

H. Rothgang, R. Müller, R. Unger, C. Weiß, A. Wolter

BARMER GEK Pflegereport 2012



Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse
Band 17

Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse, Band 17

Heinz Rothgang

Rolf Müller

Rainer Unger

Christian Weiß

Annika Wolter

BARMER GEK Pflegereport 2012

Schwerpunktthema: Kosten bei Pflegebedürftigkeit

November 2012

Bibliografische Information der Deutschen Bibliothek

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

Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse, Band 17

BARMER GEK Pflegereport 2012

Herausgeber: BARMER GEK

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

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

Verlag: Asgard-Verlagsservice GmbH, Schützenstraße 4, 53721 Siegburg

ISBN: 978-3-943-74482-8

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	7
VORWORT	9
1 ZUSAMMENFASSUNG	10
1.1 Pflegepolitik	10
1.2 Aktuelle Entwicklungen	13
1.3 Langfristige Entwicklungen	16
1.4 Gesamtlebenszeitkosten der Pflege	18
1.5 Relevante und kostentreibende Diagnosen bei Pflegebedürftigkeit	21
2 EINLEITUNG	22
3 DIE WEITERENTWICKLUNG DER PFLEGEVERSICHERUNG 2011/12	24
3.1 Leistungsverbesserungen für Demente und Pflegebedürftigkeitsbegriff	26
3.2 Leistungsdynamisierung	29
3.3 Steuerliche Förderung für freiwillige Pflegezusatzversicherung („Pflege-Bahr“)	35
3.3.1 Zentrale Eckpunkte des „Pflege-Bahr“	39
3.3.2 Umfang der Inanspruchnahme	40
3.3.3 Selektivität der Inanspruchnahme und Verteilungswirkungen	41
3.3.4 Adverse Selektion und mögliches Scheitern des Versicherungsmarktes	42
3.3.5 Das Verhältnis von Sozialer Pflegeversicherung, privater Pflegepflichtversicherung und Pflege-Bahr	46
4 PFLEGE IM SPIEGEL AMTLICHER STATISTIKEN UND ANDERER DATENQUELLEN	50
4.1 Datenquellen	51
4.2 Die Entwicklung der Zahl der Pflegebedürftigen	54
	3

4.2.1	Die Entwicklung der Zahl der Pflegebedürftigen nach Pflegestufen	54
4.2.2	Die Entwicklung der Zahl der Pflegebedürftigen nach Leistungsarten	57
4.2.3	Das „Tempo“ der Entwicklung der Zahl der Pflegebedürftigen	60
4.3	Zahl der Pflegebedürftigen nach Bundesland	61
4.4	Die Prävalenz von Pflegebedürftigkeit nach Bundesland	65
4.4.1	Die Pflege-Prävalenzen nach Bundesland	66
4.4.2	Die Entwicklung der Prävalenzen nach Bundesland	70
4.5	Begutachtungen des Medizinischen Dienstes	72
4.5.1	Entwicklung der Zahl der Begutachtungen	73
4.5.2	Differenzierung nach Pflegestufen	76
4.6	Die Pflegepersonen	80
4.6.1	Pflegepersonen in den Daten der Deutschen Rentenversicherung (DRV Bund)	82
4.6.2	Pflegepersonen in den Daten des Sozio-ökonomischen Panels	87
4.7	Ambulante Pflegedienste nach Bundesländern	90
4.7.1	Ambulante Dienste	90
4.7.2	Personal	92
4.7.3	Kapazitäten	94
4.8	Die stationären Pflegeeinrichtungen nach Bundesländern	95
4.8.1	Einrichtungen	95
4.8.2	Personal	96
4.8.3	Heimkapazitäten	98
4.8.4	Heimentgelte	99
4.8.5	Qualität der Heime	107
4.8.6	Zusammenhänge zwischen Heimentgelten und Qualität der Heime	123
4.9	Finanzierung der Pflegebedürftigkeit	130

4.9.1	Die Finanzentwicklung der Sozialen Pflegeversicherung	130
4.9.2	Die Finanzierung von Pflegebedürftigkeit durch die private Pflegeversicherung	136
4.9.3	Die Finanzierung von Pflegebedürftigkeit durch die Sozialhilfe	138
4.9.4	Die Finanzierung von Pflegebedürftigkeit durch die Kriegsopferfürsorge	141
4.9.5	Die Finanzierung von Pflegebedürftigkeit im Überblick	143
5	PFLEGEBEDÜRFTIGKEIT IM SPIEGEL DER ROUTINEDATEN	146
5.1	Routinedaten als Basis für die Analyse der Pflegebedürftigkeit	146
5.1.1	Beschreibung der BARMER GEK Routinedaten	148
5.1.2	Zur Definition von Pflegebedürftigkeit, Versorgungsart und Pflegearrangement	149
5.1.3	Variablenkonstruktion, Selektionen, Gewichtung	152
5.2	Pflegebedürftigkeit im Jahr 2011	156
5.2.1	Diagnosen bei Pflegebedürftigkeit	157
5.2.2	Inzidente und fortlaufende Fälle – versterbend und überlebend	168
5.3	Wandel der Pflegebedürftigkeit	173
5.3.1	Pflegeprävalenzen im Wandel	174
5.3.2	Pflegeinzidenzen im Wandel	182
5.3.3	Besondere Bedeutung der Kurzzeitpflege	192
6	KOSTEN BEI PFLEGEBEDÜRFTIGKEIT	201
6.1	Kosten der Pflege im Lebensverlauf	202
6.1.1	SGB XI-Leistungen bei Pflegebedürftigkeit	206
6.1.2	Privat getragene Pflegekosten	210
6.1.3	Aufteilung der Gesamtkosten bei Pflegebedürftigkeit	213
6.2	Ausgaben der Pflegeversicherung im Jahr 2011 für verschiedene Versichertengruppen	216
6.2.1	Datengrundlagen	216

6.2.2	Leistungsausgaben nach Alter und Geschlecht	218
6.2.3	Leistungsausgaben nach Morbidität	220
6.3	GKV-Leistungsausgaben bei Pflegebedürftigkeit im Jahr 2011	227
6.3.1	Höhe und Zusammensetzung der GKV-Ausgaben	227
6.3.2	Krankenhausausgaben	230
6.3.3	Arzneimittelausgaben	231
6.3.4	Ausgaben für ärztliche Behandlungen	232
6.3.5	Heilmittelausgaben	233
6.3.6	Hilfsmittelausgaben	235
6.3.7	Ausgaben für häusliche Krankenpflege	235
6.3.8	Ausgewählte SGB-V-Ausgaben insgesamt	236
6.4	Vermeidbare Krankenhausaufenthalte Pflegebedürftiger	241
7	LITERATUR	250
8	ABBILDUNGSVERZEICHNIS	263
9	TABELLENVERZEICHNIS	265
10	ANHANG	268
10.1	Operationalisierung geriatritypischer Merkmalskomplexe gemäß ICD-10-GM Version 2008/2009: (KCG: Stand 30.07.2012)	268
10.2	Bewertungskriterien für Pflegeheime	272

Abkürzungsverzeichnis

ADL	Activities of Daily Living (Aktivitäten des täglichen Lebens)
AOK	Allgemeine Ortskrankenkassen
AQUA	Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen GmbH
BGBI	Bundesgesetzblatt
BKK	Betriebskrankenkassen
BMFSFJ	Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
BQS	Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung
BVG	Bundesversorgungsgesetz
DIMDI	Deutsches Institut für medizinische Dokumentation und Information
DIW	Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung
DPS	Durchschnittspflegesatz
DZNE	Deutsches Zentrum für Neurodegenerative Erkrankungen
EK	Ersatzkassen
FDZ-RV	Forschungsdatenzentrum der Rentenversicherung
GEK	Gmünder ErsatzKasse
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
GtMK	Geriatritypische Merkmalskomplexe
GtMM	Geriatritypische Multimorbidität
IADL	Instrumental Activities of Daily Living (Skala zur Einschätzung instrumenteller Selbstversorgungsfähigkeiten)
ICD	International Classification of Disease (Internationale Klassifikation der Erkrankungen)
IKK	Innungskrankenkassen
KBS	Knappschaft-Bahn-See
KOF	Kriegsopferfürsorge
LKK	Landwirtschaftliche Krankenkassen
MDK	Medizinischer Dienst der Krankenversicherung
MDS	Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e. V.
MmD	Menschen mit Demenz
MuG	Möglichkeiten und Grenzen selbständiger Lebensführung
PEA	Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz
PfLEG	Pflegeleistungs-Ergänzungsgesetz
PfWG	Pflege-Weiterentwicklungsgesetz (am 1.7.2008 in Kraft getreten)

PNG	Pflege-Neuausrichtungsgesetz
PPV	Private Pflegeversicherung
RR	Relative Risiken; statistisches Maß, das angibt, wie hoch die Wahrscheinlichkeit eines Ereignisses oder Zustands (je Zeiteinheit) für eine Gruppe im Vergleich zur Vergleichsgruppe ist.
SGB	Sozialgesetzbuch (V = fünftes Buch; XI = elftes Buch)
SOEP	Sozio-ökonomisches Panel
SPV	Soziale Pflegeversicherung
SUF	Scientific-Use-File
U&V	Unterkunft und Verpflegung
vdek	Verband der Ersatzkassen
WHO	World Health Organization

Vorwort

Seit nunmehr fünf Jahren erscheint im November der BARMER GEK Pflegereport. In schöner Regelmäßigkeit liefert dieses Standardwerk der Versorgungsforschung aktuelle Analysen und Kennzahlen zur Pflegewirklichkeit in Deutschland. Datengrundlage sind dabei die Abrechnungsdaten der BARMER GEK sowie amtliche Statistiken.

In diesem Jahr gibt es unter anderem Prognosen, wie schnell die Pflegebedürftigkeit ansteigt. Demnach ist auch in Zukunft mit einer Zunahme der Zahl Pflegebedürftiger zu rechnen, allerdings schwächt sich das Tempo ab.

Außerdem haben sich die Autoren die Pflegekosten im Lebenslauf genauer angeschaut. Sie haben dabei nicht nur Pflegekosten nach Leistungen der Pflegeversicherung und notwendigen Eigenanteilen aufgeschlüsselt. Gleichzeitig werden auch die erheblichen Unterschiede zwischen Frauen und Männern verdeutlicht.

Der BARMER GEK Pflegereport wird in Zusammenarbeit mit dem Zentrum für Sozialpolitik (ZeS) der Universität Bremen erstellt. Unser Dank gilt Herrn Professor Heinz Rothgang und seinem Team, bestehend aus Rolf Müller, Rainer Unger, Christian Weiß und Annika Wolter.

Berlin, im November 2012

Dr. Christoph Straub

Vorstandsvorsitzender der
BARMER GEK

Dr. Rolf-Ulrich Schlenker

Stv. Vorstandsvorsitzender der
BARMER GEK

1 Zusammenfassung

1.1 Pflegepolitik

Die Pflegepolitik des Jahres 2012 war geprägt durch das Pflege-Neuausrichtungsgesetz (PNG), das am 29. Juni vom Deutschen Bundestag und am 21. September 2012 vom Bundesrat beschlossen wurde und so zum 1. Januar 2013 in Kraft treten kann. Neben begrüßenswerten Ansätzen etwa zur Förderung alternativer Wohn- und Pflegeformen weist das PNG gravierende Defizite auf und schlägt mit der Einführung einer steuerlichen Förderung für freiwillige private Pflegezusatzversicherungen einen Privatisierungskurs ein, der die Weiterentwicklung der Sozialen Pflegeversicherung gefährden kann.

