegen damit für Frauen deutlich höher als für Männer.

Betrachtet man schließlich noch das Ende des Beobachtungszeitraums, dann können für die überlebenden Männer (14,0%) und Frauen (25,1%) folgende Anteilswerte festgehalten werden: Nur 1,1% der Männer und 1,3% der Frauen beziehen keine Pflegeleistungen mehr. Außerdem sind die Anteilswerte in den Pflegestufen erheblich gesunken. So befinden sich in der Pflegestufe I noch 5,4% der Männer und 10,2% der Frauen. Die Werte für die Pflegestufe II liegen dagegen bei 5,1% (Männer) und 8,4% (Frauen) sowie für die Pflegestufe III bei 2,4% (Männer) und 4,5% (Frauen). Damit lässt sich generell feststellen, dass Pflegeverläufe für Frauen selbst bei Langzeitbetrachtung ersichtlich länger ausfallen als für die Männer und jede vierte Frau die ersten sieben Jahre der Pflegebedürftigkeit überlebt.

Darüber hinaus sollen die bisherigen Ergebnisse noch einmal nach den verschiedenen Pflegestufen differenziert werden. Im Folgenden werden daher die ferneren Verteilungen der Pflegestufen separat nach Eintritt in die Pflegebedürftigkeit mit einer bestimmten Pflegestufe dargestellt.

Diesbezüglich zeigen Abbildung 39 und Abbildung 40 die Pflegeverläufe derjenigen Personen, denen bei erstmaliger Leistungsgewährung die Pflegestufe I anerkannt wurde. Sehr deutlich erkennt man hier sowohl für Männer als auch für Frauen, dass im Zeitverlauf die Anteile in Pflegestufe II und Pflegestufe III zunehmen. Dabei sind per Saldo Wechsel von Pflegestufe I in Pflegestufe II durchweg häufiger anzutreffen als Wechsel von Pflegestufe I in Pflegestufe III. Zudem gelingt es einem Teil der Pflegebedürftigen die Fähigkeiten zur selbständigen Lebensführung insofern zurück zu gewinnen, als dass keine gesetzlichen Pflegeleistungen mehr notwendig sind. Allerdings muss ebenso darauf hingewiesen werden, dass ein großer Teil der Pflegebedürftigen bereits nach dem ersten Jahr verstorben ist.

Bezüglich der Anteile in den Pflegestufen können die nachstehenden Werte festgehalten werden: Von den pflegebedürftigen Männern (Abbildung 39) die in die Pflegestufe I eingetreten sind, befinden sich nach dem ersten Jahr noch immer oder wieder 55,8% in dieser Ausgangsstufe. Der Anteil der Personen in Pflegestufe II ist dagegen auf 10,4% und der Anteil in Pflegestufe III auf 2,1% gestiegen. Lediglich 2,3% der Männer gelang es, ihren Gesundheitszustand derart zu verbessern, dass keine weiteren Pflegeleistungen mehr notwendig waren. Der Anteil der Verstorbenen beträgt hingegen 29,3%.

Abbildung 39: Pflegeverlauf nach Eintritt in Pflegestufe I (Männer)

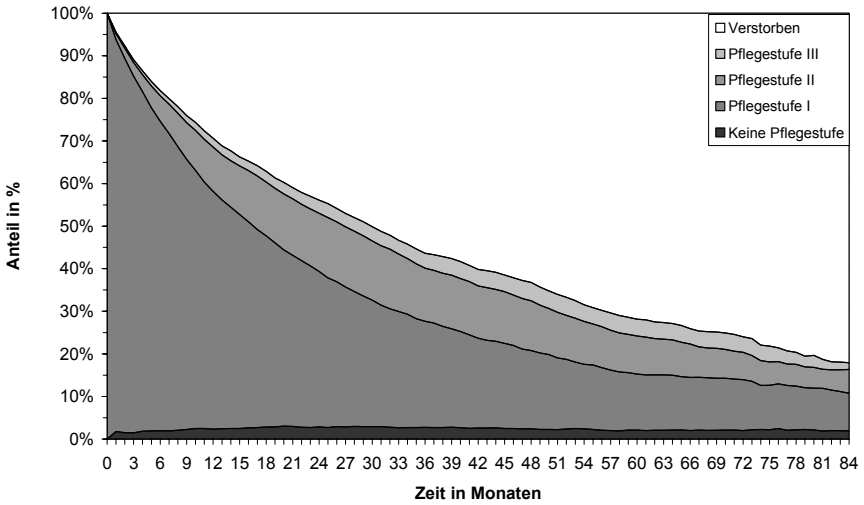


Abbildung 40: Pflegeverlauf nach Eintritt in Pflegestufe I (Frauen)

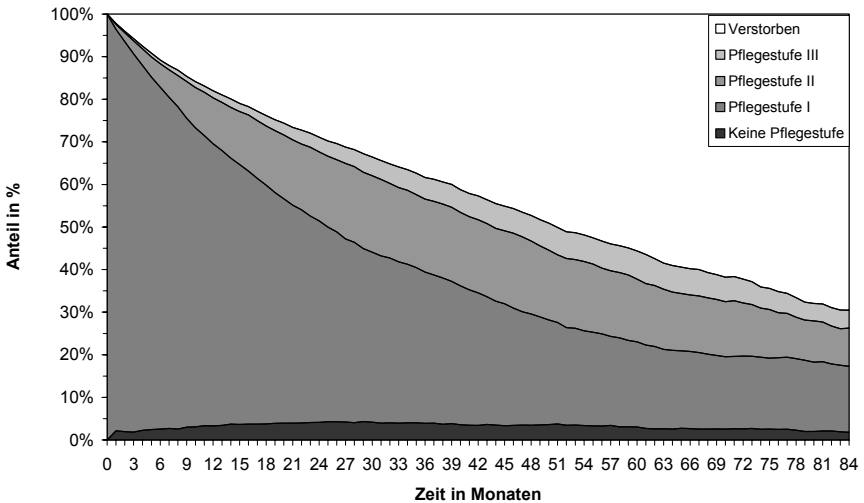


Abbildung 41: Pflegeverlauf nach Eintritt in Pflegestufe II (Männer)

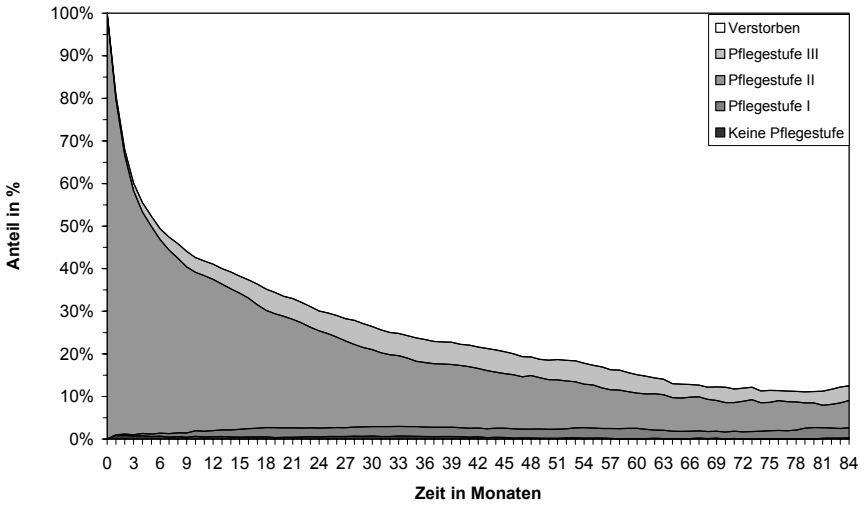


Abbildung 42: Pflegeverlauf nach Eintritt in Pflegestufe II (Frauen)

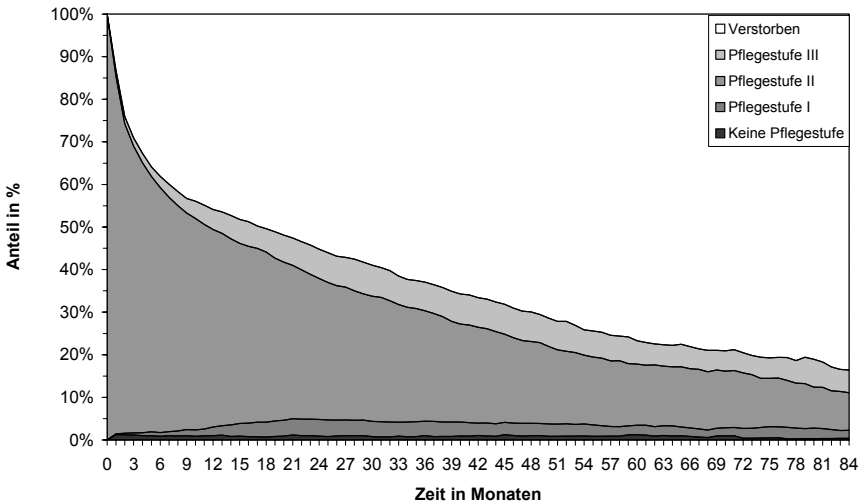


Abbildung 43: Pflegeverlauf nach Eintritt in Pflegestufe III (Männer)

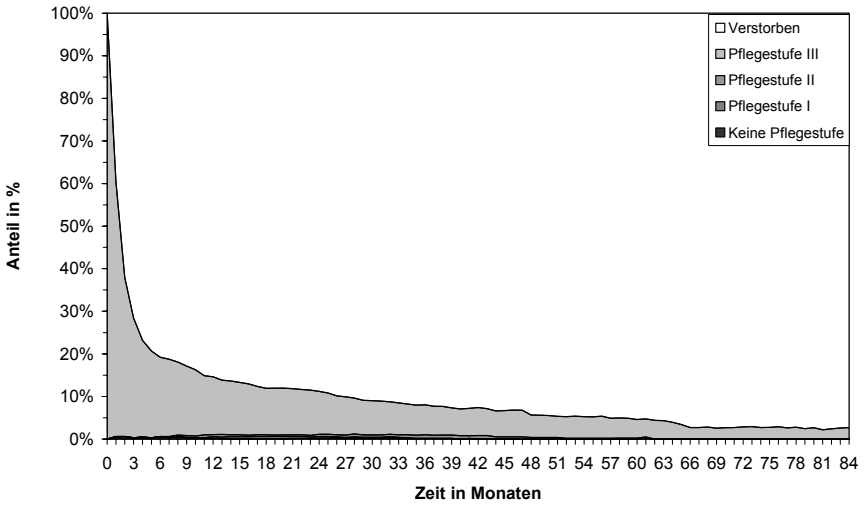
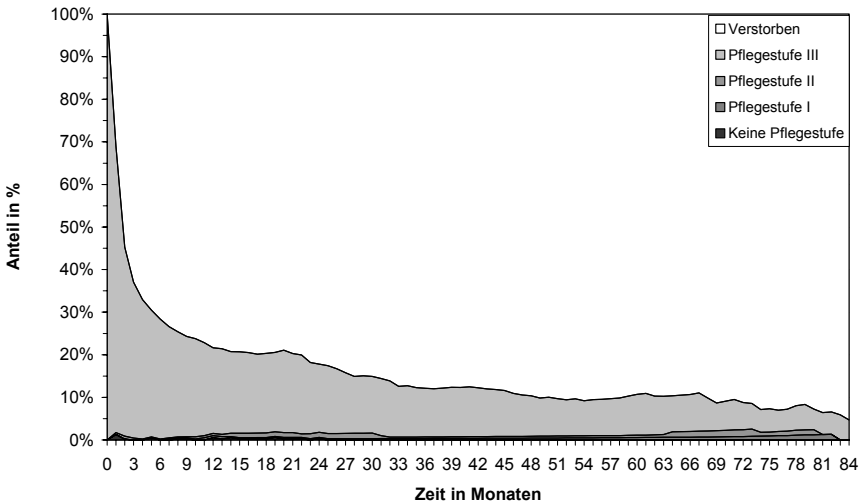


Abbildung 44: Pflegeverlauf nach Eintritt in Pflegestufe III (Frauen)



Ähnliche Ergebnisse können für die Frauen festgehalten werden (Abbildung 40): Wieder zeigt sich ein erheblich geringeres Sterblichkeitsrisiko. So beträgt – nach dem ersten Jahr – der Anteil in der Ausgangsstufe bei diesen Pflegebedürftigen noch immer 66,2%. Der Anteil in Pflegestufe II ist hingegen auf 10,8% und der Anteil in Pflegestufe III auf 1,7% angestiegen. Zusätzlich gelang es 3,3%, die Fähigkeiten zur selbständigen Lebensführung zurück zu gewinnen. Dabei liegt der Anteil der verstorbenen Frauen mit 18,0% erheblich unter dem Anteil der verstorbenen Männer.

Am Ende des Beobachtungszeitraumes liegt der Anteil der überlebenden Männer bei 18,0% und der Anteil der überlebenden Frauen bei 30,5%.

Des Weiteren werden in Abbildung 41 und Abbildung 42 die Pflegeverläufe derjenigen pflegebedürftigen Personen dargestellt, denen bei der ersten Inanspruchnahme von SGB XI Leistungen die Pflegestufe II zuerkannt wurde. Ähnlich wie zuvor bei der Pflegestufe I, können auch an dieser Stelle verschiedene Stufenwechsel festgestellt werden – nunmehr jedoch Wechsel von Pflegestufe II in Pflegestufe I und in Pflegestufe III. Daneben wird deutlich, dass sich der Anteil der Personen, die ihren Gesundheitszustand verbessern konnten kleiner ist, als bei den Personen, die mit der Pflegestufe I in die Pflegebedürftigkeit gelangt sind. Die Sterblichkeit ist dagegen erkennbar größer.

Für die Männer liegen nach dem ersten Jahr folgende Werte vor (siehe Abbildung 41): 1,5% der Pflegebedürftigen konnten soweit gesund, dass bei einer erneuten MDK-Begutachtung ein Rückstufung in Pflegestufe I erfolgen konnte. Daneben befinden sich 35,5% in der ursprünglichen Pflegestufe II und 3,6% mussten auf Grund gesundheitlicher Verschlechterungen in die Pflegestufe III eingestuft werden. Lediglich 0,5% gelang es, in die selbständige Lebensführung zurückzufinden. Der Verstorbenenanteil beträgt zu diesem Zeitpunkt 58,9%, womit die Sterblichkeit, im Vergleich zum Beginn in Pflegestufe I, in etwa doppelt so groß ist.

Analoge, aber erkennbar abgeschwächte Werte können für die Frauen der Abbildung 42 entnommen werden. Nach dem ersten Jahr befinden sich 2,0% in Pflegestufe I, 46,4% in der Ausgangsstufe II und 4,7% in Pflegestufe III. Eine autonome Lebensführung konnten 1,0% der ehemals pflegebedürftigen Frauen wiedererlangen. Außerdem liegt der Anteil der Verstorbenen mit 45,9% deutlich unter dem Vergleichswert der Männer. Die Anteile der überlebenden Pflegebedürftigen – nach sieben Jahren – liegen bei 12,5% (Männer) und 16,4% (Frauen).

Zuletzt sei ein Blick auf die Pflegeverläufe der Männer und Frauen geworfen, die direkt mit der Pflegestufe III erstmalig pflegebedürftig werden (siehe Abbildung 43 und Abbildung 44). Wie sich zeigt, fallen diese Verläufe weitaus dramatischer aus als es für die oben beschriebenen Verläufe der Pflegestufe I und Pflegestufe II der Fall ist. Auffällig sind dabei zum einen das außerordentlich hohe Sterblichkeitsrisiko sowie zum anderen die Tatsache, dass nahezu keine Rückstufungen in niedrigere Pflegestufen oder andere gesundheitliche Verbesserungen zu verzeichnen sind. Ursachen hierfür sind vor allem in den schweren und äußerst belastenden gesundheitlichen Umständen zu finden, die mit einem direkten Pflegeeintritt in diese Pflegestufe zusammenhängen. Auf Grund

dieser Gegebenheiten sind nach dem ersten Jahr bereits 85,4% der männlichen Pflegebedürftigen verstorben (Abbildung 43), wobei der Vergleichsanteil der Frauen bei 78,4% liegt (Abbildung 44). Zum gleichen Zeitpunkt befinden sich allerdings noch 13,5% der Männer und 20,1% der Frauen in der ursprünglichen Pflegestufe. Die wenigen Fälle, bei denen Pflegebedürftige ihren gesundheitlichen Zustand verbessern konnten, liegen sowohl bei Männern wie für Frauen zwischen 0,2% bis 0,5%, womit es sich lediglich um Ausnahmefälle handelt.

Das große Sterblichkeitsrisiko verdeutlicht sich ebenso in der Langzeitbeobachtung. So erleben nur 2,7% der Männer und 4,7% der Frauen das siebte Jahr nach dem Eintritt in Pflegestufe III.

Wie die Ergebnisse dieses Abschnitts verdeutlichen, ist Pflegebedürftigkeit keineswegs ein unabänderlicher Zustand. Während es zwar erwartungsgemäß im Zeitverlauf oftmals zu Höherstufungen der Pflegestufen kommt, muss dennoch darauf hingewiesen werden, dass auch Rückstufungen – wenn auch in geringerem Umfang – möglich sind und ein sehr kleiner Personenkreis sogar soweit gesundet, dass keinerlei Leistungen der Sozialen Pflegeversicherung mehr notwendig sind.

4.3.3 Pflegeverläufe nach Pflegestufen

Die bisherigen Darstellungen repräsentieren eine saldierte Betrachtung, bei der zwar deutlich wird, inwieweit sich die Anteile in den einzelnen Pflegestufen im Zeitverlauf verändern, nicht jedoch, wie viele Wechsel tatsächlich stattfinden. So bleiben die Anteilswerte auch dann gleich, wenn eine Zahl von X Pflegebedürftigen von Stufe I in Stufe II wechselt, gleichzeitig aber eine gleich große Zahl von Pflegebedürftigen umgekehrt von Stufe II in I wechselt. Um wirkliche Aussagen über die Stabilität oder die Dynamik von Pflegekarrieren machen zu können, ist es daher notwendig, auf der *individuellen* Ebene (und nicht nur im Aggregat) nach zu verfolgen, in welchem Umstand Statusänderungen auftreten. Hierzu werden „Blasendiagramme“ dargestellt, die zum einen Auskunft über die Anzahl der Pflegebedürftigen in den Pflegestufen zu verschiedenen Zeitpunkten (3 Monate, 6 Monate, 12 Monate, 24 Monate) geben. Zum anderen wird grafisch dargestellt, von welcher Pflegestufe Personen in die gegebene Pflegestufe gewechselt sind. Die dicke der Verbindungslinien und die Größe der „Blasen“ repräsentieren dabei die Zahl der Personen die wechseln bzw. die Zahl der Personen in einem bestimmten Zustand. Schon optisch ist damit erkennbar, wie stark die jeweiligen Wechselbewegungen sind und wie groß die Zahl der Personen in den jeweiligen Zuständen ist.

Einen Überblick über alle pflegebedürftigen Männer und Frauen, die ihre Pflegekarriere mit der Pflegestufe I-III beginnen, zeigen die Abbildung 45 (Männer) und die Abbildung 46 (Frauen). Diese Abbildungen können zum einen gelesen werden, indem die Verteilung zu einem der betrachteten Zeitpunkte, also nach 3, 5, 12 oder 24 Monaten betrachtet wird. Das Ergebnis entspricht dann dem der kumulativen Statusverteilungen aus dem vorstehenden Abschnitt 4.3.2. Von den 7.042 Männern gelangen dabei (zum Zeitpunkt t_0) 54,5% mit Pflegestufe I, 34,4% mit Pflegestufe II und 11,1% mit

Pflegestufe III in die Pflegebedürftigkeit gemäß des SGB XI (Abbildung 45).⁴⁷ Im weiteren Verlauf fällt zum einen das Mortalitätsrisiko auf, das besonders deutlich innerhalb des ersten halben Jahres ausgeprägt ist: Sind nach den ersten drei Monaten (zum Zeitpunkt t_1) 13,0% der Pflegebedürftigen verstorben, liegt der Anteil nach sechs Monaten (zum Zeitpunkt t_2) bereits bei 35,9%. Dabei ist ein besonders erhöhtes Risiko zu versterben zwischen dem 3. und dem 6. Monat gegeben. In diesem Zeitraum versterben von den 3.565 Männern in Pflegestufe I 13,5% (480), von den 1.969 Männern in Pflegestufe II 38,1% (751) und von den 508 Männern in Pflegestufe III 68,1% (346). Nach zwei Jahren haben sich die ursprünglichen Anteile wie folgt verändert: Nunmehr befinden sich 20,6% in Pflegestufe I, 15,4% in Pflegestufe II und 4,4% in Pflegestufe III. Außerdem weisen 1,8% gar keine Pflegestufe mehr auf und 57,8% sind verstorben.

Interessanter als diese aggregierte Betrachtung zu verschiedenen Zeitpunkten sind jedoch die Wechsel, die in Abbildung 45 erkennbar sind: Grundsätzlich zeigt sich eine relativ große *Stabilität* der Pflegestufe. In allen drei Pflegestufen ist die Zahl derer, die nicht wechseln höher als die Zahl derjenigen, die wechseln. Breite Wechselpfeile finden sich lediglich zwischen dem 3. und dem 6. Monat und zwar zu den Verstorbenen (s. o.). Bei den Überlebenden sind in erster Linie Höherstufungen von der Pflegestufe I in Pflegestufe II zu verzeichnen – und zwar mit zunehmender Dauer der Pflegebedürftigkeit zunehmend. Beispielsweise wechseln zwischen dem 6. und dem 12. Monat von den 2.821 Männern in Pflegestufe I 260 (=9,2%) in Pflegestufe II, während zwischen dem 12. und dem 24. Monat von den 2.200 Männern in Pflegestufe I 304 (=13,8%) in Pflegestufe II wechseln. Daneben kommt es aber auch, in geringerem Umfang, zu Höherstufungen von der Pflegestufe II in Pflegestufe III sowie von Pflegestufe I zu Pflegestufe III. So wechseln z. B. zwischen dem 6. und 12. Monat von den 1.341 Männern in Pflegestufe II nur 62 (=4,6%) in Pflegestufe III und von den 2.821 Männern in Pflegestufe I nur 44 (=1,6%) in Pflegestufe III. Dennoch kann zugleich festgehalten werden, dass Höherstufungen nicht die einzige Form von Veränderungen innerhalb der Pflegestufen sind. Denn ebenfalls sind – wenngleich in weitaus geringerem Maße – Rückstufungen aus jeder Pflegestufe möglich. Hervorzuheben sind diesbezüglich insbesondere die Fälle, in denen pflegebedürftige Männer die Pflegestufe I verlassen, da ihr Pflegebedarf unter die Schwelle sinkt, ab der Versicherungsleistungen bezogen werden können. Dies sind z. B. zwischen dem 6. und 12. Monat 47 (=1,7%) der 2.821 Männer und zwischen dem 12. und 24. Monat 61 (=2,8%) der 2.200 Männern. Diese Personen haben eine selbständige Lebensführung (zu großen Teilen) wiedererlangen können. Der Anteil dieser Männer nimmt über den beobachteten Zeitraum sogar noch zu.

⁴⁷ Auf Grund der in diesem Abschnitt verwendeten Darstellungsweise (Blasendiagramme) und den dabei gewählten Zeitpunkten, liegen die Fallzahlen unter denjenigen, die in *Tabelle 29* dargestellt sind. Dies ist darin begründet, dass hier diejenigen Personen selektiert wurden, die potentiell zwei Jahre beobachtet werden können. Der Untersuchungszeitraum wird daher auf 2000–2005 beschränkt und Personen, die erst nach dem 1.1.2005 pflegebedürftig geworden sind, sind von der Analyse ausgeschlossen.

Abbildung 45: Pflegeverläufe nach Pflegestufen (Männer)

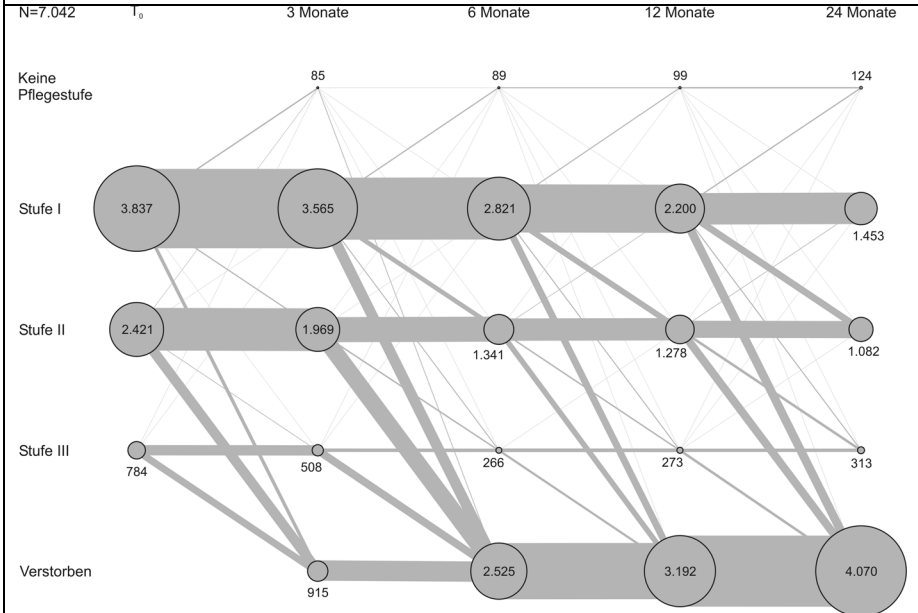
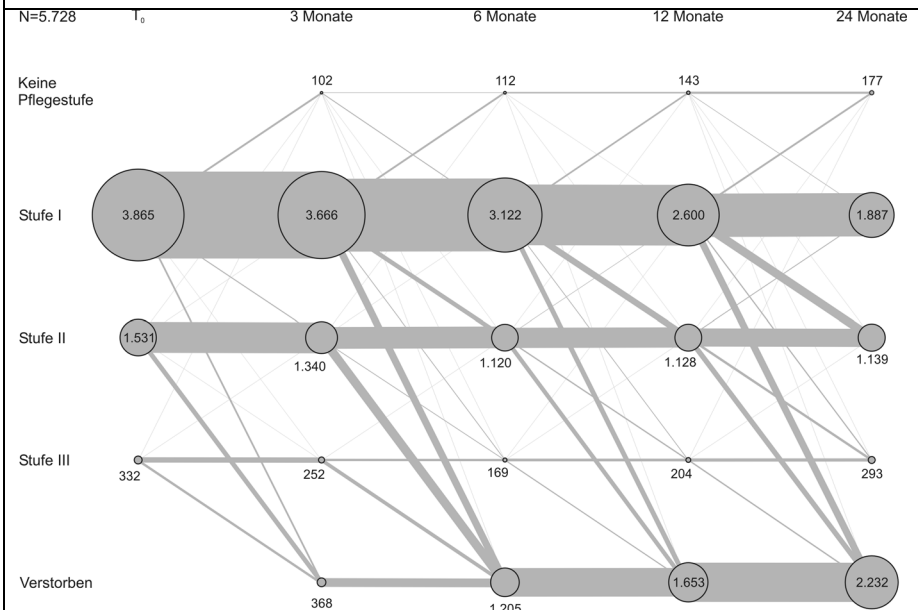


Abbildung 46: Pflegeverläufe nach Pflegestufen (Frauen)



Ein in großen Zügen ähnliches Bild zeigt sich für die pflegebedürftigen Frauen (Abbildung 46). Allerdings werden zugleich einige markante Unterschiede zu den Männern deutlich: So beginnen von den 5.728 Frauen 67,5% in Pflegestufe I, 26,7% in Pflegestufe II und 5,8% in Pflegestufe III. So sind nach den ersten drei Monaten 6,4% der Frauen verstorben, womit ihr Anteil nur halb so hoch wie bei den Männern liegt. Ein hohes Sterblichkeitsrisiko liegt aber auch bei den Frauen zwischen dem 3. und 6. Monat vor. Hier sterben von den 3.666 Frauen in Pflegestufe I 8,1% (298), von den 1.340 Frauen in Pflegestufe II 27,7% (371) und von den 252 Frauen in Pflegestufe III 60,3% (152). Wie bei den Männern finden die häufigsten Wechsel von der Pflegestufe I in Pflegestufe II statt, insbesondere zwischen dem 6. und 12. Monat (261 von 3.122 Frauen = 8,4%) und zwischen dem 12. und 24. Monat 356 von 2.600 Frauen (=13,7%). Andere Stufenwechsel, wie z. B. von der Pflegestufe II in Pflegestufe III finden eher seltener statt. Dies sind z. B. zwischen dem 6. und 12. Monat von den 1.120 Frauen in Pflegestufe II nur 56 (=5,0%). Noch geringer ausgeprägt ist dagegen, im gleichen Zeitraum, der Anteil der Frauen, der von Pflegestufe I wieder in die selbständige Lebensführung zurückkehrt. Hier sind es 69 von 3.122 Frauen (=2,2%).

Zuletzt befinden sich nach 24 Monaten 32,9% in Pflegestufe I, 19,9% in Pflegestufe II und 5,1% in Pflegestufe III. Außerdem beziehen 3,1% keine Leistungen mehr im Sinne der sozialen Pflegeversicherung und 39,0% sind vor dem Erreichen des zweiten Jahres verstorben.

Alles in allem verdeutlichen diese Pflegekarrieren, dass es sowohl vermehrte Höherstufungen als auch in geringerem Umfang Rückstufungen bezüglich der Pflegestufen gibt. Interessant ist zudem der kleine Anteil der Personen, der gar keine Pflegestufe mehr besitzt. Dieser Anteil steigt im Laufe der Zeit an, so dass auch die positiven Aspekte der Pflege deutlich werden, indem Personen in die selbständige Lebensführung zurückkehren und nicht mehr auf Pflegeleistungen angewiesen sind. Vorherrschend ist jedoch der Eindruck relativer Stabilität. Viele Pflegebedürftigen verbleiben in ihrer Pflegestufe oder versterben. Nur ein geringer Anteil wechselt die Pflegestufe vor seinem Tod. Diese Zusammenhänge können grob in verschiedenen Kennzahlen ausgedrückt werden: Insgesamt traten 5.735 Wechsel bei den Männern und 3.991 Wechsel bei den Frauen auf.⁴⁸ Von diesen fanden 1.314 (Männer) und 1.262 (Frauen) zwischen den Pflegestufen statt, womit die durchschnittliche Anzahl von Wechseln (pro Person) zwischen den Pflegestufen für die Männer bei 0,19 und für die Frauen bei 0,22 liegt.⁴⁹

Neben diesen Ergebnissen – für alle Pflegebedürftigen –, kann es außerdem von Interesse sein, wie sich derartige Pflegeverläufe zwischen spezifischen Gruppen von Pflege-

⁴⁸ Bei diesen und den folgenden Werten handelt es sich um eine Untergrenze der tatsächlich stattfindenden Wechselprozesse. Die tatsächliche Anzahl der Wechsel kann höher liegen da bei der Darstellungsweise der Blasendiagramme unklar bleibt, welche und wie viele Wechsel zusätzlich zwischen den gemessenen Zeitpunkten stattgefunden haben.

⁴⁹ Ferner fanden bei den Männern 271 und bei den Frauen 360 Wechsel in den Status „keine Pflegestufe“ statt, während aus diesem Status 80 (Männer) und 137 (Frauen) Wechsel in Pflegestufen stattfanden.

gebedürftigen unterscheiden. So kann z. B. davon ausgegangen werden, dass sich ambulante von stationären Pflegeverläufen deutlich unterscheiden. Derartig differenzierte Analysen wurden, in dieser Arbeit, für vier besondere Personengruppen durchgeführt und zwar:

- (1.) für Pflegebedürftige, mit ausschließlich ambulanten Pflegeverläufen,
- (2.) für Pflegebedürftige, die zunächst ambulant, dann aber stationär gepflegt werden, während ihrer ambulanten Pflege,
- (3.) für Pflegebedürftige, die zunächst ambulant, dann aber stationär gepflegt werden, während ihrer stationären Pflege und
- (4.) für Pflegebedürftige mit ausschließlich stationären Pflegeverläufen.

Die detaillierten Ergebnisse zu diesen besonderen Pflegeverläufen können dem Anhang entnommen werden (Abschnitt 9.1). Zusammengefasst können jedoch folgende Unterschiede zwischen den verschiedenen Pflegeverläufen festgehalten werden:

Als erstes wurden ausschließlich ambulante Pflegeverläufe betrachtet. Bei diesem Personenkreis beginnen die meisten der Pflegebedürftigen ihre Pflegekarriere in Pflegestufe I (52,7% der Männer und 66,5% der Frauen), während die Anteile in Pflegestufe II und Pflegestufe III geringer ausfallen. Im Zeitverlauf zeigen sich dann verschiedene Stufenwechsel. Sehr gut erkennbar sind hier Höherstufungen von der Pflegestufe I in Pflegestufe II. Zudem finden ebenfalls Höherstufungen von Pflegestufe I in Pflegestufe III und von Pflegestufe II in Pflegestufe III statt. Rückstufungen treten nur in wenigen Fällen auf. Interessant ist diesbezüglich aber der Anteil der pflegebedürftigen in Pflegestufe I, der in die selbständige Lebensführung zurückkehrt. Dieser Anteil nimmt über die Zeit hinweg zu, so dass es neben den vereinzelten Rückstufungen auch Personen gibt, welche die Aktivitäten des täglichen Lebens wieder selbständig durchführen können. Laut Wagner/Fleer (2007: 14ff.) handelt es bei den meisten diesen Personen um Pflegebedürftige, die unter Erkrankungen des Kreislaufsystems, Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems, psychischen Erkrankungen oder unter Verletzungen/Folgen äußerer Ursachen litten oder leiden.

Bei der zweiten Gruppe wurden ambulant-stationäre Pflegekarrieren betrachtet. Da es hier – per Definition – um Personen geht, die nach einer ambulanten Pflegebedürftigkeit in ein Pflegeheim ziehen, fällt als erstes ein sehr geringes Sterblichkeitsgeschehen auf. Dies liegt vor allem daran, dass viel Zeit verstreichen kann, bis tatsächliche Heimübergänge stattfinden. Da letztere jedoch – früher oder später – bei den ambulant-stationären Pflegekarrieren eintreten, macht sich im Laufe der Zeit ein deutlich steigender Pflegebedarf bemerkbar. Dies wird daran deutlich, dass es nach dem ersten halben Jahr zu vielen Höherstufungen von der Pflegestufe I in Pflegestufe II und Pflegestufe III sowie von der Pflegestufe II in Pflegestufe III kommt. Ferner nimmt der Anteil der Personen, der keinerlei Pflegestufe mehr benötigt, im Zeitverlauf nicht zu, sondern ab. Rückstufungen sind insgesamt sehr selten. Betrachtet man diese Pflegeverläufe, so stellt sich hier die Frage, ob es nicht gerade bei diesen Pflegebedürftigen sinnvoll wäre,

durch verschiedene Interventionen einen späteren Heimeintritt zu verhindern oder zumindest aufzuschieben.

Anknüpfend an die ambulant-stationären Pflegekarrieren wurden – drittens – (ambulant-)stationäre Pflegekarrieren genauer untersucht. Diese können sozusagen als Fortführung der ambulant-stationären Karrieren betrachtet werden. So handelt es sich bei diesen ebenfalls um Personen, die zunächst ambulante Leistungen bezogen haben, später aber in ein Pflegeheim gezogen sind. Betrachtet wurde bei diesen Personen dann lediglich der Zeitraum ab dem Heimeintritt. Im Gegensatz zu den ambulanten Pflegekarrieren fällt zunächst auf, dass die meisten Personen, beim Heimeintritt, nicht mehr der Pflegestufe I (37,3 % Männer und 50,6 % Frauen) zugeordnet werden. So befinden sich bereits 45,3 % der Männer und 42,3 % der Frauen in Pflegestufe II und 17,4 % der Männer und 7,1 % der Frauen in Pflegestufe III. Dies legt die Vermutung nahe, dass eine Verschlechterung des gesundheitlichen Zustandes des Pflegebedürftigen, die sich in einer höheren Pflegestufe niederschlägt, ausschlaggebend für den Heimeintritt war. Im Anschluss an den Heimeintritt zeigt sich dann allgemein – und besonders für Frauen – eine deutliche Zunahme des Pflegebedarfs, der vor allem durch Höherstufungen in allen Pflegestufen erkennbar wird. Darüber hinaus fällt vor allem ein sehr starkes Sterblichkeitsrisiko innerhalb des ersten halben Jahres auf. Dies ist besonders auf die mit dem Heimeintritt verbundenen Risiken verbunden. So stellt ein Heimeintritt, wie in Abschnitt 4.2.2 ausgeführt, immer einen kritischen Einschnitt im Lebensverlauf dar. Der Heimeintritt kann daher mit einem erhöhten Sterblichkeitsrisiko, einer Verschlechterung des Gesundheitszustands, einem verminderten Selbstwertgefühl, mit Stress oder einer sinkenden Lebensqualität einhergehen (Saup 1984, Armer 1993, Nay 1995, Choi 1996, Castle 2001, Hodgson et al. 2004). In diesem Rahmen wurde von Saup (1993) ein Phasenmodell zum Heimübergang entworfen: Nach diesem Modell findet nach dem Heimeintritt zunächst eine Phase der kurzfristigen Anpassung an die neue Umgebung statt (First-month-Syndrom, erste Bewältigungsversuche). Im Anschluss daran lässt sich ab etwa dem 6. Monat nach Heimeinzug dann eine gelungene oder misslungene langfristige Anpassung feststellen. Die Art und Weise, wie diese Anpassung innerhalb des ersten halben Jahres im Heim gelingt, entscheidet über die weiteren Überlebenschancen (Voges 2008: 234f.). Wie die (ambulant-)stationäre Pflegekarrieren zeigen, gelingt es doch einem Großteil, sich an die neue Umgebung im Heim anzupassen. Rückstufungen in den Pflegestufen sind jedoch sehr selten.

Als letzte und vierte Gruppe wurden die Personen mit stationären Pflegekarrieren untersucht. Bei diesen handelt es sich um Pflegebedürftige, die direkt in ein Pflegeheim gewechselt sind, ohne zuvor ambulante Leistungen in Anspruch genommen zu haben. Wie sich zeigt, ähneln diese besonderen Pflegekarrieren sehr stark den die (ambulant-)stationäre Karrieren: Auch hier gibt es vor allem Höherstufungen, besonders von der Pflegestufe I in Pflegestufe II und in Pflegestufe III sowie von Pflegestufe II in Pflegestufe III. Rückstufungen treten lediglich in wenigen Fällen auf. Zugleich zeigt sich auch bei dieser Personengruppe das deutliche erhöhte Sterblichkeitsrisiko innerhalb des ersten halben Jahres. Der wichtigste Unterschied zwischen den stationären Pflegeverläufe und den (ambulant-)stationären Pflegeverläufen ist jedoch das Sterblichkeitsrisiko, dass für die Personen mit stationären Karrieren etwas niedriger ausfällt.

Dies ist möglicherweise darauf zurück zu führen, dass Personen mit (ambulat-)stationären Verläufen soweit es ging zuhause gepflegt wurden und erst dann mit einem erhöhten Pflegebedarf oder einem verschlechterten Gesundheitszustand ins Heim gezogen sind. Folglich weisen sie eine schlechtere Stufenverteilung beim Heimeintritt und eine geringere Überlebenschancen auf.

4.3.4 Verteilung der Leistungsarten im Längsschnitt

Nachdem in den vorherigen Abschnitten eingehend auf die typischen Pflegeverläufe nach Pflegestufen eingegangen wurde, sollen in den folgenden Abschnitten ausführlich die Pflegeverläufe nach den Pflegearrangements untersucht werden, die durch die Inanspruchnahme der (wichtigsten) SGB XI-Leistungen gekennzeichnet sind. Unterschieden werden dabei Pflegebedürftige, die nach Anerkennung ihrer Pflegebedürftigkeit durch den MDK erstmalig ein *Pflegegeld* (§ 37 SGB XI), eine *Pflegesachleistung* (§ 36 SGB XI), eine *Kombinationsleistung* aus Geld- und Sachleistung (§ 38 SGB XI) oder eine *vollstationäre Pflegeleistung* (§ 43 SGB XI) bezogen haben. *Tabelle 30* zeigt wie sich die pflegebedürftigen Männer und Frauen beim erstmaligen Eintritt in die Pflegebedürftigkeit auf diese Pflegearrangements verteilen.⁵⁰ Dabei ergibt sich, dass von den 9.171 Männern und den 7.351 Frauen der größte Anteil bei Beginn der Pflegekarriere ambulant versorgt wird: nämlich 86,1% der männlichen und 82,1% der weiblichen Pflegebedürftigen.

	Männer		Frauen		Gesamt	
	Anzahl	in %	Anzahl	in %	Anzahl	in %
Geldleistung	6.607	72,0	4.830	65,7	11.437	69,2
Sachleistung	599	6,5	656	8,9	1.255	7,6
Kombinationsleistung	692	7,6	549	7,5	1.241	7,5
Vollstationäre Leistung	1.273	13,9	1.316	17,9	2.589	15,7
Gesamt	9.171	100,0	7.351	100,0	16.522	100,0

Einen ersten groben Überblick über die weitere Verteilung, nach der erstmaligen Inanspruchnahme, einer der vier oben genannten Leistungsarten, geben Abbildung 47 und Abbildung 48. Es handelt sich wieder um kumulative Statusverteilungen, an denen abgelesen werden kann, wie sich die Verteilung der Ausgangspopulation hinsichtlich der Inanspruchnahme der unterschiedenen Leistungen im Zeitverlauf verändert. Diese saldierte Betrachtung zeigt nur den Nettoeffekt des Wechsels zwischen verschiedenen Leistungsarten. Gleich hohe Wechselbewegungen in gegenläufiger Richtung heben sich auf und sind in der Abbildung nicht erkennbar.

⁵⁰ Die Gesamtfallzahl liegt hier unter der Gesamtfallzahl in *Tabelle 29*, da in diesem Abschnitt nur ausgewählte Leistungen betrachtet werden und nicht – wie oben – alle Pflegebedürftigen nach Pflegestufen.

Betrachtet man hier zunächst die Männer, so zeigt sich, dass von ihnen 72,0% mit dem Bezug eines Pflegegeldes, 6,5% mit dem Bezug einer Sachleistung, 7,6% mit dem Bezug einer Kombinationsleistung und 13,9% mit dem Bezug einer stationären Pflegeleistung in die Pflegebedürftigkeit gelangen (siehe Abbildung 47). Diese Ausgangsleistungen werden allerdings teilweise im Laufe der Zeit durch andere Leistungen ersetzt. So sehen die Anteile für die Leistungsarten nach dem ersten Jahr in der Pflegebedürftigkeit folgendermaßen aus: Nun nehmen noch 32,2% ein Pflegegeld in Anspruch, während 3,2% Sachleistungen, 7,7% Kombinationsleistungen und 10,3% stationäre Leistungen beziehen. Nur 0,9% der Männer beziehen ausschließlich sonstige Pflegeleistungen nach dem SGB XI. Dagegen konnten 1,3% der pflegebedürftigen Männer ihren Gesundheitszustand derart verbessern, dass keine weiteren Leistungen nach der sozialen Pflegeversicherung mehr notwendig sind. Darüber hinaus muss ebenso der Anteil der – nach dem ersten Jahr – Verstorbenen festgehalten werden: dieser liegt bei 44,3%.

Ähnlich zeigt sich das Bild der Frauen (siehe Abbildung 48). Dieses ist jedoch erwartungsgemäß durch die weitaus besseren Überlebenschancen geprägt. Zu Beginn des Beobachtungszeitraums, nehmen 65,7% der pflegebedürftigen Frauen die Geldleistung, 8,9% die Sachleistung, 7,5% die Kombinationsleistung und 17,9% die stationäre Pflegeleistung in Anspruch. Damit ist insbesondere der Anteil der Frauen, die direkt zu Beginn ihrer Pflegekarriere in die stationäre Pflege gelangen höher als der Vergleichswert der Männer; hingegen beziehen weniger Frauen zu diesem Zeitpunkt Pflegegeld.

Ebenso wie die Männer, wechseln die Frauen über die Zeit hinweg die verschiedenen Leistungsarten. Wie der Abbildung 48 zu entnehmen ist, liegen nach dem ersten Jahr in der Pflegebedürftigkeit folgende Anteilswerte für die verschiedenen Leistungen vor: 34,9% nehmen nun Geldleistungen, 5,6% Sachleistungen, 9,8% Kombinationsleistungen und 18,8% stationäre Leistungen in Anspruch. Hierbei fällt auf, dass Frauen weitaus mehr stationäre Leistungen als Männer beziehen. Der Anteil der weiblichen Pflegebedürftigen, die hingegen sonstige mögliche SGB XI Leistungen bezieht, liegt bei 1,1%. Dem gegenüber können 2,0% ihren Gesundheitszustand so weit verbessern, dass wieder eine selbständige Lebensführung möglich ist – als Folge entfallen die Pflegeversicherungsleistungen. Allerdings wurden die ersten zwölf Monate in der Pflegebedürftigkeit von 27,8% der Frauen nicht überlebt. Dabei muss jedoch festgehalten werden, dass das Sterblichkeitsgeschehen – wie oben bereits erwähnt – deutlich unter dem der Männer liegt. Letzteres verdeutlicht sich noch einmal am Ende des Beobachtungszeitraumes nach sieben Jahren: Erleben diesen Zeitpunkt 14,0% der Männer, so ist es mit 26,3% ein nahezu doppelt so hoher Anteil von Frauen.

Damit kann generell für die Pflegeleistungen festgehalten werden, dass Frauen bei Beginn ihrer Pflegekarriere in geringerem Maße Pflegegeld und vermehrt stationäre Leistungen beziehen als Männer und dass Frauen scheinbar häufiger in andere Leistungsarten wechseln als Männer, z. B. in stationäre Leistungen, Sach- und Kombinationsleistungen. Letzteres könnte z. B. wieder mit dem bekannten Problem der Verwitwung und dem daraus folgenden Mangel von partnerschaftlicher Unterstützung zusammenhängen, von denen die Frauen vermehrt betroffen sind.

Abbildung 47: Pflegeleistungen nach Eintritt in die Pflegebedürftigkeit (Männer)

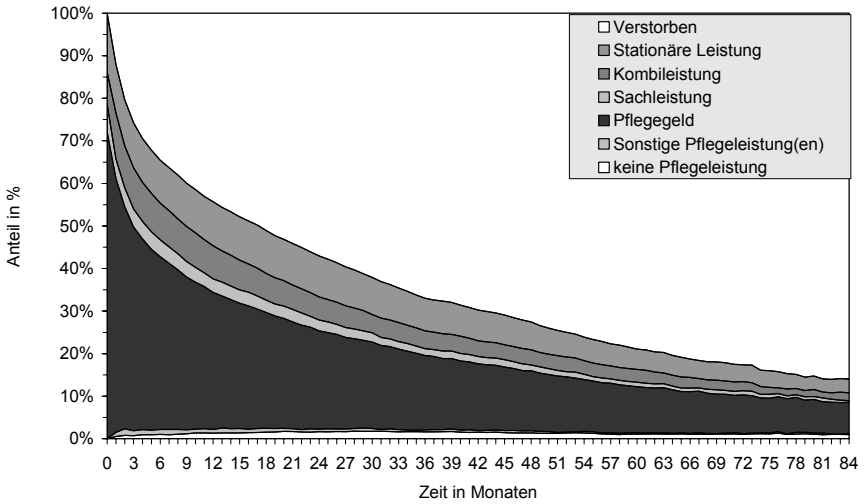
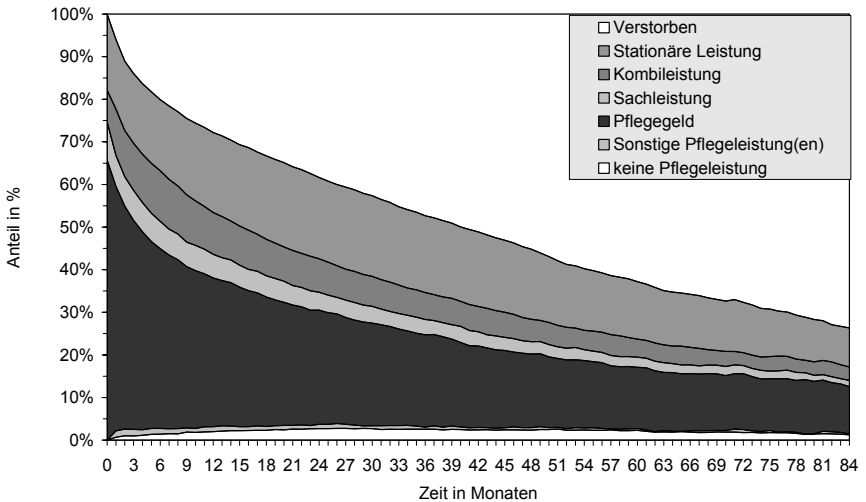


Abbildung 48: Pflegeleistungen nach Eintritt in die Pflegebedürftigkeit (Frauen)



Nach diesem ersten Eindruck über die generellen Verteilungen der Leistungsarten im Pflegeverlauf, folgen nun die differenzierteren Betrachtungen, bei denen die Population nach der Art des ersten Leistungsbezugs unterschieden wird, wobei die vier wichtigsten Pflegeversicherungsleistungen berücksichtigt werden. Abbildung 49 und Abbildung 50 zeigen, wie sich die Anteile in den einzelnen Leistungsarten verändern, wenn als erste Pflegeleistung ein *Pflegegeld* bezogen wurde.

Nach dem ersten Jahr beziehen noch immerhin 43,1 % der männlichen Pflegebedürftigen die ursprüngliche Leistungsart Pflegegeld (Abbildung 49). Zur gleichen Zeit beziehen 1,7 % Sachleistungen, 7,1 % Kombinationsleistungen und 4,2 % stationäre Leistungen und nur 1,0 % sonstige Pflegeleistungen. Diese Werte deuten auf eine bemerkenswerte Stabilität dieses Pflegearrangements hin. Ebenfalls wurden bei Wiederholungsbegutachtungen durch den MDK 1,0 % als nicht mehr pflegebedürftig eingestuft. Außerdem wurde das erste Jahr in der Pflegebedürftigkeit von 41,9 % der Männer nicht erlebt.

Bei den Frauen fällt dagegen auf, dass deutlich mehr Zeit von Frauen in anderen Leistungsarten verbracht wird als von den Männern. So sehen die Anteile in den verschiedenen Leistungen nach dem ersten Jahr bei den Frauen folgendermaßen aus (Abbildung 50): Noch immer nehmen 51,7 % die Ausgangsleistung Pflegegeld in Anspruch, 3,4 % sind in Sachleistungen, 9,0 % in Kombinationsleistungen, 8,2 % in stationäre Leistungen und 1,8 % in sonstige Pflegeleistungen gewechselt. Neben dem geringeren Sterblichkeitsrisiko fällt auf, dass zu diesem Zeitpunkt fast doppelt so viele Frauen wie Männer die Leistungen eines Pflegeheims in Anspruch nehmen – wobei diese Anteile insgesamt betrachtet jedoch relativ niedrig ausfallen. Darüber hinaus konnten mit 1,8 % ebenfalls etwa doppelt so viele Frauen wie Männer als nicht mehr pflegebedürftig durch den MDK begutachtet werden. Der Anteil der weiblichen Verstorbenen liegt mit 24,6 % weit unter dem Anteil der männlichen Verstorbenen. Das siebte Jahr in der Pflegebedürftigkeit, nach dem Erstbezug von Pflegegeld, wird schließlich von 16,6 % Männer und 31,3 % der Frauen erlebt.

Generell verdeutlichen die durch den erstmaligen Pflegegeldbezug charakterisierten Pflegeverläufe, dass die Anteile der Pflegegeldbezieher auch im weiteren Pflegeverlauf recht hoch ausfallen. Letzteres ist bei den Männern erkennbar stärker ausgeprägt als bei Frauen, da diese vermehrt stationäre Pflegeleistungen (sowie Kombinationsleistungen und Sachleistungen) beziehen.

Deutlich anders als die Leistungsverteilungen nach dem Erstbezug von Pflegegeld gestalten sich die Pflegeleistungen nach dem Erstbezug von *Sachleistungen* (Abbildung 51 und Abbildung 52). So zeigt sich bereits bei den Männern, dass nach dem ersten Jahr nur noch 21,5 % die ursprüngliche Leistungsart beziehen (Abbildung 51). Der Anteil in den Geldleistungen liegt hingegen bei 5,4 %, in den Kombinationsleistungen bei 11,0 %, in den stationären Leistungen bei 8,1 % und in den sonstigen SGB XI Leistungen bei 1,6 %. Nicht mehr auf Pflegeleistungen angewiesen sind 3,1 % der ehemals pflegebedürftigen Männer. Knapp die Hälfte aller Männer – nämlich 49,4 % – ist allerdings nach dem ersten Jahr verstorben.

Abbildung 49: Pflegeleistungen nach Bezug von Pflegegeld (Männer)

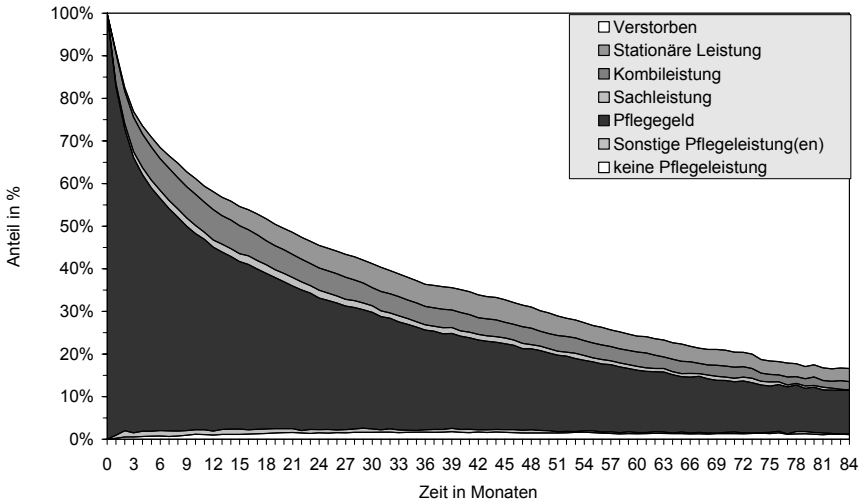
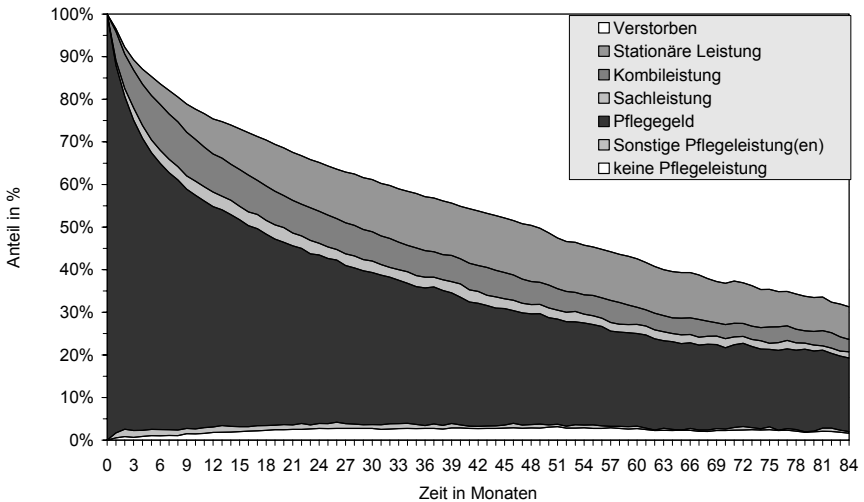


Abbildung 50: Pflegeleistungen nach Bezug von Pflegegeld (Frauen)



Die Vergleichswerte für die Frauen fallen dagegen anders aus (Abbildung 52). Wie bisher, haben diese weitaus bessere Überlebenschancen als Männer und der Anteil der weiblichen Pflegebedürftigen, die zudem in ein Pflegeheim eintritt, fällt mehr als doppelt so hoch aus. Dem entsprechend fallen die Anteile nach dem ersten Jahr für die Frauen folgendermaßen aus: 28,1% nehmen Pflegesachleistungen, 4,2% nehmen Geldleistungen, 13,2% nehmen Kombinationsleistungen, 17,3% nehmen stationäre Leistungen und 1,7% nehmen sonstige Leistungen in Anspruch. Darüber hinaus gelingt einem Anteil von 4,2% der Frauen der Weg aus der Pflegebedürftigkeit in die selbständige Lebensführung. Verstorben sind nach dem ersten Jahr 31,3%.

Das siebte Jahr nach Eintritt in die Pflegebedürftigkeit mit dem einhergehenden Bezug von Pflegesachleistungen wird schließlich von 10,7% der Männer und 22,4% der Frauen erlebt.

Betrachtet man die Verteilung der Pflegeleistungen in Abbildung 51 und Abbildung 52, dann kann, für Männer und Frauen, festgehalten werden, dass im Laufe der Zeit die Anteile vor allem in den stationären Leistungen sowie in den Kombinationsleistungen zunehmen. Die Anteile im Pflegegeld steigen dagegen etwas weniger stark. Auffallend bleibt jedoch besonders der große Anteil der Frauen, der die Leistungen von Pflegeheimen in Anspruch nimmt. Insgesamt sind die Pflegearrangements, die durch Bezug von Pflegesachleistung gekennzeichnet sind, damit nicht sehr stabil. So ist nach 9 Monaten der Anteil der überlebenden Männer und Frauen, die andere Leistungsarten beziehen, größer als der Anteil derjenigen, die die Ursprungsleistungsart „Pflegesachleistung“ beziehen. Am Ende des Betrachtungszeitraums ist der Anteil der Überlebenden, die (wieder) die Ursprungsleistungsart beziehen auf 2,7% (Männer) bzw. 4,1% (Frauen) gesunken.

Noch weitaus mehr Veränderungen innerhalb der Pflegeleistungen sind für die Erstbezieher von *Kombinationsleistungen* festzustellen (Abbildung 53 und Abbildung 54). Dies wird bereits in Abbildung 53 für die Männer besonders deutlich: Schon nach dem ersten Jahr beziehen nur noch 22,6% die Ausgangsleistung, während die Anteile für das Pflegegeld 9,0%, für die Sachleistungen 5,8%, für die stationäre Leistung 6,5% und für die sonstigen Leistungen 1,2% betragen. Daneben beziehen 1,5% der Männer gar keine Leistungen mehr und 53,6% sind vor dem Erreichen des ersten Jahres verstorben.

Vergleicht man diese Anteilswerte der Männer mit denen der Frauen, so lässt sich feststellen, dass sich diese recht unterschiedlich ausfallen. So liegt der Anteil der Frauen, der stationäre Pflegeeinrichtungen bezieht, in etwa doppelt so hoch (Abbildung 54). Für die pflegebedürftigen Frauen ergeben sich die nachstehenden Werte: 35,9% beziehen die Ausgangsleistung, 6,5% Pflegegeld, 8,0% Sachleistungen, 14,3% stationäre Leistungen und 1,7% sonstige Pflegeleistungen. Recht ähnlich zu den Männern gelingt 1,3% der Frauen die Rückkehr in die selbständige Lebensführung. Im Gegensatz zu diesen groben Übereinstimmungen, liegt das Sterblichkeitsrisiko der Frauen jedoch wiederum erheblich unter dem der Männer. So sind nach dem ersten Jahr 32,4% der Frauen verstorben. Die entsprechenden Werte der Überlebenden nach sieben Jahren nach Eintritt in die Pflegebedürftigkeit liegen bei 1,5% (Männer) und 18,8% Frauen.

Abbildung 51: Pflegeleistungen nach Bezug von Sachleistungen (Männer)

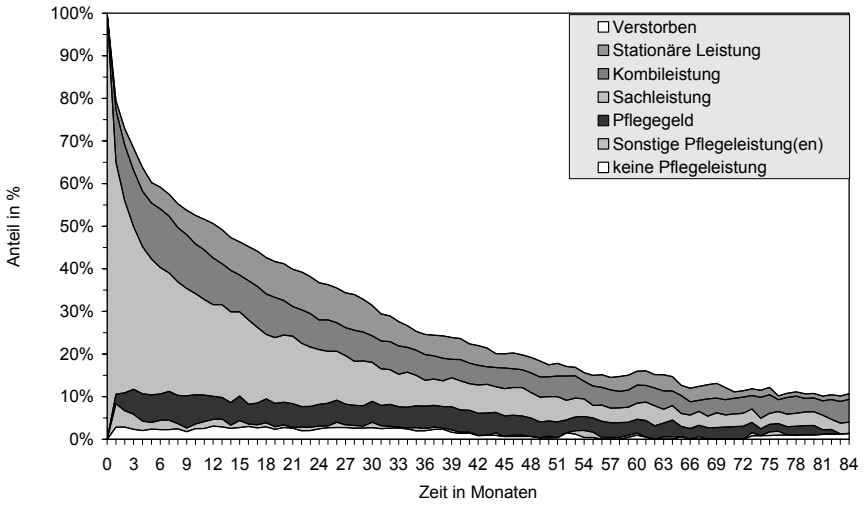


Abbildung 52: Pflegeleistungen nach Bezug von Sachleistungen (Frauen)

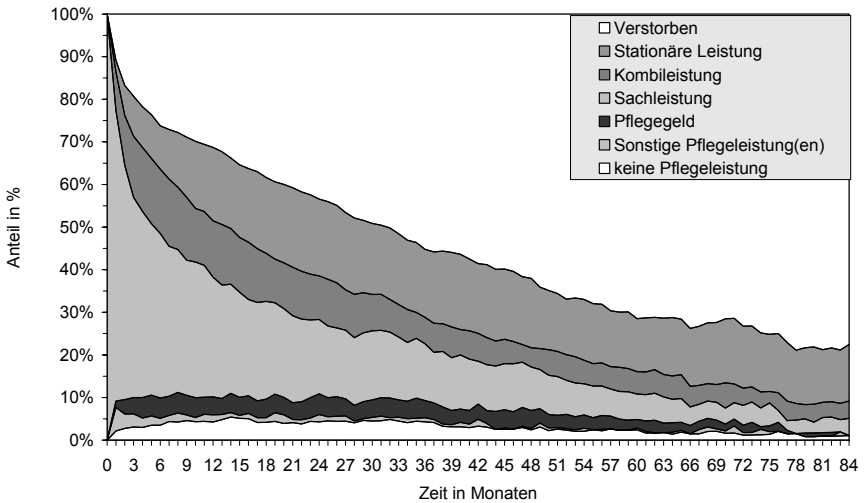


Abbildung 53: Pflegeleistungen nach Bezug von Kombileistungen (Männer)

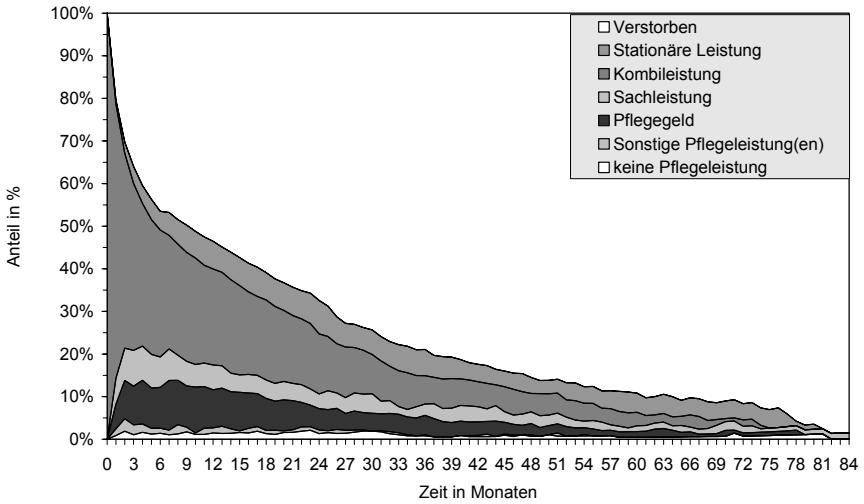


Abbildung 54: Pflegeleistungen nach Bezug von Kombileistungen (Frauen)

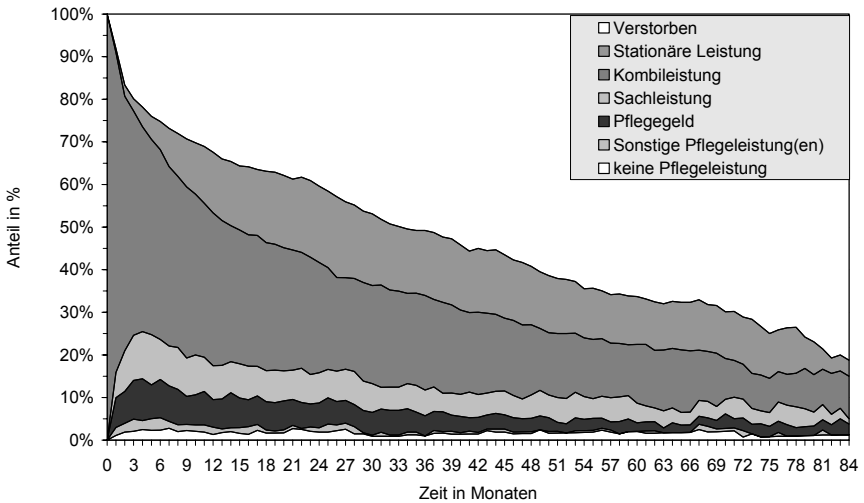


Abbildung 55: Pflegeleistungen nach Bezug von stationären Leistungen (Männer)

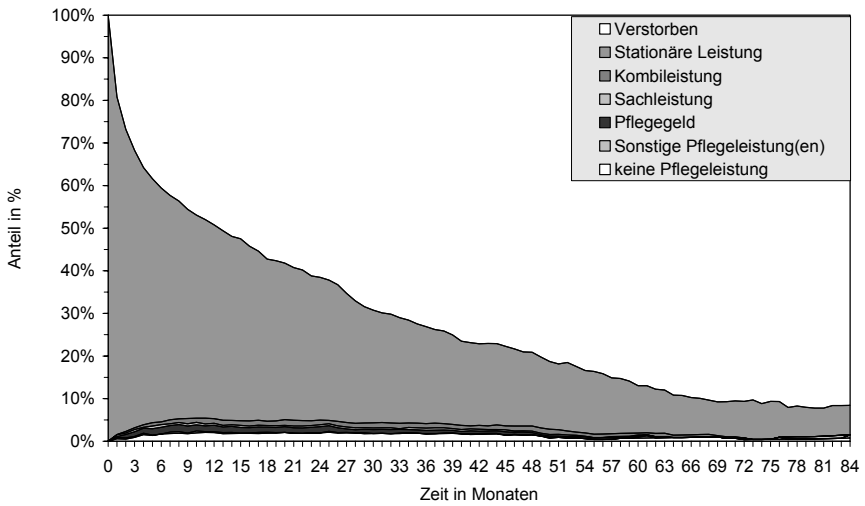
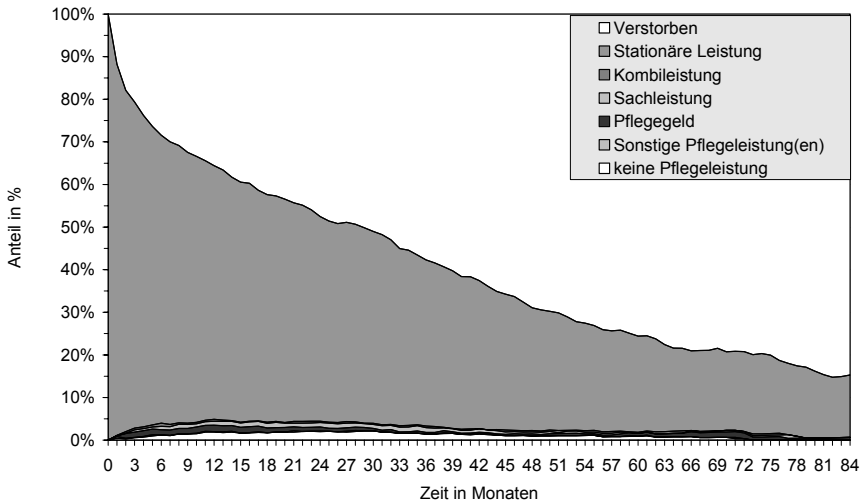


Abbildung 56: Pflegeleistungen nach Bezug von stationären Leistungen (Frauen)



Zusammengefasst bedeutet dies sowohl für männliche als auch für weibliche Pflegebedürftige, die ihre Pflegekarriere mit Kombinationsleistungen aus Geld- und Sachleistungen beginnen, dass es sehr früh zu Veränderungen in der Art des Leistungsbezugs gibt. Die Anteile der stationären Leistungen (insbesondere bei Frauen) sowie der Pflegegeldleistungen und der Sachleistungen steigen im Zeitverlauf an, während die Anteil der Kombinationsleistungen abnimmt. Insgesamt liegt der Anteil der Überlebenden, die die Ursprungsleistungsart beziehen, am Ende des Betrachtungszeitraums bei 0,0% (Männer) bzw. 10,0% (Frauen). Noch mehr Veränderungen in den verschiedenen Anteilswerten finden sich aber – wie oben dargestellt – bei den Verläufen nach erstmaligem Bezug von Pflegegeld oder dem direkten Eintritt in die stationäre Pflege (siehe unten).

Abbildung 55 und Abbildung 56 veranschaulichen die weiteren Verteilungen der Pflegeleistungen nach dem Eintritt in Einrichtungen der *stationären Pflege*. Dabei ist deutlich zu erkennen, dass im Zeitverlauf nur in sehr geringfügigem Maße Anteile auf andere Pflegeleistungen entfallen. Wichtig ist hierbei, dass diese Aussage sowohl für männliche als auch für weibliche Pflegebedürftige gleichermaßen gilt; lediglich das Sterblichkeitsgeschehen der Frauen fällt erwartungsgemäß niedriger aus.

Betrachtet man nämlich diese Leistungsverteilung der Männer im zeitlichen Verlauf, so beziehen nach dem ersten Jahr nach dem Eintritt in stationäre Pflegeeinrichtungen 45,5% der Männer diese Leistungsart (Abbildung 55). Übergänge in andere Leistungsarten scheinen dagegen eher unwahrscheinlich. Dies zeigt sich darin, dass zum gleichen Zeitpunkt die Anteile der Bezieher von Pflegegeld bei 1,6% liegen und nur 0,5% Sachleistungen, 1,1% Kombileistungen und 0,2% sonstige Leistungen bezieht. Der Austritt aus dem Pflegeheim ohne sonstige Pflegeleistungen gemäß der sozialen Pflegeversicherung gelingt hingegen 2,0%. Darüber hinaus überlebt etwa die Hälfte (49,2%) der pflegebedürftigen Männer nicht die ersten zwölf Monate im Pflegeheim.

Sehr ähnlich liegen die Vergleichswerte der Frauen (Abbildung 56). Demnach beziehen nach dem ersten Jahr noch immer mehr als die Hälfte (59,5%) der Frauen stationäre Pflegeleistungen. Die Anteile der Frauen in den anderen Leistungsarten liegen dabei in etwa so niedrig wie bei den Männern: 1,5% der Frauen werden nun ambulant versorgt und beziehen Pflegegeld, 1,0% beziehen Sachleistungen, 0,4% beziehen Kombileistungen und nur ein Anteil von 0,1% bekommt sonstige Pflegeleistungen. Fast gleich mit dem Anteil der Männer, die die Fähigkeiten zur selbständigen Lebensführung zurückgewinnen können, ist der Vergleichswert der Frauen. Dieser beträgt 1,9%. Im Unterschied dazu liegt der Anteil der im ersten Jahr verstorbenen bei den Frauen mit 35,6%, deutlich unter dem Wert der Männer. Damit haben Frauen auch wenn sie bei Pflegebedürftigkeit unmittelbar stationär gepflegt werden weitaus bessere Überlebenschancen als Männer.

Diese besseren Überlebenschancen zeigen sich ebenso in der Langzeitbetrachtung. Denn auch sieben Jahre nach dem erstmaligen Bezug von stationären Pflegeleistungen liegt der Anteil der überlebenden Frauen noch in etwa doppelt so hoch wie der der Männer. Beträgt er für Frauen 15,3%, so liegt er bei den Männern bei 8,4%.

Insgesamt handelt es sich bei der stationären Pflege damit um das mit Abstand stabilste Pflegearrangement. Zwar ist die Rückkehr in die ambulante Pflege nicht ausgeschlossen, sie gelingt aber nur einem sehr kleinen Teil der Heimbewohner.

4.3.5 Pflegeverläufe nach Leistungsarten

Nachdem nun im vorherigen Abschnitt ausführlich auf die Leistungsverteilung im Pflegeverlauf (im Aggregat) eingegangen wurde, soll in den folgenden Abschnitten – analog zur Vorgehensweise bei den Pflegestufen – auf das Wechselgeschehen bezüglich der verschiedenen Leistungsarten eingegangen werden. Hierzu wird wieder mittels Blasendiagrammen im Detail betrachtet, von welcher Leistungsart in welche Leistungsart Pflegebedürftige zu verschiedenen Zeitpunkten (3 Monate, 6 Monate, 12 Monate, 24 Monate) gewechselt sind.

Wie im Abschnitt zu den Pflegestufen unterscheiden sich dabei die ambulant-stationären Pflegeverläufe von den (ambulant-)stationären Pflegeverläufen dadurch, dass die (ambulant-)stationären Verläufe erst ab dem Zeitpunkt des Eintritts in die stationäre Pflege untersucht werden; also – in anderen Worten – stationäre Verläufe mit vorherigen ambulanten Leistungen betrachtet werden.

Abbildung 57 und Abbildung 58 veranschaulichen, wie sich die Pflegekarrieren der ersten Gruppe innerhalb der ersten zwei Jahre nach Pflegeeintritt mit den oben genannten vier Leistungsarten gestalten. Von den 6.215 pflegebedürftigen Männern beziehen beim erstmaligen Leistungsbezug 71,6% das Pflegegeld, 7,0% eine Sachleistung, 9,6% eine Kombinationsleistung und 14,4% eine stationäre Leistung.⁵¹ Im Anschluss daran bleiben – mit Ausnahme der Sterblichkeit vor allem innerhalb des ersten halben Jahres – die verschiedenen Leistungsarten relativ stabil.

Die im weiteren Verlauf in absoluten Zahlen durchweg häufigsten Wechsel innerhalb der Leistungsarten sind die Übergänge vom Pflegegeld in die Kombinationsleistung sowie vom Pflegegeld ins Pflegeheim. So wechseln z.B. zwischen dem 6. und 12. Monat von den 2.555 männlichen Pflegegeldbeziehern 100 (=3,9%) in die Kombinationsleistung und 79 (=3,1%) in Pflegeheime. Betrachtet man jedoch die jeweiligen Ausgangszahlen zu den verschiedenen Zeitpunkten, so kann festgehalten werden, dass relativ häufiger Wechsel von den Sach- und Kombinationsleistungen ins Heim stattfinden, während – ebenso relativ betrachtet – weniger Männer aus dem Pflegegeld ins Heim wechseln. So zogen zwischen dem 6. und 12. Monat von den 241 männlichen Sachleistungsbeziehern 24 (=10,0%) und von den 512 Kombileistungsbeziehern 38 (=7,4%) in ein Pflegeheim, womit beide Werte deutlich über dem relativen Anteil von 3,9% liegen, der – wie oben ausgeführt – den Anteil der Männern angibt, die vom

⁵¹ Auf Grund der in diesem Abschnitt verwendeten Darstellungsweise (Blasendiagramme) und den dabei gewählten Zeitpunkten, liegen die Fallzahlen unter denjenigen, die in *Tabelle 29* dargestellt sind. Dies ist darin begründet, dass hier diejenigen Personen selektiert wurden, die potentiell zwei Jahre beobachtet werden können. Der Untersuchungszeitraum wird daher auf 2000-2005 beschränkt und Personen, die erst nach dem 1.1.2005 pflegebedürftig geworden sind, sind von der Analyse ausgeschlossen.

Pflegegeld direkt ins Heim wechseln. Darüber hinaus sind zwar ebenso sämtliche anderen Wechsel zwischen den Leistungsarten möglich, jedoch treten diese weitaus weniger häufig auf. Damit bestätigten sich einige Vermutungen aus den oben vorgestellten Statusverteilungen zum Pflegegeld und zu stationären Pflegeverläufen: Zum einen ist der pflegebedürftigen Männer die zu Anfang ihrer Pflegekarriere Geldleistungen beziehen recht stabil. Noch stabiler sind allerdings die stationären Leistungen aus denen nahe keine Wechsel zurück in die ambulante pflege stattfinden.

Dieses stabile Bild bezüglich des Leistungsbezugs zeigt sich auch nach den ersten 24 Monaten: Nun beziehen 23,5% Pflegegeld, 2,6% Sachleistungen, 5,4% Kombinationsleistungen und 9,4% stationäre Leistungen im Pflegeheim. Während zu diesem Zeitpunkt 57,4% der pflegebedürftigen Männer verstorben sind, gelingt es einem kleinen Teil von 1,7% ihren Gesundheitszustand so weit zu verbessern, dass diese bei einer erneuten Begutachtung durch den MDK keiner gesetzlichen Pflegestufe mehr zugeordnet werden mussten.

Betrachtet man nun die Abbildung 58 für die pflegebedürftigen Frauen, sieht man ein weitaus differenzierteres Bild: Zu Beginn ihrer Pflegekarriere nehmen 64,9% Pflegegeld, 9,3% Sachleistungen, 7,1% Kombinationsleistungen und 18,6% stationäre Leistungen gemäß der sozialen Pflegeversicherung in Anspruch. Damit wird wiederum das aus den obigen Analysen bekannte Bild deutlich, nach dem Frauen im Vergleich zu Männern bei Eintritt in die Pflegebedürftigkeit seltener Pflegegeld, öfters jedoch bereits stationäre Leistungen in Anspruch nehmen. Zugleich wird in Abbildung 58 das erheblich geringere Sterblichkeitsrisiko der Frauen deutlich: nach drei Monaten sind 6,3% und nach sechs Monaten 20,6% der Frauen verstorben. Bei diesem verstärkten Sterblichkeitsrisiko zwischen dem 3. und dem 6. Monaten verteilen sich die Verstorbenen folgendermaßen: von den 2.837 Frauen mit Pflegegeld haben 369 (=13,0%), von den 376 Frauen mit Pflegesachleistungen haben 51 (=13,6%), von den 524 Frauen mit Kombi-Leistungen haben 106 (=20,2%) und von den 859 Pflegeheimbewohnerinnen haben 175 (=20,4%) nicht das erste Halbe Jahr überlebt.

Im weiteren Verlauf, nach dem erstmaligen Bezug von Pflegeleistungen, werden für die Frauen einige Unterschiede zu den männlichen Pflegebedürftigen ersichtlich. So kommen bei den Frauen viel häufiger verschiedenste Wechsel der Leistungsarten vor: Sehr ausgeprägt sind bei den Frauen vor allem die absoluten Wechsel vom Pflegegeld zu Kombinationsleistungen und vom Pflegegeld in Pflegeheim. Hier wechseln beispielsweise zwischen dem 6. und 12. Monat 68 (=3,2%) vom Pflegegeld in die Kombinationsleistung und 88 (=4,2%) vom Pflegegeld in Pflegeheim. Relativ haben zu diesem Zeitpunkt allerdings die Heimeintritte aus den Sachleistungen und den Kombinationsleistungen die größere Bedeutung: von den 319 Sachleistungsbezieherinnen wechseln 44 (=13,8%), von den 571 Kombinationsleistungsbezieherinnen wechseln 52 (=9,1%) in ein Pflegeheim über. Ferner sind bei den Frauen häufiger als bei den Männern Wechsel von Kombinationsleistungen zu Pflegesachleistungen und zum Pflegegeld erkennbar, sowie Wechsel von Pflegegeld, Pflegesachleistungen und Kombinationsleistungen ins Pflegeheim.

Abbildung 57: Pflegeverläufe nach Pflegeleistungen (Männer)

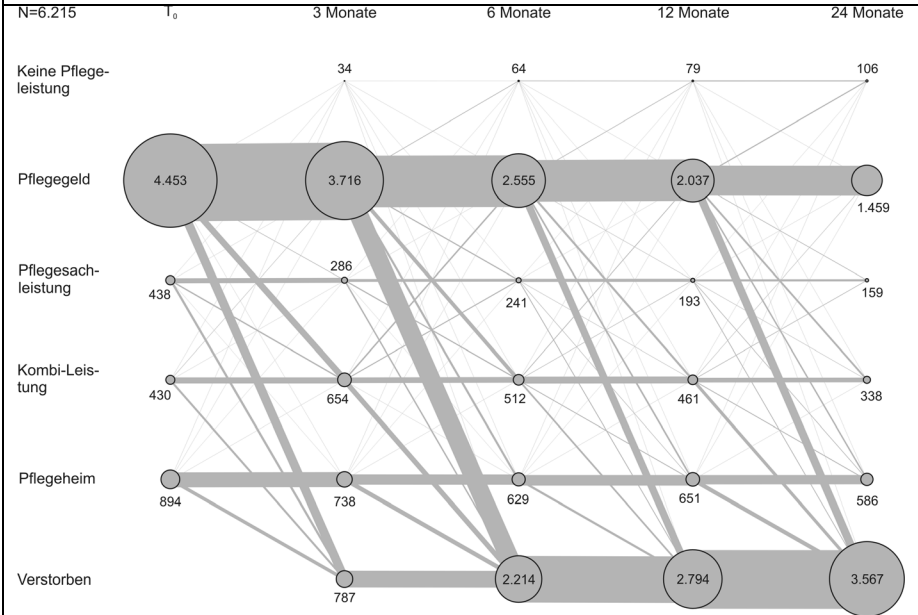
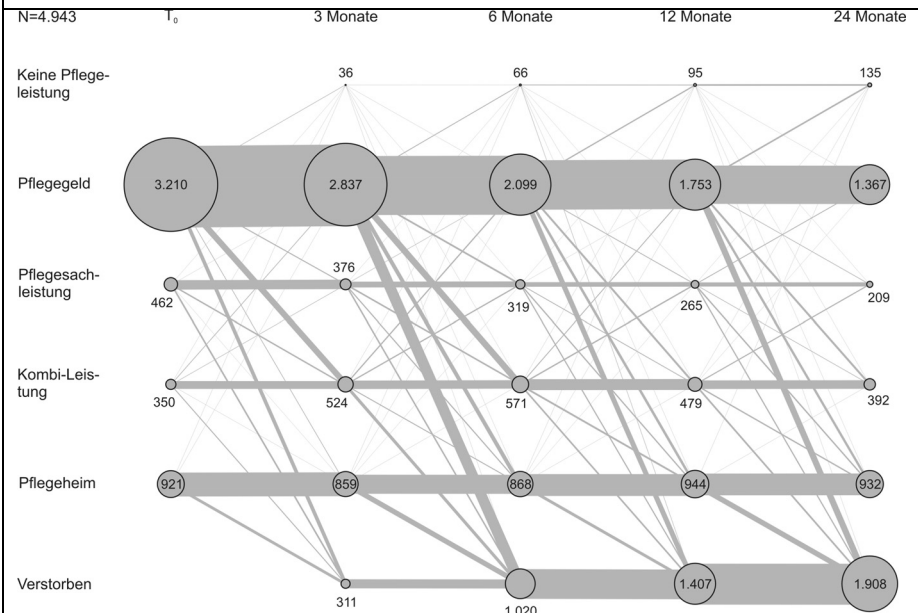


Abbildung 58: Pflegeverläufe nach Pflegeleistungen (Frauen)



Nach zwei Jahren verteilen sich die ursprünglichen 4.943 pflegebedürftigen Frauen wie folgt: 27,7% beziehen Pflegegeld, während 4,2% Sachleistungen, 7,9% Kombinationsleistungen und 18,9% stationäre Leistungen in Anspruch nehmen. Damit wird für Frauen zugleich ein leichter Trend deutlich, der von den verschiedenen Leistungsarten hin zum Pflegeheim geht. Dieser Trend ist für die Männer so nicht feststellbar.