Fehlende Umsetzung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs ist ein großes Manko des Pflege-Neuausrichtungsgesetzes

Ein zentrales Manko des PNG ist die fehlende Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs, die im Gesetzentwurf zwar gefordert wird (BT-Drucks 17/9369: 1) – aber erst für die nächste Reform. Stattdessen werden „bis zum Inkrafttreten eines Gesetzes, das die Leistungsgewährung auf Grund eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs und eines entsprechenden Begutachtungsverfahrens regelt“ im Rahmen einer „Übergangsregelung“ neue Leistungen für Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz eingeführt (neu eingeführter § 123 SGB XI). Wenngleich damit für diesen Personenkreis ab 2013 grundsätzlich begrüßenswerte Leistungsverbesserungen vorgesehen sind, kann dies die Einführung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs nicht ersetzen. Die neuen Leistungen werden nämlich ad hoc eingeführt und satteln unsystematisch auf bereits bestehenden Sonderleistungen nach §§ 45b und 87b SGB XI auf, ohne dass klar ist, in welchem Umfang kognitive Beeinträchtigungen und Verhaltensauffälligkeiten damit hinreichend berücksichtigt sind. Der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff und das neue Begutachtungsassessment bieten dagegen einen pflegewissenschaftlich fundierten Rahmen, in dem somatische und psychische Beeinträchtigungen ausgewogen berücksichtigt werden und daher eine größere Verteilungsgerechtigkeit erreicht werden kann. Die

Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs ist somit nach wie vor notwendig. Die stattdessen verabschiedete Übergangsregelung kann sich dagegen sogar als kontraproduktiv erweisen, wenn die neu eingeführten Leistungen womöglich unter den Bestandsschutz fallen und damit finanzielle Mittel binden, die für die Reform des Pflegebedürftigkeitsbegriffs benötigt werden.

Aussagen zur notwendigen Leistungsdynamisierung fehlen im Pflege-Neuausrichtungsgesetz

Seit Einführung der Pflegeversicherung bis zum Juli 2008 sind die Leistungen der Pflegeversicherung nominal konstant geblieben und haben damit real deutlich an Wert verloren. Im Pflege-Weiterentwicklungsgesetz wurde dann eine Dynamisierung in drei Schritten (2008, 2010 und 2012) beschlossen, deren Umfang insgesamt aber hinter der Inflationsrate zurückgeblieben ist. Sollen die Leistungen der Pflegeversicherung nicht weiter an Substanz verlieren und soll dieser Sozialversicherungszweig nicht schleichend ausgehöhlt werden, ist eine weitere Leistungsdynamisierung notwendig. Obwohl gemäß der geltenden Rechtslage alle drei Jahre, erstmals 2014, geprüft werden soll, inwieweit Leistungsanpassungen notwendig sind, werden im PNG hierzu keine Aussagen getroffen. Dies ist umso bemerkenswerter als etwa die ebenfalls nicht im Gesetz vorgenommene Einführung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs sehr wohl thematisiert wird. Soll die Kaufkraft der Pflegeversicherung langfristig erhalten bleiben und sollen entsprechende Anpassungen aus der Tagespolitik herausgehalten werden, ist die Einführung einer *regelgebundenen Leistungsdynamisierung*, die sich an einem gewogenen Mittelwert von Inflation und Nominallohnentwicklung orientiert, zielführend. Entsprechende Überlegungen hätten einem Pflege-Neuausrichtungsgesetz, dessen Titel deutlich über den Tag hinaus weist, gut angestanden, sind jetzt aber zwingend für die nächsten Reformschritte zu beachten.

Steuerliche Förderung für freiwillige Pflegezusatzversicherungsverträge („Pflege-Bahr“) ist keine Lösung der Finanzierungsproblematik und gefährdet die Weiterentwicklung der Sozialen Pflegeversicherung

Angesichts der demographischen Entwicklung sind eine steigende Zahl Pflegebedürftiger und damit steigende Ausgaben für Pflegebedürftige unvermeidbar. Es stellt sich lediglich die Frage, wer diese Ausgaben auf welchem Weg finanzieren soll. Im PNG wurde diesbezüglich die Einführung einer steuerlichen Förderung für eine freiwillige Pflegezusatzversicherung („Pflege-Bahr“) beschlossen. Diese kann zur Finanzierungsproblematik aber schon allein deshalb keinen nennenswerten Beitrag liefern, weil nur eine kleine Minderheit der Bundesbürger eine derartige Versicherung abschließen wird. Selbst die Bundesregierung geht in ihrer Finanzplanung nur von weniger als 2 Millionen Versicherungsverträgen aus. Hierbei wird es sich in erster Linie um einkommensstärkere Haushalte handeln, so dass einkommensschwächere Haushalte, die keine derartige Versicherung abschließen, mit ihren Steuerzahlungen die steuerliche Förderung der einkommensstärkeren Haushalte, die eine solche Versicherung abschließen, finanzieren und es so zu einer sozialstaatlichen Umverteilung von unten nach oben kommt.

Dies gilt allerdings nur insofern ein solcher Versicherungsmarkt langfristig zustande kommt. Hieran bestehen aber erhebliche Zweifel. Eine freiwillige Versicherung, bei der risikoabhängige Versicherungsprämien gesetzlich ausgeschlossen sind, muss nämlich mit adverser Selektion rechnen. Da eine Gesundheitsprüfung beim „Pflege-Bahr“ ausgeschlossen ist, sind diese Produkte insbesondere für „schlechte Risiken“ interessant, die bisher keine (nicht geförderte) private Pflegezusatzversicherung abschließen konnten. In Antizipation dessen muss das Versicherungsunternehmen entsprechend höhere Prämien fordern, die dann aber nicht nur gute Risiken weiter abschrecken, sondern diesen Markt vollständig zusammenbrechen lassen, sobald die geförderten Produkte um monatlich mehr als 5 € teurer sind als die nicht geförderten und die staatliche Förderung so überkompensiert wird.

Nun könnte die These vertreten werden, dass der Pflege-Bahr schlimmstenfalls scheitert, dabei aber keinen weiteren Schaden anrichtet. Dem ist aber aus zwei Gesichtspunkten zu widersprechen: Zum einen wird ein Scheitern erst nach mehr

als fünf Jahren sichtbar werden, da bis dahin aufgrund der Karenzzeiten keine Leistungen gewährt werden. Dies impliziert, dass Versicherte einige Jahre in ein Produkt einzahlen, das sich erst dann als nicht nachhaltig erweist. Zum anderen besteht die Gefahr, dass mit Hinweis auf den „Pflege-Bahr“ auf eine angemessene Dynamisierung der Sozialen Pflegeversicherung verzichtet und so eine Aushöhlung dieses Sozialversicherungszweigs legitimiert wird.

1.2 Aktuelle Entwicklungen

„Tempo“ des Anstiegs der Zahl der Pflegebedürftigen verlangsamt sich

Die Zahl der Pflegebedürftigen ist im Berichtszeitraum gestiegen – und wird auch in den nächsten Dekaden weiter steigen. Allerdings verändert sich das Tempo dieses Zuwachses. Ist der jährliche prozentuale Zuwachs der Zahl der Pflegebedürftigen in der vergangenen Dekade tendenziell gestiegen, ist nun ein Maximum erreicht. 2011 ist die Wachstumsrate des Anstiegs erstmals rückläufig, und gemäß eigenen Modellrechnungen ist auch für die nächsten beiden Dekaden mit einem Rückgang des Anstiegs der Zahl der Pflegebedürftigen zu rechnen. Erst ab dem Jahr 2033 wird eine erneute Beschleunigung des Anstiegs der Zahl der Pflegebedürftigen zu verzeichnen sein, die dann etwa eine Dekade anhält.

Anstieg der Zahl der Pflegebedürftigen schwankt regional stark

Betrachtet man die Entwicklung der Zahl der Pflegebedürftigen zwischen den Jahren 2005 und 2007, dann fällt auf, dass diese in den neuen Bundesländern z. T. erheblich stärker angestiegen ist (Brandenburg 14,1 %, Mecklenburg-Vorpommern 11,3 %, Thüringen 7,7 %, Sachsen-Anhalt 6,8 % und Sachsen 6 %) als im Bundesdurchschnitt (5,6 %). In den alten Bundesländern liegt der Anstieg dagegen überwiegend unter dem Bundesdurchschnitt.

Vergleicht man die prozentualen Veränderungen zwischen 2005 und 2007 mit denen zwischen 2007 und 2009, ergeben sich meist deutliche Unterschiede im Ländervergleich. Während einige Bundesländer eine tendenziell ähnliche Entwicklung aufweisen (beispielsweise Saarland, Niedersachsen und Thüringen), divergieren andere ganz erheblich (beispielsweise Berlin, Brandenburg und Sachsen-An-

halt). Von einem in Ostdeutschland tendenziell stärkeren Anstieg kann damit nur zwischen 2005 und 2007, nicht aber zwischen 2007 und 2009 gesprochen werden.

Heimentgelte unterscheiden sich regional und zwischen Trägern erheblich

Bei den Heimentgelten bestehen beträchtliche Unterschiede je nach Träger und auch in der regionalen Verteilung. Private Träger erhalten durchschnittlich ein geringeres Entgelt für Pflege und auch für die sogenannten Hotelkosten als freigemeinnützige und öffentliche. Die mittleren 50 % der Entgelte des Durchschnittspflegesatzes, der die landesweite Verteilung der Pflegebedürftigen über die Pflegestufen berücksichtigt, liegen zwischen 1.884 und 2.266 € für private, 2.081 und 2.574 € für freigemeinnützige sowie 2.245 und 2.565 € für öffentliche Träger. Weitere Unterschiede sind in der regionalen Verteilung der Entgelte zu beobachten. Die Vergütung in Ostdeutschland, ausgenommen Berlin, ist niedriger als in Westdeutschland. Zurückgeführt werden kann dies u. a. auf unterschiedliche Personalkosten, die den größten Kostenblock für stationäre Pflegeeinrichtungen bilden. In Brandenburg ist die Streuung der Entgelte so gering, dass von einem „Einheitspflegesatz“ gesprochen werden kann.

Pflegenoten diskriminieren (zu) wenig, vorgeschlagene Weiterentwicklungen erhöhen die Diskriminationskraft der Pflegenoten

Seit 2010 werden auf Basis der Qualitätsprüfungen des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen (MDK) sog. Pflegenoten gemäß der Schulnotensystematik veröffentlicht. Die hierzu verwendete Methodik wurde von Kostenträgern und Leistungsanbietern in der gemeinsamen Transparenzvereinbarung für stationäre Pflege niedergelegt. Inzwischen ist unumstritten, dass diese Pflegenoten Mängel aufweisen und die Systematik weiterentwickelt werden muss. Dies zeigt auch eine Auswertung von insgesamt 10.323 Datensätzen, die dem vdek Pflegelotsen, der Informationsplattform des Verbandes der Ersatzkassen e. V. für Pflegebedürftige und ihre Angehörigen, entnommen wurden. Für die Gesamtnote zeigen sich „sehr gute“ Ergebnisse, die allerdings nicht wirklich überraschen, da die verwendeten Kriterien letztlich nur den allgemein anerkannten Stand der medizinisch-pflegerischen Versorgung operationalisieren und daher gute Ergebnisse zu erwarten sind. Problema-

tisch ist dabei, dass die Noten nicht hinreichend zwischen den Einrichtungen diskriminieren und damit ihre Informationsfunktion gegenüber den Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen nicht erfüllen. So impliziert der Median von 1,2, dass die Hälfte aller Einrichtungen eine Gesamtnote von 1,2 oder besser erhalten hat.

Diese Gesamtnote bezieht sich auf Indikatoren, die vier verschiedenen Bereichen zugeordnet sind. Beim Vergleich der Bereichsnoten untereinander ist dabei zu erkennen, dass der Bereich „Pflege“ etwas schlechter abschneidet als die anderen Bereiche. Keine Aussagekraft – auf Grund der zu guten Noten und damit fehlender Diskrimination – besitzen die Beurteilung von „Wohnen“ und „Hauswirtschaft“, sowie die Bewohnerbefragung. Der in der öffentlichen Debatte immer wieder genannte Kritikpunkt, dass Pflegemängel mit einer guten Note im Bereich „Wohnen“ ausgeglichen werden können, kann nicht bestätigt werden. Beide Bereiche korrelieren positiv miteinander. Eine überdurchschnittlich gute Note im Bereich „Wohnen“ geht demnach tendenziell mit einer überdurchschnittlich guten Note im Bereich „Pflege“ einher.

Die Diskriminierungskraft der Pflegenoten steigt bereits, wenn nur der Teilbereich „Pflege“ betrachtet wird. Werden sechs vom GKV-Spitzenverband als besonders bedeutsam gekennzeichnete Kriterien zu einem Index zusammengezogen oder ein ebenfalls vom GKV-Spitzenverband vorgelegter Vorschlag, der u. a. 15 Kernkriterien benennt, deren Nichterfüllung sofort zu einer Abwertung der Note führt, so ergeben sich deutlich differenziertere Noten. Der Median liegt dann bei 1,52 („sechs Pflegekriterien“) bzw. 1,57 („Kernkriterien“). Eine Weiterentwicklung der Prüfkriterien könnte damit die Diskriminationskraft der Pflegenoten erhöhen.

Höhere Heimentgelte sind signifikant aber sehr schwach mit besseren Pflegenoten assoziiert

Bei der Betrachtung von Pflegenoten und Vergütung der stationären Einrichtungen kann ein eindeutiger und statistisch signifikanter Zusammenhang festgestellt werden: Ein höheres Entgelt geht mit einer besseren Note für die Pflegeeinrichtung einher. Dieser Effekt ist zwar sehr schwach, aber in fast allen Bundesländern für fast alle Bereichsnoten festzustellen (bei 97 von insgesamt 102 Korrelationen). Allerdings erklären die Unterschiede in den Pflegenoten die Unterschiede in den

Entgelten nur zu einem sehr kleinen Teil – auch dann, wenn die angesprochenen Weiterentwicklungen der Pflegenoten zugrunde gelegt werden. Es lässt sich somit zwar sagen, dass ein höheres Entgelt die Chancen auf eine höhere Pflegequalität erhöht, jedoch sind die Effekte nur sehr gering, da die durchschnittlichen Noten der Pflegeeinrichtungen überwiegend „sehr gut“ ausfallen und sich bei niedrigeren Heimentgelten nur geringfügig verschlechtern.

1.3 Langfristige Entwicklungen

Die altersspezifischen Prävalenzen sind im Zeitverlauf weitgehend unverändert

Ein eindeutiger Trend ist in der Entwicklung der altersstandardisierten Prävalenz nicht erkennbar. Diese Prävalenz ergibt sich, wenn für jede Altersstufe der Anteil der Pflegebedürftigen an der Bevölkerung ermittelt wird und diese Anteile gewichtet mit dem jeweiligen Bevölkerungsanteil zu einer Kennzahl zusammengezogen werden. Bei der Altersstandardisierung wird dann von einem im Zeitverlauf konstanten Bevölkerungsaufbau ausgegangen, um die Effekte der demographischen Alterung auszuschließen. Diese altersstandardisierte Prävalenz ist von 2,29 % im Jahr 1998 auf 2,40 % im Jahr 2010 gestiegen. Dies entspricht einem Anstieg um 0,11 Prozentpunkte bzw. knapp 5 % des Ausgangswertes. Die Zahl der Pflegebedürftigen stieg in diesem Zeitraum um etwa 30 %. Die Fallzahlsteigerung ist damit im Wesentlichen auf eine Veränderung der Altersstruktur zurückzuführen und nur in geringem Umfang auf Veränderungen der altersspezifischen Prävalenz.

Die These von einer gesünder werdenden Bevölkerung schlägt sich in diesen Zahlen nicht nieder. Einen Hinweis hierauf gibt allerdings die Entwicklung der Verteilung der Pflegestufen. So steigt die Prävalenz der Pflegebedürftigen mit Pflegestufe I insgesamt von 0,95 % auf 1,28 %, während die Prävalenz in Pflegestufe II von 0,95 % auf 0,77 % und in Pflegestufe III von 0,39 % auf 0,32 % zurückgeht. Der Anteil der Schwer- und Schwerstpflegebedürftigen (Stufe II und III) sinkt also zugunsten der nur erheblich Pflegebedürftigen (Stufe I).

Die altersspezifischen Inzidenzen der Frauen sind rückläufig

Die auf die Bevölkerung Deutschlands des Jahres 2008 standardisierten Inzidenzen sind im langen Trend rückläufig. Insgesamt zeigt sich bei den *Männern* eine relativ konstante Inzidenz in Höhe von 0,53 % der noch nicht pflegebedürftigen Bevölkerung. Diese gleich bleibende Inzidenz beruht auf einem leichten Anstieg der Inzidenzen mit Pflegestufe I von 0,29 % auf 0,36 % von 1999 bis 2010 bei gleichzeitigem Rückgang der Inzidenzen mit Pflegestufe II (von 0,21 % auf 0,15 %) und III (von 0,06 % auf 0,04 %), eine Verschiebung in Richtung leichter Pflegebedürftigkeit, die auch bei den Prävalenzen erkennbar ist.

Bei den *Frauen* zeigt sich ein etwas anderes Bild: Zunächst sinkt die Inzidenz bis 2005, bleibt bis 2007 konstant und steigt zum Jahr 2009 drastisch an, bevor sie 2010 ebenso drastisch absinkt. Insgesamt ergibt sich hieraus eine Abnahme der Inzidenz über alle Pflegestufen, von 0,72 % im Jahr 1999 auf 0,65 % im Jahr 2010. Der größte Rückgang ist dabei in Pflegestufe II zu finden (1999: 0,27 %; 2010: 0,15 %). Die zwischenzeitliche Spitze im Jahr 2009 ist ausschließlich durch eine Zunahme der Inzidenz in der Pflegestufe I hervorgerufen. Sie kann als statistisches Artefakt der Neuregelungen im Pflege-Weiterentwicklungsgesetz angesehen werden. In diesem Gesetz wurden erstmals Leistungsansprüche für Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz gewährt, die (noch) nicht pflegebedürftig im Sinne des SGB XI sind. In der Folge ist die Zahl der Begutachtungen sprunghaft gestiegen und anschließend nicht wieder auf das Ausgangsniveau zurückgekehrt. Das hat auch zu einer Zunahme der Zahl der erfolgreichen Antragsteller geführt. Die Tendenz zur sinkenden altersspezifischen Inzidenz wäre ohne diesen Effekt noch deutlicher erkennbar.

Kurzzeitpflege gewinnt an Bedeutung – und verliert an Effektivität

Die Zahl der Kurzzeitpflegefälle ist deutlich stärker angestiegen als die Zahl der Pflegebedürftigen. Während sich die Zahl der Pflegebedürftigen im Zeitraum 1998-2011 um rund 20 % erhöhte, hat sich die Inanspruchnahme der Kurzzeitpflege verdreifacht. Die Kurzzeitpflege gewinnt somit innerhalb des Leistungsgeschehens an Bedeutung. In steigendem Maße erfolgt Kurzzeitpflege nach einem Krankenhausaufenthalt (1998: 12 % der Fälle, 2011: 30 % der Fälle), auch wird sie

häufig zur Entlastung der Angehörigen in Anspruch genommen, um diesen einen Urlaub zu ermöglichen. Entsprechend ist die Nutzung in den Sommermonaten höher als im übrigen Jahr.

Allerdings geht die verstärkte Nutzung der Kurzzeitpflege einher mit einer schlechteren Zielerreichung. Erklärtes Ziel der Kurzzeitpflege ist die Überwindung aktueller Krisen (Organisation der häuslichen Pflege nach einem Krankenhausaufenthalt; Erholung der pflegenden Angehörigen), um die häusliche Pflege langfristig sicherzustellen. Dies impliziert, dass sich an die Kurzzeitpflege weitere Phasen der häuslichen Pflege anschließen sollten. Tatsächlich ist von 1998 bis 2011 nicht nur der Anteil der nach Kurzzeitpflege Verstorbenen von 11 % auf 17 % gestiegen, vielmehr hat sich im gleichen Zeitraum auch der Anteil der Pflegebedürftigen, die nach der Kurzzeitpflege vollstationäre Dauerpflege im Heim in Anspruch nehmen, von 18 % auf 30 % erhöht.

1.4 Gesamtlebenszeitkosten der Pflege

Angaben über die Gesamtkosten, die für Pflegebedürftigkeit von ihrem Eintritt bis zum Ende anfallen (Gesamtlebenszeitkosten), liegen bislang für Deutschland nicht vor – weder für die Ausgaben der Pflegeversicherung, noch für die privat zu tragenden Anteile. Gerade die Gesamtsumme der privat zu finanzierenden Aufwendungen ist aber wichtig, sollen individuell informierte Vorsorgeentscheidungen getroffen werden. Dabei ist nicht nur die durchschnittliche Höhe dieser Ausgaben, sondern auch ihre Verteilung von Interesse.

Um die Gesamtlebenszeitkosten zu ermitteln, wurden die Ausgaben der Pflegeversicherung und die privaten Pflegeaufwendungen der Pflegeeintrittskohorte des Jahres 2000 der ehemaligen GEK-Versicherten im Alter von mindestens 60 Jahren bis zum Jahr 2011 kumuliert. Für den Teil der Versicherten, der am Ende des Betrachtungszeitraums noch nicht verstorben war, wurden weitere Ausgabenverläufe modelliert und diese Ausgaben hinzugerechnet. Die Ergebnisse wurden anhand von Alter und Geschlecht auf die Bevölkerung des Jahres 2000 standardisiert. Mittels dieser Daten können die Gesamtlebenszeitausgaben der Pflegeversicherung

ebenso wie die privat getragenen und die von der Sozialhilfe übernommenen Gesamtlebenszeitkosten berechnet werden.

Gesamtlebenszeitausgaben der Pflegeversicherung pro Pflegebedürftigem

Standardisiert auf die Bevölkerung Deutschlands des Jahres 2000 im Alter von 60 Jahren und älter werden von der Pflegeversicherung im Durchschnitt Gesamtlebenszeitausgaben in Höhe von 33.256 € (Median: 16.820 €) pro Pflegebedürftigem übernommen. Dabei liegen die summierten Leistungen zwischen minimal 13 € und maximal 262.215 €. 27,9 % der Pflegebedürftigen verursachen Leistungsausgaben von unter 5.000 €. In der geschlechtsspezifischen Betrachtung verursachen 40,5 % der pflegebedürftigen Männer und 21,9 % der Frauen Gesamtlebenszeitausgaben von weniger als 5.000 €. Für ein Zehntel der Pflegebedürftigen fallen dagegen Kosten von mehr als 85 Tsd. € an. Die linkssteile Verteilung hängt eng mit der Überlebenszeit nach Eintritt in die Pflegebedürftigkeit zusammen. In der vorliegenden Inzidenzkohorte sterben bereits 53,1 % im ersten oder zweiten Jahr nach Eintritt in die Pflegebedürftigkeit.

Privat zu tragende Gesamtlebenszeitkosten

Pflegebedürftige der Zugangskohorte 2000 der mindestens 60-Jährigen Pflegebedürftigen zahlen – nach Alter und Geschlecht standardisiert auf die Bevölkerung Deutschlands – während ihrer Pflegebedürftigkeit im Durchschnitt 6.087 € privat für ambulante Pflegeleistungen. Auch hier liegt eine große Spanne vor, die von 0 € bis 55.605 € reicht. Die höhere durchschnittliche Zahlung bei Frauen (6.929 €) im Vergleich zu Männern (4.327 €) ist wiederum begründet in der längeren Lebenserwartung und den damit verbundenen längeren Pflegezeiten der Frauen.

Für stationäre Pflege zahlen die nach Alter und Geschlecht auf die deutsche Bevölkerung standardisierten Pflegebedürftigen der Zugangskohorte 2000 von Beginn der Pflegebedürftigkeit bis zum Tod durchschnittlich noch 31.131 € aus eigener Tasche – zusätzlich zu den Leistungen, die von der Sozialen Pflegeversicherung getragen werden. Allerdings gibt es bei diesen Eigenanteilen eine große Streuung. Etwa ein Drittel der Pflegebedürftigen müssen keine eigenen Zahlungen zur stationären Pflege leisten, da es nie zu einem Heimaufenthalt kommt. Für insgesamt

40 % der Pflegebedürftigen liegt der eigene Finanzierungsbetrag bei unter 463 €, während die Eigenanteile für ein Zehntel der Pflegebedürftigen bei mehr als 99.000 € liegen. Maximal werden sogar bis zu gut 300.000 € aufgewendet. Pflegebedürftige Frauen leisten im Lebensverlauf mit 38.121 € einen höheren durchschnittlichen eigenen Zahlungsbetrag als pflegebedürftige Männer (16.517 €).