Fasst man diese Ergebnisse zusammen, dann können folgende Zusammenhänge herausgestellt werden: Während die verschiedenen Pflegeleistungen im Allgemeinen eine recht hohe Stabilität aufweisen, können je nach Pflegearrangement unterschiedliche Übergänge festgestellt werden. Diese gehen zum größten Teil (absolut betrachtet) vom Pflegegeld aus in die anderen Leistungsarten, obwohl Übergänge zwischen sämtlichen Leistungsarten deutlich werden. Letzteres ist für die Frauen weitaus häufiger der Fall. Daraus lässt sich schließen, dass Männer häufiger als Frauen ambulant mittels Pflegegeld versorgt werden, während Frauen eher unterschiedliche Leistungen in Anspruch nehmen (müssen) und vor allem vermehrt stationäre Leistungen beziehen. Folgende Leistungsartenwechsel sind jedoch besonders hervorzuheben: Es gibt, insgesamt betrachtet, einen begrenzten Wechsel ins Pflegeheim. Diese Wechsel erfolgen vor allem, wenn sie nach dem ersten Jahr in der Pflegebedürftigkeit stattfinden, häufig aus einem Sachleistungs- oder einem Kombileistungsbezug. Zwar liegt die absolute Zahl der direkten Wechsel aus dem Pflegegeldbezug ins Heim noch etwas höher als die absolute Zahl der Wechsel aus der Pflegesachleistungs- oder der Kombinationsleistung, allerdings ist die Ausgangspopulation der Pflegegeldbezieher um ein vielfaches höher. Wird aus dem Pflegegeld gewechselt, dann vor allem in die Kombinationsleistung, relativ seltener in Sachleistungen und stationäre Leistungen. Insgesamt scheint sich damit abzuzeichnen, dass der Eintritt in das Pflegeheim häufig nicht direkt aus dem Pflegegeldbezug, sondern über den „Umweg“ eines zwischenzeitlichen Sach- oder Kombinationsleistungsbezugs erfolgt.

Betrachtet man die groben Kennwerte bezüglich der Leistungsartenwechsel – ähnlich wie oben bei den Pflegestufen –, dann kann festgehalten werden, dass es bezüglich der Leistungsarten insgesamt zu 5.538 (Männer) und 4.043 (Frauen) Wechseln gekommen ist. Dabei entfielen 1.726 (Männer) und 1.814 (Frauen) Wechsel allein auf Wechsel zwischen den Leistungsarten. Die dazugehörigen Durchschnittswerte pro Person betragen 0,28 für die Männer und 0,37 für die Frauen.

Analog zu den Pflegeverläufen nach Pflegestufen, wurden ebenfalls an dieser Stelle, weiterführende Analysen nach besonderen Personengruppen durchgeführt. Denn auch in Bezug auf die Leistungsarten ist es von Interesse, inwiefern diesbezüglich Unterschiede zwischen verschiedenen Gruppen von Pflegebedürftigen vorzufinden sind. Wie bereits oben ausgeführt, werden bei dieser Vorgehensweise, vier Gruppen von pflegebedürftigen Personen unterschieden:

- (1.) Pflegebedürftige, mit ausschließlich ambulanten Pflegeverläufen,
- (2.) Pflegebedürftige, die zunächst ambulant, dann aber stationär gepflegt werden, während ihrer ambulanten Pflege,

(3.) Pflegebedürftige, die zunächst ambulant, dann aber stationär gepflegt werden, während ihrer stationären Pflege sowie

(4.) Pflegebedürftige mit ausschließlich stationären Pflegeverläufen.

Die umfangreichen Ergebnisse für die vier Personengruppen befinden sich in umfangreicher Form im Anhang (Abschnitt 9.2). Insgesamt konnten allerdings die nachstehenden Kenntnisse gewonnen werden:

Die Pflegeverläufe von ausschließlich ambulant betreuten Pflegebedürftigen sind erwartungsgemäß – von Beginn an –, deutlich durch den Bezug von Pflegegeld dominiert. So beziehen zu diesem Zeitpunkt 84,1% der Männer und 82,0% der Frauen Geldleistungen, während die anderen Leistungsarten von lediglich geringerer Bedeutung sind. Aus diesem Grunde sind die ambulanten Pflegekarrieren auch durch eine sehr hohe Stabilität gekennzeichnet. Sieht man einmal von dem erhöhten Mortalitätsrisiko innerhalb des ersten halben Jahres sowie dem Risiko zu den anderen gemessenen Zeitpunkten zu versterben, so treten nur wenige Wechsel von Leistungsarten auf. Zwar sind vereinzelte Wechsel – besonders bei Frauen – zwischen Geld-, Sach- und Kombinationsleistungen zu verzeichnen, allerdings wird im Großen und Ganzen doch meist weiterhin das Pflegegeld bezogen.

Mehr Variabilität zwischen den Leistungsarten zeigen deutlich die ambulant-stationären Pflegekarrieren. Bei diesen fällt auf den ersten Blick das sehr geringe Sterblichkeitsrisiko auf, was vor allem auf die Definition dieser Karrieren zurückzuführen ist. So muss zunächst einmal eine gewisse Zeit vergehen, bis Übergänge in Pflegeheime stattfinden können, so dass die Sterblichkeit in der ersten Zeit nach Pflegeeintritt sehr niedrig ist. Dies hat zugleich zur Folge, dass ambulante Leistungsarten am Beginn dieser Pflegekarrieren vorherrschen. Dennoch werden sehr bald nach dem Erstbezug von ambulanten Leistungen die Übergänge in die Pflegeheime deutlich. Dies trifft zu allen gemessenen Zeitpunkten (3, 6, 12, 24 Monate) zu: Hier kommt es zu deutlichen Wechseln von Pflegegeldleistungen, von Sachleistungen und von Kombileistungen in die stationäre Pflege. Unterschiedliche Wechsel zwischen allen ambulanten sind zwar ebenfalls zu erkennen, stärker noch bei den Frauen als bei den Männern, doch geht die Tendenz aus allen ambulanten Leistungen deutlich zum Bezug der stationären Leistungen. Dabei kann festgehalten werden, dass nach zwei Jahren ein Großteil der ehemals ambulant versorgten Pflegebedürftigen in eine Pflegeheim gewechselt ist: dies trifft auf 32,0% der Männer und auf 43,7% der Frauen zu. Als Schlussfolgerung kann daher gezogen werden, dass die Zeit, die vom Erstbezug ambulanter Pflegeleistungen bis zum Heimeintritt verstreicht, nicht allzu lang ausfällt.

Anknüpfend an die ambulant-stationären Pflegekarrieren wurden die (ambulant-)stationären Pflegekarrieren untersucht. Diese betrachten die weiteren Verläufe nach Eintritt ins Pflegeheim (nachdem zuvor aber ambulante Leistungen bezogen wurden). Wie sich auf Grund der Statusverteilungen für die stationäre Pflege erwarten ließ, sind die (ambulant-)stationären Verläufe äußerst stabil. Nach Eintritt in ein Pflegeheim wird nur noch in Ausnahmefällen wieder auf lediglich ambulante Pflegeleistungen zurückgegriffen. Demgegenüber ist der weitere Verlauf im Pflegeheim vor allem durch die Sterb-

lichkeit charakterisiert. Diesbezüglich wird auch das oben beschriebene kritische erste halbe Jahr im Heim deutlich, dass durch ein erhöhtes Risiko zu versterben gekennzeichnet ist. Nichtsdestotrotz erleben 29,6% der Männer und 50,7% der Frauen das zweite Jahr im Pflegeheim. Damit kann für einen Teil der Pflegebedürftigen das Pflegeheim zu einer längerfristigen Wohnstätte werden.

Die stationären Pflegeverläufe, bei denen Pflegebedürftige direkt in ein Pflegeheim gelangen, unterscheiden sich nur marginal von den (ambulant-)stationären Pflegekarrieren. Charakteristisch bleibt das kritische erste halbe Jahr im Pflegeheim, die deutliche Mortalität zu allen gemessenen Zeitpunkten sowie die Ausnahmefälle, die aus dem Heim in ambulante Leistungen wechseln.

4.3.6 Stabilität und Instabilität von Pflegeleistungen:

Da die Pflegeleistungen für die Bewältigung der Pflegebedürftigkeit von zentraler Bedeutung sind, wird im Anschluss an die bisherigen Analysen, noch einmal ein detaillierter Blick auf die durch die verschiedenen Leistungsformen geprägten Pflegearrangements geworfen. Im Mittelpunkt dieser Betrachtung, steht dabei die Frage nach der Stabilität und Instabilität des Bezugs der vier wichtigsten Leistungsarten: dem Pflegegeld, der Pflegesachleistung, der Kombinationsleistung, sowie der stationären Leistung. Um dieser Frage nachzugehen, wurden die ersten zwei Jahre nach dem Eintritt in die Pflegebedürftigkeit mit einer der genannten Leistungsarten genauer untersucht. Pflegearrangements, die dabei nur durch den Bezug der Ausgangsleistung charakterisiert sind, werden hier als *stabil* bezeichnet. Bei stabilen Pflegearrangements handelt es sich solche, bei denen – innerhalb von zwei Jahren – ausschließlich die ursprüngliche Leistungsart bezogen wird. Dazu zählen einerseits Verläufe von Pflegebedürftigen, die tatsächlich zwei Jahre lang nur eine Leistungsart bezogen haben (z. B. Pflegegeld). Andererseits wird auch dann von Stabilität gesprochen, wenn die betreffenden Pflegebedürftigen ebenfalls nur ihre Ursprungsleistung bezogen haben, diese allerdings nicht vollständig zwei Jahre im Leistungsbezug waren, sei es da sie verstorben sind oder da sie keine vollständigen zwei Jahre beobachtet werden konnten.⁵² Als Gegensatz dazu, werden Pflegearrangements als *instabil* beschrieben, wenn innerhalb des Zwei-Jahres-Fensters, nach der ursprünglichen Leistung, mindestens ein Wechsel in eine andere Leistungsart erfolgt ist; wobei es allerdings auch hier vorkommen kann, das Pflegebedürftige innerhalb der zwei Jahre versterben oder nur einen kürzeren Zeitraum beobachtet werden können.

Das erste diesbezügliche Ergebnis wird in Abbildung 59 für das Pflegegeld dargestellt: Wie sich zeigt, wechseln von den Pflegebedürftigen, die ihre Pflegekarriere mit einem Pflegegeld beginnen, innerhalb der ersten zwei Jahre, 45,0% der Männer und 49,2% der Frauen mindestens einmal aus ihrer ursprünglichen Leistung – dem Pflegegeld – in eine andere Leistungsart. Dagegen beziehen 53,9% der Männer und 48,7% der Frauen

⁵² Mit anderen Worten, handelt es sich hierbei um die so genannten *zensierten* Fälle.

keine anderen Leistungen als das Pflegegeld.⁵³ Der Pflegegeldbezug charakterisiert bei Ihnen die ein stabiles Pflegearrangement. Stabilität und Instabilität des Pflegearrangements hält sich bei den Personen, die ihre Pflegekarriere mit einem Pflegegeldbezug beginnen, in etwa die Waage.

Schon weitaus anders sehen die Ergebnisse für Pflegebedürftige aus, die bei Anfang ihrer Pflegekarriere Sachleistungen beziehen (Abbildung 60). Hier sind es nur 28,4% der Männer und 25,8% der Frauen deren Leistungsbezug als stabil bezeichnet werden kann. Da nämlich bei 70,8% der Männer und 72,7% der Frauen Wechsel in andere Leistungsarten stattfinden, sind Pflegearrangements, die mit Sachleistungen beginnen relativ instabil. Leistungswechsel nach Eintritt in die Pflegebedürftigkeit kommen hier also häufig vor, worauf auch schon die Analysen in den vorherigen Abschnitten hingedeutet haben.

Sehr ähnliche Ergebnissen können für die Pflegebedürftigen festgestellt werden, die bei Beginn ihrer Pflegekarriere Kombinationsleistungen in Anspruch genommen haben (Abbildung 61). Bei ihnen haben von den Männern 27,9% und von den Frauen 25,3% einen stabilen sowie 72,1% (Männer) und 74,7% (Frauen) dagegen einen instabilen Pflegeleistungsbezug, womit sich die Werte zwischen den Sachleistungen und den Kombinationsleistungen nur sehr geringfügig unterscheiden.

Am stabilsten – darauf haben die bisherigen Analysen bereits hingedeutet – sind die stationären Pflegeleistungen (Abbildung 62). Dies wird besonders daran deutlich, dass 89,6% der Männer und 90,1% der Frauen innerhalb der ersten zwei Jahre keine anderen Leistungen als die stationäre Pflege bezogen haben. Nur ein geringfügiger Anteil ist dagegen (mindestens einmal) in eine andere Pflegeleistungsart gewechselt.

Betrachtet man diese Ergebnisse insgesamt, dann kann festgehalten werden, dass im Vergleich der vier Leistungsarten, die stationäre Pflege die stabilste Leistungsart darstellt. Während darüber hinaus das Pflegegeld ebenfalls noch relativ stabil ist, fallen die Sachleistung und die Kombinationsleistung sehr instabil aus. Sachleistungs- und Kombinationsleistungsbezug ist häufig eine Vorstufe für stationäre Pflege. Daraus lässt sich folgern, dass potenzielle Interventionen zur Stabilisierung der häuslichen Pflege viel versprechend sind, wenn sie rechtzeitig erfolgen.

⁵³ Die fehlende Differenz der Werte zu 100 ist auf die wenigen Fälle zurückzuführen, die keine Leistungen mehr in Anspruch genommen haben und die hier unberücksichtigt bleiben.

Abbildung 59: Bezug von Pflegegeld innerhalb der ersten zwei Jahre

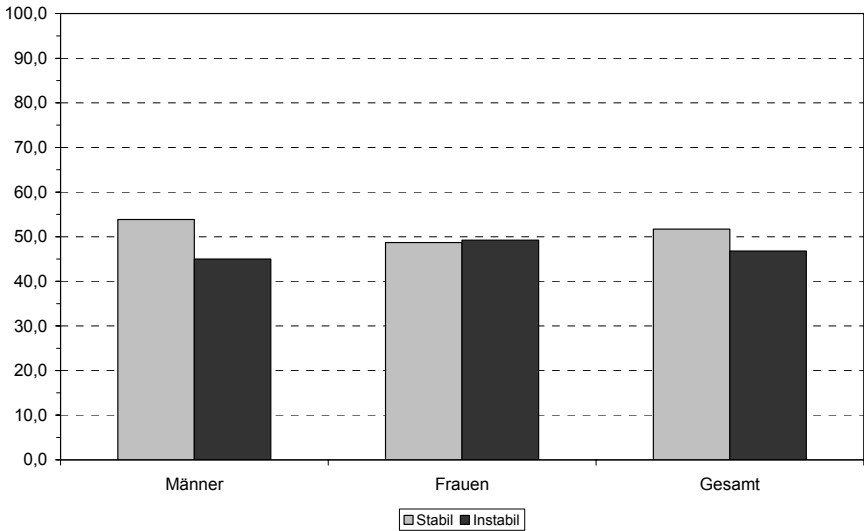


Abbildung 60: Bezug von Sachleistungen innerhalb der ersten zwei Jahre

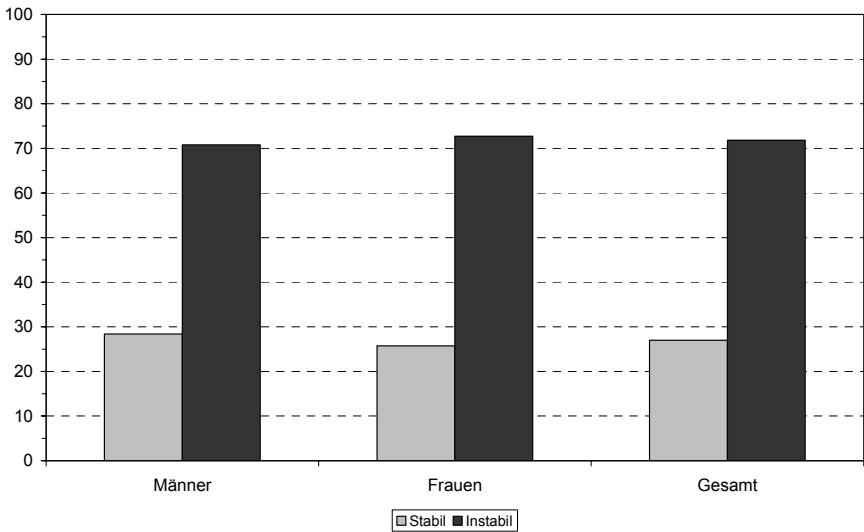


Abbildung 61: Bezug von Kombinationsleistungen innerhalb der ersten zwei Jahre

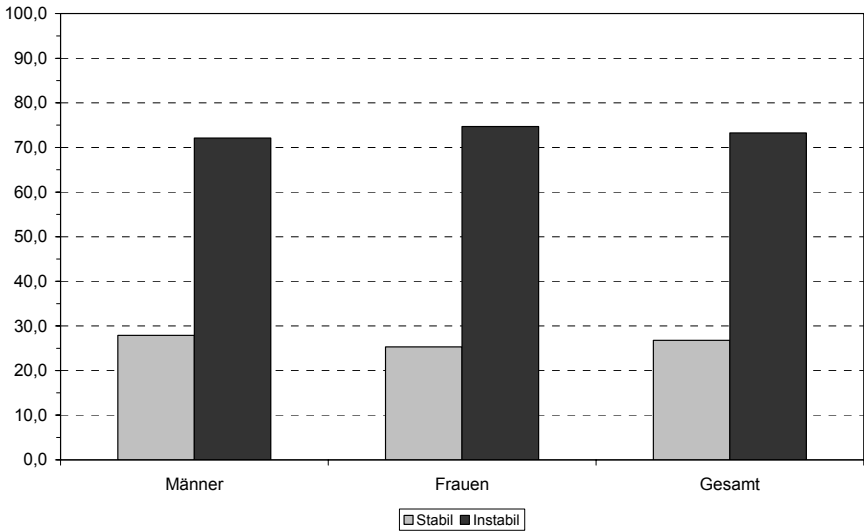
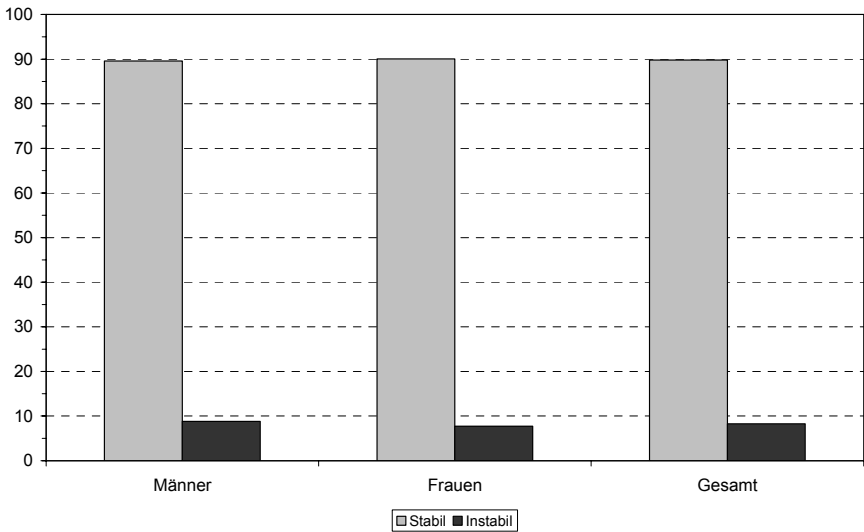


Abbildung 62: Bezug von stationären Leistungen innerhalb der ersten zwei Jahre



4.3.7 Zusammenfassendes Fazit

Nachdem in Abschnitt 4.2 eingehend auf die Frage eingegangen wurde, welche Personengruppen besonders stark dem Risiko ausgesetzt sind, pflegebedürftig zu werden, wurde in Abschnitt 4.3 untersucht, wie sich Pflegeverläufe im tatsächlichen Längsschnitt gestalten. Dabei wurde ein Hauptaugenmerk auf die dynamischen Aspekte der Pflegebedürftigkeit gelegt, um die Veränderungen in den Pflegestufen und Pflegeleistungen zu analysieren.

In diesem Rahmen wurde zunächst in Abschnitt 4.3.1 überprüft, wie lange eine Pflegebedürftigkeit überhaupt andauert und wie sich zudem diese *Dauern* zwischen Männern und Frauen unterscheiden, wenn eine Pflegekarriere mit einer bestimmten Pflegestufe begonnen wurde. Folgende Ergebnisse konnten aufgedeckt werden: Betrachtet man als erstes ganz allgemein die Pflegedauern für Personen, die mit einer der drei Pflegestufen in die Pflegebedürftigkeit gelangen, dann zeigt sich eine mittlere Verweildauer für Männer von 15,8 Monate und für Frauen von 40,3 Monaten. Wird diesbezüglich noch zwischen den drei Pflegestufen differenziert, können folgende Ergebnisse festgehalten werden: die mittlere Verweildauer beträgt in Pflegestufe I 29,4 Monaten (Männer) bzw. 52,0 Monate (Frauen), in Pflegestufe II 5,7 Monate (Männer) bzw. 16,4 Monate (Frauen) und in Pflegestufe III 1,5 Monate (Männer) bzw. 1,9 Monate (Frauen). Damit zeigt sich einerseits, dass Frauen in allen Pflegestufen durchweg bessere Überlebenschancen besitzen. Allerdings ist andererseits die Dauer der Pflegebedürftigkeit sehr stark abhängig von der Pflegestufe beim Eintritt in die Pflegebedürftigkeit. Dass Frauen in diesem Zusammenhang in allen Pflegestufen geringeren Sterblichkeitsrisiken unterliegen, könnte zum Teil darauf zurückgeführt werden, dass Männer sehr lange Zuhause durch ihre Partnerinnen gepflegt werden, bis eine Pflegestufe beantragt wird. Aus diesem Grund ist der Gesundheitszustand der Männer bei Eintritt in die Pflegebedürftigkeit (im Sinne der Sozialen Pflegeversicherung) möglicherweise schlechter als der Gesundheitszustand der Frauen. Darauf deuten auch die Ergebnisse des Abschnitts 4.3.2 (Tabelle 3) und des Abschnitts 4.4.1 (Tabelle 32) hin, bei denen sich zeigt, dass bei Eintritt in die Pflegebedürftigkeit mehr Männer in den höheren Pflegestufen zu finden sind als Frauen. Zusätzlich muss beachtet werden, dass Frauen oftmals jünger sind als ihre Partner und daher vermehrt dem Risiko der Verwitwung ausgesetzt sind. Daher dürften Frauen bereits bei Vorliegen einer geringeren Pflegebedürftigkeit Leistungen nach dem SGB XI beantragen (müssen), da sie auf Grund von Verwitwung nicht mehr auf die partnerschaftlichen Unterstützungen zurückgreifen können. Auch dies könnte die besseren Überlebenschancen erklären. Was zudem die erheblichen Sterblichkeitsunterschiede in den einzelnen Pflegestufen betrifft, so hängen diese vor allem von den spezifischen Erkrankungen ab, die mit den drei Pflegestufen verbunden sind. Diesbezüglich weisen Wagner/Bruckner (2003: 32) darauf hin, dass beispielsweise mehr als die Hälfte aller pflegebegründenden Erstdiagnosen in der Pflegestufe III auf bösartige Neubildungen und Krankheiten des Kreislaufsystems zurückgeführt werden konnten, wobei berücksichtigt werden sollte, dass gerade diese Erkrankungen durch ein erhebliches Mortalitätsrisiko charakterisiert sind und zudem mehr als

die Hälfte aller Todesursachen in Deutschland stellen.⁵⁴ Dies erklärt z. B. die außerordentlich geringe Verweildauer in Pflegestufe III.

In Abschnitt 4.3.2 und Abschnitt 4.3.3 wurde dann die Dynamik zwischen den drei *Pflegestufen* genauer analysiert. Hierzu wurden zuerst Statusverteilungen nach den drei Pflegestufen betrachtet, um aufzudecken, wie sich die Verteilungen innerhalb der drei Stufen im Zeitverlauf ändern, wenn Personen ihre Pflegekarriere mit einer bestimmten Pflegestufe beginnen. Da diese Darstellungsform jedoch offen lässt, von welcher Stufe in welche Stufe tatsächliche Stufenwechsel stattfinden, wurde zusätzlich die Darstellungsform von Blasendiagrammen verwendet, um die Stufenwechsel besser beleuchten zu können. Dabei wurde zusätzlich zwischen fünf speziellen Gruppen von Pflegebedürftigen differenziert, da davon auszugehen ist, dass sich z. B. ambulante Pflegekarrieren von stationären Pflegekarrieren unterscheiden. Berücksichtigt wurden diesbezüglich (1.) alle Personen, die überhaupt pflegebedürftig werden, (2.) ausschließlich ambulanten Pflegeverläufe, (3.) ambulant-stationären Pflegeverläufe, (4.) (ambulant-)stationäre Pflegeverläufe sowie (5.) stationäre Pflegeverläufen. Folgende Ergebnisse wurden gefunden:

Statusverteilungen nach Pflegestufen: Wie sich zeigte, beginnen die meisten Personen ihre Pflegekarriere in der Pflegestufe I (61,2%) und weniger dagegen in Pflegestufe II (30,5%) oder Pflegestufe III (8,3%). Dabei gilt allerdings zusätzlich, dass Männer bei Pflegeeintritt vermehrt den höheren Pflegestufen zugeordnet werden als Frauen, so z. B. in der Pflegestufe III, in der sich anfangs 10,2% der Männer und 5,9% der Frauen befinden. Nach Beginn der Pflegekarriere zeigen sich dann je nach Geschlecht und Pflegestufe bei Eintritt in die Pflegebedürftigkeit charakteristische Verteilungen. So zeigt sich bei den Männern und Frauen, die mit der Pflegestufe I in die Pflegebedürftigkeit gelangen, dass im weiteren Zeitverlauf die Anteile in Pflegestufe II deutlich und in Pflegestufe III leicht zunehmen. Außerdem gelingt einem äußerst kleinen Personenkreis (2-5%) die Rückkehr in die selbständige Lebensführung, so dass Pflegebedürftigkeit im Sinne des SGB XI nicht mehr vorliegt. Anders sehen dagegen die Statusverteilungen für die Personen aus, die mit der Pflegestufe II erstmalig pflegebedürftig werden. Hier ist zunächst – wie schon im Abschnitt über die Pflegedauern belegt – das Sterblichkeitsrisiko größer als bei den Personen, die mit Stufe I pflegebedürftig werden. Darüber hinaus nehmen die Anteile in der Pflegestufe III im Laufe der Zeit leicht zu; ebenfalls kommt es aber auch zu Rückstufungen in die Pflegestufe I. Damit wird einmal mehr deutlich, dass Pflegebedürftigkeit keineswegs als statistischer Zustand aufgefasst werden darf, sondern immer als dynamischer Prozess verstanden werden sollte. Zuletzt verdeutlichen die Statusverteilungen für Personen, die mit der Pflegestufe III pflegebedürftig werden, dass die Anteile in den anderen zwei Pflegestufen im Zeitverlauf von nur geringerer Bedeutung sind. Vorherrschend in der Pflegestufe III ist dabei offensichtlich das sehr hohe Sterblichkeitsrisiko.

⁵⁴ Bezüglich der Todesursachen siehe z. B. Statistisches Bundesamt (2007a).

Bezüglich der *Pflegeverläufe nach Pflegestufen* konnten die nachstehenden Ergebnisse gefunden werden: Betrachtet man alle Personen, die pflegebedürftig werden, so zeigt sich, dass der größte Anteil – wie oben angemerkt – auf die Pflegestufe I, kleinere Anteile auf die Pflegestufe II und Pflegestufe III entfallen. Im Laufe der Zeit kommt es dann verstärkt zu Höherstufungen von der Pflegestufe I in Pflegestufe II und in Pflegestufe III, aber auch zu teilweisen Höherstufungen von der Pflegestufe II in Pflegestufe III. Rückstufungen aus den höheren Pflegestufen sind relativ selten. Auffallend ist jedoch ein kleiner Anteil von Pflegebedürftigen der Pflegestufe I, der nicht mehr pflegebedürftig im Sinne der Sozialen Pflegeversicherung ist. Dieser Anteil nimmt im Laufe der Zeit sogar zu. Wie ebenfalls oben angemerkt, haben Frauen im Vergleich zu den Männern immer die besseren Überlebenschancen – wobei dies auch für das erste halbe Jahr gilt, in dem sich ein erhöhtes Sterblichkeitsrisiko zeigt.

In Abschnitt 4.3.4 und Abschnitt 4.3.5 wurde, wie zuvor bei den Untersuchungen zu den Pflegestufen das Hauptaugenmerk auf die dynamischen Aspekte der Pflegebedürftigkeit gelegt. Im Mittelpunkt standen dabei aber nun nicht die Pflegestufen, sondern die *Pflegeleistungen*. Diesbezüglich wurde für die wichtigsten Leistungsarten, d. h., dem Pflegegeld, den Sachleistungen, den Kombinationsleistungen und den stationären Leistungen untersucht, wie sich diese im zeitlichen Verlauf verändern.

Statusverteilungen nach Pflegeleistungen: Es zeigt sich, dass in Bezug auf die vier ausgewählten Leistungsarten, die meisten Pflegebedürftigen zu Beginn ihrer Pflegekarriere das Pflegegeld in Anspruch nehmen (69,2%). Sachleistungen (7,6%), Kombileistungen (7,5%) und stationäre Leistungen (15,7%) sind dagegen in nur geringerem Ausmaß vertreten. Betrachtet man nun zunächst die ferneren Verteilungen der Leistungsarten für diejenigen Pflegebedürftigen, die zuerst ein Pflegegeld bezogen haben, dann zeigt sich, dass die Anteile vor allem in den stationären Leistungen und den Kombinationsleistungen zunehmen. Besonders die Zunahme in den stationären Leistungen ist bei den Frauen besonders ausgeprägt. Dem gegenüber nimmt der Anteil in den Sachleistungen nur geringfügig zu. Ebenfalls finden verschiedenartige Wechsel zwischen den Leistungsarten statt, wenn man die Pflegebedürftigen betrachtet, die ihre Pflegekarriere mit Sachleistungen beginnen. Hier zeigt sich, dass schon nach kürzester Zeit die Anteile in den stationären Leistungen, den Kombinationsleistungen und dem Pflegegeld ansteigen. Besonders wichtig ist hier der große Anteil der Frauen, der in stationäre Leistungen gewechselt ist. Diesen Ergebnissen in groben Zügen recht ähnlich, zeigen sich die Pflegekarrieren der Pflegebedürftigen, die mit Kombinationsleistungen in die Pflegebedürftigkeit gelangen. Auch hier nimmt in erster Linie der Anteil der Personen in den stationären Leistungen im zeitlichen Verlauf zu, wobei die Frauen besonders stark Heimleistungen beziehen. Allerdings finden nehmen auch die Anteile innerhalb der Sachleistungen und der Geldleistungen zu. In nur äußerst geringem Maße verändern sich dagegen die Anteile in den Leistungsarten bei denjenigen, die direkt am Anfang ihrer Pflegekarriere stationäre Pflegeleistungen bezieht. So bleiben die Anteile aller anderen Leistungsarten im Zeitverlauf äußerst gering. D. h., nur wenige Pflegebedürftige beziehen zu späteren Zeitpunkten wieder ambulante Pflegeleistungen. Dies lässt die Schlussfolgerung zu, dass spätere Heimaustritte außerordentlich unwahrscheinlich sind.

Um einen besseren Einblick in die Dynamik der Veränderungen von Pflegeleistungen zu bekommen und somit besser zu verstehen, von welchen Leistungen in welche Leistungen Pflegebedürftige wechseln, wurden, wie bei den Pflegestufen, vertiefte Analysen durchgeführt: Diesbezüglich wurden die *Pflegeverläufe nach Leistungsarten* von allen Personen betrachtet, die pflegebedürftig geworden sind. Wie bereits oben erwähnt, beziehen zu Beginn der Pflegebedürftigkeit die meisten Personen Geldleistungen (71,6% der Männer und 64,9% der Frauen). Die anderen Leistungsarten werden hingegen in weit wenigerem Umfang erhalten. Während diesbezüglich die Anteile der Sach- und Kombileistungsbezieher unter 10% liegen, werden stationäre Leistungen von 14,4% der Männer und 18,6% der Frauen bezogen. Im Anschluss an den Eintritt in die Pflegebedürftigkeit, treten im weiteren Verlauf die verschiedensten Wechsel zwischen den Leistungsarten auf: Wichtig ist hier besonders – absolut betrachtet – der Wechsel vom Pflegegeld in Kombi- und Heimleistungen und in geringerem Umfang in die Sachleistungen. Die Geld- und Heimleistungen sind dabei recht stabil, wobei die Heimleistungen noch weitaus stabiler sind. Kommt es allerdings zu Heimeintritten, so erfolgen diese bei relativer Betrachtung zumeist aus den Sach- und Kombinationsleistungen, weniger aus dem Pflegegeld. Für die Pflegepolitik ergibt sich damit ein zentraler Ansatzpunkt zur Stabilisierung häuslicher Pflege. Spätestens wenn der Übergang von Pflegegeld- auf Kombinationsleistungen erfolgt, sind Anstrengungen zur Stabilisierung der Pflegearrangements notwendig, weil ansonsten der nächste Wechsel, nämlich der ins Pflegeheim, sehr wahrscheinlicher wird. Außerdem kommt es, wenngleich ebenso in geringerem Maße, zu Wechseln zwischen sämtlichen Leistungsarten. Dabei wird deutlich, dass Frauen öfters in Heimleistungen wechseln als Männer und dass Frauen scheinbar weit häufiger als diese unterschiedliche Leistungen beziehen, während die Inanspruchnahme der Männer etwas stabiler aussieht. Darüber hinaus zeigt sich ein erhöhtes Sterblichkeitsrisiko zwischen dem 3. und 6. Monat.

4.4 Wandel der Pflegebedürftigkeit

Neben den bisherigen Ausführungen in den Abschnitten 4.2 und 4.3, die sich insbesondere mit dem Eintritt in die Pflegebedürftigkeit und den daran anschließenden Pflegekarrieren beschäftigen, soll in den folgenden Abschnitten auf den Wandel der Pflegebedürftigkeit und -karrieren im Zeitverlauf eingegangen werden. Dabei wird der Frage nachgegangen, ob sich in den letzten Jahren erkennbare Veränderungen in Bezug auf die Pflegebedürftigkeit ereignet haben oder nicht. Im Mittelpunkt der Betrachtung stehen diesbezüglich die Entwicklung der Inzidenzen (Abschnitt 4.4.1), die Veränderungen in der Dauer der Pflegebedürftigkeit (Abschnitt 4.4.2) sowie der Wandel des Sterbeortes (Abschnitt 4.4.3).

4.4.1 Inzidenzen

Bevor auf die zeitliche Entwicklung der Inzidenzen der Pflegebedürftigkeit eingegangen wird, ist es zunächst sinnvoll, verschiedene Charakteristika der pflegebedürftigen Männer und Frauen zu Beginn ihrer Pflegekarriere zu betrachten. Dies erlaubt einen Einblick darin, welche Personen überhaupt pflegebedürftig werden. Die folgenden Ausführungen bleiben dabei – wie bisher – auf Männer und Frauen beschränkt, die in

einem Alter von 60 Jahren oder älter erstmalig Leistungen nach der Sozialen Pflegeversicherung in Anspruch nehmen.

In diesem Zusammenhang verdeutlicht die Tabelle 31 die Häufigkeiten der Erstbezüge von Pflegeleistungen nach Alter, Geschlecht und Jahren. Dies waren im Jahr 2001 genau 1.927 Versicherte, 2.141 Versicherte 2003, sowie 2.541 Versicherte 2005 und 2007. Betrachtet man dabei die zugrunde liegende Altersstruktur, dann wird deutlich, dass es deutliche geschlechtsspezifische Unterschiede gibt. So beginnen weitaus mehr Männer in einem Alter von 60-69 Jahren ihre Pflegekarriere als es für Frauen der Fall ist. Lag beispielsweise 2007 der diesbezügliche der Anteil der Männer bei 27,5%, betrug der Wert der Frauen 17,5%. Im Gegensatz dazu beziehen Frauen vermehrt in einem höheren Lebensalter erstmalige Pflegeleistungen. Am stärksten betroffen ist hierbei die Altersgruppe der 80-89-Jährigen.

Darüber hinaus wird in Tabelle 31 noch eine weitere Entwicklung bezüglich des Alters beim Erstbezug von Pflegeleistungen deutlich: Insbesondere für die männlichen Versicherten ist das Durchschnittsalter für den Eintritt in die Pflegebedürftigkeit von 2001 bis 2007 kontinuierlich angestiegen. Betrug es 2001 etwa 74,8 Jahre, so stieg es im Jahr 2007 auf 75,8 Jahre an. Für Frauen lässt sich dagegen dieser Trend nicht derart deutlich belegen. Vielmehr geht bei diesen das Durchschnittsalter in den Jahren von 2001 bis 2005 leicht zurück und liegt dann im Jahr 2007 mit ca. 78,7 Jahren etwas höher als in den vorherigen Jahren.

<i>Tabelle 31: Eintritte in die Pflegebedürftigkeit nach Geschlecht, Alter und Jahr</i>		2001	2003	2005	2007
	Altersgruppe				
Männer	60-69 Jahre	322 (30,9%)	363 (30,7%)	403 (28,3%)	403 (27,5%)
	70-79 Jahre	408 (39,2%)	470 (39,8%)	548 (38,5%)	533 (36,4%)
	80-89 Jahre	247 (23,7%)	288 (24,4%)	406 (28,5%)	475 (32,4%)
	90 Jahre u. älter	64 (6,1%)	60 (5,1%)	67 (4,7%)	55 (3,8%)
	Gesamt	1.041 (100,0%)	1.181 (100,0%)	1.424 (100,0%)	1.466 (100,0%)
	Durchschnittsalter	74,8	74,9	75,4	75,8
Frauen	60-69 Jahre	144 (16,3%)	179 (18,6%)	210 (18,8%)	188 (17,5%)
	70-79 Jahre	308 (34,8%)	316 (32,9%)	369 (33,0%)	347 (32,3%)
	80-89 Jahre	352 (39,7%)	373 (38,9%)	432 (38,7%)	445 (41,4%)
	90 Jahre u. älter	82 (9,3%)	92 (9,6%)	106 (9,5%)	95 (8,8%)
	Gesamt	886 (100,0%)	960 (100,0%)	1.117 (100,0%)	1.075 (100,0%)
	Durchschnittsalter	78,4	78,3	78,2	78,7

Für den Eintritt in die Pflegebedürftigkeit sind allerdings nicht nur das Alter und das Geschlecht von Interesse. Wichtig ist ebenso eine Betrachtung die bei Eintritt in die Pflegekarriere vorliegende Pflegestufe. Diesbezüglich wurde bereits in Abschnitt 3.3 darauf hingewiesen, dass sich bei den Prävalenzen ein erkennbarer Trend von höheren zu niedrigeren Pflegestufen zeigt. Inwiefern dieser Trend nun zugleich beim Eintritt in die Pflegebedürftigkeit festgestellt werden kann, verdeutlicht die Tabelle 32.

Wie sich zeigt, kann generell festgehalten werden, dass die größte Anzahl der Männer und Frauen mit der Pflegestufe I und der Pflegestufe II in die Pflegebedürftigkeit gelangen. Zugleich gilt allerdings, dass Männer – im Vergleich zu Frauen – eher in den höheren Pflegestufen vertreten sind. Waren zu Beginn ihrer Pflegekarriere beispielsweise 2007 etwa 32,2% der Männer in Pflegestufe II und 7,5% in Pflegestufe III, betragen die Vergleichswerte der Frauen 23,2% (Pflegestufe II) und 5,1% (Pflegestufe III).

Tabelle 32: Eintritte in die Pflegebedürftigkeit nach Geschlecht, Pflegestufe und Jahr

	Pflegestufe	2001	2003	2005	2007
Männer	Pflegestufe I	559 (53,7%)	657 (55,6%)	814 (57,2%)	884 (60,3%)
	Pflegestufe II	339 (32,6%)	385 (32,6%)	487 (34,2%)	472 (32,2%)
	Pflegestufe III	143 (13,7%)	139 (11,8%)	123 (8,6%)	110 (7,5%)
	Gesamt	1.041 (100,0%)	1.181 (100,0%)	1.424 (100,0%)	1.466 (100,0%)
Frauen	Pflegestufe I	587 (66,3%)	632 (65,8%)	757 (67,8%)	771 (71,7%)
	Pflegestufe II	233 (26,3%)	273 (28,4%)	298 (26,7%)	249 (23,2%)
	Pflegestufe III	66 (7,4%)	55 (5,7%)	62 (5,6%)	55 (5,1%)
	Gesamt	886 (100,0%)	960 (100,0%)	1.117 (100,0%)	1.075 (100,0%)

Betrachtet man zusätzlich die zeitliche Entwicklung bezüglich der Pflegestufe, dann lässt sich auch der aus den Prävalenzen erwartbare Trend von den höheren zu den niedrigeren Pflegestufen auch bei den Neufällen nachweisen. So ist z. B. der Anteil der Männer mit Eintritt in die Pflegebedürftigkeit in der Pflegestufe I von 53,7% (2001) auf 60,3 (2007) gestiegen, während er in der Pflegestufe III von 13,7% (2001) auf 7,5% (2007) gefallen ist. Ein ähnliches Bild zeigt sich für die Frauen. Bei ihnen stieg der Anteil in der Pflegestufe I von (66,3%) auf 71,7% (2007), während der Anteil in Pflegestufe III von 7,4% (2001) auf 5,1% (2007) zurückgegangen ist.

Die Interpretation der bisherigen Befunde ist jedoch ohne Bezug auf eine zugrunde liegende Population unzureichend. Denn ohne diese Referenz würde nicht deutlich werden, ob ein Ereignis (hier: Eintritt in die Pflegebedürftigkeit) häufig oder selten auftritt und auch das persönliche Risiko könnte daher gar nicht bewertet werden. Um

dieses Problem zu lösen, kann auf die in der (medizinischen) Statistik verwendete Maßzahl der *Inzidenz* zurückgegriffen werden. Die Inzidenz gibt die Häufigkeit von „Neuerkrankungen“ innerhalb einer definierten Population in einem bestimmten Zeitraum an. Für den vorliegenden Fall bedeutet dies, dass die Inzidenz über den Anteil von erstmalig pflegebedürftigen GEK-Versicherten in Bezug zu den nicht-pflegebedürftigen Versicherten („population at risk“) Auskunft gibt.

Hierzu werden – je nach Alter und Geschlecht – die Pflegebedürftigen von allen GEK-Versicherten am 31.12.2000 abgezogen. Die im folgenden Jahr 2001 neu aufgetretenen Pflegebedürftigen werden dann auf diese Grundgesamtheit bezogen. Vereinfacht ausgedrückt bedeutet dies, dass die Inzidenz die Wahrscheinlichkeit wiedergibt, als Nicht-Pflegebedürftiger in einem Jahr erstmalig pflegebedürftig zu werden. Die gleiche Vorgehensweise wurde für die Jahre 2003, 2005 und 2007 durchgeführt. Die dazugehörigen Ergebnisse können der Tabelle 33 entnommen werden.

Tabelle 33: Inzidenz der Pflegebedürftigkeit nach Geschlecht, Alter und Jahr

	Altersgruppe	2001	2003	2005	2007
Männer	60-69 Jahre	543	558	554	517
	70-79 Jahre	1.880	1.918	1.840	1.551
	80-89 Jahre	5.881	5.787	6.400	5.453
	90 Jahre u. älter	12.994	12.727	13.889	15.309
Frauen	60-69 Jahre	470	495	456	376
	70-79 Jahre	1.982	1.915	1.789	1.487
	80-89 Jahre	6.671	6.390	5.937	5.072
	90 Jahre u. älter	7.429	8.482	9.840	11.226
Gesamt	60-69 Jahre	520	537	518	462
	70-79 Jahre	1.924	1.917	1.819	1.524
	80-89 Jahre	6.323	6.108	6.155	5.261
	90 Jahre u. älter	9.348	9.802	11.083	12.500

Anmerkung: Eintritte in die Pflegebedürftigkeit je 100.000 Versicherter

Wie sich zeigt, steigt das Risiko der Pflegebedürftigkeit – auch aus der Perspektive der Inzidenz – drastisch mit dem Lebensalter an.⁵⁵ Wurden beispielsweise im Jahr 2001 nur 520 von hunderttausend Versicherten in einem Alter von 60-69 Jahre pflegebedürftig, so lag der Wert bei den 70-79-Jährigen bereits bei 1.924, bei den 80-89-Jährigen bei 6.323 und bei den 90-Jährigen und Älteren bei 9.348. Darüber hinaus finden sich in Bezug auf das Alter deutliche geschlechtsspezifische Unterschiede: So besitzen Männer in der Altersgruppe der 60-69-Jährigen ein leicht höheres Risiko pflegebedürftig zu werden als Frauen. Während sich die Inzidenzen der Geschlechter in der Gruppe der 70-79-Jährigen noch grob gleichen, übersteigt die Inzidenz bei den 80-89-jährigen

⁵⁵ Vergleicht man die Ergebnisse in Tabelle 33 mit den Ergebnissen des MDS (Wagner/Brucker 2003: 37), so stimmen die Werte relativ gut überein. Leichte Abweichungen gibt es dagegen lediglich bei den älteren Männern und Frauen (80-89 Jahre) und den hochaltrigen Männern (90 Jahre und älter) sowie starke Abweichungen bei den hochaltrigen Frauen (90 Jahre und älter).

Frauen das Niveau der Männer. Dieser Effekt ist allerdings an dieser Stelle nur in den Jahren 2001 und 2003 erkennbar. Zugleich müsste die Inzidenz der hochaltrigen Frauen (90 Jahre und älter) in etwa doppelt so hoch ausfallen wie die der Männer.

Des Weiteren kann der Tabelle 33 zusätzlich – und dies ist das Interessante – die zeitliche Entwicklung der Inzidenzen entnommen werden. Diesbezüglich lassen sich verschiedene Trends erkennen: Es fällt zunächst auf, dass die Inzidenzen in der Altersgruppe der 60-69-Jährigen leicht zurückgegangen sind. Wurden 2001 noch etwa 529 von hunderttausend versicherten Männern und Frauen pflegebedürftig, so sank dieser Wert 2007 auf 462. Ein deutlich stärkerer Rückgang ist für die Gruppe der 70-79-Jährigen charakteristisch. Nicht ganz so eindeutig sind die Trends in den beiden anderen Altersgruppen. Allerdings lässt sich ebenfalls ein Rückgang der Inzidenzen bei den 80-89-Jährigen feststellen. In der Gruppe der 90-Jährigen und Älteren scheint es dagegen einen starken Trend zu geben, nach dem die Inzidenzen im Laufe der Zeit zunehmen. Da allerdings die Frauen in dieser Altersgruppe und auch die Männer stark unterschätzt werden, ist davon auszugehen, dass die tatsächliche Höhe der Inzidenzen hier noch weitaus höher ausfällt.

4.4.2 Dauer der Pflegeverläufe

Eine weitere Frage, die in Bezug auf den Wandel von Pflegebedürftigkeit von Interesse ist, ist die Frage, ob sich die Dauer der Pflegebedürftigkeit im Laufe der Zeit verändert hat. Es geht also mit anderen Worten um die Frage, ob die Verweildauer in der Pflegebedürftigkeit in den letzten Jahren zu- oder abgenommen hat. Um diesbezüglich eine Antwort zu finden, wurden Analysen durchgeführt, welche in der Art der Vorgehensweise den Analysen in Abschnitt 4.3.1 entsprechen. Allerdings wurden die hier durchgeführten Analysen nach Jahren aufgliedert und es wurde zum Zwecke einer besseren Übersichtlichkeit eine etwas veränderte Darstellungsweise ausgewählt. An dieser Stelle werden nun keine Überlebenskurven (Survivorfunktionen) dargestellt, sondern es werden die Anteile der überlebenden Pflegebedürftigen zu ausgewählten Zeitpunkten präsentiert. Als Zeitpunkte werden wie bisher 3, 6, 12 und 24 Monate nach dem Eintritt in die Pflegebedürftigkeit berücksichtigt. Den Analysen liegen dabei, wie zuvor, all diejenigen Pflegebedürftigen zugrunde, die mit einem Mindestalter von 60 Jahren erstmalig in ihrem Lebensverlauf Leistungen nach der Sozialen Pflegeversicherung in Anspruch genommen haben.

In diesem Sinne veranschaulicht Abbildung 63 zunächst die Ergebnisse für die Männer. Wie ein erster Blick zeigt, lässt sich in Bezug auf die Veränderung der Dauer der Pflegebedürftigkeit kein eindeutiger Trend feststellen. Dies gilt beispielsweise zum einen für die kurzfristigen Zeitpunkte nach dem Eintritt in die Pflegebedürftigkeit: Hier sind nach drei Monaten die Anteile der Überlebenden mit 74,1% im Jahr 2005 und mit 73,2% im Jahr 2006 zwar erkennbar gegenüber 2004 (70,9%) angestiegen, allerdings lagen bereits 2001 (74,8%) und 2003 (74,5%) ähnlich hohe Werte vor. Analoge Ergebnisse können für die Zeitpunkte 6 Monate und 12 Monate nach Beginn der Pflegebedürftigkeit festgestellt werden. Zum anderen lässt sich ebenfalls nach längeren Zeiträumen kein eindeutiger Trend feststellen: Selbst nach 24 Monaten variieren die An-

teilswerte der Überlebenden in den einzelnen Jahren noch erkennbar.⁵⁶ Liegen diesbezüglich die Werte zwar in den Jahren 2005 und 2006 über den Werten von 2004, so finden sich jedoch ähnlich hohe Werte für die Eintrittsjahre 2000 bis 2003.

Ein leicht verändertes Bild ergibt sich für die pflegebedürftigen Frauen, für die die dementsprechenden Werte in Abbildung 64 dargestellt sind. Es fällt auf, dass die jährlichen Anteilswerte etwas weniger stark variieren. Allerdings gilt auch im Falle der Frauen, dass sich ein deutlicher Trend in der Entwicklung der Dauer der Pflegebedürftigkeit nicht abzeichnet. So finden sich nach drei, sechs und zwölf Monaten relativ hohe Überlebenswerte in den Jahren 2001 und 2002, die in den folgenden Jahren leicht zurückgehen und dann wieder leicht ansteigen, so dass sich ein schwacher u-förmiger Verlauf andeutet, jedoch nicht eindeutig feststellbar ist. Als Beispiel kann der Zeitpunkt zwölf Monate nach Pflegeeintritt betrachtet werden: So überlebten aus dem Eintrittsjahr 2001 ca. 72,7% der Frauen. Im Anschluss daran sanken die Werte 2002 (71,9%) und 2003 (70,2%) ab und stiegen dann wieder 2004 (71,5%) und 2006 (72,6%) an. Eine Ausnahme bildet hier das Jahr 2005 mit 70,9% Überlebenden.

Damit lässt sich insgesamt festhalten, dass sich Trends in der Dauer der Pflegebedürftigkeit in dem zugrunde liegenden und relativ kurzen Zeitraum nicht abzeichnen. Da allerdings in den letzten Jahren die Überlebenschancen in geringfügiger Weise angestiegen sind, könnte es sein, dass sich diese Verbesserung in der nächsten Zeit fortsetzt. Ob es sich dabei jedoch tatsächlich um einen Trend handelt, welcher zugleich zukünftig fortschreitet, kann nur in einigen Jahren genauer ermittelt werden.

Um allerdings trotzdem noch einmal einen genaueren Einblick in den Wandel der Pflegebedürftigkeit zu gewinnen, wie er bis heute vorliegt, wurden die bisherigen Analysen zusätzlich nach den drei Pflegestufen differenziert. Die dazugehörigen Ergebnisse können der Abbildung 65 (Männer) und der Abbildung 66 (Frauen) entnommen werden. Beide Abbildungen verdeutlichen, dass selbst bei der differenzierten Darstellung nach Pflegestufen kein eindeutiger Trend bezüglich der Dauer der Pflegebedürftigkeit festgestellt werden kann. So schwanken die Anteile der Überlebenden in den drei Pflegestufen zu allen gemessenen Zeitpunkten. Dies gilt sowohl für die männlichen wie für die weiblichen Pflegebedürftigen.

Wie oben bereits ausgeführt, ist der Zeitraum der berücksichtigten fünf Jahre möglicherweise zu kurz, um eindeutige Trends bezüglich der Veränderungen in der Dauer der Pflegebedürftigkeit aufdecken zu können.

⁵⁶ Hierbei ist besonders das Jahr 2006 mit Vorsicht zu interpretieren. Denn da das Beobachtungsfenster vom 1.1.2000 bis zum 31.12.2007 reicht, können nicht alle Personen, die irgendwann im Jahre 2006 pflegebedürftig wurden auch tatsächlich 24 Monate untersucht werden.

Abbildung 63: Anteil der Überlebenden nach Dauer und Eintrittsjahr (Männer)

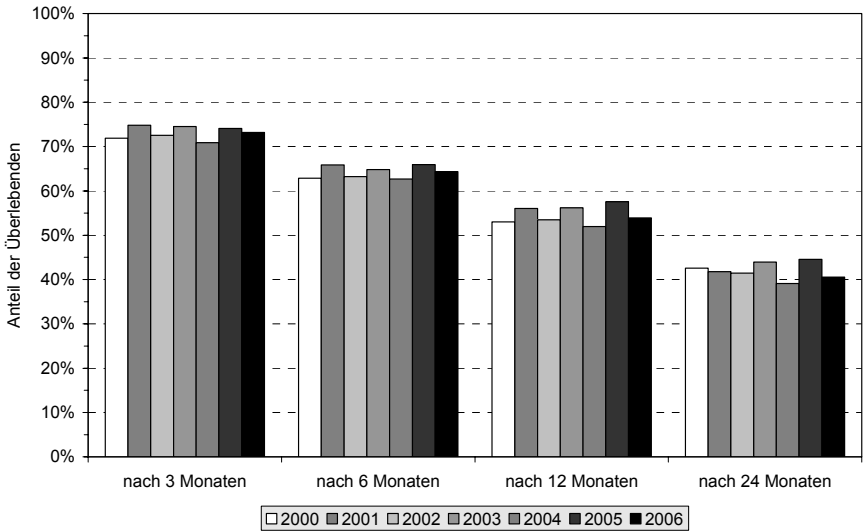


Abbildung 64: Anteil der Überlebenden nach Dauer und Eintrittsjahr (Frauen)

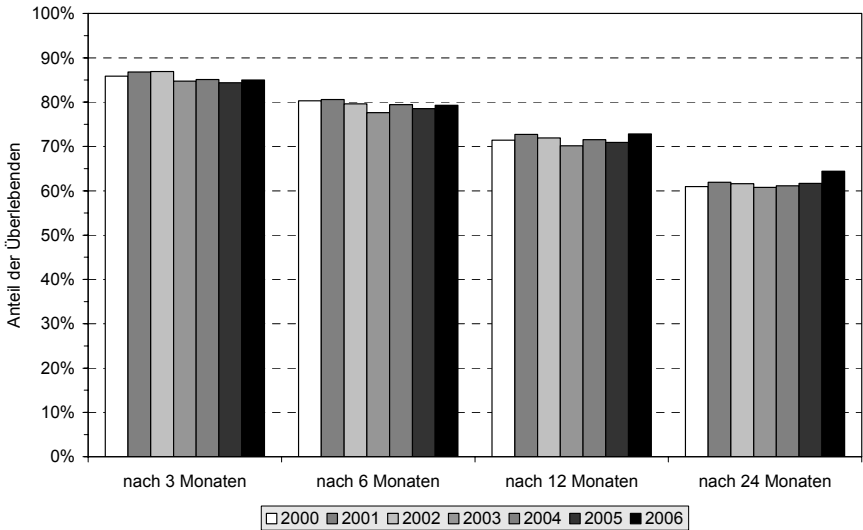


Abbildung 65: Überlebende nach Dauern, Pflegestufe und Eintrittsjahr (Männer)

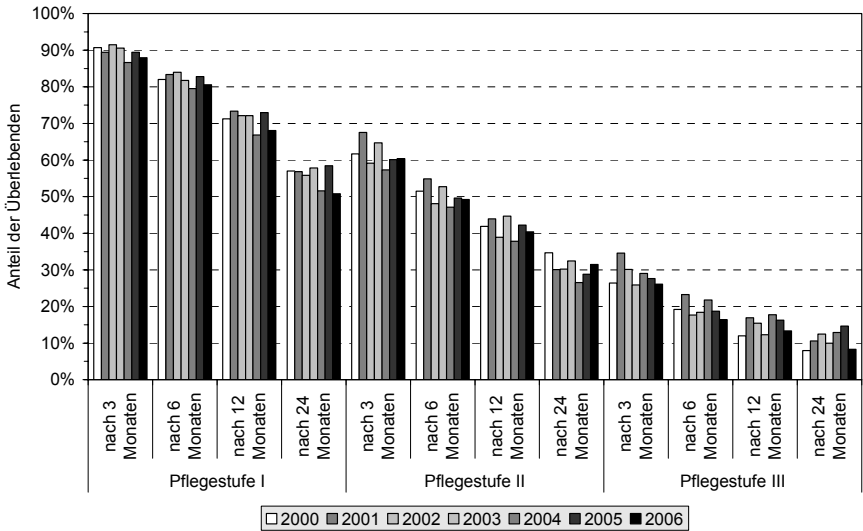
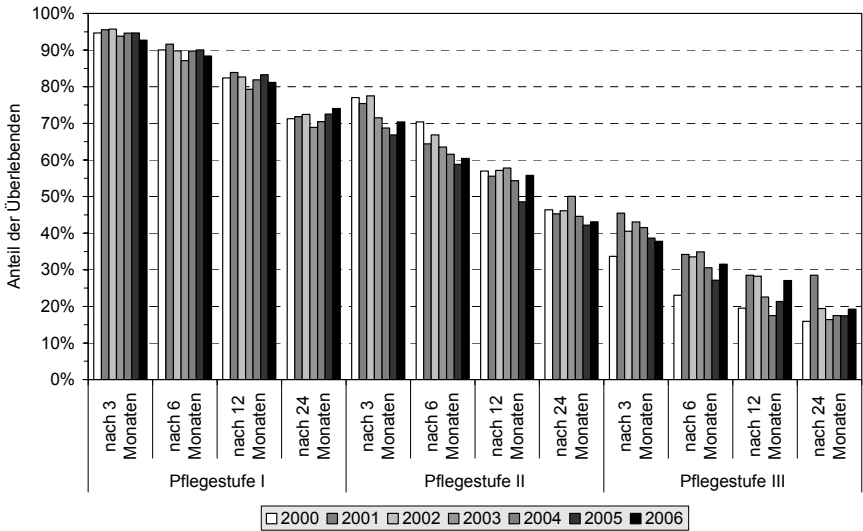


Abbildung 66: Überlebende nach Dauern, Pflegestufe und Eintrittsjahr (Frauen)



4.4.3 Veränderung des Sterbeorts

Eine weitere Fragestellung, die eng mit der Pflegebedürftigkeit zusammenhängt und auf die in diesem Abschnitt eingegangen werden soll, betrifft die Veränderungen des Sterbeortes. Während in den letzten Jahrhunderten der Tod nämlich meist relativ überraschend (auch in jüngeren Jahren) durch z. B. Infektionskrankheiten auftreten konnte, herrschen heutzutage in erster Linie chronisch-degenerative Erkrankungen vor, die vor allem durch die höhere Lebenserwartung bedingt sind.⁵⁷ Letztgenannte Erkrankungen können dabei oftmals zu Pflegebedürftigkeit führen. Und da sich zudem weit reichende Veränderungen in den Familienstrukturen (z. B. längere Lebenserwartung, geringere Geburtenraten, weniger Verheiratete) ergeben haben, steht der steigenden Anzahl Pflegebedürftiger eine immer geringere Anzahl von Pflegenden gegenüber.

Eine weitere Folge dieser veränderten Strukturen hat auch dazu geführt, dass seit einiger Zeit ein Trend festzustellen ist, der deutlich aufzeigt, dass das Sterben zunehmend in Institutionen – z. B. in Krankenhäusern oder Pflegeheimen – stattfindet (Bickel 1998, Fischer et al. 2004, Voges 2008: 156f.). Oftmals wird deshalb auch von einer Institutionalisierung des Sterbens gesprochen. Um diesen Trend genauer zu analysieren, wurde wiederum auf die GEK-Daten der Jahre 2000 bis 2007 zurückgegriffen, wobei all diejenigen Personen berücksichtigt wurden, die in einem Alter von mindestens 60 Jahren verstorben sind. Dies waren 2000 bis 2007 insgesamt 22.315 Männer und 11.827 Frauen. Inwiefern sich diese auf die unterschiedlichen Sterbeorte nach Jahren verteilen, ist in Abbildung 67 (Männer) und in Abbildung 68 (Frauen) dargestellt.

Wie sich zeigt, verstarb von den Männern im Jahre 2000 ein Anteil von 37,2% in Privathaushalten. Weitaus mehr Männer verstarben dagegen in Institutionen. Den größten Anteil unter diesen Sterbeorten machen mit 51,0% die Krankenhäuser aus. Weitere 8,8% entfallen dagegen auf die Pflegeheime. Ein Anteil von 3,0% konnte dagegen nicht eindeutig den Krankenhäusern oder Pflegeheimen zugeordnet werden. So könnte es sich bei diesem Anteil z. B. um Pflegebedürftige handeln, die stationäre Pflegeleistungen bezogen haben, aber zuletzt in einem Krankenhaus verstorben sind. Insgesamt betrug der Anteil der Männer, der in Institutionen verstorben ist, damit 62,8%.

Betrachtet man das Bild der Frauen im Jahr 2000, dann wird deutlich, dass sich dieses erheblich vom Bild der Männer unterscheidet. Während zwar mit 36,3% ähnlich viele Frauen in Privathaushalten versterben, liegt der Anteil der Verstorbenen in Pflegeheimen mit 20,2% mehr als doppelt so hoch wie bei den Männern. Entsprechend geringer fällt mit 36,3% der Anteil in den Krankenhäusern aus und weitere 7,2% verstarben in einer der beiden letztgenannten Institutionen. Im Großen und Ganzen liegt damit der Anteil des institutionalisierten Todes bei den Frauen mit 63,7% nur geringfügig über dem der Männer.

⁵⁷ Siehe hierzu ausführlich Borchert (2008: 9ff.).

Abbildung 67: Sterbeort nach Jahr (Männer)

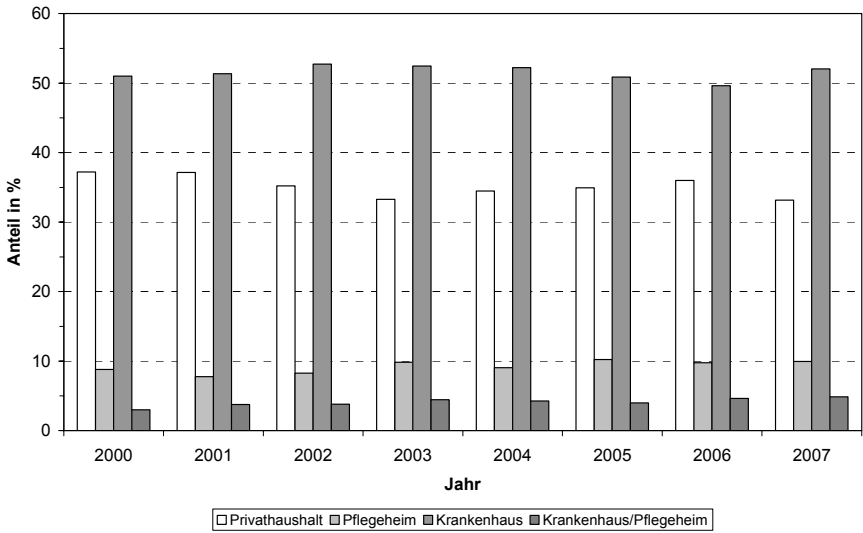
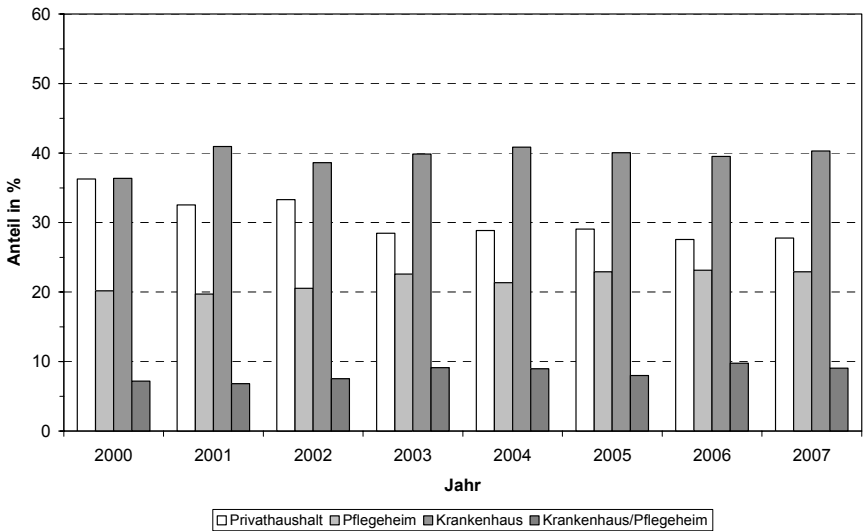


Abbildung 68: Sterbeort nach Jahr (Frauen)



Betrachtet man nun die Veränderungen innerhalb des Sterbeortes über die Zeit hinweg, so zeigt sich ein vorsichtiger Trend, nach dem eine Verschiebung der Verstorbenenanteile von Privathaushalten in Institutionen stattfindet. Dies wird an den Werten des Jahres 2007 besonders deutlich: Wirft man hier einen Blick auf die Werte der Männer, dann verteilen sich die einzelnen Sterbeorte nunmehr folgendermaßen: 33,2% der Verstorbenen entfallen auf die Privathaushalte, 52,0% auf Krankenhäuser, 9,9% auf Pflegeheime und 4,9% auf Krankenhäuser oder Pflegeheime. Der Gesamtanteil in Institutionen beträgt somit 66,8% und liegt damit 2007 um 4,0 Prozentpunkte höher als im Jahre 2000.

Weitaus deutlichere Veränderungen haben sich demgegenüber bei den Frauen ereignet. Hier ist es vor allem der Anteil der 2007 in Privathaushalten Verstorbenen, der deutlich gesunken ist und nun 27,8% beträgt. Die Anderen Sterbeorte sind mit 22,9% (Pflegeheime), 40,3% (Krankenhäuser) und 9,0% (Krankenhaus/Pflegeheim) vertreten. Damit ergibt sich in der Gesamtbetrachtung eine Institutionalisierungsquote von 72,3%, die – im Vergleich zu 2000 – um 8,5 Prozentpunkte angestiegen ist. Die Institutionalisierung gewinnt daher für Frauen noch mehr als für die Männer an Bedeutung.

Fasst man die Ergebnisse zusammen, dann kann gesagt werden, dass etwa zwei Drittel der Männer und fast drei Viertel der Frauen in Institutionen versterben. Hier nimmt einerseits das Krankenhaus als Sterbeort für beide Geschlechter eine herausragende Stellung ein. Andererseits gewinnen jedoch auch immer mehr die Pflegeheime an Bedeutung. Letztere sind insbesondere für die weiblichen Pflegebedürftigen von Relevanz, denn für sie liegt der Anteil der Pflegeheime als Sterbeort mehr als doppelt so hoch wie der entsprechende Anteil bei den Männern. Darüber hinaus ist bis zum gegenwärtigen Zeitpunkt keine Umkehr des Trends der Institutionalisierung des Todes festzustellen. Vielmehr scheint sich dieser Prozess ungehindert weiterzuentwickeln, so dass in Zukunft von einer noch größeren Wahrscheinlichkeit des Sterbens in Institutionen ausgegangen werden muss.

4.4.4 Zusammenfassendes Fazit

Während in den anderen Abschnitten der Eintritt in die Pflegebedürftigkeit und die daran anschließenden Pflegekarrieren untersucht wurden, stand in Abschnitt 4.4 die Frage nach dem Wandel der Pflegebedürftigkeit im Vordergrund. Dabei wurde analysiert, ob sich in Bezug auf die Pflegebedürftigkeit unterschiedliche Trends im Zeitverlauf feststellen lassen oder nicht. Diesbezüglich wurden schließlich drei besondere Aspekte näher beleuchtet: Als erstes wurde das Thema Inzidenzen aufgegriffen, da diesbezüglich nur sehr wenige Informationen aus der amtlichen Statistik hervorgehen und es daher gegenwärtig nur bedingt möglich ist, Aussagen über die unterschiedlichen Eintrittsrisiken in die Pflegebedürftigkeit zu treffen. Darüber hinaus wurde zweitens die Dauer der Pflegebedürftigkeit genauer betrachtet. Auch diesbezüglich liegt noch kein Wissen vor, ob sich die Pflegebedürftigkeit in den letzten Jahren verlängert oder verkürzt hat. Zuletzt wurde drittens der Sterbeort untersucht. Dieser bildet sozusagen das Ende der Pflegekarriere, weshalb sich auch hier die Frage stellt, ob sich diesbezüglich

Veränderungen oder gar Trends feststellen lassen. Insgesamt konnten die folgenden Ergebnisse zusammengefasst werden:

Inzidenzen: Die Inzidenzen geben die Zahl der neu auftretenden Fälle von Pflegebedürftigkeit je Jahr wieder, wobei hier die Jahre 2001, 2003, 2005, 2007 berücksichtigt wurden. Damit verdeutlichen sie das Risiko bzw. die Wahrscheinlichkeit, als Nicht-Pflegebedürftiger in einem Jahr erstmalig pflegebedürftig zu werden. Bei den Inzidenzen handelt es sich also um Zugangspopulationen, während in der amtlichen Statistik zumeist Prävalenzen ausgewiesen werden, die sich auf Bestandspopulationen bezieht. Da diese Zahlen nicht unmittelbar miteinander vergleichbar sind und nur bisher wenige Kenntnisse über Inzidenzen bestehen, ist es besonders interessant zu untersuchen, ob sich bezüglich des Risikos, pflegebedürftig zu werden, besondere Trends im zeitlichen Verlauf herausstellen oder nicht. Wie die Ergebnisse verdeutlichen, scheint es eine Tendenz zu geben, nach der die Inzidenzen bis in die Gruppe der 80-89 leicht zurückgehen, während sie in der Gruppe der 90-Jährigen und Älteren leicht zugenommen haben. Die Inzidenzen in den Gruppen der 60-69-Jährigen und der 70-79-Jährigen ändern sich dagegen nur geringfügig; bei beiden zeigt sich ein leichter Rückgang.

Dauer der Pflegeverläufe: Bezüglich der Dauer der Pflegebedürftigkeit wurde untersucht, ob sich diese in den letzten Jahren verlängert oder verkürzt hat und ob sich diesbezüglich ein Trend absehen lässt. Erste Analysen untersuchten hierbei die Überlebenszeiten von Männern und Frauen nach ihrem erstmaligen Eintritt in die Pflegebedürftigkeit in den Jahren 2000-2006. Hierzu wurden – nach dem Pflegeeintritt – die Anteile der überlebenden pflegebedürftigen Personen nach 3, 6, 12 und 24 Monaten gemessen. Ein tatsächlicher Trends oder markante Veränderungen konnten allerdings nicht festgestellt werden. So liegen beispielsweise die Anteile der überlebenden Männer, über alle betrachteten Jahre im Durchschnitt, nach dem 3. Monat bei 73,1 %, nach dem 6. Monat bei 64,2 %, nach dem 12. Monat bei 54,6 % und nach 24. Monaten bei 42,0 %. Die Werte der Frauen betragen hingegen 85,5 % (3. Monate), 79,3 % (6. Monat), 71,6 % (12. Monat) und 61,8 % (24. Monat.). Die Abweichungen zwischen den Jahren unterscheiden sich dabei nur geringfügig. Mal fallen sie etwas höher, mal etwas niedriger aus. Ein wirklicher Trend konnte dabei nicht entdeckt werden. Dies gilt auch dann, wenn man die Anteile der Überlebenden nach Jahren zusätzlich noch nach Pflegestufen differenziert. Hierbei wird lediglich sichtbar, dass bei beiden Geschlechtern die Überlebenschancen besser ausfallen, je niedriger die Pflegestufe beim Pflegeeintritt ist.

Veränderung des Sterbeorts: Seit einigen Jahren ist bekannt, dass sich der Tod im Allgemeinen immer mehr in Institutionen (z. B. im Pflegeheim oder im Krankenhaus) verlagert hat. Dieser Befund konnte auch mit den GEK-Daten dargestellt werden. So verstarben etwa zwei Drittel der Männer und fast drei Viertel der Frauen in Institutionen. Dies gilt z. B. im Jahr 2000 für 62,8 % der Männer und 63,7 % der Frauen, während die Werte für 2007 bei 66,8 % (Männer) und 72,3 % (Frauen) liegen. Damit wird deutlich, dass zum einen der institutionalisierte Tod zunimmt und zum anderen, dass insbesondere Frauen von diesem in verstärktem Maße betroffen sind.

5 Schwerpunktthema: Medizinische Versorgung in Pflegeheimen

Am 6.9.2005 titelte die Süddeutsche Zeitung: „Pflegeheime. Ärztliche Versorgung miserabel“ (Loerzer 2005). Es gäbe keine adäquaten Strategien für die ärztliche Versorgung; Bayerische Modellvorhaben seien sang- und klanglos untergegangen, und mit ursächlich für die Misere sei die zu geringe finanzielle Honorierung der ärztlichen Leistungen im Pflegeheim. Am 07.11.2005 berichtete der „Report“ aus Mainz im Fernsehen über „Sinnlose Noteinsätze – Wie Ärzte alte Menschen unnötig ins Krankenhaus schicken“ (Report Mainz 2005). Außerdem erschien 2005 die „Studie zur ärztlichen Versorgung in Pflegeheimen“ (SÄVIP), die von medizinischen Versorgungslücken im Pflegeheim berichtet (Hallauer et al. 2005). Vielen Verantwortlichen ist die besondere Situation im Pflegeheim bewusst und es wird versucht, die Berichterstattung moderater zu interpretieren. So schreibt z. B. der BKK Landesverband Bayern zusammen mit der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns (2007): „Außerdem habe die Umfrage der KVB in allen bayerischen Pflegeheimen im Herbst 2005 gezeigt, dass vor allem die medizinische Versorgung durch die niedergelassenen Hausärzte in weiten Teilen sehr gut funktioniere“. Offen bleibt dabei, was außerhalb der „weiten Teile“ passiert und wie es um die Versorgung mit Fachärzten bestellt ist.

Die empirischen Grundlagen der Debatten um die medizinische Versorgung bilden aber nur einige Fallbeispiele und wenige quantitative Studien, die zudem deutliche methodische Schwächen aufweisen. So beruhen die Informationen über die Erkrankungen, die Bedarfe und Versorgung in den größten Studien ausschließlich auf Aussagen der Pflegeleitung oder der Pflegekräfte (so bei Tews 1982; Schneekloth/Müller 1997; der SÄVIP-Studie von Hallauer et al. 2005 und der Basiserhebung der MuG IV-Studie herausgegeben von Schneekloth/Wahl 2007).

Seitens der Pflegewissenschaften wird die medizinische Versorgung in Pflegeheimen nicht zentral thematisiert. So findet sich in umfassenden Werken zur Pflegewissenschaft oder zur Pflegequalität (z. B. Görres et al. 1996; Blonski 2001; Schröter/Rosenthal 2005) keine Ausführungen über die Zusammenarbeit und das Zusammenwirken von Pflegekräften und Medizinern bezüglich der Versorgung der Patienten und Pflegebedürftigen. Die meisten Studien und Debatten über die Altenpflege sind geprägt von den Themen Demenz, Lebensqualität, Pflege und Pflegequalität, Lebensende, Assessment-Instrumente (Wahl/Schneekloth 2007: 39). Ein Thema, das regelmäßig zu kurz kommt, ist dagegen die medizinische Versorgung pflegebedürftiger Personen. Wenn dieses Thema doch angeschnitten wird, geht es dabei zumeist um die Arzneimittelversorgung bei Demenz oder allgemein um die Verordnung von Psychopharmaka (z. B. Kasten 1993; Weyerer 1993; Wilhelm-Göbbling 1998; Zimmer 1998; Stelzner et al. 2001; Hach et al. 2004; Bockenheimer-Lucius 2007). Lediglich die MuG-Studien (Schneekloth/Müller 1997; Schneekloth/Wahl 2007) informieren in begrenztem Maße über die Leistungsangebote der Heime und die Organisation der Arztkontakte (Schneekloth/von Törne 2007: 65ff.) sowie über die Bedarfslage, die Versorgung mit Hilfs-

mitteln und mit Heilmitteln, die Zahl der Krankenhausaufenthalte und der zahnärztlichen Kontrollen (Schneekloth/von Törne 2007: 100ff.).

Die Versorgungsqualität im Pflegeheim wird zumeist mit Fokus auf den pflegerischen Bereich betrachtet (z. B. Roth 2002; MDS 2004; 2007; Schneekloth/Wahl 2007). In erster Linie ist hier die gesetzlich festgelegte Qualitätskontrolle durch den MDK zu nennen. Im Pflege-Qualitätssicherungsgesetz (PQsG), das 2002 in Kraft getreten ist, wurde dem MDK in § 118 Abs. 4 SGB XI die Aufgabe übertragen, im Abstand von drei Jahren u. a. über die Ergebnisse seiner Qualitätsprüfungen in ambulanten Pflegediensten und stationären Pflegeeinrichtungen sowie über seine Erkenntnisse zum Stand und zur Entwicklung der Pflegequalität und zur Qualitätssicherung zu berichten. Diese Qualitätsberichte wurden bislang in den Jahren 2004 (MDS 2004) und 2007 (MDS 2007) veröffentlicht. Darin berücksichtigt sind allerdings nur pflegerische Aspekte. Wie viele und welche Arztkontakte zu den Heimbewohnern hergestellt werden, inwieweit die Medikation im sinnvollen Maße erfolgt, ob Krankenhausaufenthalte im sinnvollen Maße eingeleitet oder gar rehabilitative Maßnahmen ergriffen werden, sind Aspekte, die nicht nur in diesen Berichterstattungen, sondern auch in fast allen anderen Studien zur Qualität der Altenpflege ausgeblendet werden. Eine institutionelle Qualitätssicherung der medizinischen Versorgung im Regelungsbereich des SGB XI (Pflegeversicherung) fehlt bislang noch (Sauerbrey 2008: 11).

In Anbetracht der gesundheitlichen Situation der Pflegeheimbewohner wird deutlich, dass eine bessere medizinische Versorgung in vielen Bereichen dazu angetan wäre, die Situation für die Bewohner angenehmer zu gestalten. Über die Qualität, Humanität und Wirtschaftlichkeit der medizinischen Versorgung im Allgemeinen heißt es in § 70 Abs. 1 SGB V: „Die Krankenkassen und die Leistungserbringer haben eine bedarfsgerechte und gleichmäßige, dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechende Versorgung der Versicherten zu gewährleisten. Die Versorgung der Versicherten muss ausreichend und zweckmäßig sein, darf das Maß des Notwendigen nicht überschreiten und muss in der fachlich gebotenen Qualität sowie wirtschaftlich erbracht werden“. Noch schärfer formuliert dies die Bayrische Landesärztekammer: „'Menschen würdig pflegen' – zu diesem Postulat gibt es keine moralische, ethische und kulturelle Alternative oder gar nur Relativierung, auch nicht was das Geld anbelangt“ (BLÄK 2006: 54). Dem entsprechend müsste auf die vorhandenen Krankheitsbilder und altersbedingten Bedarfe von ärztlicher Seite eingegangen werden. Die Bewohner in Pflegeheimen sind bedingt durch Erkrankungen und Behinderungen ins Pflegeheim gelangt. Ein steter ärztlicher Kontakt ist daher erforderlich, wenn man der Prämisse der Garantie einer notwendigen medizinischen Versorgung folgen will. Bei manchen Erkrankungen sollten ständige Kontrollen erfolgen, bei manchen Erkrankungen helfen spezielle Medikamente, bei manchen Erkrankungen können rehabilitative Maßnahmen das Leid lindern oder gar dazu beitragen, dass die pflegebedürftige Person wieder selbstständig(er) leben kann. Bei einigen Erkrankungen reichen regelmäßige Kontakte zum Allgemeinmediziner und in anderen Fällen sind regelmäßige Kontakte zu Fachärzten nötig.

In vielen Bereichen wird eine ausreichende Versorgung festgestellt. So beschreiben Hallauer et al. (2005: 39ff.) die Medikation bei Herz-/Kreislaufkrankungen, Diabetes

und Harninkontinenz als angemessen; Schneekloth und von Törne (2007: 106) stellen fest, dass die Versorgung mit Hilfsmitteln gewährleistet ist. Bezüglich der Zahl der Facharztkontakte wird aber immer wieder von einer Unterversorgung gesprochen (z. B. Schäufele et al. 2007: 199; Hallauer et al. 2005: 46; Tews 1982: 82; Hartwig et al. 2005: 277). Eine nicht adäquate Medikation wird besonders im Bereich der Psychopharmaka festgestellt (z. B. Weyerer 1993: 185; Wilhelm-Gößling 1998: 1005; Hallauer 2005: 35; Hartwig et al. 2005: 278; Schäufele et al. 2007: 200).

Trotz einiger vorhandener Studien (s. o.) wird die derzeitige Datenlage zur Beurteilung der medizinischen Leistungen im Pflegeheim von Jürgen Brüggemann, Fachgebietsleiter Qualitätsmanagement Pflege beim MDS, als nicht ausreichend bezeichnet (Hibbeler 2007). Um die deutlich vorhandenen Forschungslücken zumindest in Teilen zu schließen, wird in diesem Kapitel die medizinische Versorgung in Pflegeheimen beleuchtet. Hierzu werden die Routinedaten der GEK ausgewertet.

Abschnitt 5.1 beschreibt daher zunächst die verwendete Datenbasis. In Abschnitt 5.2 wird dann die Morbidität der Heimbevölkerung analysiert. Vor dem Hintergrund dieser Beschreibung wird sodann die medizinische Versorgung im Pflegeheim untersucht. Abschnitt 5.3 beschreibt die angewandte Methodik der Analyse der ärztlichen Versorgung von Pflegeheimbewohnern. Insbesondere wird ein Blick auf die Arztkontakte (Abschnitt 5.4), die Arzneimittelversorgung (Abschnitt 5.5), den Zugang zu rehabilitativen Maßnahmen (Abschnitt 5.6) und die Krankenhausversorgung (Abschnitt 5.7) geworfen. Abschließend wird in Abschnitt 5.8 diskutiert, welche Stärken und Schwächen in der medizinischen Versorgung im Pflegeheim erkennbar sind und welcher Handlungsbedarf daraus möglicherweise ableitbar ist. In diesem Zusammenhang werden einige spezielle Versorgungsmodelle diskutiert. Darunter fallen das Heimarzt-Modell oder das Kooperationsmodell.

5.1 Datenbasis für die Messung der medizinischen Versorgung

Medizinische Leistungen können in Diagnostik und Therapie gegliedert werden. Auf Basis der in dieser Studie zugrunde gelegten Daten ist es nicht möglich, die Diagnostik zu bewerten. Daher werden die Diagnosen als gegeben unterstellt und es wird ausgehend von festgestellten Diagnosen geprüft, ob die Therapie angemessen ist. Das Untersuchungsdesign ist dabei so angelegt, dass die medizinische Versorgung unter Berücksichtigung demografischer Aspekte, der Pflegebedürftigkeit, der SPV-Leistungen und des Gesundheitszustands betrachtet wird.

Abschnitt 5.1.1 beschreibt dabei zunächst die Konstruktion der Variablen (Alter, Geschlecht, Familienstand, Gesundheitszustand, SPV-Leistung und Pflegestufe), die in den Analysen verwendet werden. In Abschnitt 5.1.2 werden dann die Grundauszählungen dieser Variablen präsentiert, um einen ersten Überblick zu geben, wie sich die Personen über die gemessenen Merkmale verteilen.