Kostenübernahmen durch die Sozialhilfe

Können Pflegebedürftige die Kosten nicht tragen, übernimmt ggf. die Sozialhilfe im Rahmen der Hilfe zur Pflege die Kosten. Dividiert man die Summe der Hilfe zur Pflege durch die Zahl der Pflegebedürftigen, ergeben sich im Durchschnitt der Jahre 2000 bis 2009 412 € bei ambulanter Pflege und 3.154 € bei stationärer Pflege pro Jahr und Pflegebedürftigem im jeweiligen Setting. Wenn man diese Durchschnittswerte zu Grunde legt, ergeben sich Lebenszeitausgaben von 744 € für ambulante Pflege bei Männern und 976 € für ambulante Pflege bei Frauen, die im Durchschnitt von der Sozialhilfe übernommen werden. Im stationären Bereich sind diese Werte entsprechend höher: 2.059 € bei Männern und 4.415 € bei Frauen. Insgesamt resultiert hieraus ein Betrag von 2.803 € für Männer und 5.391 € für Frauen. Die meisten Pflegebedürftigen bekommen allerdings in der Realität niemals Hilfe zur Pflege, finanziell bedürftige Pflegebedürftige erhalten daher im Durchschnitt deutlich höhere Unterstützungsleistungen.

Verteilung der Gesamtlebenszeitkosten auf Kostenträger

Für pflegebedürftige Frauen ergeben sich somit im Lebensverlauf durchschnittliche Pflegekosten in Höhe von insgesamt 84.000 €. Davon entfallen 39.000 € auf die Pflegeversicherung, und 45.000 € sind privat zu tragen. Für Männer sind die durchschnittlichen Pflegekosten mit insgesamt 42.000 € nur halb so hoch und werden zu gleichen Teilen von der Pflegeversicherung und privat getragen. Die privat zu tragenden Aufwendungen werden bei finanzieller Bedürftigkeit vom Sozialhilfeträger übernommen. Begründet sind die höheren Kosten für Frauen durch eine längere Lebenserwartung, verbunden mit längeren Zeiten in vollstationärer Pflege.

1.5 Relevante und kostentreibende Diagnosen bei Pflegebedürftigkeit

Erwartungsgemäß treten einige Diagnosen bei Pflegebedürftigen häufiger auf als bei Nicht-Pflegebedürftigen. Dies sind bei Kindern und Jugendlichen vor allem Entwicklungsstörungen (ICD: F8) und dabei insbesondere „Kombinierte umschriebene Entwicklungsstörungen“ (F83), aber auch neurologische Störungen und angeborene Behinderungen wie Epilepsie (G40), Infantile Zerebralparese, z. B. spastische Lähmung (G80), Down-Syndrom: Trisomie 21 (Q90) oder Paraparese und Paraplegie, Tetraparese und Tetraplegie (G82). Im höheren Alter sind es vor allem Demenzdiagnosen (F00, F03) und die entsprechenden neurologischen Diagnosen der Alzheimer-Krankheit (G30). Eine häufige Diagnose bei pflegebedürftigen Männern ist die Stuhlinkontinenz (R15) und im mittleren Alter die Hemiparese und Hemiplegie (Lähmung) (G81). Die Dekubitus-Prävalenz von 10 % bei den 75-84-jährigen pflegebedürftigen Männern und bei den über 85-jährigen pflegebedürftigen Frauen ist alarmierend.

Gerade die Erkrankungen und Zustände, die mit der Pflegebedürftigkeit in engem Zusammenhang stehen (Kognitive Defizite, Inkontinenz, Dekubitus), aber auch Fehl- und Mangelernährung, erhöhen die Leistungsausgaben der Pflegeversicherung erheblich. Regressionsmodelle, in denen Alter, Geschlecht, die Nähe zum Tod und die Länge der bisherigen Pflegedauer kontrolliert sind, zeigen folgende Ergebnisse: Im Vergleich zu Pflegebedürftigen ohne diese Erkrankungen und Zustände steigert ihr Auftreten die *monatlichen* Leistungsausgaben der Pflegeversicherung um 100 € (Fehl- und Mangelernährung) bis 267 € (kognitive Defizite). Kognitive Defizite (+50 €) und Inkontinenz (+480 €) erhöhen zwar auch die *jährlichen GKV-Leistungsausgaben*, im Vergleich zu einigen möglicherweise vermeidbaren häufigen Erkrankungen bei Pflegebedürftigen aber in geringerem Umfang: Personen mit Dekubitus, Fehl- und Mangelernährung und Störungen im Flüssigkeits- und Elektrolythaushalt (Dehydration etc.) verursachen jeweils Mehrausgaben in Höhe von ca. 2.000 € im Jahr.

2 Einleitung

Mit dem vorliegenden 5. Pflegereport wird die Reihe der Pflegereporte fortgesetzt, die als GEK-Pflegereport im Jahr 2008 begann und im Jahr 2010 mit dem ersten BARMER GEK Pflegereport weitergeführt wurde. Zentrales Ziel des Reportes ist und bleibt es, über Pflegebedürftigkeit und die Versorgung Pflegebedürftiger zu berichten. Diese Informationen können Grundlage dafür sein, das Pflegesystem kontinuierlich zu verbessern. Die Berichterstattung beruht dabei auf öffentlich zugänglichen Daten, insbesondere der amtlichen Statistik, und auf der Analyse der Routinedaten der BARMER GEK.

Der BARMER GEK Pflegereport 2012 umfasst vier Hauptteile:

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

In Kapitel 3 wird die Weiterentwicklung der Pflegeversicherung im letzten Jahr kommentiert. Im Mittelpunkt steht dabei eine Bewertung des Pflege-Neuausrichtungsgesetzes. Neben den vorhandenen positiven Ansätzen werden insbesondere drei Defizite näher beleuchtet:

- die fehlenden Ankündigungen zur Leistungsdynamisierung, über die 2014 entschieden werden muss,
- die fehlende Umsetzung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs und
- der verfehltte Ansatz der Förderung zusätzlicher privater Pflegevorsorge (Pflege-Bahr).

In Kapitel 4 werden die Daten der Pflegestatistik in Bezug auf regionale Unterschiede analysiert. Zudem stehen die neuesten Zahlen der vom Bundesministerium für Gesundheit veröffentlichten Kassenstatistik und der Statistik der privaten Pflegepflichtversicherung, sowie die Daten des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e. V. von 2011 zur Verfügung. Auf Basis der Daten der Rentenversicherung und des Sozio-ökonomischen Panels wird weiterhin die Zahl der Pflegepersonen ermittelt. Zudem werden die Pflegenoten von Pflegeheimen und die Heimentgelte dargestellt und in Beziehung gebracht.

In Kapitel 5 werden die Routinedaten der BARMER GEK im Hinblick auf typische Diagnosen bei Pflegebedürftigkeit und hinsichtlich der altersspezifischen Inzidenzen untersucht. Des Weiteren wird auf Basis der Daten der ehemaligen GEK die Dynamik der Pflegebedürftigkeit beschrieben. Hier geht es um Eintritt, Verlauf und Wandel der Pflegebedürftigkeit. Eine solche Längsschnittperspektive kann nur mit den Kassendaten, nicht aber mit den Querschnitterhebungen der amtlichen Statistik eingenommen werden. Im Zentrum der Analysen steht diesmal die besondere Bedeutung der Kurzzeitpflege.

Im Schwerpunktthema dieses Reports werden die Kosten untersucht, die im Zusammenhang mit Pflegebedürftigkeit entstehen. Erstmals für Deutschland wird eine Lebensverlaufsperspektive eingenommen, um die Gesamtkosten einer „Pflegekarriere“ zu beziffern. Dabei werden sowohl die Ausgaben der Pflegeversicherung für einen Pflegefall als auch die privat zu tragenden Kosten dargestellt. Weiterhin werden Kosten aus dem SGB V-Bereich für Pflegebedürftige mit denen von Nicht-Pflegebedürftigen verglichen und möglicherweise vermeidbare Krankenhausaufenthalte identifiziert und deren Kosten beziffert.

Die Autoren möchten sich bei Maren Bauknecht herzlich für die intensive Durchsicht des Manuskripts auf sprachliche und formale Fehler bedanken. Verbleibende Fehler liegen selbstverständlich in der Verantwortung der Autoren.

3 Die Weiterentwicklung der Pflegeversicherung 2011/12

Die Pflegepolitik des vergangenen Jahres ist geprägt durch das Pflege-Neuausrichtungsgesetz (PNG), die in ihm geregelten und die nicht geregelten Fragen. Die wichtigsten im Gesetz vorgesehenen Änderungen sind (vgl. Nakielski 2012):

1. Die Erhöhung des Beitragssatzes zur Sozialen Pflegeversicherung um 0,1 Beitragssatzpunkte zum 1.1. 2013.
2. Leistungsverbesserungen für Versicherte mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz, insbesondere Demente, aber auch andere Personengruppen mit kognitiven Einschränkungen und Verhaltensauffälligkeiten. Dabei werden nicht nur die Leistungen für Pflegebedürftige im Sinne des SGB XI aufgestockt, sondern auch erstmals Pflegegeld- und Sachleistungsansprüche für Personen gewährt, die nicht pflegebedürftig im Sinne des SGB XI sind (sog. „Pflegestufe Null“). Diese Leistungen sind als Übergangslösung konzipiert, „bis zum Inkrafttreten eines Gesetzes, das die Leistungsgewährung auf Grund eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs und eines entsprechenden Begutachtungsverfahrens regelt“ (§ 123 SGB XI n.F.).
3. Flexibilisierung der Leistungsansprüche: Bei der Vergütung ambulanter Pflegedienste kann anstelle von vorgegebenen Leistungskomplexen in Zukunft auch nach Zeitkontingenten vergütet werden.
4. Leistungsverbesserungen für pflegende Angehörige:
 - a. Beiträge zur Rentenversicherung können in Zukunft auch gezahlt werden, wenn der hierzu notwendige Pflegeumfang von 14 Stunden durch die Pflege mehrerer Pflegebedürftiger insgesamt entsteht.
 - b. Auch bei Inanspruchnahme von Kurzzeit- und Verhinderungspflege kann die Hälfte des Pflegegelds weiter bezogen werden.
5. Förderung von Selbsthilfegruppen. Hierzu werden von der Pflegeversicherung jährlich insgesamt rund 8 Mio. € zur Verfügung gestellt.
6. Förderung neuer Wohnformen: Für Wohnformen zwischen ambulanter und stationärer Versorgung können monatliche Zuschüsse von 200 € zur Finan-

zierung des höheren Organisationsaufwands gewährt werden. Zusätzlich wird ein zeitlich befristetes Initiativprogramm zur Gründung von Wohngruppen aufgelegt, das notwendige Umbaumaßnahmen mit einem Zuschuss von bis zu 10 Tsd. € pro Wohngruppe fördert.

7. Wohnanpassung in betreuten Wohngruppen: Die bereits bestehende Förderung pro Bewohner wird derart ausgeweitet, dass die Höchstfördersummen von bis zu vier Bewohnern für dieselbe Wohnung zusammengelegt werden können.
8. Umfassendere Rechte bei der Begutachtung: Die Informationspflichten des MDK gegenüber den Antragstellern werden ausgedehnt, für Beratungen werden Beratungsgutscheine ausgegeben, wenn die Pflegekassen innerhalb von zwei Wochen keinen Beratungstermin anbieten können, und wenn die MDK-Begutachtung nicht innerhalb von vier Wochen erfolgt, dann erhalten die Antragsteller 70 € für jede begonnene Woche der Fristüberschreitung.
9. Einführung eines steuerfinanzierten Zuschusses bei Abschluss einer freiwilligen privaten Pflegezusatzversicherung („Pflege-Bahr“).