5.1.1 Variablenkonstruktion

Die Definition der Versorgungsleistungen wird in den jeweiligen Abschnitten genauer beschrieben. Es handelt sich dabei um die Häufigkeit der Behandlungsfälle durch die genannten Arztgruppen, die definierten Tagesdosen (= daily defined dose = DDD) je Medikamentengruppe, die Zahl der Aufenthalte in stationären Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen, die Zahl der Heilmittleinheiten sowie die Zahl der Krankenhausaufenthalte. Zur Analyse werden diese Versorgungsleistungen differenziert für verschiedene Personengruppen gemessen. Die Differenzierungen sind in Tabelle 34 dargestellt. Unterschieden wird nach Alter am 31.12.2005, nach Geschlecht, nach Familienstand sowie nach ärztlich dokumentierten Erkrankungen in den Jahren 2004 oder 2005. Die Definitionen der Erkrankungen ergeben sich in der Regel aus der Zusammenfassung der Erkrankungen in Kapiteln oder Gruppen durch das Deutsche Institut für medizinische Dokumentation und Information (DIMDI 2005) auf Basis der International Classification of Diseases (ICD-10). Differenzierter gefasste Krankheiten sind Demenz, Depression u. a., andere psychische Erkrankungen, Parkinson-Syndrom, Schlaganfall, Herzinfarkt sowie andere Herz-/Kreislauf-Erkrankungen. Demenz wird durch das DIMDI als F00-F03 benannt. Es gibt noch weitere Kodierungen, die ebenfalls Rückschlüsse auf Demenz geben. Hierzu gehören z. B. die F10.7 (Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol), in der Alkoholdemenz aufgeführt wird. Diese und andere Formen von Demenz, die zudem teilweise nicht so klar gegenüber anderen Krankheiten abgegrenzt sind, treten aber verhältnismäßig selten auf (Schäufele et al. 2007: 195) und werden daher hier außer Acht gelassen. Die Depression und die bipolaren Störungen werden durch das DIMDI in die Gruppe der affektiven Störungen zusammengefasst. In diese Gruppe werden aber auch manische Episoden gefasst (F30) sowie nicht näher bezeichnete affektive Störungen (F39). Manische Episoden und die Restkategorie „nicht näher bezeichnete affektive Störungen“ werden im Folgenden nicht eingerechnet, wenn affektive Störungen untersucht werden. Hinzugefügt wurde hingegen die Kodierung F06.3 aus der Gruppe der organischen, einschließlich symptomatischen psychischen Störungen, da mit dieser Kodierung die organisch begründeten affektiven (depressive, aber auch manische und gemischte) Störungen abgebildet sind, die ein erhebliches Volumen aufweisen. Die Restkategorie „andere psychische Erkrankungen“ bildet alle psychischen und Verhaltensstörungen nach Kapitel V der ICD-10-Klassifikation ab, die nicht durch Demenz, Störungen durch psychotrope Substanzen, Schizophrenie u. a. oder Depression u. a. gefasst sind. Das Parkinson-Syndrom ist direkt durch die ICD-10-Klassifikation benannt. G20 bezeichnet das primäre und G21 das sekundäre Parkinson-Syndrom. Zudem bezeichnet G22 das Parkinson-Syndrom bei anderorts klassifizierten Krankheiten. Die Definition von Schlaganfall wird in der Literatur unterschiedlich vorgenommen. Das Landesinstitut für Gesundheit und Arbeit Nordrhein-Westfalen (2002) definiert Schlaganfall noch als ICD-10 I60-I66. Wagner und Fleer definieren Schlaganfall dagegen als ICD-10 I60-I64 oder I69 (2007). In der vorliegenden Studie wird Schlaganfall entsprechend des QSR-Abschlussberichts (AOK-Bundesverband et al. 2007: 132) mit I61, I63-I64 definiert. Aus eigenen Auszählungen mit den GEK-Krankenhausdaten für die Jahre 2004 und 2005 ergeben sich innerhalb der Diagnosegruppe I60-I69 insgesamt nur 4% mit den Diagnosen I60, I62

und I69. Die Definition des Herzinfarkts wurde ebenfalls vom QSR-Abschlussbericht übernommen (AOK-Bundesverband et al. 2007: 96). In der Definition enthalten sind der akute Myokardinfarkt (F21) und der rezidivierende Myokardinfarkt (F22).

Tabelle 34: Schematische Darstellung der Variablenkonstruktion

Alter	60-69; 70-79; 80-89; 90+
Geschlecht	Mann; Frau
Familienstand	Verheiratet; nicht verheiratet
Demenz	ambulante oder stationäre Diagnose in 2004 oder 2005 (min. 1 x) ICD10: F00 - F03
Störungen durch psychotrope Substanzen	ambulante oder stationäre Diagnose in 2004 oder 2005 (min. 1 x) ICD10: F10 - F19
Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen	ambulante oder stationäre Diagnose in 2004 oder 2005 (min. 1 x) ICD10: F20-F29
Depression, bipolare Störungen, organische affektive Störung	ambulante oder stationäre Diagnose in 2004 oder 2005 (min. 1 x) ICD10: F31 - F38 (Affektive Störungen: Depression, bipolare Störungen etc.) oder F06.3 (Organische Affektive Störung)
Andere psychische Störungen	ambulante oder stationäre Diagnose in 2004 oder 2005 (min. 1 x) ICD10: F04 - F06.2, F06.4 - F09, F30, F39-F99
Parkinson-Syndrom	ambulante oder stationäre Diagnose in 2004 oder 2005 (min. 1 x) ICD10: G20-G22
Schlaganfall	ambulante oder stationäre Diagnose in 2004 oder 2005 (min. 1 x) ICD10: I61, I63, I64
Herzinfarkt	ambulante oder stationäre Diagnose in 2004 oder 2005 (min. 1 x) ICD10: I21 - I22
Andere HK-Erkrankungen	ambulante oder stationäre Diagnose in 2004 oder 2005 (min. 1 x) ICD10: I00 - I99 ohne I21-I22, I61, I63 und I64
Bösartige Neubildungen	ambulante oder stationäre Diagnose in 2004 oder 2005 (min. 1 x) ICD10: C00-C97
muskuloskeletale Erkrankungen	ambulante oder stationäre Diagnose in 2004 oder 2005 (min. 1 x) ICD10: M00-M99 inklusive Krankheiten des Bindegewebes
Krankheiten des Urogenitalsystems	ambulante oder stationäre Diagnose in 2004 oder 2005 (min. 1 x) ICD10: N00-N99
Pflegestufen	Stufe I; Stufe II; Stufe III zusammen mit Härtefällen
SPV-Leistungen	keine Leistungen; häusliche Pflege; Pflegeheim

Die Untersuchungseinheiten für diese Analysen sind alle GEK-Versicherten, die am 31.12.2005 60 Jahre oder älter waren. Zudem mussten diese Personen durchgängig in den Jahren 2004 und 2005 und mindestens einen Tag im Jahr 2006 bei der GEK versichert sein. Als demografische Merkmale sind das Geschlecht, das Alter und der Familienstand berücksichtigt. Der Gesundheitszustand wurde aus den Daten der ambulanten medizinischen Versorgung und den Daten der stationären medizinischen oder rehabilitativen Versorgung rekonstruiert. Zugrunde gelegt wurden Informationen aus den Jahren 2004 und 2005. Die oben definierten Krankheiten wurden ausgewählt, weil sie als Pflege begründende Diagnosen relevant sind, bei Pflegebedürftigen häufig vorkommen oder Haupttodesursachen sind (s. u.).

Die Zuordnung zu den Erkrankungen richtet sich nach den vergebenen Diagnosen. Diesbezüglich gab und gibt es Diskussionen, inwieweit derartige Messungen in GKV-Routinedaten valide sind. Insbesondere in älteren Dokumentationen sind die Zusatzschlüssel, die angeben, ob eine Diagnose einerseits gesichert ist oder gar im Gegenteil eine Ausschlussdiagnose ist, nicht dokumentiert. Es wurde daher vorgeschlagen, gerade bei chronischen Erkrankungen eine interne Validierung anzuwenden, um entsprechende Unsicherheiten zu vermeiden (Ihle 2005). Zur Validierung der Diagnosen wurde vorgeschlagen, nur diejenigen Fälle zu betrachten, die mindestens in drei Quartalen dieselbe Diagnose erhielten. Eine weitere Möglichkeit zur Validierung ambulanter Diagnosen sei durch den Vergleich mit stationären Diagnosen gegeben oder dadurch, dass die Diagnosen von verschiedenen niedergelassenen Ärzten vergeben wurde. Nach Aussagen von Ingrid Schubert gibt es aber bezüglich des Validierungskonzepts noch keine Überprüfung anhand von Aktenanalysen oder Nachuntersuchungen.⁵⁸ Inwieweit einerseits mit einer Selektion nach bestimmten Validierungskriterien somit richtig klassifizierte Fälle ausgewählt werden oder andererseits durch den Einschluss aller gültigen und gesicherten Diagnosen fehldiagnostizierte Fälle eingeschlossen werden, kann somit nicht beurteilt werden.

Für die vorliegende Analyse wurden diejenigen Fälle als entsprechend erkrankt klassifiziert, bei denen mindestens einmal im ambulanten oder stationären Sektor eine Diagnose vergeben wurde. Dabei durfte der Schlüssel für Ausschluss oder Verdacht nicht gesetzt sein. Die Berücksichtigung der Krankheit auch dann, wenn sie nur in einem Quartal dokumentiert ist, trägt auch dem Umstand Rechnung, dass aktuelle Inzidenzen mit eingeschlossen werden sollen. Diese würden bei nicht berücksichtigt werden, wenn eine höhere Schwelle – etwa von einer entsprechenden Diagnose in mindestens drei Quartalen – als Einschlusskriterium gesetzt worden wäre.⁵⁹

5.1.2 Grundauszählungen

In vielen Studien ist es üblich, Merkmale zwar personenbezogen, aber zu einem Stichtag zu analysieren. Der Grund dafür liegt in der Regel darin, dass die Messung nur zu einem Stichtag stattfindet. Zu diesem Stichtag lassen sich dann die gemessenen Merkmalsausprägungen den jeweiligen Personen zuordnen. Beispielsweise wird ermittelt, ob befragte Personen pflegebedürftig sind. In der entsprechenden Auswertung kann dann nur angegeben werden, wie viele Personen mit bestimmten Merkmalen (z. B. Männer – Frauen) zu dem Stichtag pflegebedürftig sind und wie viele nicht.

Die GEK-Routinedaten sind dagegen Verlaufsdaten: Merkmale werden nicht nur zu einem Zeitpunkt erhoben, sondern kontinuierlich über die Zeit. Jede Person kann

⁵⁸ Aussage vom 16.09.2008 auf dem Kongress „Qualitätsmessung und Qualitätsmanagement mit Routinedaten“ in Potsdam. Ingrid Schubert ist Leiterin der PMV-Forschungsgruppe der Universität zu Köln, in der das Validierungskonzept ausgearbeitet wurde.

⁵⁹ Die Auszählung der Quartale mit entsprechender Diagnose hat im Übrigen ergeben, dass die meisten Diagnosen entweder nur in einem Quartal auftraten oder aber in allen acht Quartalen.

Wechsel in den gemessenen Zuständen erleben. Personen werden pflegebedürftig, ihre Pflegestufe ändert sich oder sie versterben. Man kann also nicht jeder Person kontinuierlich einen Zustand zuschreiben. Die Daten bieten vielmehr die Möglichkeit für Analysen, die Zustandsveränderungen im Zeitverlauf berücksichtigen.

Tabelle 35: Grundauszählung der Versichertenjahre in 2006 in bestimmten Zuständen

	Männer		Frauen	
	Versichertenjahre	Anteil	Versichertenjahre	Anteil
Gesamt	114.622	100,0%	78.672	100,0%
Alter 60 - 69	75.149	65,6%	46.737	59,4%
Alter 70 - 79	31.854	27,8%	22.808	29,0%
Alter 80 - 89	7.181	6,3%	8.095	10,3%
Alter 90+	439	0,4%	1.032	1,3%
nicht Verheiratet	19.184	16,7%	22.733	28,9%
Verheiratet	95.438	83,3%	55.939	71,1%
ohne Pflegeleistungen	110.380	96,3%	73.741	93,7%
Pflege häuslich Stufe I	1.766	1,5%	1.920	2,4%
Pflege häuslich Stufe II	1.203	1,0%	980	1,2%
Pflege häuslich Stufe III + Härtefälle	311	0,3%	278	0,4%
Pflege stationär Stufe I	322	0,3%	574	0,7%
Pflege stationär Stufe II	425	0,4%	775	1,0%
Pflege stationär Stufe III + Härtefälle	216	0,2%	405	0,5%
Demenz	3.181	2,8%	3.569	4,5%
Störungen durch psychotrope Substanzen	8.817	7,7%	3.290	4,2%
Schizophrenie u. a.	983	0,9%	1.319	1,7%
Depression und bipolare Störungen	13.267	11,6%	20.591	26,2%
andere psychische Erkrankungen	28.001	24,4%	28.268	35,9%
Parkinson	1.790	1,6%	1.247	1,6%
Schlaganfall	7.300	6,4%	3.750	4,8%
Herzinfarkt	7.215	6,3%	1.889	2,4%
andere HK-Erkrankungen	92.219	80,5%	66.011	83,9%
bösartige Neubildungen	21.222	18,5%	12.654	16,1%
muskuloskeletale Erkrankungen	84.981	74,1%	64.049	81,4%
Krankheiten im Urogenitalsystem	57.811	50,4%	52.205	66,4%

Aus diesem Grund werden die Grundauszählungen hier nicht personenbezogen durchgeführt. Vielmehr werden die Merkmalsausprägungen je Personentag mit bestimmten Zuständen gemessen. Ein und dieselbe Person kann also in der Auszählung mehrfach auftreten, beispielsweise mit einer Zeit in Pflegestufe I und einer Zeit in Pflegestufe II. Alle Zeiten werden für die unterschiedenen Kategorien zusammenaddiert. Durch eine Division durch 365 werden die in Tagen gemessenen Zeiten in Versichertenjahre mit entsprechenden Ausprägungen umgerechnet. Das Ergebnis ist dann die Grundauszählung der Versichertenjahre für 2006 (Tabelle 35). Die Daten in der Tabelle können dabei aber „konventionell“ interpretiert werden: So verweist beispielsweise ein Anteilswert von 96,3% der Versichertenjahren ohne Pflegeleistungsbezug darauf hin, dass

3,7% der beobachteten Versichertenjahre mit Bezug von Pflegeversicherungsleistungen verbracht wurden. Das entspricht einer Pflegeprävalenz von 3,7% im Querschnitt.

Insgesamt stehen für die Analysen Daten von 195.873 Personen zur Verfügung, die in den Jahren 2004 und 2005 durchgängig und in 2006 mindestens einen Tag versichert waren und im Jahr 2006 mindestens 60 Jahre alt waren. Von diesen hatten 3.926 Personen mindestens eine Episode, in der sie stationär gepflegt wurden. In der Summe sind in den Daten 991.324 stationäre Pflegetage enthalten, die sich wie in Tabelle 2 angegeben verteilen. Die Pflegestufenverteilung entspricht dabei weitgehend der Verteilung der amtlichen Statistik und hinsichtlich der SPV-Leistungen dominiert die häusliche über die stationäre Pflege. In Pflegestufe I ist die Zahl der Versichertenjahre in der häuslichen Pflege 4,1-mal so hoch wie in der stationären Pflege. Dieser Faktor beträgt in Pflegestufe II 1,82, während in Pflegestufe III plus Härtefälle die Anzahl Versichertenjahre annähernd identisch ist. Diese Relationen finden sich ähnlich in der Pflegestatistik des Statistischen Bundesamtes für das Jahr 2005: Dort sind die Faktoren 3,6, 1,6 und 0,99 (vgl. Abschnitt 3.2.3).

5.2 Der Gesundheitszustand der Pflegeheimbewohner

Bevor der Gesundheitszustand der Heimbewohner in Abschnitt 5.2.2 auf Basis der GEK-Routinedaten beschrieben werden, werden in Abschnitt 5.2.1 zunächst die Ergebnisse diesbezüglicher bisheriger Studien referiert, die dann auch dazu dienen können, die eigenen Ergebnisse einzuordnen.

5.2.1 Bisherige Studien zum Gesundheitszustand im Pflegeheim

Wenn Pflegebedürftige ins Heim aufgenommen werden, sind sie immer psychisch und/oder somatisch eingeschränkt (Fasching 2007: 316). Als hauptsächliche pflegebegründende Diagnosegruppen werden psychische und Verhaltensstörungen (23%), Krankheiten des Kreislaufsystems (17,0%), Symptome und abnorme klinische Befunde und Laborbefunde (14,3%) sowie Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes genannt (Wagner/Fleer 2007: 21). Häufige pflegebegründende Diagnosen sind auch Neubildungen mit ca. 12,3% (Wagner/Bruckner 2002: 32). Bei den pflegebegründenden Diagnosen bei Pflegebedürftigen mit Stufe III sind die Neubildungen mit 34% sogar am meisten vertreten. Mehr als die Hälfte der pflegebegründenden Diagnosen aus dem Krankheitsspektrum der Krankheiten des Kreislaufsystems waren Schlaganfalldiagnosen. Betrachtet man die Prävalenzen von Erkrankungen, dann ergeben sich noch weitaus höhere Werte für die einzelnen Diagnosegruppen. Insbesondere psychische Erkrankungen sind sehr häufig. Darunter sind Demenz und Depression die häufigsten psychischen Erkrankungen von Pflegeheimbewohnern. Schätzungen über den Anteil der Demenzen gehen von ca. 1/3 bis ca. 2/3 aus.⁶⁰ Der Anteil der Bewohner

⁶⁰ Ca. 50% geben Hartwig et al. (2005: 276) und Hallauer et al. (2005: 7) an. Becker et al (2003: 260) messen 58% und zu einem Anteil von ca. 2/3 kommen Jakob et al. (2002: 478), Kotek (2005: 52). Schneekloth/Müller (1997: 145) geben hingegen nur einen Anteil von 29,6% an.

mit depressiver Symptomatik wird mit ca. 38 % (Schäufele et al. 2007: 188) bzw. 54 % angegeben (Hartwig et al. 2005: 276). Hohe Prävalenzen bei Bewohnern von Alteleinrichtungen werden außerdem bezüglich Bewegungseinschränkungen (70 %), Herz-/Kreislaufkrankungen (48 %), Kontinenzverlust (48 %), Diabetes (26 %), Sprachstörungen (23 %), Schwerhörigkeit/Taubheit (22 %), starker Sehstörungen (19 %), Schlaganfall (19 %) und sonstiger körperliche Krankheiten (31 %) genannt (Schneekloth/von Törne 2007: 101). 26 % der Todesursachen in Deutschland sind bösartige Neubildungen und knapp 44 % Herz-/Kreislaufkrankungen (Statistisches Bundesamt 2007).

Von derzeit großer Bedeutung in der Literatur und in der Praxis ist die Fehl-, Unter- und Überversorgung von psychisch Erkrankten. Während bezüglich somatischer Erkrankungen oft von adäquatem Versorgungsaufwand berichtet wird, ist dieser bei psychischen Erkrankungen nicht immer gegeben. Deswegen wird im Folgenden ein besonderer Blick auf die im Pflegeheim am häufigsten vorkommenden psychischen Erkrankungen und die entsprechenden Therapien geworfen.

Um zu kontrollieren, wie die Bedarfe sind und ob eine adäquate Versorgung gegeben ist, muss zunächst die Ausgangsgröße definiert werden, nämlich die Erkrankung. Die Bewertung und Klassifizierung der Personen als krank oder nicht krank ist allerdings nicht eindeutig. Dies sei am Beispiel der Demenz dargestellt, die derzeit die am meisten genannte psychische Erkrankung im Altenpflegeheim ist. Dadurch, dass diese Erkrankung nicht einheitlich gemessen oder definiert wird, ergibt sich aktuell bezüglich der berichteten Prävalenz von Demenz eine Spanne von 1/3 bis 2/3 (s. o.). Die Prävalenz ist dabei einerseits durch die der Erhebung zugrunde liegende Ausgangspopulation bestimmt und andererseits durch die Art der Messung.

Zum Effekt der Auswahl der Ausgangspopulation: Als Bezugsgrößen werden teilweise Alten- und Altenpflegeheime gemeinsam (z. B. Beckmann 1992; Schneekloth/Müller 1997; Jakob et al. 2002; Hartwig et al. 2005), teilweise aber auch nur Altenpflegeheime (Hallauer et al. 2005) herangezogen. Nach Aussagen von Becker et al. (2005: 1/24) ist durch die Pflegeversicherung der Anteil der Personen mit erheblichen gerontopsychiatrischem Pflegebedarf in den Heimen kontinuierlich gestiegen. Wie viele Personen im Altenwohnheim ohne Pflegestufe leben und wie sich die Proportion zu den stationär pflegebedürftigen mit Leistungen nach SGB XI verändert hat, lässt sich aber nicht genau ergründen. Das Statistische Bundesamt gibt für das Jahr 2005 an, dass ca. 20 % der Pflegeheime im Sinne des SGB XI auch eine Anbindung an eine Wohneinrichtung (Altenheim, Altenwohnheim, betreutes Wohnen) haben (2006: 19). Durch einen unterschiedlich hohen Anteil von pflegebedürftigen Alten- und Altenpflegeheimbewohnern sind daher einige Differenzen in den Messungen zu erklären.

Zum Effekt der Messmethoden: In der MuG IV-Studie beispielsweise ergibt sicher der Anteil von 46% dementer Bewohner auf Basis der Aussagen der Pflegekräfte (Schneekloth/von Törne 2007: 105). Hallauer et al. (2005: 12) vertreten die Meinung, die Messung des Gesundheitszustands und der medizinische Versorgung über Interviews mit Pflegenden habe sich bewährt. Die Ergebnisse der vertiefenden Untersuchung in der MuG IV-Studie unterschieden sich aber doch sehr deutlich von den Ergebnissen der Pflegekräftebefragung. In der vertiefenden Untersuchung wurde ein Anteil von 69 %

dementer Bewohner ermittelt (Schneekloth/von Törne 2007: 105). In der vertiefenden Untersuchung wurde die Demenz der Bewohner mit Hilfe eines intensiven Pflege- und Verhaltensassessments (PVA) gemessen (Schäufele et al. 2007: 172f.).

5.2.2 Messung des Gesundheitszustands mit GEK-Routinedaten

Für die Messung des Gesundheitszustands beziehen wir uns in der vorliegenden Studie auf die ärztlich gestellten Diagnosen, die in den GEK-Routinedaten dokumentiert sind. Zugrunde gelegt werden dabei sowohl die Daten zur stationären als auch die Daten zur ambulanten ärztlichen Versorgung. Dargestellt werden entsprechend der Relevanz die Prävalenz von psychischen Erkrankungen, Parkinsonerkrankungen, Schlaganfall, Herzinfarkt, sonstigen Herz-/Kreislaufkrankungen, bösartigen Neubildungen, muskuloskeletalen Erkrankungen und Krankheiten des urogenitalen Systems. Die Erkrankungen sind mittels der in Tabelle 34 dargestellten Definitionen gemessen. Die Messungen erfolgen jeweils getrennt für Empfänger von SPV-Leistungen, die stationär gepflegt werden, für Empfänger von SPV-Leistungen, die häuslich gepflegt werden, und für Personen, die keine SPV-Leistungen erhalten. Desweiteren werden die Prävalenzen getrennt für Männer und Frauen und getrennt für die Alterskategorien 60-69 Jahre, 70-79 Jahre, 80-89 Jahre und 90 Jahre und mehr dargestellt, da sich für die meisten Krankheiten deutlich unterschiedliche Prävalenzen in diesen Kategorien ergeben.

Die Messungen erfolgen nicht pro Person, sondern pro Personentag, weil die Personen unterschiedlich lange in dem entsprechenden Zustand sein können. Es wäre nicht angemessen, die Häufigkeit von Personen mit nur kurzer Beobachtungsdauer mit den Häufigkeiten von Personen mit langer Beobachtungsdauer gleichzusetzen. Die in den folgenden Abbildungen dargestellten Prävalenzen sind daher Punktprävalenzen. Sie werden gemessen, indem die Zahl der Tage mit Erkrankungen durch die Gesamtzahl der Personentage dividiert wird. Diese Anteile werden je untersuchter Teilpopulation angegeben (z. B. Männer im Alter von 60-69 Jahren in häuslicher Pflege).

Um das Volumen deutlich zu machen, sind alle Grafiken mit einer Skalierung von 0-100% versehen. Dadurch werden bei kleinen Anteilswerten zwar die Relationen unkenntlicher, aber diese kleinen Anteilswerte haben dann auch nur eine quantitativ geringe Bedeutung für die weitere medizinische Versorgung. Durch die Darstellung der Anteilswerte auf einer Skala von 0-100% werden faktisch nur besonders relevante Unterschiede und besonders relevante Volumen sichtbar.

Die Darstellungen beginnen mit den psychischen Erkrankungen (Abschnitte 5.2.2.1 – 5.2.2.5). Anschließend werden die Prävalenzen des Parkinson-Syndroms (Abschnitt 5.2.2.6), der Herz-/Kreislaufkrankungen (Abschnitte 5.2.2.7 – 5.2.2.9), der bösartigen Neubildungen (Abschnitt 5.2.2.10), der muskuloskeletalen Erkrankungen (Abschnitt 5.2.2.11) und der Krankheiten des Urogenitalsystems dargestellt (Abschnitt 5.2.2.12). Abschließend wird im Abschnitt 5.2.3 die Verteilung des Krankheitsspektrums über die untersuchten Kategorien zusammengefasst.

5.2.2.1 Demenz

Demenz ist ein Syndrom als Folge von Erkrankungen des Gehirns mit Störung der kognitiven und anderer kortikaler Funktionen mit meist progredientem Verlauf (DIMDI 2005: 165). Als dement klassifiziert sind in den Darstellungen die Personen, die 2004 oder 2005 mindestens eine ambulante oder stationäre Diagnose Demenz erhalten haben (ICD10: F00-F03).

Abbildung 69: Prävalenz von Demenzerkrankungen nach Alter, Geschlecht und SPV-Leistung

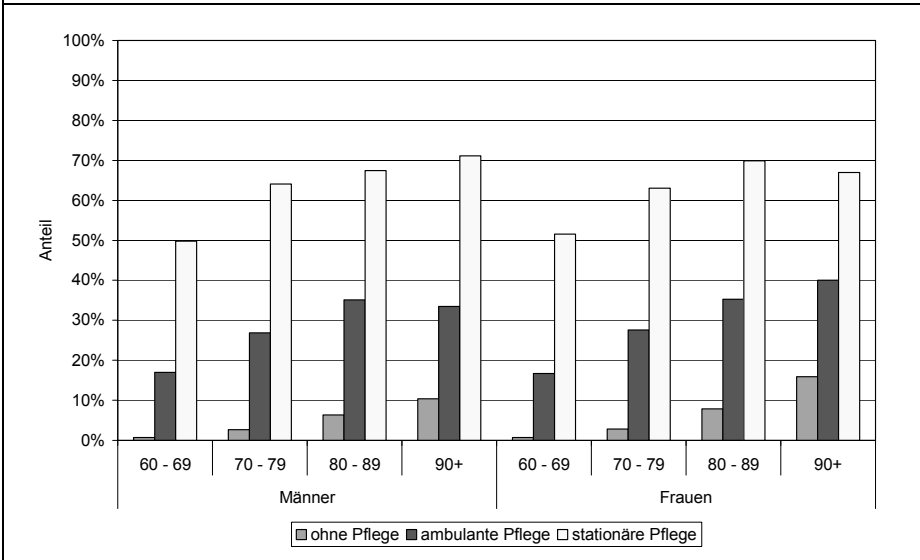


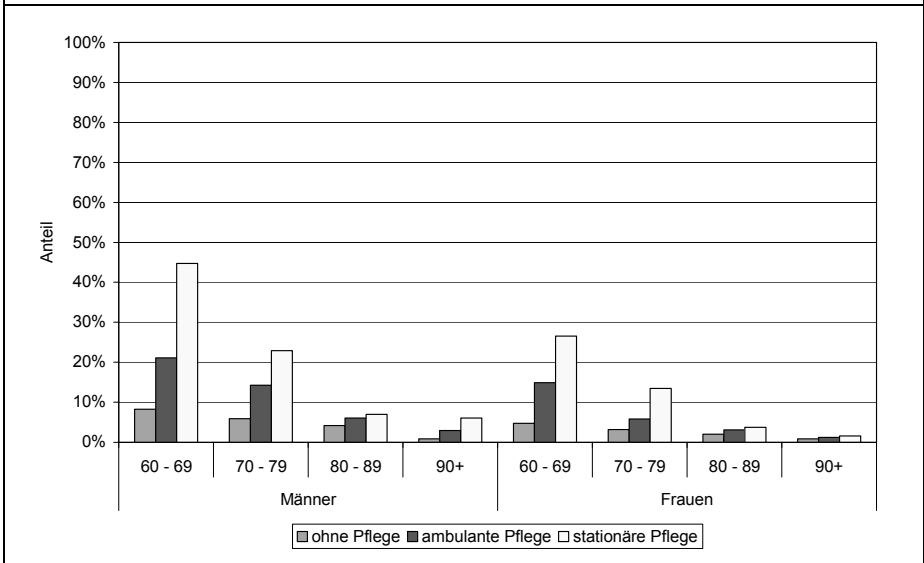
Abbildung 69 zeigt die Prävalenz des so definierten Krankheitszustands je Alter, Geschlecht und SPV-Leistung. Für die Heimbewohner zeigt sich eine Prävalenz einer Demenz von ca. 2/3. Die Prävalenz steigt mit zunehmendem Alter im Pflegeheim von ca. 50% bei den 60-69-jährigen auf ca. 70% bei den älteren Pflegeheimbewohnern. Personen im Alter von 60-69 Jahren, die häuslich gepflegt werden, sind zu ca. 17% dement. Auch bei den häuslich gepflegten Personen ist mit steigendem Alter ein höherer Anteil zu beobachten. Der Anteil erreicht bei den 80-89-Jährigen einen Wert von ca. 40%. Personen ohne SPV-Leistungen sind deutlich weniger dement. Erst in der Alterskategorie der über 90-jährigen wird der Anteil von 10% überschritten. Zwischen Demenz und SPV-Leistungen zeigt sich hier also als ein deutlicher Zusammenhang.

Die Differenzen der Prävalenz zwischen den Geschlechtern sind nicht besonders ausgeprägt. Die Verteilungen sind über alle Versorgungsarten und Alterskategorien sehr ähnlich. Einzig auffällig ist der höhere Anteil bei den älteren Frauen ohne SPV-Leistungen.

5.2.2.2 Störungen durch psychotrope Substanzen

Personen mit Störungen durch psychotrope Substanzen sind dann als solche klassifiziert, wenn sie 2004 oder 2005 mindestens eine ambulante oder eine stationäre Diagnose im Bereich ICD10 F10-F19 (Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen) erhalten haben. Zusammengefasst sind damit eine Vielzahl von Störungen unterschiedlichen Schweregrades und mit verschiedenen klinischen Erscheinungsbildern (DIMDI 2005: 171).

Abbildung 70: Prävalenz von Störungen durch psychotrope Substanzen nach Alter, Geschlecht und SPV-Leistung



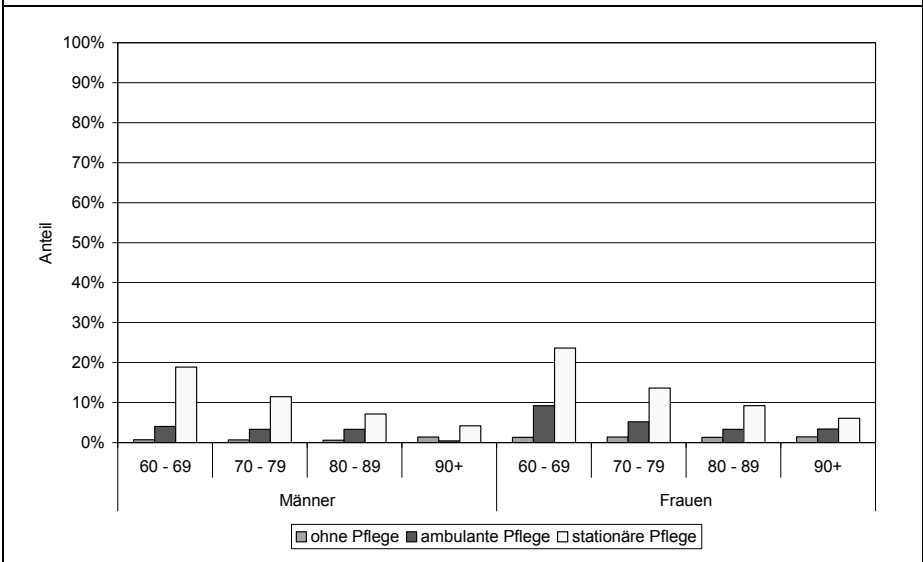
Störungen durch psychotrope Substanzen sind psychischen Erkrankungen sind bei Heimbewohnern öfter diagnostiziert als bei Personen in häuslicher Pflege oder ohne SPV-Leistungen (Abbildung 70). Die Diagnosehäufigkeit sinkt allerdings deutlich mit dem Alter. Über 40% der stationär gepflegten Männer im Alter von 60-69 Jahren haben diese Diagnose. Bei den stationär gepflegten Frauen in diesem Alter beträgt die Prävalenz ca. 27%. Bei den 70-79-jährigen Männern in stationärer Pflege liegt die Prävalenz noch bei ca. 23% – bei den Frauen bei ca. 13%. Diese Unterschiede zwischen Männern und Frauen ziehen sich in ähnlicher Relation durch alle Alterskategorien und alle SPV-Leistungen. Die mit zunehmendem Alter sinkende Prävalenz dürfte nicht zuletzt auf die niedrigere Lebenserwartung der Personen mit Störungen durch psychotrope Substanzen zurückzuführen sein, die dazu führt, dass diese Personen im höheren Altern in abnehmender Zahl anzutreffen sind.

In der häuslichen Pflege sind die Prävalenzen nur etwa halb so hoch wie in der stationären Pflege. So liegt der Anteil bei den 60-69-jährigen häuslich gepflegten Männern bei 21% und bei den Frauen bei 15%. Bei den Männern und Frauen ohne SPV-Leistungen liegt der Anteil im Höchstfall (Männer im Alter von 60-69 Jahren) bei 8% und immer deutlich niedriger als bei den pflegebedürftigen Personen.

5.2.2.3 Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen

Als Personen mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen klassifiziert sind diejenigen, die 2004 oder 2005 mindestens einmal eine entsprechende ambulante oder stationäre Diagnose in diesem Bereich erhalten haben (F20-F29).

Abbildung 71: Prävalenz von Schizophrenie u. a. nach Alter, Geschlecht und SPV-Leistung



Wie in Abbildung 71 zu sehen, sind die Prävalenzen von Schizophrenie u. a. etwas geringer als die Prävalenzen von psychischen Störungen durch psychotrope Substanzen. Besonders selten sind sie bei Personen, die keine SPV-Leistungen beziehen. Bei den nicht pflegebedürftigen Männern werden für die ersten drei Alterskategorien Anteile von ca. 0,7% gemessen. Bei den Frauen liegt der entsprechende Anteil durchweg bei 1,3%-1,4%. Bei Versicherten, die SPV-Leistungen erhalten, nimmt der Anteil mit dem Alter ab. Bei den stationär gepflegten Männern von 19% in der ersten Alterskategorie auf 4% in der letzten Alterskategorie. Bei den Frauen in stationärer Pflege ist ein Rückgang von 24% auf 6% zu beobachten. In der häuslichen Pflege sind die Prävalenzen deutlich geringer und ebenfalls mit dem Alter sinkend. So sinkt der Anteil bei den Männern von 4% (60-69-Jährige) auf 0,5% (90-Jährige und Ältere) und bei den Frauen

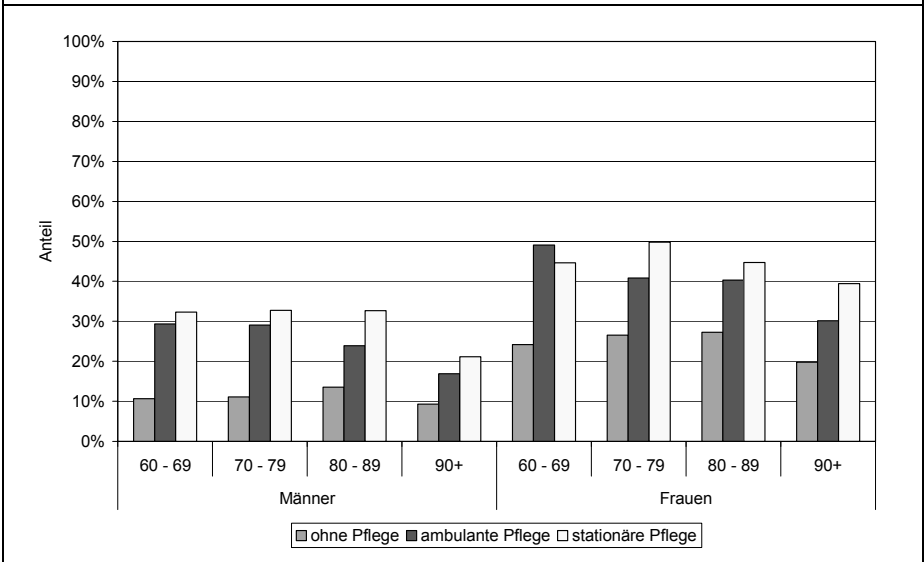
derselben Altersstufen von 9% auf 3%. Ähnlich wie bei den Personen mit Störungen durch psychotrope Substanzen ist dieser Effekt insbesondere durch die bekanntermaßen höhere Mortalität der Erkrankten zu erklären.

Insgesamt ist also ein deutlicher, negativer Zusammenhang von Alter und Prävalenz festzustellen. In der stationären Pflege sind die Krankheiten am häufigsten, in der häuslichen Pflege am zweithäufigsten und außerhalb der SPV-Leistungen am seltensten. Bei Frauen mit SPV-Leistungen liegt die Prävalenz durchweg höher als bei Männern mit SPV-Leistungen.

5.2.2.4 Depression, bipolare Störungen und organische affektive Störung

Als Personen mit depressiver Symptomatik klassifiziert sind diejenigen, die 2004 oder 2005 mindestens einmal eine ambulante oder stationäre Diagnose Depression oder bipolare Störungen erhalten haben. Aus der Diagnosegruppe „Affektive Störungen“ sind hier die Diagnosen F31-F38 und außerdem die organische affektive Störung (F06.3) berücksichtigt.

Abbildung 72: Prävalenz von Depression u. a. nach Alter, Geschlecht und SPV-Leistung



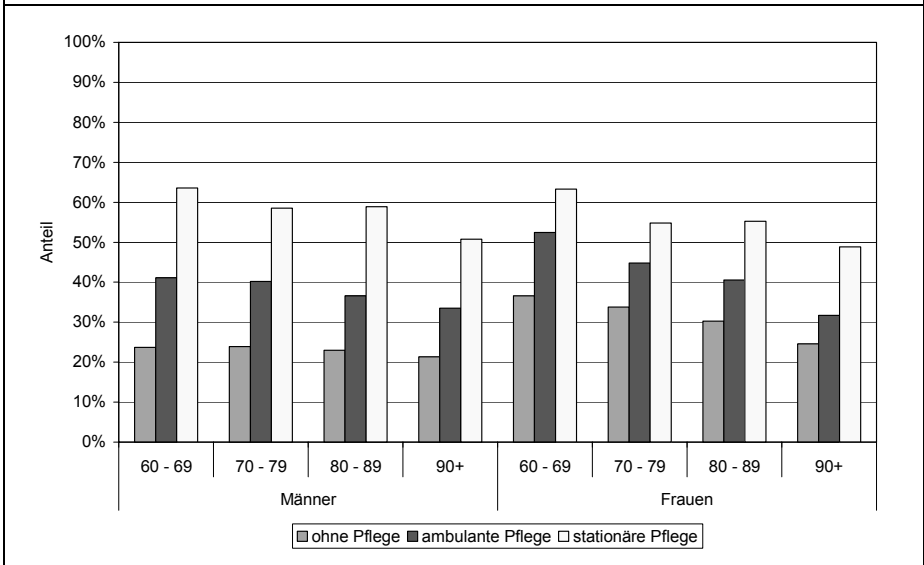
Anders als bei den Störungen durch psychotrope Substanzen, aber ebenso wie bei der Schizophrenie u. a. sind bei dieser Art psychischer Erkrankungen die Frauen stärker betroffen als die Männer. Dies zeigt sich durch alle Alterskategorien und SPV-Leistungen. Auffällig ist zudem, dass sich die Anteile der affektiv gestörten Personen in häuslicher Pflege nicht so deutlich und auch nicht einheitlich von denen in stationärer

Pflege unterscheiden. Zwar ist der Anteil bei Personen in stationärer Pflege über fast alle differenzierten Kategorien größer als bei Personen in häuslicher Pflege, aber bei den Frauen im Alter von 60-69 Jahren zeigt sich ein umgekehrtes Verhältnis. Nicht pflegebedürftige Personen haben deutlich seltener die Diagnose „Depression“ erhalten. Je nach Altersklasse schwankt der Anteil, bei den Männern zwischen 9 % und 13 % und bei den Frauen zwischen 20 % und 27%. Die Anteile bei den zu pflegenden Personen liegen etwa doppelt so hoch. Die Prävalenz ist bei den Pflegebedürftigen mit dem Alter tendenziell abnehmend. Bei den nicht Pflegebedürftigen steigt die Prävalenz bis zur Alterskategorie 80-89 hingegen an und sinkt dann wieder ab.

5.2.2.5 Andere psychische Erkrankungen

Als Personen mit anderen psychischen Erkrankungen sind diejenigen klassifiziert, die 2004 oder 2005 mindestens einmal eine entsprechende ambulante oder stationäre Diagnose erhalten haben (ICD10: F04-F06.2, F06.4-F09, F30, F39-F99).

Abbildung 73: Prävalenz von anderen psychischen Erkrankungen nach Alter, Geschlecht und SPV-Leistung



Die sonstigen psychischen Störungen umfassen neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen (ICD10: F4), Verhaltensauffälligkeiten (F5), Persönlichkeitsstörungen (F6) und Intelligenzstörungen (F7). Die Kategorien F8-F9 haben inhaltlich und empirisch kaum eine Bedeutung (Anteil an den anderen psychiatrischen Diagnosen < 2 %). Dies kann nicht verwundern, da es sich hierbei im Wesentlichen um kinderpsychiatrische Diagnosen handelt.

Diese Störungen werden bei den Frauen im Alter von 60-69 Jahren im Pflegeheim zu 63 % festgestellt. Bei den stationär gepflegten Männern im Alter von 60-69 Jahren beträgt der Anteil 64 %. Mit steigendem Alter werden sowohl für Frauen als auch für Männer im Pflegeheim geringere Prävalenzen gemessen. Unter den über 90-Jährigen liegen die Prävalenzen bei Männern und Frauen um 50 %. Unter den häuslich gepflegten Personen ist die Prävalenz geringer. Bei den Männern im Alter von 60-69 Jahren liegt sie bei 41 % und bei den Frauen im selben Alter bei 52 %. Mit zunehmendem Alter zeigen sich aber auch hier geringere Prävalenzen. Die Prävalenzen bei den Männern ohne SPV-Leistungen sind relativ konstant über alle Alterskategorien. Sie schwanken zwischen 21 % und 24 %. Bei den Frauen wird über die Alterskategorien eine abnehmende Prävalenz von 37 % bis 25 % gemessen.

5.2.2.6 Parkinson-Syndrom

Als Parkinsonerkrankte klassifiziert sind in den Darstellungen die Personen, die 2004 oder 2005 mindestens einmal eine ambulante oder stationäre Diagnose Parkinson-Syndrom erhalten haben (ICD10: G20-G22).

Abbildung 74: Prävalenz von Parkinson-Syndromen nach Alter, Geschlecht und SPV-Leistung

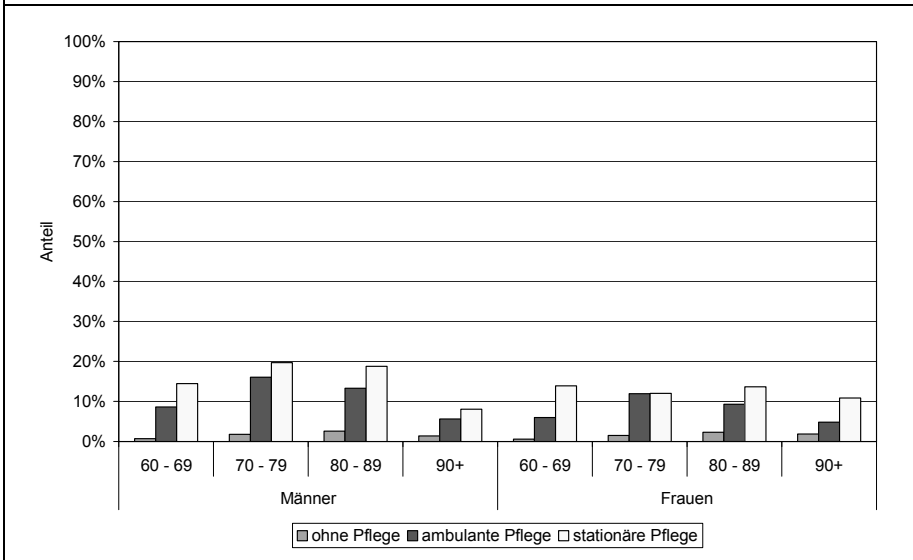


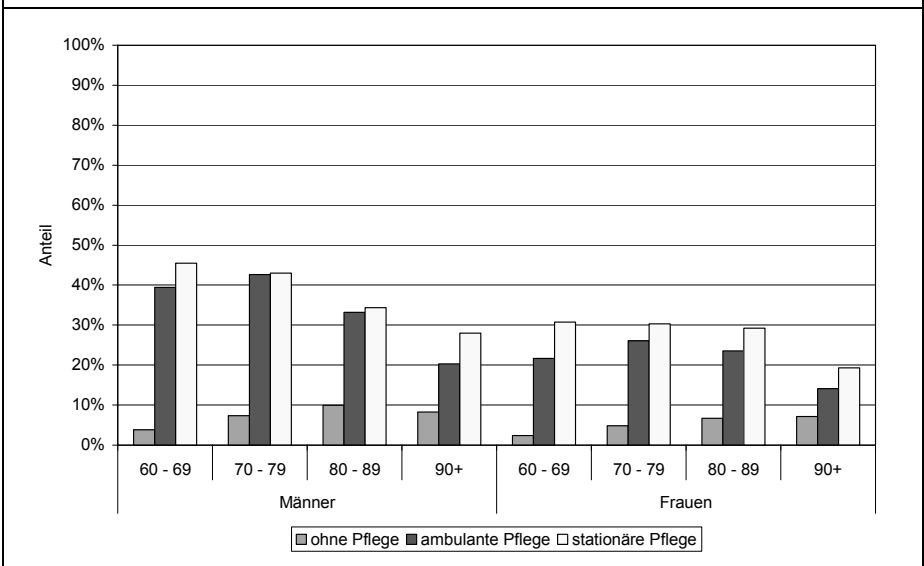
Abbildung 74 zeigt, dass diese Erkrankung mit Pflegebedürftigkeit einhergeht. Der Anteil der Personen ohne SPV-Leistungen schwankt bei Männern und Frauen von weniger als 1 % im Alter von 60-69 Jahren bis ca. 2,5 % im Alter von 80-89 Jahren. Bei Pflegebedürftigen fällt die Prävalenz dagegen deutlich höher aus. Die stationär gepflegten Männer und Frauen im Alter von 60-69 Jahren haben zu 14 % eine Diagnose Parkin-

son-Syndrom. Während sich dieser Anteil bei den Frauen in den anderen Alterskategorien ähnlich darstellt, steigt der Anteil bei den stationär gepflegten Männern bis zum Alter von 80-89 auf 19% an. Bei den über 90-Jährigen ist der gemessene Anteil dann wieder deutlich geringer. Bei den Pflegebedürftigen in häuslicher Pflege liegt die Prävalenz ebenfalls deutlich über der Prävalenz bei den nicht pflegebedürftigen Personen. Bei fast allen untersuchten Kategorien liegt der Anteil der erkrankten aber noch etwas unter dem Anteil der Pflegebedürftigen in stationärer Pflege. So tritt als Höchstwert ein Anteil von 16% bei den häuslich gepflegten 70-79-jährigen Männern auf und als geringster Wert eine Prävalenz von 5% bei den über 90-Jährigen.

5.2.2.7 Schlaganfall

Als Personen mit einem Schlaganfall sind diejenigen Personen klassifiziert, die 2004 oder 2005 mindestens einmal eine entsprechende ambulante oder stationäre Diagnose (ICD10: I61, I63-I64) erhalten haben.

Abbildung 75: Prävalenz von Schlaganfall nach Alter, Geschlecht und SPV-Leistung



Das Ereignis „Schlaganfall“ ist mit den Methoden der vorliegenden Studie bei knapp der Hälfte der 60-79-jährigen pflegebedürftigen Männer gemessen worden. Bei den 80-89-jährigen pflegebedürftigen Männern liegt der Anteil bei ca. einem Drittel. Die über 90-jährigen Männer in stationärer Pflege hatten zu 28% und die in häuslicher Pflege zu 19% einen Schlaganfall. Bei den pflegebedürftigen Frauen liegen die Anteile jeweils deutlich niedriger. Bei den Frauen in häuslicher Pflege zeigen sich in den Alterskategorien von 60-69 bis 90+ Anteile von 22%, 26%, 24% und 14%. Bei den Frauen in

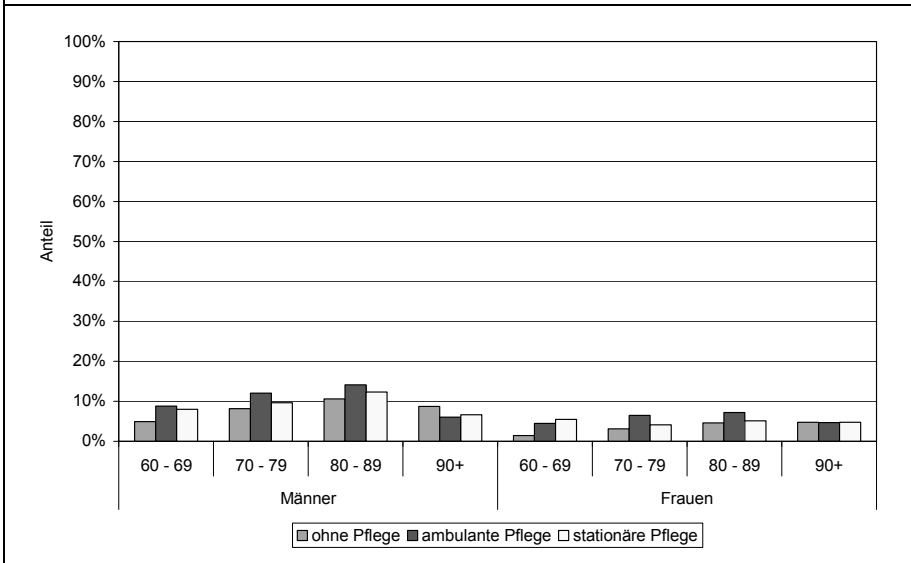
stationärer Pflege liegt der Anteil jeweils etwas höher. In den Alterskategorien von 60-69 bis 80-89 liegt er sehr konstant bei 30% und in der Alterskategorie 90+ bei 19%.

Pflegebedürftige zeigen damit durchgängig eine deutlich höhere Prävalenz für Schlaganfälle. Dies war auch zu erwarten, da Schlaganfälle eine häufige pflegebegründende Diagnose ist (vgl. Abschnitt 5.2.1). Anders als bei den pflegebedürftigen Personen steigt die Prävalenz eines Schlaganfalls bei den Versicherten ohne SPV-Leistungen mit dem Alter an – abgesehen von der Alterskategorie 90+ bei den Männern. Dabei wird das Höchstmaß von den 80-89-jährigen Männern mit 10% erreicht.

5.2.2.8 Herzinfarkt

Als Personen mit einem Herzinfarkt sind diejenigen Personen klassifiziert, die 2004 oder 2005 mindestens einmal eine entsprechende ambulante oder stationäre Diagnose erhalten haben (ICD10: I21 - I22).

Abbildung 76: Prävalenz von Herzinfarkt nach Alter, Geschlecht und SPV-Leistung



Es ist zunächst festzustellen, dass der Anteil der Personen mit einem Herzinfarkt deutlich geringer ist als der Anteil der Personen mit einem Schlaganfall. Dies betrifft zumindest die Erkrankungshäufigkeiten bei Pflegebedürftigen.

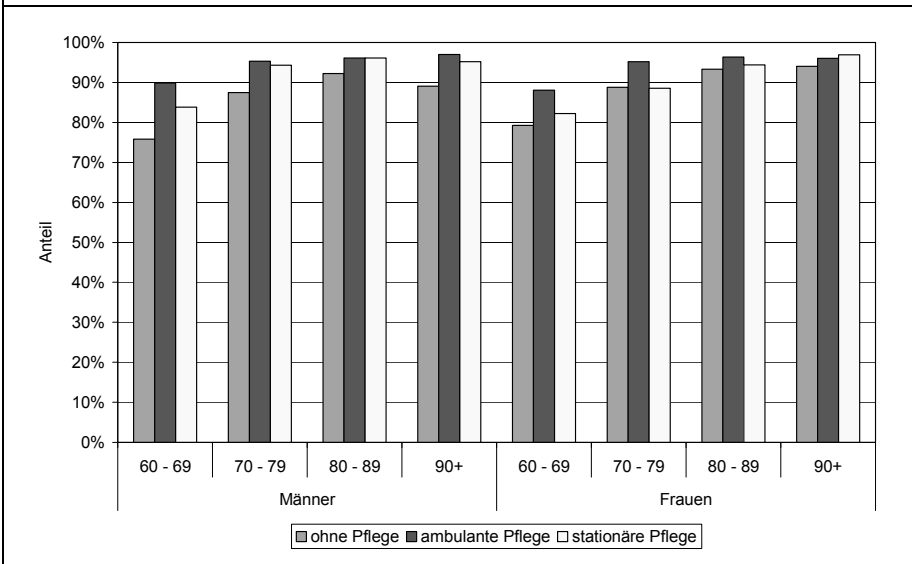
Anders als bei allen bisher betrachteten Erkrankungen zeigt sich beim Herzinfarkt die höchste Prävalenz zumeist bei den Personen in häuslicher Pflege. Die Ausnahmen bilden die Kategorie der über 60-69-jährigen Frauen und der 90-jährigen Männer und Frauen. Außerdem ist der relative Unterschied in der Prävalenz zwischen Heimbewohnern und den nicht pflegebedürftigen Versicherten nicht so hoch wie bei den psychi-

schen Erkrankungen und dem Schlaganfall. So ergibt sich für die Männer ohne SPV-Leistung eine Prävalenz von 5 % für die 60-69-jährigen, von 8 % für die 70-79-Jährigen und von 11 % für die 80-89-Jährigen. Bei den Männern in stationärer Pflege betragen die Prävalenzen 8 %, 10 % und 12 %. Bei den Frauen ohne SPV-Leistungen im Vergleich zu Frauen mit stationären SPV-Leistungen ergeben sich über die Alterskategorien folgende Relationen: 1 % zu 6 % bei den 60-69-jährigen Frauen, 3 % zu 4 % bei den 70-79-jährigen Frauen und 5 % zu 5 % bei den 80-89-jährigen Frauen. Männer sind also insgesamt häufiger betroffen als Frauen.

5.2.2.9 Andere Herz-/Kreislauf-Erkrankungen

Schlaganfall und Herzinfarkt werden in der ICD-Klassifizierung im Abschnitt I gefasst, der die Herz-/Kreislaufferkrankungen benennt. Personen mit anderen Herz-/Kreislaufferkrankungen werden hier als solche klassifiziert, wenn sie 2004 oder 2005 mindestens einmal eine ambulante oder stationäre Diagnose aus dem Abschnitt I ohne Schlaganfall oder Herzinfarkt erhalten haben (ICD10 I00-I99 ohne I21-I22 und I61, I63-I64).

Abbildung 77: Prävalenz von anderen Herz-/Kreislaufferkrankungen nach Alter, Geschlecht und SPV-Leistung



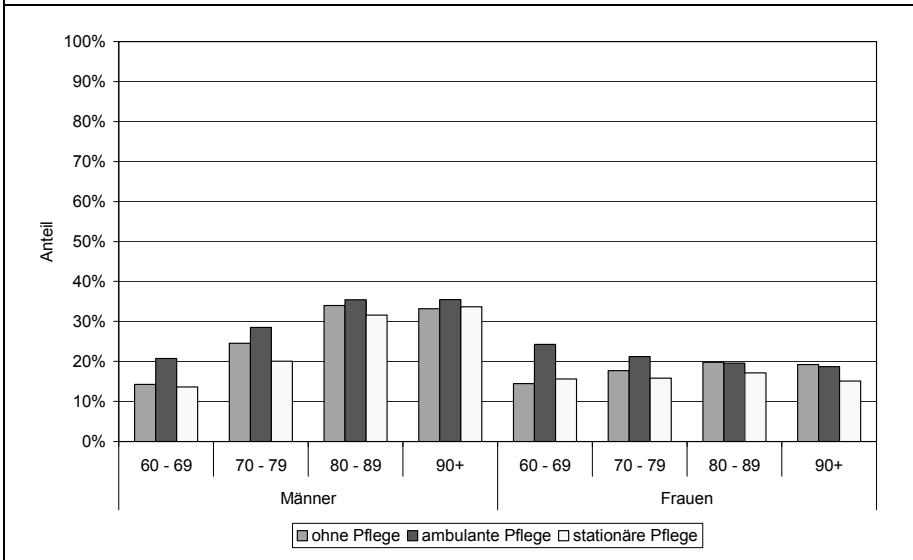
Wie Abbildung 77 plastisch darstellt, gehören sonstige Herz-/Kreislaufferkrankungen schon fast selbstverständlich zum Leben dazu, wenn man das 60. Lebensjahr vollendet hat. Dies dürfte insbesondere auf die hohe Prävalenz von Hypertonus und Herzinsuffizienz zurückzuführen sein. Nicht pflegebedürftige Männer und Frauen im Alter von 60-69 Jahren haben zu 76 % bzw. 79 % eine sonstige Herz-/Kreislaufferkrankung. Unter den häuslich gepflegten Männern und Frauen liegt der Anteil noch höher: 90 % und

88%. Ebenso wie bei der Prävalenz der Herzinfarkte liegt auch die Prävalenz der anderen Herz-/Kreislaufkrankungen im Pflegeheim meist unter der Prävalenz bei den Personen in häuslicher Pflege. Bei den stationär gepflegten Männern und Frauen im Alter von 60-69 liegen die Prävalenzen bei 84% und 82%. Die Prävalenzen erreichen im höheren Alter bei den Frauen ebenso wie bei den Männern ein höheres Niveau, wobei die Unterschiede zwischen den Leistungsarten und den Geschlechtern geringer werden. So liegen die Prävalenzen der Männer ohne SPV-Leistungen, der häuslich gepflegten Männer und der stationär gepflegten Männer im Alter von 80-89 Jahren bei 92%, 96% und 96%. Bei den Frauen in diesem Alter liegen die Prävalenzen bei 93%, 96% und 94%. Insgesamt verblissen die genannten Unterschiede aber angesichts der insgesamt sehr hohen Prävalenz für andere Herz-/Kreislauf-Erkrankungen.

5.2.2.10 Bösartige Neubildungen

Als Personen mit einer Diagnose „Bösartige Neubildung“ sind diejenigen klassifiziert, die 2004 oder 2005 mindestens einmal eine entsprechende ambulante oder stationäre Diagnose erhalten haben (ICD10: C00-C97).

Abbildung 78: Prävalenz von Krebserkrankungen nach Alter, Geschlecht und SPV-Leistung



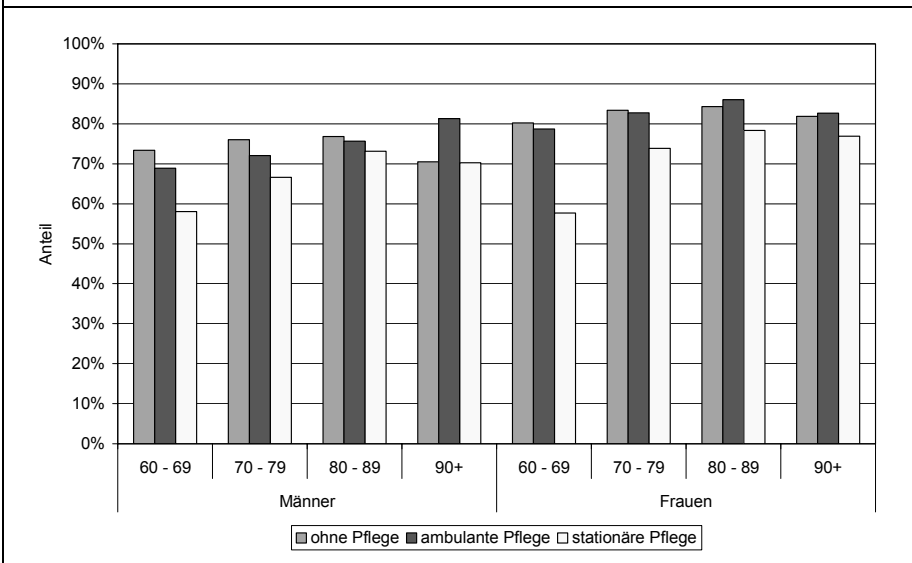
Bei den Männern und Frauen ohne SPV-Leistungen liegt die Prävalenz in der Alterskategorie 60-69 Jahre jeweils bei 14%. Die Prävalenz steigt jedoch bei den Männern mit den Alterskategorien deutlich stärker an als bei den Frauen. So beobachten wir bei den Männern ohne SPV-Leistungen im Alter von 70-79 Jahren eine Prävalenz von 25% und bei den 80-89-Jährigen eine Prävalenz von 34%. Bei den nicht pflegebedürft-

tigen Frauen steigt die Prävalenz in den Alterskategorien 70-79 Jahre und 80-89 Jahre deutlich moderater auf 18% und 20%. Die Prävalenz bei den Personen in häuslicher Pflege liegt bei Männern und Frauen in den Alterskategorien 60-69 Jahre und 70-79 Jahre etwas höher als bei den Männern und Frauen ohne SPV-Leistungen. Hier ergeben sich Prävalenzen von 21% und 29% bei den Männern sowie von 24% und 21% bei den Frauen. In den höheren Alterskategorien ähneln sich die Prävalenzen von Männern und Frauen mit SPV-Leistungen bei häuslicher Pflege und ohne SPV-Leistungen. Die Prävalenzen bei den Pflegeheimbewohnern unterscheiden sich uneinheitlich und meist nur sehr wenig von den Prävalenzen der Personen ohne SPV-Leistung. So zeigen sich die größten Unterschiede bei den 70-79-Jährigen. In dieser Alterskategorie liegt die Prävalenz im Pflegeheim 4 Prozentpunkte bei den Männern und 2 Prozentpunkte bei den Frauen niedriger. Insgesamt sind zwischen Pflegebedürftigen und nicht pflegebedürftigen aber keine großen Unterschiede erkennbar.

5.2.2.11 Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes

Als Personen mit muskuloskeletalen Erkrankungen sind diejenigen klassifiziert, die 2004 oder 2005 mindestens einmal eine entsprechende ambulante oder stationäre Diagnose erhalten haben (ICD10: M00-M99).

Abbildung 79: Prävalenz von muskuloskeletalen Erkrankungen nach Alter, Geschlecht und SPV-Leistung



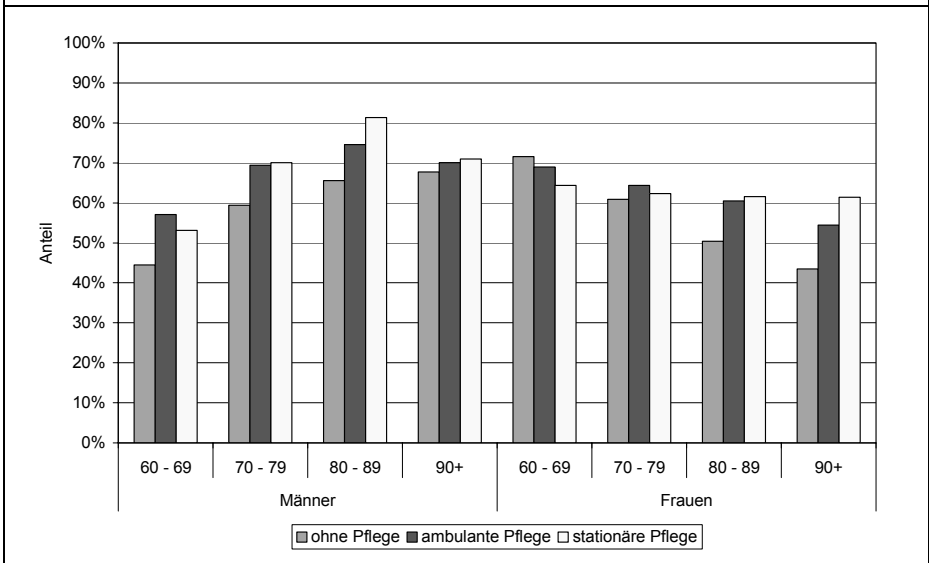
Während Schlaganfall, Herzinfarkt und bösartige Neubildungen bei den Männern öfter auftreten als bei Frauen, liegen die Prävalenzen der muskuloskeletalen Erkrankungen bei den Männern geringfügig niedriger als bei den Frauen. Bei allen Teilpopulationen

liegen die Prävalenzen der 80-89-Jährigen dabei höher als die der 70-79-Jährigen, welche wiederum die der 60-69-Jährigen übersteigen. Bemerkenswert ist aber insbesondere, dass die Prävalenzen für Pflegebedürftige in stationärer Pflege durchgängig niedriger sind als die für Pflegebedürftige in häuslicher Pflege. Die Unterschiede zwischen Pflegebedürftigen in häuslicher Pflege und Versicherten ohne SPV-Leistungen sind dagegen – insbesondere bei den Frauen – nur sehr gering.

5.2.2.12 Krankheiten des Urogenitalsystems

Als Personen mit Erkrankungen im urogenitalen System sind diejenigen klassifiziert, die 2004 oder 2005 mindestens einmal eine entsprechende ambulante oder stationäre Diagnose erhalten haben (ICD10: N00-N99).

Abbildung 80: Prävalenz von Erkrankungen des urogenitalen Systems nach Alter, Geschlecht und SPV-Leistung



Die Erkrankungshäufigkeiten nach Alter stellen sich für Frauen und Männer unterschiedlich dar. Während die Prävalenzen bei den Männern jeweils mit dem Alter steigen, sinken die Prävalenzen bei den Frauen. Dies hat nicht zuletzt damit zu tun, dass bei den Männern die häufigsten gemessenen Erkrankungen in dieser Diagnosegruppe Krankheiten der männlichen Genitalorgane sind – allen voran mit ca. 45% Krankheiten der Prostata (N40 Prostatahyperplasie). Bei den Frauen werden in dieser Diagnosegruppe überwiegend nichtentzündliche Krankheiten des weiblichen Genitaltraktes (N80-N98) gemessen (ca. 55%). Darunter am häufigsten sind mit 37% am häufigsten die klimakterischen Störungen (N95), deren Bedeutung mit steigendem Alter rückläufig ist.

Mit dieser speziellen Verteilung der Erkrankungen bei Männern und Frauen sind die Gesamtverteilungen der Krankheiten des Urogenitalsystems erklärlich. Bezeichnend ist dabei, dass die Prävalenz bei den Männern im Pflegeheim und in der häuslichen Pflege jeweils etwas höher liegt als bei Männern ohne SPV-Leistungen. Bei den Frauen im Alter von 60-69 Jahren ist die Prävalenz allerdings für die Versicherten ohne SPV-Leistungen am höchsten. Während sie dort aber mit dem Alter deutlich von 72 % auf 43 % sinkt, bleibt sie in der stationären Pflege relativ konstant bei 64 % bis 61 % und sinkt in der häuslichen Pflege von 69 % auf 54 %.

5.2.3 Fazit zum Gesundheitszustand der Pflegeheimbewohner

Die Ermittlung des Gesundheitszustands der Pflegeheimbewohner wirft zunächst Messprobleme auf. Diese können zum einen daraus resultieren, dass ein Arztkontakt gar nicht erst zustande kommt und so keine Diagnose erfolgt, und zum anderen daraus, dass der Erkrankungszustand vom behandelnden Arzt nicht zutreffend diagnostiziert und dokumentiert wird. Insbesondere bei nicht lebensbedrohlichen Erkrankungen ist dabei nicht auszuschließen, dass es bei Heimbewohnern zu weniger Arztkontakten kommt als bei Versicherten in ihrem eigenen Haushalt, da es Heimbewohnern schwerer fällt, einen Arzt aufzusuchen und andererseits niedergelassene Ärzte nur geringe finanzielle Anreize für einen Hausbesuch im Pflegeheim haben. Da auch die kognitiven Fähigkeiten eines großen Teils der Heimbewohner eingeschränkt sind, sind sie zudem selbst teilweise nicht in der Lage einen Arztkontakt aktiv herbeizuführen. Es ergibt sich daher eine Stellvertreterproblematik und die Frage, inwieweit Angehörige und Heimitarbeiter, stellvertretend für einen Arztkontakt Sorge tragen. Fehldiagnosen sind zum einen zu erwarten, wenn der behandelnde Arzt mit Erkrankungen aus einem anderen Fachgebiet konfrontiert wird, wenn aus abrechnungstechnischen Gründen Einfluss auf die Diagnose genommen wird oder wenn keine Therapiemöglichkeiten gesehen werden und die Diagnose daher nicht (vollständig) dokumentiert wird. Letzteres mag beispielsweise ein Grund dafür sein, dass die Prävalenz der muskuloskeletalen Erkrankungen bei den Pflegeheimbewohnern deutlich niedriger liegt als bei den Personen ohne SPV-Leistungen.

Die in dieser Studie gemessenen Prävalenzen beruhen auf den spezifischen Definitionen der Krankheiten, wie sie hier vorgenommen wurden. Definiert man eine Krankheit dadurch, dass beispielsweise mindestens zweimal (und nicht wie hier einmal) eine entsprechende Diagnose gefunden werden muss, verringert sich die gemessene Prävalenz. Verkürzt man zudem das Beobachtungsfenster von zwei Jahren auf ein Jahr, dann verringert sich die Prävalenz, wiederum. Greift man zur Definition nur auf die ambulanten Diagnosen zurück, fällt die Prävalenz noch geringer aus. Vergleiche mit anderen Studien müssen dies immer berücksichtigen und zeigen häufig vor allem die Effekte unterschiedlicher Definitionen und Messmethoden.

Bei allen gemessenen Krankheiten ist zu beachten, dass die Messung der Krankheit zeitlich vor der Messung der SPV-Leistung erfolgt. Die Krankheiten werden aus den Jahren 2004 und 2005 gemessen; die SPV-Leistungen aus dem Jahr 2006. Da Pflegebedürftigkeit sozialrechtlich als Folge von Krankheit oder Behinderung definiert ist, liegt

die Vermutung nahe, dass die Krankheit dann, wenn sich die Prävalenzen zwischen Beziehern von SPV-Leistungen und nicht pflegebedürftigen Personen unterscheiden, mit ursächlich für die Pflegebedürftigkeit ist. Dennoch ist eine Kausalität mit der hier gewählten Messmethode nicht direkt erkennbar, sondern nur zu vermuten. Vor dem Hintergrund dieser Einschränkungen haben die vorstehenden Analysen interessante Ergebnisse hervorgebracht:

Die größten Unterschiede in der Prävalenz zwischen Beziehern von SPV-Leistungen und Personen ohne SPV-Leistungen sind bei allen psychischen Erkrankungen, beim Parkinson-Syndrom und beim Schlaganfall zu finden. Diese gelten auch als pflegebe gründende Krankheiten im Begutachtungsverfahren. Parkinson-Syndrom, Schlaganfall und psychischen Erkrankungen können also als Erkrankungen angesehen werden, die eng mit Pflegebedürftigkeit in Verbindung stehen. Dabei sind die psychischen Erkrankungen insbesondere in der stationären Pflege relevant. Störungen durch psychotrope Substanzen sind eine der häufigeren psychischen Erkrankungen gerade bei 60-69-jährigen Männern in Pflegeheimen. In höheren Altersklassen nimmt die Bedeutung dieser Störungen hingegen wegen der geringeren Lebenserwartung dieser Teilpopulation ab. Da der größere Teil der Heimbewohner aber den höheren Altersklassen angehört ist es nicht wirklich erstaunlich, dass umfassende Störungen durch psychotrope Substanzen in der Literatur nicht häufig als besonderes Problem in der stationären Pflege erwähnt werden. Die ebenfalls sehr häufig als pflegebegründenden Diagnosen erwähnten Herz-/Kreislaufkrankungen, Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes sowie die Neubildungen sind einerseits sehr häufig, andererseits aber auch breit gefächert und im Pflegefall wahrscheinlich mit einer höheren Letalität einhergehend, so dass die Prävalenz sich bei den Pflegebedürftigen nicht von der Prävalenz der Personen ohne SPV-Leistungen unterscheidet.

Die bedeutendste Erkrankung im Zusammenhang mit der Pflege im Heim ist die Demenz. Die mit den GEK-Routinedaten gemessene Prävalenz liegt je nach Alter zwischen 50 % und 70 %. Die innerhalb der MuG IV-Studie mit einem Assessment erhobenen Daten (Schneekloth/von Törne 2007: 105) ergaben ganz ähnliche Prävalenzen wie die Messung mit den GEK-Routinedaten. Zu geringeren Prävalenzen kommen in der Regel die Studien, die auf Befragungen von Pflegekräften beruhen. Hierbei werden Prävalenzen von nur 1/3 bis 1/2 festgestellt.

Bezüglich der Depression berichten Schäufele et al. (2007: 188) eine Prävalenz von ca. 38 % und Hartwig et al. (2005: 276) geben 54 % an. Mit einem Assessmentinstrument messen Becker et al. (2003: 264) eine Prävalenz von 42 %. Die mit den GEK-Daten gefundenen Anteile liegen für Männer bei knapp über 30 % und für Frauen bei ca. 45 % und somit insgesamt eher im Bereich der Ergebnisse von Schäufele et al. und Becker et al.

Die aus den GEK-Routinedaten gemessene Prävalenz von Schlaganfall bei Heimbewohnern liegt für die Männer bei ca. 40 % und für die Frauen bei ca. 30 % und damit deutlich höher als die andernorts gemessene Prävalenz. Schneekloth und von Törne (2007: 101) haben bei den stationär gepflegten Personen eine Schlaganfall-Prävalenz von 19 % erhoben. Sie haben allerdings ihre Prävalenzen aus den Angaben von Pflege-

kräften erhalten. Auf Basis von hausärztlichen Angaben geben Becker et al. (2003: 264) eine Prävalenz von 24% an. Als pflegebegründende Diagnose wird Schlaganfall in gut 8% der bewilligten SPV-Leistungen genannt (Wagner/Fleer 2007: 21). Diese Angabe bezieht sich aber auf die Messung zu einem Zeitpunkt, nämlich zum Zeitpunkt der Pflegebegutachtung. Zeitlich weiter zurückliegende Ereignisse gehen dabei verloren. Je weiter das Ereignis Schlaganfall zurückliegt, desto geringer ist die Wahrscheinlichkeit, dass der Schlaganfall durch die Begutachter oder die Pflegenden als Erkrankung gemessen wird. In den Routinedaten geht ein solches Ereignis nicht verloren, wenn es einmal als Diagnose gespeichert ist.

Auf Basis von hausärztlichen Angaben berichten Becker et al. von ca. 10% Parkinson-erkrankten im Pflegeheim. Die Prävalenzen auf Basis der GEK-Routinedaten liegen auch hier wieder höher bei ca. 16% für Männer und 12% für Frauen.

Während die Prävalenzen der Demenz bei Frauen und Männern relativ ähnlich ausfallen, gibt es aber bei anderen Erkrankungen deutliche Unterschiede. Bei Männern werden häufiger Störungen durch psychotrope Substanzen, Parkinson-Syndrom, Schlaganfall, Herzinfarkt und bösartige Neubildungen festgestellt, während bei Frauen häufiger Depressionen, andere psychische Erkrankungen und muskuloskeletale Erkrankungen diagnostiziert werden. Die Prävalenz steigt in der Regel mit dem Alter an. Eine Ausnahme bilden die Prävalenz von Störungen durch psychotrope Substanzen und die Prävalenz anderer psychischer Störungen, die wegen der niedrigeren Lebenserwartung der betroffenen Personen im höheren Altern weniger häufig anzutreffen sind. In einzelnen Fällen entwickelt sich die Prävalenz in der stationären Pflege anders als bei nicht pflegebedürftigen Versicherten. So steigt die Prävalenz von Schlaganfall bei nicht pflegebedürftigen Versicherten mit den Alterskategorien an, während sie bei den Heimbewohnern abnimmt.

5.3 Methodik der Analyse der medizinischen Versorgung

In diesem Abschnitt soll die medizinische Versorgung in Pflegeheimen beschrieben und bewertet werden. Die medizinische Versorgung wird dabei unterschieden in ärztliche Behandlung (Abschnitt 5.4), Arzneimittelverordnungen (Abschnitt 5.5), rehabilitative Maßnahmen (Abschnitt 5.6) und Krankenhausaufnahmen (Abschnitt 5.7).

Der Zahl der ärztlichen Behandlungsfälle wird in Abschnitt 5.4 über die abgerechneten Fälle aus den Daten der ambulant-ärztlichen Versorgung ermittelt. Alle Behandlungen eines Patienten bei einem bestimmten Arzt innerhalb eines Quartals bilden in der Regel jeweils genau einen Behandlungsfall (Grobe/Dörning/Schwartz 2007: 34). Innerhalb der Fälle, die quartalsweise erfasst werden, gibt es jeweils einen Zeitpunkt des Behandlungsbeginns und einen Zeitpunkt des Behandlungsendes. In nur ca. 0,5% der Fälle liegen diese Zeitpunkte außerhalb des Berichtsquartals. Innerhalb eines Behandlungsfalles kann es zu mehreren Kontakten kommen. Für die Analysen beschränken wir uns aber auf die Zahl der Fälle. Zu den einzelnen Fällen sind jeweils Kodierungen zu den Fachgebieten der behandelnden Ärzte gegeben (ITSG 2007: 42). Die Fachgebiete werden für die nachfolgenden Analysen in folgender Weise zusammengefasst: 1. Allge-

meinarzte, 2. Internisten, 3. Neurologen, Nervenärzte oder Psychiater, 4. Augenärzte, 5. HNO-Ärzte, 6. Hautärzte, 7. Orthopäden, 8. Gynäkologen oder Urologen, 9. Chirurgen und 10. alle anderen Ärzte. Die Kontakte zu Psychotherapeuten, Verhaltenstherapeuten sowie Kinder- und Jugendpsychotherapeuten sind explizit nicht integriert. Die zeitliche Zuordnung der Fälle geschieht in den vorliegenden Analysen jeweils zum Behandlungsbeginn. Wenn an einem Tag mehrere Fälle beginnen, weil verschiedene Ärzte kontaktiert wurden, dann werden alle gezählt.

Die Arzneimittelmengen wird in Abschnitt 5.5 in DDD (engl: Defined Daily Dose) gemessen. Diese Maßzahl gibt eine angenommene mittlere Tagesdosis eines Erwachsenen bei den wichtigsten Indikationen wieder. Dies ist lediglich eine Rechnungsgröße, die nicht mit der empfohlenen oder verschriebenen Dosis des Einzelfalls verwechselt werden darf. Die Verordnungen von Medikamenten sind für die vorliegenden Analysen nach der medizinisch-therapeutisch-chemischen Klassifikation (ATC) kategorisiert. Hierbei wird unterschieden: 1. Schmerzmittel (Analgetika ATC N02), 2. Antiparkinsonmittel zur Behandlung bei Parkinsonerkrankung (ATC N04), 3. beruhigende Mittel zur Behandlung von Psychosen, Angstzuständen, Schlaflosigkeit usw. (Psycholeptika ATC N05), 4. Antidepressiva zur Behandlung von Depressionen (ATC N06A) und 5. Antidementiva zur Behandlung von Demenzen (ATC N06D). Eine ausführliche Liste der ATC-Klassifikationen stellt das DIMDI (2008) zur Verfügung. Die zeitliche Zuordnung der Verordnungen erfolgt über das Verordnungsdatum und nicht über das Ausgabedatum.

Die Messung der rehabilitativen Maßnahmen in Abschnitt 5.5 erfolgt über die Auszählung der stationären Aufenthalte in Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen und über die Zahl der verordneten Therapieeinheiten aus den Heilmitteln. Dabei können die Heilmittel auch in stationären Einrichtungen eingesetzt worden sein. Bei den Heilmitteln wird entsprechend des GEK-Heil- und Hilfsmittelreports 2007 (Deitermann/Kemper/Glaeske 2007: 25) unterschieden zwischen 1. Physiotherapie (Heilmittelposition X0101 - X2002), 2. Ergotherapie (Heilmittelposition X4001 - X4502) und 3. Logopädie (Heilmittelposition X3001 - X3401). Die Heilmittelpositionen sind im Heilmittelpositionsnummernverzeichnis detailliert veröffentlicht (ITSG 2006). Die zeitliche Zuordnung der stationären Aufenthalte in Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen erfolgt über den Aufnahmetag. Die zeitliche Zuordnung der Heilmittel erfolgt über das Verordnungsdatum.

Schließlich wird in Abschnitt 5.7 noch die Zahl der Krankenhausaufenthalte pro Jahr gemessen. Darunter fallen sowohl teil-, vor-, nach- und vollstationäre Aufenthalte als auch ambulante Operationen im Krankenhaus. Die zeitliche Zuordnung der stationären Aufenthalte im Krankenhaus erfolgt über den Aufnahmetag.

Alle Messungen der Leistungen erfolgten jeweils als Anzahl pro Tag und werden auf Häufigkeiten pro Jahr hochgerechnet.

Allerdings sollen die Leistungsanspruchnahmen nicht nur beschrieben, sondern es soll auch bewertet werden, ob die Versorgung bedarfsgerecht ist. Die Bedarfsstruktur ist konkret allerdings nur im Einzelfall bestimmbar. In den nachfolgenden Analysen

werden dagegen Aussagen über Teilkollektive gemacht, deren Bedarfe näherungsweise über Alter, Geschlecht und Krankheitsspektrum erfasst werden. Dabei kommen zwei Bewertungsmaßstäbe zum Einsatz: Zum einen wird die Inanspruchnahme der Heimbewohner mit zwei anderen Versichertengruppen verglichen: den Pflegebedürftigen in häuslicher Pflege und allen Versicherten. Durch diese – nach Altersgruppen und Geschlecht differenzierten – Vergleiche, die in bisherigen Studien nur äußerst selten angestellt wurden, können Unterschiede in der Versorgung aufgedeckt werden. Diese sind insbesondere dann interessant, wenn zugleich das Krankheitsspektrum kontrolliert wird. Als zweiter und quasi externer Maßstab werden weiterhin die Aussagen über eine angemessene Versorgung bestimmter Krankheiten herangezogen wie sie insbesondere in Leitlinien oder in der Literatur getroffen werden. Natürlich sind auch bei einer Behandlung nach den Regeln der evidenzbasierten Medizin immer die jeweiligen Umstände des Einzelfalls zu beachten. Für die hier vorgenommenen populationsbezogenen Analysen ist es allerdings von Interesse, inwieweit die Behandlungsintensität im Durchschnitt mit leitliniengestützten Vorgaben übereinstimmt.

In den einzelnen Abschnitten wird zunächst immer der Stand der Forschung berichtet (Abschnitt 5.4.1, 5.5.1, 5.6.1 und 5.7.1). Nach einer kurzen Diskussion der externen Bewertungsmaßstäbe (Abschnitt 5.4.2, 5.5.2, 5.6.2 und 5.7.2) schließt sich die Auswertung der Routedaten an (5.4.3, 5.5.3, 5.6.3 und 5.7.3). Alle Darstellungen erfolgen dabei im Vergleich der Pflegeheimbewohner mit häuslich gepflegten Personen und Personen ohne SPV-Leistungen. Zunächst werden die Messungen nach Alterskategorien (60-69; 70-79; 80-89; 90+), Geschlecht (Männer; Frauen) und SPV-Leistungen (keine Leistung; häusliche Pflege; stationäre Pflege) getrennt vorgenommen und grafisch dargestellt. Die Grafiken geben jeweils die durchschnittliche Zahl der Leistungen dieser Untergruppen pro Jahr wieder.

Nach den graphischen Darstellungen werden die Ergebnisse im Hinblick auf (signifikante) Unterschiede zwischen den genannten Personengruppen mittels linearer Regressionsanalyse gemessen. In den diesbezüglichen Tabellen ist in der ersten Zeile jeweils die Konstante angegeben. Der Wert dieser Konstanten entspricht im jeweils ersten Modell den Werten der 60-69-jährigen Männer ohne SPV-Leistungen aus den Grafiken zumindest solange die zusätzliche Variable „Verheiratet“ im Analysemodell keine großen Effekte aufweist. In den nachfolgenden Zeilen sind dann die Häufigkeitsunterschiede angegeben, die sich für die spezifischen Subgruppen ergeben. Diese sind zur Konstante hinzuzuaddieren, um die Inanspruchnahmekennziffer für die spezifische Subgruppe zu erhalten.

Die in Abschnitt 5.1 beschriebenen Variablen werden in den Regressionsanalysen der Abschnitte 5.4 bis 5.7 zu erklärenden Variablen. Hierbei werden jeweils zwei Regressionsmodelle berechnet. Im ersten Regressionsmodell gehen zunächst Alter, Geschlecht, Familienstand und SPV-Leistung separat für jede Pflegestufe als erklärende Variable ein. Im zweiten Modell wird dann jeweils untersucht, inwieweit das Erkrankungsspektrum für das Ausmaß der medizinischen Versorgung verantwortlich ist. Im Vergleich der beiden Modelle lässt sich erkennen, wie viel der Versorgungsleistung, die Leistungsempfänger erhalten, durch das Erkrankungsspektrum und wie viel dann

immer noch durch die Pflegebedürftigkeit bzw. die Inanspruchnahme von SPV-Leistung erklärt wird.