Während die Flexibilisierungen und Leistungsverbesserungen (z. B. die Förderung neuer Wohnformen) auf breite Zustimmung gestoßen sind, ist insbesondere die steuerliche Förderung des Abschlusses einer privaten Pflegezusatzversicherung zum Teil scharf kritisiert worden (Rothgang 2012a, b; Jacobs & Rothgang 2012).¹ Kritisch zu betrachten ist zudem, dass es zu zwei wichtigen Themenbereichen im Pflege-Neuausrichtungsgesetz keine Regelungen gibt: die Leistungsdynamisierung in der Sozialen Pflegeversicherung und die Einführung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs. Nachfolgend soll daher auf die Leistungsverbesserungen für Per-

¹ Die diesbezüglichen Regelungen waren zunächst gar nicht Teil des Gesetzesentwurfes (Bundestags-Drucksache 17/9369) und wurden erst nach der Verbände- und Expertenanhörung am 21. Mai 2012 im 18. Änderungsantrag der Koalitionsparteien vorgelegt (Bundestags-Drucksache 17/9369). Daraufhin wurde für den 25. Juni eine erneute Anhörung angesetzt, in der nur die Regelungen des „Pflege-Bahr“ behandelt wurden.

sonen mit eingeschränkter Alltagskompetenz und den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff (Abschnitt 3.1), die fehlenden Regelungen zur Leistungsdynamisierung (Abschnitt 3.2) sowie die steuerliche Förderung freiwilliger Pflegezusatzversicherungen (Abschnitt 3.3) eingegangen werden.

3.1 Leistungsverbesserungen für Demente und Pflegebedürftigkeitsbegriff²

Die Pflegeversicherung konnte 1995 nur eingeführt werden, weil ihre Protagonisten die Kostenbegrenzung zu einem zentralen Ziel erhoben hatten, um sich so die Zustimmung der Skeptiker zu sichern (Pabst & Rothgang 2000; Rothgang 1997: 9-40). Auch die Definition der Anspruchsvoraussetzungen für Pflegeversicherungsleistungen wurde entsprechend eng gewählt, so dass der im Gesetz niedergelegte Pflegebedürftigkeitsbegriff schon sehr bald unter fachlichen Gesichtspunkten als unzureichend kritisiert wurde (vgl. Döhner & Rothgang 2006). Kritisch ist insbesondere, dass der verrichtungsbezogene Pflegebedürftigkeitsbegriff zwar somatische Einschränkungen gut abbildet, die besonderen Betreuungs- und Beaufsichtigungsbedarfe kognitiv beeinträchtigter und verhaltensauffälliger Menschen aber weitgehend unberücksichtigt lässt. Bereits 2006 hat das Bundesgesundheitsministerium daher einen Beirat zur Überprüfung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs eingerichtet, der 2009 zwei Berichte vorgelegt hat (BMG 2009a und b), in denen in seltener Einmütigkeit aller Beiratsmitglieder ein *neuer Pflegebedürftigkeitsbegriff* vorgeschlagen und ein dazugehöriges neues Begutachtungsassessment (NBA) vorgelegt wurden. Gemäß dieses Vorschlags sollen nicht mehr die Defizite bei den alltäglichen Verrichtungen zum Ausgangspunkt der Begutachtung genommen, sondern es soll vielmehr geprüft werden, welche Hilfestellungen notwendig sind, damit der Pflegebedürftige am gesellschaftlichen Leben teilhaben kann. Dabei werden kognitive Beeinträchtigungen systematisch berücksichtigt, so dass insbesondere die Bedarfe der dementiell Erkrankten wesentlich besser erfasst werden.

² Die Ausführungen sind weitgehend Rothgang 2012c entnommen.

Gleichzeitig wird aber dadurch, dass somatische und gerontopsychiatrische Einschränkungen einer einheitlichen, ausgewogenen Bewertungssystematik unterworfen werden, eine bessere Verteilungsgerechtigkeit zwischen verschiedenen Gruppen von Pflegebedürftigen sichergestellt. Das NBA wurde einem umfangreichen Praxistest unterzogen, in dem es sich als reliabel und valide erwiesen hat (BMG 2009a). Die Vorschläge des Beirates wurden von Fachwelt und Politik durchgängig positiv bewertet, so dass die Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs von allen im Bundestag vertretenen Parteien gefordert wird.

Obwohl die Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs auch im Koalitionsvertrag angekündigt wurde (CDU, CSU und FDP 2009: 93) und das Jahr 2011 vom damaligen Bundesgesundheitsminister zum „Jahr der Pflege“ erklärt wurde, ist 2010 und 2011 jedoch nichts weiter geschehen. Inzwischen wurde der Beirat vom Bundesgesundheitsminister erneut eingesetzt und hat am 1. März diesen Jahres, also fast 3 Jahre nach Vorlage des Umsetzungsberichts, seine Arbeit erneut aufgenommen, mit dem Ziel, im Frühjahr 2013 erneut zu berichten. Allerdings muss in Frage gestellt werden, inwieweit dies zielführend ist, nicht nur, weil eine Umsetzung des neuerlichen Berichts in dieser Legislaturperiode nicht mehr möglich ist, sondern auch, weil der Beirat nur fachliche Fragen lösen, nicht aber die notwendigen politischen Prioritätssetzungen vornehmen kann.

So kann das neue Begutachtungsassessment (NBA) zwar alle Antragsteller auf einer Skala von 0 bis 100 abbilden und der Beirat hat zudem gut begründete Grenzwerte auf dieser Skala vorgeschlagen, mit deren Hilfe 5 Bedarfsgrade unterschieden werden können. Die politisch zu lösende Frage ist aber, *mit welchen Leistungen* diese Bedarfsgrade hinterlegt werden sollen. Hierzu hat der Beirat in seinem Umsetzungsbericht 2009 mehrere Szenarien vorgelegt. In einer annähernd ausgabenneutralen Variante werden die Mehrausgaben, die sich durch die bessere Erfassung insbesondere der kognitiven Beeinträchtigungen ergeben, dadurch finanziert, dass die Leistungen für die Gruppe der rein somatisch Beeinträchtigten

insgesamt gesenkt werden.³ Eine Pflegereform, die mit Leistungskürzungen in einem System einhergeht, das wegen der bis 2008 fehlenden Leistungsdynamisierung (s. u.) bereits erhebliche reale Leistungskürzungen erlebt hat (s. Abschnitt 3.2), ist allerdings politisch schwer zu vermitteln. Sollen daher die bisherigen Leistungshöhen für alle Betroffenengruppen zumindest gehalten, gleichzeitig aber insbesondere Demenz stärker berücksichtigt werden, resultieren Mehrausgaben von 3-4 Mrd. € oder etwa 15 % des derzeitigen Ausgabenniveaus – zuzüglich der temporären Zusatzausgaben für eine Bestandsschutzregelung für den Übergang (BMG 2009b). Zu entscheiden ist daher die Frage, wie viel der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff kosten darf, also welche Mehrausgaben als akzeptabel angesehen werden. Diese Frage ist aber eminent politisch und kann nur von der Politik gelöst werden und nicht von einem Beirat. Der Beirat kann einen sinnvollen Beitrag zur Lösung noch offener technischer und fachlicher Probleme leisten und wird diesbezügliche Vorschläge erarbeiten. Das Kernproblem, der Zielkonflikt zwischen Ausgabenstabilisierung und Leistungsverbesserung, kann aber nur durch die Politik gelöst werden. Erst wenn diese entsprechende Vorgaben macht, ist eine Umsetzung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs, die ja unisono von Wissenschaft und Politik gefordert wird, möglich.

Um die Situation von Menschen mit eingeschränkter Alltagskompetenz dennoch kurzfristig zu verbessern, sieht das PNG die Einführung neuer Leistungen als Übergangsregelung (§ 123 SGB XI n.F.) vor (s. o.). Damit wird eine „Traditionslinie“ fortgesetzt, die mit der Einführung von zusätzlichen Betreuungsleistungen für Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz nach § 45b SGB XI im Pflegeleistungs-Ergänzungsgesetz 2001 begonnen und mit dem Ausbau dieser Leistungen im Pflege-Weiterentwicklungsgesetz 2008 (vgl. hierzu Rothgang et al. 2011: 200ff.) weitergeführt wurde. Angesichts des seit vielen Jahren bestehenden fachpolitischen Konsenses darüber, dass die besonderen Belange kognitiv beein-

³ Der Bayreuther Finanzwissenschaftler Volker Ullrich hat diesbezügliche Verschlechterungen für 30 % der Pflegebedürftigen errechnet (Rheinische Post vom 28.11.2011).

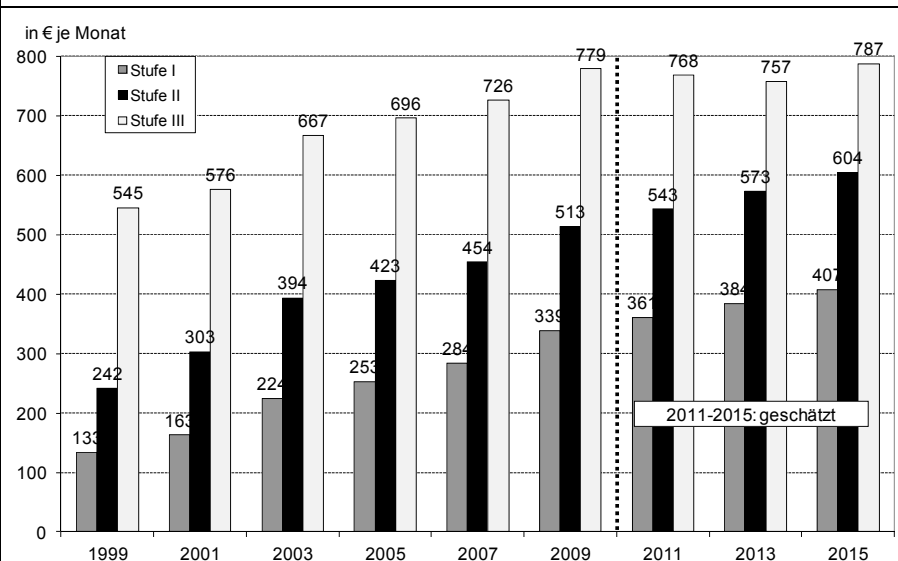
trächtigter und verhaltensauffälliger Menschen bei der Bemessung von Pflegeversicherungsleistungen nur unzureichend berücksichtigt sind, sind die geplanten Leistungsverbesserungen zwar im Grundsatz zu begrüßen. Allerdings wären diese Sonderregelungen nicht notwendig, wenn ein neuer Pflegebedürftigkeitsbegriff eingeführt worden wäre, der systematisch und umfassend alle pflegerelevanten Belange berücksichtigt. Die stattdessen vorgesehene kurzfristige Einführung neuer Leistungen als Übergangsregelung kann sogar kontraproduktiv sein, wenn die neuen Leistungen dann womöglich unter den Bestandsschutz fallen und so finanzielle Mittel binden, die für die Reform des Pflegebedürftigkeitsbegriffs benötigt werden – jedenfalls aber einer umfassenden Neuregelung vorgreifen und den diesbezüglichen Handlungsspielraum einschränken.

3.2 Leistungsdynamisierung⁴

Im Gegensatz zur Krankenversicherung sind die Leistungen der Pflegeversicherung grundsätzlich nicht bedarfsdeckend, sondern durchgängig gedeckelt oder pauschaliert. Von 1995 bis 2008 sind die Leistungen zudem nominal konstant geblieben. Das hat zu einem erheblichen Kaufkraftverlust geführt. So sind die Heimentgelte (Pflegesatz zuzüglich des Entgelts für Unterkunft und Verpflegung) in den zehn Jahren von 1999 bis 2009, die von der Pflegestatistik erfasst werden, um jahresdurchschnittlich (geometrisches Mittel) 1,5 % (Stufe I und II) bzw. 1,3 % (Stufe III) gestiegen (vgl. Rothgang et al. 2011b: 83ff.). Für diesen 10-Jahreszeitraum entspricht das einer Gesamtsteigerung von 16 % (Pflegestufe I und II) bzw. 14 % (Pflegestufe III) oder einer entsprechenden realen Entwertung der Pflegeversicherungsleistungen. Bezogen auf den Zeitraum von 1996 (Inkrafttreten der stationären Leistungen) bis 2008 (erste Leistungsdynamisierung) entspricht das einer Gesamtsteigerung von 21 % (Pflegestufe I und II) bzw. 19 % (Pflegestufe III) bzw. einem entsprechenden Realwertverlust.

⁴ Die Ausführungen sind weitgehend Rothgang 2012c entnommen.