Die in den Modellen angegebenen Werte resultieren aus einem linearen Regressionsmodell. Die Werte geben den Unterschied in Leistungseinheiten pro Jahr wieder. Steht dort beispielsweise ein Wert von 1,50 bei der Variablen „Frau“, dann bedeutet dies, dass die Frauen in dieser Studie 1,5 mehr Leistungseinheiten bekommen als die Männer in dieser Studie. Die angegebenen Sternchen nach den Werten in den Modellen geben jeweils den Grad der Irrtumswahrscheinlichkeit an, ob der gefundene Wert sich statistisch signifikant oder nur zufällig von 0 unterscheidet. Bei *** liegt die Irrtumswahrscheinlichkeit unter 0,1 %, bei ** liegt die Irrtumswahrscheinlichkeit unter 1 % und bei * liegt die Irrtumswahrscheinlichkeit unter 5 %. Alle mit Sternchen gekennzeichneten Werte gelten – gemäß der üblichen Konvention – als statistisch signifikant.

Die Bewertung der Behandlungshäufigkeit erfolgt jeweils in einem eigenen Unterabschnitt (5.4.4, 5.5.4, 5.6.4, 5.7.4). Hierbei werden beide Bewertungsmaßstäbe herangezogen: der Vergleich zwischen Heimbewohnern und den beiden Vergleichsgruppen (Versicherte ohne SPV-Leistungen und Pflegebedürftige in häuslicher Pflege) sowie – soweit vorhanden – mit externen Vergleichsmaßstäben. In besonders relevanten Fällen, in denen eine Unterversorgung vermutet wird, werden an dieser Stelle noch zusätzliche Auszählungen der Inanspruchnahme für bestimmte Krankheitsbilder durchgeführt.

5.4 Arztkontakt

5.4.1 Bisherige Studien zu Arztkontakten im Pflegeheim

Bislang gibt es nur sehr wenig umfangreiche Studien zur Frage der Arztkontakte in Pflegeheimen. Aktuell sind die SÄVIP-Studie (Hallauer et al. 2005; Hibbeler 2005), die MuG IV-Studie (Schneekloth/Wahl 2007) und das Berliner Projekt (Kotek 2005; Hibbeler 2007; KV-Blatt-Redaktion 2007) die Studien, auf denen die meisten Diskussionen basieren.

In der SÄVIP-Studie wurden die Pflegedienstleitungen von 8.775 Pflegeheimen angeschrieben. Aus 782 Pflegeheimen kam ein ausgefüllter Fragebogen zurück. Die Fragen galten in erster Linie der Organisation von Arztkontakten, der Zahl der Arztkontakte, der Prävalenz bestimmter Erkrankungen bei den Heimbewohnern und der Medikation. Eine ähnliche Studie wurde schon Anfang der 1980er Jahre durchgeführt (Tews 1982). In dieser älteren Studie gab es eine deutlich höhere Rücklaufquote: 225 Fragebögen aus 350 befragten Pflegeheimen konnten ausgewertet werden. In der MuG IV-Studie wurden die Pflegekräfte von insgesamt 4.229 Heimbewohnern aus 609 Alteneinrichtungen in Deutschland befragt. Die Erhebung erfolgte persönlich-mündlich durch erfahrene und entsprechend geschulte Interviewer (Schneekloth/von Törne 2007: 55). In einer vertiefenden Erhebung wurden zusätzliche Daten von 58 der 609 Alteneinrichtungen ausgewertet (Schäufele et al. 2007: 176). Diese Analysen beziehen sich auf 4.481 der 4.588 Bewohner dieser 58 Alteneinrichtungen (Schäufele et al. 2007: 182).

Das so genannte „Berliner Projekt“ entstand dadurch, dass nach Einführung der Pflegeversicherung die Berliner Krankenhäuser und Krankenhausabteilungen für chronisch Kranke in Pflegeeinrichtungen ohne Ärzte umgewandelt werden sollten. Aus Angst, die medizinische Versorgung könnte nicht sichergestellt sein, wurde in Kooperation der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin, AOK Berlin, IKK Brandenburg und Berlin, BKK Bahn, BKK Siemens, Berliner Krankenhausgesellschaft, Verband der Privatkrankenhäuser Berlin-Brandenburg mit 38 Pflegeeinrichtungen das Berliner Modell entworfen und seither durchgeführt. Darin werden von ärztlicher Seite besondere Leistungen garantiert und von den Kostenträgern besondere Zahlungen vorgenommen (Ludwig 1996; Kotek 2005; Hibbeler 2007; KV-Blatt-Redaktion 2007). Im Vergleich der Pflegeheime des Berliner Projekts mit den übrigen Berliner Pflegeheimen wurde eine deutlich niedrigere Zahl an Krankenhausaufenthalten gemessen. Die übrigen Pflegeheime hatten in jedem Jahr von 1998-2003 eine ca. 2,5-fache Fallzahl (Kotek 2005: 54). Da hier durch finanzielle Anreize interveniert wurde, sind die Aussagen zur Versorgung in diesem Projekt nur sehr eingeschränkt verallgemeinerbar.

In der SÄVIP-Studie wurden Arztkontakte insgesamt je Heim und nicht je Heimbewohner ausgezählt. Dass kein Allgemeinmediziner ins Heim gekommen ist, kam in der Studie nicht vor. Ganz im Gegenteil gaben 72 % der befragten Pflegedienstleitungen an, sie hätten mindestens wöchentlich Besuch von Allgemeinmediziner. Die Frequenz fällt bei den Internisten schon deutlich geringer aus: In ca. 40 % der Häuser sind Internisten wöchentlich bis monatlich präsent. Dramatischer erscheinen die Werte, wenn man die Anteile der Heime ohne Facharztkontakt betrachtet: 26 % der Heime werden gar nicht durch Internisten besucht. 15 % der Heime haben keine Versorgung durch Neurologen, 24 % der Heime werden nicht von Psychiatern betreut, 38 % verzeichnen keinen Besuch eines Gynäkologen, 18 % der Heime erhielten keinen Besuch durch Urologen, 32 % der Heime blieben ohne augenärztliche Besuche, bei 36 % der Heime wurde kein HNO-Arztbesuch vermerkt und ca. 10 % der Heime wurden nicht durch Zahnärzte besucht. In der Summe kommen daher die Autoren zu dem Schluss, dass die fachärztliche Versorgung verbessert werden müsse (Hallauer et al. 2005: 46).

Eine in vielen Fällen (20 %) nicht ausreichende Facharztversorgung wurde auch in der Studie von Tews (1982: 82) festgestellt, dessen Daten inzwischen aber veraltet sind – nicht zuletzt, weil sich die Situation nach Einführung der Pflegeversicherung deutlich verändert haben dürfte. Hartwig et al. (2005: 277) geben an, dass nur 9 % der Bewohner in den letzten 3 Monaten in psychiatrischer Behandlung waren – also deutlich weniger als psychisch erkrankt sind. Bezüglich der zahnärztlichen Kontakte stellen Schneekloth/von Törne fest, dass es bei 56 % der Heimbewohner innerhalb der letzten 12 Monate keine zahnärztlichen Kontrollen gab (2007: 111). Nur 43 % der Demenzkranken aus der vertiefenden MuG IV-Studie haben innerhalb der letzten 12 Monate eine psychiatrische oder neurologische Behandlung erfahren (Schäufele et al. 2007: 198). Aber auch der Kontakt zu anderen Fachärzten kommt nicht häufig vor. So liegt der Anteil derer, die innerhalb der letzten 12 Monate Kontakt zu Zahnärzten hatten, bei ca. 20 %. In diesem Bereich liegt auch der Anteil mit Kontakt zum Augenarzt. HNO-Ärzte (ca. 11 %), Hautärzte (ca. 19 %), Gynäkologen (ca. 4 %) und andere Fachärzte (ca. 15 %) sind ebenfalls relativ selten (Schäufele et al. 2007: 198). Als besonders evi-

dent wird der Mangel bei der zahnärztlichen, gynäkologischen und augenärztlichen Versorgung bezeichnet.

5.4.2 Zur Beurteilung der Arztkontakte im Pflegeheim

Um die Zahl der Arztkontakte bewerten zu können, bedarf es eines Bewertungsmaßstabs. Ausgehend von der Tatsache, dass die Heimbewohner von Pflegeheimen durchweg unter gesundheitlichen Beeinträchtigungen leiden, ist ein regelmäßiger Arztkontakt angemessen. Wie häufig ein Arztkontakt nun aber sein muss, damit die Patienten angemessen versorgt sind, lässt sich weder pauschal noch im Einzelfall wirklich genau beziffern. Dabei ist die Angemessenheit der Zahl der Arztkontakte auch je Facharzt-disziplin unterschiedlich zu bewerten. So sprechen Hallauer et al. (2007: 35f) von regelmäßigen Besuchen von Internisten, wenn sie bei Bedarf „mindestens einmal pro Quartal“ die Heimbewohner besuchen. Dieses Maß wurde auch für Neurologen/Psychiater angewendet. Von regelmäßiger Versorgung durch Urologen oder Gynäkologen wird bei jährlichem Besuch gesprochen. Die Autoren sehen eine Überlappung der Versorgungsaufträge für Internisten und Allgemeinmediziner, wodurch die Bewertung der Kontakte mit Internisten schwer fällt (ebenso Beckmann 1992: 36). Da die Allgemeinmediziner in der Regel aber diejenigen Ärzte sind, die den häufigsten Kontakt zu den Patienten haben und außerdem dazu angehalten sind, die weitere Versorgung zu organisieren (z. B. Hausarztmodell), ist die Kontakthäufigkeit der Allgemeinärzte mindestens nach den Kriterien für Internisten zu bewerten. Für die Allgemeinärzte sollte also ebenfalls mindestens ein Kontakt pro Quartal stattfinden. Beckmann (1992: 36f) weist weiterhin auf die Notwendigkeit regelmäßiger Kontakte zu Gynäkologen, Urologen und Psychiatern hin. Zudem werden aber auch Kontakte zu Augenärzten, HNO-Ärzten, Hautärzten, Orthopäden und Chirurgen für sinnvoll erachtet. Da insbesondere die psychischen Erkrankungen gehäuft in Pflegeheimen auftreten, ist ein besonderes Augenmerk auf die psychiatrische Versorgung zu legen. Im Jahr 1989 wurden noch 72% der Psychopharmaka von Hausärzten verschrieben (Weyerer 1993: 181); die Deutsche Gesellschaft für Neurologie (2003) beschreibt allerdings die Differentialdiagnose und die medikamentöse Therapie bei Demenzen als fachärztliche Aufgabe, die Neurologen, Psychiater, Neuropsychologen oder Neuroradiologen zu erfüllen haben.

5.4.3 Auswertungen der Routinedaten

Um das Ausmaß der ärztlichen Versorgung zu beschreiben und auch in Ansätzen zu bewerten, wird die Zahl der Arztkontakte der Pflegeheimbewohner mit der Zahl der Arztkontakte häuslich gepflegter Personen und der Zahl der Arztkontakte von Personen ohne Pflegestufe verglichen. Bei der Interpretation dieser Zahlen ist zu berücksichtigen, dass pflegebedürftige Personen in der Regel gesundheitlich eingeschränkter sind und daher im Grundsatz einen höheren durchschnittlichen Bedarf an ärztlicher Versorgung haben.

5.4.3.1 Allgemeinmediziner

Abbildung 81 zeigt die durchschnittliche Zahl der Behandlungen durch Allgemeinmediziner je differenzierter Kategorie. Durchgängig liegt die Zahl der Behandlungsfälle bei den Pflegebedürftigen in stationärer Pflege höher als bei den gleichaltrigen Personen in häuslicher Pflege, welche wiederum eine höhere Zahl an Behandlungsfällen aufweisen als die Versicherten ohne SPV-Leistungen. Dabei sind die Unterschiede zwischen Männern und Frauen nicht prominent. Mit steigendem Alter steigt bei den Personen ohne SPV-Leistungen die Fallhäufigkeit leicht an. Bei den Pflegebedürftigen ist eine solcher Effekt – insbesondere bei den Frauen – nicht erkennbar.

Die linearen Regressionsmodelle in Tabelle 36 stellen dar, inwieweit Unterschiede zwischen Teilpopulationen vorhanden und statistisch signifikant sind. Während die Fallzahlen in den Grafiken für die einzelnen untersuchten Kategorien direkt abzulesen sind, müssen die Fallhäufigkeiten aus den linearen Regressionsmodellen durch Addition berechnet werden. Diese so berechneten Häufigkeiten sind Näherungswerte für die spezielle Kategorie, da die Effekte der erklärenden Variablen über alle Subkategorien gebildet werden und nicht nur über die jeweils interessierende. Als Basiswert ist in Modell 1 der Wert 2,25 angegeben. Dies ist die durchschnittliche Fallzahl der Behandlungen der Referenzkategorie. Diese Referenzkategorie wird gebildet von Männern im Alter von 60-69 Jahren, die nicht verheiratet sind und keine SPV-Leistungen erhalten. Sie entspricht also fast genau dem Personenkreis, der in der Abbildung 81 im ersten Balken dargestellt ist. Der Unterschied besteht nur darin, dass in der Abbildung nicht, in der Tabelle aber sehr wohl nach dem Familienstand differenziert wird. Für die verheirateten 60-69-jährigen Männer ohne SPV-Leistungen werden durch die Addition des im Modell angegebenen Koeffizienten durchschnittlich $2,36 (2,25 + 0,11)$ Behandlungsfälle pro Versichertenjahr berechnet. Für Pflegebedürftige der Stufe I in stationärer Pflege werden durchschnittlich 3,59 Behandlungsfälle pro Versichertenjahr berechnet.

Die weiteren Werte in der ersten Spalte geben an, um wie viele Behandlungsfälle sich die anderen Kategorien von der Referenzkategorie unterscheiden und ob diese Unterschiede statistisch signifikant sind. Frauen haben nach dem Modell unter Kontrolle der übrigen Variablen 0,18 Behandlungsfälle mehr als Männer. Außerdem finden in höherem Alter mehr Behandlungen statt. Im Vergleich zu den 60-69-Jährigen haben 70-79-Jährige 0,26 Behandlungen mehr und 80-89-Jährige haben durchschnittlich 0,37 Behandlungen mehr. Verheiratete haben 0,11 Behandlungen mehr als nicht verheiratete Personen. Verglichen mit unverheirateten Männern im Alter von 60-69 Jahren ohne SPV-Leistungen (2,25 Behandlungen pro Versichertenjahr) werden für 90-jährige verheiratete Frauen durch das Modell $2,65 (2,25 + 0,29 + 0,11)$ Behandlungen geschätzt. In der Abbildung 81 werden für Frauen ohne SPV-Leistungen im Alter von 90 Jahren und mehr 3,0 Behandlungen dargestellt. Diese Unterschiede kommen dadurch zustande, dass der Alterseffekt für Männer und Frauen gemeinsam im Regressionsmodell berechnet wird. Wie in der Abbildung zu sehen ist, haben Männer in der Alterskategorien 90+ einen geringeren Unterschied zu den 60-69-jährigen Männern als die 90-jährigen Frauen einen Unterschied zu den 60-69-jährigen Frauen haben. Diese Unterschiede

sind durch das Modell auf ein Maß berechnet worden, das über alle im Modell integrierten Variablen (Verheiratet, Frau, SPV-Leistungen mit den jeweiligen Pflegestufen) die geringsten Abweichungen aufweist. Dabei ist insbesondere zu beachten, dass die Anteile der Pflegebedürftigen mit dem Alter steigen und somit auch die Alterseffekte mehr durch die Personen mit Pflegeleistungen beeinflusst werden. Die Personen, die häuslich gepflegt werden, haben mit steigender Pflegestufe auch eine steigende Zahl an Behandlungsfällen. Während sich mit Pflegestufe I noch 0,51 Behandlungsfälle mehr zeigen, müssen stattdessen für häuslich gepflegte Personen mit Pflegestufe II 0,77 Behandlungsfälle hinzuaddiert werden. Häuslich gepflegte Personen mit Pflegestufe III haben stattdessen 1,03 Behandlungsfälle mehr. Die Personen in stationärer Pflege haben unter Kontrolle der anderen Variablen durchschnittlich um 1,3 Behandlungsfälle mehr als Personen ohne SPV-Leistung.

In Modell 2 wird zusätzlich noch das Krankheitsspektrum kontrolliert. Durch die Kontrolle des Krankheitsspektrums werden erstens der Wert der Referenzkategorie und zweitens die Alterseffekte verringert. Die Referenzkategorie besteht nun aus den 60-69-jährigen, unverheirateten Männern ohne Pflegeleistung und ohne eine der kontrollierten Krankheiten. Für diese Referenzgruppe ergeben sich 1,07 Behandlungsfälle pro Jahr. Diejenigen mit den festgestellten Erkrankungen haben dann die häufigeren Arztkontakte. Dies gilt insbesondere für die Personen mit Herz-/Kreislaufkrankungen und muskuloskeletalen Erkrankungen. Die Unterschiede von Pflegebedürftigen zu Personen ohne SPV-Leistungen sind in diesem Modell geringer. Dies liegt daran, dass pflegebedürftige Personen häufiger erkrankt sind als nicht pflegebedürftige Personen. Deshalb haben z. B. stationär gepflegte Personen unter sonst gleichen Bedingungen 0,9-1 Behandlungen mehr als Personen ohne SPV-Leistungen. Für die sehr häufig vorkommende Demenz müssen dann z. B. noch 0,19 Behandlungen hinzuaddiert werden. Unverheiratete, demente Frauen in stationärer Pflege im Alter von 80-89 Jahren in Pflegestufe III mit sonstigen Herz-/Kreislaufkrankungen haben durch das Modell berechnet durchschnittliche 3,37 ($1,07 + 0,06 + 0,19 + 1,03 + 0,19 + 0,83$) Behandlungen.

Abbildung 81: Anzahl der Behandlungsfälle durch Allgemeinmediziner pro Versichertenjahr nach Alter, Geschlecht und SPV-Leistung

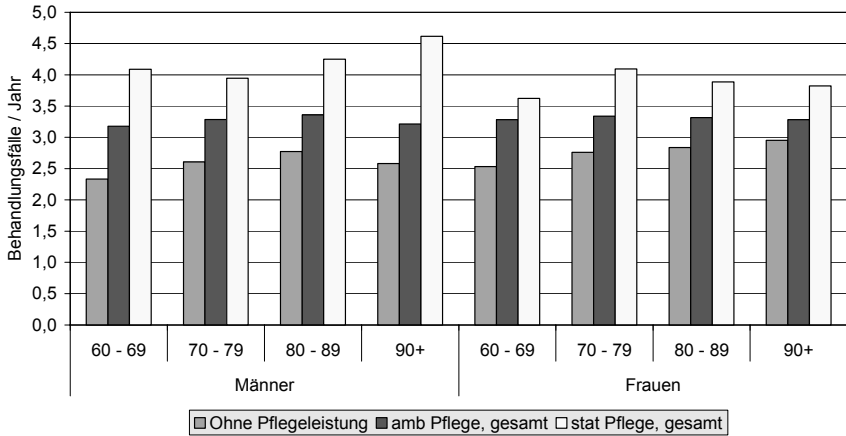


Tabelle 36: Regressionsmodelle: Behandlungsfälle durch Allgemeinmediziner

	Modell 1	Modell 2
Konstante	2,25 ***	1,07 ***
Frau	0,18 ***	0,06
Alter 70-79	0,26 ***	0,12 ***
Alter 80-89	0,37 ***	0,19 **
Alter 90+	0,29	0,20
Verheiratet	0,11 **	0,08 *
Pflege häuslich Stufe I	0,51 ***	0,26 *
Pflege häuslich Stufe II	0,77 ***	0,50 ***
Pflege häuslich Stufe III + Härtefälle	1,03 ***	0,79 **
Pflege stationär Stufe I	1,23 ***	0,91 ***
Pflege stationär Stufe II	1,36 ***	1,02 ***
Pflege stationär Stufe III + Härtefälle	1,30 ***	1,03 ***
Demenz		0,19 *
Störungen durch psychotrope Substanzen		0,17 **
Schizophrenie u. a.		0,25
Depressionen u. a.		0,23 ***
Sonstige psychische Störungen		0,19 ***
Parkinson		0,08
Schlaganfall		0,18 **
Herzinfarkt		0,26 ***
Sonstige Herz-/Kreislaufferkrankungen		0,83 ***
Krebs		0,08 *
Muskuloskeletale Erkrankungen		0,50 ***
Krankheiten des Urogenitalsystems		0,18 ***

Anmerkung: *** P < 0,1 %; ** P < 1 %; * P < 5 %; Modellerläuterung in Abschnitt 5.3

5.4.3.2 Internisten

Die Behandlungen durch Internisten sind insgesamt nicht so häufig wie durch Allgemeinmediziner. Bei den 60-69-jährigen Männern und Frauen ohne SPV-Leistungen kommt es zu ca. 1,5 Behandlungen pro Versichertenjahr (Abbildung 82). Männer und Frauen mit häuslichen SPV-Leistungen haben in diesem Alter rund ein Drittel mehr Behandlungen durch Internisten. Bei den Männern sind es durchschnittlich 1,9 und bei den Frauen 2,1 Behandlungen. In höheren Altersklassen unterscheiden sich diese beiden Gruppen nicht mehr deutlich. Männer und Frauen in stationärer Pflege haben hingegen in allen Alterskategorien – und zum Teil deutlich – weniger Behandlungen durch Internisten.

Modell 1 in Tabelle 37 gibt diese Relationen wieder und zeigt zudem, dass es noch Unterschiede bezüglich der Pflegestufen gibt. Diese sind aber nicht durchgängig signifikant. Zunächst zeigt die Konstante im Modell durchschnittlich 1,5 Behandlungsfälle für unverheiratete Männer ohne SPV-Leistung im Alter von 60-69 Jahren an. Für Frauen wird eine etwas geringere Häufigkeit berechnet. In den Alterskategorien 70-79 Jahre und 80-89 Jahre liegen die Häufigkeiten um 0,27 bzw. 0.2 höher als in der Alterskategorie 60-69 Jahre. Verheiratete unterscheiden sich nicht signifikant von Unverheirateten. Pflegeheimbewohner aller Pflegestufen haben eine geringere Behandlungshäufigkeit. Häuslich gepflegte Personen in Pflegestufe I haben hingegen eine um 0,23 Fälle höhere Häufigkeit als die Personen ohne SPV-Leistungen und andererseits haben die Personen in Pflegestufe III eine – allerdings nicht signifikant – geringere Fallzahl. Je intensiver die Pflege ist, desto seltener sind also die Behandlungsfälle durch Internisten.

In Modell 2 werden wieder die festgestellten Erkrankungen mit kontrolliert. Die Konstante zeigt, dass die gesunden Männer ohne SPV-Leistungen im Alter von 60-69 Jahren durchschnittlich nur 0,5 Behandlungsfälle haben. Durchschnittlich ein Behandlungsfall ist also durch die hier kontrollierten Erkrankungen bedingt. Für die Fallzahl der Behandlungen durch Internisten spielen ebenso wie beim Allgemeinmediziner die sonstigen Herz-/Kreislaufkrankungen die größte Rolle (+ 0,7 Behandlungen). Ein ähnlicher Wert kommt auch beim Herzinfarkt hinzu (+ 0,65). Bei Schlaganfall, Krebs, muskuloskeletalen Erkrankungen und Krankheiten des Urogenitalsystems gibt es noch jeweils eine Steigerung um 0,2-0,4 Behandlungsfälle. Bei sonst gleichem Erkrankungsspektrum haben demente Personen und stationär gepflegte Personen hingegen eine geringere Zahl an Behandlungsfällen. Kommen beide Faktoren zusammen, ergeben sich ca. 0,6 Behandlungsfälle weniger als bei Personen mit gleichem Bedarf, die nicht dement sind und nicht im Heim gepflegt werden.

Abbildung 82: Anzahl der Behandlungsfälle durch Internisten pro Versichertenjahr nach Alter, Geschlecht und SPV-Leistung

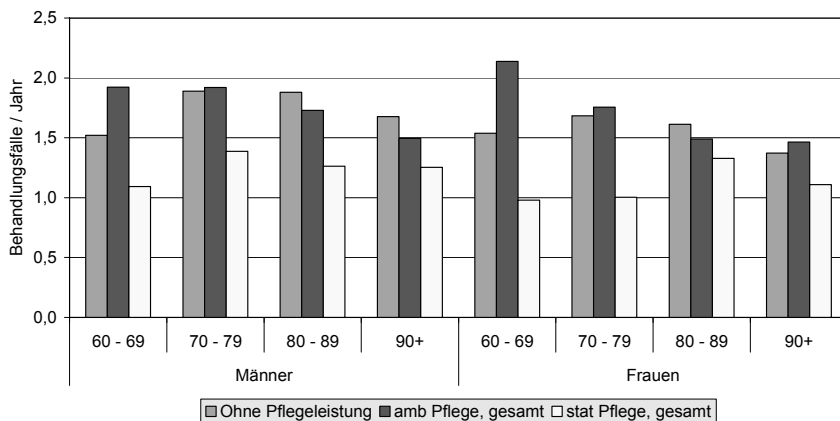


Tabelle 37: Regressionsmodelle: Behandlungsfälle durch Internisten

	Modell 1		Modell 2	
Konstante	1,51	***	0,52	***
Frau	-0,06	**	-0,14	***
Alter 70-79	0,27	***	0,13	***
Alter 80-89	0,20	***	0,02	
Alter 90+	0,00		-0,09	
Verheiratet	0,06		0,01	
Pflege häuslich Stufe I	0,23	**	0,07	
Pflege häuslich Stufe II	0,00		-0,13	
Pflege häuslich Stufe III + Härtefälle	-0,35		-0,41	
Pflege stationär Stufe I	-0,39	*	-0,44	*
Pflege stationär Stufe II	-0,47	**	-0,51	**
Pflege stationär Stufe III + Härtefälle	-0,46	*	-0,36	
Demenz			-0,20	**
Störungen durch psychotrope Substanzen			0,13	**
Schizophrenie u. a.			-0,11	
Depressionen u. a.			0,09	**
Sonstige psychische Störungen			0,16	***
Parkinson			-0,07	
Schlaganfall			0,17	**
Herzinfarkt			0,65	***
Sonstige Herz-/Kreislaufkrankungen			0,71	***
Krebs			0,39	***
Muskuloskeletale Erkrankungen			0,20	***
Krankheiten des Urogenitalsystems			0,37	***

Anmerkung: *** P < 0,1%; ** P < 1%; * P < 5%; Modellerläuterung in Abschnitt 5.3

5.4.3.3 Neurologen oder Psychiater

Während die Zahl der Behandlungsfälle bei nicht pflegebedürftigen Versicherten im Alter von 60 bis 89 Jahren zwischen 0,2 und 0,3 Kontakten pro Versichertenjahr liegt, sind die Behandlungen bei den häuslich und stationär gepflegten Personen um ein Vielfaches häufiger (Abbildung 83). Dabei liegt die Häufigkeit bei den stationär gepflegten Personen insgesamt noch wieder ca. doppelt so hoch wie bei den häuslich gepflegten Personen. Mit dem Alter sinkt für alle Pflegebedürftigen die Fallzahl. Bei den Personen in häuslicher Pflege wird in der höchsten Altersstufe sogar fast das geringe Niveau erreicht, das die Personen ohne SPV-Leistungen haben. Die Häufigkeit bleibt bei den stationär gepflegten Personen deutlich darüber. So sinkt die Häufigkeit bei den häuslich gepflegten Personen von 1,1 auf ca. 0,2 Behandlungsfälle über die Alterskategorien ab, während sich die Häufigkeit Pflegebedürftigen in stationärer Pflege von 1,9 auf ca. 1,1 Behandlungsfälle pro Versichertenjahr reduziert.

Wie Tabelle 38 zeigt sind alle in der Abbildung dargestellten Unterschiede statistisch signifikant. Frauen haben 0,05 Behandlungsfälle mehr als Männer. In der höchsten Alterskategorie ist die Zahl der Behandlungsfälle durch Neurologen oder Psychiater um 0,37 geringer als bei den 60-69-Jährigen. Ein deutlich signifikanter Unterschied wird zwischen Beziehern von SPV-Leistungen und Personen ohne SPV-Leistungen gemessen. Dieser ist umso höher, je höher die Pflegestufe ist, und in der stationären Pflege annähernd doppelt so hoch wie in der häuslichen Pflege. Während mit Pflegestufe III in der häuslichen Pflege 0,64 Behandlungsfälle zum Ausgangswert von 0,21 hinzuaddiert werden müssen, kommen mit Pflegestufe III in der stationären Pflege 1,45 Behandlungsfälle hinzu. Pflegebedürftige haben also signifikant häufiger Kontakt zur Neurologen/Psychiatern/Nervenärzten als Nicht-Pflegebedürftige.

Modell 2 zeigt einen deutlichen Effekt des Erkrankungsspektrums auf die Zahl der Behandlungsfälle durch Neurologen oder Psychiater. Zunächst ist festzustellen, dass die nicht von den kontrollierten Erkrankungen betroffenen Personen ohne SPV-Leistungen praktisch keine Behandlungen durch Neurologen oder Psychiater haben. Die Behandlungshäufigkeit wird in erster Linie durch das Parkinson-Syndrom (+1,39) und in zweiter Linie durch Schizophrenie u. a. (+0,78) bestimmt. Bei dementen und depressiven Personen kommen zudem jeweils ca. 0,4 Behandlungsfälle hinzu, für Personen mit sonstigen psychischen Störungen noch einmal 0,19 Behandlungen. Zusätzlich gibt es noch bedeutend höhere Häufigkeiten bei Schlaganfallpatienten. Die Kontrolle der Erkrankungen zeigt damit, dass die Unterschiede zwischen Beziehern von SPV-Leistungen und Personen ohne SPV-Leistungen vor allem aus der Erkrankung und weniger aus der Pflegebedürftigkeit resultiert. Pflegebedürftige in häuslicher Pflege weisen gegenüber nicht Pflegebedürftigen in Modell 2 nur eine geringfügig unterschiedliche Behandlungshäufigkeit auf. Pflegeheimbewohner haben allerdings auch unter Kontrolle der Erkrankungen je nach Pflegestufe noch 0,37-0,61 mehr Behandlungsfälle durch Neurologen/Psychotherapeuten als Personen ohne SPV-Leistungen. Eine demente, depressive 80-89-jährige Frau mit Pflegestufe II im Pflegeheim, die auch noch sonstige psychische Störungen aufweist, hat somit 1,43 Behandlungsfälle durch Neurologen oder Psychiater.

Abbildung 83: Anzahl der Behandlungsfälle durch Neurologen oder Psychiater pro Versichertenjahr nach Alter, Geschlecht und SPV-Leistung

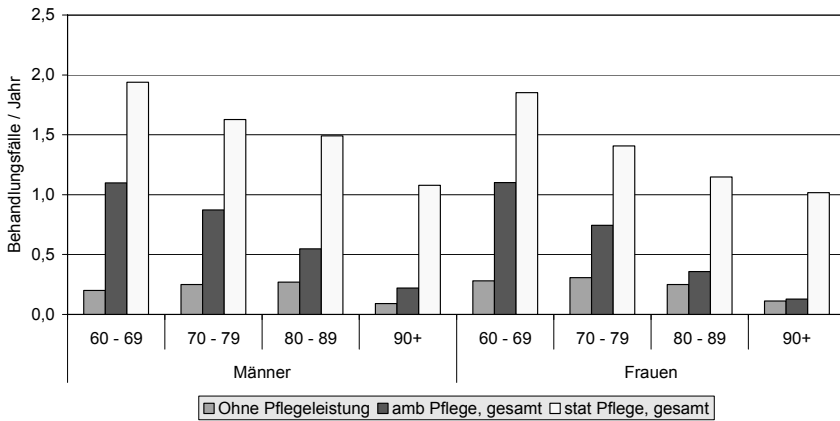


Tabelle 38: Regressionsmodelle: Behandlungsfälle durch Neurologen oder Psychiater

	Modell 1		Modell 2	
Konstante	0,21	***	0,02	
Frau	0,05	***	-0,03	**
Alter 70-79	0,04	***	0,00	
Alter 80-89	-0,04	*	-0,10	***
Alter 90+	-0,37	***	-0,30	***
Verheiratet	0,01		0,02	
Pflege häuslich Stufe I	0,42	***	0,11	**
Pflege häuslich Stufe II	0,60	***	0,13	**
Pflege häuslich Stufe III + Härtefälle	0,64	***	-0,01	
Pflege stationär Stufe I	0,93	***	0,37	***
Pflege stationär Stufe II	1,23	***	0,55	***
Pflege stationär Stufe III + Härtefälle	1,45	***	0,61	***
Demenz			0,39	***
Störungen durch psychotrope Substanzen			0,03	
Schizophrenie u. a.			0,78	***
Depressionen u. a.			0,41	***
Sonstige psychische Störungen			0,19	***
Parkinson			1,39	***
Schlaganfall			0,21	***
Herzinfarkt			-0,02	
Sonstige Herz-/Kreislaufkrankungen			0,02	
Krebs			-0,01	
Muskuloskeletale Erkrankungen			0,03	**
Krankheiten des Urogenitalsystems			0,03	**

Anmerkung: *** P < 0,1%; ** P < 1%; * P < 5%; Modellerläuterung in Abschnitt 5.3

5.4.3.4 Augenarzt

Abbildung 84 zeigt die Behandlungshäufigkeit durch Augenärzte. Dabei fällt über alle Unterscheidungen nach Geschlecht und Alter auf, dass die Behandlungshäufigkeit bei den Pflegeheimbewohnern deutlich geringer ist. Männliche Pflegeheimbewohner haben in den ersten beiden Alterskategorien im Durchschnitt 0,5 und 0,4 Behandlungen pro Versichertenjahr. In den beiden älteren Alterskategorien kommt es zu ca. 0,6 Behandlungen. Bei den Frauen kommt es in der ersten Alterskategorie zu 0,3 und in den anderen Alterskategorien zu 0,5 oder 0,6 Behandlungen. Nicht pflegebedürftige Männer und Frauen haben hingegen von 0,7 (60-69-Jährige) bis 1,3 (80-89-Jährige) Behandlungen. Die Werte für die häuslich gepflegten Personen liegen in der Regel dazwischen.

Tabelle 39 zeigt, dass alle Unterschiede statistisch signifikant sind. Die Konstante von 0,64 spiegelt die Häufigkeit für 60-69-jährige unverheiratete Männer ohne SPV-Leistungen wider. Für Frauen wird eine unter gleichen Bedingungen um 0,13 Fälle größere Häufigkeit gemessen. Die Personen im höheren Alter unterscheiden sich signifikant von den Personen im Alter von 60-69-Jahren. Verheiratete haben ebenso wie bei den bisher betrachteten Arztgruppen mehr Arztkontakte als die unverheirateten Personen. Eine deutlich geringere Anzahl an Behandlungen durch Augenärzte werden allerdings bei Pflegebedürftigen festgestellt. Dabei ist der Unterschied zu den Personen ohne SPV-Leistungen bei den häuslich gepflegten Personen mit Pflegestufe I noch am geringsten (-0,13 Fälle). Um 0,42 Fälle geringer ist schon die Häufigkeit bei den stationär gepflegten Personen mit Pflegestufe I und den häuslich gepflegten Personen mit Pflegestufe II. Die Differenzen bei allen anderen Personen mit SPV-Leistungen sind so groß, dass die Basisgröße der Konstanten egalisiert wird. Für 60-69-jährigen Männer in stationärer Pflege werden so faktisch keine Behandlungen durch Augenärzte gemessen.

Die kontrollierten Erkrankungen in Modell 2 haben einen deutlich geringeren Effekt auf die Zahl der Augenarztbehandlungen als beispielsweise die psychischen Erkrankungen einen Effekt auf die Behandlungen durch Neurologen oder Psychiater haben. Dieser Effekt ist auch nur zum Teil statistisch signifikant. Dennoch lassen sich bei Personen mit Herz-/Kreislaufkrankungen als auch bei Personen mit muskuloskeletalen Erkrankungen oder bei Personen mit Krankheiten des Urogenitalsystems mehr Behandlungen durch Augenärzte feststellen als bei anderen Personen. Die Unterschiede, die in Modell 1 gemessen wurden, lassen sich nicht durch das in Modell 2 integrierte Erkrankungsspektrum erklären. Die gemessenen Unterschiede nach Alter, Geschlecht, Familienstand und SPV-Leistungen bleiben fast unverändert: Pflegebedürftige haben auch bei Kontrolle der hier betrachteten Erkrankungen eine deutlich geringere Behandlungshäufigkeit durch Augenärzte. Durch die Erklärungskraft der drei aufgezählten somatischen Erkrankungen wird der Wert der Referenzkategorie geringer geschätzt. In der Summe wird somit für stationär gepflegte, demente Frauen im Alter von 80-89 Jahren mit Pflegestufe II sogar eine negative Häufigkeit von -0,06 Behandlungen pro Versichertenjahr durch das Modell geschätzt. Insgesamt bleibt damit festzuhalten, dass pflegebedürftige Heimbewohner eine signifikant geringere augenärztliche Versorgung erfahren als Pflegebedürftige in häuslicher Pflege und erst recht im Vergleich zu Nicht-Pflegebedürftigen.

Abbildung 84: Anzahl der Behandlungsfälle durch Augenärzte pro Versichertenjahr nach Alter, Geschlecht und SPV-Leistung

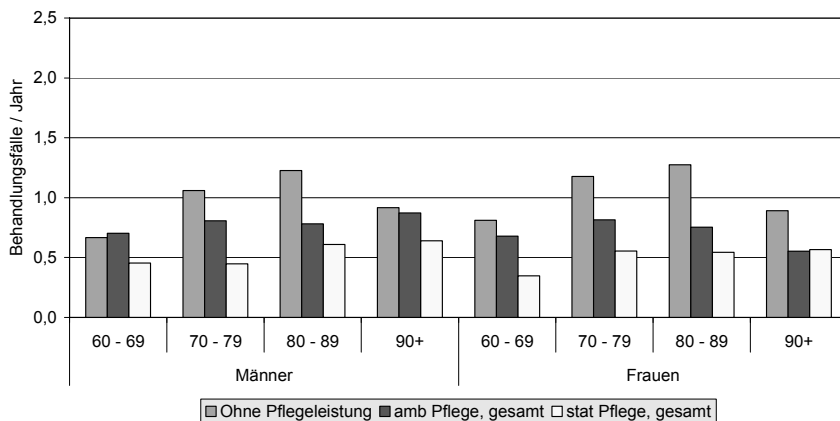


Tabelle 39: Regressionsmodelle: Behandlungsfälle durch Augenärzte

	Modell 1		Modell 2	
Konstante	0,64	***	0,21	***
Frau	0,13	***	0,06	**
Alter 70-79	0,38	***	0,33	***
Alter 80-89	0,48	***	0,42	***
Alter 90+	0,25	*	0,22	*
Verheiratet	0,04	*	0,02	
Pflege häuslich Stufe I	-0,13	*	-0,19	**
Pflege häuslich Stufe II	-0,42	***	-0,48	***
Pflege häuslich Stufe III + Härtefälle	-0,71	***	-0,76	***
Pflege stationär Stufe I	-0,42	***	-0,44	***
Pflege stationär Stufe II	-0,62	***	-0,65	***
Pflege stationär Stufe III + Härtefälle	-0,65	***	-0,63	***
Demenz			-0,10	
Störungen durch psychotrope Substanzen			-0,10	**
Schizophrenie u. a.			-0,06	
Depressionen u. a.			0,05	*
Sonstige psychische Störungen			0,11	***
Parkinson			0,11	
Schlaganfall			0,10	**
Herzinfarkt			0,02	
Sonstige Herz-/Kreislaufkrankungen			0,24	***
Krebs			0,08	***
Muskuloskeletale Erkrankungen			0,19	***
Krankheiten des Urogenitalsystems			0,19	***

Anmerkung: *** P < 0,1%; ** P < 1%; * P < 5%; Modellerläuterung in Abschnitt 5.3

5.4.3.5 Hals-Nasen-Ohrenarzt

Die Zahl der Behandlungen durch HNO-Ärzte stellt sich allgemein geringer dar als die Behandlungshäufigkeit durch Augenärzte. Dabei ist in den meisten unterschiedenen Kategorien (Männer vs. Frauen; Alterskategorien) die Behandlungshäufigkeit bei den Personen ohne SPV-Leistungen am höchsten (Abbildung 85). Der Unterschied zwischen häuslich gepflegten Personen und stationär gepflegten Personen ist dabei uneinheitlich. Niedriger als in der häuslichen Pflege sind die Fallzahlen stationär gepflegter Männer im Alter von 70-79 Jahren und bei Frauen im Alter von 60-69 Jahren.

Bei den Männern ohne SPV-Leistungen steigt die Zahl der Behandlungsfälle über die Alterskategorien von 0,3 im Alter von 60-69 Jahren auf 0,5 im höheren Alter. Bei den Frauen bleibt die Fallzahl einigermaßen konstant bei 0,3-0,4. Bei den stationär gepflegten Männern zeigen sich über die Alterskategorien Häufigkeiten von 0,3, 0,2, 0,3 und 0,5 Behandlungsfällen pro Versichertenjahr. Bei den Frauen zeigen sich Häufigkeiten von 0,2 Kontakten in den Alterskategorien 60-69 Jahre und 70-79 Jahre und 0,3 Kontakten in den älteren Alterskategorien.

In Tabelle 40 gibt der erste Wert in Modell 1 die Zahl der Behandlungsfälle der 60-69-jährigen unverheirateten Männer ohne SPV-Leistungen wieder. Dieser Wert liegt wie bei der deskriptiven Auswertung in der Abbildung bei 0,3 Behandlungsfällen. Frauen unter gleichen Bedingungen haben schwach signifikant weniger Behandlungsfälle durch HNO-Ärzte. Mit steigendem Alter nimmt die Behandlungshäufigkeit leicht zu. Der Unterschied der durch den Familienstand aufgezeigt wird, ist nicht signifikant. Die Zahl der Behandlungen bei den Pflegebedürftigen stellt sich aber ebenso wie bei den Behandlungen durch Augenärzte geringer dar. Allerdings sind die Unterschiede nicht so groß wie bei der Zahl der Behandlungen durch Augenärzte. Anders als bei den Behandlungen durch Augenärzte gibt es auch nicht so einen großen Unterschied zwischen Pflegebedürftigen in der häuslichen Pflege und Pflegebedürftigen in der stationären Pflege. Die Unterschiede sind so auch nur für häuslich gepflegte Personen in Pflegestufe II und III signifikant. Bei den Personen mit Pflegestufe II ist die Behandlung ca. 0,13 Fälle bzw. 0,22 Fälle seltener.

Im Modell 2 sind wiederum die Erkrankungen mit kontrolliert. Unter den berücksichtigten Erkrankungen sind keine Erkrankungen, die speziell einer Behandlung durch einen HNO-Arzt bedürfen. Personen mit Depression u. a., sonstigen psychischen Störungen, sonstigen Herz-/Kreislaufkrankungen, bösartigen Neubildungen, muskuloskeletalen Erkrankungen oder Krankheiten des Urogenitalsystems haben mehr Behandlungen durch HNO-Ärzte als Personen, die nicht daran erkrankt sind. Die Unterschiede, die in Modell 1 gemessen wurden, bleiben unter Kontrolle des Erkrankungsspektrums bestehen. Eine Veränderung gibt es im Ausgangswert der Referenzkategorie. Wurden im Modell I für die Referenzkategorie noch 0,32 Behandlungsfälle gemessen, sind es im Modell II nur noch 0,11 Behandlungsfälle. Die Differenz wird durch das Erkrankungsspektrum erklärt. Insgesamt werden für eine demente, stationär gepflegte Frau mit Pflegestufe II im Alter von 80-89 Jahren ein Wert von -0,07 gemessen, der aussagt, dass diese Patientinnen einen HNO-Arzt wahrscheinlich nie sehen.

Abbildung 85: Anzahl der Behandlungsfälle durch HNO-Ärzte pro Versichertenjahr nach Alter, Geschlecht und SPV-Leistung

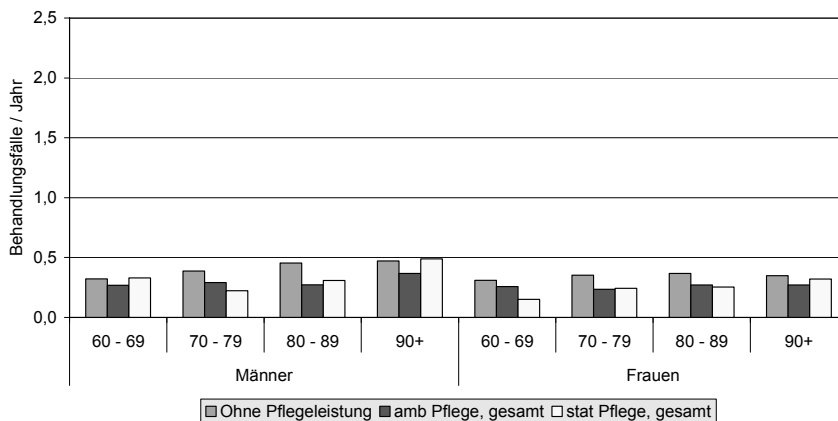


Tabelle 40: Regressionsmodelle: Behandlungsfälle durch HNO-Ärzte

	Modell 1		Modell 2	
Konstante	0,32	***	0,11	***
Frau	-0,02	*	-0,07	***
Alter 70-79	0,06	***	0,04	**
Alter 80-89	0,09	***	0,07	***
Alter 90+	0,11		0,12	
Verheiratet	0,02		0,01	
Pflege häuslich Stufe I	-0,07		-0,10	*
Pflege häuslich Stufe II	-0,13	**	-0,16	**
Pflege häuslich Stufe III + Härtefälle	-0,22	*	-0,23	*
Pflege stationär Stufe I	-0,07		-0,09	
Pflege stationär Stufe II	-0,13		-0,15	*
Pflege stationär Stufe III + Härtefälle	-0,12		-0,11	
Demenz			-0,03	
Störungen durch psychotrope Substanzen			0,00	
Schizophrenie u. a.			-0,02	
Depressionen u. a.			0,06	***
Sonstige psychische Störungen			0,10	***
Parkinson			-0,03	
Schlaganfall			0,01	
Herzinfarkt			0,00	
Sonstige Herz-/Kreislaufkrankungen			0,05	***
Krebs			0,08	***
Muskuloskeletale Erkrankungen			0,12	***
Krankheiten des Urogenitalsystems			0,09	***

Anmerkung: *** P < 0,1%; ** P < 1%; * P < 5%; Modellerläuterung in Abschnitt 5.3

5.4.3.6 Hautarzt

Die Zahl der Behandlungsfälle durch einen Hautarzt ist bei Pflegeheimbewohnern etwas höher als bei Personen ohne SPV-Leistungen und bei den häuslich gepflegten Personen über alle verglichenen Kategorien am geringsten (Abbildung 86). Bei den Männern ohne SPV-Leistung liegt die Häufigkeit pro Versichertenjahr bei 0,4 im Alter von 60-69 Jahren und bei 0,5 in allen anderen Alterskategorien. Bei den Frauen liegt die Häufigkeit im Alter von 60-69 Jahren ebenfalls bei 0,4; sie nimmt aber über die folgenden Alterskategorien auf 0,2 bei den über 90-jährigen ab. Die Zahl der Behandlungsfälle schwankt bei den häuslich gepflegten Männern zwischen 0,3 und 0,5 Fällen pro Versichertenjahr. Bei den häuslich gepflegten Frauen ist im gleichen Wertebereich eine rückläufige Tendenz mit dem Alter zu erkennen. Die Behandlungshäufigkeit durch Hautärzte ist bei den stationär gepflegten Männern am größten. Sie steigt mit dem Alter von 0,5 auf 0,8 Behandlungsfälle pro Versichertenjahr. Bei den Frauen schwankt die Behandlungshäufigkeit zwischen 0,4 über 0,5 Fälle pro Versichertenjahr.

Tabelle 41 zeigt in Modell 1 mit 0,34 die Basisrate der unverheirateten Männer im Alter von 60-69 Jahren ohne SPV-Leistungen. Der Unterschied zwischen Frauen und Männern, der sich in der Abbildung zeigt, ist im Modell nicht signifikant und mit -0,01 äußerst gering. Der Unterschied in der Abbildung ist scheinbar auf den Familienstand zurückzuführen. Männer in diesem Alter sind zu einem größeren Anteil verheiratet als Frauen. Verheiratete haben im Vergleich zu Unverheirateten 0,05 Behandlungsfälle mehr. Da gerade Männer im höheren Alter wegen der geringeren Sterblichkeitsrate der Frauen zu einem größeren Anteil verheiratet sind als Frauen, wirkt dieser Effekt gerade bei Männern. Des Weiteren zeigt das Modell 1 noch, dass die in der Abbildung dargestellten Unterschiede zwischen häuslich gepflegten Personen und Personen ohne SPV-Leistungen sowie die Unterschiede zwischen den stationär gepflegten Personen und den Personen ohne SPV-Leistungen statistisch nicht signifikant sind.

Unter Kontrolle der Erkrankungen verschwinden die altersbedingten Unterschiede in den Behandlungshäufigkeiten (Modell 2) gänzlich. Verheiratete haben in diesem Modell nur noch eine geringfügig höhere Fallhäufigkeit. Dafür haben unter Kontrolle der Erkrankungen Frauen weniger Behandlungsfälle, was auf die höhere Erkrankungshäufigkeit bei Frauen zurückzuführen wäre. Und auch hier bei der Untersuchung der Behandlungshäufigkeiten durch Hautärzte, verringert die Kontrolle der Erkrankungen den Basiswert – hier von 0,34 auf 0,09 Behandlungsfälle pro Versichertenjahr. Als die Behandlungshäufigkeit erklärende Erkrankungen stellen sich zuerst die Krebserkrankungen dar. Sonstige psychische Störungen, sonstige Herz-/Kreislaufkrankungen, muskuloskeletale Erkrankungen sowie Krankheiten des Urogenitalsystems haben auch noch den Effekt, dass häufiger Behandlungen durch einen Hautarzt erfolgen. Zählt man die gemessenen Koeffizienten für eine demente unverheiratete 80-89-jährige Frau mit Pflegestufe II in stationärer Pflege zusammen, erhält man die geschätzte Zahl der Behandlungsfälle pro Versichertenjahr, die in diesem Fall bei 0,14. Fügt man den Wert der sonstigen Herz-/Kreislaufkrankungen hinzu, unter der die meisten Personen leiden, kommt es zu durchschnittlich 0,22 Behandlungsfällen pro Versichertenjahr.

Abbildung 86: Anzahl der Behandlungsfälle durch Hautärzte pro Versichertenjahr nach Alter, Geschlecht und SPV-Leistung

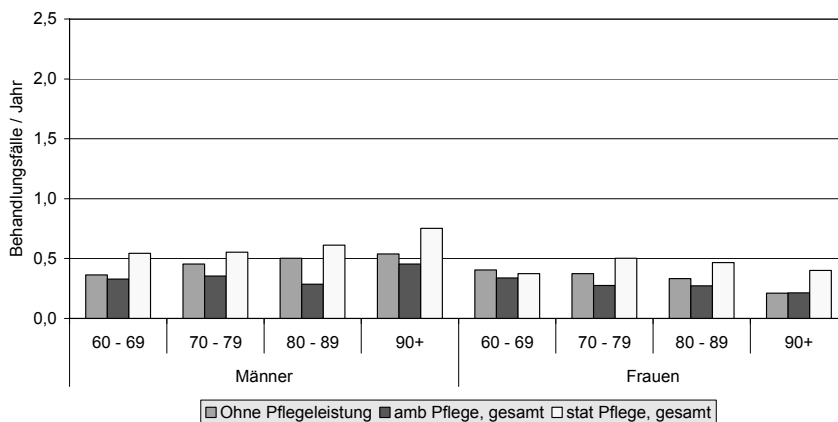


Tabelle 41: Regressionsmodelle: Behandlungsfälle durch Hautärzte

	Modell 1	Modell 2
Konstante	0,34 ***	0,09 ***
Frau	-0,01	-0,05 ***
Alter 70-79	0,04 ***	0,00
Alter 80-89	0,04	-0,01
Alter 90+	0,00	-0,03
Verheiratet	0,05 ***	0,03 *
Pflege häuslich Stufe I	-0,08	-0,11 **
Pflege häuslich Stufe II	-0,10	-0,14 *
Pflege häuslich Stufe III + Härtefälle	-0,14	-0,16
Pflege stationär Stufe I	0,07	0,05
Pflege stationär Stufe II	0,14	0,12
Pflege stationär Stufe III + Härtefälle	0,14	0,15
Demenz		-0,01
Störungen durch psychotrope Substanzen		-0,05 *
Schizophrenie u. a.		0,02
Depressionen u. a.		0,03
Sonstige psychische Störungen		0,08 ***
Parkinson		0,02
Schlaganfall		-0,01
Herzinfarkt		-0,02
Sonstige Herz-/Kreislaufkrankungen		0,08 ***
Krebs		0,30 ***
Muskuloskeletale Erkrankungen		0,12 ***
Krankheiten des Urogenitalsystems		0,13 ***

Anmerkung: *** P < 0,1%; ** P < 1%; * P < 5%; Modellerläuterung in Abschnitt 5.3

5.4.3.7 Orthopäden

Die Zahl der Behandlungsfälle durch Orthopäden ist bei Personen ohne SPV-Leistungen durchgängig höher als bei Pflegebedürftigen (Abbildung 87). Bei den Männern ohne SPV-Leistungen schwankt der Wert in den ersten drei Alterskategorien zwischen 0,4 und 0,5. Bei den über 90-jährigen werden noch 0,2 Behandlungsfälle gemessen. Bei nicht pflegebedürftigen Frauen ist die Häufigkeit höher als bei nicht pflegebedürftigen Männern. Sie steigt ebenfalls zunächst mit dem Alter an und sinkt dann wieder ab. Als Maximalwert ergeben sich bei den 70-79 Jahren Frauen 0,7 Behandlungsfälle. Bei den häuslich gepflegten Personen sind jeweils etwas weniger Behandlungsfälle durch Orthopäden zu verzeichnen, wobei die Häufigkeit stetig mit dem Alter abnimmt. Die Zahl der Behandlungsfälle bei Versicherten in der stationären Pflege liegt deutlich niedriger und hat keine Tendenz über die Alterskategorien.

In Tabelle 42 zeigt Modell 1, dass die Unterschiede, die sich in der Abbildung zeigen alle statistisch signifikant sind. Die Basisrate von 0,42 spiegelt die Häufigkeit der Behandlungen durch Orthopäden für die 60-69-jährigen unverheirateten Männer ohne SPV-Leistungen wieder. Für Frauen wird mit dem Wert 0,22 eine um die Hälfte größere Häufigkeit berechnet. Mit zunehmendem Alter ergeben sich weniger Behandlungsfälle. Im Vergleich zu den 60-69-jährigen Personen haben die über 90-jährigen Personen 0,22 Behandlungsfälle weniger. Der Familienstand spielt hier keine Rolle. Die Vergleiche der Leistungsempfänger mit den Personen ohne SPV-Leistung zeigen hingegen signifikante Unterschiede. Dabei fällt der Unterschied bei den häuslich gepflegten Personen in Pflegestufe I mit 0,11 weniger Fällen am geringsten aus. In Pflegestufe II ist die Behandlungshäufigkeit schon um 0,26 Fälle geringer und in Pflegestufe III sogar 0,43 Fälle geringer. Noch drastischer unterscheiden sich die stationär gepflegten Personen. Bei ihnen werden je nach Pflegestufe 0,36-0,46 weniger Behandlungsfälle gemessen. Somit wird praktisch für die stationär gepflegten Männer nahezu kein Behandlungsfall pro Versichertenjahr gemessen.

Modell 2 integriert zur Erklärung der Behandlungshäufigkeit zusätzlich die Erkrankungsarten. Dabei zeigt sich – wie dies bei einer Behandlung durch Orthopäden auch zu erwarten war – als deutlichster Effekt die häufigere Behandlung bei muskuloskeletalen Erkrankungen. Im Vergleich zu den Personen ohne solche Erkrankungen werden 0,42 Behandlungsfälle mehr gemessen. Dieser Wert entspricht der Basisrate in Modell 1. Durch die Hereinnahme der Erkrankungen in das Erklärungsmodell verändern sich im geringen Umfang die Unterschiede zwischen Frauen und Männern. Die Unterschiede zwischen Personen mit und Personen ohne SPV-Leistungen bleiben aber fast unverändert. Pflegebedürftigkeit wirkt also unabhängig von den hier kontrollierten Erkrankungen auf die Behandlungshäufigkeit ein. Die Basisrate gibt mit -0,05 sogar eine negative Häufigkeit an, die empirisch natürlich nicht möglich ist. Addiert man die 0,08 Fälle pro Versichertenjahr für die fast bei allen Personen gemessenen sonstigen Herz-/Kreislaufkrankungen hinzu, kommt man auf 0,03 Behandlungsfälle. Für demente Frauen im Pflegeheim im Alter von 80-89 Jahren mit Pflegestufe II werden allerdings -0,54 Behandlungsfälle gemessen. Für diese Gruppe findet eine Behandlung durch Orthopäden damit de facto nicht mehr statt.

Abbildung 87: Anzahl der Behandlungsfälle durch Orthopäden pro Versichertenjahr nach Alter, Geschlecht und SPV-Leistung

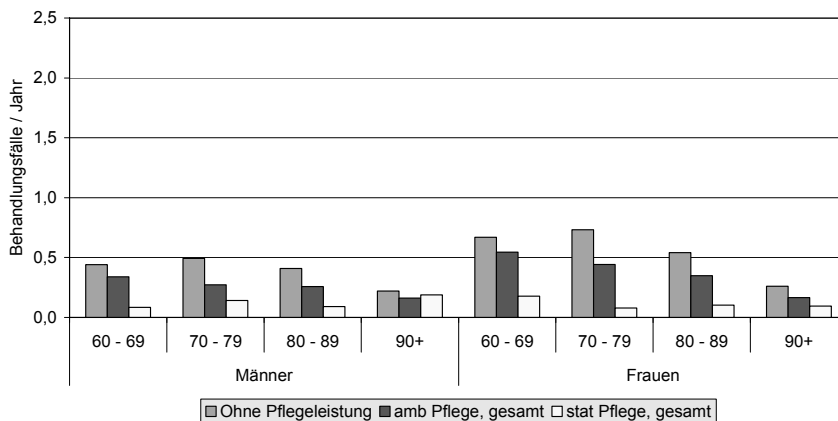


Tabelle 42: Regressionsmodelle: Behandlungsfälle durch Orthopäden

	Modell 1		Modell 2	
Konstante	0,42	***	-0,05	*
Frau	0,22	***	0,13	***
Alter 70-79	0,05	***	0,03	
Alter 80-89	-0,07	**	-0,10	***
Alter 90+	-0,22	**	-0,22	**
Verheiratet	0,03		0,00	
Pflege häuslich Stufe I	-0,11	*	-0,14	**
Pflege häuslich Stufe II	-0,26	***	-0,28	***
Pflege häuslich Stufe III + Härtefälle	-0,43	***	-0,41	***
Pflege stationär Stufe I	-0,36	***	-0,37	***
Pflege stationär Stufe II	-0,44	***	-0,43	***
Pflege stationär Stufe III + Härtefälle	-0,46	***	-0,39	**
Demenz			-0,09	*
Störungen durch psychotrope Substanzen			-0,04	
Schizophrenie u. a.			-0,04	
Depressionen u. a.			0,12	***
Sonstige psychische Störungen			0,15	***
Parkinson			0,01	
Schlaganfall			-0,02	
Herzinfarkt			-0,01	
Sonstige Herz-/Kreislaufkrankungen			0,08	***
Krebs			0,02	
Muskuloskeletale Erkrankungen			0,42	***
Krankheiten des Urogenitalsystems			0,16	***

Anmerkung: *** P < 0,1%; ** P < 1%; * P < 5%; Modellerläuterung in Abschnitt 5.3

5.4.3.8 Gynäkologen und Urologen

Gynäkologen und Urologen sind beide zuständig für Krankheiten des Urogenitalsystems. Dabei zeigen sich Urologen mehr für Männer und Gynäkologen mehr für Frauen verantwortlich. Die Behandlungshäufigkeit nimmt bei den Frauen mit dem Alter deutlich ab (Abbildung 88). Dies gilt für Frauen ohne SPV-Leistungen ebenso wie für Frauen mit SPV-Leistungen. Dabei haben häuslich gepflegten Frauen weniger Behandlungsfälle als Frauen ohne SPV-Leistungen und stationär gepflegte Frauen zumindest in den ersten beiden Alterskategorien weniger als häuslich gepflegte Frauen. Bei den Männern stellen sich die Verteilungen anders dar. Erstens steigt mit dem Alter tendenziell die Zahl der Behandlungen und zweitens ist die Behandlungshäufigkeit im Pflegeheim am höchsten und bei den Männern ohne SPV-Leistungen am geringsten.

Es zeigt sich außerdem, dass in der Summe pflegebedürftige Männer zumindest ab der Alterskategorie 70-79 deutlich mehr Behandlungsfälle aufweisen als pflegebedürftige Frauen. Die nicht pflegebedürftigen Männer haben in den ersten beiden Alterskategorien weniger Behandlungsfälle als gleichaltrige Frauen ohne SPV-Leistungen, aber in den beiden letzten Alterskategorien mehr Behandlungsfälle.

In Tabelle 43 zeigt Modell 1, inwieweit einzelne Merkmale zusammen wirken bzw. sich im Effekt aufheben. Die Basisrate von 0,53 zeigt die Behandlungshäufigkeit der 60-69-jährigen unverheirateten Männer ohne SPV-Leistung. Im Vergleich zu den Männern werden für die Frauen weitere 0,52 Behandlungsfälle pro Versichertenjahr errechnet. Zwischen den 70-79-jährigen und den 60-69-jährigen Personen wird kein Unterschied gemessen. Die älteren Personen haben aber deutlich geringere Häufigkeiten.⁶¹ Für die über 90-Jährigen werden 0,46 Fälle weniger gemessen. In Pflegestufe I sind sowohl bei der häuslichen Pflege als auch bei der stationären Pflege die Behandlungshäufigkeiten zum Urologen oder Gynäkologen geringer. Dieser Effekt ist aber nur für die häusliche Pflege signifikant. Alle anderen Unterschiede durch Pflegeleistungen sind nicht signifikant.

Modell 2 zeigt zusätzlich den Effekt der kontrollierten Erkrankungen und die dadurch entstandene Veränderung der Effekte der bisher integrierten Variablen. Die Veränderungen sind fast alle so gerichtet, dass Unterschiede geringer werden oder aber noch negativer. Ganz besonders hat sich der Basiswert von 0,53 auf -0,11 verringert. Die Erkrankungen, die für die Kontakthäufigkeit zum Urologen oder Gynäkologen von besonderer Bedeutung sind, sind Krankheiten des Urogenitalsystems und Krebs mit Werten von 0,96 und 0,69. Förderlich sind außerdem sonstige psychische Störungen. Für die typische 80-89-jährige demente Heimbewohnerin mit Pflegestufe II zeigt sich mit -0,23 Behandlungsfälle pro Versichertenjahr ein Wert der quasi gleich Null ist. Dies ändert sich, wenn man eine Krankheit des Urogenitalsystems mit hinzu nimmt, dann werden 0,73 Behandlungsfälle pro Versichertenjahr berechnet.

⁶¹ Durch die in der Abbildung erkennbare, für Männer und Frauen unterschiedliche Veränderung der Häufigkeit über das Alter böte es sich an, getrennte Modelle zu rechnen oder einen Interaktionseffekt zu integrieren. Aus Gründen der Übersichtlichkeit wurde hier darauf verzichtet.

Abbildung 88: Anzahl der Behandlungsfälle durch Gynäkologen oder Urologen pro Versichertenjahr nach Alter, Geschlecht und SPV-Leistung

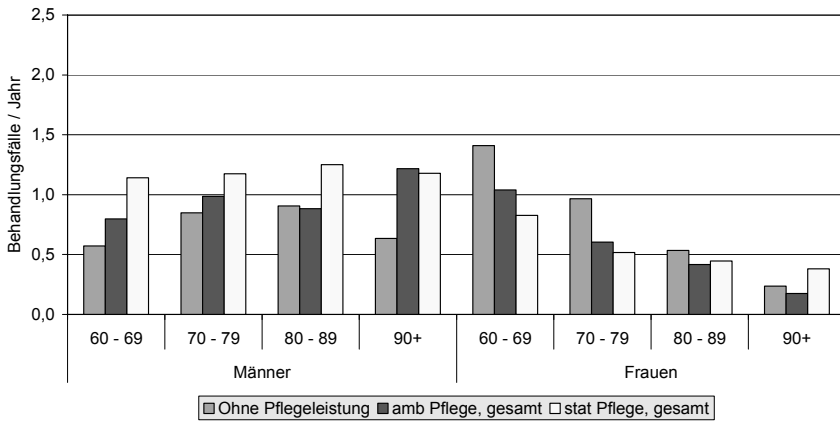


Tabelle 43: Regressionsmodelle: Behandlungsfälle durch Gynäkologen oder Urologen

	Modell 1		Modell 2	
Konstante	0,53	***	-0,11	***
Frau	0,52	***	0,33	***
Alter 70-79	-0,01		-0,11	***
Alter 80-89	-0,20	***	-0,32	***
Alter 90+	-0,46	***	-0,48	***
Verheiratet	0,20	***	0,11	***
Pflege häuslich Stufe I	-0,13	*	-0,22	***
Pflege häuslich Stufe II	-0,02		-0,12	
Pflege häuslich Stufe III + Härtefälle	0,12		0,02	
Pflege stationär Stufe I	-0,19		-0,23	
Pflege stationär Stufe II	0,04		-0,02	
Pflege stationär Stufe III + Härtefälle	0,03		0,05	
Demenz			-0,11	*
Störungen durch psychotrope Substanzen			-0,14	***
Schizophrenie u. a.			-0,10	
Depressionen u. a.			0,09	***
Sonstige psychische Störungen			0,26	***
Parkinson			0,02	
Schlaganfall			-0,04	
Herzinfarkt			-0,09	*
Sonstige Herz-/Kreislaufkrankungen			0,03	
Krebs			0,69	***
Muskuloskeletale Erkrankungen			0,09	***
Krankheiten des Urogenitalsystems			0,96	***

Anmerkung: *** P < 0,1%; ** P < 1%; * P < 5%; Modellerläuterung in Abschnitt 5.3

5.4.3.9 Chirurgen

Die Behandlungshäufigkeit durch einen ambulant tätigen Chirurgen ist allgemein relativ gering. Weil aber explizit erwähnt wurde, dass gerade bei den unfallgefährdeten Pflegebedürftigen ein Chirurg zur Verfügung stehen sollte (Beckmann 1992: 36f), wird hier noch untersucht, inwieweit sich die Kontakthäufigkeiten nach Alter, Geschlecht und SPV-Leistung unterscheiden.

In Abbildung 89 sind die Kontakthäufigkeiten nach Alter, Geschlecht und in Anspruch genommener Leistungsart dargestellt. Die Häufigkeiten schwanken je nach untersuchter Kategorie zwischen 0,1 und 0,3 Kontakten pro Versichertenjahr. Die geringen Häufigkeiten treten vor allem bei den über 90-jährigen auf. Die Differenz, die beim Blick auf die Abbildung sonst noch auffallen, sind die größeren Häufigkeiten bei den häuslich gepflegten Männern und Frauen im Alter von 60-69 Jahren und die geringeren Häufigkeiten bei den stationär gepflegten Männern und Frauen in diesem Alter.

In Tabelle 44 werden die Unterschiede mittels eines Regressionsmodells nach ihrer statistischen Signifikanz bewertet. Als Basiswert wird im ersten Modell 0,22 angegeben. Dies ist die Zahl der Behandlungen pro Versichertenjahr, die für die unverheirateten Männer ohne SPV-Leistungen im Alter von 60-69 Jahren gemessen wurde. Im Vergleich dazu werden für die Frauen ca. 0,03 mehr Behandlungsfälle gemessen. Mit steigendem Alter und mit höherer Pflegestufe sinkt die Behandlungshäufigkeit, beide Effekte sind aber nicht statistisch signifikant.

Unter Berücksichtigung der Erkrankungen im zweiten Modell verändert sich die Basisrate auf 0,05. Der Unterschied zwischen Frauen und Männern in der Zahl der Behandlungen durch Chirurgen ist verschwunden. Unter Kontrolle der Erkrankungen werden die Häufigkeiten der Behandlungen mit dem Alter noch etwas geringer, so dass zumindest der Unterschied der 80-89-Jährigen zu den 60-69jährigen schwach statistisch signifikant wird. Der Verheiratenstatus hat weiterhin keine Relevanz. Die Unterschiede zwischen Pflegebedürftigen und Personen ohne SPV-Leistungen verändern sich auch kaum durch die Hereinnahme der Erkrankungen in das Modell. Die Unterschiede bleiben zudem klein und nicht signifikant.

Bei den Erkrankungen, die eine besonders große Rolle für den Kontakt zum Chirurgen spielen, sind in erster Linie die muskuloskeletalen Erkrankungen zu nennen. Sie sorgen immerhin für 0,11 Behandlungen pro Versichertenjahr. Als weiterer Faktor von Bedeutung sind die sonstigen Herz-/Kreislauferkrankungen und Krankheiten des Urogenitalsystems zu nennen. Daran erkrankte Personen haben jeweils ca. 0,06 Behandlungsfälle mehr als die jeweils nicht erkrankten Personen. Als hinderlich für einen Arztkontakt stellen sich die Parkinson-Erkrankung und die Demenz dar. Beide Unterschiedsmessungen sind aber nicht signifikant. Wirft man nun wieder einen Blick auf die 80-89-jährige demente Frau im Pflegeheim mit der Pflegestufe II, dann wird für diese Frau eine durchschnittliche Behandlungshäufigkeit von -0,06 errechnet. Berücksichtigt man noch die übliche sonstige Herz-/Kreislauferkrankung, kommt man genau auf Null Behandlungsfälle durch Chirurgen.

Abbildung 89: Anzahl der Behandlungsfälle durch Chirurgen pro Versichertenjahr nach Alter, Geschlecht und SPV-Leistung

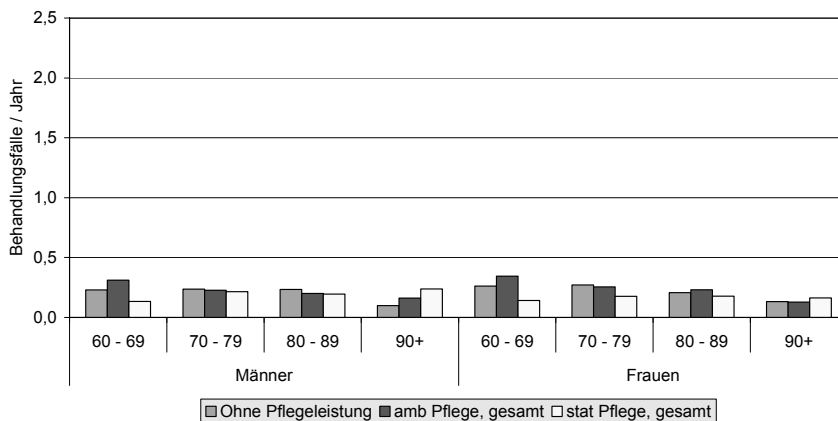


Tabelle 44: Regressionsmodelle: Behandlungsfälle durch Chirurgen

	Modell 1	Modell 2
Konstante	0,22 ***	0,05 **
Frau	0,03 **	0,00
Alter 70-79	0,01	-0,01
Alter 80-89	-0,03	-0,04 *
Alter 90+	-0,09	-0,10
Verheiratet	0,01	0,01
Pflege häuslich Stufe I	0,04	0,03
Pflege häuslich Stufe II	-0,01	-0,02
Pflege häuslich Stufe III + Härtefälle	-0,04	-0,03
Pflege stationär Stufe I	-0,01	-0,02
Pflege stationär Stufe II	-0,04	-0,04
Pflege stationär Stufe III + Härtefälle	-0,08	-0,05
Demenz		-0,03
Störungen durch psychotrope Substanzen		0,03
Schizophrenie u. a.		-0,02
Depressionen u. a.		0,03 *
Sonstige psychische Störungen		0,04 ***
Parkinson		-0,03
Schlaganfall		0,00
Herzinfarkt		0,02
Sonstige Herz-/Kreislaufkrankungen		0,06 ***
Krebs		0,03 *
Muskuloskeletale Erkrankungen		0,11 ***
Krankheiten des Urogenitalsystems		0,06 ***

Anmerkung: *** P < 0,1%; ** P < 1%; * P < 5%; Modellerläuterung in Abschnitt 5.3

5.4.3.10 Sonstige Ärzte

Der Vollständigkeit halber werden auch die Behandlungsfälle durch sonstige Ärzte betrachtet. Bei dieser Betrachtung wird kein Zusammenhang mit einer bestimmten Erkrankungsart erwartet, sondern allgemein überprüft, inwieweit die Häufigkeit der Behandlungen von dem Alter, der Pflegesituation und dem Erkrankungsspektrum abhängig ist.

Abbildung 90 zeigt die Häufigkeiten für die nach SPV-Leistung und Alterskategorien unterschiedenen Männer und Frauen. Männer und Frauen ohne SPV-Leistungen haben eine etwas unterschiedliche Verteilung der Behandlungshäufigkeiten durch sonstige Ärzte. Bei den Männern steigt die Behandlungshäufigkeit zunächst mit dem Alter ca. 1,3 auf 1,6 Fälle an und sinkt dann über 1,5 auf 0,9 im Alter von 90 Jahren. Bei den Frauen ohne SPV-Leistung entwickelt sich die Häufigkeit über die Alterskategorien von der ersten Alterskategorien an rückläufig. Die Zahl der Fälle sinkt von 1,8 auf 0,6 Behandlungsfälle. Im Vergleich der Behandlungsfälle durch sonstige Ärzte sind Männer ohne SPV-Leistungen und Männer in stationärer Pflege kaum zu unterscheiden. Unter den Frauen ist die Fallzahl fast durchweg bei den Pflegeheimbewohnerinnen am geringsten. In den ersten beiden Alterskategorien ist bei den häuslich gepflegten Männern und Frauen die Zahl der Behandlungsfälle am größten.

In Tabelle 45 zeigt die Basisrate in Modell 1 die Behandlungshäufigkeit durch sonstige Ärzte von Männern im Alter von 60-69, die nicht verheiratet sind und keine SPV-Leistungen erhalten. Dieser Wert liegt vergleichbar mit dem Wert in der Abbildung bei 1,36. Für Verheiratete liegt der Wert um 0,10 Fälle höher. Frauen haben 0,26 Behandlungsfälle mehr. Mit steigendem Alter nimmt die Zahl der Behandlungsfälle deutlich ab. Schließlich werden für die über 90-Jährigen 0,76 weniger Fälle als von 60-69-Jährigen erreicht. Pflegebedürftige, die häuslich gepflegt werden haben zumindest in den Pflegestufen I und II ca. 0,3 Behandlungsfälle mehr. Häuslich gepflegte Personen in Pflegestufe III und stationär gepflegte Personen in allen Pflegestufen unterscheiden sich nicht signifikant von Personen, die keine SPV-Leistungen erhalten.

Modell 2 kontrolliert auch den Effekt der Erkrankungen auf die Zahl der Behandlungsfälle. Dabei sinkt die Basisrate von 1,36 auf 0,32 Behandlungsfälle pro Versichertenjahr. Krebserkrankte haben besonders viele Behandlungsfälle durch sonstige Ärzte. Bei ihnen kommen zu den 0,32 noch 1,04 Fälle in der Berechnung hinzu. Die Erkrankungen, die die nächst größere Rolle spielen, sind die Krankheiten des Urogenitalsystems (+0,61). Bedeutend sind außerdem die Depression u. a., sonstige psychische Störungen, Herzinfarkt und muskuloskeletale Erkrankungen. Auch unter Kontrolle der Erkrankungen werden in gleichem Ausmaß mit steigendem Alter weniger Behandlungsfälle gemessen, aber Verheiratete und Unverheiratete unterscheiden sich nicht mehr. Personen mit SPV-Leistungen unterscheiden sich in der Behandlungshäufigkeit nicht mehr signifikant von den Personen ohne SPV-Leistungen. Für demente Frauen im Alter von 80-89 Jahren in stationärer Pflege werden durch das Modell -0,35 Behandlungsfälle geschätzt. Nimmt man die Wirkung der Herz-/Kreislaufkrankungen (+0,30) hinzu, ergeben sich -0,05 Behandlungsfälle – also praktisch keine Behandlungsfälle.

Abbildung 90: Anzahl der Behandlungsfälle durch sonstige Ärzte pro Versichertenjahr nach Alter, Geschlecht und SPV-Leistung

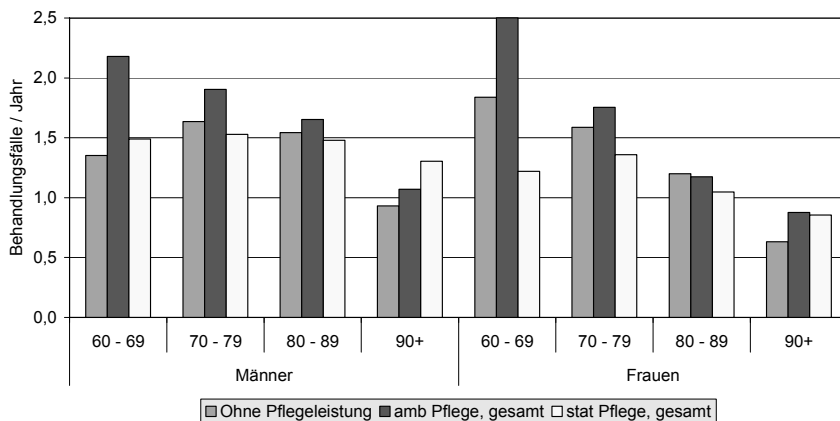


Tabelle 45: Regressionsmodelle: Behandlungsfälle durch sonstige Ärzte

	Modell 1		Modell 2	
Konstante	1,36	***	0,32	***
Frau	0,26	***	0,10	***
Alter 70-79	0,06	*	-0,09	***
Alter 80-89	-0,23	***	-0,43	***
Alter 90+	-0,76	***	-0,83	***
Verheiratet	0,10	***	0,03	
Pflege häuslich Stufe I	0,33	***	0,17	
Pflege häuslich Stufe II	0,29	**	0,14	
Pflege häuslich Stufe III + Härtefälle	0,00		-0,05	
Pflege stationär Stufe I	-0,04		-0,13	
Pflege stationär Stufe II	-0,12		-0,19	
Pflege stationär Stufe III + Härtefälle	-0,23		-0,15	
Demenz			-0,15	*
Störungen durch psychotrope Substanzen			0,11	*
Schizophrenie u. a.			-0,05	
Depressionen u. a.			0,24	***
Sonstige psychische Störungen			0,31	***
Parkinson			-0,05	
Schlaganfall			0,00	
Herzinfarkt			0,23	***
Sonstige Herz-/Kreislaufkrankungen			0,30	***
Krebs			1,04	***
Muskuloskeletale Erkrankungen			0,39	***
Krankheiten des Urogenitalsystems			0,61	***

Anmerkung: *** P < 0,1%; ** P < 1%; * P < 5%; Modellerläuterung in Abschnitt 5.3

5.4.4 Bewertung der Zahl der Arztkontakte

Wie in Abschnitt 5.3 ausgeführt, werden zwei Maßstäbe zur Bewertung der vorstehend beschriebenen Arztkontakte herangezogen: zum einen der Vergleich der pflegebedürftigen Heimbewohner mit zwei Vergleichsgruppen, und zwar den Pflegebedürftigen in häuslicher Pflege sowie den Nicht-Pflegebedürftigen und zum anderen absolute Maßzahlen für als notwendig erachtete Kontakthäufigkeiten soweit diese vorhanden sind. Diese werden in der Literatur als Mindestkontakthäufigkeiten pro Quartal oder pro Jahr angegeben worden. In den Routinedaten wurden stattdessen die Behandlungsfälle pro Jahr ausgezählt, die im Normalfall pro Arzt und Patient nur einmal im Quartal auftreten. Wenn dabei durchschnittlich vier Behandlungsfälle gemessen werden, entspricht das etwa einem quartalsweisen Arztkontakt. Für die hier untersuchten Arztgruppen ergeben sich dabei unterschiedliche Ergebnisse.

Bei den *Allgemeinärzten* hat die Analyse in Abschnitt 5.4.3.1 gezeigt, dass pflegebedürftige Heimbewohner – auch bei Kontrolle von Alter und Geschlecht – signifikant mehr Behandlungsfälle aufweisen. Dieser Unterschied bleibt auch bei Berücksichtigung wichtiger Krankheiten bestehen. Der Vergleich mit den Nicht-Pflegebedürftigen und den Pflegebedürftigen in häuslicher Pflege bietet somit keinen Hinweis auf eine Unterversorgung der Heimbewohner mit allgemeinärztlichen Untersuchungen und Behandlungen. Auch die Absolutzahl der Behandlungsfälle entspricht knapp den diesbezüglich erhobenen Forderungen. Bei den Frauen liegt die Zahl der Behandlungsfälle je nach Alter im Bereich von 3,6 bis 4 und bei den Männern sogar noch darüber zwischen 3,9 und 4,6. Damit wird die in Abschnitt 5.4.3.2 geforderte Kontakthäufigkeit von einmal im Quartal in etwa erreicht.

Bei den *Internisten* ergeben sich für die Heimbewohner dagegen weniger Behandlungsfälle als für die beiden Vergleichsgruppen (vgl. Abbildung 82 in Abschnitt 5.4.3.2). Die Unterschiede sind größtenteils (schwach)signifikant (Tabelle 37). Auch die von Hallauer et al. (2007: 35f.) geforderte Mindestkontakthäufigkeit von einmal im Quartal wird nicht erreicht, die Zahl der jährlichen Behandlungsfälle liegt für Pflegebedürftige in häuslicher Pflege bei 1 bis 1,4 Fällen und damit deutlich unterhalb der Zielgröße von 4. Diese Befunde könnten auf eine unzureichende Versorgung von Heimbewohnern hinweisen. Möglichweise erfolgt aber auch eine Kompensation durch die Allgemeinärzte, da die Tätigkeit von Internisten und Allgemeinärzten beträchtliche Überschneidungsbereiche aufweisen.

Heimbewohner haben deutlich mehr Arztkontakte mit *Neurologen, Nervenärzten und Psychiatern* als Pflegebedürftige in häuslicher Pflege und als Nicht-Pflegebedürftige (Abbildung 83). Diese Unterschiede sind statistisch hoch signifikant – auch bei Kontrolle der Erkrankungen (Tabelle 38). Die Berücksichtigung der Erkrankungen ergibt dabei zunächst das bedarfsgerechte Ergebnis: psychische Störungen erhöhen die Kontakthäufigkeit zu Neurologen und Psychiatern signifikant, während die Konstante, also die Zahl der Behandlungsfälle ohne Vorliegen einer psychischen Störung, praktisch bei Null liegt. Weiterhin erhöht die Pflegebedürftig auch bei Kontrolle der Erkrankungen die Zahl der Behandlungsfälle, was ebenfalls als bedarfsgerecht angesehen werden

kann. Diese Vergleiche sagen allerdings noch nichts über das absolute Ausmaß der Arztkontakte. Dieses liegt bei allen Altersgruppen und beiden Geschlechtern bei unter 2. Allerdings wurde – zumindest bei Vorliegen einer psychischen Störung – ein quartalsweiser Kontakt als angemessen erachtet. Nun zeigt schon Tabelle 38, dass dieser Zielwert auch bei Vorliegen einer oder mehrerer psychischen Störungen nur in etwa zur Hälfte erfüllt sein dürfte. In Tabelle 46 sind die durchschnittlichen Behandlungsfälle für pflegebedürftige Heimbewohner mit den wichtigsten psychischen Krankheiten noch einmal zusammengefasst. Auch bei Vorliegen psychischer Störungen ist bei weitem nicht mit einem quartalsweisen Kontakt zu rechnen ist. Diese Auswertungen bestätigen die auch schon in der Literatur vertretene These (vgl. Abschnitt 5.4.1), dass die Versorgung mit psychiatrischen/neurologischen fachärztlichen Leistungen in Pflegeheimen nicht ausreichend ist.

Tabelle 46: Behandlungsfälle pro Versichertenjahr durch Psychiater/Neurologen bei Pflegebedürftigen in stationären Pflege mit psychischen Krankheiten

Krankheit	Männer			Frauen		
	Stufe	Stufe	Stufe	Stufe	Stufe	Stufe
	I	II	III	I	II	III
Demenz	1,5	1,9	1,9	1,3	1,4	1,7
Schizophrenie	2,2	2,2	2,1	2,1	2,0	2,3
Parkinson	2,3	2,3	2,5	1,5	2,0	1,7
Demenz, Schizophrenie, Depression und sonstige psychische Störungen	2,4	2,5	2,7	2,8	2,0	2,4

Hinsichtlich der *augenärztlichen Versorgung* zeigt Abbildung 84 eine in Relation zu den Vergleichsgruppen geringere Fallzahl für Heimbewohner, die sich im Regressionsmodell auch als statistisch signifikant erweist (Tabelle 39). 70-89-jährige Männer und 60-89-jährige Frauen in stationäre Pflege haben nur etwa halb so oft einen Augenarztkontakt wie die jeweils gleichaltrigen Nicht-Pflegebedürftigen. Die Unterschiedlichkeit zwischen pflegebedürftigen Heimbewohnern und der Gruppe der Nicht-Pflegebedürftigen bleibt unverändert, wenn die betrachteten Erkrankungen berücksichtigt werden. Dies kann zumindest als Indiz für eine möglicherweise vorhandene Unterversorgung mit augenärztlichen Leistungen gewertet werden.

Behandlungen durch *HNO-Ärzte* stellen sich für die Heimbewohner zwar ebenfalls seltener dar (Abbildung 85), dieser Unterschied ist aber nicht statistisch signifikant (Tabelle 40). Ein externer Maßstab für die Mindestzahl an notwendigen Arztkontakten konnte nicht gefunden werden. Allerdings liegt die Zahl der Behandlungsfälle bei einer dementen Pflegebedürftigen in stationärer Pflege in Alter von 80-89 Jahren, die schon vorstehend als stellvertretend für die typischen Heimbewohner herangezogen wurde, in der Nähe von Null (Abschnitt 5.4.1).

Bei den *Hautärzten* unterscheidet sich die Zahl der Behandlungsfälle der pflegebedürftige Pflegeheimbewohner nicht signifikant von der der beiden Vergleichsgruppen

(Abbildung 86 und Tabelle 41). Da für diese Facharztgruppe auch kein externer Maßstab vorliegt, ergeben die Analysen keine Anzeichen für eine Unterversorgung.

Dies ist bei der *orthopädischen* Versorgung anders. Die Zahl der Behandlungsfälle liegt bei den Pflegebedürftigen in vollstationärer Pflege deutlich unter der der beiden Vergleichsgruppen und zwar für beide Geschlechter und alle Altersgruppen (Abbildung 87). Die geringere Zahl der Behandlungsfälle für pflegebedürftige Heimbewohner ist statistisch hoch signifikant – auch bei Kontrolle von Erkrankungen (Tabelle 42). Für die notwendige absolute Zahl an Arztkontakten liegt kein Bewertungsmaßstab vor, die systematisch geringere Behandlungszahl für Pflegeheimbewohner könnte aber eine Unterversorgung indizieren.

Die Zahl der gynäkologischen und urologischen fachärztlichen Behandlungsfälle von Heimbewohnern unterscheidet sich nicht signifikant von der der beiden Vergleichsgruppen (Tabelle 43). Männer in stationärer Pflege weisen sogar mehr Behandlungsfälle auf als Männer ohne SPV-Leistungen oder Männer in häuslicher Pflege. Bei den Frauen sind die entsprechenden Effekte uneinheitlich (Abbildung 88). Der Vergleich bietet somit keinen Anlass Unterversorgung von Heimbewohnern zu vermuten. Das geforderte Mindestmaß von mindestens einem Arztkontakt pro Versichertenjahr (vgl. Abschnitt 5.4.2) wird zwar bei den Männern, nicht aber bei den Frauen erreicht. Allerdings wird ein entsprechender Wert auch bei den Frauen errechnet, wenn Krankheiten des Urogenitalsystems vorliegen (Tabelle 43). Eine Unterversorgung älterer Frauen mit gynäkologischen Versorgungsleistungen kann daher zwar nicht ausgeschlossen werden, für eine systematische Unterversorgung von Heimbewohnerinnen und Heimbewohnern gibt es dagegen keine Indizien.

Im Hinblick auf die Behandlung durch *Chirurgen* und durch *sonstige Ärzte* unterscheiden sich die pflegebedürftigen Heimbewohner nicht signifikant von den Personen ohne SPV-Leistungen – weder mit noch ohne Kontrolle des Erkrankungsspektrums (Abbildung 89 und Tabelle 44 sowie Abbildung 90 und Tabelle 45). Da bezüglich dieser Arztgruppen auch keine externen Maßstäbe bekannt sind, sind Indizien für eine diesbezügliche Unterversorgung der Heimbewohner nicht erkennbar.

Tabelle 47 fasst die vorstehende Bewertung noch einmal für den schnellen Überblick zusammen: Während das Ausmaß der allgemeinärztlichen Versorgung noch als knapp ausreichend gewertet werden kann, gibt es bei einigen Facharztgruppen Anlass, eine Unterversorgung zu vermuten. Bei Internisten und Neurologen/Psychiater wird das definierte absolute Sollmaß nicht erreicht und bei Internisten, Augenärzten und Orthopäden weisen Heimbewohner eine signifikant geringere Behandlungsfrequenz auf. Alle Vergleiche sind dabei unter Kontrolle von Alter, Geschlecht, Familienstand, Pflegestufe, SPV-Leistungen und dem wesentlichen Erkrankungsspektrum durchgeführt worden. Auch bei Personen des gleichen Alters, des gleichen Geschlechts, des gleichen Familienstands und des gleichen Erkrankungsspektrums bestehen dennoch die genannten Unterschiede zwischen pflegebedürftigen Pflegeheimbewohnern und Personen ohne SPV-Leistung. Eine im Vergleich zu Nicht-Pflegebedürftigen signifikant geringere Inanspruchnahme ist insofern problematisch als kein medizinischer Grund erkennbar ist, warum Heimbewohner beispielsweise weniger augenärztlicher Behandlung

bedürfen, bei anderen Facharztgruppen aber im Gegenteil sogar vermutet werden könnte, dass wegen der höheren Morbidität der Heimbewohner mehr Arztkontakte sinnvoll wären (z.B. bei Internisten). Dass das Unterschreiten der Mindestkontakthäufigkeiten ein Anzeichen für Unterversorgung sein kann, ist selbstevident.

Tabelle 47: Bewertung der ärztlichen Versorgung im Pflegeheim im Überblick

Facharztgruppe	Im Vergleich zu den Nicht-Pflegebedürftigen haben Heimbewohner ...	Absolutmaß	Insgesamt
Allgemeinärzte	signifikant mehr Arztkontakte	knapp ausreichend	eher unproblematisch
Internisten	weniger Arztkontakte, teilweise signifikant	potentiell nicht ausreichend	potentiell problematisch
Neurologen/Psychiater	signifikant mehr Arztkontakte	nicht ausreichend	problematisch
Augenärzte	signifikant weniger Arztkontakte	ohne Maßstab	problematisch
HNO-Ärzte	weniger Arztkontakte, aber nicht signifikant	ohne Maßstab	eher unproblematisch
Hautärzte	etwas mehr Arztkontakte, nur teilweise signifikant	ohne Maßstab	unproblematisch
Orthopäden	signifikant weniger Arztkontakte	ohne Maßstab	potentiell problematisch
Urologen/Gynäkologen	ähnlich viele Arztkontakte	nur bei Männern ausreichend	bei Frauen potentiell problematisch
Chirurgen	ähnliche viele Arztkontakte	ohne Maßstab	unproblematisch
Sonstige Ärzte	ähnlich viele Arztkontakte	ohne Maßstab	unproblematisch

5.5 Arzneimittelversorgung

Auch im Hinblick auf die Arzneimittelversorgung wird zunächst auf den Stand der Forschung eingegangen (Abschnitt 5.5.1). Danach werden Bewertungsmaßstäbe diskutiert (Abschnitt 5.5.2), bevor dann die Routedaten ausgewertet werden (Abschnitt 5.5.3). Den Abschluss bildet wiederum eine vorsichtige Bewertung der vorgelegten Befunde, bei der die Bewertungsmaßstäbe mit dem tatsächlichen Versorgungsgeschehen verglichen werden (Abschnitt 5.5.4).

5.5.1 Bisherige Studien zur Arzneimittelversorgung im Pflegeheim

Der Schwerpunkt der Beschreibung oder Beurteilung der medizinischen Versorgung im Pflegeheim liegt in bisherigen Studien auf der Arzneimittelversorgung. Thematisiert wird in erster Linie das Ausmaß der Vergabe von Psychopharmaka, Analgetika und Antidementiva (z. B. Hartwig et al. 2005; Schäufele et al. 2007: 200; Weyerer 1993: 183). Unterschieden werden die Psychopharmaka in einerseits Antrieb dämpfende und

andererseits anregende Substanzen. Der Begriff Psychopharmaka wird dabei aber nicht einheitlich gebraucht. Weyerer (1993: 183) fasst unter Psychopharmaka Neuroleptika, Hypnotika, Antidepressiva und Tranquilizer. In der Roten Liste 2004 und von Schäufele et al. (2007: 200) werden beispielsweise Psychopharmaka von Hypnotika und Sedativa unterschieden. Zu den Antriebsdämpfenden Medikamenten gehören die in den ATC-Codes (DIMDI 2008) aufgegliederten Antipsychotika (Neuroleptika), Anxiolytika (Tranquilizer) und Hypnotika und Sedativa. Unter der Kategorie Psychoanaleptika werden im ATC-Code Antidepressiva, Psychostimulanzien, Mittel für die ADHD und Nootropika, Psycholeptika und Psychoanaleptika in Kombination und Antidementiva gefasst. Weitere Kategorien der Arzneimittel zur Beeinflussung des Nervensystems sind Anästhetika (Narkosemittel), Analgetika (Schmerzmittel), Antiepileptika (Krampfvermeidende Mittel), Antiparkinsonmittel und andere Mittel für das Nervensystem.

In den erwähnten Studien wird in unterschiedlicher Weise eine Unter-, Über- und Fehlversorgung festgestellt. So wird einerseits festgestellt, dass die Verordnung von Antidementiva (Hallauer 2005: 40) und Antidepressiva (Hartwig et al. 2005: 278; Hallauer et al. 2005: 42) zu selten erfolgt. Andererseits erfolgt die Verordnung von Psychopharmaka zu häufig. Nach der SÄVIP-Studie werden über 85 % der von Demenz betroffenen Heimbewohner mit Psychopharmaka, aber nicht mit Antidementiva behandelt (Hallauer 2005: 35). Eine Dauermedikation mit Psychopharmaka stellen Schäufele et al. (2007: 200) bei 53 % der dementen, aber auch bei 47 % der nicht dementen Heimbewohner fest. Hartwig et al. (2005: 278) erkennen ebenfalls kaum einen Zusammenhang zwischen der Art der psychischen Störung und der angewendeten Medikation.

5.5.2 Zur Beurteilung der Medikation im Pflegeheim

Um die Angemessenheit einer Medikation beurteilen zu können, muss bekannt sein, ob eine Erkrankung vorliegt, die medikamentös therapiert werden kann. Zudem sollte die Notwendigkeit oder Sinnhaftigkeit einer Medikation bekannt sein. Diese beiden Faktoren werden allerdings nicht immer einheitlich bewertet. Ob eine Person in bestimmter Weise erkrankt ist, lässt sich im besten Fall nach einer ausführlichen Diagnostik durch Ärzte erfahren. Im Rahmen dieser Studie wird hierzu auf die schon bekannten Diagnosedaten zurückgegriffen. Ob eine Medikation als solche angemessen, nötig oder sinnvoll ist, kann z. B. wissenschaftlichen Studien oder Leitlinien entnommen werden – so diese vorhanden sind.

Nachstehend wird die Verordnung von Medikamenten zur Behandlung psychischer Störungen, von Schmerzmitteln und Antiparkinsonmitteln untersucht. Wir unterscheiden dabei zwischen Analgetika (ATC: N02), Psycholeptika (ATC: N05; inklusive Antipsychotika (ATC: N05A), Anxiolytika (ATC: N05B), Hypnotika und Sedativa (ATC: N05C)), Antidepressiva (ATC: N06A), Antidementiva (N06D) und Antiparkinsonmittel (N04A). Psychostimulanzien, Mittel für die ADHD und Nootropika (ATC: N06B) werden nur äußerst selten und Psycholeptika und Psychoanaleptika in Kombination (ATC: N06C) gar nicht verordnet. Aus dem Berichtsjahr liegen jedenfalls keine solchen Verordnungen in den Daten vor.

Analgetika sind Schmerzmittel. Die Verordnung von Analgetika steht in Zusammenhang mit einer Vielzahl von Erkrankungen und Beschwerden, die in vornehmlich somatischer Natur sind. Mit einer steigenden Zahl an Beschwerden ist auch die Vergabe von Schmerzmitteln wahrscheinlicher. Die Erkrankungshäufigkeit und die Wahrscheinlichkeit der Pflegebedürftigkeit steigen mit dem Alter. Daher sind für beide Variablen positive Effekte auf die Verordnungshäufigkeit zu erwarten. Als pflegerische Probleme unter Heimbewohnern werden auch gerade Schmerzen aufgeführt (Becker et al. 2003: 262). 23 % der Pflegebedürftigen in der Studie hatten täglich Schmerzen. Noch einmal derselbe Anteil hatte seltener als täglich Schmerzen. 30 der 769 Studienteilnehmer schilderten dabei ihre Schmerzen als unerträglich.

Antiparkinsonmittel werden zur Behandlung des Parkinson-Syndroms eingesetzt (AWMF 2005b). Da Parkinsonerkrankte häufiger pflegebedürftig sind, ist auch eine höhere Verordnungsmenge für Pflegebedürftige zu erwarten.

Unter Psycholeptika sind Antipsychotika, Anxiolytika sowie Hypnotika und Sedativa gefasst. Insbesondere Personen mit schizophrenen Störungen und Depressionen sollten solche Verordnungen erhalten (AWMF 2005a). Schizophrene benötigen eine regelmäßige Arzneimitteltherapie mit Psychopharmaka (ABDA 2005).

Antidepressiva sind zur Behandlung von Depression gedacht. Sie sollten bei mittleren bis schweren Depressionen zum Einsatz kommen, während leichte Depressionen insbesondere mit Psychotherapie zu behandeln sind (AWMF 2002). Da Depressionen unter pflegebedürftigen Personen häufig vorkommen, ist von einer größeren Verordnungsmenge bei ihnen auszugehen.

Antidementiva sind zur Behandlung häufiger Demenzformen gedacht. Acetylcholinesterase-Hemmstoffe bei leichter bis mittelschwerer und Memantine bei mittelschwerer bis schwerer Alzheimer-Demenz sind evidenzbasierte Therapien (Deutsche Gesellschaft für Neurologie 2005). Dabei helfen Acetylcholinesterase-Hemmstoffe auch bei den depressiven und psychotischen Symptomen, die im Zuge einer Demenz auftreten können, und sparen somit die Verordnung von Antidepressiva und Neuroleptika.

Ein weiterer Maßstab, der in diesem Abschnitt zur Anwendung kommen soll, ist der Vergleich der Verordnungen mit der Beers-Liste. Darin aufgeführt sind Medikamente, „die speziell bei älteren Menschen verstärkt zu unerwünschten Arzneimittelwirkungen (UAW) führen oder unwirksam sind oder für die es Alternativpräparate gibt, die weniger UAW haben“ (Arzneimittelbrief 2005). Die Unangemessenheit bezieht sich insbesondere auf Nebenwirkungen, auf Unwirksamkeit oder darauf, dass besser verträgliche Substanzen zur Verfügung stehen. Unter den in der Liste aufgeführten Medikamenten ist auch eine Reihe von Psychopharmaka enthalten.

Zur Bewertung der Verordnungsmenge wird vor allem auf den Vergleich mit Nicht-Pflegebedürftigen und Pflegebedürftigen in häuslicher Pflege zurückgegriffen. Gemessen wird die Verordnungsmenge in DDD pro Versichertenjahr.

5.5.3 Auswertungen der Routinedaten

5.5.3.1 Beers-Liste

Abbildung 91 zeigt die Verordnungsmenge von Medikamenten aus der Beers-Liste pro Versichertenjahr. Männern werden weniger DDD aus der Beers-Liste verordnet als Frauen. Personen im Alter von 60-69 Jahren ohne SPV-Leistung bekommen weniger DDD als Personen im Alter von 60-69 Jahren mit SPV-Leistung. Bei Männern ohne SPV-Leistungen steigt die Verordnungsmenge und bei Männern mit SPV-Leistungen sinkt die Verordnungsmenge mit dem Alter. Bei den Frauen sinkt die Verordnungsmenge über alle drei verglichenen Kategorien mit dem Alter. Männer ohne SPV-Leistung erhalten im Alter von 60-69 Jahren 16 DDD. Im Alter von 80-89 Jahren sind es ca. 30 DDD. Bei den nicht pflegebedürftigen Frauen sinkt die Menge von 57 DDD auf 49 DDD. Häuslich gepflegte Männer erhalten im Alter von 60-69 Jahren 43 DDD um im Alter von 80-89 Jahren 33 DDD. Bei den häuslich gepflegten Frauen sinkt die Menge von 74 DDD auf 53 DDD. Bei den stationär gepflegten Männern sinkt die Menge von 55 DDD auf 29 DDD und bei den stationär gepflegten Frauen von 82 DDD auf 45 DDD jeweils zwischen den Alterskategorien 60-69 Jahre und 80-89 Jahre.

In Tabelle 48 werden die Unterschiede mittels eines Regressionsmodells statistisch bewertet. Für Verheiratete werden 3 DDD mehr gemessen. Dieser zusätzlich kontrollierte Effekt des Familienstands ist nur schwach signifikant. Auffällig ist, dass Frauen selbst unter Kontrolle des Alters und ihrer Pflegebedürftigkeit ca. 44 DDD aus der Beers-Liste mehr verordnet bekommen als Männer. Der in der Abbildung auffällige Unterschied je nach Alter ist kaum bis gar nicht signifikant. Bei den 70-79-Jährigen werden ca. 4 DDD mehr gemessen als bei den 60-69-Jährigen. Die Rate der verordneten DDD aus der Beers-Liste steigt bei den häuslich gepflegten Personen tendenziell mit der Pflegestufe an. Entscheidend für die hier interessierende Fragestellung ist allerdings, dass bei den Personen in stationärer Pflege kein signifikanter Unterschied im Vergleich zu Nicht-Pflegebedürftigen festzustellen ist.

Durch die Integration der Erkrankungen in das Modell 2 verschwinden die Altersunterschiede gänzlich. Die teilweise signifikanten Unterschiede bei den häuslich gepflegten Personen sind bis auf diejenigen in Pflegestufe II nicht mehr signifikant. Als wesentliche Faktoren unter den Erkrankungen für mehr verordnete DDD aus der Beers-Liste treten die Schizophrenie u. a., Depressionen u. a., sonstige psychische Störungen, Krankheiten des Urogenitalsystems, sonstige Herz-/Kreislauferkrankungen sowie Störungen durch psychotrope Substanzen hervor. Verringernd auf die verordnete Menge wirkt hingegen die Demenz und im geringen Umfang Krebs. Für die typische demente Frau im Alter von 80-89 Jahren im Pflegeheim mit Pflegestufe II und sonstigen Herz-/Kreislauferkrankungen werden 23,7 verordnete DDD aus der Beers-Liste gemessen. Dieser Wert liegt niedriger als im Durchschnitt bei den Frauen. Kommen als Erkrankungen aber z. B. noch Depression hinzu, liegt der Wert aber über dem Durchschnitt. Auch bei Kontrolle der genannten Erkrankungen ist aber kein signifikanter Unterschied zwischen pflegebedürftigen Heimbewohnern und nicht pflegebedürftigen Versicherten feststellbar.

Abbildung 91: Zahl der verordneten DDD aus der Beers-Liste pro Versichertenjahr nach Alter, Geschlecht und SPV-Leistung

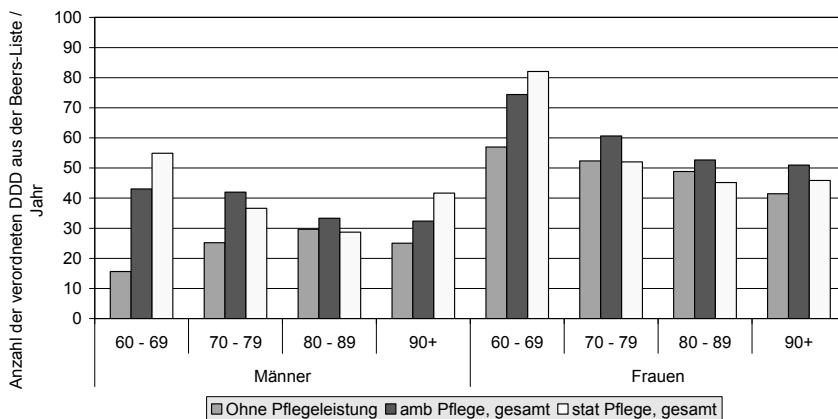


Tabelle 48: Regressionsmodelle: Arzneimittel aus der Beers-Liste

	Modell 1	Modell 2
Konstante	16,61 ***	-11,02 ***
Frau	43,67 ***	34,92 ***
Alter 70-79	3,74 **	1,82
Alter 80-89	1,01	0,41
Alter 90+	-8,14	-2,74
Verheiratet	3,42 *	2,90
Pflege häuslich Stufe I	12,78 **	5,82
Pflege häuslich Stufe II	20,31 ***	13,47 *
Pflege häuslich Stufe III + Härtefälle	19,68	13,53
Pflege stationär Stufe I	10,21	1,32
Pflege stationär Stufe II	7,11	0,47
Pflege stationär Stufe III + Härtefälle	-1,97	-3,30
Demenz		-13,40 ***
Störungen durch psychotrope Substanzen		7,97 **
Schizophrenie u. a.		24,68 ***
Depressionen u. a.		26,29 ***
Sonstige psychische Störungen		10,82 ***
Parkinson		1,16
Schlaganfall		2,90
Herzinfarkt		0,15
Sonstige Herz-/Kreislaufkrankungen		12,30 ***
Krebs		-4,41 **
Muskuloskeletale Erkrankungen		3,94 **
Krankheiten des Urogenitalsystems		20,86 ***

Anmerkung: *** P < 0,1%; ** P < 1%; * P < 5%; Modellerläuterung in Abschnitt 5.3

5.5.3.2 Analgetika

In Abbildung 92 sind die Verordnungsmengen von Analgetika pro Versichertenjahr dargestellt. Männer im Alter von 60-69 Jahren ohne SPV-Leistungen bekommen 7 DDD verordnet. Mit dem Alter steigt die Menge an. Im Alter von 70-79 Jahren sind es dann 10 DDD und im Alter von 80-89 Jahren 14 DDD. Bei den Frauen ohne SPV-Leistungen ist die Zahl etwas höher. Im Alter von 60-69 Jahren erhalten sie 10 DDD, im Alter von 70-79 Jahren 14 DDD und im Alter von 80-89 Jahren 19 DDD. Pflegebedürftige Personen erhalten deutlich mehr Analgetika verordnet. Dies gilt für Pflegebedürftige in häuslicher und in stationärer Pflege. Dabei ist in jüngeren Jahren die Verordnungsmenge in der häuslichen Pflege größer und in älteren Jahren ist die Verordnungsmenge bei den stationär gepflegten Personen größer. Im häuslichen Bereich nimmt die verordnete Menge mit dem Alter ab und im stationären Bereich nimmt die Menge zu. Auch unter den Pflegebedürftigen bekommen Frauen mehr Analgetika verordnet als Männer. Die häuslich gepflegten Männer bekommen im Alter von 60-69 Jahren 66 DDD pro Versichertenjahr verordnet. Frauen in diesem Alter bekommen 82 DDD verordnet. Bei den Männern sinkt die Zahl dann mit dem Alter auf 46 bei den 80-89-Jährigen. Bei den Frauen liegt die Zahl im Alter von 70-79 immer noch bei 76 und sinkt dann auf 58 DDD im Alter von 80-89 Jahren. Bei den stationär gepflegten Männern entwickelt sich die Verordnungsmenge über das Alter von 41 auf 50 bis 59 im Alter von 80-89 Jahren. Bei den Frauen steigt die Menge von 53 verordneten DDD im Alter von 60-69 Jahren auf 56 und 60 DDD in den folgenden Alterskategorien.

Die Konstante des ersten Regressionsmodells in Tabelle 49 spiegelt die Verordnungsmenge von 9 DDD bei unverheirateten 60-69-jährigen Männern ohne SPV-Leistung wider. Verheiratete Männer erhalten 7 DDD verordnet. Frauen haben hingegen im Vergleich zu Männern 3 verordnete DDD mehr. Die Personen in den Alterskategorien 70-79 und 80-89 Jahre erhalten signifikant mehr Verordnungen als die 60-69-jährigen Personen. Die Menge der verordneten Analgetika für pflegebedürftige Personen liegt je nach Pflegestufe und SPV-Leistung um einen Faktor im Bereich von 4 bis 6 höher als bei Personen ohne SPV-Leistungen. Während es außerhalb der SPV-Leistungen zu durchschnittlich höchstens 15 verordneten DDD kommt, sind es bei Personen mit SPV-Leistungen durchschnittlich mindestens 53 DDD.

Im zweiten Modell in Tabelle 49 soll untersucht werden, inwieweit das kontrollierte Erkrankungsspektrum die hohe Zahl der verordneten Menge an Analgetika unter den Pflegebedürftigen erklären kann. Ausgehend von einer geringeren Ausgangsgröße von -2,66 DDD bleiben die zusätzlichen Verordnungsmengen in der häuslichen Pflege und im Pflegeheim weiterhin bestehen. Die Menge, die jeweils in den verschiedenen Pflegestufen in der häuslichen und stationären Pflege mehr gegeben werden als bei Personen ohne SPV-Leistungen, verändern sich durch die Kontrolle der Erkrankungen kaum. Während z. B. stationär gepflegte Personen mit Pflegestufe I im ersten Modell 49 DDD mehr erhalten haben als Personen ohne SPV-Leistungen beträgt der Unterschied unter Kontrolle der Erkrankungen immer noch 49 DDD. Das Vorliegen einer bestimmten Erkrankung hat deutlich weniger Bedeutung als die Pflegebedürftigkeit, wobei Demenz und Schizophrenie u. a. zudem noch negativ auf die verordnete Menge wirken.

Abbildung 92: Zahl der verordneten DDD von Analgetika (ATC N02) pro Versichertenjahr nach Alter, Geschlecht und SPV-Leistung

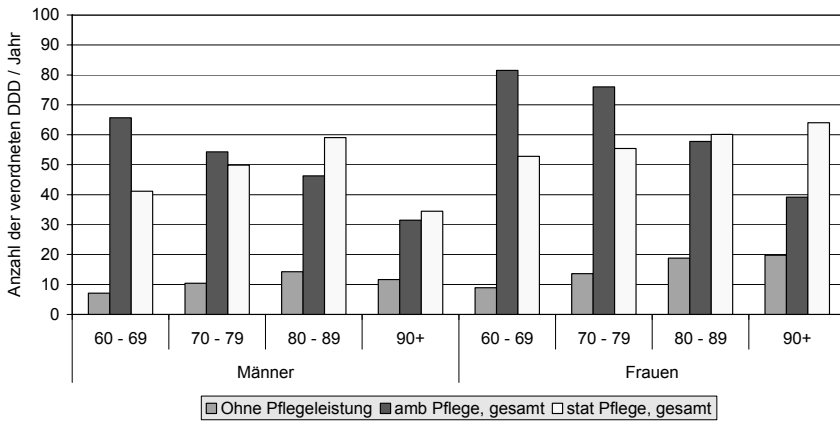


Tabelle 49: Regressionsmodelle: Verordnung von Analgetika

	Modell 1		Modell 2	
Konstante	9,04	***	-2,66	***
Frau	3,03	***	1,84	***
Alter 70-79	3,82	***	2,99	***
Alter 80-89	5,97	***	5,47	***
Alter 90+	-4,89		-2,33	
Verheiratet	-2,44	***	-2,13	***
Pflege häuslich Stufe I	53,80	***	51,06	***
Pflege häuslich Stufe II	69,67	***	68,08	***
Pflege häuslich Stufe III + Härtefälle	70,51	***	71,66	***
Pflege stationär Stufe I	49,26	***	48,93	***
Pflege stationär Stufe II	58,75	***	60,77	***
Pflege stationär Stufe III + Härtefälle	46,09	***	52,54	***
Demenz			-11,35	***
Störungen durch psychotrope Substanzen			13,69	***
Schizophrenie u. a.			-6,37	**
Depressionen u. a.			10,53	***
Sonstige psychische Störungen			2,04	***
Parkinson			0,00	
Schlaganfall			6,10	***
Herzinfarkt			7,16	***
Sonstige Herz-/Kreislaufkrankungen			2,30	***
Krebs			5,64	***
Muskuloskeletale Erkrankungen			7,05	***
Krankheiten des Urogenitalsystems			0,72	

Anmerkung: *** P < 0,1%; ** P < 1%; * P < 5%; Modellerläuterung in Abschnitt 5.3

5.5.3.3 Antiparkinsonmittel

In Abbildung 93 sind die Verordnungsmengen von Antiparkinsonmitteln dargestellt. Der Maßstab ist ebenso mit einer Skala von 0-100 gewählt wie bei den Darstellungen der anderen Arzneimittelmengen, um das Volumen visuell vergleichbar zu gestalten. Auch wenn die verordnete Menge unter der von Analgetika liegt, sind die wesentlichen Unterschiede zwischen den untersuchten Kategorien deutlich zu erkennen. Bei den Personen ohne SPV-Leistungen kommt es nur zu 3-5 verordneten DDD pro Versicherungsjahr. Dies gilt für Frauen wie für Männer durch alle Alterskategorien. Bei den pflegebedürftigen Personen liegt die verordnete Menge von Antiparkinsonmitteln dagegen deutlich höher. Dabei liegt die Rate bei den stationär gepflegten Personen zumeist noch etwas höher als bei den häuslich gepflegten Personen. Bei den häuslich gepflegten 60-69-jährigen Männern kommt es zur Verordnungsmenge von 42 DDD. Im Alter von 70-79 Jahren sind es dann 63 DDD. In den nachfolgenden Alterskategorien nimmt die Menge von 31 auf 5 DDD ab. Bei den Frauen entwickelt sich die Rate auf niedrigerem Niveau, aber mit gleicher Tendenz. In der stationären Pflege sind die verordneten Mengen jeweils ähnlich.

Im ersten Modell in Tabelle 50 liegt die Basisrate der 60-69-jährigen unverheirateten Männer ohne SPV-Leistung bei 2,8. Frauen erhalten Männern gegenüber bei sonst gleichen Bedingungen 1,6 DDD weniger verordnet. Im Alter von 70-79 Jahren ist die Verordnungsmenge um 3 DDD größer und im Alter von 90 Jahren und mehr, erhalten die Personen deutlich weniger Antiparkinsonmittel. Verheiratete unterscheiden sich nicht von Unverheirateten. Sehr deutlich sind allerdings die Unterschiede bei den Pflegebedürftigen. Weniger durch die Art der SPV-Leistung, sondern durch die Pflegestufe geprägt, liegt die Verordnungsmenge bis zu 67 DDD höher als bei den Personen ohne SPV-Leistung.

Das zweite Modell kontrolliert innerhalb des untersuchten Erkrankungsspektrums explizit den Effekt des Parkinson-Syndroms. Wie zu erwarten, fällt auf diese Variable der größte Teil der Erklärungskraft des Modells. Personen, die am Parkinson-Syndrom erkrankt sind, bekommen im Durchschnitt 258 DDD mehr verordnet als Personen ohne Parkinson-Syndrom. Auffällig bleibt aber dennoch, dass mit steigendem Alter weniger verordnet wird und dass häuslich gepflegte Personen trotz kontrolliertem Parkinson-Syndrom signifikant mehr Antiparkinsonmittel verordnet bekommen als Nicht-Pflegebedürftige. Im stationären Bereich sind die Unterschiede zu den Personen ohne SPV-Leistungen nach Pflegestufen unterschiedlich. In Pflegestufe I ist kein Unterschied festzustellen, in Pflegestufe II wird mehr und in Pflegestufe III wird weniger verordnet. Die anderen Erkrankungen spielen bei der Verordnung von Parkinsonmittel nur eine untergeordnete Rolle. So werden etwas mehr verordnete Mittel bei Personen mit Depressionen und sonstigen psychischen Störungen und etwas weniger bei Demenz und Schlaganfall gemessen. Insgesamt ist damit festzustellen, dass Pflegebedürftige zwar deutlich mehr Antiparkinsonmittel erhalten als Nicht-Pflegebedürftige, dieser Unterschied bei Kontrolle des Krankheitsspektrums, d.h. insbesondere bei Kontrolle des Parkinson-Syndroms nur noch in der häuslichen Pflege signifikant ist, während Heimbewohner je nach Pflegestufe nunmehr mehr, weniger oder gleich viel Antiparkinsonmittel erhalten.

Abbildung 93: Zahl der verordneten DDD von Antiparkinsonmitteln (ATC N04) pro Versichertenjahr nach Alter, Geschlecht und SPV-Leistung

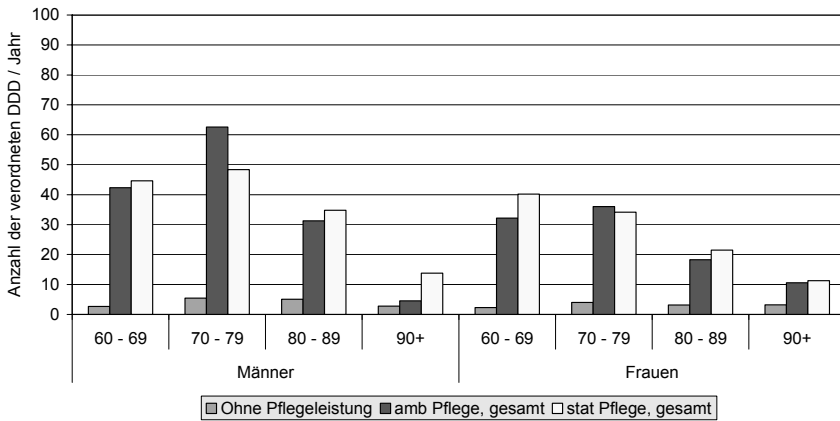


Tabelle 50: Regressionsmodelle: Verordnung von Antiparkinsonmitteln

	Modell 1	Modell 2
Konstante	2,81 ***	1,35 *
Frau	-1,59 ***	-1,45 ***
Alter 70-79	3,13 ***	0,42
Alter 80-89	-1,12	-5,00 ***
Alter 90+	-16,57 ***	-10,28 ***
Verheiratet	0,49	0,29
Pflege häuslich Stufe I	26,94 ***	11,59 ***
Pflege häuslich Stufe II	51,70 ***	23,54 ***
Pflege häuslich Stufe III + Härtefälle	67,11 ***	18,35 ***
Pflege stationär Stufe I	19,19 ***	1,04
Pflege stationär Stufe II	38,22 ***	7,39 **
Pflege stationär Stufe III + Härtefälle	41,11 ***	-7,04 *
Demenz		-4,56 ***
Störungen durch psychotrope Substanzen		-1,58 *
Schizophrenie u. a.		0,64
Depressionen u. a.		1,84 ***
Sonstige psychische Störungen		1,14 **
Parkinson		257,77 ***
Schlaganfall		-3,49 ***
Herzinfarkt		-1,54
Sonstige Herz-/Kreislaufkrankungen		-0,56
Krebs		-1,13 *
Muskuloskeletale Erkrankungen		0,12
Krankheiten des Urogenitalsystems		0,28

Anmerkung: *** P < 0,1%; ** P < 1%; * P < 5%; Modellerläuterung in Abschnitt 5.3

5.5.3.4 Psycholeptika

In Abbildung 94 sind die Verordnungsmengen von Psycholeptika (Antipsychotika, Anxiolytika, Hypnotika und Sedativa) dargestellt. Im Einzelnen wurden bei Männern ohne SPV-Leistungen mit dem Alter ansteigend 6-15 verordnete DDD gemessen. Bei den Frauen wurden 11-19 DDD gemessen. Bei den Männern mit häuslichen SPV-Leistungen sinkt die Verordnungsmenge mit dem Alter von 43 auf 29 DDD. Bei den Frauen mit häuslichen SPV-Leistungen sinkt die Verordnungsmenge von 78 auf 37 DDD. Die meisten Psycholeptika werden Personen im Pflegeheim verordnet. Männer im Alter von 60-69 Jahren erhalten 112 DDD verordnet. Über die Alterskategorien nimmt die Menge bis auf 51 DDD ab. Frauen im Pflegeheim im Alter von 60-69 Jahren erhalten 141 DDD verordnet. Auch bei ihnen sinkt die verordnete Menge über die Alterskategorien ab. Im Alter von 90 Jahren und mehr sind es noch 53 DDD.

Tabelle 51 zeigt, dass fast alle gemessenen Unterschiede statistisch signifikant sind. Als Basisrate werden für unverheiratete 60-69-jährige Männer ohne SPV-Leistungen ca. 9 DDD berechnet. Frauen bekommen zusätzlich ca. 7 DDD. Den Personen in den Alterskategorien 70-79 Jahre und 80-89 Jahre werden ähnliche Mengen verordnet. Bei den über 90-Jährigen werden allerdings 12 DDD weniger gemessen. Verheiratete bekommen ca. 3 DDD weniger verordnet als Unverheiratete. Im Pflegeheim gibt es bei allen Pflegestufen mehr als 80 DDD mehr als für Personen ohne SPV-Leistungen. Dieses Maß wird in der häuslichen Pflege nur erreicht, wenn die Pflegestufe III vorliegt. Personen in Pflegestufe I und II werden 33 bzw. 38 DDD mehr als Personen ohne SPV-Leistungen verordnet.

Unter Einbeziehung der Erkrankungen im zweiten Modell erweist sich die Diagnose Schizophrenie u. a. als bedeutendster Erklärungsfaktor. Personen mit solchen Störungen werden 137 DDD mehr verordnet als Personen, die dieses Krankheitsbild nicht aufweisen. Die anderen psychischen Störungen und das Parkinson-Syndrom wirken verglichen damit relativ unbedeutend, obwohl sie mit zusätzlich 6 bis 17 DDD eine absolut gesehen große Bedeutung haben. Die sonstigen somatischen Erkrankungen haben kaum eine Bedeutung für die Verordnung von Psycholeptika. Einzig Schlaganfall und Krankheiten des Urogenitalsystems wirken leicht negativ (-4 bzw. -1 DDD). Nach diesen Berechnungen werden einer 80-89-jährigen, dementen Frau mit Pflegestufe II im Pflegeheim rund 71 DDD Psycholeptika verordnet. Wegen der großen Erklärungskraft des Krankheitsspektrums verringern sich die Werte fast aller anderen Faktoren. Als Basisrate werden nur noch 2 DDD gemessen. Frauen bekommen dann noch 3 DDD mehr als Männer. Alter und Familienstand wirken – mit gleichem Vorzeichen wie im ersten Modell. Festzustellen ist insbesondere aber, dass auch bei Kontrolle aller psychischen Störungen für Pflegebedürftige deutlich mehr Psycholeptika verordnet werden als für Nicht-Pflegebedürftige. In der häuslichen Pflege sind es je nach Pflegestufe zwischen 23 und 61 DDD mehr als bei Personen ohne SPV-Leistungen und im Pflegeheim sind es relativ konstant über die Pflegestufen ca. 57 DDD mehr.

Abbildung 94: Zahl der verordneten DDD von Psycholeptika ATC N05 pro Versichertenjahr nach Alter, Geschlecht und SPV-Leistung

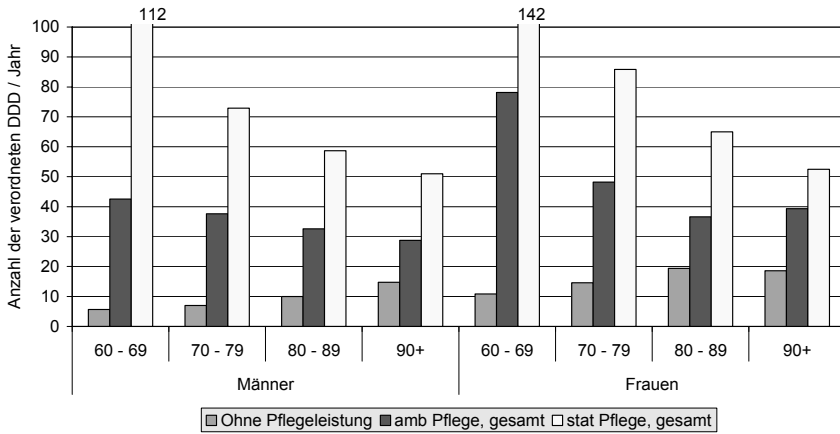


Tabelle 51: Regressionsmodelle: Verordnung von Psycholeptika

	Modell 1		Modell 2	
Konstante	8,68	***	1,81	*
Frau	6,50	***	3,29	***
Alter 70-79	1,74	***	1,91	***
Alter 80-89	1,38		2,51	**
Alter 90+	-11,76	***	-5,19	*
Verheiratet	-3,47	***	-1,54	**
Pflege häuslich Stufe I	33,16	**	23,34	***
Pflege häuslich Stufe II	38,36	***	26,73	***
Pflege häuslich Stufe III + Härtefälle	77,31	***	61,16	***
Pflege stationär Stufe I	81,70	***	56,93	***
Pflege stationär Stufe II	80,24	***	56,86	***
Pflege stationär Stufe III + Härtefälle	85,37	***	58,28	***
Demenz			6,23	***
Störungen durch psychotrope Substanzen			15,49	***
Schizophrenie u. a.			137,23	***
Depressionen u. a.			17,04	***
Sonstige psychische Störungen			7,87	***
Parkinson			11,50	***
Schlaganfall			-3,90	***
Herzinfarkt			1,81	
Sonstige Herz-/Kreislaufkrankungen			0,31	
Krebs			0,69	
Muskuloskeletale Erkrankungen			-0,75	
Krankheiten des Urogenitalsystems			-1,29	**

Anmerkung: *** P < 0,1%; ** P < 1%; * P < 5%; Modellerläuterung in Abschnitt 5.3

5.5.3.5 Antidepressiva

In Abbildung 95 werden die Verordnungsmengen der Antidepressiva differenziert nach Alter, Geschlecht und SPV-Leistung angezeigt. Die Verordnungsmenge liegt bei Männern ohne SPV-Leistungen in den ersten drei Alterskategorien bei 9 Verordnungen. Bei den Frauen ohne SPV-Leistungen liegt die Verordnungsmenge bei ca. 21 DDD. Bei den häuslich gepflegten Männern sinkt die Verordnungsmenge von 54 DDD im Alter von 60-69 Jahren auf 22 DDD im Alter von 90 und mehr Jahren. Bei den Frauen entwickeln sich die Zahlen von 80 DDD auf 24 DDD über die Alterskategorien. Bei den stationär gepflegten Männern im Alter von 60-69 Jahren liegt die Verordnungsmenge bei 73 DDD und bei den Frauen in diesem Alter bei 94 DDD. Mit dem Alter werden die verordneten Mengen weniger. Insgesamt werden für Pflegebedürftige deutlich mehr Antidepressiva verordnet als für Nicht-Pflegebedürftige, wobei die Verordnungsmenge im stationären Bereich noch höher ist als bei häuslicher Pflege.

Die Basisrate von 10 DDD in Tabelle 52 spiegelt die Verordnungshäufigkeit der unverheirateten und nicht pflegebedürftigen Männer im Alter von 60-69 Jahren wider. Die verheirateten Personen haben unter sonst gleichen Bedingungen ca. um 2 DDD geringere Verordnungsmenge als unverheiratete Personen. Frauen erhalten auch unter Kontrolle des Alters und der Pflegebedürftigkeit 13 DDD mehr als Männer. Im Alter von 90 Jahren und mehr werden signifikant weniger Antidepressiva verordnet als bei den 60-69-Jährigen. Pflegebedürftige bekommen je nach Pflegestufe und Leistung 37 bis 80 DDD mehr verordnet als Personen ohne SPV-Leistungen. Dabei zeigt sich in der häuslichen Pflege kein linearer Effekt über die Pflegestufen, aber bei den stationär gepflegten Personen eine Abnahme mit höheren Pflegestufen. Die Unterschiede zwischen Pflegebedürftigen und Nicht-Pflegebedürftigen sind durchgängig hoch signifikant.

Durch die Integration des Erkrankungsspektrums werden die Unterschiede der Empfänger von SPV-Leistungen zu Personen ohne SPV-Leistungen verringert. Dennoch bleiben bei den häuslich gepflegten Personen je nach Pflegestufe Unterschiede von 22-31 DDD bestehen, die einen hoch signifikanten Unterschied markieren. Pflegeheimbewohner mit Pflegestufe I bekommen 49 DDD mehr und mit Pflegestufe II 42 DDD mehr verordnet. Der Geschlechterunterschied ist unter Kontrolle des Erkrankungsspektrums auf 4 DDD gesunken und die über 90-Jährigen unterscheiden sich im zweiten Modell nur noch um 20 statt um 27 DDD von den 60-69-Jährigen. Die größten Unterschiede in der Verordnungsmenge gibt es neben dem Vergleich von Personen mit und ohne SPV-Leistungen bei Personen mit und ohne Schizophrenie u. a. und Depressionen u. a. Hier werden bei Vorliegen einer solchen Störung 49 bzw. 57 DDD mehr gemessen. Demenz (+14 DDD), Störungen durch psychotrope Substanzen (+10) und sonstige psychische Störungen (+10) führen auch noch zu bedeutenden Unterschieden in der Verordnungsmenge. Dies gilt mit 16 mehr verordneten DDD auch für das Parkinson-Syndrom. Von den anderen Erkrankungen hat nur noch der Schlaganfall eine Auswirkung auf die Verordnungsmenge. Schlaganfallpatienten bekommen unter sonst gleichen Bedingungen 6 DDD mehr verordnet. Einer 80-89-jährigen, dementen Heimbewohnerin mit Pflegestufe II werden nach dem zweiten Modell 54 DDD verordnet. Kommt noch Depression hinzu, dann wird eine Verordnungsmenge von 111 berechnet.

Abbildung 95: Zahl der verordneten DDD von Antidepressiva (ATC N06A) pro Versichertenjahr nach Alter, Geschlecht und SPV-Leistung

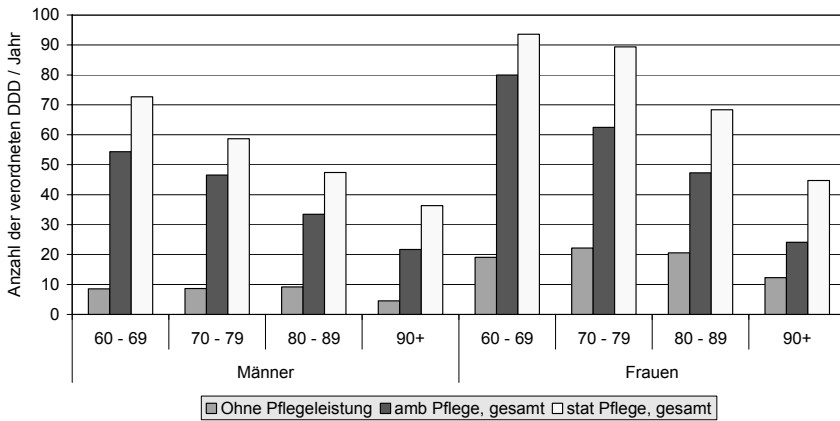


Tabelle 52: Regressionsmodelle: Verordnung von Antidepressiva

	Modell 1		Modell 2	
Konstante	9,94	***	-1,82	
Frau	12,68	***	4,00	***
Alter 70-79	1,26		0,42	
Alter 80-89	-2,71	*	-3,70	**
Alter 90+	-26,60	***	-19,59	***
Verheiratet	-1,66		0,84	
Pflege häuslich Stufe I	42,29	***	25,43	***
Pflege häuslich Stufe II	52,12	***	30,80	***
Pflege häuslich Stufe III + Härtefälle	47,16	***	22,48	***
Pflege stationär Stufe I	80,40	***	48,86	***
Pflege stationär Stufe II	73,97	***	42,20	***
Pflege stationär Stufe III + Härtefälle	37,16	***	5,35	
Demenz			13,71	***
Störungen durch psychotrope Substanzen			10,33	***
Schizophrenie u. a.			48,76	***
Depressionen u. a.			57,10	***
Sonstige psychische Störungen			10,13	***
Parkinson			16,15	***
Schlaganfall			6,30	***
Herzinfarkt			0,58	
Sonstige Herz-/Kreislaufkrankungen			0,49	
Krebs			-1,33	
Muskuloskeletale Erkrankungen			-0,98	
Krankheiten des Urogenitalsystems			-0,08	

Anmerkung: *** P < 0,1%; ** P < 1%; * P < 5%; Modellerläuterung in Abschnitt 5.3

5.5.3.6 Antidementiva

In Abbildung 96 sind die Verordnungsmengen von Antidementiva dargestellt. Bei den nicht pflegebedürftigen Personen liegt die Verordnungsmenge bei 1-5 DDD pro Versichertenjahr. Bei den 60-69-jährigen, Männern in häuslicher Pflege liegt die Verordnungsmenge bei 17 DDD. In der Alterskategorie 70-79 Jahre sind es 25 DDD. In den folgenden Alterskategorien verringert sich die Verordnungsmenge auf 21 DDD im Alter von 80-89 Jahren auf schließlich 5 DDD bei den über 90-Jährigen. Bei den Frauen liegt die Menge fast genauso hoch; einzig im Alter von 60-69 Jahren wird mit 21 DDD ein deutlich anderer Wert gemessen. Die Verordnungsmenge bei den Männern in stationärer Pflege liegt im Alter von 60-69 Jahren bei 10 DDD, im Alter von 70-79 Jahren bei 31 DDD und bei den 80-89-Jährigen bei 22 DDD pro Versichertenjahr. Bei den Frauen ergeben sich über die Alterskategorien 15 DDD, 23 DDD, 19 DDD und 13 DDD. In allen Kategorien steigt die verordnete Menge an Antidementiva also mit dem Alter zunächst an und wird dann wieder weniger. Wie auch bei den Antidepressiva liegt die Verordnungsmenge für Pflegebedürftige deutlich über denen gleichaltriger Nicht-Pflegebedürftiger.

Im ersten Regressionsmodell in Tabelle 53 ergibt sich eine Basisrate von 0 DDD als Verordnungsmenge für unverheiratete Männer ohne SPV-Leistungen im Alter von 60-69 Jahren. Frauen unterscheiden sich in der Verordnungsmenge nicht von den Männern. Personen im Alter von 70-79 Jahren und im Alter von 80-89 Jahren erhalten auch unter Kontrolle der Pflegebedürftigkeit 3-4 DDD mehr Antidementiva als 60-69-Jährige. Verheiratete bekommen ca. 1 DDD mehr Antidementiva als nicht verheiratete Personen. Personen mit SPV-Leistungen erhalten zwischen 14 und 25 DDD mehr verordnet als Personen ohne SPV-Leistungen. Während in der häuslichen Pflege die Verordnungsmenge mit der Pflegestufe steigt, sinkt sie aber im stationären Bereich mit der Pflegestufe. Bezüglich aller Pflegestufen und -formen ist der Effekt aber hoch signifikant.

Das zweite Modell zeigt den zentralen Effekt einer festgestellten Demenz auf die Verordnungshäufigkeit (+ 50 DDD). Außerdem ist noch der geringfügige Unterschied bei Personen mit Depression, mit sonstigen psychischen Störungen und Parkinson-Syndrom festzuhalten. Bei den anderen Erkrankungen finden sich keine Effekte auf die Verordnungsmenge von Antidementiva. Durch die Integration des Erkrankungsspektrums werden die Alterseffekte modifiziert. Die 80-89-Jährigen unterscheiden sich bei Kontrolle des Erkrankungsspektrums nicht mehr von den 60-69-Jährigen. Dafür kommt aber ein noch deutlicherer Unterschied bei den über 90-Jährigen zum Vorschein. Sie bekommen 10 DDD weniger als die 60-69-Jährigen. Bei den Personen mit häuslichen SPV-Leistungen zeigen sich auch unter Kontrolle des Erkrankungsspektrums noch 5-9 DDD mehr verordnete Antidementiva. Dem entgegen zeigt sich aber im Pflegeheim bei Pflegestufe II und noch mehr bei Pflegestufe III eine deutlich geringere Verordnungsmenge. In Pflegestufe II erhalten die Personen 12 DDD weniger und in Pflegestufe III erhalten sie 24 DDD weniger verordnet. Für eine demente, 80-89-jährige Frau im Pflegeheim mit Pflegestufe II werden nach Modell 2 ca. 37 DDD verordnet. In der häuslichen Pflege würde dieselbe Frau 58 DDD verordnet bekommen.

Abbildung 96: Zahl der verordneten DDD von Antidementiva (ATC N06D) pro Versichertenjahr nach Alter, Geschlecht und SPV-Leistung

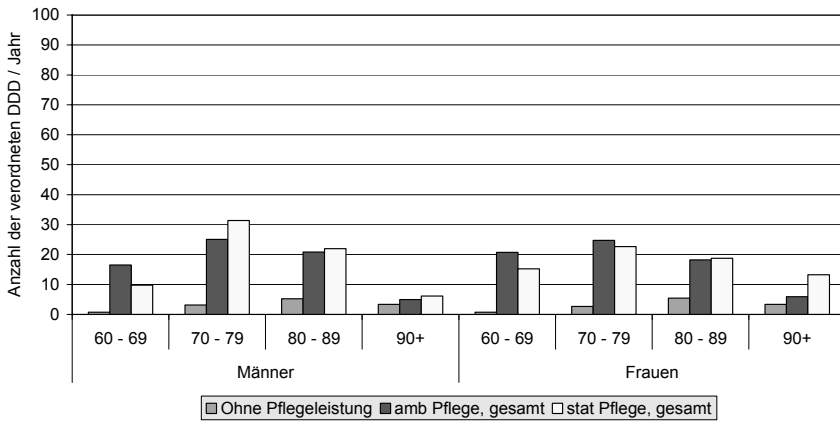


Tabelle 53: Regressionsmodelle: Verordnung von Antidementiva

	Modell 1	Modell 2
Konstante	-0,01	-0,41
Frau	-0,03	-0,38
Alter 70-79	2,64 ***	1,54 ***
Alter 80-89	4,25 ***	0,53
Alter 90+	-4,64 **	-10,31 ***
Verheiratet	0,88 **	1,05 ***
Pflege häuslich Stufe I	15,17 ***	6,41 ***
Pflege häuslich Stufe II	23,14 ***	8,92 ***
Pflege häuslich Stufe III + Härtefälle	24,97 ***	4,76 *
Pflege stationär Stufe I	22,33 ***	-0,14
Pflege stationär Stufe II	17,31 ***	-12,26 ***
Pflege stationär Stufe III + Härtefälle	14,21 ***	-24,06 ***
Demenz		49,70 ***
Störungen durch psychotrope Substanzen		-1,03
Schizophrenie u. a.		-1,91
Depressionen u. a.		0,83 *
Sonstige psychische Störungen		0,71 *
Parkinson		2,79 **
Schlaganfall		-1,04
Herzinfarkt		-0,94
Sonstige Herz-/Kreislaufkrankungen		0,02
Krebs		0,12
Muskuloskeletale Erkrankungen		0,00
Krankheiten des Urogenitalsystems		-0,22

Anmerkung: *** P < 0,1%; ** P < 1%; * P < 5%; Modellerläuterung in Abschnitt 5.3

5.5.4 Bewertung der Zahl der Arzneimittelverordnungen

Ausgehend von der Frage, ob es im Pflegeheim eine Über-, Unter- oder Fehlversorgung gibt, sind im Abschnitt 5.5 die Verordnungsmengen von Analgetika, Psycholeptika, Antidepressiva, Antidementiva und Antiparkinsonmittel untersucht worden. Diese Medikamente werden gerade Pflegebedürftigen besonders viel verordnet, weil sie in besonderer Weise unter psychischen Störungen und anderen Erkrankungen leiden. In bisherigen Studien wurden diesbezüglich häufig Prävalenzen bestimmter psychischer Störungen Verordnungshäufigkeiten gegenübergestellt, wobei der Personenbezug oftmals nicht gegeben war. Die Messung der Störungen erfolgte in der Regel über Befragungen von Pflegekräften.

In der vorliegenden Studie wurden personenbezogenen Erkrankungen und Pflegebedürftigkeit die medikamentöse Therapie gegenübergestellt. Die Messung der Therapie erfolgte in DDD pro Versichertenjahr, die Messung der Pflegebedürftigkeit über die gewährten SPV-Leistungen und die Messung der Erkrankungen über die dokumentierten Diagnosen der vorangegangenen zwei Jahre.

Entsprechend der Leitlinien für die Therapie der berücksichtigten psychischen Störungen, wurden bei Vorliegen der Störungen auch deutlich mehr Medikamente verordnet. Bei Demenz wurden mehr Antidementiva verordnet, bei Schizophrenie mehr Psycholeptika, bei Depression mehr Antidepressiva und beim Parkinson-Syndrom mehr Antiparkinsonmittel. Die Ergebnisse zeigen zumindest für die Verordnungen von Antiparkinsonmitteln und Antidementiva eine zum größten Teil aus den besonderen Erkrankungen heraus interpretierbare Verordnungsmenge. Analgetika sind nicht in dem Maße an bestimmte Erkrankungsarten gebunden und die Zahl der Verordnungen ist daher nicht so sehr durch spezielle Erkrankungen zu bestimmen. Antidepressiva und Psycholeptika sind aber Medikamente, die bei bestimmten psychischen Störungen verordnet werden sollen. Bemerkenswert ist es daher, dass die Verordnungsmengen nicht überwiegend durch psychische Störungen erklärt werden können.

Empfänger von SPV-Leistungen und insbesondere Pflegeheimbewohner leiden in größerem Umfang an psychischen Störungen. Entsprechend erhalten Pflegebedürftige deutlich mehr Verordnungen (Abbildung 92 bis Abbildung 96) und so werden in den Regressionsanalysen jeweils in den ersten Modellen für die Personen mit SPV-Leistungen signifikant mehr verordnete Medikamente gemessen (Tabelle 49 bis Tabelle 53). Unter Kontrolle der den Verordnungen zugrunde liegenden Störungen und Erkrankungen könnte deshalb erwartet werden, dass sich die Unterschiede von Pflegebedürftigen und Nicht-Pflegebedürftigen deutlich reduzieren oder diese Unterschiede gar ganz verschwinden. Tatsächlich zeigt sich aber, dass häuslich und stationär gepflegte Personen auch unter Kontrolle des Erkrankungsspektrums weitaus mehr Analgetika, Psycholeptika und Antidepressiva verordnet bekommen.

Die psychischen Erkrankungen haben für die Verordnung von Psycholeptika und Antidepressiva nur wenig mehr Bedeutung als die Pflegebedürftigkeit – und dies in höherem Maße im Pflegeheim als in der häuslichen Pflege. Das kontrollierte Erkrankungsspektrum hat bezüglich der Verordnungen von Analgetika sogar deutlich geringere

Bedeutung als die Pflegebedürftigkeit. Häuslich gepflegte Personen bekommen zudem auch noch bedeutend mehr Antiparkinsonmittel und Antidementiva verordnet. Bei Kontrolle der Erkrankungen erhalten Pflegebedürftige in stationärer Pflege allerdings signifikant weniger Antidementiva als Pflegebedürftige in häuslicher Pflege und als Nicht-Pflegebedürftige

Die deutlich höheren Verordnungsziffern bei *Psycholeptika* bei häuslich und stationär gepflegten Personen können als Indiz für Überversorgung angesehen werden. Zwar ist die Verabreichung von Anxiolytika (bei sonstigen Störungen), von Hypnotica (bei sonstigen Störungen und Depressionen), bei niederpotenten Neuroleptika (bei Demenz und Störungen durch psychotrope Substanzen) angezeigt – allerdings sind diese Effekte im zweiten Regressionsmodell in Tabelle 51 kontrolliert. Die auch bei Kontrolle der Erkrankungen verbleibende hoch signifikant höhere Verordnungsmenge von Neuroleptika spricht eher für die Nutzung von Sedativa zur „Ruhigstellung“ von pflegebedürftigen Heimbewohnern. Hierfür spricht auch, dass Pflegebedürftige in Pflegestufe I und II im Heim mehr als doppelt so viele Verordnungen erhalten als Pflegebedürftige in häuslicher Pflege.

Ähnlich könnte auch bei den *Analgetika* argumentiert werden (Tabelle 49). Allerdings ist durch das Krankheitsspektrum nicht hinreichend kontrolliert, inwieweit Pflegebedürftige ein höheres Maß an Schmerzpatienten aufweisen, so dass eine höhere Verordnungsrate von Analgetika angezeigt ist. Daher kann eine Überversorgung hier nicht ohne weiteres postuliert werden. Auch liegt die Zahl der Verordnungen bei Pflegebedürftigen der gleichen Stufe im Heim unter der in häuslicher Pflege. Auch dies spricht gegen eine Überversorgung der Heimbewohner mit Analgetika.

Auch *Antidepressiva* werden bei Pflegebedürftigen deutlich häufiger verordnet als bei Nicht-Pflegebedürftigen (Abbildung 95). Sinnvolle Indikationen wie Demenz, Störungen durch psychotrope Substanzen, Schizophrenie, Depression und sonstige psychische Störungen erhöhen die Verabreichung jeweils signifikant. Dies spricht für eine bedarfsgerechte Verordnung. Auch bei Kontrolle dieser Erkrankungen werden Pflegebedürftigen aber deutlich mehr Antidepressiva verordnet – in häuslicher und in stationärer Pflege. Bemerkenswert ist dabei, dass die Zahl der Verordnungen bei Heimbewohnern in Pflegestufe I und II deutlich über der entsprechenden Zahl bei Pflegebedürftigen in häuslicher Pflege liegt. Auch hier kann eine Überversorgung nicht ausgeschlossen werden.

Bei den *Antiparkinsonmitteln* erhalten pflegebedürftige Heimbewohner der Pflegestufe II zwar mehr, die der Stufe III aber weniger Verordnungen. Eine durchgängige Tendenz, die Über- oder Unterversorgung anzeigen könnte, ist somit nicht erkennbar.

Die – auch bei Kontrolle des Krankheitsspektrums und hier insbesondere der Demenz – geringere Menge an verordneten *Antidementiva* im Pflegeheim (Tabelle 53) können dagegen als Unterversorgung interpretiert werden. Die im Vergleich zu Nicht-Pflegebedürftigen geringeren Verordnungen sind umso auffälliger als die Pflegebedürftigen in häuslicher Pflege signifikant mehr Antidementiva erhalten als Nicht-Pflegebedürftige.

Die Arzneimittel, die laut der Beers-Liste insbesondere wegen zu vieler Nebenwirkungen oder Unwirksamkeiten besser nicht verordnet werden sollten, werden gerade bei den Erkrankungen und Störungen verordnet, die bei Pflegebedürftigen häufig vorkommen. Entsprechend werden diese Mittel häufiger für Pflegebedürftige verordnet (Abbildung 91. Allerdings verschwindet dieser Effekt, wenn die Erkrankungen kontrolliert werden (Tabelle 48). Dass diese Arzneimittel pflegebedürftigen Personen mehr verordnet werden als Personen ohne SPV-Leistungen, liegt somit an deren Erkrankungsspektrum, nicht aber an ihrem Status als Pflegebedürftige. Eine spezifische Über- oder Unterversorgung für Heimbewohner ist somit nicht erkennbar. Tabelle 54 fasst die vorstehenden Bewertungen noch einmal überblickartig zusammen.

<i>Tabelle 54 :Bewertung der Arzneimittelversorgung im Pflegeheim im Überblick</i>		
Arzneimittel	Im Vergleich zu den Nicht-Pflegebedürftigen haben Heimbewohner bei Kontrolle der Erkrankungen ...	Bewertung
Psycholeptika	... signifikant mehr Verordnungen	tendenziell Überversorgung
Analgetika	... signifikant mehr Verordnungen	eher keine Überversorgung
Antidepressiva	... mehr Verordnungen	möglicherweise Überversorgung
Antiparkinsonmittel	... teilweise mehr, teilweise weniger Verordnungen	–
Antidementiva	... teilweise signifikant weniger Verordnungen	tendenziell Unterversorgung
Beers-Liste	... ähnlich viele Verordnungen	–

Neben dem Vergleich mit den beiden Vergleichsgruppen könnte zur Beurteilung der Angemessenheit der Ordnungspraxis auch das absolute Ausmaß der Verordnungen betrachtet werden. Ob das absolute Maß adäquat ist, lässt sich allerdings nicht abschließend beurteilen, u. a. weil die DDD keine Maßeinheit sind, die in gleicher Weise für Erkrankte jeden Schweregrades zutreffend messen.

Generell ist zu berücksichtigen, dass die Messungen der Erkrankungen mit gewissen Unsicherheiten verbunden sind. Sie sind nur auf Basis der Messungen der beiden Vorjahre erfolgt, sind relativ grob gefasst und bestimmte Erkrankungen, die möglicherweise eine Rolle spielen, sind nicht berücksichtigt. Weiterhin sind auch Diagnosefehler – gerade bei Heimbewohnern – nicht auszuschließen. Die vorstehenden Analysen geben daher zwar wichtige Hinweise, sollten aber nicht als abschließende Aussagen interpretiert werden.

5.6 Rehabilitative Maßnahmen

5.6.1 Bisherige Studien zu rehabilitativen Maßnahmen im Pflegeheim

§ 18(1) SGB XI betont das Ziel, pflegebedürftigen Menschen so lange wie möglich ein Leben in ihrer gewohnten Umgebung zu ermöglichen: „[...] durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung [...] sind auch Feststellungen darüber zu treffen, ob und in welchem Umfang Maßnahmen zur Beseitigung, Minderung oder Verhütung einer Verschlimmerung der Pflegebedürftigkeit einschließlich der Leistungen zur medizinischen Rehabilitation geeignet, notwendig und zumutbar sind [...]“

Insgesamt werden vom MDK mehr Physiotherapien als andere Therapieformen empfohlen. Bei ambulanten Erstantragstellern wurden 2003 allein zu 11,0% eine Krankengymnastik, zu 2,0% eine Ergotherapie, zu 1,4% eine Logopädie und zu 2,9% eine medizinische Rehabilitation empfohlen (Wagner et al. 2003: 31). Schon diese Anteile werden von Lürken (2001: I/55) als zu gering erachtet. Beim Begutachtungsverfahren von Schlaganfallpatienten werden zu 20,8% eine Krankengymnastik, zu 7,4% eine Ergotherapie, zu 0,8% eine Logopädie und zu 5,0% medizinische Reha-Maßnahmen also insgesamt mehr Maßnahmen empfohlen (Wagner/Fleer 2007: 24f).

Insgesamt werden für Personen mit höherer Pflegestufe und Personen in stationärer Pflege mehr Heilmittel empfohlen (Lürken 2001: I/53; Küpper-Nybelen et al. 2006: 104). Stationäre Rehabilitationsmaßnahmen werden hingegen bei Personen mit höherer Pflegestufe und in stationärer Pflege seltener empfohlen. Küpper-Nybelen et al. (2006: 100) stellen aber fest, dass die Umsetzung der Empfehlungen für ca. die Hälfte auch nach drei Monaten nach der Empfehlung noch nicht erfolgt ist. Dabei gab es Unterschiede nach den SPV-Leistungsarten. Eine krankengymnastische Therapie bekamen häuslich gepflegte Personen öfter als stationär gepflegte Personen (Küpper-Nybelen et al. 2006: 106).

Zusätzlich zu den Heilmittelverordnungen nach SGB V, die über die Krankenkassen abgerechnet werden, bieten vollstationäre Einrichtungen in Deutschland eine ganze Reihe sowohl an therapeutischen, als auch an sonstigen Versorgungs- oder Betreuungsmöglichkeiten an, die in der Regel vom Personal der Einrichtungen oder aber von zusätzlichen, auf Honorarbasis beschäftigten Fachkräften im Rahmen des Pflegesatzes in Abhängigkeit vom Bedarf mit erbracht werden. Hierzu geben Schneekloth und von Törnes (2007: 65) folgende Werte an: „Typisch für das Leistungsangebot von vollstationären Alteinrichtungen sind krankengymnastische Maßnahmen (in 90% der Einrichtungen), Ergotherapie (74%) [...] 83% der Einrichtungen bieten Gedächtnis- und Orientierungstraining, 67% Kontinenztraining und weitere 58% zusätzliches Verhaltenstraining.“

Die Angebote der Heime werden aber nicht von allen Bewohnern angenommen. So kommen Hartwig et al. (2005: 277) in ihrer Uelzener Studie zu den Ergebnissen, dass nur 35% der Pflegeheimbewohner gelegentlich oder regelmäßig an Angeboten der Krankengymnastik teilnehmen. Die Teilnahmequote bei Maßnahmen, die auf die unterstützende Therapie psychischer Störungen orientiert sind (Hirnleistungstraining, Be-

schäftigungstherapie), liegen etwas über 20 %. Aber auch Schneekloth und von Törne (2007: 109) geben selbst deutlich geringere Quoten der Inanspruchnahmen gegenüber der Angebotsquoten an. So nehmen 41 % der Heimbewohner Krankengymnastik oder Bewegungstherapie in Anspruch, 44 % erhalten Gedächtnis- oder Orientierungstraining, 36 % Kontinenztraining, 21 % Ergotherapie und 9 % Massagen, medizinische Bäder oder Elektrotherapie.

5.6.2 Zur Beurteilung der rehabilitativen Maßnahmen im Pflegeheim

Zu den rehabilitativen Maßnahmen zählen sowohl die medizinische Rehabilitation in Reha-Kliniken als auch Heilmittel (Physiotherapie, Ergotherapie, Logopädie u. a.), wobei es hier auch Überschneidungen geben kann.

Unter stationäre Reha-Maßnahmen fallen grundsätzlich sowohl Bäder und Kuren als auch Rehabilitationsleistungen, die durch unterschiedlichste Träger wie z. B. die Rentenversicherung, die Krankenversicherung oder Berufsgenossenschaft finanziert werden. Sie werden sowohl bei psychischen Problemen als auch beispielsweise als Anschlussheilbehandlung nach kurativen Eingriffen bei somatischen Beschwerden (insbesondere Schlaganfall und Herzinfarkt) angeboten.

Zur Physiotherapie gehören Massagen, Bewegungstherapie inklusive Krankengymnastik, Traktionsbehandlungen, Elektrotherapie und Elektrostimulation, Kohlensäurebäder und Kohlensäuregasbäder, Inhalationstherapien, Thermotherapien sowie Kombinationen davon und eine entsprechende Diagnostik (Gemeinsamer Bundesausschuss 2004: 6ff).

Physiotherapien sollen eingesetzt werden bei Erkrankungen der Stütz- und Bewegungsorgane, bei Erkrankungen des Nervensystems, bei Erkrankungen der inneren Organe und sonstigen Erkrankungen. Alle diese Erkrankungen sind somatischer Natur (Gemeinsamer Bundesausschuss 2004: 14ff.). Entsprechend sollten bei gemessenen somatischen Erkrankungen größere Therapiehäufigkeiten feststellbar sein und psychische Erkrankungen sollten relativ wenig Einfluss auf die Häufigkeit dieser Therapien haben.

„Die Maßnahmen der Ergotherapie (Beschäftigungs- und Arbeitstherapie) dienen der Wiederherstellung, Entwicklung, Verbesserung, Erhaltung oder Kompensation der krankheitsbedingt gestörten motorischen, sensorischen, psychischen und kognitiven Funktionen und Fähigkeiten“ (Gemeinsamer Bundesausschuss 2004: 10).

Ergotherapien werden angewandt bei Erkrankungen des Stütz- und Bewegungsapparates, bei Schädigungen des Zentralen Nervensystems, aber auch bei psychischen Störungen wie neurotischen, Persönlichkeit- und Verhaltensstörungen, bei Schizophrenie und affektiven Störungen sowie Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen. Entsprechend sollten bei diesen Krankheitsbildern mehr Leistungen verordnet sein.

„Maßnahmen der Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie entfalten ihre Wirkung auf phoniatischen und neurophysiologischen Grundlagen und dienen dazu, die Kommunikationsfähigkeit, die Stimmgebung, das Sprechen, die Sprache und den Schluckakt bei

krankheitsbedingten Störungen wiederherzustellen, zu verbessern oder eine Verschlimmerung zu vermeiden“ (Gemeinsamer Bundesausschuss 2004: 8). Zu den Sprachstörungen bedingenden Erkrankungen gehört beispielsweise der Schlaganfall, der Aphasien verursachen kann.

Valide und reliable Maßstäbe zur Beurteilung der bedarfnotwendigen absoluten Leistungsmengen konnten nicht gefunden werden. Die Beurteilung kann sich daher nur auf den Vergleich der Heimbewohner mit Nicht-Pflegebedürftigen und Pflegebedürftigen in häuslicher Pflege stützen.

5.6.3 Auswertungen der Routinedaten

Inwieweit rehabilitative Maßnahmen ergriffen werden, wird mit vier Maßzahlen ermittelt: Die Häufigkeit von stationären Vorsorge- oder RehaMaßnahmen (unter anderem Anschlussheilbehandlungen und Kuren), die Menge der verordneten Therapieeinheiten von Physiotherapien, von Ergotherapien und Logopädie. Physiotherapie, Ergotherapie und Logopädie gehören zu den Heilmitteln und werden ärztlich verordnet (ITSG 2008: 19ff.).

5.6.3.1 Stationäre Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahmen

In Abbildung 97 wird die durchschnittliche Zahl der stationären Aufenthalte in Vorsorge- und Rehabilitationskliniken dargestellt. Bei den nicht pflegebedürftigen Männern und Frauen kommt es je nach Alterskategorie zu 0,04 bis 0,06 Aufenthalten pro Versichertenjahr. Bei den Pflegebedürftigen, die häuslich gepflegt werden, werden im Alter von 60-69 Jahren noch 0,09 bzw. 0,08 Aufenthalte gemessen. Mit dem Alter sinkt die Häufigkeit der Aufenthalte aber ab und erreicht in der Alterskategorie der über 90-jährigen einen Wert von 0,02. Bei den stationär gepflegten Personen liegt die Zahl deutlich darunter. Bei den 60-69-jährigen Männern werden noch knapp 0,02 Aufenthalte erreicht, während bei den Frauen in diesem Alter überhaupt keine stationären Rehabilitationsmaßnahmen gemessen werden. In den folgenden Alterskategorien werden um 0,01 Aufenthalte gezählt. Insgesamt weisen Pflegebedürftige in stationärer Pflege beiderlei Geschlechts in allen Altersklassen weniger Aufenthalte in Vorsorge- oder Reha-Kliniken auf.

In Tabelle 55 sind die Unterschiede statistisch bewertet. Zunächst weist die Konstante 0,046 stationäre Aufenthalte für die Referenzgruppe der 60-69-jährigen Männer ohne SPV-Leistungen aus. Die Zahl der Aufenthalte unterscheidet sich insgesamt nicht zwischen Männern und Frauen. Für die Personen der Alterskategorien 70-79 Jahre werden signifikant mehr Aufenthalte gemessen; für die höheren Altersklassen sind die Unterschiede nicht mehr signifikant. Unterschiede nach dem Familienstand sind nicht erkennbar. Pflegebedürftige unterscheiden sich auch nicht signifikant von den Personen ohne SPV-Leistungen.

Unter Kontrolle des Erkrankungsspektrums im zweiten Modell verringert sich der Referenzwert auf 0,007 und unterscheidet sich nicht mehr signifikant von Null. Außerdem verringern sich die altersbedingten Unterschiede so sehr, dass auch der Unterschied der 70-79-Jährigen nur noch schwach signifikant ist. Allerdings wird nun für alle Pflegebedürftigen eine geringere Häufigkeit deutlich. Die Effekte sind aber wiederum nicht signifikant. Von den Erkrankungen spielen für die Rehabilitation insbesondere die muskuloskeletalen Erkrankungen, der Schlaganfall und der Krebs eine Rolle. Bei Vorliegen dieser Erkrankungen kommt es durchschnittlich zu 0,028, 0,020 bzw. 0,015 mehr stationären Aufenthalten. Für Personen mit Parkinson-Syndrom wird zwar auch ein höherer Wert von 0,027 gemessen; dieser Unterschied ist aber nicht signifikant. Will man trotz der überwiegend nicht signifikanten Werte die geschätzte Leistungsmenge für 80-89-jährige, demente Frauen mit Pflegestufe II im Pflegeheim berechnen, kommt man auf -0,045 stationäre Aufenthalte in Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen. Dieser Wert zeigt an, dass für diesen Personenkreis quasi keine stationären Reha-Leistungen erbracht werden.

Abbildung 97: Zahl der Aufenthalte in Vorsorge- oder Reha-Kliniken pro Versichertenjahr nach Alter, Geschlecht und SPV-Leistung

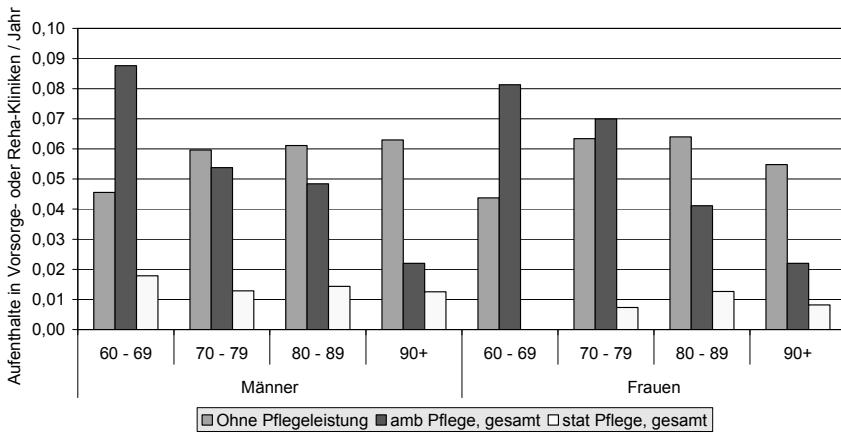


Tabelle 55: Regressionsmodelle: stationäre Vorsorge/Rehabilitation

	Modell 1	Modell 2
Konstante	0,046 ***	0,007
Frau	0,000	-0,004
Alter 70-79	0,016 ***	0,011 *
Alter 80-89	0,014	0,008
Alter 90+	-0,001	-0,001
Verheiratet	0,000	-0,002
Pflege häuslich Stufe I	0,010	0,000
Pflege häuslich Stufe II	0,006	-0,005
Pflege häuslich Stufe III + Härtefälle	-0,045	-0,054
Pflege stationär Stufe I	-0,043	-0,049
Pflege stationär Stufe II	-0,040	-0,046
Pflege stationär Stufe III + Härtefälle	-0,054	-0,056
Demenz		-0,010
Störungen durch psychotrope Substanzen		0,008
Schizophrenie u. a.		-0,007
Depressionen u. a.		0,010
Sonstige psychische Störungen		0,007
Parkinson		0,027
Schlaganfall		0,020 *
Herzinfarkt		0,015
Sonstige Herz-/Kreislaufkrankungen		0,011
Krebs		0,015 **
Muskuloskeletale Erkrankungen		0,028 ***
Krankheiten des Urogenitalsystems		0,008

Anmerkung: *** P < 0,1%; ** P < 1%; * P < 5%; Modellerläuterung in Abschnitt 5.3

5.6.3.2 Physiotherapie

In Abbildung 98 sind die Häufigkeiten der Physiotherapieleistungen dargestellt. Für nicht pflegebedürftige Männer im Alter von 60-69 Jahren und 70-79 Jahren werden knapp 4 gemessen. Im Alter von 80-89 Jahren sind es 3 und im Alter von 90 Jahren und mehr sind es 2 Leistungen. Das Niveau liegt bei den nicht pflegebedürftigen Frauen etwas höher. In den Alterskategorien 60-69 Jahre und 70-79 Jahre erhalten sie 7 Leistungen. In den Alterskategorien 80-89 Jahre und 90 Jahre und mehr sind es dann 4 bzw. 3 Leistungen. Die Zahl der Leistungen ist bei den Personen mit SPV-Leistungen deutlich höher, sinkt aber ebenfalls mit dem Alter ab. Bei den Männern in häuslicher Pflege sinkt die Zahl von 37 auf 7 Leistungen und bei den Frauen von 34 auf 7 Leistungen über die Alterskategorien. Bei den stationär gepflegten Männern sinkt die Zahl von 28 auf 14 Leistungen und bei den stationär gepflegten Frauen von 26 auf 9 Leistungen pro Versichertenjahr. Durchgängig erhalten Pflegebedürftige damit mehr Physiotherapieleistungen als Nicht-Pflegebedürftige.

In Tabelle 56 ist zunächst im ersten Modell mit 4,15 die Zahl der Leistungen für die Referenzkategorie, die unverheirateten, nicht pflegebedürftigen Männer im Alter von 60-69 Jahren angezeigt. Frauen haben gegenüber den Männern eine um 2,3 größere Zahl an Leistungen. Dies resultiert in erster Linie aus den Unterschieden bei den nicht pflegebedürftigen Männern und Frauen. Der in der Abbildung erkennbare Alterseffekt findet sich auch in der Tabelle wieder. Die über 90-jährigen erhalten unter gleichen Bedingungen fast 11 Leistungen weniger als 60-69-Jährige. Pflegebedürftige erhalten signifikant mehr Leistungen, wobei die Zahl der Leistungen mit der Pflegestufe steigt. Insbesondere die häuslich gepflegten Personen mit den hohen Pflegestufen erhalten sehr viele Leistungen. In Pflegestufe III erhalten sie durchschnittlich 44 Leistungen mehr als die Nicht-Pflegebedürftigen und damit mehr als doppelt so viele Leistungen wie die Pflegebedürftigen in häuslicher Pflege.

Wird das Erkrankungsspektrum kontrolliert, zeigt sich in Modell 2 eine deutlich höhere Zahl an Leistungen bei denjenigen, die am Parkinson-Syndrom erkrankt sind, einen Schlaganfall hatten oder muskuloskeletale Erkrankungen haben. An Parkinson-Syndrom erkrankte Personen erhalten 7 Leistungen mehr, Schlaganfallpatienten haben 5 Leistungen mehr und Personen mit muskuloskeletalen Erkrankungen haben knapp 4 Leistungen mehr. Demente Personen bekommen hingegen 5 Leistungen weniger. Die besonders hohen Leistungsmengen bei pflegebedürftigen Personen bleiben bei Kontrolle des Erkrankungsspektrums praktisch unverändert. Unabhängig von den kontrollierten Erkrankungen werden fast identische Unterschiede zu Personen außerhalb der SPV-Leistungen gemessen wie im Modell I. Mit höherer Pflegestufe kommt es zu deutlich mehr Leistungen und im häuslichen Bereich ist die Leistungsmenge höher als im stationären Bereich. Auch die anderen Unterschiede aus dem ersten Modell werden durch die Kontrolle des Erkrankungsspektrums nicht wesentlich beeinflusst. Insbesondere bleibt es dabei, dass Pflegebedürftige in häuslicher Pflege deutlich mehr Leistungen erhalten als Pflegebedürftigen in stationärer Pflege. Insgesamt werden für eine demente Frau in stationärer Pflege im Alter von 80-89 Jahren ca. 11 Leistungen berechnet.