Abbildung 1: Eigenfinanzierungsanteile in der stationären Pflege



Quelle: eigene Berechnungen basierend auf den gesetzlich vorgegebenen Leistungssätzen des SGB XI und der Pflegestatistik (Statistisches Bundesamt 2002; 2003; 2005; 2007; 2009; 2011c)

Die Auswirkungen dieses Realwertverlustes lassen sich gut an der Entwicklung der Anteile der Pflegekosten in der stationären Pflege, die vom Pflegebedürftigen selbst zu finanzieren sind (Eigenanteile)⁵, ablesen. In Abbildung 1 wird dargestellt, wie sich die monatlichen Eigenanteile von 1999 bis 2009 entwickelt haben und sich bis 2015 weiterentwickeln, wenn die Pflegesätze mit derselben Rate steigen,

⁵ Diese Eigenanteile sind als Differenz zwischen Pflegesatz und Pflegeversicherungsleistungen berechnet. Zusätzlich sind vom Pflegebedürftigen noch die Entgelte für Unterkunft und Verpflegung und die gesondert in Rechnung gestellten Investitionskosten aufzubringen.

mit der sie im Zeitraum von 1999 bis 2009 gestiegen sind.⁶ Wie die Abbildung zeigt, haben sich die Eigenanteile in Pflegestufe I und in Pflegestufe II von 1999 bis 2009 jeweils mehr als verdoppelt.

Tabelle 1: Leistungshöhen für Pflegesachleistungen, Pflegegeld und vollstationäre Pflege

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

Quelle: Eigene Berechnungen, entnommen aus Rothgang 2008

Anmerkung: Die Gesamtsteigerungsrate ist errechnet als gewogener Mittelwert der Steigerungsraten der einzelnen Leistungsarten (und Stufen). Als Gewichte werden dabei die jeweiligen Ausgabenanteile im Jahr 2007 verwendet

⁶ Für die Pflegeversicherungsleistungen wurden die gesetzlich vorgegebenen Werte eingesetzt, die sich bis 2015 nur in Pflegestufe III verändern. Die Ergebnisse der Pflegestatistik zu den Heimentgelten im Dezember 2009 liegen noch nicht vor.

Um dem Kaufkraftverfall der Pflegeversicherung entgegenzutreten, wurde im PfWG eine Leistungsanpassung in drei Stufen (2008, 2010 und 2012) vorgesehen und eine Absichtserklärung für eine regelmäßige Anpassung ab 2015 abgegeben. Tabelle 1 enthält die entsprechenden Leistungshöhen für die Kernleistungen der Pflegeversicherung und ihre Anpassung von 2007-2012. Weiterhin sind die absolute Veränderung (in €) und die relative Veränderung (in Prozent des Ausgangswertes) angegeben.

Wie die Tabelle zeigt, unterscheiden sich die Anpassungen je nach Leistungsart und Pflegestufe erheblich. Deutlich wird insbesondere die implizite Angleichungstendenz zwischen den Sachleistungen bei häuslicher Pflege und vollstationärer Pflege in den Stufen I und II. Eine solche Angleichung ist grundsätzlich zu begrüßen und wurde schon in der sogenannten Rürup-Kommission 2003 gefordert (Nachhaltigkeitskommission 2003: 193ff.). Allerdings werden bei der vorgesehenen Dynamisierung insbesondere die ausgabenträchtigen Leistungsarten nicht angehoben. So machen die Leistungen der vollstationären Pflege in Stufe I und II, die nicht angepasst werden, derzeit mehr als 40 % der SPV-Ausgaben aus. Wird – unter Berücksichtigung der Inanspruchnahme- und Ausgabenstruktur zum Zeitpunkt der Beschlussfassung zum PfWG – errechnet, wie sich die Pflegeversicherungsleistungen insgesamt entwickeln, so ist erkennbar, dass die Anpassung unzureichend ist. Für den Zeitraum von 2007-2012 ergibt sich eine durchschnittliche jährliche Anpassungsrate (geometrisches Mittel) von 1,4 %, die damit sogar noch unter der Inflationsrate liegt. Nun haben die Leistungen der Pflegeversicherung vor Inkrafttreten des PfWG bereits erheblich an Wert verloren (s. o.). Es kann daher auch geprüft werden, inwieweit es mit der Anpassung gelingt, diesen Realwertverlust wieder auszugleichen. Wird die Anpassung daher auf den Zeitraum von 1996 (Einführung der stationären Leistungen) bis 2015 (Beginn der regelmäßigen Dynamisierung) bezogen, ergibt sich eine jährliche Steigerungsrate von nur noch 0,4 Prozent, die vollkommen ungeeignet ist, den Realwertverlust der Pflegeversicherungsleistungen einzudämmen. Insgesamt ist die vorgesehene schrittweise Anpassung damit zu gering, um den Realwert der Pflegeversicherungsleistungen auch nur von 2008 bis 2012 konstant zu halten.

Die zu erwartenden Auswirkungen dieser geringen Dynamisierung können wieder in Abbildung 1 abgelesen werden. Aufgrund der im PfWG vorgesehenen Leistungsdynamisierungen kann der Eigenanteil in Pflegestufe III in etwa konstant gehalten werden. In Pflegestufe I und II sind aber weitere Anstiege zu erwarten, so dass die entsprechenden Werte im Jahr 2015 dann bei gut 400 € (Pflegestufe I) bzw. 600 € (Pflegestufe II) liegen würden. Wird berücksichtigt, dass die Pflegeversicherungsleistungen ursprünglich mit dem Ziel festgelegt wurden, die pflegebedingten Kosten eines durchschnittlichen Pflegeheimes abzudecken, werden die gravierende Unterfinanzierung und die unzureichende Dynamisierung deutlich.

Für den Zeitraum ab 2015 sieht § 30 SGB XI in der Fassung des PfWG vor, dass die „Bundesregierung ... alle drei Jahre, erstmals im Jahre 2014 Notwendigkeit und Höhe einer Anpassung der Leistungen der Pflegeversicherung“ prüft (§ 30 Satz 1 SGB XI). Dabei soll die Inflationsrate als Richtschnur dienen, keinesfalls soll der Anstieg aber höher ausfallen als die Bruttolohnentwicklung. Zudem „können die gesamtwirtschaftlichen Rahmenbedingungen mit berücksichtigt werden“ (ebd.). Insbesondere die letztgenannte Einschränkung eröffnet die Möglichkeit, die Leistungsanpassung ganz auszusetzen oder die Pflegeversicherungsleistungen sogar nach unten anzupassen.

Im PNG wurde nun die Gelegenheit verpasst, diese im PfWG festgelegte unzureichende Dynamisierung zu korrigieren. Tatsächlich wird die Leistungsdynamisierung im PNG gar nicht angesprochen, obwohl § 30 SGB XI vorsieht, dass eine solche Anpassung im Jahr 2014 erstmals (für 2015) geprüft werden soll. Nun kann eine solche Anpassung nach Vorlage eines Berichts per Rechtsverordnung vorgenommen werden und erfordert kein Gesetzgebungsverfahren. Dennoch ist das Fehlen einer Ankündigung, gerade angesichts der im Gesetzentwurf zum PNG enthaltenen anderen Ankündigungen etwa zum Pflegebedürftigkeitsbegriff und zur steuerlichen Förderung der privaten Pflegeversicherung, schon für sich genommen bemerkenswert und beunruhigend.

Zentraler Kritikpunkt ist jedoch, dass die bisher vorgesehene diskretionäre Anpassung regelmäßig Anlass zu politischen Auseinandersetzungen bieten und nicht zuverlässig zu den notwendigen Leistungsanpassungen führen dürfte. Soll ein wei-

terer Kaufkraftverlust langfristig vermieden werden, ist daher ein Gesetzgebungsverfahren notwendig, um eine regelgebundene Dynamisierung ohne diskretionären Spielraum nach einer vorgegebenen Formel im SGB XI zu verankern. Hinsichtlich der Höhe der Anpassung sollte auf makroökonomische Größen wie die Inflationsrate und die Bruttolohn- und -gehaltsentwicklung abgestellt werden. Hierbei kann zwischen dem Pflegegeld und den Sachleistungen unterschieden werden. Für das Pflegegeld ist eine Anpassung entsprechend der allgemeinen Preisentwicklung sinnvoll. Bei den Pflegesachleistungen sollte die Kaufkrafterhaltung das Ziel der Anpassung sein. Nun ist davon auszugehen, dass die Preise langfristig der Kostenentwicklung folgen. Personalintensive Dienstleistungen unterliegen aber generell der Baumolschen „Kostenkrankheit“ (Baumol 1967; Baumol & Oates 1972): Da personenbezogene Dienstleistungen nicht in gleichem Maße rationalisiert werden können wie Industrieprodukte, übersteigt deren Kostensteigerung (und damit dann annahmegemäß auch die Preissteigerung) regelmäßig die Inflationsrate. Da – angesichts der zukünftigen Arbeitsmarktentwicklung – von steigenden Reallöhnen auszugehen ist, würde eine Leistungsdynamisierung in Anlehnung an die Inflationsrate und unterhalb der Lohnsteigerungsrate zu einem fortgesetzten Kaufkraftverlust führen. Nun ist die Pflegeversicherung von vorne herein als Teilleistungssystem konzipiert. Allerdings ist die Fähigkeit dieses Systems, die bei seiner Einführung verfolgten Ziele zu erfüllen, etwa in der Heimpflege im Durchschnitt zumindest die Pflegekosten zu finanzieren, schon in den letzten Jahren gesunken (s. o.). Eine weitere reale Reduktion der Pflegeversicherungsleistungen dürfte daher langfristig dazu führen, dass die Funktionsfähigkeit dieses Sicherungssystems in Frage gestellt wird und so die Pflegeversicherung delegitimieren.

Eine Dynamisierung der Pflegeversicherungsleistungen in Anlehnung an die Lohnentwicklung in der Pflege verbietet sich aber, weil dadurch eine Lohn-Preis-Spirale nach oben ausgelöst würde. Sinnvoll erscheint dagegen die Anlehnung an die Bruttolohn- und -gehaltsentwicklung der gesamten Volkswirtschaft, da sich die Lohnentwicklung in der Pflege langfristig nicht von der übrigen Lohnentwicklung abkoppeln kann. Da neben den Personalkosten auch Sachkosten zu berücksichtigen sind, ist auch die Berücksichtigung der Inflationsrate plausibel. Eine Anpassungsformel, die auf einen gewogenen Mittelwert aus Inflation und Bruttolohn- und

-gehaltsentwicklung abstellt, wäre daher ideal. Entsprechend wurde bereits in der Nachhaltigkeitskommission der Mittelwert aus Inflation und Bruttolohn- und -gehaltssteigerung als Anpassungsformel vorgeschlagen. Noch besser wäre eine Anpassungsformel, bei der Lohnentwicklung und Inflation im Verhältnis von Personal- zu Sachkosten (also etwa im Verhältnis 2 : 1) eingehen. Eine Anpassung gemäß der Inflation – die in der geltenden Fassung des § 30 als Obergrenze vorgesehen ist – würde bei steigenden realen Bruttolöhnen dagegen zu einem weiteren Wertverlust der Pflegeversicherungsleistungen führen, der sich auch in der Sozialhilfequote der stationär versorgten Pflegebedürftigen niederschlagen dürfte. Sie ist daher unzureichend.

In einem nochmals anderen Licht erscheint die fehlende Auseinandersetzung mit der Leistungsdynamisierung, wenn bedacht wird, dass mit der steuerlichen Förderung einer freiwilligen Pflegezusatzversicherung gleichzeitig eine weitere Finanzierungssäule geschaffen wird, die genutzt werden kann, um die unzureichende Leistungsdynamisierung in der Sozialen Pflegeversicherung zu legitimieren.