Abbildung 98: Zahl der Physiotherapieleistungen pro Versichertenjahr nach Alter, Geschlecht und SPV-Leistung

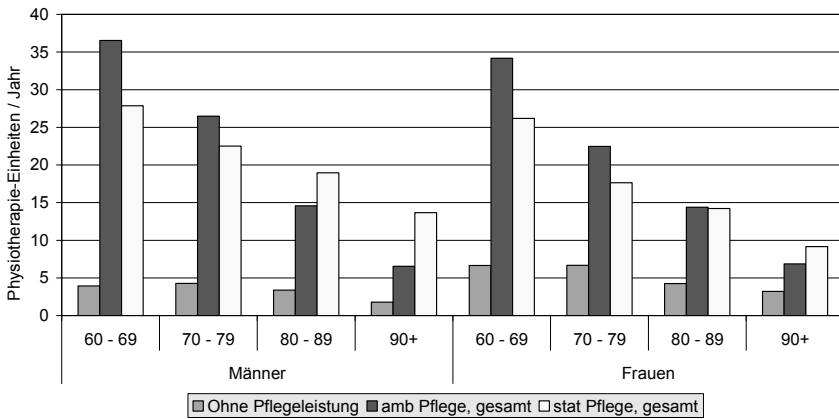


Tabelle 56: Regressionsmodelle: Physiotherapie

	Modell 1	Modell 2
Konstante	4,15 ***	-0,64 *
Frau	2,30 ***	1,46 ***
Alter 70-79	0,03	-0,51 **
Alter 80-89	-3,13 ***	-3,66 ***
Alter 90+	-10,94 ***	-10,24 ***
Verheiratet	0,26	0,00
Pflege häuslich Stufe I	13,85 ***	12,63 ***
Pflege häuslich Stufe II	26,49 ***	24,98 ***
Pflege häuslich Stufe III + Härtefälle	43,69 ***	42,20 ***
Pflege stationär Stufe I	8,57 ***	8,72 ***
Pflege stationär Stufe II	19,09 ***	19,06 ***
Pflege stationär Stufe III + Härtefälle	18,65 ***	19,46 ***
Demenz		-4,81 ***
Störungen durch psychotrope Substanzen		-1,20 ***
Schizophrenie u. a.		-1,95 **
Depressionen u. a.		1,97 ***
Sonstige psychische Störungen		1,56 ***
Parkinson		7,00 ***
Schlaganfall		4,90 ***
Herzinfarkt		-0,14
Sonstige Herz-/Kreislaufkrankungen		1,01 ***
Krebs		1,21 ***
Muskuloskeletale Erkrankungen		3,53 ***
Krankheiten des Urogenitalsystems		1,55 ***

Anmerkung: *** P < 0,1%; ** P < 1%; * P < 5%; Modellerläuterung in Abschnitt 5.3

5.6.3.3 Ergotherapie

In Abbildung 99 sind die Mengen der Ergotherapieleistungen dargestellt. Das Volumen ist insgesamt deutlich geringer als bei der Physiotherapie. Nicht pflegebedürftige Männer und Frauen erhalten fast keine Leistungen. Die Zahl der Ergotherapieleistungen bei den pflegebedürftigen Personen sind deutlich geringer als die Zahl der Physiotherapieleistungen. Die Unterschiede zwischen den stationär und häuslich gepflegten Personen stellen sich dabei als nicht gravierend dar. Pflegebedürftige Männer erhalten im Alter von 60-69 Jahren durchschnittlich 9 Leistungen und im Alter von 70-79 Jahren 5 Leistungen. Männer im Alter von 80-89 Jahren in häuslicher Pflege erhalten nur 1 Leistung. Männer in stationärer Pflege im Alter von 80-89 Jahren und darüber erhalten im Durchschnitt 2 Leistungen pro Versichertenjahr. Bei den Frauen in häuslicher Pflege sinkt die Zahl der Leistungen von 5 im Alter von 60-69 Jahren auf nahe 0 Leistungen im Alter über 90 Jahren. In der stationären Pflege nehmen die Leistungsmengen über die Alterskategorien von 6 auf 1 ab.

Die Basisrate im ersten Modell in Tabelle 57 zeigt für unverheiratete Männer ohne SPV-Leistung im Alter von 60-69 Jahren 0,13 Leistungen pro Versichertenjahr an. Frauen erhalten unter sonst gleichen Bedingungen 0,1 Leistungen weniger als Männer. Mit dem Alter sinken die Leistungszahlen. Die 80-89-jährigen erhalten 0,6 Leistungen weniger als die 60-69-Jährigen. Die über 90-jährigen erhalten schließlich 2 Leistungen weniger als die 60-69-Jährigen. Der Familienstand hat keine Auswirkungen auf die Leistungsmenge. Pflegebedürftige erhalten signifikant mehr Leistungen: Pflegebedürftige in häuslicher Pflege erhalten mit steigender Pflegestufe ca. 2,5 bis ca. 7,5 mehr Leistungen als nicht pflegebedürftige Personen. In der stationären Pflege erhalten Personen mit Pflegestufe I 2,5 Leistungen mehr, Personen mit Pflegestufe III 3 Leistungen mehr und Pflegebedürftige mit Pflegestufe II 4 Leistungen mehr. Insbesondere in Pflegestufe III erhalten Pflegebedürftige in stationärer Pflege deutlich weniger Leistungen als Pflegebedürftige in häuslicher Pflege.

Die Integration des Erkrankungsspektrums verändert die in Modell 1 gemessenen Unterschiede nach Alter und Geschlecht fast gar nicht. Frauen erhalten auch nach dem zweiten Modell 0,1 Leistungen weniger und mit dem Alter sinkt die Zahl der Leistungen. Der Familienstand bleibt für die Leistungsmenge weiterhin unbedeutend. Besonders viele Leistungen werden Schlaganfallpatienten verordnet. Hier zeigen sich 1,7 mehr verordnete Leistungen. In deutlich geringerem Umfang (+0,15) erhalten Personen mit Depressionen u. a. mehr Leistungen. Deutlich weniger Leistungen werden dementen Personen verordnet. Sie erhalten im Durchschnitt 0,55 Leistungen weniger als die nicht dementen Personen. Als wesentlichste Faktoren bleibt die Pflegebedürftigkeit bestehen. Mehr noch als das Erkrankungsspektrum bestimmen sie die Zahl der Leistungen. Dabei bleibt auch unter Kontrolle der Erkrankungen die Tendenz erhalten, dass in der häuslichen Pflege die Zahl der Leistungen mit der Pflegestufe steigt, während in der stationären Pflege die Pflegebedürftigen der Stufe II die höchste Leistungszahl aufweisen. Nach wie vor erhalten Pflegebedürftige der Stufe III in häuslicher Pflege doppelt so viele Leistungen wie in stationärer Pflege. Für eine demente, 80-89-jährige Frau im Pflegeheim in Pflegestufe II werden ca. 2,8 Leistungseinheiten berechnet.

Abbildung 99: Zahl der Ergotherapieleistungen pro Versichertenjahr nach Alter, Geschlecht und SPV-Leistung

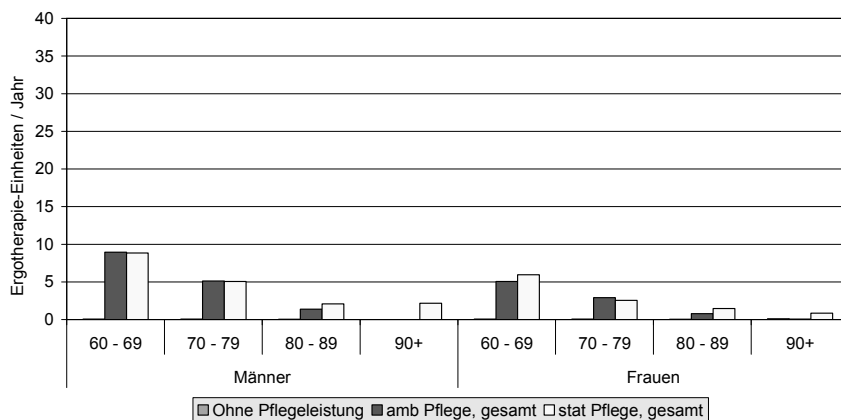


Tabelle 57: Regressionsmodelle: Ergotherapie

	Modell 1	Modell 2
Konstante	0,13 ***	0,02
Frau	-0,10 ***	-0,10 **
Alter 70-79	-0,04	-0,08 *
Alter 80-89	-0,60 ***	-0,63 ***
Alter 90+	-1,99 ***	-1,84 ***
Verheiratet	0,05	0,05
Pflege häuslich Stufe I	2,72 ***	2,43 ***
Pflege häuslich Stufe II	5,21 ***	4,81 ***
Pflege häuslich Stufe III + Härtefälle	7,38 ***	6,95 ***
Pflege stationär Stufe I	2,48 ***	2,37 ***
Pflege stationär Stufe II	4,25 ***	4,02 ***
Pflege stationär Stufe III + Härtefälle	3,15 ***	3,02 ***
Demenz		-0,55 ***
Störungen durch psychotrope Substanzen		-0,07
Schizophrenie u. a.		-0,31 *
Depressionen u. a.		0,15 ***
Sonstige psychische Störungen		0,07
Parkinson		-0,01
Schlaganfall		1,74 ***
Herzinfarkt		-0,06
Sonstige Herz-/Kreislaufkrankungen		0,05
Krebs		-0,06
Muskuloskeletale Erkrankungen		-0,02
Krankheiten des Urogenitalsystems		0,01

Anmerkung: *** P < 0,1%; ** P < 1%; * P < 5%; Modellerläuterung in Abschnitt 5.3

5.6.3.4 Logopädie

Die absolute Zahl der Leistungen von Logopädien (Abbildung 100) fällt noch etwas geringer aus als die Zahl der Ergotherapieleistungen. Genauso wie bei den Ergotherapien geht die Zahl der Leistungen bei den nicht pflegebedürftigen Personen gegen Null. Logopädische Therapien werden vor allem Männern im Alter von 60-69 Jahren in der stationären Pflege verordnet (ca. 5 Leistungen pro Versichertenjahr). Häuslich gepflegte Männer in diesem Alter bekommen ca. 3,5 Leistungen. Die Zahl der Leistungen sinkt dann mit dem Alter gleichermaßen auf ca. 2 im Alter von 70-79 Jahren über 0,5 im Alter von 80-89 Jahren auf fast Null im Alter von 90 Jahren und mehr. Bei den pflegebedürftigen Frauen bewegt sich die Zahl der Leistungen in den ersten beiden Alterskategorien im Rahmen von 1 bis 2 Leistungen und sinkt dann bis zur höchsten Alterskategorie auch gegen Null ab.

Die Modelle in Tabelle 58 stellen wiederum das Ausmaß der Unterschiede als absolute Maße dar und geben die statistische Signifikanz der Unterschiede an. Die Konstante von 0,08 ist die berechnete Zahl der Leistungen, die 60-69jährige unverheiratete Männer ohne SPV-Leistungen (Referenzgruppe) erhalten. Frauen werden 0,06 Leistungen weniger verordnet als Männern. Die Altersabhängigkeiten stellen sich bei der Logopädie noch drastischer dar als bei der Ergotherapie. Über 90-jährige erhalten unter sonst gleichen Bedingungen fast 1 Leistung weniger als 60-69-Jährige erhalten. Der Familienstand ist bei der Verordnungsmenge der Logopädieleistungen unbedeutend. Deutlich erhöhte Leistungszahlen haben pflegebedürftige Personen. In der Pflegestufe I wird bei den häuslich gepflegten Personen ca. 1 Leistung mehr verordnet. In Pflegestufe II und III werden 2 bzw. 3 Leistungen mehr verordnet. Den stationär gepflegten Personen werden in geringerem Umfang mehr Leistungen verordnet als es bei den häuslich gepflegten Personen der Fall ist. Gegenüber den Personen ohne SPV-Leistungen erhalten sie mit den Pflegestufen ansteigend ca. zwischen 0,5 und 2 mehr Leistungen verordnet. Insgesamt erhalten Pflegebedürftige aller Stufen sowohl in stationärer als auch in häuslicher Pflege signifikant mehr Leistungen als Nicht-Pflegebedürftige.

Bei Berücksichtigung der Erkrankungen als erklärende Variablen im zweiten Modell bleiben die Unterschiede von Männern und Frauen weiterhin bestehen. Die Altersabhängigkeit bleibt ebenfalls weiterhin bestehen. Von den kontrollierten Erkrankungen haben vor allem der Schlaganfall und das Parkinson-Syndrom einen positiven Einfluss auf die verordnete Menge. Personen mit diesen Erkrankungen erhalten ca. 0,9 bzw. 0,2 Leistungen mehr verordnet. Weniger solcher Leistungen bekommen hingegen Personen mit Demenz (-0,48) oder mit Schizophrenie u. a. (-0,26) verordnet. Pflegebedürftige in häuslicher und stationärer Pflege erhalten in allen Pflegestufen signifikant mehr Leistungen als Nicht-Pflegebedürftige. Ebenso wie im Modell 1 werden auch unter Kontrolle des Erkrankungsspektrums den häuslich gepflegten Personen mehr Logopädieleistungen verordnet als den Pflegebedürftigen in stationärer Pflege. Die berechneten Unterschiede bleiben sogar fast identisch zu den Unterschieden, die im Modell 1 gefunden wurden. Für eine demente, 80-89-jährige Frau im Pflegeheim mit Pflegestufe II wird nach Modell 2 durchschnittlich eine Leistung pro Versichertenjahr verordnet..

Abbildung 100: Zahl der Logopädieleistungen pro Versichertenjahr nach Alter, Geschlecht und SPV-Leistung

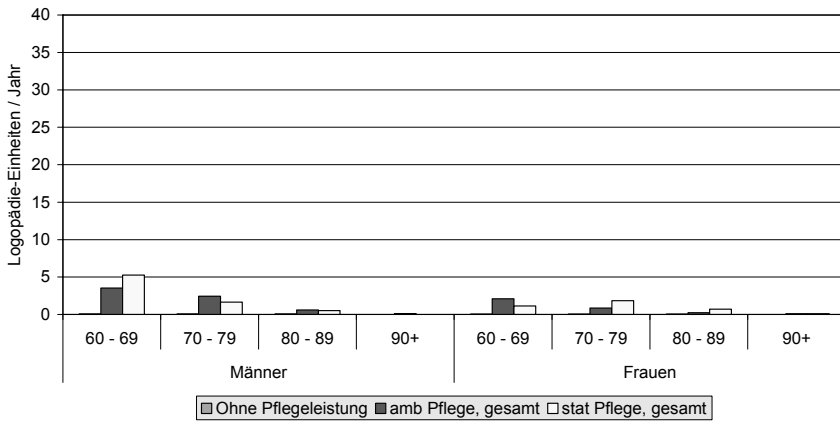


Tabelle 58: Regressionsmodelle: Logopädie

	Modell 1		Modell 2	
Konstante	0,08	**	0,02	
Frau	-0,06	**	-0,05	*
Alter 70-79	-0,01		-0,03	
Alter 80-89	-0,23	***	-0,24	***
Alter 90+	-0,96	***	-0,86	***
Verheiratet	0,01		0,01	
Pflege häuslich Stufe I	0,99	***	0,86	***
Pflege häuslich Stufe II	2,21	***	2,04	***
Pflege häuslich Stufe III + Härtefälle	3,13	***	2,95	***
Pflege stationär Stufe I	0,64	***	0,67	***
Pflege stationär Stufe II	1,72	***	1,70	***
Pflege stationär Stufe III + Härtefälle	2,23	***	2,29	***
Demenz			-0,48	***
Störungen durch psychotrope Substanzen			0,02	
Schizophrenie u. a.			-0,26	**
Depressionen u. a.			0,05	
Sonstige psychische Störungen			0,02	
Parkinson			0,19	*
Schlaganfall			0,92	***
Herzinfarkt			-0,04	
Sonstige Herz-/Kreislaufkrankungen			0,02	
Krebs			0,00	
Muskuloskeletale Erkrankungen			0,00	
Krankheiten des Urogenitalsystems			0,00	

Anmerkung: *** P < 0,1%; ** P < 1%; * P < 5%; Modellerläuterung in Abschnitt 5.3

5.6.4 Bewertung der Zahl der rehabilitativen Maßnahmen

Wie in Abschnitt 5.6.2 ausgeführt, kann sich die Bewertung der rehabilitativen Maßnahmen nur auf den Vergleich mit Pflegebedürftigen in häuslicher Pflege und Nicht-Pflegebedürftigen beziehen. Allerdings hat sich das Krankheitsspektrum bei den vorstehenden Analysen nur als bedingt erklärungskräftig erwiesen. Dagegen ist die Pflegebedürftigkeit an sich ein wichtiges Erklärungsmerkmal. Der Unterschied in den verordneten Mengen ist zwischen Pflegebedürftigen und Nicht-Pflegebedürftigen deutlich größer als der Unterschied zwischen an speziellen Krankheiten erkrankten Personen und nicht erkrankten Personen. Heilmittel stellen sich also mehr als Pflegetherapie denn als medizinische Therapie dar. Für die Bewertung der Angemessenheit der Versorgung sind daher die Vergleiche der Heimbewohner mit den Pflegebedürftigen in häuslicher Pflege daher von besonderer Bedeutung.

Heimbewohner erhalten erkennbar weniger *stationäre Rehabilitationsmaßnahmen* als Pflegebedürftige in häuslicher Pflege und Nicht-Pflegebedürftige (Abbildung 97). Allerdings sind die absoluten Zahlen so gering, dass die Unterschiede nicht signifikant sind (Tabelle 55). Für stationäre Rehabilitationsmaßnahmen gilt daher, dass diese generell bei älteren Menschen kaum zum Einsatz kommen. Pflegebedürftigkeit und stationäre Pflege sind dagegen von untergeordneter Bedeutung. Die etwas geringe Zahl der stationären Reha-Maßnahmen für die Heimbewohner lässt sich zudem damit rechtfertigen, dass für diese Klientel eine Verlegung in eine andere stationäre Einrichtung häufig kontraindiziert ist. Der Vergleich bietet daher keine Anhaltspunkte für gravierende Unterversorgung gerade von Heimbewohnern.

Pflegebedürftige erhalten signifikant mehr *Physiotherapie* als Nicht-Pflegebedürftige (Tabelle 56). Da Pflegebedürftigkeit oft mit Immobilität verbunden ist und Krankengymnastik der Erhaltung oder der Förderung der Mobilität dient, erscheint dies als sinnvoll. Der Unterschied zwischen Pflegebedürftigen in häuslicher und stationärer Pflege ist allerdings beträchtlich. Insbesondere in Pflegestufe III erhalten Heimbewohner weniger als halb so viele Leistungen wie Pflegebedürftige in häuslicher Pflege. Dies könnte als Hinweis für eine Unterversorgung von Heimbewohnern mit Physiotherapie gedeutet werden.

Ähnlich stellt sich die Situation auch bei der *Ergotherapie* dar. Auf der einen Seite erhalten pflegebedürftige Heimbewohner signifikant mehr Leistungen als Nicht-Pflegebedürftige, auf der anderen Seite aber deutlich weniger als Pflegebedürftige in häuslicher Pflege. Auch hier steigt der Unterschied mit der Pflegestufe: In Stufe III erhalten die Pflegebedürftigen in häuslicher Pflege mehr als doppelt so viele Leistungen wie die in stationärer Pflege. Allerdings ist zu bedenken, dass Ergotherapie von den Pflegeheimen regelmäßig durch eigene Mitarbeiter erbracht wird (vgl. Abschnitt 5.6.1). Es kann daher unterstellt werden, dass die Minderverordnung durch diese Eigenleistungen ausgeglichen werden und es so nicht zu einer Unterversorgung kommt.

Auch bei den *logopädischen Maßnahmen* zeigt sich das nun schon bekannte Bild: Heimbewohner erhalten mehr Maßnahmen als Nicht-Pflegebedürftige, aber erkennbar weniger als Pflegebedürftige in häuslicher Pflege. Konzentriert sich der Unterschied bei

der Physio- und Ergotherapie vor allem auf die Pflegestufe III, erhalten Heimbewohner bei der Logopädie in allen drei Pflegestufen nur rund 2/3 der Leistungen die ein Pflegebedürftiger gleicher Stufe in häuslicher Pflege erhalten würde. Auch hier kann eine Unterversorgung daher nicht ausgeschlossen werden.

Tabelle 59 fasst die vorstehenden Bewertungen noch einmal überblickartig zusammen.

Tabelle 59 :Bewertung der rehabilitativen Maßnahmen im Pflegeheim im Überblick

	Pflegebedürftige Heimbewohner erhalten bei Kontrolle der Erkrankungen Im Vergleich zu		
Maßnahme	Nicht-Pflegebedürftigen ...	Pflegebedürftigen in häuslicher Pflege ...	Bewertung
stationäre Rehabilitationsmaßnahmen	... ähnlich viele Maßnahmen	... geringfügig weniger Maßnahmen	eher keine Unterversorgung
Physiotherapie	... signifikant mehr Maßnahmen	... deutlich weniger Maßnahmen	tendenziell Unterversorgung
Ergotherapie	... signifikant mehr Maßnahmen	... etwas weniger Maßnahmen	eher keine Unterversorgung
Logopädie	... signifikant mehr Maßnahmen	... weniger Maßnahmen	womöglich Unterversorgung

5.7 Krankenhauseinweisungen

5.7.1 Bisherige Studien zu Krankenhauseinweisungen von Pflegeheimbewohnern

Wenig behandelt sind bei der Diskussion der medizinischen Versorgung im Pflegeheim bislang die Behandlungen im Krankenhaus. Neben den Expertenaussagen, dass die Zahl der Notarzteinsätze und der Krankenhauseinweisungen unnötig hoch sei, gibt es nur wenige Studien, die die Krankenhausaufenthalte beziffern (z.B. Schneekloth/Müller 1997; Schneekloth/von Törne 2007; Schäufele et al. 2007). Schneekloth und von Törne (2007: 110) stellen von 1994 bis 2005 eine Zunahme des Anteils der Heimbewohner fest, die innerhalb der letzten 12 Monate mindestens eine Nacht im Krankenhaus verbracht haben. Die Anteile stiegen von 33% auf 38%. Diese Entwicklung liegt im allgemeinen Trend der Krankenhäusfälle im Alter von über 65 Jahren. Eine weitere Bewertung durch die Autoren bezüglich dieser Anteile oder der Entwicklung unterbleibt. Schäufele et al. (2007: 199) geben einen Anteil von ca. 33% an. Schneekloth und Müller (1997: 63) stellen für Bewohner in Alteneinrichtungen häufigere Krankenhausaufenthalte als für die Gesamtbevölkerung fest (4.215 gegenüber 1.680 je 10.000 Personen). Dies entspricht in etwa einem Faktor von 2,5. Dieses Verhältnis gilt insbesondere für Personen im Alter bis 79 Jahren zu. Für das Alter von 80-89 Jahren werden relativ gleiche Häufigkeiten festgestellt und für über 90-jährige werden geringere Häufigkeiten bei Heimbewohnern als in der Gesamtbevölkerung festgestellt. Angesichts einer unterschiedlicher Altersverteilung und eines anderen Morbiditätsspektrums ist der Vergleich mit der Gesamtbevölkerung nur bedingt aussagekräftig.

5.7.2 Zur Beurteilung der Zahl der Krankenhausbehandlungen

Zwar wurde eingangs schon erwähnt, dass es zur guten und effizienten medizinischen Versorgung gehört, unnötige Krankenhauseinweisungen und Notarzteinsätze zu vermeiden (z. B. Egetmeyer 2005: 48; Kotek 2005: 51); dennoch ist damit noch nicht klar, wie viele Krankenhausaufenthalte unter welchen Bedingungen als gute Versorgungsqualität zu bewerten sind. Sicherlich sind Einweisung etwa wegen Dehydrierung oftmals vermeidbar und ein Zeichen suboptimaler Pflege, andererseits kann eine rechtzeitige Krankenhauseinweisung auch Indiz für eine gute Versorgung sein. Grundsätzlich liegt eine Überversorgung vor, wenn Krankenhausaufenthalte durch ambulante ärztliche Versorgung und/oder Pflege vermeidbar sind oder wenn sie zu lange andauern. Eine Unterversorgung liegt insbesondere vor, wenn medizinische Probleme bagatellisiert werden. Ein operationaler Maßstab, der es erlaubt, die Angemessenheit eines Krankenhausaufenthaltes mittels einfacher in den Routinedaten enthaltenen Kennzahlen zu erheben, konnte nicht gefunden werden. Wiederum kann sich die Beurteilung daher nur auf den Vergleich mit gleichaltrigen Nicht-Pflegebedürftigen und Pflegebedürftigen in häuslicher Pflege des jeweiligen Geschlechts beziehen.

5.7.3 Auswertungen der Routinedaten

In Abbildung 101 ist die Zahl der Krankenhausaufenthalte pro Versichertenjahr nach Geschlecht, Alter und Pflegebedürftigkeitsstatus dargestellt. Für die nicht pflegebedürftigen 60-69-jährigen Männer werden ca. 0,4 Aufenthalte pro Versichertenjahr gemessen. Bei den 70-79-jährigen Männern sind es knapp 0,6 Aufenthalte. In der nächsten Altersstufe steigt die Häufigkeit auf 0,7 und erreicht bei den über 90-jährigen Männern einen Wert von 0,8. Bei den Frauen ist die Häufigkeit jeweils um 0,1-0,2 Aufenthalte geringer. Die Zahl der Krankenhausaufenthalte entwickelt sich bei den häuslich gepflegten Männern entlang der Alterskategorien von 1,5 bei den 60-69-jährigen Männern über 1,6 zurück auf 1,4 und schließlich auf 1,0 Aufenthalte bei den über 90-jährigen Männern. Bei den Frauen ergeben sich von 1,4 auf 0,9 abnehmende Häufigkeiten. Bei den stationär gepflegten Männern werden in den ersten beiden Alterskategorien ca. 1,2 und für die älteren Männer ca. 1,4 Aufenthalte pro Versichertenjahr. Dem entgegen sind die Häufigkeiten bei den Frauen von 1,1 auf 0,8 rückläufig mit dem Alter.

In Tabelle 60 sind die dargestellten Unterschiede fast alle als statistisch signifikant bewertet. Für die unverheirateten 60-69-jährigen Männer ohne SPV-Leistung (Referenzkategorie) ist eine Basisrate von 0,44 Aufhalten pro Versichertenjahr berechnet. Verheiratete Personen kommen etwas seltener ins Krankenhaus. Frauen haben im Vergleich zu Männern 0,09 Krankenhausaufenthalte weniger. In den Alterskategorien 70-79 Jahre und 80-89 Jahre werden 0,15 bzw. 0,2 Aufenthalte mehr gemessen. Bei beiden und allen Pflegestufen haben Personen mit SPV-Leistungen mehr Krankenhausaufenthalte als Personen ohne SPV-Leistungen. Dabei ist die Zahl der Krankenhausaufenthalte bei denjenigen, die häuslich gepflegt werden auch unter Kontrolle der Pflegestufe deutlich höher als die Zahl der Krankenhausaufenthalte bei stationär gepflegten Personen.

Abbildung 101: Zahl der voll-, teil-, vor-, nachstationären Krankenhausaufenthalte und ambulanten OP pro Versichertenjahr nach Alter, Geschlecht und SPV-Leistung

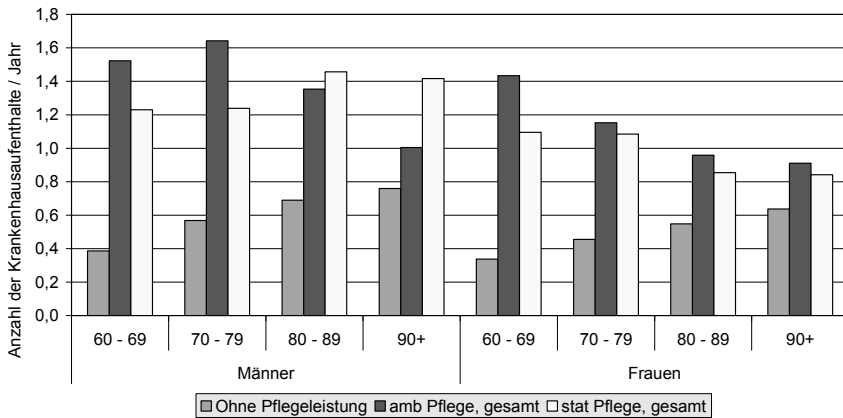


Tabelle 60: Regressionsmodelle: Krankenhausaufenthalte

	Modell 1		Modell 2	
Konstante	0,44	***	0,16	***
Frau	-0,09	***	-0,10	***
Alter 70-79	0,15	***	0,11	***
Alter 80-89	0,20	***	0,14	***
Alter 90+	0,05		0,06	
Verheiratet	-0,04	*	-0,04	**
Pflege häuslich Stufe I	0,71	***	0,62	***
Pflege häuslich Stufe II	0,95	***	0,86	***
Pflege häuslich Stufe III + Härtefälle	0,97	***	0,90	***
Pflege stationär Stufe I	0,55	***	0,47	***
Pflege stationär Stufe II	0,65	***	0,58	***
Pflege stationär Stufe III + Härtefälle	0,40	***	0,37	**
Demenz			-0,05	
Störungen durch psychotrope Substanzen			0,25	***
Schizophrenie u. a.			0,06	
Depressionen u. a.			0,08	***
Sonstige psychische Störungen			0,04	*
Parkinson			0,11	*
Schlaganfall			0,10	***
Herzinfarkt			0,24	***
Sonstige Herz-/Kreislaufkrankungen			0,11	***
Krebs			0,28	***
Muskuloskeletale Erkrankungen			0,07	***
Krankheiten des Urogenitalsystems			0,10	***

Anmerkung: *** P < 0,1%; ** P < 1%; * P < 5%; Modellerläuterung in Abschnitt 5.3

Unterstellt man, dass das gemessene Erkrankungsspektrum einen Teil der Krankenhausaufenthalte erklärt, dann sollten sich die Unterschiede nach Pflegeleistung und Pflegestufe verringern. Zunächst einmal kann aber festgestellt werden, dass das kontrollierte Erkrankungsspektrum überhaupt einen Teil der Krankenhausaufenthalte erklärt, denn der Wert der Konstanten, der die Häufigkeit für die Referenzkategorie wiedergibt, sinkt von 0,44 auf 0,16. Zwei Drittel der Krankenhausaufenthalte der 60-69-jährigen Männer sind also durch das Erkrankungsspektrum erklärt. Die Unterschiede zwischen SPV-Leistungsbeziehern und Personen ohne SPV-Leistungen verringern sich aber je differenzierter Kategorie jeweils nur um ca. 0,1 im Vergleich zum ersten Modell. Die Zahl der Krankenhausaufenthalte wird in besonderem Maße (ca. +0,25) durch Herzinfarkt, Krebs und Störungen durch psychotrope Substanzen erklärt. Aber auch Schlaganfall, sonstige Herz-/Kreislaufkrankungen und das Parkinson-Syndrom führen zu jeweils ca. 0,1 mehr Krankenhausaufenthalten. Die Unterschiede nach Alter, Geschlecht und Familienstand verändern sich durch die Kontrolle des Erkrankungsspektrums nur sehr wenig. Der Hauptfaktor bleibt aber auch unter Kontrolle des Erkrankungsspektrums, ob eine Person häuslich oder stationär gepflegt wird oder nicht.

5.7.4 Bewertung der Zahl der Krankenhausaufenthalte

Um die Zahl der Krankenhausaufenthalte wenigstens ansatzweise bewerten zu können, wurde der Bedarf (gemessen in Pflegestufen und diagnostizierten Erkrankungen) und andere Erklärungsfaktoren wie Alter und Geschlecht mit der Zahl der Krankenhausaufenthalte in Beziehung gesetzt werden. In dem Maße, wie zurückliegend diagnostizierte Erkrankungen mit akuten Krankenhausaufenthalten in Zusammenhang zu bringen sind, stellt sich die Krankenhausversorgung dem Bedarf angemessen dar. Tatsächlich haben die Personen mit den gemessenen Erkrankungen häufiger einen Krankenhausaufenthalt als Personen, die nicht derart erkrankt sind. Außerdem sind noch Alterseffekte und Geschlechtereffekte erkennbar, die aber weniger bedeutend sind als die zurückliegend gemessenen Erkrankungen. Die höhere Zahl der Krankenhausaufenthalte, die dennoch für pflegebedürftige Personen gemessen wird, spiegelt möglicherweise die im berücksichtigten Erkrankungsspektrum nicht enthaltene Erkrankungen, aber natürlich auch akute Erkrankungen wieder, die ursächlich für weitere Krankenhausaufenthalte sind.

Beim Vergleich der Krankenhausaufenthalte von Heimbewohnern und Pflegebedürftigen in häuslicher Pflege zeigt sich, dass Heimbewohner auch bei Kontrolle der Pflegestufe, der Erkrankungen des Alters, des Familienstandes und des Geschlechts weniger Krankenhausaufenthalte aufweisen. Wenn eine hohe Zahl an Krankenhausaufenthalten als Maß einer schlechten Versorgung durch niedergelassene Ärzte angesehen wird, dann weist dieser Befund nicht auf eine schlechte Versorgung der Heimbewohner hin. Letztlich muss allerdings betont werden, dass eine abschließende Bewertung der Zahl der Krankenhausaufenthalte auf Basis der hier genutzten Daten nicht möglich ist.

5.8 Zusammenfassung und Konsequenzen der Analysen

5.8.1 Was wurde untersucht?

Ausgehend von den eingangs zitierten Klagen, die medizinische Versorgung im Pflegeheim sei zumindest in Teilen suboptimal, wurde in diesem Kapitel zunächst untersucht, wie sich die medizinische Versorgung quantitativ darstellt. Dazu wurde auf alle verfügbaren Routinedaten der GEK zurückgegriffen. Es wurde ein Überblick gegeben, wie viele Behandlungen durch Ärzte verschiedener Fachrichtungen durchgeführt wurden, wie viele und welche Psychopharmaka, Analgetika und andere Medikamente zur Beeinflussung des Nervensystems verordnet wurden, wie viele stationäre Rehabilitationsmaßnahmen stattfanden, wie viele Heilmittel verordnet wurden und zu wie vielen Krankenhausaufenthalten es kam. Durch einen Vergleich mit zum Teil verfügbaren Empfehlungen zu absoluten Mengen an Versorgungsleistungen und durch einen Vergleich der Pflegeheimbewohner mit häuslich gepflegten Personen und mit Personen ohne SPV-Leistungen konnte die medizinische Versorgung im Pflegeheim bewertet werden.

5.8.2 Zur Messung der Versorgung

Die Versorgungsleistungen wurden unter Kontrolle des Alters, des Geschlechts, des Familienstands, der Pflegeleistungen, der Pflegestufen und des Erkrankungsspektrums gemessen. Zum einen wurden die Unterschiede für verschiedene Kategorien von Personen dargestellt, die sich nach Alter, Geschlecht und SPV-Leistung unterscheiden, und zum anderen wurden die Unterschiede nach Alter, Geschlecht, Familienstand, SPV-Leistung in Interaktion mit Pflegestufe sowie nach Erkrankungsarten mittels Regressionsmodellen statistisch analysiert.

Bei der Interpretation der Ergebnisse muss berücksichtigt werden, dass es methodische Mängel in der Messung der Versorgung und der Erkrankung geben kann. So sind dokumentierte Verordnungen nicht automatisch gleichzusetzen mit durchgeführten Therapien, und die Definitionen der Erkrankungen könnten unter Berücksichtigung anderer Parameter anders ausfallen. So kann es dazu kommen, dass es im gewissen Umfang Abweichungen der erwartbaren Verteilungen von Versorgungsleistungen bezogen auf die untersuchten Kategorien gibt.

Als besonderer Maßstab für die Beurteilung der medizinischen Versorgung im Pflegeheim wurden neben den nur zum Teil vorhandenen absoluten Maßzahlen insbesondere die relativen Unterschiede zu den medizinischen Leistungen im ambulanten Pflegesektor betrachtet. Auch hier muss bedacht werden, dass gefundenen Unterschiede auf den bisher schon genannten Messfehlern, aber auch darauf beruhen können, dass stationäre und häusliche Pflegephasen tendenziell zu unterschiedlichen Zeiten der Pflegebedürftigkeit stattfinden. Die stationären Phasen finden meist später im Pflegeverlauf statt als die häuslichen Pflegephasen. Wer einmal im Pflegeheim ist, kommt nur noch selten wieder in die häusliche Pflege zurück (vgl. Abschnitt 4.2.3).

5.8.3 Ausmaß der Versorgung

Für eine ausreichende medizinische Behandlung von Pflegeheimbewohnern sind regelmäßige Arztkontakte gefordert worden. Als angemessene Absolutmaße sind mindestens durchschnittlich vier Behandlungen pro Jahr durch Allgemeinmediziner und Internisten sowie im Falle psychischer Erkrankungen auch durch Neurologen oder Psychiater betrachtet worden. Tatsächlich zeigen die Daten eine im Durchschnitt quartalsweise Behandlung durch Allgemeinmediziner. Damit ist die Kontakthäufigkeit als knapp ausreichend zu bewerten. Behandlungen durch Internisten finden dagegen durchschnittlich nur einmal pro Jahr statt. Bei der Beurteilung dieser Behandlungsrate ist aber zu berücksichtigen, dass viele Internisten hausärztlich tätig sind und Allgemeinärzte internistische Tätigkeiten übernehmen können und so Substitutionsbeziehungen denkbar sind. Bezüglich der Behandlung durch Neurologen oder Psychiater wird das Ziel einer Mindestkontaktzahl von 4-mal im Jahr nicht erreicht. Selbst, wenn der Patient gleichzeitig unter Demenz, Schizophrenie, Depression und sonstigen psychische Krankheiten leidet, sind weniger als 3 Behandlungen pro Jahr zu verzeichnen. Von regelmäßigen Kontakten wurde bei Gynäkologen oder Urologen gesprochen, wenn sie jährlich stattfinden. Diese Zahl der Behandlungen wird von Pflegeheimbewohnern nur bei den Männern erreicht.

Absolute Maßzahlen zur Verordnungsmenge der untersuchten Arzneimittel kann es pauschal für Pflegeheimbewohner nicht geben. Ein sinnvolles Maß der Verordnungsmenge ist an die Erkrankungen gebunden. Es gibt aber einige Umstände, die es erschweren, ein Absolutmaß der Verordnungsmenge zu benennen: 1. Die Erkrankungen sind nicht detailliert genug gemessen, um zu einer Beurteilung zu kommen. 2. Die Medikamente werden nicht nur für jeweils eine Erkrankung oder Störung verordnet, sondern für verschiedene Erkrankungen und Störungen. 3. Wenn mehrere ähnliche Erkrankungen oder Störungen gleichzeitig medikamentös behandelt werden, können einzelne Medikamente in geringerem Maße verordnet werden. 4. Die Maßzahl der DDD ist keine Maßzahl, die im Einzelfall wirklich die tägliche Dosierung wiedergibt. 5. Die Medikamente sind nicht immer in der Art ausgelegt, dass täglich eine Dosis eingenommen werden muss. Viele Medikamente werden nur bei Bedarf verordnet oder eingenommen. Somit kann in der Summe also nicht ausgesagt werden, bei Erkrankung X müsste Medikament Xmed in der Menge von 365 DDD pro Jahr verordnet sein. Es ist allerdings feststellbar dass bei bestimmten Krankheitsbildern auch bestimmte Medikationen häufiger erfolgen (s. u.).

Eine angemessene Zahl rehabilitativer Maßnahmen ist aus den bekannten Studien und Empfehlungen ebenfalls nicht abzuleiten. Es gibt zwar die Empfehlungen des MDK zur Durchführung von Physiotherapien, Ergotherapien, Logopädien oder zur stationären, medizinischen Rehabilitation, aber diese Empfehlungen erfolgen personenbezogen zur Eingangsbegutachtung und geben nicht an, dass diese Maßnahmen dauerhaft durchgeführt werden sollten. Da die Pflegebedürftigen aber unterschiedliche Pflegedauern haben und die Empfehlungen nicht diesen unterschiedlichen Pflegedauern zugeordnet werden können, kann eine absolute Maßzahl, wie viele Leistungen pro Person im Jahr erbracht werden sollten, aus dem Empfehlungen des MDK nicht abgeleitet werden.

Zur Zahl der Krankenhausaufenthalte wurden in der Literatur keine absolute Maßzahlen geäußert. Die Hinweise richteten sich insgesamt nur darauf, dass spezielle Krankenhauseinweisungen vermieden werden sollten. Es wurde also eher davon ausgegangen, dass es zu viele Krankenhausaufenthalte durch Heimbewohner gibt.

5.8.4 Spezielle Unterschiede in der Versorgung

Neben der Messung der Absolutmaße der medizinischen Versorgung zur Bewertung der Versorgungsqualität, wurden auch Vergleiche zwischen Pflegebedürftigen in häuslicher und stationärer Pflege zu wie Personen ohne Pflegeleistungen angestellt. Dabei wurden aber auch noch einige Unterschiede mehr deutlich, inwieweit verschiedene Personengruppen auch in unterschiedlichem Maße Versorgungsleistungen bekommen. Die Unterscheidungskriterien sind in den Analysen neben den empfangenen Pflegeleistungen und der Einstufung in Pflegestufen noch das Geschlecht, das Alter, der Familienstand und diagnostizierte Erkrankungen.

5.8.4.1 Versorgung von Männern und Frauen

Es wurde zwar festgestellt, dass mehr Frauen als Männer SPV-Leistungen erhalten. Dies ist vor allem ein Effekt der höheren Lebenserwartung und nicht ein Effekt unterschiedlicher altersspezifischer Prävalenzen. Die Prävalenzen von Männern und Frauen unterscheiden sich nach der amtlichen Statistik und nach den vorliegenden Auswertungen der GEK-Daten bis zum Alter von 80 Jahren nämlich kaum voneinander. In höherem Alter sind die Prävalenzen für die Frauen allerdings merklich größer als die für die Männer (Abschnitt 3.3.1). Die Übergangsraten in die Pflege sind auf Basis der GEK-Daten für Frauen sogar etwas geringer geschätzt als für Männer (Abschnitt 4.2). Außerdem muss noch beachtet werden, dass 93% der in die Analysen integrierten Männer und 88% der in die Analysen integrierten Frauen im Alter von 60-79 Jahren sind. Im Alter von 90 Jahren und mehr sind nur 0,4% der Männer bzw. 1,3% der Frauen. Die deutlich höheren Prävalenzen für die Frauen in diesem Alter spielen somit insgesamt für die Analysen nur eine untergeordnete Rolle.

Die signifikanten Unterschiede, die sich zwischen Männern und Frauen in den Analysen aller medizinischer Leistungen zeigen, sind uneinheitlich. Weder bekommen Frauen durchgängig mehr, noch bekommen sie durchgängig weniger Leistungen. Bei der Behandlungshäufigkeit durch Fachärzte werden weniger Behandlungen durch Internisten, Neurologen/Psychiater, HNO-Ärzte und Hautärzte gemessen aber mehr Behandlungen durch Augenärzte, Orthopäden, Urologen/Gynäkologen und sonstige Ärzte. Die Analysen der verordneten Mengen an Arzneimitteln ergaben eine geringere Menge an verordneten Antiparkinsonmitteln aber eine größere Menge an verordneten Analgetika, Psycholeptika und Antidepressiva. Besonders groß ist allerdings der Unterschied bei der Menge der verordneten Medikamente aus der Beers-Liste. Hiervon bekamen Frauen deutlich mehr verordnet als Männer, und das Geschlecht ist in dem Modell auch der Faktor mit der größten Erklärungskraft. Frauen bekommen zudem mehr Physiotherapien als Männer, aber dafür weniger Ergotherapien und Logopädien und haben weniger Krankenhausaufenthalte.

Auch wenn die Unterschiede zumeist nicht sehr groß sind, so fällt doch auf, dass gerade Analgetika, Psycholeptika und Antidepressiva häufiger und Antiparkinsonmittel seltener verordnet werden, obwohl oder gerade weil Frauen unter Kontrolle der Erkrankungen seltenere Behandlungen durch Neurologen oder Psychiater haben.

5.8.4.2 Versorgung nach Alter

Mit steigendem Alter werden die Menschen gebrechlicher und benötigen daher in der Regel auch mehr medizinische Leistungen. Entsprechend finden mit steigendem Alter mehr Behandlungen durch Allgemeinmediziner, Augenärzte und HNO-Ärzte statt. An Arzneimitteln werden vor allem mehr Analgetika verordnet. Außerdem steigt auch mit dem Alter die Zahl der Krankenhausaufenthalte. Auf der anderen Seite gibt es aber deutlich weniger Behandlungen durch spezielle Fachärzte wie Neurologen oder Psychiater, Orthopäden, Gynäkologen oder Urologen, Chirurgen oder sonstige Ärzte. Die Menge der verordnete Antiparkinsonmittel und Antidementiva sinkt dabei ebenso mit dem Alter wie die Menge der verordneten Physiotherapie, Ergotherapie oder Logopädie.

Auf Grund dieser Ergebnisse kann der Eindruck entstehen, bestimmte Leistungen werden bei älteren Versicherten nicht mehr erbracht, weil ihre Wirksamkeit für Ältere bezweifelt wird. In dieses Bild passen insbesondere die geringeren Behandlungshäufigkeiten durch Orthopäden und Chirurgen sowie die deutlich geringeren Mengen an Heilmittelleistungen.

5.8.4.3 Versorgung nach Familienstand

Personen, die keine Unterstützung im sozialen Umfeld haben, können eher pflegebedürftig werden als andere. Entsprechend haben Unverheiratete ein höheres Risiko, pflegebedürftig zu werden, als Verheiratete (Abschnitt 5.1.2). Allerdings kann nicht ausgeschlossen werden, dass Alleinstehende nicht aus strikt medizinischen Gründen eher Hilfen benötigen, sondern weil das soziale Netzwerk, das Unterstützung geben könnte, kleiner ist. In diesem Fall wäre der medizinische Bedarf im engen Sinne bei den Verheirateten größer und eine höhere Inanspruchnahme medizinischer Leistungen bei den Verheirateten zu erwarten. Mit gleichem Effekt kann auch vermutet werden, dass diejenigen Heimbewohner, die noch nahe Angehörige haben, durch diese unterstützt werden können, wenn es darum geht, Arztkontakte herzustellen und deshalb mehr Arztkontakte aufweisen.

Entsprechend diesen Annahmen sind alle gemessenen Unterschiede in der Zahl der Behandlungen zwischen Verheirateten und Unverheirateten positiv. Verheiratete haben also bei allen berücksichtigten Facharztgruppen mehr Behandlungen als Unverheiratete. Dies gilt sowohl ohne als auch mit Kontrolle des Erkrankungsspektrums. Entsprechend der formulierten Vermutungen verringert sich aber der gemessene Unterschied zwischen Verheirateten und Unverheirateten, wenn das Erkrankungsspektrum kontrolliert wird. Viele Unterschiede sind zwar nicht signifikant, aber immer werden für Verheiratete mehr Behandlungen gemessen als für Unverheiratete. Was die Verord-

nung von Medikamenten angeht, bekommen Verheiratete genau die Medikamente mehr verordnet, die vielfach als zu wenig verordnet angesehen werden: Antidementiva. Auf der anderen Seite bekommen sie genau die Medikamente weniger verordnet, die vielfach als zu viel verordnet angesehen werden: Analgetika und Psycholeptika. Dies könnte eine Folge möglicher sozialer Kontrollen der Versorgung sein. Verheiratete und Unverheiratete unterscheiden sich allerdings nicht bezüglich der Inanspruchnahme rehabilitativer Maßnahmen. Krankenhausaufenthalte sind aber seltener, was möglicherweise durch einen "Schutz" durch ein funktionierendes soziales Umfeld erklärbar wäre.

5.8.4.4 Versorgung nach Erkrankung

Ein wesentliches Kriterium für eine medizinische Versorgung ist natürlich der Gesundheitszustand. Um mit den GEK-Daten Gesundheitszustände zu messen, muss man auf die Diagnosen zurückgreifen, die im Verlauf der medizinischen Leistungen dokumentiert werden. Um dann weiter von einem Gesundheitszustand auf die ärztliche Versorgung schließen zu können, muss zwischen der Messung des Gesundheitszustands und der medizinischen Leistung ein zeitliches Fenster liegen. Ansonsten würde man mit der gleichzeitigen Messung keine Unterschiede in der Versorgungsleistung messen können, da mit einer diagnostizierten Erkrankung faktisch auch immer ein Arztkontakt verbunden ist. Aus diesem Grund wurde das Erkrankungsspektrum in den vorliegenden Analysen in den beiden Jahren vor der Beobachtung der zu untersuchenden medizinischen Leistung gemessen. Diejenigen, die in irgendeiner Weise erkrankt sind, sollten dann in der Regel mehr medizinische Leistungen erhalten. Bei speziellen Erkrankungen sollten die entsprechenden Arztkontakte und Verordnungen häufiger vorkommen.

Es wurden für die Analysen speziell solche Erkrankungen und Störungen ausgewählt, die einerseits für Pflegebedürftigkeit relevant sind und andererseits in der Regel auch einer langfristigen medizinischen Betreuung bedürfen. Personen mit vorhandenen psychischen Störungen, Krebs oder Herz-/Kreislauferkrankungen haben eine deutlich höhere Rate, pflegebedürftig zu werden als Personen, die davon nicht betroffen sind (Abschnitt 5.1.2). Besonders häufig ist bei Pflegeheimbewohnern Demenz festgestellt worden. Aber auch Störungen durch psychotrope Substanzen, Schizophrenie u. a., Depressionen u. a., andere psychische Störungen, das Parkinson-Syndrom, Schlaganfall und Krankheiten des Urogenitalsystems sind im Pflegeheim häufiger als bei häuslich gepflegten Personen oder Personen ohne SPV-Leistungen. Personen ohne SPV-Leistungen haben in der Vergangenheit solche Erkrankungen deutlich seltener erlebt. Kaum Unterschiede gibt es insgesamt bei Herzinfarkt, anderen Herz-/Kreislauferkrankungen und Krebs, obwohl Krebs als eine der wesentlichen pflegebegründenden Diagnosen erwähnt wird. Weniger als bei den Vergleichskategorien sind bei den Pflegeheimbewohnern muskuloskeletale Erkrankungen registriert.

Entsprechend der Annahmen werden für das Vorliegen jeder der untersuchten Krankheiten und Störungen mehr Behandlungen durch Allgemeinmediziner festgestellt. Alle signifikanten Unterschiede bezüglich der Behandlungshäufigkeit durch Internisten sind der gleichen Gestalt. Wie zu erwarten, ist die Behandlungshäufigkeit durch Neurologen oder Psychiater bei Vorliegen psychischer Störungen, Parkinson-Syndrom oder Schlag-

anfall größer. Die Ausnahme bilden Störungen durch psychotrope Substanzen, die nicht durch diese Ärzte therapiert werden. Die meisten Erkrankungen haben sogar eine positive Auswirkung auf die Behandlungshäufigkeit durch Augenärzte, obwohl sie auf den ersten Blick nichts mit Erkrankungen des Auges zu tun haben. Auffällig ist aber an dieser Stelle, dass Personen mit Störungen durch psychotrope Substanzen signifikant weniger Behandlungen durch Augenärzte erfahren. Weniger, wenn auch nicht signifikant weniger Behandlungen werden auch für Personen mit Demenz oder Schizophrenie u. a. gemessen. Ein ähnliches Bild zeigt sich auf niedrigerem Niveau bei der Behandlungshäufigkeit durch HNO-Ärzte, Hautärzte, Orthopäden, Gynäkologen und Urologen, Chirurgen und sonstigen Ärzten. Immer wieder zeigt sich, dass bei Vorliegen von Herzinfarkt, sonstigen Herz-/Kreislaufkrankungen, Krebs, muskuloskeletalen Erkrankungen oder Krankheiten des Urogenitalsystems die Behandlungshäufigkeit größer ist und bei Vorliegen von Demenz, Störungen durch psychotrope Substanzen oder Schizophrenie die Behandlungshäufigkeit geringer ist. Hier scheint also die vermutete Therapiefähigkeit oder der erwartete zukünftige Nutzen der Therapie ebenso wie schon bei den Behandlungshäufigkeiten nach Alter eine Rolle zu spielen.

Die Verordnungsmengen von Medikamenten aus der Beers-Liste sind bei Vorliegen psychischer Erkrankungen (Ausnahme Demenz) und bei sonstigen Herz-/Kreislaufkrankungen und Krankheiten des Urogenitalsystems größer. Bei Vorliegen einer Demenz sind sie deutlich geringer. Analgetika werden bei Vorliegen von Demenz oder Schizophrenie u. a. weniger verordnet. Bei fast allen anderen Erkrankungen kommt es zu mehr Verordnungen. Antiparkinsonmittel werden im Wesentlichen bei Vorliegen eines Parkinson-Syndroms verordnet (+258 DDD pro Jahr). Demenz und Schlaganfall verursachen eine geringfügig geringere Verordnungsmenge (ca.-4 DDD). Psycholeptika werden vor allem bei Schizophrenie u. a. verordnet (+137 DDD), aber auch bei Vorliegen der anderen psychischen Störungen und beim Parkinson-Syndrom werden deutlich mehr Psycholeptika verordnet. Antidepressiva werden insbesondere bei Depressionen u. a. und bei Schizophrenie u. a. verordnet. Sehr häufig bekommen aber auch Personen mit anderen psychischen Erkrankungen, mit Parkinson-Syndrom oder Schlaganfall Antidepressiva verordnet. Die Verordnung von Antidementiva ist sehr an die Demenz gebunden (+50 DDD). Alle anderen Erkrankungen sind in diesem Zusammenhang unbedeutend oder haben nur einen geringen Effekt auf die Verordnungsmenge.

Die stationäre, medizinische Rehabilitation ist insgesamt im Alter ab 60 Jahren sehr selten. Dennoch werden noch signifikant mehr Maßnahmen bei Patienten mit Schlaganfall, Krebs oder muskuloskeletalen Erkrankungen gemessen. Physiotherapien werden insbesondere im Fall von somatischen Erkrankungen verordnet. Demenz, Störungen durch psychotrope Substanzen und Schizophrenie u. a. wirken ebenso wie beim Arztkontakt negativ auf die Leistungsmenge. Die Ergotherapie und Logopädie werden vor allem im Fall eines Schlaganfalls verordnet. Und auch hier werden für Patienten mit Demenz oder Schizophrenie u. a. weniger Leistungen verordnet. Krankenhausaufenthalte kommen bei Vorliegen jeglicher Erkrankung außer Demenz oder Schizophrenie u. a. häufiger vor.

Es lässt sich insgesamt feststellen, dass rehabilitative Maßnahmen für Personen mit Demenz oder Schizophrenie u. a. weniger stattfinden als für andere Personen. Bei demen-ten oder schizophrenen Personen wird also entweder der therapeutische Nutzen geringer bewertet oder der Aufwand für die Therapie ist zu hoch.

5.8.4.5 Versorgung nach Pflegebedürftigkeit

Da die Heimbewohner in der Regel gesundheitlich stärker eingeschränkt sind als nicht pflegebedürftige Personen gleichen Alters, sollte ein regelmäßiger Arztkontakt bei ihnen häufiger vorkommen und sichergestellt sein. Kontrolliert man aber das typische Erkrankungsspektrum sollte sich das Ausmaß der medizinischen Leistungen für Heimbewohner, häuslich gepflegte Personen und Personen ohne SPV-Leistungen nivellieren.

Die Behandlungshäufigkeiten stellen sich je nach Facharztgruppe unterschiedlich für Pflegeheimbewohner, häuslich gepflegte Personen und Personen ohne SPV-Leistungen dar. Die Behandlungshäufigkeit durch Allgemeinmediziner sowie durch Neurologen und Psychiater ist auch unter Kontrolle des Erkrankungsspektrums bei Pflegeheimbewohnern größer als bei anderen Personen. Die Zahl der Behandlungsfälle ist bei den häuslich gepflegten Personen geringer und bei den Personen ohne SPV-Leistungen am geringsten. Anders sieht es bei der Behandlungshäufigkeit durch die übrigen Facharztgruppen aus. Deutlich weniger Behandlungsfälle gibt es im Pflegeheim durch Augenärzte, durch Orthopäden und teilweise durch HNO-Ärzte.

Die Verordnungsmenge von Medikamenten aus der Beers-Liste ist durch die Erkrankungen bedingt. Ein besonderer Unterschied nach SPV-Leistungen ist nicht festzustellen. Pflegeheimbewohnern werden also nicht mehr solche Medikamente verordnet als anderen Personen. Allerdings sind einige sehr deutliche Unterschiede in der Verordnungsmenge zu beobachten, die nicht auf das kontrollierte Erkrankungsspektrum zurückgeführt werden können. So bekommen einerseits Pflegeheimbewohner deutlich mehr Analgetika, Psycholeptika und Antidepressiva verordnet als Nicht-Pflegebedürftige. Bei der Erklärung der Verordnungsmenge von Analgetika spielt das Erkrankungsspektrum sogar eine geringere Rolle als die Pflegebedürftigkeit. Die Verordnungsmenge von Psycholeptika wird in erster Linie durch schizophrene Störungen und in zweiter Linie durch Pflegebedürftigkeit bestimmt. Erst weit danach folgen die anderen psychischen Störungen als erklärende Faktoren. Andererseits werden Pflegeheimbewohnern – wie in der Literatur mehrfach erwähnt – deutlich weniger Antidementiva verordnet.

Die Zahl der stationären Rehabilitationsmaßnahmen unterscheidet sich nicht signifikant zwischen Beziehern von SPV-Leistungen und Personen ohne SPV-Leistungen. Allerdings bekommen Bezieher von SPV-Leistungen mehr Heilmittel verordnet. Dabei ist die verordnete Menge im Pflegeheim aber geringer als bei häuslich gepflegten Personen. Hier könnten mindestens zwei Faktoren eine Rolle spielen. Erstens kann die Verordnung von Heilmitteln darauf abzielen, den Aufenthalt im Pflegeheim zu vermeiden. Zweitens kann die geringere verordnete Menge im Pflegeheim auch wieder ein Ausdruck dafür sein, dass die Therapiefähigkeit oder der vermutete Nutzen der Therapie bei Heimbewohnern grundsätzlich geringer eingeschätzt werden.

Wenn eine geringe Zahl an Krankenhausaufenthalten ein Maß guter pflegerischer Versorgung sein soll, dann kann man festhalten, dass die pflegerische Versorgung im Heim besser ist als in der häuslichen Pflege. In beiden Fällen kommt es zwar zu mehr Krankenhausfällen als bei Personen ohne SPV-Leistung, aber Heimbewohner haben weniger Krankenhausfälle als häuslich gepflegte Personen.

5.8.5 Mögliche Erklärungen für die Unterschiede in der Versorgung

Die genannten Ursachen für eine unzureichende oder unnötige medizinische Versorgung sind vielfältig. Hierzu zählen Unsicherheiten und Zuständigkeitsfragen und die Barrieren zwischen Patienten, Angehörigen, Pflegekräften und Ärzten sowie zwischen Pflegeversicherung, Krankenversicherung und Rentenversicherung. Neben diesen Gründen spielen aber auch spezielle finanzielle Anreize, die vom Honorierungssystem ausgehen, eine Rolle.

5.8.5.1 Zuständigkeit (Ärzte, Pflege, Patienten, Angehörige, Krankenkasse, Rentenversicherung, Pflegeversicherung, MDK)

Verantwortlich für einen Arztbesuch ist nach der aktuellen Rechtslage prinzipiell der Patient. Dieser fragt die ärztliche Leistung nach und hat prinzipiell auch die freie Arztwahl. Pflegeheimbewohner sind aber zu über 3/4 in ihrer Mobilität eingeschränkt (Hallauer et al 2005: 7; Schneekloth/von Törne 2007: 113) oder dement (s. o.), so dass Arztpraxen außerhalb des Heimes von nur 20% der Bewohner aufgesucht werden können (Hallauer et al. 2005: 20). Ebenso ist es für die Heimbewohner auf Grund der eigenen gesundheitlichen Bedingungen oftmals schwer bis unmöglich, den Hausbesuch eines Arztes im Pflegeheim zu veranlassen. Die Angehörigen nehmen nicht selten – fälschlicherweise – an, die medizinische Verantwortung würde durch das Pflegeheim sichergestellt (Sauerbrey 2008: 12) und sehen daher zunächst davon ab, selbst einen Arztbesuch zu initiieren. Die Arztkontakte werden daher in der Regel durch das Pflegepersonal der Heime veranlasst (Hallauer et al. 2005: 21). Diese Übernahme der Aufgaben durch das Heimpersonal ist aber rechtlich unregelt (Hallauer et al. 2005: 45). Die Heime sind prinzipiell gar nicht zuständig für die medizinische Versorgung, sondern der Auftrag zur Sicherstellung der medizinischen Versorgung liegt bei den kassenärztlichen Vereinigungen. Dennoch gibt es zahlreich Heime, die die freie Arztwahl für den Pflegebereich ausschließen oder zumindest die Bewohner deutlich dazu drängen, die Kooperationsärzte des Heimes zu wählen (Beckmann 1992: 26). Im Pflegeheime fest angestellte Heimärzte gibt es auf Grund der sozialrechtlichen Bestimmungen⁶² sehr selten (0,4% nach Schneekloth/Müller 1997: 60). Für den Fall, dass die Arztkontakte durch das Pflegepersonal hergestellt werden, muss diese organisatorische Aufgabe zeitlich von der sonstigen Arbeitszeit abgezweigt werden. Je aufwändiger sich diese Auf-

⁶² Die kassenärztlichen Leistungen werden nach SGB V geleistet und abgerechnet und die Leistungen der Pflegeheime nach SGB XI. Das heißt, im einen Fall wird letztlich mit der Krankenversicherung abgerechnet und im anderen Fall mit der Pflegeversicherung.

gabe gestaltet, desto geringer dürfte die Bereitschaft sein, diese Aufgabe zu übernehmen.

Entsprechend dieser Argumentation findet sich eine schlechtere fachärztliche Versorgung im Pflegeheim. Wenn die Zuständigkeit für den ärztlichen Kontakt faktisch bei den Pflegekräften liegt, ist es für sie vielleicht noch relativ einfach und im Normalfall auch begründet, den Kontakt zum Allgemeinmediziner herzustellen. Regelmäßige prophylaktische Untersuchungen durch Fachärzte werden dann aber vor dem Hintergrund des täglichen Arbeitspensums eher selten organisiert werden. Ebenso sind die Unterschiede in der Versorgung zwischen Verheirateten und Unverheirateten dadurch zu erklären, dass es bei den einen tendenziell eher Personen gibt, die sich zuständig fühlen und damit die Versorgung optimieren.

Es wird zwar festgestellt, dass es bezüglich der Rehabilitation keine aussagekräftigen Erfolgskontrollen anhand von Prozessdaten gibt (Zimmermann 2007: 62). Dennoch gelten die rehabilitativen Maßnahmen als Erfolg versprechende Therapieform, die insbesondere bei Pflegebedürftigen von großem Nutzen sind. Dies ist schließlich die Basis für die Empfehlungen des MDK zu rehabilitativen Maßnahmen, die im Zuge der Begutachtung zur Pflegebedürftigkeit durch den MDK ausgesprochen werden. Diese Empfehlungen erreichen auch die Krankenkassen, da die Pflegekassen die Krankenkassen überwiegend über die Empfehlungen informieren (Plute 2002: 3005f; Küpper-Nybelen et al. 2006: 100ff.); doch eine Zuständigkeit für die Umsetzung der Empfehlungen sind bei den Pflegebedürftigen, den Angehörigen und den Leistungserbringern angesiedelt und nicht bei den Kostenträgern. Die Kostenträger müssen der beantragten und gerechtfertigten Leistung im Bedarfsfall nur zustimmen.⁶³ Die Krankenkassen sollten wohl vermehrt Rehabilitationsleistungen erbringen, um Pflegebedürftigkeit zu vermeiden oder zu vermindern; dies sollte aber ohne größeren Aufwand und belastungsneutral geschehen, damit die Beitragssatzstabilität nicht gefährdet wird (Plute 2002: 249). Wie in vielen anderen Bereichen sind also auch hier möglicherweise die langen Informationswege, die Sektorengrenzen, die Zuständigkeitsfragen und die unterschiedlichen Interessenlagen für das Ausmaß der Versorgung ursächlich. Die Hauptverantwortung für die Einleitung spezifischer Maßnahmen liegt letztendlich zumeist beim Patienten oder seinen Vertretern. Da die Angehörigen bei häuslich gepflegten Personen noch mehr Kontakt und Kontrolle über die Pflegebedürftigen haben als bei stationär gepflegten Personen, ist dies vielleicht ein Grund dafür, dass die Leistungsmenge bei den häuslich gepflegten Personen größer ist als bei den stationär gepflegten Personen.

5.8.5.2 Finanzierung

Die medizinische Versorgung von Pflegeheimbewohnern und insbesondere die Hausbesuche im Pflegeheim werden für Ärzte als finanziell nicht sehr attraktiv bewertet (Beckmann 1992: 31; Becker et al. 2005: 26; Hibbeler 2005; Sauerbrey 2008: 23; Goesmann (Vizepräsidentin der BÄK) nach Hibbeler 2007). Durch das "starre Indivi-

⁶³ Die einschlägigen Neuregelungen des PFWG gelten erst ab 2008 und können sich daher noch nicht in der Datenanalyse, die sich auf das Jahr 2007 bezieht, niedergeschlagen haben.

dualbudget” und den “zu kleinen Fachgruppenhonorartopf” erfolgt ein Großteil der Heimversorgung nach Aussagen von Scriba (2005: 19) praktisch ohne Vergütung. Nach Einführung der Abrechnungsnummer 01415 mit dem EBM 2008 werden dringende Hausbesuche nun mit 1.545 Punkten abgerechnet (Hibbeler 2007); allerdings wird die Vergütung dafür, wenn zu einem normalen Hausbesuch (400 Punkte) noch ein weiterer Patient im gleichen Heim besucht wird, nach dem EBM 2008 weniger gezahlt als zuvor (195 Punkte statt 215 Punkte). 195 Punkte entsprechen bei einem Punktwert von maximal 5,11 Cent bei der KV Thüringen einem Honorar von 9,93 € (Sauerbrey 2008: 23).

In allen Bereichen wird immer wieder darauf hingewiesen, dass Budgets die Leistungen und Verordnungsmengen beeinflussen. So führen Schneekloth und von Törne (2007: 109) aus, dass die Notwendigkeit von Ergotherapie im Zusammenhang mit aktivierenden Funktionstherapien bei älteren Leuten an sich unumstritten ist, aber dennoch ein Rückgang zu verzeichnen ist, der nach Aussagen der Autoren nur auf das Verordnungsverhalten der Ärzte zurückgeführt werden kann, das anscheinend durch als unzureichend wahrgenommene Budgets beeinträchtigt ist. Entsprechend werden Budgets auch als Grund für eine mögliche Begrenzung von Arzneimittelverordnungen genannt. Die Begrenzung der Arzneiverordnungsmöglichkeiten erfolgt beispielsweise durch Richtgrößen von 113,78 Euro pro Rentner und Quartal in Nordrhein (Scriba 2005: 19). Daher ist die Verschreibung zu vieler Medikamente für die Ärzte ab dem Limit unter Umständen mit finanziellen Nachteilen oder mit erhöhtem Verwaltungsaufwand für die Beantragung von Ausnahmeregelungen wegen Praxisbesonderheiten verbunden. Somit haben Ärzte Gründe, Verordnungen nicht vorzunehmen, wenn es nicht unbedingt nötig ist. Lürken (2001: I/53f) weist schließlich darauf hin, dass auch für die Einleitung rehabilitativer Maßnahmen auf Seiten der Ärzte von Budgetproblematiken geredet wird. Die Belastungen ihrer Budgets und die Aufwendungen der Kostenträger müssten dabei im Verhältnis zu den Erfolgen der rehabilitativen Maßnahmen stehen.

Aus ökonomischer Sicht ist es für Pflegedienste sinnvoll, Leistungen anzubieten, die extra honoriert werden. Wenn diese Leistungen dazu beitragen, dass die Zustände der Pflegebedürftigen sich dahingehend verbessern, dass der Pflegeaufwand verringert wird, ist das nicht nur vorteilhaft für die pflegebedürftige Person, sondern auch für den Pflegedienst. Es gab aber bislang aus finanzieller Sicht für Pflegeheime keinen Anreiz, die Situation soweit zu verbessern, dass es zur Einstufung in geringere Pflegestufen kommt (Becker et al. 1999: 36). Wenn sich beispielsweise auf Grund der medizinischen Leistungen die Einstufung von II auf I verringert, konnte danach vom Pflegeheim auch nur eine niedrigere Pflegestufe abgerechnet werden. Um diesen Einnahmeverlust zu kompensieren wurde durch das PflWG der § 87a des SGB XI geändert. Seither erhalten Pflegeheime von der Pflegekasse zusätzlich den Betrag von 1.536 Euro, wenn der Pflegebedürftige nach der Durchführung aktivierender oder rehabilitativer Maßnahmen in eine niedrigere Pflegestufe oder von erheblicher zu nicht erheblicher Pflegebedürftigkeit zurückgestuft wurde.

5.8.5.3 Sonstige Gründe (Organisation, Infrastruktur, ...)

An einigen Stellen wird unterstellt, bestimmte Maßnahmen werden wegen des geringen therapeutischen Nutzens nicht mehr durchgeführt (z. B. Scriba 2005: 13). Entsprechend finden sich auch bei älteren oder dementen Personen in der vorliegenden Untersuchung weniger Verordnungen von Heilmitteln, weniger Behandlungen durch Orthopäden, Gynäkologen oder Urologen, Chirurgen oder sonstige Ärzte sowie teilweise geringere verordnete Menge an Medikamenten. Pflegeheimbewohner bekommen entsprechend auch weniger Heilmittel als häuslich gepflegte Personen. Ebenfalls geringer fällt die Behandlungshäufigkeit durch einzelne Facharztgruppen aus. Ihnen werden auch weniger Antidepressiva, aber mehr Antidepressiva und Psycholeptika verordnet.

Möglicherweise spielen neben dem geringeren therapeutischen Nutzen, den man der Behandlung von Pflegebedürftigen, Älteren oder Dementen zuschreibt, aber auch noch ganz andere Faktoren eine Rolle. So liegen viele Pflegeheime eher in ländlichen Regionen, in denen der nächste Allgemeinmediziner vielleicht noch schnell erreichbar ist, der nächste Facharzt aber nicht. Dadurch, dass die ärztliche Betreuung im Pflegeheim in der Regel über Hausbesuche geschieht, werden durch die schlechtere Infrastruktur möglicherweise schlechtere Versorgungsleistungen erbracht. Gleiches kann auch für die Ergo-, Logo- und Physiotherapeuten gelten.

Ein wesentlicher Aspekt für die Möglichkeit, ärztlich im Pflegeheim tätig zu werden, ist auch die Präsenzpflcht in der Praxis (Beckmann 1992: 15). Sie ist ein zusätzlicher Hinderungsgrund, der es nur Ärzten aus Gemeinschaftspraxen in größerem Umfang möglich macht, Patienten in Pflegeheimen zu versorgen (Beckmann 1992: 15; Fügen/Hallauer 2005: 59). Viele Ärzte sind somit für die Versorgung im Pflegeheim nicht oder nur deutlich eingeschränkt verfügbar. Hinzu kommt möglicherweise ein Bruch in der gewohnten Versorgung, wenn ein Patient neu in ein Pflegeheim einzieht und sein bisheriger Hausarzt sehr entfernt seine Praxis hat.

Wie schon erwähnt, werden die meisten Arztkontakte durch die Pflegekräfte im Pflegeheim veranlasst. Dies führt auch arbeitsorganisatorisch zu Hindernissen. Wenn im Bedarfsfall für jeden einzelnen Patienten erst herausgefunden werden muss, wer der Hausarzt ist und wer die behandelnden Fachärzte sind, wer im Ersatzfall für diese einspringen könnte und ob der Patient bzw. die Angehörigen damit einverstanden sind, dann erhöht das den Aufwand der Pflegenden, die ärztliche Versorgung zu organisieren.

5.8.6 Konzepte zur Verbesserung der Versorgungsqualität

Insgesamt zeigt sich also, dass die medizinische Versorgungssituation der Pflegeheimbewohner nicht optimal ist. Es wird daher z. B. eine wirksamere Intervention bei Demenzerkrankungen und eine verbesserte (fach-)ärztliche und gerontopsychiatrische Versorgung angemahnt (Schneekloth/Wahl 2007: 14f).

Das Gesetz zur strukturellen Weiterentwicklung der Pflegeversicherung (Bundesgesetzblatt I 2008: 874ff) fordert die Pflegekassen auf, darauf hinzuwirken, dass Pflegeheime Kooperationen mit niedergelassenen Ärzten eingehen. Schon lange wird darauf hinge-

wiesen, dass Heimärzte, aber auch niedergelassene Ärzte mit einem Kooperationsvertrag mit den Pflegeheimen, die regelmäßig und bei Bedarf ins Heim kommen, den organisatorischen Aufwand verringern und dafür sorgen können, dass die Heimbewohner regelmäßigen Arztkontakt erhalten (Beckmann 1992: 76ff.).

Der Heimarzt und Kooperationsverträge mit niedergelassenen Ärzten sind keine neuartigen Konstrukte. Es gab in Hamburg und in den neuen Bundesländern vor der Einführung der Pflegeversicherung schon entsprechende Modelle, die dann aber wegen mangelnder Finanzierbarkeit abgeschafft wurden (Becker et al. 1999: 37). Vergleichbare Modelle gab es auch in Berlin in Form der Krankenhäuser und Krankenhäuser für chronisch Kranke (Kotek 2005: 51). 38 dieser Häuser beteiligen sich derzeit am Berliner Projekt, in dem eine bessere Verfügbarkeit von Ärzten auch außerhalb der Sprechzeiten garantiert wird (Enders/Schmidt 2008: 105). Eine schon fast als Heimarztbetreuung aufzufassende Versorgung ist auch schon in der Studie von Tews (1982: 82) dargestellt. Mehr als die Hälfte der Heime in dieser Studie wurde von nur 1-4 Ärzten betreut und in 60% der Heime standen Arztzimmer zur Verfügung. Spezielle Kooperations- und Versorgungsmodelle wurden zudem noch in Wuppertal (Beckmann 1992: 18f.) und in Bayern entwickelt (Kesselheim 2007). Außerdem gibt es die wenig dokumentierten Versorgungsmodelle der AOK-Westfalen-Lippe und der Inneren Mission in Bochum (Enders/Schmidt 2008: 105). In der MuG IV-Studie wurde festgestellt, dass nur 18% der Einrichtungen feste Vereinbarungen mit niedergelassenen Ärzten bezüglich der medizinischen Versorgung getroffen haben (Schneekloth/von Törne 2007: 69). Im Jahr 1994 sind es noch 38% gewesen. Arztpraxen oder fest angestellte Ärzte (in etwa 3% bzw. 1% aller Einrichtungen) in Pflegeheimen bilden die Ausnahme. Erfahrungen mit Heimarztmodellen werden aber aus den Niederlanden (Schols 2004), aus Wien (Fasching 2007), der Schweiz und Norwegen (Diakonisches Werk der Evangelischen Kirche in Deutschland e. V. 2007: 31) berichtet.

Bei der Diskussion über Heimarzt und Kooperationsverträge geht es vor allem um zwei Ziele: die Steigerung der medizinischen Versorgungsqualität und die Begrenzung etwaiger Mehrkosten. Wenn es um die Versorgungsqualität geht, dann sind sich die Verfechter der Heimarzt- oder Kooperationsmodelle relativ einig, dass die Versorgung durch einen Heimarzt oder die Kooperation mit einer überschaubaren Zahl externer Ärzte verbessert wird (z. B. Beckmann 1992: 76ff.; Müller/Richter-Reichhelm 2004; Kotek 2005; Fasching 2007: 319). Die geringere Zahl der Ärzte und die regelmäßigen Kontakte, schaffen ein Verhältnis, in dem die Ärzte einen sehr guten Überblick über die Patienten gewinnen und die Kooperation und der Informationsfluss mit dem Pflegepersonal leicht optimiert werden kann. Bislang gelingt es nur selten, „eine Teamarbeit zwischen Hausärzten und Pflegemitarbeitern zu etablieren. Hausärztliche Visiten sind in der Regel unstrukturiert und die Dokumentation lückenhaft. Behandelbare Probleme werden häufig nicht erkannt oder negiert“ (Becker et al. 1999: 37). Mit dem Heimarztmodell wäre eine Versorgungsstruktur geschaffen, in der im Notfall schnell reagiert werden kann und Kosten für Rettungswagen oder Notarzt-Einsätze gespart werden können (Lohbeck 2005). Allerdings werden bezüglich der Versorgungsqualität auch dann noch Lücken vermutet, wenn im Sinne des Gesetzes zur strukturellen Weiterentwicklung der Pflegeversicherung ein Heimarzt eingestellt werden sollte (Diehm/Ebsen

2007: 311). Als Alternativmodell werden die derzeit schon möglichen Kooperationsformen erachtet. Hierzu zählt z. B. die integrierte Versorgung, die mit § 92b SGB XI um die Beteiligung der Pflegekassen und der zugelassenen Pflegeeinrichtungen erweitert wurde. In diesem Zusammenhang wird besonders die Kooperation mit spezifisch auf Versorgung von Pflegeheimbewohnern spezialisierten Versorgungszentren hervorgehoben. Bezüglich der Kooperationsmöglichkeiten im Rahmen der integrierten Versorgung wird aber auf das Ende der „Anschubfinanzierung“ Ende 2008 hingewiesen, die keinen realistischen Zeithorizont biete, integrierten Versorgungsmodellen unter Beteiligung der Pflege zu entwickeln (Diakonisches Werk der Evangelischen Kirche in Deutschland 2007: 6).

Das „Berliner Projekt“, bei dem 26 Häuser mit Heimarztmodell und 12 Häuser mit Kooperationsverträgen arbeiten, garantiert eine Rund-um-die-Uhr-Versorgung, eine mindestens wöchentlich stattfindende Regelvisite und mindestens einmal im Quartal eine Fallbesprechung und verpflichtet die niedergelassenen Ärzte zur Teilnahme an Qualitätszirkeln und Fortbildungsangeboten. Dafür bekommen die kooperierenden Ärzte eine konstante direkte Pauschale und eine morbiditätsorientierte Pauschale. Trotz dieser in der Summe doppelt so hohen Honorar-Kopfpauschale wie normalerweise in der kassenärztlichen Versorgung werde insbesondere durch die Vermeidung von Krankenhausaufenthalten mehr Gelder eingespart (Kotek 2005: 53ff.). Hier ist also ein Modell entstanden, das Versorgungsqualität zu steigern und gleichzeitig Kosten zu senken verspricht. Die Ergebnisse aus anderen Modellen, wie dem KV-Praxisnetz Bayern oder dem AOK-Modell Westfalen liegen noch nicht vor. Die Ergebnisse des AOK-Pflegenetzes Bayern sind nicht im Detail zur Veröffentlichung freigegeben. Dennoch ist ein Rückgang der Zahl der Krankenhauseinweisungen erwähnt (Enders/Schmidt 2008: 107).

Als Problem bei der flächendeckenden Umsetzung des Berliner Modells werden unter anderem die materiellen Interessenkonflikte zwischen GKV und SPV gesehen. So gehen zum Beispiel präventive Maßnahmen zu Lasten der Pflegeheime, während der Nutzen im GKV-Bereich zu erwarten ist (Becker et al. 2005: 27). Dadurch entstehen Fehlanreize bezüglich der Versorgungsqualität für Heimbewohner.

Kostenkalküle wurden auch den Gegnern des Heimarztmodells in Wien unterstellt. Dort wurde bislang die Finanzierung der ärztlichen Betreuung und der Medikamente durch die Stadt Wien übernommen. Durch die Übergabe der ärztlichen Versorgung an die niedergelassenen Ärzte könnte die Kostenlast auf die Krankenkassen verschoben werden (Fasching 2007: 316).

Die Bundesärztekammer und die Kassenärztliche Bundesvereinigung (2008: 4f., 21ff.) sprechen sich dagegen aus, dass Heime Ärzte einstellen. „Als Alternative wird vorgeschlagen, dass die Kassenärztliche Vereinigung auf Verlangen von Pflegeeinrichtungen verpflichtet wird, Kooperationsverträge zu vermitteln.“ Die Probleme werden insbesondere in den Abgrenzungsschwierigkeiten in der vertragsärztlichen Versorgung gesehen. Die erwähnten Argumente, den Heimarzt nicht einzuführen, sind allesamt organisatorischer Art. Auf Qualitätseinbußen durch die Einführung des Heimarztmodells wird nicht hingewiesen.

Der Heimarzt ist nur dann aus finanzieller Sicht sinnvoll, wenn das Heim eine ausreichende Größe hat. In einem kleinen Haus mit beispielsweise nur 30 Patienten wäre der Arzt nicht ausgelastet. Als Alternativen der medizinischen Versorgung werden daher auch Kooperationen mit Praxisverbänden vorgeschlagen, durch die dann ein regelmäßiger Besuchsdienst, eine Rufbereitschaft und ein abgestimmtes Arzneimittelmanagement gewährleistet werden könnten (Sauerbrey 2008: 29).

Die Diskussion um die ärztliche Versorgung im Pflegeheim darf sich aber nicht nur auf die Frage beschränken, ob überhaupt ein Heimarzt als Institution eingerichtet wird oder ob Kooperationsverträge geschlossen werden, sondern auch darum, inwieweit die fachärztliche Versorgung sichergestellt werden kann. Wie in den vorliegenden Analysen gezeigt, liegen gerade bei der fachärztlichen Versorgung die Probleme, während die Versorgung durch Allgemeinmediziner sich noch eher als angemessen präsentiert. Die Einrichtung des Heimarztes oder aber die Institutionalisierung der Kooperationsverträge sollte im Sinne einer guten Versorgung daher auch den Zugang zu regelmäßigen fachärztlichen Versorgung vereinfachen. Dies betrifft in erster Linie die Versorgung durch Neurologen und Psychiater, aber auch durch andere Fachärzte, die unter dem Eindruck gehäuft vorkommender psychischer Erkrankungen im Pflegeheim vielleicht nicht so sehr in den Fokus geraten. Die vorgestellten Modelle der medizinischen Versorgung der Pflegeheimbewohner fokussieren aber auf die hausärztliche Versorgung (Enders/Schmidt 2008: 107). Selbst bei den Modellprojekten gibt es also Optimierungspotential in den Versorgungsstrukturen. Fasching (2007: 317) fordert für die medizinische Versorgung im Pflegeheim daher einen Heimarzt, der über ein ausreichendes Wissen zu geriatrischen Fragen verfügt und sich insbesondere mit dem Umgang mit chronischen Erkrankungen auskennt. Im Arbeitsalltag wirkt er als medizinischer Case-Manager.

Zur Sicherstellung einer ausreichenden Versorgungsqualität wird wegen der wiederholt berichteten Defizite in der medizinischen Versorgung weiterhin gefordert, die Prüfkompetenzen des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen (MDK) bei Qualitätsprüfungen in Pflegeheimen auf die Sicherstellung der (fach-)ärztlichen Versorgung zu erweitern (Diakonisches Werk der Evangelischen Kirche in Deutschland e. V. 2007: 6).

Bei all diesen Modellen der organisierten ärztlichen Versorgung muss immer sichergestellt sein, dass die Zuständigkeit, einen Arztkontakt herzustellen auch rechtlich gesichert ist. Als Basis für alle medizinische Versorgung ist in erster Linie daher sicherzustellen, dass der Kontakt zum Hausarzt regelmäßig erfolgt. Der Hausarzt ist in aller Regel derjenige, der dann anschließend die weitere Versorgung durch Fachärzte oder andere medizinische Leistungserbringer zu koordinieren hat. Daher sollten über Kooperationsverträge oder besondere Modelle die Kontakte zum Hausarzt sichergestellt sein, um darüber auch die fachärztliche Versorgung zu verbessern.

Für innovativ tätige Akteure im Gesundheits- und Altenpflegesystem bietet sich hier ein weites Feld für die Entwicklung neuer Versorgungsverträge.

6 Literatur

- Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF)(2002): Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Psychotherapeutische Medizin (DGPM), Deutsche Gesellschaft für Psychoanalyse, Psychotherapie, Psychosomatik und Tiefenpsychologie (DGPT), Deutsches Kollegium Psychosomatische Medizin (DKPM), Allgemeine Ärztliche Gesellschaft für Psychotherapie (AÄGP). Psychotherapie der Depression. URL: <http://www.heinrich-heine-universitaet.de/WWW/AWMF/II-na/051-023.htm>, (aktuell am 01.10.2008)
- Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF)(2005a): Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN). Schizophrenie, Kurzfassung. URL: <http://www.uni-duesseldorf.de/AWMF/II/038-009.htm>, (aktuell am 01.10.2008)
- Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF)(2005b): Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Neurologie. Extrapyramidal-motrische Erkrankungen. Parkinson-Syndrome. URL: <http://www.uni-duesseldorf.de/awmf/II-na/030-010.htm>, (aktuell am 01.10.2008)
- Armer, Jane M. (1993): Elderly relocation to a congregate setting: factors influencing adjustment. *Issues in Mental health Nursing* 14: S. 157-172.
- Arzneimittelbrief (2005): Unangemessene Medikamente bei älteren Patienten: Die Beers-Liste. In: *Arzneimittelbrief*, 39, 44. URL: http://www.arzneimittelbrief.de/_anfang/DER_ARZNEIMITTELBRIEF.aspx?J=2005&S=44. [aktuell am 05.07.2008]
- Augurzky, B.; Borchert, Lars; Deppisch, Rebecca; Krolop, Sebastian; Mennicken, Roman; Preuss, Meike; Rothgang, Heinz; Stocker-Müller, Melanie ; Wasem, Jürgen (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.
- Bayerische Landesärztekammer (BLÄK) (2006): Tätigkeitsbericht der Bayerischen Landesärztekammer 2005-06 dem 62. Bayerischen Ärztetag vorgelegt. URL: http://www.blaek.de/werwaswo/bay_aerztetag/berichte/TB_01_09_2006.pdf. [aktuell am 8.7.2008].
- Bebbington, A.C. (1988): The expectation of life without disability in England and Wales. In: *Social Science and Medicine* 27: S.321-326.

- Beck, Brigitte; Dallinger, Ursula; Naegele, Gerhard; Reichert, Monika (1997): Vereinbarkeit von Erwerbstätigkeit und Pflege. Schriftenreihe des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, Band 106/1. Stuttgart: Kohlhammer.
- Becker, C.; Eichner, B.; Lindemann, B.; Sturm, E.; Reißmann, U.; Kron, M. (2003): Fähigkeiten und Einschränkungen von Heimbewohnern. Eine Querschnittserhebung mit dem Minimum Data Set des Resident Assessment Instruments. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, 36, 4: 260-265.
- Becker, Clemens; Koczy, Petra; Rissmann, Ulrich; Lindemann, Beate (2005): Medizin im Altenheim - eine "alte" Domäne der Geriatrie. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, 38: 24-27.
- Beckmann, Renate (1992): Untersuchungen zur ärztlichen Betreuung Pflegebedürftiger: Modellpraxis in einem Alten- und Pflegeheim. Berlin: Deutsches Zentrum für Altersfragen.
- Beland, Francois (1984): The decision of elderly persons to leave their homes. In: The Gerontologist 24: S. 179-185.
- Bharucha, Ashok J.; Pandav, Rajesh; Shen, Changyu; Dodge, Hiroko H.; Ganguli, Mary (2004): Predictors of nursing facility admission: a 12-year epidemiological study in the United States. In: Journal of the American Geriatrics Society 52: S. 434-439.
- Bickel, H. (2001a): Lebenserwartung und Pflegebedürftigkeit in Deutschland. In: Gesundheitswesen 63: S. 9-14.
- Bickel, H. (2001b): Demenzen im höheren Lebensalter – Schätzungen des Vorkommens und Versorgungskosten. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 34: S. 108-115.
- Bickel, Horst (1996): Pflegebedürftigkeit im Alter – Ergebnisse einer populationsbezogenen retrospektiven Längsschnittstudie. In: Das Gesundheitswesen (58): 56-62.
- Bickel, Horst (1998): Das letzte Lebensjahr. Eine Repräsentativstudie an Verstorbenen Wohnsituation, Sterbeort und Nutzung von Versorgungsangeboten. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie (31):193-204.
- Bickel, Horst; Jaeger, Jutta (1986): Die Inanspruchnahme von Heimen im Alter. In: Zeitschrift für Gerontologie 19: S. 30-39.
- BKK Landesverband Bayern; Kassenärztliche Vereinigung Bayerns (KVB)(2007): Praxisverbände garantieren ärztliche Versorgung in Pflegeheimen auf hohem Niveau. Presseinformation. URL: http://www.kvb.de/servlet/PB/show/1110220/Presseinfo-KVB-BKK-Pflegeheimversorgung_20-04-2007.pdf. [aktuell am 27.06.2008].

- Blinkert, Baldo; Klie, Thomas (1999): Pflege im Wandel – Eine Studie zur Situation häuslich versorgter Pflegebedürftiger. Hannover: Vincentz.
- Blinkert, Baldo; Klie, Thomas (2008): Die Versorgungssituation pflegebedürftiger Menschen vor dem Hintergrund von Bedarf und Chancen. In: Bauer, Ullrich; Büscher, Andreas [Hrsg.]: Soziale Ungleichheit und Pflege – Beiträge sozialwissenschaftlich orientierter Pflegeforschung. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften. S. 238-255.
- Blonski, Harald (Hrsg.) (2001): Qualitätsmanagement in der Altenpflege. Methoden. Erfahrungen. Entscheidungshilfen. Hagen: Brigitte Kunz Verlag.
- Bockenheimer-Lucius, Gisela (2007): Psychopharmakaverordnung im Altenpflegeheim - Eine interdisziplinäre Aufgabe mit medizinischen, pflegerischen, rechtlichen und ethischen Herausforderungen. In: Ethik in der Medizin., 4: 255-257.
- Borchert, Lars (2008): Soziale Ungleichheit und Gesundheitsrisiken älterer Menschen. Eine empirische Längsschnittanalyse unter Berücksichtigung von Morbidität, Pflegebedürftigkeit und Mortalität. Augsburg: Maro.
- Bredthauer, Doris (2008): Freiheitsentziehende Maßnahmen aus fachlicher Sicht. Moderne Therapie oder mittelalterliche Barbarei? URL: http://www.ehrenamtliche-betreuungen.de/ReFaB_Wiesbaden.pdf
- Brüne-Cohrs, Ute; Juckel, Georg; Schröder, Stefan G. (2007): Qualität der Demenzdiagnostik im Seniorenheim. In: Zeitschrift für ärztliche Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen., 101: 611-615.
- Bundesärztekammer (BÄK); Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV)(2008): Gemeinsame Stellungnahme der Bundesärztekammer und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zum Gesetzentwurf der Bundesregierung I zur strukturellen Weiterentwicklung der Pflegeversicherung (Pflege-Weiterentwicklungsgesetz – PFWG) unter Einbeziehung der Stellungnahme des Bundesrates und der Gegenäußerung der Bundesregierung. URL: http://www.bundesaerztekammer.de/downloads/Pflege_Weiterentwicklungsgesetz.pdf [aktuell am 26.06.2008].
- Bundesgesetzblatt I (2008): Gesetz zur strukturellen Weiterentwicklung der Pflegeversicherung (Pflege-Weiterentwicklungsgesetz). Vom 28. Mai 2008. URL: <http://www.bgblportal.de/BGBL/bgbl1f/bgbl108s0874.pdf>. [aktuell am 08.09.2008].
- Bundesgesundheitsministerium für Gesundheit und soziale Sicherung [BMG] [Hrsg.] (2001): Zweiter Bericht über die Entwicklung der Pflegeversicherung. BT-Drucksache 14/5590, Bonn.
- Bundesgesundheitsministerium für Gesundheit und soziale Sicherung [BMGS] [Hrsg.] (2004): Dritter Bericht über die Entwicklung der Pflegeversicherung. Stand: November 2004. Bonn.

- Bundesgesundheitsministerium für Gesundheit und soziale Sicherung [BMG] [Hrsg.] (2008): Vierter Bericht über die Entwicklung der Pflegeversicherung. Bonn.
- Bundesministerium der Justiz (2008): Fünftes Buch Sozialgesetzbuch - Gesetzliche Krankenversicherung - (Artikel 1 des Gesetzes vom 20. Dezember 1988, BGBl. I S. 2477), zuletzt geändert durch Artikel 6 des Gesetzes vom 28. Mai 2008 (BGBl. I S. 874). URL: http://bundesrecht.juris.de/bundesrecht/sgb_5/gesamt.pdf, [aktuell am 01.09.2008].
- Bundesministerium der Justiz (2008a): Elftes Buch Sozialgesetzbuch - Soziale Pflegeversicherung - (Artikel 1 des Gesetzes vom 26. Mai 1994, BGBl. I S. 1014), zuletzt geändert durch Artikel 1 u. 2 des Gesetzes vom 28. Mai 2008 (BGBl. I S. 874). URL: http://bundesrecht.juris.de/bundesrecht/sgb_11/gesamt.pdf, [aktuell am 01.09.2008].
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend [BMFSFJ] (2002): Vierter Altenbericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland: Risiken, Lebensqualität und Versorgung Hochaltriger – unter besonderer Berücksichtigung demenzieller Erkrankungen. Online-Dokument, Stand: April 2002: <http://www.bmfsfj.de/>
- Bundesministerium für Gesundheit (BMG) (2005): Statistisches Taschenbuch 2005. Gesundheit. Berlin: Bundesministerium für Gesundheit.
- Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände (ABDA)(2005): Welche Arzneimittel werden gegen Schizophrenie eingesetzt? [WWW-Dokument] URL: <http://www.aponet.de/arzneimittel/gegen/schizophrenie/Medikamentoes.html> (aktuell am 22.09.2008).
- Cambois, E.; Robine, J.M. (1996): Long-Term Care: Economic Issues and Policy Solutions. In: Eisen, Roland; Sloan, Frank A. (Ed.): An International Comparison of Trends in Disability-Free Life Expectancy: 11-23.
- Castle, Nicholas G. (2001): Relocation of the Elderly. In: Medical Care Research and Review 58: 291-333.
- Choi, Namkee G. (1996): Older persons who move – Reasons and health consequences. In: Journal of Applied Gerontology 15: S. 325-344.
- Deitermann, Bernhilde; Kemper, Claudia; Glaeske, Gerd (2007): GEK-Heil- und Hilfsmittel-Report 2007. Auswertungsergebnisse der GEK-Heil- und Hilfsmitteldaten 2005/2006. St. Augustin: Asgard-Verlag.
- Deutsche Gesellschaft für Neurologie (2003): Degenerative Erkrankungen. Diagnostik degenerativer Demenzen (Morbus Alzheimer, Frontotemporale Demenz, Lewy-Körperchen-Demenz). [WWW-Dokument] URL: <http://www.dgn.org/fileadmin/leitl05/DiagnostikDemenzen.pdf> (aktuell am 02.06.2008).

- Deutsche Gesellschaft für Neurologie (2005): Neurodegenerative Demenzen. [WWW-Dokument] URL: http://www.dgn.org/fileadmin/leit05/16NeurodegenerativeDemenzen_Th_mit_TB.pdf (aktuell am 02.06.2008).
- Deutsche Rentenversicherung Bund (2005): Leitlinien zur Rehabilitationsbedürftigkeit bei psychischen Störungen. 2. Fassung/1.10.2005. URL: http://www.deutsche-rentenversicherung.de/nm_7112/SharedDocs/de/Inhalt/Zielgruppen/01__sozialmedizin_forschung/01__sozialmedizin/dateianh_C3_A4nge/begutachtung/leitlinien_rehazugang_psychische__st_C3_B6rungen__pdf,templateId=raw,property=publicationFile.pdf/leitlinien_rehazugang_psychische__st_C3_B6rungen__pdf (aktuell am 03.10.2008).
- Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI)(2005): ICD-10-GM. Version 2006. Systematisches Verzeichnis. [WWW-Dokument] URL: <http://www.dimdi.de/dynamic/de/klassi/downloadcenter/icd-10-gm/vorgaenger/version2006/systematik/x1gbp2006.zip> (aktuell am 21.07.2008).
- Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI)(2008): Anatomisch-therapeutisch-chemische Klassifikation mit Tagesdosen. [WWW-Dokument] URL: <http://www.dimdi.de/dynamic/de/klassi/downloadcenter/atcddd/version2008/atc-ddd-amtlich-2008.pdf> (aktuell am 21.07.2008).
- Dinkel, R.H. (1984): Sterblichkeit in Perioden- und Kohortenbetrachtung, In: Zeitschrift für Bevölkerungswissenschaft, 10: 477-500.
- Dittmann-Kohli, F./Kohli, M. & Harald Künemund (1995): Lebenszusammenhänge, Selbstkonzepte und Lebensentwürfe – Die Konzeption des Deutschen Alters-Surveys. Forschungsgruppe Altern und Lebenslauf (FALL). Forschungsbericht Nr. 47. Berlin: Freie Universität.
- Dittmann-Kohli, F.; Kohli, M.; Künemund, H.; Motel, A.; Steinleitner, Chr.; Westerhof, G. (1997): Lebenszusammenhänge, Selbst- und Lebenskonzeptionen – Erhebungsdesign und Instrumente des Alters-Survey. Forschungsgruppe Altern und Lebenslauf (FALL). Forschungsbericht Nr. 61. Berlin: Freie Universität.
- Doblhammer, G.; Westphal, C.; Ziegler, U. (2006): Pflegende Angehörige brauchen mehr Unterstützung: Bedarfsprognosen zeigen Anstieg häuslichen Pflegepotenzials in Deutschland bis 2030. In: Demografische Forschung Aus Erster Hand, Nr.4.
- Egetmeyer, Albrecht (2005): Fachärztliche Versorgung aus der Klinik. Institutsambulanzen in der ambulanten Versorgung. In: Fügen, Ingo; Hallauer, Johannes F. (Hrsg.): Zukunftsforum Demenz. Demenzbehandlung in Pflegeheimen - Wirklichkeit, Chancen und Grenzen. Vol. 16. Berlin. S. 45-49.

- Eifert, Barbara; Rothgang, Heinz (1999): Marktliche und planerische Elemente bei der Umsetzung des PflegeVG auf Länderebene, in: Zeitschrift für Sozialreform, Heft 6: 447-464.
- Fachinger, Uwe; Rothgang, Heinz; Schneekloth, Ulrich (1995): Resümee und Ausblick. In: Fachinger, Uwe; Rothgang, Heinz (Hg.): Die Wirkungen des Pflege-Versicherungsgesetzes. Berlin: Duncker & Humblot: 297-320.
- Fasching, Peter (2007): Der Heimarzt - Ein Modell zur Verbesserung der ärztlichen Betreuung in Pflegeheimen. Erfahrungen und Stand der Debatte in Österreich. In: Ethik in der Medizin., 19, 4: 313-319.
- Ferber, Liselotte von; Behrens, J [Hrsg.] (1997): Public Health Forschung mit Gesundheits- und Sozialdaten – Stand und Perspektiven. Sankt Augustin: Asgard Verlag.
- Filipp, Sigrun-heide, Ferring, Dieter (1989): Zur Alters- und Bereichsspezifität subjektiven Alterserlebens. In: Zeitschrift für Entwicklungspsychologie und Pädagogische Psychologie 21: S: 279-293.
- Fischer, Susanne; Bosshard, Georg; Zellweger, Ueli; Faisst, Karin. (2004): Der Sterbeort: „Wo sterben die Menschen heute in der Schweiz?“. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie (37): :467-474.
- Fookien, I. (2003): Die Bonner Gerontologische Studie des Alterns (BOLSA) – Ausgangspunkt einer Differentiellen Gerontologie. In: F. Karl [Hrsg.]: Sozial- und verhaltenswissenschaftliche Gerontologie – Alter und Altern als gesellschaftliches Problem und individuelles Thema. Weinheim/München: Juventa. S. 251-260.
- Füsgen, Ingo; Hallauer, Johannes F. (2005): Demenzbehandlung in Pflegeheimen. Versorgungsdefizite bestehen - aber auch Wege zur Optimierung. In: Füsgen, Ingo; Hallauer, Johannes F. (Hrsg.): Zukunftsforum Demenz. Demenzbehandlung in Pflegeheimen - Wirklichkeit, Chancen und Grenzen. Vol. 16. Berlin. S. 59-61.
- Gemeinsamer Bundesausschuss (2004): Bekanntmachung des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Neufassung der Richtlinien über die Verordnungen von Heilmitteln in der vertragsärztlichen Versorgung. In: Bundesanzeiger, 106a. URL: <http://www.g-ba.de/downloads/39-261-69/2004-03-16-Heilmittel-RL.pdf>. [aktuell am 09.09.2008].
- Glaeske, Gerd; Schicktanz, Christel; Janhsen, Katrin (2008): GEK-Arzneimittel-Report 2008 – Auswertungsergebnisse der GEK-Arzneimitteldaten aus den Jahren 2006 bis 2007 St. Augustin: Asgrad.
- Görres, Stefan; Koch-Zadi, Dagmar; van Maanen, Hanneke; Schöller-Stindt, Mechthild (Hrsg.)(1996): Pflegewissenschaft in der Bundesrepublik Deutschland. Bremen: Altera Verlag.

- Grobe, Thomas G.; Dörning, Hans; Schwartz, Friedrich W. (2007): GEK-Report ambulant-ärztliche Versorgung 2007. Auswertungen der GEK-Gesundheitsberichterstattung. Schwerpunkt: Ambulante Psychotherapie. Vol. 59. St. Augustin: Asgard-Verlag.
- Grobe, Thomas G.; Dörning, Hans; Schwartz, Friedrich W. (2007): GEK-Report. Ambulant-ärztliche Versorgung 2007 – Auswertungen der GEK-Gesundheitsberichterstattung. St. Augustin: Asgard-Verlag.
- Hach, I.; Rentsch, A.; Krappweis, J.; Kirch, W. (2004): Psychopharmakaverordnungen an älteren Menschen. Ein Vergleich zwischen Patienten aus Alten- und Pflegeheimen, ambulant behandelten Pflegefällen und ambulanten Patienten ohne Pflegebedarf. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie., 37, 3: 214-220.
- Hallauer, Johannes (2005): Medikation von Heimbewohnern mit Demenz. Patienten sind unter- und fehlversorgt. In: Füsgen, Ingo; Hallauer, Johannes F. (Hrsg.): Zukunftsforum Demenz. Demenzbehandlung in Pflegeheimen – Wirklichkeit, Chancen und Grenzen. Vol. 16. Berlin. S. 31-38.
- Hallauer, Johannes; Bienstein, Christel; Lehr, Ursula; Rönsch, Hannelore (2005): SÄVIP - Studie zur ärztlichen Versorgung in Pflegeheimen. Hannover: Vincentz Network Marketing Service.
- Hartwig, Jörg; Heese, K.; Waller, H.; Machleidt, W. (2005): Zur Versorgung von psychisch kranken Altenheimbewohner/innen im Landkreis Uelzen. In: Das Gesundheitswesen., 67: 274-279.
- Haudidier, B. (1996): Vergleich der Sterblichkeitsentwicklung in der Bundesrepublik Deutschland und in Frankreich 1950 bis 1989. In: Dinkel, R. H.; Höhn, C.; Scholz, R. D. (Hrsg.): Sterblichkeitsentwicklung unter besonderer Berücksichtigung des Kohortenansatzes, Boldt im Oldenburg-Verlag: 139-152.
- Hibbeler, Birgit (2005): Pflegeheime: Schlechte Noten für die ärztliche Versorgung. In: Deutsches Ärzteblatt., 102, 41.
- Hibbeler, Birgit (2007): Ärztliche Versorgung in Pflegeheimen: Von Kooperationen profitieren alle. In: Deutsches Ärzteblatt., 104, 48: 2901-2908.
- Hodgson, Nancy; Freedman, Vicki A.; Granger, Douglas A.; Erno, Amy (2004): Biobehavioral correlates of relocation in the frail elderly: salivary cortisol, affect, and cognitive function. In: Journal of the American Geriatrics Society 52: S. 1856-1862.
- Hoff, A.; Tesch-Römer, C.; Wurm, S.; Engstler, H. (2003): „Die zweite Lebenshälfte“ – Der Alterssurvey zwischen gerontologischer Längsschnittanalyse und Alterssozialberichterstattung im Längsschnitt. In: F. Karl [Hrsg.]: Sozial- und verhaltenswissenschaftliche Gerontologie – Alter und Altern als gesellschaftliches Problem und individuelles Thema. Weinheim/München: Juventa. S. 185-204.

- Holden, K.; McBride, T.; Perozek, M. (1997): Expectations of nursing home use in the Health and Retirement Study: the role of gender, health, and family characteristics. In: *Journals of Gerontology, Psychological Sciences and Social Sciences* 52: S. 240-S251.
- Höpflinger, François (2002): *Männer im Alter – Eine Grundlagenstudie*. Zürich: Pro Senectute.
- Ihle, Peter (2005): Interne Diagnosevalidierung zur Bestimmung inzidenter Fälle in Sekundärdaten. Präsentation auf dem Workshop: “Analyse von GKV-Daten, Historie Anwendungsbeispiele und Perspektiven”, 19. und 20. Mai 2005 im ZeS, Bremen.
- Informationstechnische Servicestelle der Gesetzlichen Krankenversicherung (ITSG)(2006): *Bundeseinheitliches Heilmittelpositionsnummernverzeichnis*. Stand des Verzeichnisses: 20. September 2006. URL: http://www.datenaustausch.de/lev/pos_nr_verz/Heilmittel-060920.pdf, [aktuell am 29.08.2008].
- Informationstechnische Servicestelle der Gesetzlichen Krankenversicherung (ITSG)(2007): *Technische Anlage zum Vertrag über den Datenaustausch auf Datenträgern zwischen den Spitzenverbänden der gesetzlichen Krankenversicherung und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung*. URL: http://www.datenaustausch.de/lev/tp1/ta/download/TA1.14_v_180507.doc, (aktuell am 19.09.2008)
- Informationstechnische Servicestelle der Gesetzlichen Krankenversicherung (ITSG)(2008): *GKV Heilmittel Informations System (GKV-HIS)*. URL: [http://www.gkv-his.de/Dokumente/HIS-Bericht-Bund_200801\(2\).pdf](http://www.gkv-his.de/Dokumente/HIS-Bericht-Bund_200801(2).pdf), [aktuell am 27.08.2008]
- Jakob, Anke; Busse, Anja; Riedel-Heller, Steffi G.; Pavlicek, Micaela; Angermeyer, M.C. (2002): Prävalenz und Inzidenz von Demenzerkrankungen in Alten- und Altenpflegeheimen im Vergleich mit Privathaushalten. In: *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 35, 5: 474-481.
- Jürgen S.; Künemund, H. (2004): *Private Versorgung und Betreuung von Pflegebedürftigen in Deutschland: überraschend hohes Pflegeengagement älterer Männer*, Wochenbericht, DIW Berlin, German Institute for Economic Research, vol. 71(20): 289-294.
- Kasten, Erich (1993): Pillen ersetzen die Zuwendung nicht. Der Einsatz von Psychopharmaka in der Altenpflege ist die “allerletzte Wahl”. In: *Altenpflege*., 10: 650-654.
- KDA (Kuratorium Deutsche Altershilfe) (1992): *Pflegende Angehörige zwischen Pflege und Beruf – Wie Unternehmen helfen können*, in: *Pressedienst des Kuratorium Deutsche Altershilfe*, Nr. 1/1992, Köln: Eigenverlag, 5.

- Kesselheim, Harald (2007): Innovative Ideen für die Pflege. URL: http://www.aok-bv.de/inc/printandsend.inc.php?action=print&file=http://www.aok-bv.de/presse/presseservice/psgthema/index_12058.html [aktuell am 27.06.2008].
- Klein, Thomas (1994): Der Heimeintritt im Alter – Neue Befunde für die Bundesrepublik Deutschland. In: Sozialer Fortschritt 43: 44–50.
- Klein, Thomas (1998): Der Heimeintritt alter Menschen – Ergebnisse einer Repräsentativerhebung in den Einrichtungen der stationären Altenpflege. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 31: 407–416.
- Klein, Thomas; Gabler, S. (1996) : Der Altenheimsurvey: Durchführung und Repräsentativität einer Befragung in den Einrichtungen der stationären Altenhilfe. In: ZUMA-Nachrichten 38: S. 112-134.
- Klein, Thomas; Salaske Ingeborg (1994): Die Bedeutung sozialer Beziehungen für den Heimeintritt im Alter. In: Zeitschrift für Sozialreform 40: S. 641-661.
- Klein, Thomas; Salaske, Ingeborg; Schilling, Heiner; Schneider, Sven; Wunder, Edgar, (1997): Altenheimbewohner in Deutschland: Sozialstrukturelle Charakteristiken und die Wahl des Heims. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 30 S. 54-67
- Klein, Thomas; Unger, Rainer (1999): Aktive Lebenserwartung in der Bundesrepublik, Das Gesundheitswesen 61: 168-178.
- Kliebsch, U.; Fleichle, B.; Busch, S.; Huchler, U.; Pfaff, A.; Brenner, H. (2000): Utilization of Benefits for Home Nursing Care in the German Statutory Nursing Care Insurance. In: Zeitschrift für Gesundheitswissenschaften 8: S. 78-91.
- Kohli, M.; Künemund, H. (2003): Der Alters-Survey: Die zweite Lebenshälfte im Spiegel repräsentativer Daten. In: Aus Politik und Zeitgeschichte 20: S. 18-25.
- Kohli, M.; Künemund, H. (Hrsg.) (2000): Die zweite Lebenshälfte – Gesellschaftliche Lage und Partizipation im Spiegel des Alters-Survey. Opladen: Leske + Budrich.
- Kohli, M.; Künemund, H.; Motel, A.; Szydlik, M. (2000): Grunddaten zur Lebenssituation der 40-85jährigen deutschen Bevölkerung. Ergebnisse des Alters-Survey. Berlin: Weißensee-Verlag
- Kornhuber, Johannes (2005): Alzheimer-Demenz. Intervenieren, wo es möglich ist. In: Füsgen, Ingo; Hallauer, Johannes F. (Hrsg.): Zukunftsforum Demenz. Demenzbehandlung in Pflegeheimen - Wirklichkeit, Chancen und Grenzen. Vol. 16. Berlin. S. 11-12.
- Kotek, Henry (2005): Acht Jahre “Berliner Projekt” in der stationären Pflege. Hohe Qualität, weniger Kosten. In: Füsgen, Ingo; Hallauer, Johannes F. (Hrsg.): Zukunftsforum Demenz. Demenzbehandlung in Pflegeheimen - Wirklichkeit, Chancen und Grenzen. Vol. 16. Berlin. S. 51-57.

- Kriegelmeier, R. (1996): Effizienz und Verteilungswirkungen der deutschen Pflegeversicherung. Bestandsaufnahmen und Analyse. Wiesbaden: Deutscher Universitätsverlag.
- Kruse, Andreas; Gaber, Elisabeth; Heuft, Gereon; Oster, Peter; Re, Susanna; Schulz-Nieswandt, Frank (2005): Gesundheit im Alter. Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Heft 10. Berlin, Robert Koch-Institut.
- Küpper-Nybelen, Jutta; Ihle, Peter; Deetjen, Wolfgang; Schubert, Ingrid (2006): Empfehlung rehabilitativer Maßnahmen im Rahmen der Pflegebegutachtung und Umsetzung in der ambulanten Versorgung. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, 39: 100-108.
- KV-Blatt-Redaktion (2007): Pflege – das Berliner Projekt. URL: http://www.kvberlin.de/40presse/30kvblatt/2007/10/30_titelthema/kvbj.html [aktuell am 14.06.2008].
- Land, K.C.; Guralnik, J.M.; Blazer, D.G. (1994): Estimating Increment-Decrement Life Tables with Multiple Covariates from Panel Data: The Case of Active Life Expectancy, Demography 31: 297-319.
- Landesinstitut für Gesundheit und Arbeit Nordrhein-Westfalen (2002): Altersspezifische Krankenhausfälle infolge von akutem Schlaganfall (ICD I60 - I66), Nordrhein-Westfalen¹, 2001. URL: http://www.loegd.nrw.de/gesundheitsberichterstattung/gesundheitsindikatoren/1data/03/Html/03_21_2001.htm, [aktuell am 03.09.2008]
- Lehr, U.; Thomae, H. (Hrsg.) (1987): Formen seelischen Alterns: Ergebnisse der Bonner Gerontologischen Längsschnittstudie (BOLSA). Stuttgart: Enke.
- Lieberman, Morton A.; Kramer, Joel (1991): Factors affecting decisions to institutionalize demented elderly. In: The Gerontologist 31: S. 371- 74.
- Linden, M.; Gilberg, R.; Horgas, A. L.; Steinhagen-Thiessen, E. (1999). Die Inanspruchnahme medizinischer und pflegerischer Hilfe im hohen Alter. In: P. B. Baltes; K. U. Mayer (Hrsg.): Die Berliner Altersstudie. Berlin: Akademie Verlag. S. 475-495.
- Lindenberger, U.; Gilberg, R.; Pötter, U.; Little, T. D.; Baltes, P. B. (1999): Stichprobenselektivität und Generalisierbarkeit der Ergebnisse in der Berliner Altersstudie. In: P. B. Baltes & K. U. Mayer (Hrsg.): Die Berliner Altersstudie. Berlin: Akademie Verlag. S. 85-108.
- Lindrooth, Richard C.; Hoerger, Thomas. J.; Norton, Edward C. (2000): Expectations among the elderly about nursing home entry. In: Health Services Research 35: 1181-1202.

- Loerzer, Sven (2005): Pflegeheime. Ärztliche Versorgung miserabel. Die Kassenärztliche Vereinigung Bayerns (KVB) gerät bezüglich der ärztlichen Versorgung von Patienten in Pflegeheimen unter Druck. URL: <http://www.sueddeutsche.de/muenchen/artikel/61/60001/print.html>. [aktuell am 27.06.2008].
- Lohbeck, Rainer (2005): Pflegeheime: Das "Heimarztmodell". Zu dem Beitrag "Schlechte Noten für die ärztliche Versorgung" von Dr. med. Birgit Hibbeler in Heft 41/2005. In: Deutsches Ärzteblatt, 102: A-3176/B-2681.
- Ludwig, Gerd (1996): "Wenn man sie braucht, sind sie stets da". Umfassende ärztliche Betreuung muß kein Traum bleiben. In: Altenpflege., 21: 39-41.
- Lürken, Lothar (2001): Begutachtung von Pflegebedürftigkeit nach SGB XI. Weichenstellung für Interventionsprogramme der geriatrischen Rehabilitation. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, 34: I/49-I/56.
- Mager, Hans-Christian (1999): Pflegebedürftigkeit im Alter – Dimensionen und Determinanten. In: Eisen, Roland; Mager, Hans-Christian [Hrsg.]: Pflegebedürftigkeit und Pflegeversicherung in ausgewählten Ländern. Opladen: Leske+Budrich. S. 29-77.
- Mai, Ralf (2003): Die Alten der Zukunft – Eine bevölkerungsstatistische Analyse. Oplade: Leske + Budrich.
- Martin, P.; Ettrich, K. U.; Lehr, U.; Roether, D.; Martin, M. & Fischer-Cyrlulies, A. (Hrsg.) (2000a): Aspekte der Entwicklung im mittleren und höheren Lebensalter – Ergebnisse der Interdisziplinären Längsschnittstudie des Erwachsenenalters (ILSE). Darmstadt: Steinkopff.
- Martin, P.; Grünendahl, M.; Schmitt, M. (2000b): Persönlichkeit, kognitive Leistungsfähigkeit und Gesundheit in Ost und West – Ergebnisse der Interdisziplinären Längsschnittstudie des Erwachsenenalters (ILSE). In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 33: S. 111-123.
- Martin, P.; Martin, M. (2000): Design und Methodik der Interdisziplinären Längsschnittstudie des Erwachsenenalters. In: Martin, P.; Ettrich, K. U.; Lehr, U.; Roether, D.; Martin, M.; Fischer-Cyrlulies, A. (Hrsg.) (2000): Aspekte der Entwicklung im mittleren und höheren Lebensalter – Ergebnisse der Interdisziplinären Längsschnittstudie des Erwachsenenalters (ILSE). Darmstadt: Steinkopff. S. 17-27.
- Mauel, Christiana (2005): Optimierung der neurologisch-psychiatrischen Versorgung in Heimen. Pflegekräfte weiterbilden, Angehörige einbeziehen. In: Füsgen, Ingo; Hallauer, Johannes F. (Hrsg.): Zukunftsforum Demenz. Demenzbehandlung in Pflegeheimen - Wirklichkeit, Chancen und Grenzen. Vol. 16. Berlin. S. 23-29.
- Mayer, K. U.; Baltus P. B. (Hrsg.) (1999): Die Berliner Altersstudie. 2. Auflage 1999. Berlin: Akademie Verlag.

- Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen (MDS) (2004): Qualität in der ambulanten und stationären Pflege. 1. Bericht des Medizinischen Dienstes der Spitzenverbände der Krankenkassen (MDS) nach § 118 Abs. 4 SGB XI. URL: http://www.mds-ev.org/aktuelles/download/Bericht-118-XI_QS-Pflege.pdf. [aktuell am 14.06.2008].
- Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen (MDS) (2007): Qualität in der ambulanten und stationären Pflege. 2. Bericht des MDS nach § 118 Abs. 4 SGB XI. URL: <http://www.mds-ev.org/download/q-Bericht.pdf>. [aktuell am 14.06.2008].
- Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen e.V. [MDS] (2006): Richtlinien der Spitzenverbände der Pflegekassen zur Begutachtung von Pflegebedürftigkeit nach dem XI. Buch des Sozialgesetzbuches. Essen: MDS. Online-Dokument: <http://www.mdk.de/index.htm>
- Meyer, Martha; Kofahl, Christopher; Kubesch, Nadine (2007): Literature – State of the art. In: Hanneli Döhner; Christopher Kofahl; Daniel Lüdecke; Eva Mnich (Hrsg.): Eurofamcare. Services for Supporting Family Carers of Older Dependent People in Europe: Characteristics, Coverage and Usage The National Survey Report for Germany, Hamburg: 16-44.
- Müller, Rolf; Braun, Bernard [Hrsg.] (2006): Vom Quer- zum Längsschnitt – Möglichkeiten der Analysen mit GKV-Daten. St. Augustin: Asgrad.
- Murtaugh, Christopher M.; Kemper, P.; Spillman, B. (1990): The risk of nursing home use in late life. *Medical Care* 28: S. 952-962.
- Nay, Rhonda (1995): Nursing home residents' perceptions of relocation. In: *Journal of Clinical Nursing* 4: S. 319-325.
- Peters, Meinolf (2004): Klinische Entwicklungspsychologie des Alters – Grundlagen für psychosoziale Beratung und Psychotherapie. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Pick, Peter; Brüggemann, Jürgen; Grote, Christiane; Grünhagen, Elke; Lampert, Thomas (2004): Pflege. Schwerpunktbericht der Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Berlin: Robert Koch-Institut.
- Plute, Gerhard (2002): Vorrang der Rehabilitation vor Pflege? Eine Studie zur Rolle medizinischen Rehabilitation in der Pflegeversicherung. Kassel: Kassel University Press.
- Prinz, A. (1995): Die Auswirkungen des Gesetzes über die Pflegeversicherung auf das Angebot an Pflegeleistungen. In: Fachinger, U.; Rothgang, H. (Hrsg.): Die Wirkungen des Pflege-Versicherungsgesetzes. Berlin: Duncker & Humblot. S. 27-53.
- Prüß, Ulrike; Küpper-Nybelen, Jutta; Ihle, Peter; Schubert, Ingrid (2006): Verläufe von Pflegebedürftigkeit in Hessen in den Jahren 1999 bis 2002. Ergebnisse einer Längsschnittstudie. In: *Gesundheitswesen* (68): S. 123-127.

- Robine, J.M.; Mathers, C.D.; Bone, M.R.; Romieu, I. (1993): Calculation of Health Expectancies: Harmonization, Consensus Achieved and Future Perspectives, Libbey Eurotexte: Paris.
- Rohwer, Götz; Pötter, Ulrich (2005): TDA User's Manual. URL: <http://steinhaus.stat.ruhr-uni-bochum.de/tman.html>
- Rote Liste Service GmbH (2004): Rote Liste 2004. Arzneimittelverzeichnis für Deutschland. Aulendorf: Editio Cantor.
- 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: S. 292-305.
- Roth, Günther (2002): Qualität in Pflegeheimen. Expertise im Auftrag des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. Dortmund: Institut für Gerontologie an der Universität Dortmund.
- Rothgang, Heinz (1997): Ziele und Wirkungen der Pflegeversicherung. Eine ökonomische Analyse, Frankfurt/ New York: Campus.
- Rothgang, Heinz (2000a): Wettbewerb in der Pflegeversicherung, in: Igl, Ger-hard (Hg.): Das Gesundheitswesen in der Wettbewerbsordnung. Wiesbaden, Verlag Chmielorz, 147-172 (zugleich: Zeitschrift für Sozialreform, (46) 5: 423-448).
- Rothgang, Heinz (2000b): Pflegebedarfsplanung in Deutschland – Gegenstand, Bilanz und Perspektiven –, in: Zeitschrift für Sozialreform, Heft 11/12, 1003-1021; zugleich erschienen in: Behrens, Johann; Olk, Thomas (Hg.), Pflegeversicherung und Sozialstaat. Wiesbaden: Chmielorz, 45-63.
- Rothgang, Heinz (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, 1-254.
- Rothgang, Heinz (2003): Pflegebedürftigkeit und demographischer Wandel, in: Mai, Ralf: Die Alten der Zukunft. Eine bevölkerungsstatistische Analyse. Schriftenreihe des Bundesinstituts für Bevölkerungsforschung, Band 32. Opladen: Leske + Budrich, 159-174.
- Rothgang, Heinz (2004): Ökonomische Rahmenbedingungen der ambulanten Pflege, in: Hasseler, Martina; Meyer, Martha (Hg.): Ambulante Pflege: Neue Wege und Konzepte für die Zukunft. Professionalität erhöhen – Wettbewerbsvorteile sichern. Hannover: Schlütersche Verlagsanstalt, 36-47.
- Rothgang, Heinz (2008): Theorie und Empirie der Pflegeversicherung. Die sozialstaatliche Absicherung des Pflegerisikos am Beispiel der Bundesrepublik Deutschland, Münster: Lit. Verlag (im Erscheinen).

- Rothgang, Heinz; Preuss, Maike (2008): Bisherige Erfahrungen und Defizite der Pflegeversicherung und die Reform 2008 aus sozialpolitischer Sicht, in: Felix (Hrsg.), Auswirkungen des GKV-WSG auf Versorgungsstruktur und Wettbewerbsordnung. Münster: Lit-Verlag, i.E.
- Russell, Daniel W.; Cutrona, Carolyn E.; Wallace, Robert B.; de la Mora, Arlene (1997): Loneliness and Nursing Home Admission Among Rural Older Adults. In: Psychology and Aging 12: S. 574-589.
- Sauerbrey, Günther (2008): Die medizinische Versorgung in Pflegeheimen. Herausforderungen aus medizinischer und ökonomischer Sicht. Bayreuther Gesundheitswissenschaften, Vorträge, Band 9. PCO-Verlag: Bayreuth.
- Saup, Winfried (1984): Stress und Stressbewältigung bei der Heimübersiedlung älterer Menschen. In: Zeitschrift für Gerontologie 17: 198-204.
- Saup, Winfried (1993): Alter und Umwelt : eine Einführung in die ökologische Gerontologie. Stuttgart: Kohlhammer.
- Schäufele, Martina; Köhler, Leonore; Lode, Sandra; Weyerer, Siegfried (2007): Menschen mit Demenz in stationären Pflegeeinrichtungen: aktuelle Lebens- und Versorgungssituation. In: Schneekloth, Ulrich; Wahl, Hans Werner (Hrsg.): Möglichkeiten und Grenzen selbständiger Lebensführung in stationären Einrichtungen (MuG IV). Demenz, Angehörige und Freiwillige, Versorgungssituation sowie Beispielen für "Good Practice". München: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. S. 169-232.
- Schmähl, Winfried; Rothgang, Heinz (2001): Familien – Pflege – Familienpflege. Über den Zusammenhang von Kindern und der Inanspruchnahme von Leistungen der gesetzlichen Pflegeversicherung bei häuslicher Pflege. In: Mager, H.-Chr.; Schäfer, H.; Schrüfer, K. (Hrsg.): Private Versicherung und soziale Sicherung. Festschrift zum 60. Geburtstag von Roland Eisen. Marburg: Metropolis: 273-291.
- Schmitt, M.; Martin, M. (2003): Die Interdisziplinäre Längsschnittstudie des Erwachsenenalters (ILSE) über die Bedingungen gesunden und zufriedenen Älterwerdens. In: F. Karl [Hrsg.]: Sozial- und verhaltenswissenschaftliche Gerontologie – Alter und Altern als gesellschaftliches Problem und individuelles Thema. Weinheim/München: Juventa. S. S. 205-223.
- Schneekloth, U.; Wahl, H.W. (2005): Möglichkeiten und Grenzen selbständiger Lebensführung in privaten Haushalten (MuG III). Repräsentativbefunde und Vertiefungsstudien zu häuslichen Pflegearrangements, Demenz und professionellen Versorgungsangeboten (Integrierter Abschlussbericht im Auftrag des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend), München.

- Schneekloth, Ulrich (2005): Entwicklungstrends beim Hilfe- und Pflegebedarf in Privathaushalten – Ergebnisse der Infratest-Repräsentativerhebung. In: Schneekloth, Ulrich; Wahl, Hans Werner [Hrsg.]: Möglichkeiten und Grenzen selbständiger Lebensführung in privaten Haushalten (MuG III) – Repräsentativbefunde und Vertiefungsstudien zu häuslichen Pflegearrangements, Demenz und professionellen Versorgungsangeboten. Integrierter Abschlussbericht. Berlin: Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. Online-Dokument: <http://www.bmfsfj.de/> S. 55-98.
- Schneekloth, Ulrich; Müller, Udo (1997): Hilfe- und Pflegebedürftige in Heimen. Endbericht zur Repräsentativerhebung im Forschungsprojekt “Möglichkeiten und Grenzen selbständiger Lebensführung in Einrichtungen. Stuttgart: Kohlhammer.
- Schneekloth, Ulrich; Müller, Udo (2000): Wirkungen der Pflegeversicherung. Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit. Baden-Baden: Nomos.
- Schneekloth, Ulrich; Potthoff, Peter (1993): Hilfe- und Pflegebedürftige in privaten Haushalten. Bericht zur Repräsentativerhebung im Forschungsprojekt Möglichkeiten und Grenzen selbständiger Lebensführung im Auftrag des Bundesministeriums für Familie und Senioren, durchgeführt von Infratest Sozialforschung, München und Infratest Epidemiologie und Gesundheitsforschung, München. Schriftenreihe des Bundesministeriums für Familie und Senioren. Stuttgart: Kohlhammer.
- Schneekloth, Ulrich; von Törne, Ingolf (2007): Entwicklungstrends in der stationären Versorgung - Ergebnisse der Infratest-Repräsentativerhebung. In: Schneekloth, Ulrich; Wahl, Hans Werner (Hrsg.): Möglichkeiten und Grenzen selbständiger Lebensführung in stationären Einrichtungen (MuG IV). Demenz, Angehörige und Freiwillige, Versorgungssituation sowie Beispielen für “Good Practice”. München: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. S. 53-168.
- Schneekloth, Ulrich; Wahl, Hans Werner (Hrsg.) (2007): Möglichkeiten und Grenzen selbständiger Lebensführung in stationären Einrichtungen (MuG IV). Demenz, Angehörige und Freiwillige, Versorgungssituation sowie Beispielen für “Good Practice”. München: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend.
- Schneider, S. (1998): Ältere Bundesbürger in Privathaushalten und in Heimen. Lebenssituation und Heimeintrittsgründe. In: Sozialer Fortschritt, Heft 2: S. 30-37.
- Schneider, Th.; Drobnic, S.; Blossfeld, H.-P. (2001): Pflegebedürftige Personen im Haushalt und das Erwerbsverhalten verheirateter Frauen. in: Zeitschrift für Soziologie 30 (5), 2001: 362-383.

- Schneider, U.; Wolf, D. A. (1997): Determinants and Consequences of Multi-Generational Living Arrangements: The Case Of Parent-Adult Child Co-residence, Maxwell Center for Demography and Economics of Aging, New York.
- Schroeter, Klaus R.; Rosenthal, Thomas (Hrsg.) (2005): Soziologie der Pflege. Grundlagen, Wissensbestände und Perspektiven. Weinheim, München: Juventa.
- Schulz, Holger; Barghaan, Dina; Harfst, Timo; Koch, Uwe (2008): Psychotherapeutische Versorgung. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Heft 41. Berlin: Robert Koch Institut.
- Scriba, Jochen Peter (2005): Kassenärztliche Fachärzte versorgen Heimbewohner mit Demenz. Erfahrungen, Strategien, Hemmnisse. In: Füsgen, Ingo; Hallauer, Johannes F. (Hrsg.): Zukunftsforum Demenz. Demenzbehandlung in Pflegeheimen - Wirklichkeit, Chancen und Grenzen. Vol. 16. Berlin. S. 13-21.
- Simon, M. (2003): Pflegeversicherung und Pflegebedürftigkeit – Eine Analyse der Leistungsentwicklung in den Jahren 1997 bis 2001. Veröffentlichungsreihe der Evangelischen Fachhochschule Hannover. Efh-papers Nr. P03-001. Hannover: Blumhardt.
- Statistisches Bundesamt (2001): Bericht: Pflegestatistik 1999 – Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung – Deutschlandergebnisse. Bonn: Statistisches Bundesamt.
- Statistisches Bundesamt (2003): Bericht: Pflegestatistik 2001 – Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung – Deutschlandergebnisse. Bonn: Statistisches Bundesamt.
- Statistisches Bundesamt (2005): Bericht: Pflegestatistik 2003 – Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung – Deutschlandergebnisse. Bonn: Statistisches Bundesamt.
- Statistisches Bundesamt (2006): Pflegestatistik 2005 - 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=1019863>.
- Statistisches Bundesamt (2007): Bericht: Pflegestatistik 2005 – Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung – Deutschlandergebnisse. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt.
- Statistisches Bundesamt (2007a): Todesursachen in Deutschland. Gestorbene in Deutschland an ausgewählten Todesursachen 2006. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt.
- Statistisches Bundesamt (2007b): Statistisches Jahrbuch 2007. Für die Bundesrepublik Deutschland. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt.
- 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. *Journal of Marriage and Family*, 60: 611-622.
- Stelzner, G.; Riedel-Heller, S.G.; Sonntag, A.; Matschinger, H.; Jakob, A.; Angermeyer, M.C. (2001): Determinanten des Psychopharmakaverbrauchs in Alten- und Altenpflegeheimen. In: *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie.*, 34, 4: 306-312.
- Swart, Enno; Ihle, Peter [Hrsg.] (2005): *Routinedaten im Gesundheitswesen. Handbuch Sekundärdatenanalyse. Grundlagen, Methoden und Perspektiven.* Bern: Verlag Hans Huber.
- Tesch-Römer, C.; Wurm, S.; Hoff, A.; Engstler, H. (2002): Die zweite Welle des Alterssurveys – Erhebungsdesign und Instrumente. *DZA-Diskussionspapier Nr. 35.*
- Tews, Hans Peter (1982): Zur Problematik der ärztlichen Versorgung in Pflegeheimen. Ergebnisse und Schlußfolgerungen aus einer Untersuchung in 225 Alteneinrichtungen. In: *Sozialer Fortschritt.*, 4: 81-85.
- Thomae, H. (1993): Die Bonner Gerontologische Längsschnittstudie (BOLSA). In: *Zeitschrift für Gerontologie* 26: S. 142-150.
- Unger, Rainer (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, Rainer (2006): Trends in active life expectancy in Germany between 1984 and 2003 - A cohort analysis with different indicators of health, in: *Journal of Public Health*, 14: 155-163.
- Voges, Wolfgang (2008): *Soziologie des höheren Lebensalters. Ein Studienbuch zur gerontologie.* Augsburg: MaroVerlag.
- Wagner, Alexander; Bruckner, Uwe (2003): *Pflegebericht des Medizinischen Dienstes. Berichtszeitraum 2001/2002.* URL: http://www.mds-ev.org/media/pdf/Pflegebericht_2001-2002.pdf [aktuell am 23.09.2008].
- Wagner, Alexander; Brüggemann, Jürgen; Bruckner, Uwe; Fleer, Bernhard (2005): *Pflegebericht des Medizinischen Dienstes 2003.* URL: [http://www.mds-ev.de/media/pdf/Pflegebericht_2003\(1\).pdf](http://www.mds-ev.de/media/pdf/Pflegebericht_2003(1).pdf) [aktuell am 03.10.2008].
- Wagner, Alexander; Fleer, Bernhard (2007): *Pflegebericht des Medizinischen Dienstes 2006.* URL: http://www.mdk.de/media/pdf/pflegebericht_2006.pdf, [aktuell am 01.09.2008].

- Wagner, Alexander; Lürken, Lothar (2002): Pflegebericht des Medizinischen Dienstes – Berichtszeitraum 1998. Essen: Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen e.V. Online-Dokument: <http://www.mds-ev.org/> (Stand 02.05.2008)
- Wahl, Hans Werner; Schneekloth, Ulrich (2007): Der Hintergrund: Forschung zur Lebensführung in stationären Einrichtungen. In: Schneekloth, Ulrich; Wahl, Hans Werner (Hrsg.): Möglichkeiten und Grenzen selbständiger Lebensführung in stationären Einrichtungen (MuG IV). Demenz, Angehörige und Freiwillige, Versorgungssituation sowie Beispielen für "Good Practice". München: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. S. 23-52.
- Wahl, Hans-Werner; Kruse, Andreas (1999): Aufgaben, Belastungen und Grenzsituationen im Alter – Gesamtdiskussion. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 32: S. 456-472.
- Weyerer, Siegfried (1993): Die psychopharmakologische Behandlung älterer Menschen in der Allgemeinbevölkerung und in Heimen: Epidemiologische Befunde. In: Sucht. Zeitschrift für Wissenschaft und Praxis., 39: 180-186.
- Wilhelm-Göbbling, C. (1998): Neuroleptikaverordnungen bei dementen Alterspatienten. Zum Verlauf in Altenheimen nach stationär psychiatrischer Behandlung. In: Der Nervenarzt., 69, 11: 999-1006.
- Wilms, H.-U.; Riedel-Heller, S. G.; Busse, A.; Angermeyer, M.C. (2001): Hilfe- und Pflegebedürftigkeit im Alter in den neuen Bundesländern – Ergebnisse aus der Leipziger Langzeitstudie in der Altenbevölkerung (LEILA 75+). In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 34: S. 348-35.
- Zimber, Andreas (1998): Ein institutionelles Problem? In: Altenpflege., 2: 32-34.
- Zimmermann, Markus (2007): Funktionen, Konzepte und Strukturen der Rehabilitation in Deutschland, England, Schweden und der Schweiz. Ansätze einer Methodik der vergleichenden Rehabilitationsforschung. Dissertation. Halle: Universität Halle-Wittenberg.

7 Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Verteilungen der Pflegestufen in der gesetzlichen Pflegeversicherung nach Jahr.....	37
Abbildung 2: Verteilung der Pflegestufen in der Pflegestatistik nach Jahr und Geschlecht.....	39
Abbildung 3: Entwicklung der Pflegebedürftigen in der gesetzlichen Pflegeversicherung im Vergleich zu den Pflegebedürftigen in der Pflegestatistik ¹⁾	40
Abbildung 4: Verteilung der Leistungsarten in der gesetzlichen Pflegeversicherung nach Jahr.....	41
Abbildung 5: Verteilung der Leistungsarten in der Pflegestatistik nach Jahr und Geschlecht.....	43
Abbildung 6: Verteilung der Pflegestufen in der häuslichen Pflege nach Jahr und Geschlecht (Pflegegeld, Pflegesachleistung und Kombileistungen).....	44
Abbildung 7: Verteilung der Pflegestufen in der häuslichen Pflege nach Jahr und Geschlecht (ausschließlich Pflegegeld).....	45
Abbildung 8: Verteilung der Pflegestufen in der häuslichen Pflege nach Jahr und Geschlecht (ausschließlich Pflegesachleistung).....	46
Abbildung 9: Verteilung der Pflegestufen in der häuslichen Pflege (ausschließlich Kombinationsleistungen).....	47
Abbildung 10: Verteilung der Pflegestufen in der stationären Pflege nach Jahr und Geschlecht.....	49
Abbildung 11: Prävalenzen von Männern (alle Pflegest.) nach Altersgruppen und Jahr.....	52
Abbildung 12: Prävalenzen von Frauen (alle Pflegest.) nach Altersgruppen und Jahr.....	52
Abbildung 13: Prävalenzen von Männern (Pflegest. I) nach Altersgruppen und Jahr.....	53
Abbildung 14: Prävalenzen von Frauen (Pflegest. I) nach Altersgruppen und Jahr.....	53
Abbildung 15: Prävalenzen von Männern (Pflegest. II) nach Altersgruppen und Jahr.....	54
Abbildung 16: Prävalenzen von Frauen (Pflegest. II) nach Altersgruppen und Jahr.....	54
Abbildung 17: Prävalenzen von Männern (Pflegest. III) nach Altersgruppen und Jahr.....	55
Abbildung 18: Prävalenzen von Frauen (Pflegest. III) nach Altersgruppen und Jahr.....	55
Abbildung 19: Prävalenzen von Männern über Alter 60 nach Pflegestufen und Jahr.....	56
Abbildung 20: Prävalenzen von Frauen über Alter 60 nach Pflegestufen und Jahr.....	56

Abbildung 21: Verteilung der bewilligten Pflegestufen bei ambulanten und stationären Erstbegutachtungen nach Jahr	60
Abbildung 22: Pflegepersonen nach Alter und Geschlecht	69
Abbildung 23: Entwicklung der durchschnittlichen Heimentgelte pro Tag (Pflegeheime aller Träger).....	76
Abbildung 24: Entwicklung der durchschnittlichen Heimentgelte der Pflegeklasse I nach Trägerschaft	78
Abbildung 25: Entwicklung der durchschnittlichen Heimentgelte der Pflegeklasse II nach Träger.....	79
Abbildung 26: Entwicklung der durchschnittlichen Heimentgelte der Pflegeklasse III nach Träger.....	79
Abbildung 27: Prävalenzen nach Altersgruppen und Geschlecht 2007	93
Abbildung 28: Prävalenzen nach Altersgruppen, Geschlecht und Pflegestufen 2007 ..	94
Abbildung 29: Anteil der Pflegebedürftigen der im Jahr 2007 Verstorbenen.....	101
Abbildung 30: Anteil Pflegebedürftiger der 2007 Verstorbenen nach Alter und Jahren vor dem Tod (Gesamt).....	103
Abbildung 31: Anteil Pflegebedürftiger der 2007 Verstorbenen nach Alter und Jahren vor dem Tod (Männer)	104
Abbildung 32: Anteil Pflegebedürftiger der 2007 Verstorbenen nach Alter und Jahren vor dem Tod (Frauen).....	104
Abbildung 33: Überlebenszeit nach Eintritt in Pflegestufe I-III.....	108
Abbildung 34: Überlebenszeit nach Eintritt in Pflegestufe I	109
Abbildung 35: Überlebenszeit nach Eintritt in Pflegestufe II	110
Abbildung 36: Überlebenszeit nach Eintritt in Pflegestufe III.....	111
Abbildung 37: Pflegeverlauf nach Eintritt in Pflegestufe I-III (Männer)	112
Abbildung 38: Pflegeverlauf nach Eintritt in Pflegestufe I-III (Frauen).....	112
Abbildung 39: Pflegeverlauf nach Eintritt in Pflegestufe I (Männer).....	115
Abbildung 40: Pflegeverlauf nach Eintritt in Pflegestufe I (Frauen)	115
Abbildung 41: Pflegeverlauf nach Eintritt in Pflegestufe II (Männer)	116
Abbildung 42: Pflegeverlauf nach Eintritt in Pflegestufe II (Frauen).....	116
Abbildung 43: Pflegeverlauf nach Eintritt in Pflegestufe III (Männer).....	117
Abbildung 44: Pflegeverlauf nach Eintritt in Pflegestufe III (Frauen)	117

Abbildung 45: Pflegeverläufe nach Pflegestufen (Männer).....	121
Abbildung 46: Pflegeverläufe nach Pflegestufen (Frauen).....	121
Abbildung 47: Pflegeleistungen nach Eintritt in die Pflegebedürftigkeit (Männer) ...	127
Abbildung 48: Pflegeleistungen nach Eintritt in die Pflegebedürftigkeit (Frauen).....	127
Abbildung 49: Pflegeleistungen nach Bezug von Pflegegeld (Männer)	129
Abbildung 50: Pflegeleistungen nach Bezug von Pflegegeld (Frauen)	129
Abbildung 51: Pflegeleistungen nach Bezug von Sachleistungen (Männer)	131
Abbildung 52: Pflegeleistungen nach Bezug von Sachleistungen (Frauen)	131
Abbildung 53: Pflegeleistungen nach Bezug von Kombileistungen (Männer).....	132
Abbildung 54: Pflegeleistungen nach Bezug von Kombileistungen (Frauen)	132
Abbildung 55: Pflegeleistungen nach Bezug von stationären Leistungen (Männer)..	133
Abbildung 56: Pflegeleistungen nach Bezug von stationären Leistungen (Frauen) ...	133
Abbildung 57: Pflegeverläufe nach Pflegeleistungen (Männer).....	137
Abbildung 58: Pflegeverläufe nach Pflegeleistungen (Frauen)	137
Abbildung 59: Bezug von Pflegegeld innerhalb der ersten zwei Jahre.....	142
Abbildung 60 Bezug von Sachleistungen innerhalb der ersten zwei Jahre.....	142
Abbildung 61: Bezug von Kombinationsleistungen innerhalb der ersten zwei Jahre.	143
Abbildung 62: Bezug von stationären Leistungen innerhalb der ersten zwei Jahre....	143
Abbildung 63: Anteil der Überlebenden nach Dauer und Eintrittsjahr (Männer).....	153
Abbildung 64: Anteil der Überlebenden nach Dauer und Eintrittsjahr (Frauen)	153
Abbildung 65: Überlebende nach Dauern, Pflegestufe und Eintrittsjahr (Männer)	154
Abbildung 66: Überlebende nach Dauern, Pflegestufe und Eintrittsjahr (Frauen)	154
Abbildung 67: Sterbeort nach Jahr (Männer)	156
Abbildung 68: Sterbeort nach Jahr (Frauen).....	156
Abbildung 69: Prävalenz von Demenzerkrankungen nach Alter, Geschlecht und SPV- Leistung.....	169
Abbildung 70: Prävalenz von Störungen durch psychotrope Substanzen nach Alter, Geschlecht und SPV-Leistung.....	170
Abbildung 71: Prävalenz von Schizophrenie u. a. nach Alter, Geschlecht und SPV- Leistung.....	171

Abbildung 72: Prävalenz von Depression u. a. nach Alter, Geschlecht und SPV-Leistung.....	172
Abbildung 73: Prävalenz von anderen psychischen Erkrankungen nach Alter, Geschlecht und SPV-Leistung.....	173
Abbildung 74: Prävalenz von Parkinson-Syndromen nach Alter, Geschlecht und SPV-Leistung.....	174
Abbildung 75: Prävalenz von Schlaganfall nach Alter, Geschlecht und SPV-Leistung	175
Abbildung 76: Prävalenz von Herzinfarkt nach Alter, Geschlecht und SPV-Leistung.....	176
Abbildung 77: Prävalenz von anderen Herz-/Kreislaufkrankungen nach Alter, Geschlecht und SPV-Leistung.....	177
Abbildung 78: Prävalenz von Krebserkrankungen nach Alter, Geschlecht und SPV-Leistung.....	178
Abbildung 79: Prävalenz von muskuloskeletalen Erkrankungen nach Alter, Geschlecht und SPV-Leistung	179
Abbildung 80: Prävalenz von Erkrankungen des urogenitalen Systems nach Alter, Geschlecht und SPV-Leistung.....	180
Abbildung 81: Anzahl der Behandlungsfälle durch Allgemeinmediziner pro Versichertenjahr nach Alter, Geschlecht und SPV-Leistung.....	191
Abbildung 82: Anzahl der Behandlungsfälle durch Internisten pro Versichertenjahr nach Alter, Geschlecht und SPV-Leistung	193
Abbildung 83: Anzahl der Behandlungsfälle durch Neurologen oder Psychiater pro Versichertenjahr nach Alter, Geschlecht und SPV-Leistung.....	195
Abbildung 84: Anzahl der Behandlungsfälle durch Augenärzte pro Versichertenjahr nach Alter, Geschlecht und SPV-Leistung	197
Abbildung 85: Anzahl der Behandlungsfälle durch HNO-Ärzte pro Versichertenjahr nach Alter, Geschlecht und SPV-Leistung	199
Abbildung 86: Anzahl der Behandlungsfälle durch Hautärzte pro Versichertenjahr nach Alter, Geschlecht und SPV-Leistung.....	201
Abbildung 87: Anzahl der Behandlungsfälle durch Orthopäden pro Versichertenjahr nach Alter, Geschlecht und SPV-Leistung	203
Abbildung 88: Anzahl der Behandlungsfälle durch Gynäkologen oder Urologen pro Versichertenjahr nach Alter, Geschlecht und SPV-Leistung.....	205
Abbildung 89: Anzahl der Behandlungsfälle durch Chirurgen pro Versichertenjahr nach Alter, Geschlecht und SPV-Leistung.....	207

Abbildung 90: Anzahl der Behandlungsfälle durch sonstige Ärzte pro Versichertenjahr nach Alter, Geschlecht und SPV-Leistung	209
Abbildung 91: Zahl der verordneten DDD aus der Beers-Liste pro Versichertenjahr nach Alter, Geschlecht und SPV-Leistung	217
Abbildung 92: Zahl der verordneten DDD von Analgetika (ATC N02) pro Versichertenjahr nach Alter, Geschlecht und SPV-Leistung.....	219
Abbildung 93: Zahl der verordneten DDD von Antiparkinsonmitteln (ATC N04) pro Versichertenjahr nach Alter, Geschlecht und SPV-Leistung.....	221
Abbildung 94: Zahl der verordneten DDD von Psycholeptika ATC N05 pro Versichertenjahr nach Alter, Geschlecht und SPV-Leistung.....	223
Abbildung 95: Zahl der verordneten DDD von Antidepressiva (ATC N06A) pro Versichertenjahr nach Alter, Geschlecht und SPV-Leistung.....	225
Abbildung 96: Zahl der verordneten DDD von Antidementiva (ATC N06D) pro Versichertenjahr nach Alter, Geschlecht und SPV-Leistung.....	227
Abbildung 97: Zahl der Aufenthalte in Vorsorge- oder Reha-Kliniken pro Versichertenjahr nach Alter, Geschlecht und SPV-Leistung.....	235
Abbildung 98: Zahl der Physiotherapieleistungen pro Versichertenjahr nach Alter, Geschlecht und SPV-Leistung.....	237
Abbildung 99: Zahl der Ergotherapieleistungen pro Versichertenjahr nach Alter, Geschlecht und SPV-Leistung.....	239
Abbildung 100: Zahl der Logopädieleistungen pro Versichertenjahr nach Alter, Geschlecht und SPV-Leistung.....	241
Abbildung 101: Zahl der voll-, teil-, vor-, nachstationären Krankenhausaufenthalte und ambulanten OP pro Versichertenjahr nach Alter, Geschlecht und SPV-Leistung	245
Abbildung 102: Ambulante Pflegeverläufe nach Pflegestufen (Männer)	289
Abbildung 103: Ambulante Pflegeverläufe nach Pflegestufen (Frauen)	289
Abbildung 104: Ambulant-stationäre Pflegeverläufe nach Pflegestufen (Männer)	293
Abbildung 105: Ambulant-stationäre Pflegeverläufe nach Pflegestufen (Frauen)	293
Abbildung 106: (Ambulant-)stationäre Pflegeverläufe nach Pflegestufen (Männer) .	296
Abbildung 107: (Ambulant-)stationäre Pflegeverläufe nach Pflegestufen (Frauen)...	296
Abbildung 108: Stationäre Pflegeverläufe nach Pflegestufen (Männer).....	298
Abbildung 109: Stationäre Pflegeverläufe nach Pflegestufen (Frauen).....	298
Abbildung 110: Ambulante Pflegeverläufe nach Pflegeleistungen (Männer)	302

Abbildung 111: Ambulante Pflegeverläufe nach Pflegeleistungen (Frauen).....	302
Abbildung 112: Ambulant-stationäre Pflegeverläufe nach Pflegeleistungen (Männer)	305
Abbildung 113: Ambulant-stationäre Pflegeverläufe nach Pflegeleistungen (Frauen)	305
Abbildung 114: (Ambulant-)stationäre Pflegeverläufe nach Pflegeleistungen (Männer)	307
Abbildung 115: (Ambulant-)stationäre Pflegeverläufe nach Pflegeleistungen (Frauen)	307
Abbildung 116: Stationäre Pflegeverläufe nach Pflegeleistungen (Männer).....	309
Abbildung 117: Stationäre Pflegeverläufe nach Pflegeleistungen (Frauen).....	309

8 Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Stufen der Pflegebedürftigkeit.....	18
Tabelle 2: Leistungen der gesetzlichen Pflegeversicherung (Hauptleistungsarten) (ab 01.07.2008).....	19
Tabelle 3: Entwicklung der Pflegebedürftigen in der gesetzlichen Pflegeversicherung nach Pflegestufe	37
Tabelle 4: Entwicklung der Pflegebedürftigen in der Pflegestatistik nach Pflegestufen.....	39
Tabelle 5: Entwicklung der Pflegebedürftigen in der gesetzlichen Pflegeversicherung nach Leistungsart.....	41
Tabelle 6: Entwicklung der Pflegebedürftigen in der Pflegestatistik nach Leistungsart.....	43
Tabelle 7: Entwicklung der Pflegebedürftigen in der häuslichen Pflege nach Pflegestufe (Pflegegeld, Pflegesachleistung und Kombileistungen)	44
Tabelle 8: Die Entwicklung der Pflegebedürftigen in der häuslichen Pflege (ausschließlich Pflegegeld).....	45
Tabelle 9: Die Entwicklung der Pflegebedürftigen in der häuslichen Pflege (ausschließlich Pflegesachleistung).....	46
Tabelle 10: Die Entwicklung der Pflegebedürftigen in der häuslichen Pflege (ausschließlich Kombinationsleistungen).....	47
Tabelle 11: Die Entwicklung der Pflegebedürftigen in der stationären Pflege.....	49
Tabelle 12: Ambulante und stationäre Begutachtungen der Pflegebedürftigkeit nach Gutachtenart (Anteile in Prozent in Klammer).....	59
Tabelle 13: Ambulante und stationäre Erstbegutachtungen.....	60
Tabelle 14: Einstufungen nach Höherstufungs-/Wiederholungsbegutachtungen nach Pflegestufe und Jahr (Anteile in Prozent).....	62
Tabelle 15: Pflegepersonen nach Pflegedauer und Jahr.....	65
Tabelle 16: Pflegepersonen nach Geburtsjahren (Rentenzugangsjahren).....	66
Tabelle 17: Pflegepersonen nach Jahr und Geschlecht.....	67
Tabelle 18: Entwicklung der Anzahl der Pflegeeinrichtungen nach Art und Träger der Einrichtung.....	72
Tabelle 19: Entwicklung der Heime nach Pflegeangebot und Auslastung	73
Tabelle 20: Heimpersonal nach Beschäftigungsverhältnis und Tätigkeitsbereich.....	74
Tabelle 21: Finanzentwicklung der gesetzlichen Pflegeversicherung (in Mrd. €).....	82

Tabelle 22: Finanzentwicklung der privaten Pflegeversicherung (in Mio. €).....	84
Tabelle 23: Empfänger von Hilfe zur Pflege am Jahresende	85
Tabelle 24: Netto-Ausgaben der Sozialhilfe für Hilfe zur Pflege (in Mill. €)	86
Tabelle 25: Leistungsempfänger und Bruttoausgaben der Kriegsopferfürsorge.....	87
Tabelle 26: Ausgaben für Pflegebedürftigkeit nach Finanzierungsquelle in 2005	88
Tabelle 27: Einflussfaktoren für den Eintritt in die Pflegebedürftigkeit 2007.....	97
Tabelle 28: Einflussfaktoren für den Eintritt in ein Pflegeheim 2007	99
Tabelle 29: Ersteintritte in die Pflegebedürftigkeit 2000-2007 nach Geschlecht und Pflegestufe.....	111
Tabelle 30: Ersteintritte in die Pflegebedürftigkeit 2000-2007 nach Geschlecht und Pflegeleistung.....	125
Tabelle 31: Eintritte in die Pflegebedürftigkeit nach Geschlecht, Alter und Jahr.....	148
Tabelle 32: Eintritte in die Pflegebedürftigkeit nach Geschlecht, Pflegestufe und Jahr	149
Tabelle 33: Inzidenz der Pflegebedürftigkeit nach Geschlecht, Alter und Jahr.....	150
Tabelle 34: Schematische Darstellung der Variablenkonstruktion	163
Tabelle 35: Grundauszählung der Versichertenjahre in 2006 in bestimmten Zuständen	165
Tabelle 36: Regressionsmodelle: Behandlungsfälle durch Allgemeinmediziner.....	191
Tabelle 37: Regressionsmodelle: Behandlungsfälle durch Internisten	193
Tabelle 38: Regressionsmodelle: Behandlungsfälle durch Neurologen oder Psychiater	195
Tabelle 39: Regressionsmodelle: Behandlungsfälle durch Augenärzte	197
Tabelle 40: Regressionsmodelle: Behandlungsfälle durch HNO-Ärzte.....	199
Tabelle 41: Regressionsmodelle: Behandlungsfälle durch Hautärzte.....	201
Tabelle 42: Regressionsmodelle: Behandlungsfälle durch Orthopäden.....	203
Tabelle 43: Regressionsmodelle: Behandlungsfälle durch Gynäkologen oder Urologen	205
Tabelle 44: Regressionsmodelle: Behandlungsfälle durch Chirurgen	207
Tabelle 45: Regressionsmodelle: Behandlungsfälle durch sonstige Ärzte	209
Tabelle 46: Behandlungsfälle pro Versichertenjahr durch Psychiater/Neurologen bei Pflegebedürftigen in stationären Pflege mit psychischen Krankheiten.....	211

Tabelle 47: Bewertung der ärztlichen Versorgung im Pflegeheim im Überblick	213
Tabelle 48: Regressionsmodelle: Arzneimittel aus der Beers-Liste	217
Tabelle 49: Regressionsmodelle: Verordnung von Analgetika	219
Tabelle 50: Regressionsmodelle: Verordnung von Antiparkinsonmitteln	221
Tabelle 51: Regressionsmodelle: Verordnung von Psycholeptika	223
Tabelle 52: Regressionsmodelle: Verordnung von Antidepressiva	225
Tabelle 53: Regressionsmodelle: Verordnung von Antidementiva	227
Tabelle 54 :Bewertung der Arzneimittelversorgung im Pflegeheim im Überblick.....	230
Tabelle 55: Regressionsmodelle: stationäre Vorsorge/Rehabilitation	235
Tabelle 56: Regressionsmodelle: Physiotherapie	237
Tabelle 57: Regressionsmodelle: Ergotherapie	239
Tabelle 58: Regressionsmodelle: Logopädie	241
Tabelle 59 :Bewertung der rehabilitativen Maßnahmen im Pflegeheim im Überblick	243
Tabelle 60: Regressionsmodelle: Krankenhausaufenthalte	245

9 Anhang

9.1 Spezielle Pflegeverläufe nach Pflegestufen

9.1.1 Ambulante Pflegeverläufe

Die Pflegekarrieren von Pflegebedürftigen, die ausschließlich ambulant versorgt werden, zeigen sich in Abbildung 102 und Abbildung 103. Bei diesen Pflegebedürftigen handelt es sich um Personen, die im Beobachtungszeitraum niemals stationäre Leistungen gemäß des SGB XI beziehen. Die wichtigste Voraussetzung für eine derartige ambulante Versorgung – also der Wahrung einer Lebensführung im Privathaushalt – bei Vorliegen von Pflegebedürftigkeit, bildet laut Schneekloth (2005: 74) die „Verfügbarkeit über ein belastbares familiäres Unterstützungsnetzwerk mit einer privaten Hauptpflegeperson“, welches den notwendigen Hilfe- und Pflegebedarf absichert. Denn gerade durch ein derartiges Netzwerk können z. B. Heimübergänge zeitlich aufgeschoben oder gar gänzlich vermieden werden.

Wie die Abbildung 102 zeigt, haben 4.891 Männer einen solchen ambulanten Pflegeverlauf. Von diesen treten 52,7% mit der Pflegestufe I, 34,8% mit Pflegestufe II und 12,5% mit der Pflegestufe III in die Pflegebedürftigkeit ein. Drei Monate nach diesem Zeitpunkt ist lediglich eine geringe Anzahl von Pflegestufenwechseln zu verzeichnen; zugleich sind 734 (15,0%) Männer verstorben, während die anderen Anteile in den drei Pflegestufen relativ stabil bleiben. Dieses Bild ändert sich schließlich nach dem ersten halben Jahr. Auffällig ist hier zunächst das erhöhte Mortalitätsrisiko: So versterben von den 2.418 Männern in Pflegestufe I 361 (=14,9%), von den 1.324 Männern in Pflegestufe II 583 (=44,0%) und von den 375 Männern in Pflegestufe III 291 (=77,6%).

Im Großen und Ganzen können aber nach den ersten drei Monaten vermehrt Wechsel von Pflegestufe I in Pflegestufe II festgestellt werden, z. B. zwischen dem 6. und 12. Monat, einem Zeitraum, innerhalb dessen von den 1.919 Männern in Pflegestufe I 134 (=7,0%) in Pflegestufe II wechseln. Wechsel von Pflegestufe II in Pflegestufe III treten hingegen seltener auf. Zugleich fällt auf, dass in diesem Zeitraum immer ein relativer Anteil von Pflegebedürftigen aus allen drei Pflegestufen verstirbt: Zwischen dem 6. und 12. Monat sind dies von den 1.919 Männern in Pflegestufe I 236 (=12,3%), von den 798 Männern in Pflegestufe II 170 (=21,3%) und von den 136 Männern in Pflegestufe III 55 (=40,4%).

Darüber hinaus kann für den Gesamtzeitraum ebenso festgehalten werden, dass es einem geringen Teil der männlichen Pflegebedürftigen gelingt, ihren Gesundheitszustand insofern zu verbessern, als keine offiziellen Pflegeleistungen mehr notwendig werden.

Nach 24 Monaten befinden sich von den ursprünglichen 4.891 Männern 21,5% in Pflegestufe I, 12,5% in Pflegestufe II und 2,9% in Pflegestufe III. Während 1,8% gar keine Pflegestufe mehr anerkannt wurde, beträgt der Anteil der Verstorbenen 61,3%.

Abbildung 102: Ambulante Pflegeverläufe nach Pflegestufen (Männer)

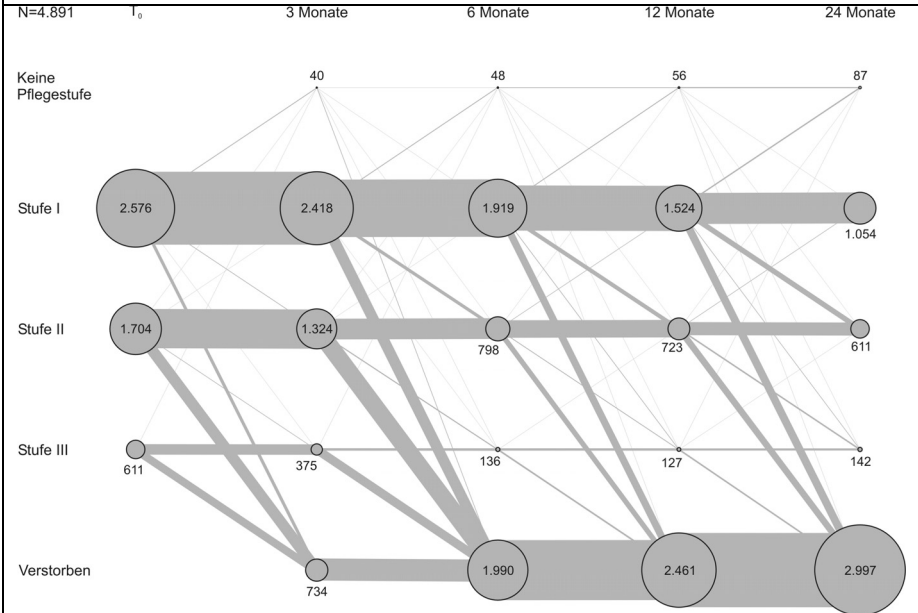
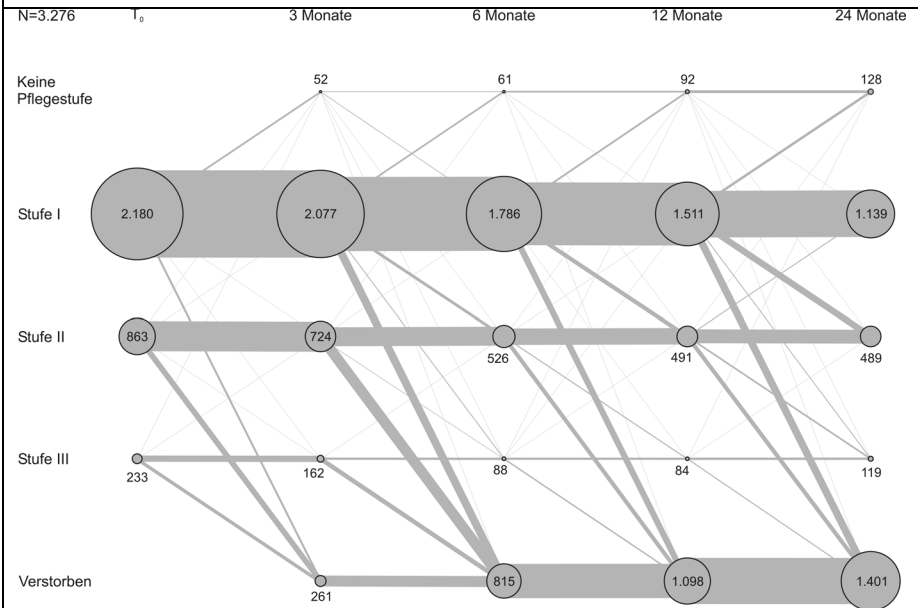


Abbildung 103: Ambulante Pflegeverläufe nach Pflegestufen (Frauen)



Damit scheinen die ambulanten Pflegeverläufe vor allem in der Pflegestufe I etwas stabiler auszufallen als es für die allgemeinen Pflegeverläufe (Abschnitt 4.3.3) der Fall ist. Für die Pflegestufe II und die Pflegestufe III gilt dies allerdings nicht.

Sehr ähnlich sehen die Ergebnisse für die Frauen aus. Diese können der Abbildung 103 entnommen werden. 3.276 pflegebedürftige Frauen haben einen ausschließlich ambulanten Pflegeverlauf. Von diesen befinden sich am Anfang 66,5% in Pflegestufe I, 26,3% in Pflegestufe II und 7,1% in Pflegestufe III. Im Anschluss daran zeigt sich, wie bei den männlichen Pflegebedürftigen, dass es innerhalb der ersten drei Monate nur sehr seltenen zu Pflegestufenwechseln kommt. Zugleich ist in diesem Zeitraum das Sterblichkeitsrisiko der Frauen deutlich niedriger als das der Männer. Nur 261 Frauen sind nach den ersten drei Monaten verstorben. Der relative Anteil der Verstorbenen an allen Pflegebedürftigen liegt damit bei 8,0%. Dagegen ist, wie bei den Männern, die Sterblichkeit nach dem ersten halben Jahr besonders ausgeprägt. Hier versterben zwischen dem 3. und dem 6. Monat von den 2.077 Frauen in Pflegestufe I 186 (=9,0%), von den 724 Frauen in Pflegestufe II 252 (=34,8%) und von den 162 Frauen in Pflegestufe III 106 (=65,4%), womit die Sterblichkeit aber dennoch deutlich und derjenigen der Männer liegt.

Des Weiteren ist über den gesamten Beobachtungszeitraum festzustellen, dass insbesondere Höherstufungen von der Pflegestufe I in die Pflegestufe II zu verzeichnen sind und andere Stufenwechsel nur eine untergeordnete Rolle spielen, so wechseln z. B. zwischen dem 6. und dem 12. Monat von den 1.786 Frauen in Pflegestufe I nur 98 (=5,5%) in Pflegestufe II. Während zusätzlich – wie bei den männlichen Pflegebedürftigen – zu jedem Zeitpunkt ein gewisser Anteil der Pflegebedürftigen verstirbt zwischen dem 6. und 12. Monat beispielsweise von den 1.786 Frauen in Pflegestufe I 144 (=8,1%), von den 526 Frauen in Pflegestufe II 97 (=18,4%) und von den 88 Frauen in Pflegestufe III 32 (=36,4%) – kann jedoch ebenso auf den bekannten Anteil hingewiesen werden, dem es möglich wird, wieder ein selbständiges Leben zu führen. Letztgenannter Anteil nimmt auch bei den Frauen über die beobachteten Zeitpunkte hinweg zu.

Nach zwei Jahren befinden sich schließlich 34,8% der Frauen in Pflegestufe I, 14,9% in Pflegestufe II und 3,6% in Pflegestufe III. Außerdem benötigen 3,9% der Frauen keine Leistungen mehr nach der sozialen Pflegeversicherung. 42,8% sind zu diesem Zeitpunkt verstorben.

Insgesamt kann somit für männliche wie für weibliche Pflegebedürftige festgehalten werden, dass ambulante Pflegekarrieren innerhalb der ersten 24 Monate durch eine *relative Stabilität* gekennzeichnet sind. Demgemäß sind auf der einen Seite nur wenige Rückstufungen innerhalb der drei Pflegestufen zu verzeichnen. Zugleich sind Höherstufungen, im Rahmen von Wiederholungsbegutachtungen durch den MDK, zumeist von Pflegestufe I in Pflegestufe II zu verzeichnen, während Höherstufungen von Pflegestufe II in Pflegestufe III nur in sehr geringerem Umfang auftreten.

Auffallend ist darüber hinaus das erhöhte Mortalitätsrisiko innerhalb der ersten sechs Monate, nach dem erstmaligen Bezug von Pflegeleistungen. Dieses ist bei den Männern

weitaus ausgeprägter als für die Frauen. Wird das erste halbe Jahr jedoch überstanden, so besteht die Möglichkeit, dass sich länger andauernde Pflegekarrieren entwickeln.

Ferner können auch an dieser Stelle grobe Kennzahlen zu den Wechseln zwischen den Pflegestufen herangezogen werden. Insgesamt traten 3.880 Wechsel bei den Männern und 2.174 Wechsel bei den Frauen auf. Von diesen entfallen 685 (Männer) und 506 (Frauen) auf Wechsel innerhalb von Pflegestufen. Die dazugehörige durchschnittliche Anzahl von Übergängen pro Person innerhalb der Pflegestufen liegt für Männer bei 0,14 und für Frauen bei 0,15.

Ambulante Pflegeverläufe verdeutlichen, dass ambulante Pflege in allen Pflegestufen möglich ist. Dies setzt allerdings die notwendigen sozialen und ökonomischen Strukturen in den Privathaushalten voraus. Dabei kommt vor allem den sozialen Netzwerken eine nicht zu unterschätzende Bedeutung zu.

9.1.2 Ambulant-stationäre Pflegeverläufe

Im Anschluss an die untersuchten ambulanten Pflegekarrieren, sollen in diesem Abschnitt diejenigen Pflegebedürftigen analysiert werden, die ambulant-stationäre Pflegeverläufe aufweisen. Es handelt sich somit um solche Pflegebedürftige, die zunächst ambulant gepflegt werden und später in Einrichtungen der stationären Pflege überwechseln.⁶⁴

Abbildung 104 verdeutlicht die Pflegeverläufe für männliche Pflegebedürftige dieser Gruppe. Diese Pflegekarrieren unterscheiden sich in erheblichem Maße von den ambulanten Pflegekarrieren. Dies liegt vor allem daran, dass bei den ambulant-stationären Karrieren große Zeiträume vergehen können, bis Übergänge in stationäre Einrichtungen stattfinden. Charakteristisch wird dies auf den ersten Blick in Abbildung 104 daran deutlich, dass die unteren Pflegestufen – insbesondere Pflegestufe I – überwiegen und dass das Sterblichkeitsrisiko erheblich geringer ausfällt als bei den ausschließlich ambulanten Pflegeverläufen. Dieses geringere Sterblichkeitsrisiko ist u. a. auf die besondere Definition der ambulant-stationären Pflegeverläufe zurückzuführen. Schließlich muss erst einmal eine gewisse Zeitspanne verstreichen, bis Übergänge in Pflegeheime stattfinden können und in dieser Zeit können die Pflegebedürftigen nicht versterben.

Somit beginnen von den 1.252 männlichen Pflegebedürftigen 69,2% in Pflegestufe I, 26,8% in Pflegestufe II und nur 4,1% in Pflegestufe III. Nach diesem Zeitpunkt verändern sich die meisten Anteile in den Pflegestufen erkennbar: Es kommt nach den ersten sechs Monaten vermehrt zu Stufenwechseln von der Pflegestufe I in Pflegestufe II, aber ebenso treten deutlich – wenngleich in geringerem Umfang – Wechsel von Pflegestufe II in Pflegestufe III auf. So wechseln z. B. zwischen dem 6. und 12. Monat von den 665 Männern in Pflegestufe I 109 (=16,4%) in Pflegestufe II und von den 327 Männern in Pflegestufe II 26 (=8,0%) in Pflegestufe III. Diese Anteile in den Höherstufungen sind

⁶⁴ Diese Übergänge in stationäre Einrichtungen müssen in den nachstehenden Analysen jedoch *nicht* innerhalb der ersten zwei Jahre nach Eintritt in die Pflegebedürftigkeit geschehen. Zu den Gründen für einen Heimeintritt siehe Abschnitt 4.2.2.

somit weit stärker ausgeprägt, als bei den ambulanten Pflegekarrieren und könnten auf den steigenden Pflegebedarf hinweisen, der einen Heimeintritt immer wahrscheinlicher werden lässt.

Ferner sind jedoch ebenfalls vereinzelte Rückstufungen möglich. Nichtsdestotrotz bleiben die Höherstufungen vorherrschend. Daher geht zugleich der Anteil der Männer, dem eine selbständige Lebensführung im Zeitverlauf zurück, während die Anteile in den Höherstufungen im Zeitverlauf zunehmen. Diese Zunahme im Pflegebedarf wird besonders im Zeitraum nach den ersten zwölf Monaten deutlich. Hier kommt es zu starken Übergängen von der Pflegestufe I in die Pflegestufe II. Zudem liegt das Sterblichkeitsrisiko durchweg unter demjenigen der Männer mit lediglich ambulanten Pflegeverläufen.

Nach 24 Monaten verteilen sich schließlich die Anteile wie folgt: 23,0% der Männer befinden sich nunmehr in Pflegestufe I, 26,0% in Pflegestufe II und 8,1% in Pflegestufe III. Während nur 1,5% keine Pflegestufe mehr durch den MDK anerkannt wurde und damit gesundheitliche Verbesserungen zu verzeichnen sind, liegt der Anteil der verstorbenen Pflegebedürftigen bei 41,3%.