3.3 Steuerliche Förderung für freiwillige Pflegezusatzversicherung („Pflege-Bahr“)⁷

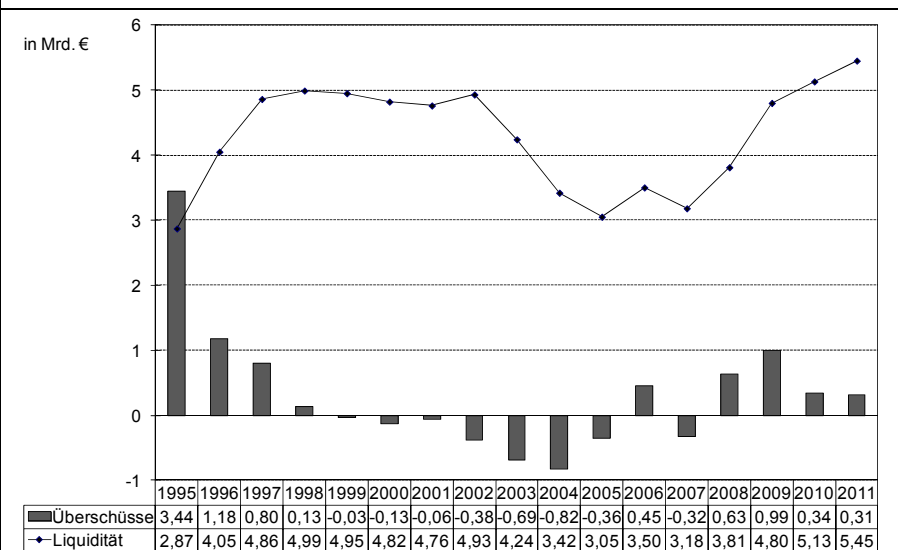
Seit Beginn dieses Jahrhunderts weist die Soziale Pflegeversicherung (SPV) steigende finanzielle Defizite auf, denen zunächst mit Einzelmaßnahmen begegnet wurde:

- der Einführung des Zusatzbeitrags für Kinderlose (2005)
- dem Vorziehen der Fälligkeit mit der Folge einer 13. Monatseinnahme (2006)
- der Beitragssatzanhebung zum Juli 2008.

⁷ Vgl. hierzu auch Rothgang 2012a, b und d sowie Jacobs & Rothgang 2012, die dieser Darstellung zugrunde liegen.

Seit der Beitragsanhebung 2008 verzeichnet die Soziale Pflegeversicherung zwar wieder Überschüsse, die allerdings rückläufig sind, da die Beitragssatzanhebung zum 1. Juli 2008, die Dynamisierung der Pflegeleistungen aber in drei Stufen (2008, 2010, 2012) erfolgte (Abbildung 2). Nach Inkrafttreten der letzten Stufe der Leistungsdynamisierung 2012 wäre die SPV wohl erneut defizitär, wäre nicht mit dem PNG eine weitere Beitragssatzerhöhung (von 0,1 Beitragssatzpunkten, s. o.) beschlossen worden.

Abbildung 2: Finanzentwicklung der Sozialen Pflegeversicherung



Quelle: BMG 2011c; eigene Darstellung

Als Hauptursache für die Defizite kann, ähnlich wie in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV), die *strukturelle Einnahmeschwäche* der SPV bezeichnet werden und nicht deren Ausgabenentwicklung. So sind die Ausgaben im Zeitraum von 1998 (nach Auslaufen der erkennbaren »Einführungseffekte«) bis 2007 (also vor Inkrafttreten der ersten Stufe der Leistungsdynamisierung) um jährlich 1,6 % gestiegen (geometrisches Mittel) (Rothgang & Dräther 2009: 44). Bereinigt um die

Sondereffekte (Vorziehen der Fälligkeit der Beitragszahlung im Jahr 2006 und Einführung des Zusatzbeitrags für Kinderlose), lag das jährliche Einnahmewachstum im gleichen Zeitraum dagegen bei durchschnittlich 0,9 % (geometrisches Mittel) und damit deutlich unterhalb der Inflationsrate, die in diesem Zeitraum 1,3 % betrug (Rothgang & Dräther 2009: 45). Die Einnahmen sind damit real jedes Jahr um fast ein halbes Prozent zurückgegangen. Diese strukturelle Einnahmeschwäche resultiert daraus, dass die Gesamtsumme der beitragspflichtigen Einnahmen (Grundlohnsumme) langsamer wächst als das Bruttoinlandsprodukt (BIP) (vgl. Wille 2009 und Reiners 2009). Die Ursachen für diese Einnahmeschwäche liegen zum einen in den Veränderungen der Zahl der Beitragszahler und zum anderen in der Höhe der beitragspflichtigen Einkommen:

So ist die Zahl der in der privaten Pflegeversicherung (PPV) Versicherten kontinuierlich zu Lasten der Sozialversicherten gestiegen. Da die Abwanderer aus der SPV überdurchschnittlich verdienen, reduziert sich dadurch nicht nur die Anzahl der Beitragszahler, sondern auch deren durchschnittliches beitragspflichtiges Einkommen. Bezüglich der Höhe der Beitragszahlung ist entscheidend, dass sich die Beitragspflicht nur auf Löhne und Gehälter sowie Lohnersatzleistungen (Arbeitslosengeld, Renten) erstreckt, nicht aber etwa auf Einkommen aus Vermietung und Verpachtung und selbstständiger Tätigkeit oder Kapitaleinkommen. Die sinkende Lohnquote trägt deshalb dazu bei, dass die Grundlohnsumme langsamer steigt als das BIP. Strukturelle Verschiebungen auf dem Arbeitsmarkt, besonders die steigende Anzahl von Beschäftigungsverhältnissen mit verminderten Beitragszahlungen (insbesondere geringfügige Beschäftigungen) verstärken diesen Effekt.

Weiterhin weist die Finanzierung der Pflegeversicherung, analog zur GKV, sowohl *horizontale als auch vertikale Ungerechtigkeiten* auf. Eine sich an der Leistungsfähigkeit der Versicherten orientierende Beitragsbemessung muss in *horizontaler Hinsicht* dazu führen, dass ökonomisch gleich starke Wirtschaftssubjekte zu einer gleich hohen Beitragszahlung herangezogen werden. Diesem Grundsatz wird im derzeitigen System nicht Rechnung getragen: Haushalte mit gleichem Einkommen und damit gleicher ökonomischer Leistungsfähigkeit werden zu ungleichen Beitragszahlungen herangezogen, je nachdem aus welchen Einkommensarten sich ihr Einkommen speist. Bei einem Haushaltseinkommen oberhalb der Beitragsbemes-

sungsgrenze hängt die Höhe des beitragspflichtigen Einkommens zudem davon ab, wie sich das Haushaltseinkommen bei einem Ehepaar auf die beiden Partner verteilt. In Bezug auf die *vertikale Gerechtigkeit* wird insbesondere beklagt, dass sich Besserverdiener der Umverteilung insgesamt entziehen können, indem sie von der SPV in die PPV wechseln. Die daraus resultierende Begünstigung der privat Versicherten ist in der Pflegeversicherung noch deutlich stärker ausgeprägt als im Bereich der Krankenversicherung, da sich die Risiken der beiden Teilpopulationen erheblich unterscheiden (vgl. Rothgang 2010). Das Leistungsfähigkeitsprinzip wird durch die Beitragsbemessungsgrenze limitiert, deren Höhe diskutabel ist.

Eine Finanzreform sollte an der Ursache für die Finanzierungsprobleme der Vergangenheit ansetzen und die Beseitigung oder zumindest Abschwächung der strukturellen Einnahmeschwäche zum Ziel haben. Das erfordert die Einbeziehung der gesamten Bevölkerung in die Sozialversicherung, um diese von Wanderungsbewegungen in Richtung Privatversicherung unabhängig zu machen und so die einkommensstarken und risikoschwachen privat Versicherten einzubeziehen. Gleichzeitig sollte die Beitragspflicht auf alle Einkommen ausgedehnt werden, um so zu verhindern, dass mit den Arbeits- oder Lohnersatzeinkommen nur ein zunehmend schmalere Teil des Volkseinkommens zur Beitragsbemessung herangezogen wird.

Wie die Ausführungen zu den Abschnitten 3.1 und 3.2 gezeigt haben, ist die Finanzierungsfrage dabei nicht nur für sich selbst genommen von entscheidender Bedeutung, sondern auch zentral für die Leistungsdynamisierung und die Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs.

Abgesehen von der kurzfristig wirksamen Maßnahme der Beitragssatzanhebung um 0,1 Beitragssatzpunkte sieht das PNG keinerlei Maßnahmen zur Behebung der strukturellen Einnahmeschwäche der Sozialen Pflegeversicherung vor, sondern etabliert stattdessen eine weitere Säule der Pflegeversicherung, die freiwillige steuerlich geförderte Pflegezusatzversicherung („Pflege-Bahr“). Nachfolgend werden zunächst die zentralen Eckpunkte dieses Instruments vorgestellt (Abschnitt 3.3.1) und problematische Effekte diskutiert (Abschnitt 3.3.2 bis 3.3.4), bevor abschließend erörtert wird, welche Rückwirkungen vom Pflege-Bahr auf die Soziale Pflegeversicherung ausgehen könnten (Abschnitt 3.3.5).

3.3.1 Zentrale Eckpunkte des „Pflege-Bahr“

§ 126 ff. SGB XI sehen die Förderung privater Pflegezusatzversicherungen für Volljährige mit einer steuerfinanzierten staatlichen Zulage von 5 € im Monat bzw. 60 € im Jahr vor, wenn diese Verträge bestimmten Kriterien genügen. Hierzu zählen insbesondere die folgenden Merkmale:

- Die Monatsprämie muss mindestens 10 € im Monat bzw. 120 € im Jahr betragen.
- Im Pflegefall müssen in Pflegestufe III mindestens 600 € als monatlicher Leistungsbetrag ausgezahlt werden.
- Niemand darf von den privaten Versicherungsunternehmen aus gesundheitlichen oder Altersgründen abgelehnt werden (Kontrahierungszwang).
- Auf Risikozuschläge und Leistungsausschlüsse wird seitens der Versicherer verzichtet. Eine Prämiendifferenzierung nach Alter ist aber möglich.

Der Abschluss der Versicherung ist freiwillig, die Prämien werden nach Art der Lebensversicherung, also ohne Einkommensbezug, erhoben. Bereits pflegebedürftige Personen können keine Versicherung abschließen. Leistungen aus der Zusatzversicherung können erst nach einer Wartezeit (Karenzzeit) von fünf Jahren nach Abschluss der Versicherung gewährt werden. Der Umstieg aus einem bereits bestehenden Pflege-Zusatzversicherungsvertrag auf die neue geförderte Versicherung ist nicht möglich. Näheres soll eine Rechtsverordnung regeln.

Hierzu wurde inzwischen der Entwurf einer Pflegevorsorgezulage-Durchführungsverordnung – PflvDV – vorgelegt, der am 28.11.2012 im Bundeskabinett beschlossen werden soll. In dieser Verordnung, die in enger Abstimmung mit dem PKV-Verband entstanden ist, werden zwar weitere technische Details geregelt, wichtige Fragen aber offen gelassen, die dann in einem „brancheneinheitlichen Vertragsmuster“ geregelt werden sollen. Hierzu legt bereits der § 127 Abs. 2 Satz 2 SGB XI n.F. fest: „Der Verband der privaten Krankenversicherung e. V. wird damit beliehen, hierfür brancheneinheitliche Vertragsmuster festzulegen, die von den Versicherungsunternehmen als Teil der Allgemeinen Versicherungsbedingungen förderfähiger Pflege-Zusatzversicherungen zu verwenden sind.“ Offene Fragen, wie z. B. die Bedingungen bei Vertragswechseln, Höhe von Rückstellungen oder

die Behandlung von ruhenden Verträgen werden also von der Privatversicherungswirtschaft selbst geregelt. Diesen „brancheneinheitlichen Vertragsmustern“ bleibt es auch überlassen festzulegen, inwieweit auch für die Pflegestufen I und II Mindestleistungshöhen festgelegt werden, die zur Förderung berechtigen. Bemerkenswerter Weise legt § 127 Abs. 2 Satz 1 Ziffer 4 SGB XI n.F. lediglich fest, dass die Leistungshöhe in Pflegestufe III mindestens 600 € pro Monat betragen muss. Für die Pflegestufen I und II, die in der Sozialen Pflegeversicherung immerhin gut 88 % der Pflegebedürftigen umfassen (s. Abschnitt 4.2.1), werden im Gesetz und in der Rechtsverordnung keine Regelungen festgelegt. Vor allem aber bleiben die spezifischen Regelungen zur Tarifierung der förderfähigen Verträge offen, die im Hinblick auf die Gefahr adverser Selektion (s. Abschnitt 3.3.4) von besonderer Bedeutung sind.