Ferner unterscheiden sich nach 24 Monaten die ambulant-stationären Pflegeverläufe von den ambulanten Pflegeverläufen in der Anzahl der Pflegebedürftigen, die keine Leistungen mehr nach der Sozialen Pflegeversicherung erhalten: Der Trend der Zunahme von Personen die nicht mehr „pflegebedürftig“ sind, nimmt bei den Letztgenannten zu. Dies ist für die ambulant-stationären Verläufe nicht der Fall, vielmehr trifft hier das Gegenteil zu.

Ähnliche Ergebnisse können für die Frauen der Abbildung 105 entnommen werden. Dabei wird deutlich, dass die Überlebenschancen noch weit höher liegen als bei den Männern. Außerdem sind zu Beginn die Anteile in den unteren Pflegestufen noch ausgeprägter: 78,3% der pflegebedürftigen Frauen sind am Anfang ihrer ambulant-stationären Pflegekarriere der Pflegestufe I, 20,3% der Pflegestufe II und lediglich 1,4% der Pflegestufe III zuzuordnen. Im Anschluss daran sind die folgenden Pflegeverläufe im gesamten Beobachtungszeitraum recht stabil und durch sehr hohe Überlebenschancen charakterisiert. Nach dem ersten halben Jahr zeigen sich insbesondere Höherstufungen von der Pflegestufe I in Pflegestufe II sowie teilweise Höherstufungen von der Pflegestufe II in Pflegestufe III. Zwischen dem 6. und 12. Monat wechseln z. B. von den 984 Frauen in Pflegestufe I 126 (=12,8%) in Pflegestufe II und von den 337 Frauen in Pflegestufe II 15 (=4,5%) in Pflegestufe III. Diese Anteile von Höherstufungen nehmen im Zeitverlauf sogar noch zu. Damit verdeutlicht sich bei diesen Verläufen ebenso für die Frauen, die Tendenz der Zunahme des Pflegebedarfs im Zeitverlauf. Dies wird besonders durch die eindrucksvollen Höherstufungen von der Pflegestufe I in Pflegestufe II ersichtlich.

Abbildung 104: Ambulant-stationäre Pflegeverläufe nach Pflegestufen (Männer)

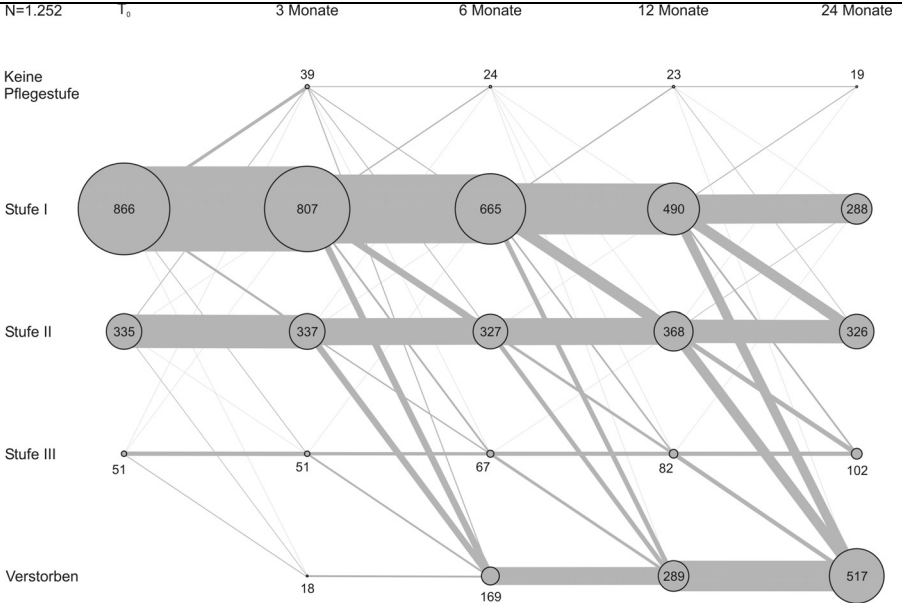
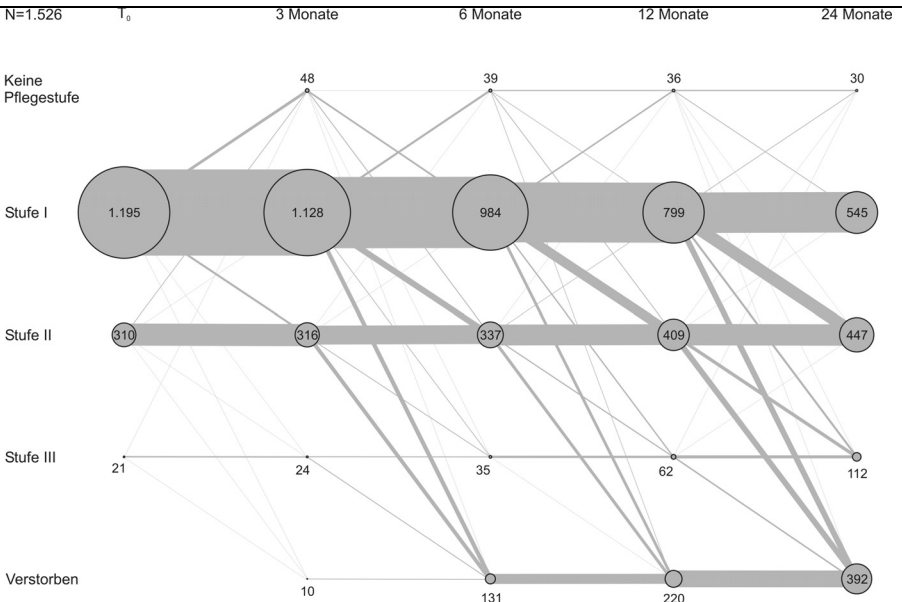


Abbildung 105: Ambulant-stationäre Pflegeverläufe nach Pflegestufen (Frauen)



Selbst nach den ersten 24 Monaten in der Pflegebedürftigkeit befindet sich noch ein Großteil der pflegebedürftigen Frauen in einer Pflegestufe. Hier befinden sich 35,7% in Pflegestufe I, 29,3% in Pflegestufe II und 7,3% in Pflegestufe III. Auf Grund des ambulant-stationären Verlaufs gelingt nach 24 Monaten nur 2,0% der Pflegebedürftigen eine Rückkehr in die selbständige Lebensführung. Obwohl zu diesem Zeitpunkt überdies ein Anteil von 25,7% vor dem Erreichen des zweiten Jahres verstorben ist, sind – wie bereits erwähnt – für die Überlebenden die Chancen für eine weitere langfristige Pflegekarriere sehr hoch.

Insgesamt präsentieren sich damit die ambulant-stationären Pflegeverläufe für Männer wie für Frauen in den ersten zwei Jahren nach Anerkennung einer Pflegestufe durch den MDK als recht beständig. Allerdings muss neben dem niedrigen Sterblichkeitsrisiko die im Zeitverlauf zunehmende Bedeutung des Pflegebedarfs herausgestellt werden. Dieser wird vor allem an den starken Wechseln von Pflegestufe I in Pflegestufe II deutlich, aber auch durch ein erhöhtes Sterblichkeitsrisiko nach 24 Monaten.

Betrachtet man wieder die gewohnten Kennzahlen zu den Wechselhäufigkeiten, so finden bei den ambulant-stationären Verläufen insgesamt 1.091 (Männer) und 1.122 (Frauen) Wechsel statt, davon 457 (Männer) und 542 (Frauen) innerhalb von Pflegestufen. Die durchschnittliche Anzahl von Wechseln pro Person liegt für die Männer bei 0,37 und für die Frauen bei 0,36. Aus diesen Werten lässt sich schließen, dass es innerhalb der ersten zwei Jahre nach dem Beginn ambulant-stationärer Pflege nur zu wenigen Stufenwechseln kommt.

9.1.3 (Ambulant-)stationäre Pflegeverläufe

Nachdem im vorherigen Abschnitt ambulant-stationäre Pflegekarrieren betrachtet wurden, stellt sich nun die Frage, welchen weiteren Verlauf diese nehmen, wenn es zum tatsächlichen Eintritt in Einrichtungen der stationären Altenpflege gekommen ist. Bei der hier betrachteten Gruppe handelt es sich demnach um Pflegebedürftige, die nach einer Phase der ambulanten Versorgung stationäre Pflegeleistungen in Anspruch nehmen müssen. Berücksichtigt wird dabei an dieser Stelle jedoch nur der Zeitverlauf ab dem Eintritt in die stationäre Pflege. Die folgenden Ergebnisse können damit als Fortsetzung der Analysen des vorherigen Abschnitts angesehen werden.

Wie bisher, werden zunächst in Abbildung 106 die ferneren Verläufe pflegebedürftiger Männer ausgewiesen. Dabei kann auf den ersten Blick gesehen werden, dass nun – im Vergleich zu den Pflegeverläufen in Abschnitt 0 – das Sterblichkeitsgeschehen erheblich zugenommen hat und die Pflegestufen bei Eintritt in stationäre Pflegeeinrichtungen erkennbar höher ausfallen. So liegen nunmehr die relativen Anteile der Pflegestufen am Anfang der Heimkarriere bei 37,3% in Pflegestufe I, 45,3% in Pflegestufe II und 17,4% in Pflegestufe III. Zudem ist das Sterblichkeitsrisiko schon innerhalb der ersten drei Monate recht ausgeprägt: 151 von 963 Pflegebedürftigen, also 15,7% erleben den dritten Monat nicht. Zugleich ist das Mortalitätsrisiko zwischen dem 3. und dem 6. Monat besonders hoch: Innerhalb dieses Zeitraums versterben von den 300 Männern in Pflegestufe I 68 (=22,7%), von den 372 Männern in Pflegestufe II 103 (=27,7%) und von den 136 Männern in Pflegestufe III 42 (=30,9%).

Ab dem dritten Monat kommt es zudem recht häufig zu Höherstufungen von der Pflegestufe I in Pflegestufe II und von der Pflegestufe II in Pflegestufe III. Zugleich sind sämtliche berücksichtigte Zeitpunkte durch hohe Anteile von Sterbefällen gekennzeichnet. So wechseln z. B. zwischen dem 6. und 12. Monat von den 187 Männern in Pflegestufe I 20 (=10,7%) in Pflegestufe II und von den 274 Männern in Pflegestufe II 238 (=8,4%) in Pflegestufe III. Im gleichen Zeitraum versterben 33 (=17,6%) der Männer aus Pflegestufe I, 56 (=20,4%) der Männer aus Pflegestufe II und 49 (=38,3%) der Männer aus Pflegestufe III.

Zu Rückstufungen bezüglich der Pflegestufen kommt es im Gegensatz dazu in Pflegeheimen nur in vereinzelten Fällen. Gleiches gilt für die wenigen Personen, die keine Pflegeleistungen mehr nach dem SGB XI in Anspruch nehmen. Bei Ihnen handelt es sich eher um vereinzelte Ausnahmen.

Dem entsprechend fallen die verschiedenen Anteilswerte zwei Jahre nach dem erstmaligen Eintritt in die stationäre Pflege folgendermaßen aus: Nur noch 8,6% befinden sich in Pflegestufe I, 14,6% in Pflegestufe II und 8,5% in Pflegestufe III. Äußerst gering liegt der Anteil der Personen ohne Pflegestufe (0,8%), während der Anteil der Verstorbenen mit 67,4% sehr hoch ausfällt.

In Abbildung 107 können die entsprechenden Ergebnisse für die Frauen entnommen werden. Dabei ist auffällig, dass – wie zu vermuten – vorerst das Sterblichkeitsrisiko ersichtlich unter demjenigen der Männer liegt. Dies liegt u. a. daran, dass Frauen beim Übergang in ein Pflegeheim eher eine niedrige bis mittlere Pflegestufe aufweisen. So liegen die dazugehörigen Werte in den einzelnen Pflegestufen bei 50,6% (Pflegestufe I), 42,3% (Pflegestufe II) und 7,1%.

Nach Eintritt in ein Pflegeheim gestalten sich die weiteren Pflegeverläufe ähnlich zu denen der Männer. Allerdings fallen für die Frauen von Anfang an die Überlebenschancen besser aus. So liegt nach den ersten 3 Monaten der Anteil der Verstorbenen mit 7,7% in etwa nur halb so hoch wie bei den Männern. Trotzdem fällt auch bei den Frauen das besonders hohe Sterblichkeitsrisiko im ersten halben Jahr auf. Demnach versterben zwischen dem 3. und dem 6. Monat von den 525 Frauen in Pflegestufe I 64 (=12,2%), von den 444 Frauen in Pflegestufe II 111 (=25,0%) und von den 88 Frauen in Pflegestufe III 30 (=34,1%).

Darüber hinaus sind die Wechsel zwischen den Pflegestufen für die Frauen erkennbar ausgeprägter als für die Männer, wobei aber auch hier die Höherstufungen von Pflegestufe I in die Pflegestufe II und von der Pflegestufe II in die Pflegestufe III vorherrschend sind. Zwischen dem 6. und dem 12. Monat wechseln somit von den 402 Frauen von Pflegestufe I 9,7% (39) in Pflegestufe II und von den 364 Frauen in Pflegestufe II 5,5% (20) in Pflegestufe III. Verstorben sind in diesem Zeitraum 8,2% (33) der Frauen aus Pflegestufe I, 11,0% (40) der Frauen aus Pflegestufe II und 16,7% (13) der Frauen aus Pflegestufe III. In der Zeit danach kommt es weiterhin zu vermehrten Höherstufungen aus allen drei Pflegestufen, sowie zu vermehrten Sterbefällen.

Abbildung 106: (Ambulant-)stationäre Pflegeverläufe nach Pflegestufen (Männer)

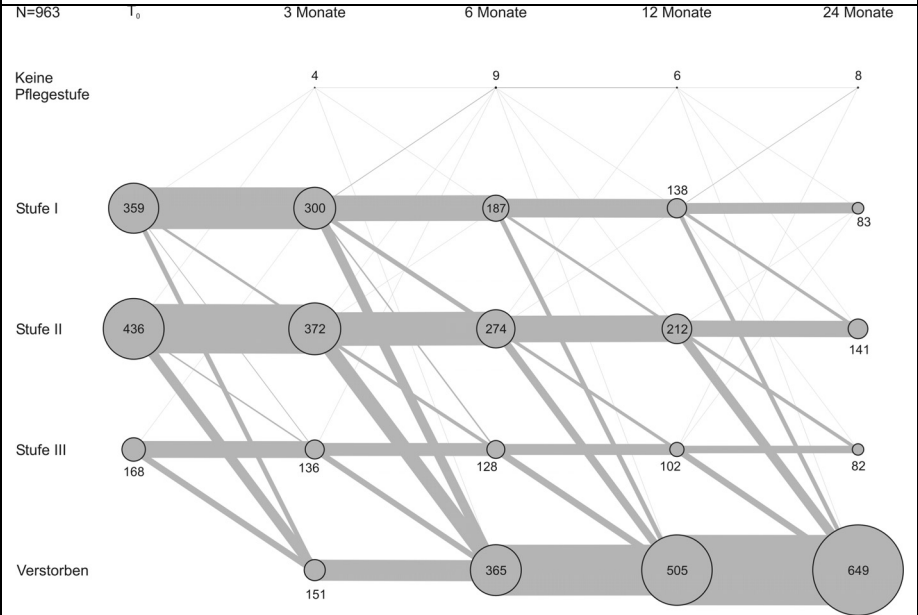
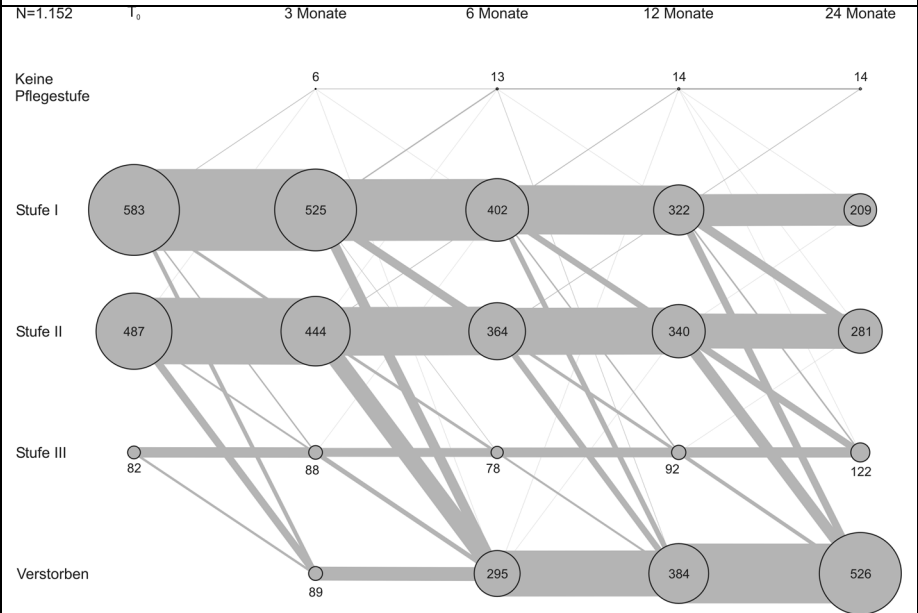


Abbildung 107: (Ambulant-)stationäre Pflegeverläufe nach Pflegestufen (Frauen)



Betrachtet man schließlich die Verteilungen nach 24 Monaten seit Heimantritt, so befinden sich immerhin 18,1% in Pflegestufe I, 24,4% in Pflegestufe II und 10,6% in Pflegestufe III. Der Anteil der Pflegebedürftigen ohne Pflegestufe liegt bei nur 1,2% und bildet damit eine wirkliche Ausnahme. Verstorben sind dagegen etwas weniger als die Hälfte, nämlich 45,7%. Damit liegen die Überlebenschancen, selbst zu diesem späten Zeitpunkt nach Heimeintritt, für die Frauen höher als bei den Männern.

Insgesamt deuten die beschriebenen Pflegeverläufe der Frauen darauf hin, dass längerfristige Heimaufenthalte eher für Frauen wahrscheinlicher sind als für Männern. Für beide Geschlechter gilt jedoch, dass die Möglichkeit einer langfristigen Heimkarriere umso wahrscheinlicher wird, wenn bereits die ersten sechs Monate im Pflegeheim überlebt wurden. Interessant sind darüber hinaus auch die Werte für Wechsel innerhalb der (ambulant-)stationäre Pflegeverläufe: Während insgesamt bei den Männern 876 Wechsel und bei den Frauen 866 Wechsel auftraten, entfielen von diesen 205 (Männer) und 308 (Frauen) auf Wechsel zwischen den drei Pflegestufen. Die durchschnittlichen Wechsel pro Person zwischen den Pflegestufen betragen 0,21 (Männer) und 0,27 (Frauen) und zeigen, dass es auch innerhalb von Pflegeheimen noch immer zu Stufenwechseln kommt.

9.1.4 Stationäre Pflegeverläufe

Nachdem die Analysen in Abschnitt 9.1.3 gezeigt haben, wie typische Pflegeverläufe aussehen, wenn Pflegebedürftige nach vorherigen ambulanten Leistungen in ein Pflegeheim ziehen, stellt sich nun die Frage, wie die Verläufe derjenigen aussehen, die ohne vorheriger ambulanter Pflege, direkt mit der stationären Pflegeleistung ihre Pflegekarriere beginnen.

Diesbezüglich verdeutlicht Abbildung 108 die Ergebnisse für die Männer. Dabei zeigt sich, dass sich die Pflegestufen bei Eintritt ins Pflegeheim wie folgt verteilen: 43,9% in Pflegestufe I, 42,5 in Pflegestufe II und 13,6% in Pflegestufe III. Daraus folgt, dass pflegebedürftige Männer mit stationären Pflegeverläufen in leichtem Umfang mit niedrigeren Pflegestufen in die stationären Einrichtungen eintreten als Männern mit (ambulant-)stationären Pflegeverläufen. Der Anteil der Verstorbenen nach dem dritten Monat fällt dagegen mit 18,1% recht ähnlich aus. Gleichsam zeigt sich ebenfalls das starke Sterblichkeitsrisiko zwischen dem 3. und 6. Monat: so versterben hier von den 340 Männern in Pflegestufe I 57 (=16,8%), von den 308 Männern in Pflegestufe II 107 (=34,7%) und von den 82 Männern in Pflegestufe III 37 (=45,1%).

Darüber hinaus kommt es nach dem dritten Monat zu den bekannten Pflegestufenwechseln: Höherstufungen sind vor allem für die Pflegestufe I und die Pflegestufe II erkennbar. Beispielsweise sind zwischen dem 6. und 12. Monat 17 (=7,2%) von Pflegestufe I in Pflegestufe II und 10 (=4,6%) von Pflegestufe II in Pflegestufe III gewechselt, wobei diese Anteile von Wechseln im Zeitverlauf noch zunehmen.

Abbildung 108: Stationäre Pflegeverläufe nach Pflegestufen (Männer)

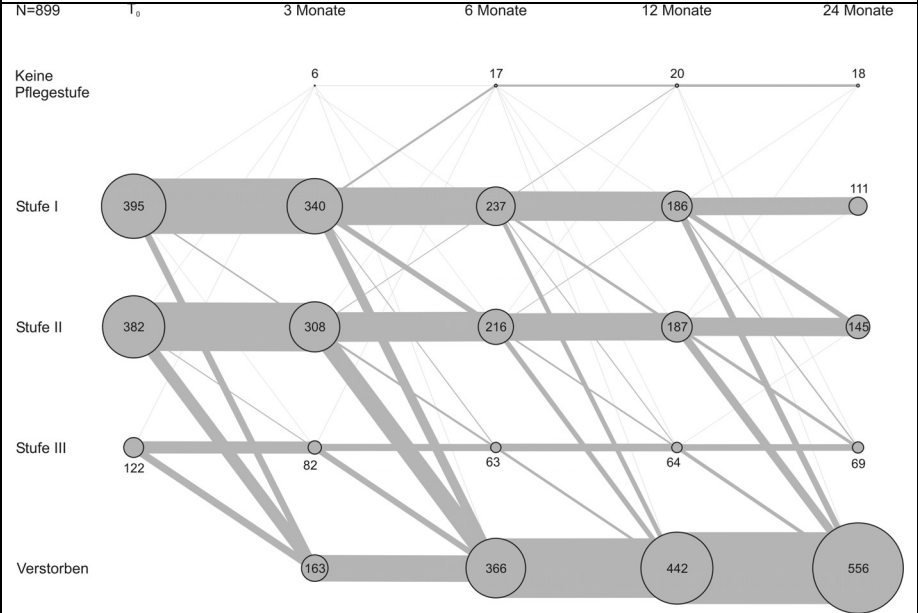
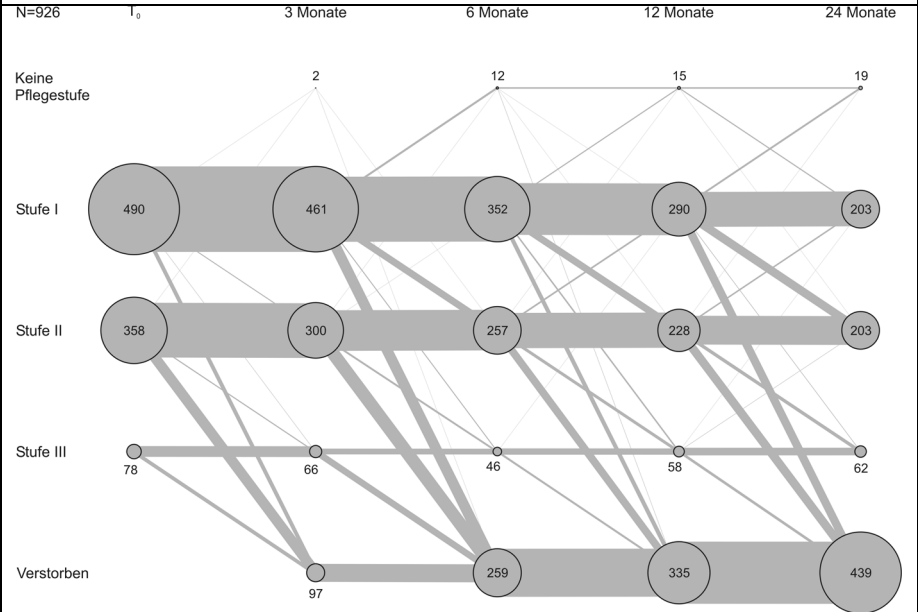


Abbildung 109: Stationäre Pflegeverläufe nach Pflegestufen (Frauen)



Das ebenso zu allen Zeitpunkten wirkende Sterblichkeitsrisiko fällt dagegen für die stationären Pflegekarrieren leicht geringer aus als für die (ambulant)-stationären Pflegekarrieren. Der Anteil der wenigen Fälle, die keinerlei Pflegeleistungen mehr bezieht ist wie bisher äußerst gering.

Aus diesem Grund befinden sich nach dem zweiten Jahr seit Eintritt in die stationären Pflegeeinrichtungen noch 12,3% der Männer in Pflegestufe I, 16,1% in Pflegestufe II und 7,7% in Pflegestufe III. Obwohl sich dieser Werte nur geringfügig von denen der (ambulant)-stationären Verläufe unterscheiden, wird deutlich, dass bei den stationären Verläufen die Überlebenswahrscheinlichkeit höher ausfällt. Hier liegt der Anteil der Verstorbenen bei 61,8%

Daraus kann abgeleitet werden, dass sich die hier untersuchten Pflegekarrieren nur in geringem Maße von den stationären Pflegeverläufen unterscheiden, die zuvor ambulante Leistungen bezogen haben (siehe Abschnitt 9.2.3). Wie ersichtlich, sind jedoch die an dieser Stelle untersuchten Pflegekarrieren durch leicht bessere Überlebenschancen charakterisiert.

Dass diese Zusammenhänge in wenig veränderter Weise auch für die Frauen gelten, lässt sich der Abbildung 109 entnehmen. Dabei zeigt sich, dass ebenso wie die Männer, so auch die Frauen, die direkt in ein Pflegeheim eintreten, günstigere Pflegestufen aufweisen, als die Frauen mit (ambulant)-stationären Pflegekarrieren. So verteilen sich die Erstgenannten wie folgt: 52,9% (Pflegestufe I), 38,7% (Pflegestufe II) und 8,4% (Pflegestufe III). Die Sterblichkeit nach dem dritten Monat fällt mit 10,5 jedoch etwas höher aus. Charakteristisch bleibt das hohe Sterblichkeitsrisiko zwischen dem 3. und 6. Monat: Während dieser Zeitspanne versterben von den 461 Frauen in Pflegestufe I 57 (=12,4%), von den 300 Frauen in Pflegestufe II 69 (=23,0%) und von den 66 Frauen in Pflegestufe III 35 (=53,0%). Damit werden auch bei diesen stationären Pflegekarrieren die besseren Überlebenschancen der Frauen, im Gegensatz zu den Männern, deutlich.

Ferner können auch die typischen Höherstufungen im stationären Bereich festgestellt werden. Dies wird z. B. wiederum zwischen dem 6. und 12. Monat deutlich: Hier wechseln von den 352 Frauen in Pflegestufe I 37 (=10,5%) in Pflegestufe II und von den 257 Frauen in Pflegestufe II 16 (=6,2%) in Pflegestufe III. Rückstufungen kommen dagegen wie bisher nur in sehr geringerem Umfang vor.

Betrachtet man schließlich die Verteilungen nach 24 Monaten, dann wird deutlich, dass sich die Frauen mit ambulant-stationären und stationären Pflegeverläufen nur geringfügig unterscheiden. Nunmehr befinden sich 21,9% in Pflegestufe I, 21,9% in Pflegestufe II und 6,4% in Pflegestufe III. Verstorben sind zu diesem Zeitpunkt 47,4%, womit dieser Wert nur geringfügig unter dem Vergleichswert für die (ambulant)-stationären Verläufe bei Frauen liegt.

Insgesamt zeigen die stationären Pflegeverläufe für Männer und Frauen, dass bei Eintritt in ein Pflegeheim die Pflegestufe I und die Pflegestufe II überwiegen und nicht – wie man vermuten könnte – die Pflegestufe III. Im Anschluss an den Heimeintritt ist dann das erste halbe Jahr durch ein deutlich erhöhtes Sterblichkeitsrisiko charakterisiert. In der Zeit danach zeigen sich dann Pflegekarrieren, die zwar noch durch Höher-

stufungen charakterisiert sind – besonders von Pflegestufe I in Pflegestufe II –, die jedoch ein deutlich geringeres Sterblichkeitsrisiko aufweisen als in den ersten Monaten nach dem Heimeintritt. Die Wechsel betragen zusammen 764 (Männer) und 695 (Frauen). Dabei entfallen 172 (Männer) und 214 (Frauen) Wechsel auf Pflegestufenwechsel. Mit einer durchschnittlichen Anzahl von Pflegestufenwechseln pro Person von 0,19 (Männer) und 0,23 (Frauen) ähneln sich die Werte mit denen der zuvor betrachteten (ambulant-)stationären Pflegeverläufe.

9.2 Spezielle Pflegeverläufe nach Pflegeleistungen

9.2.1 Ambulante Pflegeverläufe

Im Anschluss an den bisherigen Abschnitt, in dem die ersten 24 Monate nach Eintritt in die Pflegebedürftigkeit nach Leistungsarten generell aufgezeigt wurden, werden an dieser Stelle diejenigen pflegebedürftigen Personen betrachtet, die ausschließlich einen ausschließlich ambulanten Pflegeverlauf aufweisen.

In Abbildung 110 sind diesbezüglich die fernerer Pflegekarrieren von 4.423 Männern dargestellt. Wie zu erwarten, bezieht der Großteil dieser Pflegebedürftigen, nämlich 84,1%, zu Beginn des Beobachtungszeitraumes Geldleistungen. Die anderen Leistungsarten sind nur in geringerem Rahmen vertreten. So beziehen 8,0% Sachleistungen und in etwa gleich viele – nämlich 7,9% – Kombinationsleistungen. Im weiteren Verlauf kommt es dann, neben Sterbefällen zu verschiedenen Wechseln zwischen den Leistungsarten.

In Bezug auf die Wechsel von Pflegeleistungen kommt die größte Bedeutung den absoluten Wechseln vom Pflegegeld in die Kombinationsleistungen zu, in geringerem Maße den Sachleistungen. Dies scheint für einige der Männer, mit gestiegenem Pflegeaufwand, eine Möglichkeit zu sein, die ambulante Pflege weiterhin sicherzustellen und damit einen Übergang in ein Pflegeheim zu verhindern. Als Beispiel sei der Zeitraum zwischen dem 6. und 12. Monat betrachtet: Hier wechseln von den 2.110 männlichen Pflegegeldbeziehern 72 (=3,4%) in die Kombinationsleistungen und nur 11 (=0,5%) in die Sachleistungen. Zugleich wechseln einige wenige Männer aus den Kombinationsleistungen dann auch wieder zurück ins Pflegegeld. Allgemein spielt jedoch – bei ambulanter Versorgung – das Pflegegeld zu allen Zeitpunkten die vorherrschende Rolle.

Betrachtet man ferner die Zeitspanne nach dem ersten halben Jahr, dann zeigt sich außerdem ein zu allen Zeitpunkten präsent Sterblichkeitsrisiko für die Bezieher des Pflegegelds, aus denen die Häufigsten Todesfälle resultieren: Zwischen dem 6. und 12. Monat versterben hier beispielsweise 321 (=15,2%) der 2.110 Männer und zwischen dem 12. und 24. Monat versterben 323 (=18,7%) der 1.723 Männer.

Nach zwei Jahren bezieht ein Anteil von 29,3% ein Pflegegeld. Daneben nehmen nur 2,5% Sachleistungen und 5,9% Kombinationsleistungen in Anspruch. Zugleich wurden 1,7% als nicht mehr pflegebedürftig durch den MDK eingestuft und 60,6% der pflegebedürftigen Männer sind nunmehr verstorben.

Sehr ähnlich sehen die Pflegekarrieren in den ersten zwei Jahren für die 2.913 Frauen aus (Abbildung 111). Die relativen Verteilungen zum Beginn der Pflegekarrieren entsprechen mit nur sehr geringfügigen Abweichungen denen der Männer: 82,0% beziehen Geldleistungen, 9,9% Sachleistungen und 8,1% Kombinationsleistungen.

Eine im Vergleich dazu deutlich erhöhte Sterblichkeit ist aber auch bei den Frauen im ersten halben Jahr zu finden; so sind nach drei Monaten 7,2%, nach sechs Monaten 24,2% der Frauen verstorben. Zwischen den 3. und 6. Monat ist dies besonders deutlich: Hier versterben von den 2.121 Pflegegeldbezieherinnen 347 (=16,4%), von den 222 Pflegesachleistungsempfängerinnen 45 (=20,3%) und von den 343 Kombileistungsempfängerinnen 94 (=27,4%).

Im Zeitverlauf sind vor allem Wechsel vom Pflegegeld in die Kombinationsleistung sowie Wechsel von der Kombinationsleistung ins Pflegegeld oder in Sachleistungen von Bedeutung. Zwischen dem 6. und 12. Monat treten beispielsweise folgende wichtige Wechsel auf: aus dem Pflegegeld wechseln 44 (=2,7%) in die Kombinationsleistung, aber nur 13 (=0,8%) in die Pflegesachleistung. Allerdings wechseln auch 29 (=7,8%) aus den Kombinationsleistungen in die Pflegesachleistungen und 37 (=2,3%) der ehemaligen Pflegegeldbezieherinnen beziehen überhaupt keine Pflegeleistungen mehr. Darüber hinaus sterben in diesem Zeitraum auch 159 (=9,7%) der Pflegegeldempfängerinnen während es zwischen dem 12. und 24. Monat 184 (=13%) sind.

Nach 24 Monaten wird noch immer 39,8% der Frauen ein Pflegegeld gewährt. Die Anteile in den anderen Leistungsarten liegen dagegen bei 4,7% (Sachleistungen) und 10,1% (Kombinationsleistungen). Darüber hinaus haben zu diesem Zeitpunkt 3,5% keine gesetzliche Pflegestufe mehr und ein Anteil von 41,9% ist verstorben. In Bezug auf die Überlebenden ist das durch Pflegegeldbezug gekennzeichnete Pflegearrangement damit ziemlich stabil.

Zusammenfassend kann damit für die pflegebedürftigen Männer und Frauen mit ambulanten Pflegekarrieren festgehalten werden, dass nach Eintritt in die Pflegebedürftigkeit insbesondere dem Pflegegeld eine herausragende Rolle zukommt. Der Bezug von Pflegegeld scheint bei der überwiegenden Anzahl der Pflegebedürftigen die ambulante Pflege in ausreichendem Maße sicherzustellen. Dies liegt vor allem daran, dass der notwendige Pflegebedarf bei dieser besonderen Gruppe anscheinend noch durch die sozialen Netzwerke geleistet wird. Schließlich handelt es sich bei der Mehrheit der Pflegebedürftigen mit ambulanten Pflegeverläufen um Personen, die in erster Linie der Pflegestufe I und in geringerem Umfang der Pflegestufe II zugeordnet werden können, wie dem Abschnitt 9.1.1. entnommen werden kann. Alles in allem kam es bei den ambulanten Pflegeverläufen zu 3.734 (Männer) und 2.174 (Frauen) Wechseln. Die Wechsel die dabei ausschließlich auf Pflegeleistungen entfallen betragen 909 (Männer) und 768 (Frauen). Damit liegt die dazugehörige durchschnittliche Anzahl von Leistungsartenwechseln pro Kopf für die Männer bei 0,21 und für die Frauen bei 0,26.

Abbildung 110: Ambulante Pflegeverläufe nach Pflegeleistungen (Männer)

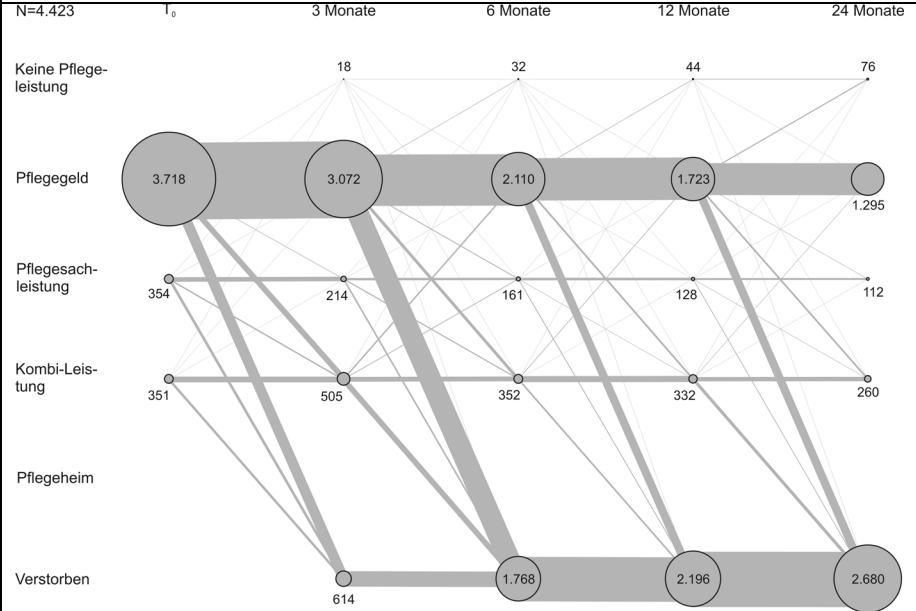
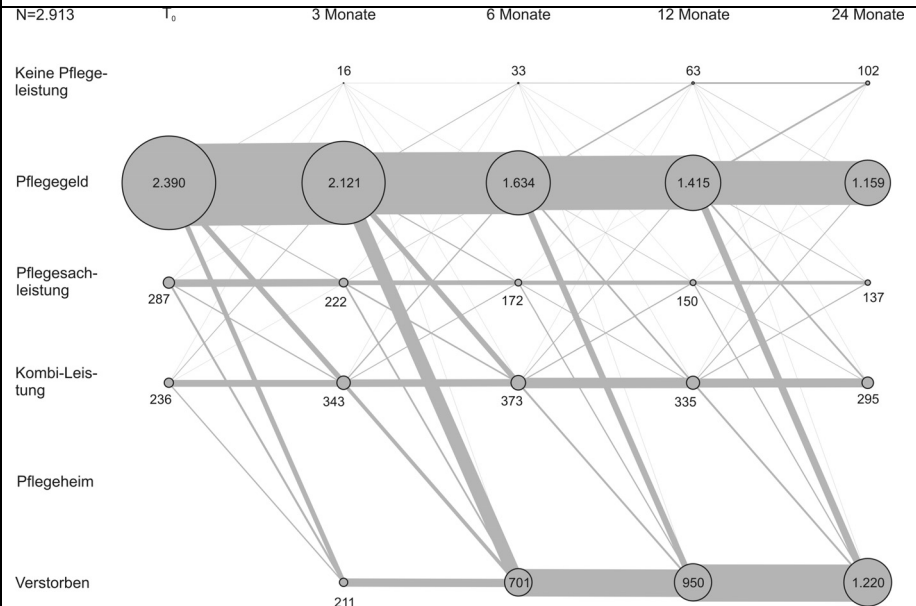


Abbildung 111: Ambulante Pflegeverläufe nach Pflegeleistungen (Frauen)



9.2.2 Ambulant-stationäre Pflegeverläufe

Wurden im vorherigen Abschnitt lediglich pflegebedürftige Personen mit ambulanten Pflegeverläufen untersucht, so steht in diesem Abschnitt eine andere besondere Gruppe Pflegebedürftiger im Mittelpunkt – nämlich pflegebedürftige Personen mit ambulant-stationären Verläufen. Damit handelt es sich um Personen, die zunächst ambulant versorgt werden und dann zu einem späteren Zeitpunkt im Lebensverlauf in ein Pflegeheim umziehen; z. B., weil die vorhandenen sozialen Netzwerke sich verändert haben und/oder den benötigten Pflegeaufwand nicht mehr zu leisten im Stande sind.

In diesem Rahmen zeigt Abbildung 112 zunächst die entsprechenden Pflegeverläufe für 898 Männer. Von diesen sind zu Beginn 81,8% Pflegegeldbezieher, 9,4% beziehen Sachleistungen und 8,8% Kombinationsleistungen. Da nun dem Übergang in ein Heim eine Phase ambulanter Phase vorangeht, ist im Gegensatz zu den bisherigen Pflegeverläufen das Sterblichkeitsrisiko deutlich niedriger – insbesondere im ersten halben Jahr. Nach dem Eintritt in die Pflegebedürftigkeit werden im weiteren zeitlichen Verlauf verschiedene charakteristische Wechsel in den Leistungsarten ersichtlich: Diesbezüglich wechselt ein großer (absoluter) Anteil der Pflegegeld-, Pflegesachleistungs- und Kombinationsleistungsempfänger direkt ins Pflegeheim. Dabei ist jedoch hervorzuheben, dass bei relativer Betrachtung, die häufigsten Heimeintritte aus den Sach- und Kombinationsleistungen erfolgen; Betroffene also möglichst lange versuchen eine ambulante Versorgung sicherzustellen.

Andere wichtige Wechsel bestehen zwischen dem Pflegegeld sowie den Pflegesach- und den Kombinationsleistungen. Sehr deutlich wird dies beispielsweise zwischen dem 3. und dem 6. Monat: In dieser Zeitspanne wechseln von den 642 Pflegegeldbeziehern 100 (=15,6%) direkt ins Pflegeheim, 64 (=10,0%) in Kombileistungen und 18 (=2,8%) in Sachleistungen. Außerdem wechseln von den 148 Kombileistungsbeziehern 18 (=12,2%) ins Heim, 17 (=11,5%) in Sachleistungen und 14 (=9,5%) ins Pflegegeld. Zudem wechselt von den 67 Sachleistungsbeziehern 14 (=20,9%) ebenfalls direkt ins Heim.

Da innerhalb der ersten 24 Monate bereits relativ viele Männer in ein Pflegeheim umgezogen sind – nach sechs Monaten 16,0%, nach dem ersten Jahr 27,5% – nehmen die Anteile der Pflegegeldempfänger deutlich ab. Demgemäß befinden sich nach zwei Jahren 32,0% im Pflegeheim, nur noch 16,8% nehmen Geldleistungen in Anspruch, 4,8% beziehen Sachleistungen und 7,7% Kombinationsleistungen. Verstorben sind nach 24 Monaten 37,4% der Männer und lediglich 1,3% der Männer sind nach 24 Monaten nicht mehr pflegebedürftig im Sinne des SGB XI.

Für weibliche Pflegebedürftige können ähnliche Verhältnisse aufgedeckt werden (Abbildung 113). Insgesamt weisen hier 1.109 Frauen einen ambulant-stationären Pflegeverlauf auf. Von diesen treten 73,9% mit Pflegegeld, 15,8% mit Sachleistungen und 10,3% mit Kombinationsleistungen in die Pflegebedürftigkeit ein. Dabei fällt auf, dass die Frauen zu Anfang ihres Pflegeverlaufs – im Vergleich zu den Männern – anteilmäßig weniger oft Pflegegeld beziehen, während die Anteile für die anderen beiden Leistungsarten etwas höher ausfallen. Sämtliche Übergänge zwischen den einzelnen

Leistungsarten sind dabei deutlich ausgeprägter als bei den Männern. So zeigt sich im Zeitverlauf am auffälligsten, dass es (absolut) sehr viele direkte Wechsel vom Pflegegeld ins Pflegeheim gibt, relativ aber diesbezüglich weitaus häufiger Sach- und Kombinationsleistungen vor dem Heimeintritt bezogen werden. Zudem gibt es auch vermehrt Frauen, die innerhalb der ersten sechs Monate recht häufig – danach seltener – vom Pflegegeld in Sach- und Kombinationsleistungen wechseln, so dass sich ähnliche charakteristische Wege in der Inanspruchnahme von Pflegeleistungen zeigen wie bei den Männern. Zum Vergleich sei wieder die Zeitspanne zwischen dem 3 und dem 6. Monat betrachtet: Nach sechs Monaten sind von den 715 Pflegegeldempfängerinnen 135 (=18,9%) ins Pflegeheim gezogen, 76 (=10,6%) sind in die Kombinationsleistungen und 31 (=4,3%) in die Sachleistungen gewechselt. Darüber hinaus sind von den 181 Kombinationsleistungsempfängerinnen 33 (=18,2%) in ein Pflegeheim umgezogen, während 21 (=11,6%) in Sachleistungen und 12 (=6,6%) in Geldleistungen gewechselt sind. Von den 154 Sachleistungsempfängerinnen sind 40 (=26,0%) direkt in Pflegeheime übersiedelt.

Die Heimeintritte treten damit insgesamt – wie bei diesen Pflegeverläufen per Definition zu erwarten ist – häufig auf: nach sechs Monaten befinden sich von den anfangs ambulant gepflegten Frauen bereits 21,1%, nach einem Jahr 35,5% im Pflegeheim. Dieser Wert liegt nach 24 Monaten bei 43,7%. Ebenfalls beziehen nach 24 Monaten nur noch 18,0% das Pflegegeld, 5,6% eine Sachleistung und 8,5% Kombinationsleistungen. Außerdem liegt zu diesem Zeitpunkt der Anteil der Verstorebenen mit 22,9% weit unter dem vergleichswert der Männer.

Als Ergebnis kann deshalb für männliche wie für weibliche Pflegebedürftige das folgende Bild bezüglich der ambulant-stationären Pflegeverläufe festgehalten werden: Während die meisten pflegebedürftigen Personen das Pflegegeld als erste Leistungsart in Anspruch nehmen, nimmt dieser Anteil in den ersten zwei Jahren nach Pflegeeintritt deutlich ab. Oftmals werden andere Leistungsarten gewählt. Hier kommt es häufig, aus allen betrachteten Leistungsarten, im zugrunde gelegten Zeitraum, zu direkten Umzügen in Pflegeheime. Ebenso kommt es jedoch vor, dass vor einem Heimeintritt zunächst Sach- oder Kombinationsleistungen gewählt werden und erst im Anschluss daran Heimeintritte erfolgen. Daraus lässt sich folgern, dass die Zeiträume zwischen dem erstmaligen Bezug von Pflegeleistungen im ambulanten Bereich und dem späteren Eintritt in ein Pflegeheim (stationäre Leistungen) nicht allzu lange sind: so sind von den Männern mehr als ein Drittel und von den Frauen mehr als die Hälfte bereits nach zwei Jahren in ein Heim umgezogen. Insgesamt kam es zu 1.156 (Männer) und 1.356 (Frauen) Wechseln, von 765 (Männer) und 1.009 (Frauen) auf ausschließlichen Wechseln zwischen Leistungsarten beruhen. Die durchschnittliche Anzahl von Leistungsartenwechseln pro Kopf liegt dabei mit 0,85 (Männer) und 0,91 (Frauen) erkennbar höher als bei den ambulanten Pflegeverläufen. Dies kann unter Umständen daran liegen, dass bei den ambulant-stationären Pflegeverläufen der Pflegebedarf im Laufe der Zeit zunimmt und daher andere Pflegeleistungen in Anspruch genommen werden müssen.

Abbildung 112: Ambulant-stationäre Pflegeverläufe nach Pflegeleistungen (Männer)

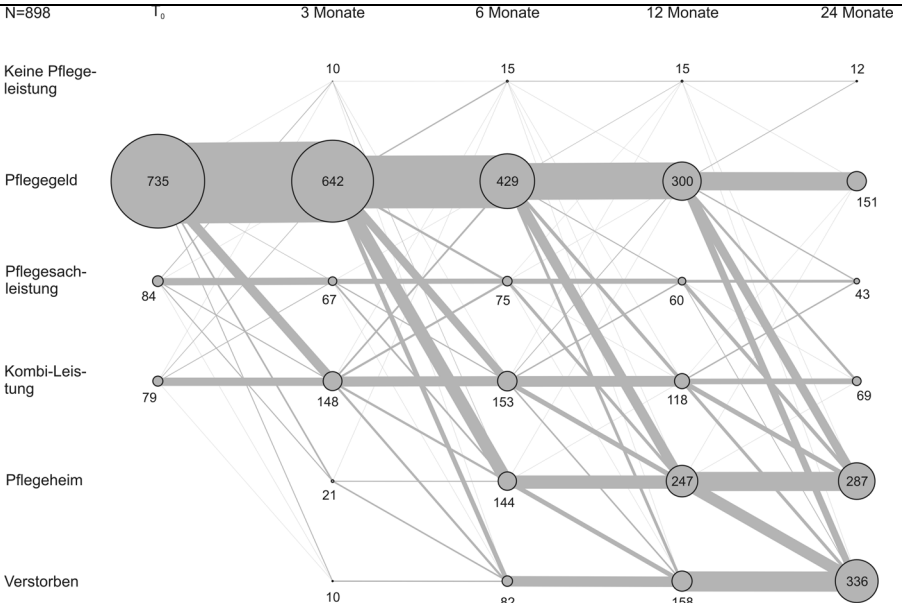
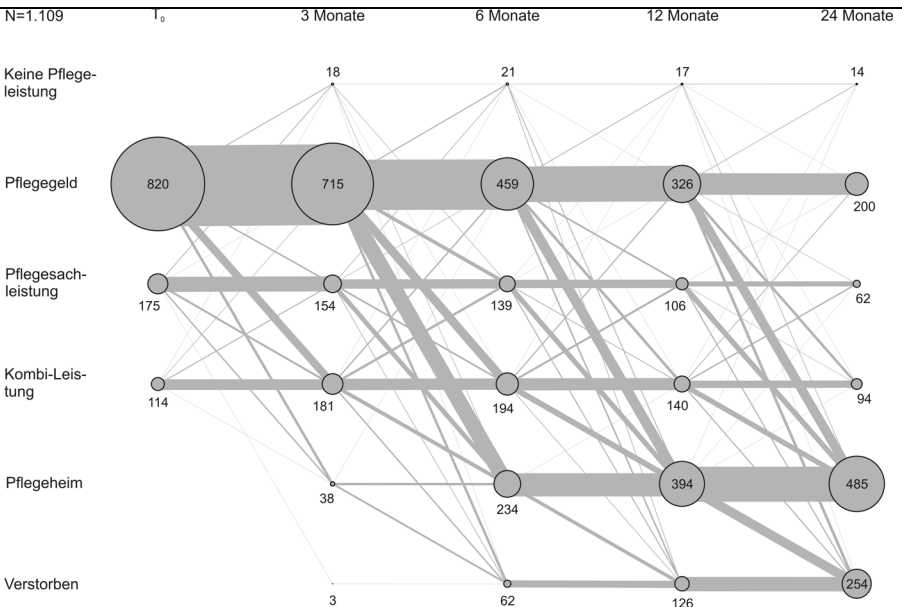


Abbildung 113: Ambulant-stationäre Pflegeverläufe nach Pflegeleistungen (Frauen)



9.2.3 (Ambulant-)stationäre Pflegeverläufe

Anknüpfend an den Heimübergang, auf den zuvor bereits implizit eingegangen wurde, ist es nun von Interesse, wie sich die ambulant-stationären Pflegeverläufe weiter entwickeln, nachdem Pflegebedürftige tatsächlich in ein Pflegeheim gezogen sind. Aus diesem Grunde werden im Folgenden die (ambulant-)stationären Pflegeverläufe näher betrachtet. D.h., es werden die Pflegekarrieren derjenigen Pflegebedürftigen weiter untersucht, die nach einer Phase ambulanter Pflegeleistungen in die stationären Pflegeleistungen gewechselt ist. Dies trifft für 956 Männer und 1.142 Frauen zu.

Wirft man in diesem Rahmen zunächst einen Blick auf Abbildung 114, dann wird relativ schnell sichtbar, dass die pflegebedürftigen Männer, die ins Pflegeheim gelangt sind, nur in wenigen Ausnahmefällen ihre Pflegeleistungen wechseln. Vielmehr ist der Aufenthalt im Pflegeheim dadurch charakterisiert, dass insbesondere im ersten halben Jahr ein erhöhtes Sterblichkeitsrisiko gegeben ist, welches im weiteren Verlauf fortbesteht. So liegt der Anteil der Verstorbenen nach drei Monaten bei 15,8%, nach sechs Monaten bei 38,2% und nach einem Jahr bei 52,4%. Die Übergänge die dabei zwischen dem 3. und 6. Monat stattfinden, sehen im Detail folgendermaßen aus: Von den 782 Männern im Pflegeheim versterben 210 (=26,9%); 13 (=1,7%) sind zum Pflegegeld, 5 (=0,6%) zu den Sachleistungen und 8 (=1,0%) zu den Kombileistungen gewechselt. Außerdem gelingt 7 (=0,9%) Männern der Weg aus dem Pflegeheim in eine selbständige Lebensführung.

Nach zwei Jahren beziehen von den ursprünglichen pflegebedürftigen Männern noch immer 29,6% stationäre Pflegeleistungen. Die Anteile der anderen Leistungsarten liegen zu diesem Zeitpunkt dagegen lediglich zwischen 0,2% bis 1,0%, und 67,5% der Männer sind verstorben.

Die entsprechenden Verläufe für die Frauen können der Abbildung 115 entnommen werden. Dabei zeigt sich ein sehr ähnliches Bild: Wechsel aus dem Pflegeheim in andere Leistungsarten sind eher die Ausnahme, so dass die Heimkarrieren als außerordentlich stabil beschrieben werden können. Allerdings fallen – erwartungsgemäß – die Überlebenschancen für die Heimbewohnerinnen deutlich höher aus als es für die Männer der Fall ist. Nichtsdestotrotz wird auch für Frauen ein hohes Sterblichkeitsrisiko im ersten halben Jahr erkennbar. Nach drei Monaten sind 7,8%, nach sechs Monaten 25,5% und nach einem Jahr 33,3% der Heimbewohnerinnen verstorben. Zwischen dem 3. und 6. Monat finden sich somit folgende Wechsel: Von den 1.034 Heimbewohnerinnen versterben 202 (=19,5%), 16 (=1,5%) wechseln in Geldleistungen, 2 (=0,2%) in Sachleistungen und 6 (=0,6%) in Kombinationsleistungen. Nur 9 (=0,9%) benötigen gar keine Pflegeleistungen mehr.

Im zweiten Jahr nach dem Heimeintritt werden andere Leistungsarten nur von ca. 0,4% bis 1,2% der Frauen bezogen, womit die Anteile eine ähnliche Höhe wie bei den Männern aufweisen. Verstorben sind nach zwei Jahren etwa 45,5% der pflegebedürftigen Frauen, während in etwa die Hälfte (50,7%) weiterhin im Pflegeheim verweilt.

Abbildung 114: (Ambulant-)stationäre Pflegeverläufe nach Pflegeleistungen (Männer)

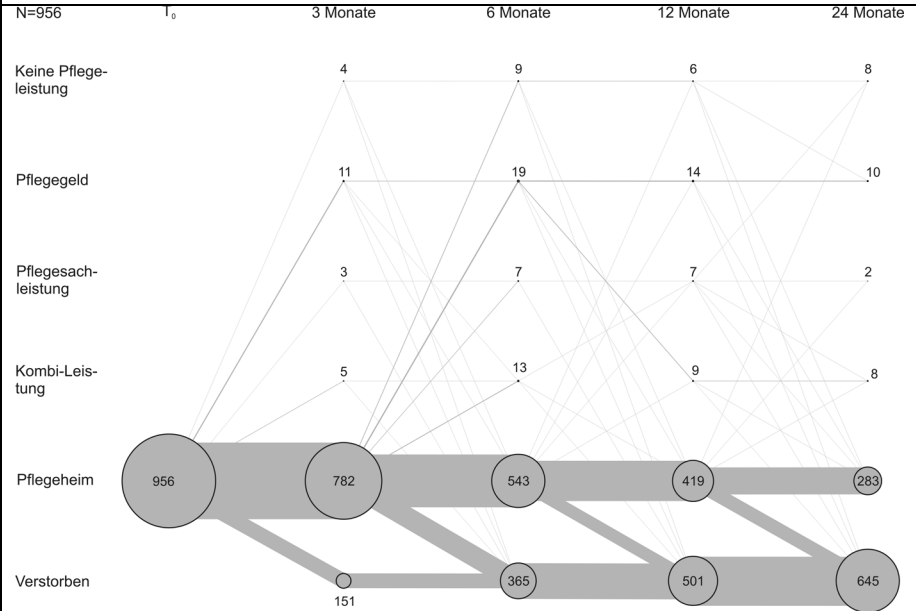
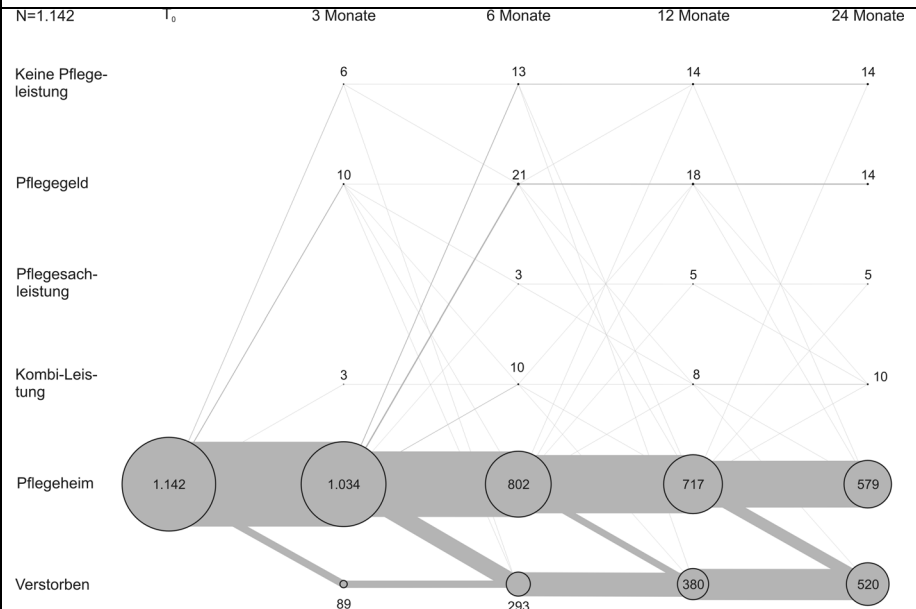


Abbildung 115: (Ambulant-)stationäre Pflegeverläufe nach Pflegeleistungen (Frauen)



Damit wir deutlich, dass (ambulant-)stationäre Pflegeverläufe für Männer wie für Frauen äußerst stabil sind und sich im Großen und Ganzen lediglich durch das unterschiedliche Sterblichkeitsgeschehen unterscheiden. Größere Wechsel in andere Leistungsarten sind nach dem Bezug von stationären Leistungen eher die Ausnahme. Die wird auch durch die bereits bekannten Kennzahlen ausgedrückt: Von insgesamt 747 (Männer) und 622 (Frauen) Wechseln, entfallen lediglich 80 (Männer) und 70 (Frauen) auf Wechsel zwischen den Leistungsarten. Diese geringen Zahlen spiegeln sich zugleich in der durchschnittlichen Anzahl von Wechseln je Kopf wieder: Nur 0,08 (Männer) und 0,06 (Frauen) Wechsel finden zwischen Leistungsarten statt. Dies drückt noch einmal mit Nachdruck aus, wie stabil stationäre Leistungen und wie selten Heimaustritte sind.

9.2.4 Stationäre Pflegeverläufe

Ging es im vorherigen Abschnitt um die Analyse der (ambulant-)stationären Pflegeverläufe, also um die Verläufe derjenigen Pflegebedürftigen, die in ein Pflegeheim übergesiedelt sind, aber zuvor ambulante Pflegeleistungen in Anspruch genommen haben, so sollen in diesem Abschnitt Pflegekarrieren untersucht werden, die mit stationärer Pflege beginnen. Es werden an dieser Stelle also die ferneren Verläufe von pflegebedürftigen Männern und Frauen betrachtet, welche direkt in ein Pflegeheim eingetreten sind. Dies ist besonders insofern interessant, als dass man vermuten könnte, dass sich beide Pflegekarrieren unterscheiden, z. B. insofern als dass direkte Heimeintritte auf eher akute Erkrankungen und (ambulant-)stationäre Heimeintritte auf eher nicht akute Erkrankungen zurückzuführen sind, so dass die Mortalität bei ersteren höher ausfallen könnte. Inwieweit dies jedoch tatsächlich der Fall ist, werden die nachstehenden Ausführungen darlegen.

Für die männlichen Pflegebedürftigen zeigt Abbildung 116 die weiteren Pflegekarrieren nach Leistungsarten. 894 Männer sind bei Beginn ihrer Pflegebedürftigkeit sofort in ein Heim übergewechselt. Im Anschluss daran ähneln die weiteren Pflegeverläufe sehr stark den – oben beschriebenen – (ambulant-)stationären Verläufen. Die geringfügigen Unterschiede, die sich feststellen lassen, betreffen eigentlich nur das Sterblichkeitsrisiko. Beachtet man diesbezüglich, dass nach Eintritt in die stationäre Pflege von den Männern 18,2% nach drei Monaten, 40,7% nach sechs Monaten, 49,2% nach einem Jahr und 61,6% nach zwei Jahren verstorben sind und die Anteile der Männer in anderen Leistungsarten nach zwei Jahren lediglich zwischen 0,4-2,0% liegen, so kann festgehalten werden, dass das Sterblichkeitsrisiko tatsächlich etwas höher ausfallen, wenn Pflegebedürftige direkt in ein Heim übersiedeln. Die Ähnlichkeiten der stationären Pflegeverläufe zu den (ambulant-)stationären Verläufen kommen auch im Zeitraum zwischen dem 3. und 6. Monat zum Ausdruck: Hier sind von den 717 Heimbewohnern 195 (=27,2%) verstorben, 15 (=2,1%) beziehen nun Geldleistungen, 4 (=0,6%) Sachleistungen, 5 (=0,7%) Kombileistungen und 15 (=2,1%) gar keine Leistungen mehr.

Abbildung 116: Stationäre Pflegeverläufe nach Pflegeleistungen (Männer)

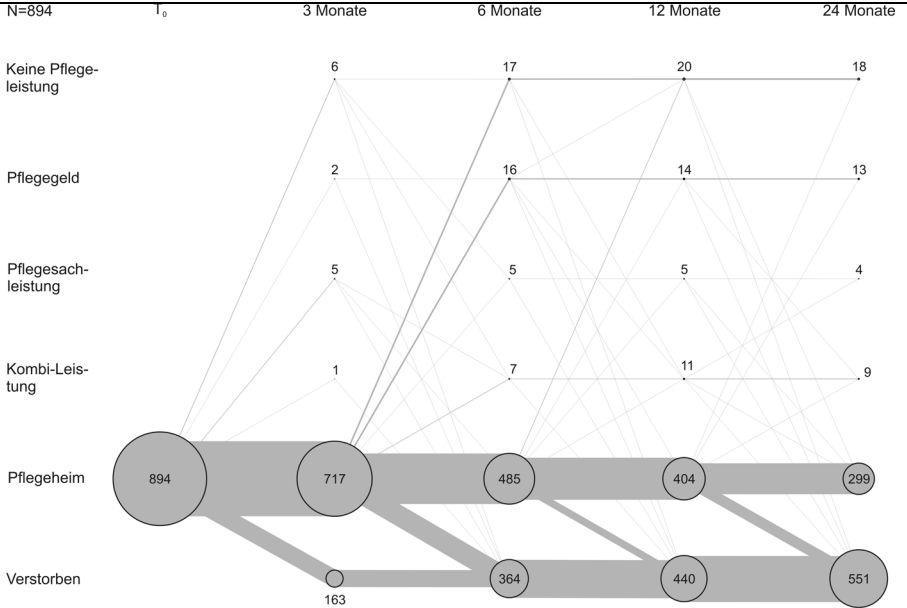
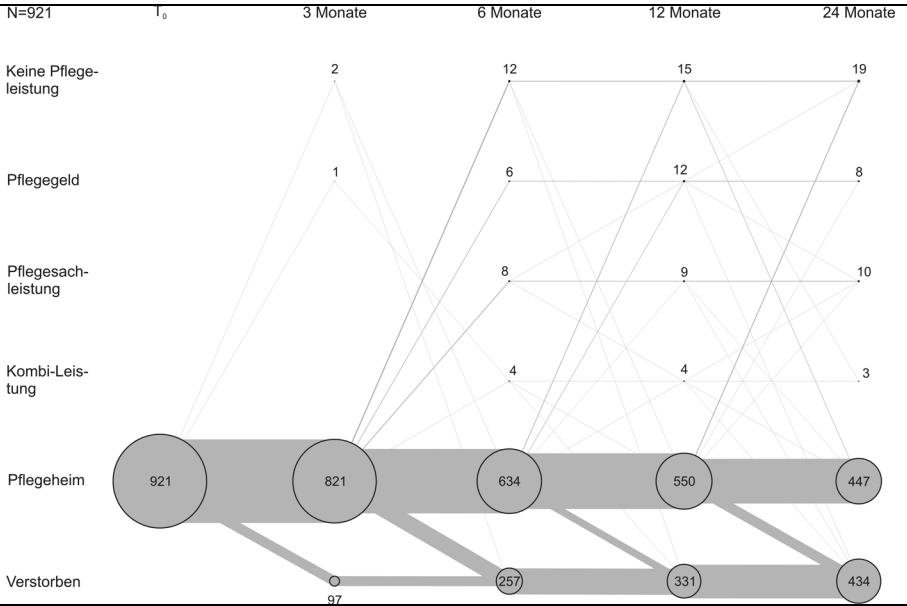


Abbildung 117: Stationäre Pflegeverläufe nach Pflegeleistungen (Frauen)



Für die Frauen lassen sich ähnliche Ergebnisse aufdecken. Abbildung 117 verdeutlicht dabei einmal mehr, dass Frauen im Vergleich zu den Männern weitaus bessere Überlebenschancen haben. Betrachtet man ferner jedoch die Anteile der Verstorbenen nach drei Monaten (10,5%), nach sechs Monaten (27,9%), nach einem Jahr (35,9%) sowie nach zwei Jahren 47,1%, dann fällt auf, dass sich diese Werte nur geringfügig von denen der Frauen mit (ambulant-)stationären Pflegekarrieren unterscheiden. Zwischen dem 3. und 6. Monat treten z.B. folgende Wechsel bezüglich der 821 Heimbewohnerinnen auf: 19,4% (159) der Heimbewohnerinnen versterben. Dagegen wechselten 6 (=0,7%) zum Pflegegeld, 8 (=1,0%) in Sachleistungen und 3 (=0,4%) in Kombileistungen. Lediglich 15 (=1,5%) der Frauen benötigen zu diesem Zeitpunkt gar keine Pflegeleistungen mehr.

Zusammengefasst kann damit für diejenigen pflegebedürftigen Männer und Frauen, die bei Beginn ihrer Pflegekarriere die Leistungen eines Pflegeheims in Anspruch nehmen festgehalten werden, dass im Allgemeinen nur äußerst selten und eher in Ausnahmefällen in andere Leistungsarten gewechselt wird. Fälle, in denen pflegebedürftige das Heim verlassen und wieder ein (relativ) selbständiges Leben führen und dabei z.B. ambulante Pflegeleistungen beziehen, sind daher sehr selten. Dies verdeutlicht sich zugleich bei einer näheren Betrachtung der Wechsel: Während insgesamt 639 (Männer) und 513 (Frauen) Wechsel auftreten, finden von diesen nur 54 (Männer) und 37 (Frauen) Wechsel zwischen Leistungsarten statt. Die dazugehörigen durchschnittlichen Wechsel pro Kopf betragen 0,06 (Männer) und 0,04 (Frauen), womit die Stabilität der stationären Pflegeleistungen noch einmal in besonderem Maße betont wird.

10 GEK-Materialien

In der GEK-Edition, Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse sind bisher erschienen:

Bericht über die Belastungs- und Gesundheitssituation der Berufsgruppe ... (vergriffen)

Nr. 1: *Werkzeugmechaniker (1994)*

Nr. 2: *Edelmetallschmiede (1993)*

Nr. 3: *Zahntechniker (1993)*

Nr. 4: *Elektroniker und Monteure im Elektrobereich (1994)*

Nr. 5: *Augenoptiker (1995)*

Nr. 6: *Zerspanungsmechaniker (1996)*

Nr. 7: *Industriemeister (1996)*

Nr. 8: *Maschinenbautechniker (1996)*

Nr. 9: *Techniker im Elektrofach (1996)*

Nr. 10: *Industriemechaniker (1996)*

Band 1: *Müller, R. et al.: Auswirkungen von Krankengeld-Kürzungen. Materielle Bestrafung und soziale Diskriminierung chronisch erkrankter Erwerbstätiger. Ergebnisse einer Befragung von GKV-Mitgliedern. 1997*
ISBN 3-930 784-02-5

Euro 9,90

Band 2: *Bitzer, E. M. et al.: Der Erfolg von Operationen aus Sicht der Patienten. – Eine retrospektive indikationsbezogene Patientenbefragung zum Outcome elektiver chirurgischer Leistungen in der stationären Versorgung – am Beispiel operativer Behandlungen von Krampfadern der unteren Extremitäten, von Nasenscheidewandverbiegungen sowie von arthroskopischen Meniskusbehandlungen. 1998*
ISBN 3-980 6187-0-6

Euro 9,90

Band 3: *Grobe, T. G. et al.: GEK-Gesundheitsreport 1998. Auswertungen der GEK-Gesundheitsberichterstattung. 1998.*
ISBN 3-537-44003 (vergriffen)

Euro 7,90

Gmünder ErsatzKasse GEK (Hrsg.): Bericht über die Belastungs- und Gesundheitssituation der Berufsgruppe ... Ergebnisse von Beschäftigtenbefragungen, Analyse von Arbeitsunfähigkeitsdaten und Literaturrecherchen zu Zusammenhängen von Arbeitswelt und Erkrankungen.

- | | | |
|----------|---|-----------|
| Band 4: | <i>Gesundheitsbericht 11 – Werkzeugmechaniker.</i>
ISBN 3-537-44001 | Euro 4,90 |
| Band 5: | <i>Gesundheitsbericht 12 – Bürofachkräfte.</i>
ISBN 3-537-44002 | Euro 4,90 |
| Band 6: | <i>Gesundheitsbericht 13 – Zerspanungsmechaniker.</i>
ISBN 3-537-44006-5 | Euro 4,90 |
| Band 7: | <i>Gesundheitsbericht 14 – Industriemechaniker.</i>
ISBN 3-537-44007-3 | Euro 4,90 |
| Band 8: | <i>Gesundheitsbericht 15 – Zahntechniker.</i>
ISBN 3-537-44008-1 | Euro 4,90 |
| Band 9: | <i>Gesundheitsbericht 16 – Augenoptiker.</i>
ISBN 3-537-44009-X | Euro 4,90 |
| Band 10: | <i>Gesundheitsbericht 17 – Edelmetallschmiede.</i>
ISBN 3-537-440010-3 | Euro 4,90 |
| Band 11: | <i>Gesundheitsbericht 18 – Elektroberufe.</i>
ISBN 3-537-440011-1 | Euro 4,90 |
| Band 12: | <i>Grobe, T. G. et al.: GEK-Gesundheitsreport 1999. Auswertungen der GEK-Gesundheitsberichterstattung. Schwerpunkt: Arbeitslosigkeit und Gesundheit. 1999.</i>
ISBN 3-537-44012-X | Euro 7,90 |
| Band 13: | <i>Marstedt, G. et al.: Young is beautiful? Zukunftsperspektiven, Belastungen und Gesundheit im Jugendalter. Ergebnisbericht zu einer Studie über Belastungen und Probleme, Gesundheitsbeschwerden und Wertorientierungen 14-25jähriger GEK-Versicherter. 2000.</i>
ISBN 3-537-44013-8 | Euro 9,90 |
| Band 14: | <i>Bitzer, E. M. et al.: Lebensqualität und Patientenzufriedenheit nach Leistenbruch- und Hüftgelenkoperationen.</i> | Euro 9,90 |

Eine retrospektive indikationsbezogene Patientenbefragung zum Outcome häufiger chirurgischer Eingriffe in der zweiten Lebenshälfte. 2000.
ISBN 3-537-44014-8

- Band 15: *Marstedt, G. et al. (Hrsg.): Jugend, Arbeit und Gesundheit. Dokumentation eines Workshops, veranstaltet vom Zentrum für Sozialpolitik (ZeS) der Universität Bremen und der Gmünder Ersatzkasse (GEK) am 20. Mai 1999 in Bremen. Mit einem Grafik- und Tabellen-Anhang „Materialien zur gesundheitlichen Lage Jugendlicher in Deutschland“. 2000.*
ISBN 3-537-44015-4 (vergriffen)
- Band 16: *Grobe, T. G. et al.: GEK-Gesundheitsreport 2000. Auswertungen der GEK-Gesundheitsberichterstattung. Schwerpunkt: Erkrankungen des Rückens. 2000.*
ISBN 3-537-44016-X (vergriffen)
- Band 17: *Braun, B.: Rationierung und Vertrauensverlust im Gesundheitswesen – Folgen eines fahrlässigen Umgangs mit budgetierten Mitteln. Ergebnisbericht einer Befragung von GEK-Versicherten. 2000.*
ISBN 3-537-44017-4 Euro 9,90
- Band 18: *Grobe, T.G. et al.: GEK-Gesundheitsreport 2001. Auswertungen der GEK-Gesundheitsberichterstattung. Schwerpunkt: Psychische Störungen. 2001.*
ISBN 3-537-44018-9 Euro 9,90
- Band 19: *Braun, B.: Die medizinische Versorgung des Diabetes mellitus Typ 2 – unter-, über- oder fehlversorgt? Befunde zur Versorgungsqualität einer chronischen Erkrankung aus Patientensicht. 2001.*
ISBN 3-537-44019-7 Euro 9,90
- Band 20: *Glaeske, G.; Janhsen, K.: GEK-Arzneimittel-Report 2001. Auswertungsergebnisse der GEK-Arzneimitteldaten aus den Jahren 1999–2000. 2001.*
ISBN 3-537-44020-0 Euro 9,90
- Band 21: *Braun, B., König, Chr., Georg, A.: Arbeit und Gesundheit der Berufsgruppe der Binnenschiffer. 2001.*
ISBN 3-537-44021-9 Euro 9,90

- Band 22: *Grobe, T.G., Dörning, H., Schwartz, F.W.: GEK-Gesundheitsreport 2002. Schwerpunkt: "High Utilizer" – Potenziale für Disease Management. 2002.*
ISBN 3-537-44022-7 Euro 9,90
- Band 23: *Glaeske, G., Janhsen, K.: GEK-Arzneimittel-Report 2002. Auswertungsergebnisse der GEK-Arzneimitteldaten aus den Jahren 2000 bis 2001. 2002.*
ISBN 3-537-44023-5 Euro 9,90
- Band 24: *Grobe, T.G., Dörning, H., Schwartz, F.W.: GEK-Gesundheitsreport 2003. Schwerpunkt: Charakterisierung von Hochnutzern im Gesundheitssystem – präventive Potenziale? 2003.*
ISBN 3-537-44024-3 Euro 9,90
- Band 25: *Glaeske, G., Janhsen, K.: GEK-Arzneimittel-Report 2003. Auswertungsergebnisse der GEK-Arzneimitteldaten aus den Jahren 2001 bis 2002. 2003.*
ISBN 3-537-44025-1 Euro 9,90
- Band 26: *Braun, B., Müller, R.: Auswirkungen von Vergütungsformen auf die Qualität der stationären Versorgung. Ergebnisse einer Längsschnittanalyse von GKV-Routinedaten und einer Patientenbefragung. 2003*
ISBN 3-537-44026-X Euro 9,90
- Band 27: *Schmidt, Th., Schwartz, F.W. und andere: Die GEK-Nasendusche. Forschungsergebnisse zu ihrer physiologischen Wirkung und zur gesundheitsökonomischen Bewertung. 2003*
ISBN 3-537-44027-8 Euro 7,90
- Band 28: *Jahn, I. (Hg.): wechselljahre multidisziplinär. was wollen Frauen – was brauchen Frauen. 2004*
ISBN 3-537-44028-6 Euro 9,90
- Band 29: *Glaeske, G., Janhsen, K.: GEK-Arzneimittel-Report 2004. Auswertungsergebnisse der GEK-Arzneimitteldaten aus den Jahren 2002 bis 2003. 2004.*
ISBN 3-537-44029-4 Euro 9,90
- Band 30: *Grobe, T.G., Dörning, H., Schwartz, F.W.: GEK-Gesundheitsreport 2004. Schwerpunkt: Gesundheitsstörungen durch Alkohol. 2004.* Euro 9,90

ISBN 3-537-44030-8

- Band 31: *Scharnetzky, E., Deitermann, B., Michel, C., Glaeske, G.: GEK-Heil- und Hilfsmittel-Report 2004. Auswertungsergebnisse der GEK-Heil- und Hilfsmitteldaten aus dem Jahre 2003. 2004.*
ISBN 3-537-44031-6 Euro 9,90
- Band 32: *Braun, B., Müller, R., Timm, A.: Gesundheitliche Belastungen, Arbeitsbedingungen und Erwerbsbiographien von Pflegekräften im Krankenhaus. Eine Untersuchung vor dem Hintergrund der DRG-Einführung. 2004.*
ISBN 3-537-44032-4 Euro 9,90
- Band 33: *Glaeske, Gerd et al.: Memorandum zu Nutzen und Notwendigkeit Pharmakoepidemiologischer Datenbanken in Deutschland. 2004*
ISBN 3-537-44033-2 Euro 7,90
- Band 34: *Braun, B., Müller, R.: Belastungs- und Gesundheitssituation der Berufsgruppe Zahntechniker. 2005*
ISBN 3-537-44034-0 Euro 9,90
- Band 35: *Braun, B., Müller, R.: Belastungs- und Gesundheitssituation der Berufsgruppe Bürofachkräfte. 2005*
ISBN 3-537-44035-9 Euro 9,90
- Band 36: *Glaeske, G., Janhsen, K.: GEK-Arzneimittel-Report 2005. Auswertungsergebnisse der GEK-Arzneimitteldaten aus den Jahren 2003 bis 2004. 2005.*
ISBN 3-537-44036-7 Euro 14,90
- Band 37: *Bitzer, E.M., Grobe, T.G., Dörning, H., Schwartz, F.W.: GEK-Report akut-stationäre Versorgung 2005.*
ISBN 3-537-44037-5 Euro 9,90
- Band 38: *Scharnetzky, E., Deitermann, B., Hoffmann, F., Glaeske, G.: GEK-Heil- und Hilfsmittel-Report 2005. Auswertungsergebnisse der GEK-Heil- und Hilfsmitteldaten aus den Jahre 2003/2004. 2005*
ISBN 3-537-44038-3 Euro 14,90
- Band 39: *Samsel, W., Marstedt G., Möller H., Müller R.: Musiker-Gesundheit. Ergebnisse einer Befragung junger Musiker über Berufsperspektiven, Belastungen und Gesundheit. 2005*
Euro 9,90

ISBN 3-537-44039-1

- Band 40: *Grobe, T.G., Dörning, H., Schwartz, F.W.: GEK-Gesundheitsreport 2005. 2005*
ISBN 3-537-44040-5 Euro 9,90
- Band 41: *Samsel, W., Böcking, A.: Prognostische und therapeutische Bedeutung der DNA-Zytometrie beim Prostatakarzinom. 2006*
ISBN 3-537-44041-3 Euro 12,90
- Band 42: *Lutz, U., Kolip, P.: Die GEK-Kaiserschnittstudie. 2006*
ISBN 3-537-44042-1 Euro 14,90
- Band 43: *Braun, B.: Geburten und Geburtshilfe in Deutschland. 2006*
ISBN 3-537-44043-X Euro 14,90
- Band 44: *Glaeske, G., Janhsen, K.: GEK-Arzneimittel-Report 2006. Auswertungsergebnisse der GEK-Arzneimitteldaten aus den Jahren 2004 bis 2005. 2006.*
ISBN 3-537-44044-8 Euro 14,90
- Band 45: *Bitzer, E.M., Grobe, T.G., Dörning, H., Schwartz, F.W.: GEK-Report akut-stationäre Versorgung 2006.*
ISBN 3-537-44045-6 Euro 14,90
- Band 46: *Braun, B., Müller, R. : Versorgungsqualität im Krankenhaus aus der Perspektive der Patienten. 2006.*
ISBN 3-537-44046-4 Euro 14,90
- Band 47: *Spintge, R., u. a.: Musik im Gesundheitswesen. 2006*
ISBN 3-537-44047-2 Euro 14,90
- Band 48: *Böcking, A.: Mit Zellen statt Skalpellen - Wie sich Krebs früh und ohne Operation erkennen lässt. 2006*
ISBN 3-537-44048-0, ISBN 978-3-537-44048-8 Euro 19,90
- Band 49: *Deitermann, B, Kemper, C, Hoffmann, F, Glaeske, G: GEK-Heil- und Hilfsmittelreport 2006. Auswertungsergebnisse der GEK-Heil- und Hilfsmitteldaten aus den Jahren 2004 und 2005. 2006*
ISBN 3-537-44049-9, ISBN 978-3-537-44049-5 Euro 14,90
- Band 50: *Grobe, T.G., Dörning, H., Schwartz, F.W.: GEK-Report ambulant-ärztliche Versorgung 2006. 2006*
Euro 14,90

ISBN 3-537-44050-2, ISBN 978-3-537-44050-1

- Band 51: *Müller, R., Braun, B.: Vom Quer- zum Längsschnitt mit GKV-Daten. 2006*
ISBN 3-537-44051-0, ISBN 978-3-537-44051-8 Euro 14,90
- Band 52: *Bichler, K.-H., Strohmaier, W.L., Eipper, E., Lahme, S.: Das Harnsteinleiden. 2007.*
ISBN 978-3-86541-165-5 Euro 45,00
- Band 53: *Kleinert, J., Lobinger, B., Sulprizio, M.: Organisationsformen und gesundheitliche Effekte von Walking. 2007.*
ISBN 978-3-537-44053-2 Euro 14,90
- Band 54: *Glaeske, G., Trittin, C.: Weichenstellung: Die GKV der Zukunft. Bessere Koordination, mehr Qualität, stabile Finanzierung. 2007.*
ISBN 978-3-537-44054-9 Euro 14,90
- Band 55: *Glaeske, G., Janhsen, K.: GEK-Arzneimittel-Report 2007. Auswertungsergebnisse der GEK-Arzneimitteldaten aus den Jahren 2005 bis 2006. 2007.*
ISBN 978-3-537-44055-6 Euro 14,90
- Band 56: *Hacker, E.W., Löbig, S. (Hg.): Musikphysiologie im Probenalltag. Dokumentation eines Workshops - veranstaltet vom Zentrum für Musik, Gesundheit und Prävention. 2007*
ISBN 978-3-537-44056-3 Euro 14,90
- Band 57: *Deitermann, B., Kemper, C., Glaeske, G.: GEK-Heil- und Hilfsmittelreport 2007. Auswertungsergebnisse der GEK-Heil- und Hilfsmitteldaten aus den Jahren 2005 und 2006. 2007*
ISBN 978-3-537-44057-0 Euro 14,90
- Band 58: *Bitzer, E.M., Grobe, T.G., Dörning, H., Schwartz, F.W.: GEK-Report akut-stationäre Versorgung 2007. 2007*
ISBN 978-3-537-44058-7 Euro 14,90
- Band 59: *Grobe, T.G., Dörning, H., Schwartz, F.W.: GEK-Report ambulant-ärztliche Versorgung 2007. 2007*
ISBN 978-3-537-44059-4 Euro 14,90
- Band 60: *Braun, B., Buhr, P., Müller, R.: Pflegearbeit im Krankenhaus, Ergebnisse einer wiederholten Pflegekräftebefragung und einer* Euro 14,90

Längsschnittanalyse von GEK-Routinedaten. 2008.
ISBN 978-3-537-44060-0

- Band 61: *Glaeske, G., Schick Tanz, C., Janhsen, K.: GEK-Arzneimittel-Report 2008. Auswertungsergebnisse der GEK-Arzneimitteldaten aus den Jahren 2006 bis 2007. 2008.*
ISBN 978-3-537-44061-7 Euro 14,90
- Band 62: *Glaeske, G., Trittin, C.: Weichenstellung: Altern in unserer Gesellschaft. Neue Herausforderungen für das Gesundheitswesen. 2008.*
ISBN 978-3-537-44062-4 Euro 14,90
- Band 63: *Bitzer, E.M., Grobe, T.G., Neusser, S., Dörning, H., Schwartz, F.W.: GEK-Report akut-stationäre Versorgung 2008. 2008*
ISBN 978-3-537-44063-1 Euro 14,90
- Band 64: *Kemper, C., Koller, D., Glaeske, G.: GEK-Heil- und Hilfsmittelreport 2008. Auswertungsergebnisse der GEK-Heil- und Hilfsmitteldaten aus den Jahren 2006 und 2007. 2008*
ISBN 978-3-537-44064-8 Euro 14,90
- Band 65: *Kolip, P., Glaeske, G., u. a.: ADHS bei Kindern und Jugendlichen. 2008*
ISBN 978-3-537-44065-5 Euro 14,90