Zur Beurteilung der Regelungen des Pflege-Bahrs sei nachstehend insbesondere auf den zu erwartenden Umfang der Inanspruchnahme, die zu erwartende Selektivität der Inanspruchnahme, die Verteilungswirkungen sowie die Problematik der adversen Selektion eingegangen.

3.3.2 Umfang der Inanspruchnahme

Ohne ein Obligatorium ist davon auszugehen, dass auch langfristig nur eine Minderheit der Bundesbürger eine freiwillige Zusatzversicherung abschließt. Hierfür sprechen u. a. folgende Daten und Erfahrungen:

1. Bereits vor Inkrafttreten des Pflege-Versicherungsgesetzes konnten private Pflegeversicherungen abgeschlossen werden. 1993, im letzten Jahr vor Einführung der gesetzlichen Pflegeversicherung, lag die Zahl dieser privaten Verträge aber lediglich bei 300.000 (Hauschild 1994: 13).
2. Auch heute, obwohl das Pflege Thema inzwischen ungleich größere Publizität genießt, liegt die Zahl der Personen, die eine private Pflegezusatzversicherung abgeschlossen haben, bei lediglich 1,9 Millionen (PKV-Verband 2011: 16).
3. Zur Jahresmitte 2012 lag die Zahl der Riester-Renten-Verträge bei 15,6 Mio. Darin enthalten sind allerdings ruhende Verträge in einem Umfang von (für 2010) geschätzt 18,5 % (BMAS 2012). Allerdings dürften

derartige Zahlen für den „Pflege-Bahr“ unerreichbar sein, nicht nur wegen der geringen Attraktivität des Produktes (s. u.), sondern allein schon, weil die Altersvorsorge in der Bevölkerung einen deutlich höheren Stellenwert genießt als die Vorsorge in Bezug auf Pflegebedürftigkeit.

Aufschlussreich ist bezüglich der zu erwartenden Inanspruchnahme auch die Einschätzung der Bundesregierung. Kurzfristig will sie einen Förderbeitrag von 100 Mio. € in den Haushaltsplan einstellen. Bei einer jährlichen Förderung von 60 € pro Vertrag entspricht das knapp 1,7 Mio. förderfähigen Versicherungsverträgen und damit in etwa der Zahl der heute bereits existierenden Altverträge. Zwar wird in der Gesetzesbegründung explizit auf „neu abgeschlossene“ private Pflegezusatzversicherungen abgestellt, jedoch ist auch im Entwurf der Rechtsverordnung nicht geregelt, wie verhindert werden soll, dass bestehende Verträge in neue Verträge umgewandelt werden – wenn diese nicht sehr viel schlechtere Konditionen bieten und ein Umstieg dadurch verhindert wird (vgl. hierzu auch Abschnitt 3.3.4). In dem Maße, in dem eine solche Umwandlung vorliegt, werden mit der steuerlichen Förderung lediglich Mitnahmeeffekte finanziert.

Selbst wenn von 1,7 Mio. neuen Verträgen ausgegangen wird, ist aber klar, dass der Pflege-Bahr lediglich einer kleinen Minderheit zugute kommen kann und damit keinen Beitrag zur Lösung der Finanzierungsproblematik für die große Mehrheit der Bevölkerung liefert.

3.3.3 Selektivität der Inanspruchnahme und Verteilungswirkungen

Zu rechnen ist nicht nur mit einem geringen Vertragsvolumen, sondern auch mit einer ausgesprochenen Selektivität des Vertragsabschlusses. Gerade einkommensschwächere Haushalte werden auf den Abschluss einer solchen Versicherung verzichten und dann im Fall der Pflegebedürftigkeit wieder verstärkt auf die Sozialhilfe zurückgreifen (müssen). Stattdessen ist – so auch die Deutsche Bundesbank (2012: 9) – mit „*Mitnahmeeffekten durch Vermögende*“ in beträchtlicher Höhe zu rechnen, die daraus resultieren, dass die privaten Verträge, die sowieso abgeschlossen worden wären, nunmehr steuerlich subventioniert werden. Wie auch bei der Riester-Rente werden Geringverdiener deshalb unterproportional vertreten sein, weil ein Großteil der einkommensschwächeren Haushalte die Eigenfinanzierungs-

anteile nicht erbringen kann oder will. Die zehnjährige Erfahrung nach Einführung der Riester-Rente zeigt dies ganz deutlich (Blank 2011; Hagen & Kleinklein 2011; Joebges et al. 2011; Kleinklein 2011). Auch die Personen, die bisher eine freiwillige private Pflegezusatzversicherung abgeschlossen haben, sind überproportional einkommensstärker (Zok 2011: 3).

Dazu kommt, dass niemand einschätzen kann, welchen Nutzen es überhaupt mit sich bringt, heute einen bestimmten Geldbetrag zu versichern, der dann in mehreren Dekaden bei Pflegebedürftigkeit ausgezahlt wird. Da weder die Entwicklung der Pflegekosten, noch die Entwicklung der Leistungshöhen in den Basissystemen Soziale Pflegeversicherung und private Pflegepflichtversicherung vorausgesagt werden kann, kann das Auftreten einer nennenswerten Finanzierungslücke im Pflegefall auch bei Abschluss einer Pflegezusatzversicherung nicht ausgeschlossen werden. Angesichts des damit weithin ungewissen Nutzens des Pflege-Bahr hat die Deutsche Bundesbank (2012: 9) den Abschluss eines solchen Vertrags in ihrem Monatsbericht für September als „für untere und mittlere Einkommensgruppen weniger attraktiv“ bezeichnet.

Diskriminiert werden aber auch die *pflegenahen Jahrgänge*, für die die (eintritts)altersbezogenen Prämien zum Teil prohibitiv hoch sein werden, die aber gleichzeitig wegen der fünfjährigen Karenzzeit Gefahr laufen, die Leistungen der Pflegeversicherung nicht mehr zu erleben – schließlich überlebt die Hälfte der Versicherten den Eintritt der Pflegeversicherung nur um etwa 2,5 Jahre (Rothgang et al. 2011b: 155).

Da nur ein kleiner Teil der Bürger eine private Pflegezusatzversicherung abschließen wird, ist im Ergebnis schließlich mit einer *Zweiklassenpflege* zu rechnen: Die einkommensstärkeren Pflegeversicherten mit einer – aus allgemeinen Steuermitteln subventionierten – privaten Pflegezusatzversicherung werden sich teurere Pflegeeinrichtungen mit mehr Komfortleistungen leisten (können).

3.3.4 Adverse Selektion und mögliches Scheitern des Versicherungsmarktes

Die Funktionsfähigkeit privater Versicherungsmärkte ist an bestimmte Bedingungen geknüpft. Im (unrealistischen) Fall gleicher Risiken für alle Individuen reicht

die Kenntnis über das durchschnittliche Risiko, um Verträge kalkulieren zu können. Sind die Risiken in der Population aber unterschiedlich verteilt, kommen funktionierende Versicherungsmärkte nur zustande, wenn

- a. eine Versicherungspflicht dafür sorgt, dass die gesamte Population versichert wird, sodass die Verträge populationsbezogen tarifiert werden können und – insofern es sich um einen kompetitiven Markt handelt – gleichzeitig ein Risikostrukturausgleich (oder ein umfassender Ausgabenausgleich) etabliert wird, damit die jeweilige Risikostruktur nicht dazu führt, dass Versicherungsunternehmen aus dem Markt ausscheiden müssen und sich am Ende ein Monopol etabliert, oder
- b. Versicherungsunternehmen risikoäquivalent tarifieren dürfen und über die notwendigen Instrumente zur Risikofeststellung verfügen (screening, signalling), um eine asymmetrische Information zu verhindern und risikobezogene Tarife zu kalkulieren.

Die vorgeschlagene Regelung verzichtet auf eine Versicherungspflicht (Option a.), verbietet aber gleichzeitig Risikozuschläge und Leistungsausschlüsse (§ 127 Abs. 2 Ziffer 3 SGB XI n.F.) und lässt einen Risikobezug (Option b.) damit nur in Bezug auf das Alter zu. Es erscheint sehr fraglich, ob unter diesen Bedingungen ein funktionierender Versicherungsmarkt zustande kommt. Die Versicherungsunternehmen müssen davon ausgehen, dass sich vor allem die „schlechten Risiken“ versichern, also die Versicherten, die aufgrund der Kenntnis über ihre Lebensumstände davon ausgehen, ein höheres Pflegerisiko zu haben, und die womöglich bislang keine private Zusatzversicherung abschließen konnten, weil sie die Risikoprüfung der Versicherungsunternehmen nicht bestanden hätten. Die Versicherungswirtschaft kann darauf nur reagieren, indem sie in ihre Kalkulation einen Risikozuschlag einbezieht, der die Produkte dann wiederum für die „guten Risiken“ uninteressant macht – insbesondere da der Umfang der staatlichen Förderung nicht ausreichen dürfte, diesen Zuschlag auszugleichen. Höhere Prämien wiederum schrecken weitere eher bessere Risiken ab und so kommt es zu einer Negativspirale, die das Transfervolumen des Marktes begrenzt oder sogar zum Zusammenbruch des Marktes führen kann und in der ökonomischen Theorie seit Akerlof (1970), der für diese

Arbeit mit dem Nobelpreis geehrt wurde, unter dem Begriff der *adversen Selektion* thematisiert wird.⁸

In der Pflegeversicherung tritt nun für die geförderte Pflegezusatzversicherung noch ein weiteres Problem hinzu: die Existenz der nicht geförderten Zusatzversicherung. Diese bereits im Markt befindlichen Produkte unterscheiden sich vom Pflege-Bahr in zwei Punkten grundlegend: Für sie gibt es weder einen Kontrahierungszwang, noch ein Verbot von Risikozuschlägen. Das hat dazu geführt, dass eine Pflege-Zusatzversicherung bislang nur abschließen konnte, wer noch niemals eine Krankheit wie zum Beispiel Demenz/Alzheimer, Wachkoma, Parkinson, Creutzfeld-Jacob, HIV-Infektion, Leberzirrhose, Niereninsuffizienz mit Dialyse oder insulinpflichtigen Diabetes Mellitus hatte.⁹ Anders als in der privaten Krankenversicherung gibt es bei den privaten Pflegezusatzversicherungen bislang keine Risikozuschläge und Leistungsausschlüsse, vielmehr konnten Personen mit einschlägigen Vorerkrankungen und Behinderungen bislang keine Pflegezusatzversicherungen abschließen. Der Versicherungsmarkt für private Pflegezusatzversicherungen war daher bisher höchst selektiv. Weil es beim Pflege-Bahr für die Versicherungsunternehmen nun aber – abgesehen von einer Prämienstaffelung nach dem Alter – keine Möglichkeit der Ablehnung von Versichertem mit einem überdurchschnittlich hohen Pflegerisiko bzw. von Risikozuschlägen gibt, müssen die Versicherungsprämien für den Pflege-Bahr *ceteris paribus* höher liegen als bei den bereits im Markt befindlichen Pflege-Zusatzversicherungen. Liegt der Risikozuschlag bei mehr als 5 € im Monat, sind für die guten Risiken die geförderten Verträge den

⁸ Angesichts der vorstehend genannten Einwände und Einschätzungen muss allerdings konstatiert werden, dass das Gesetzesvorhaben schon im Ansatz verfehlt ist und es daher nicht darum gehen kann, die Funktionsfähigkeit dieses Vorhabens herzustellen, sondern vielmehr ein ganz anderer Ansatz notwendig ist, der auf der Stärkung der umlagefinanzierten Sozialversicherung beruht.

⁹ Neben Schwerbehinderungen enthält die gültige Ausschlussliste der PKV diese und noch einige andere Diagnosen.

nicht geförderten nämlich unterlegen, was die Problematik der adversen Selektion noch verstärken würde.

Dass diese Gefahr real ist, zeigen die Erfahrungen mit dem Community Living Assistance Services and Support (kurz: CLASS) Act in den USA. Von Senator Ted Kennedy initiiert, war der CLASS Act Teil der Obama-Gesundheitsreform (Patient Protection and Affordable Care Act (PPACA)). Er sah die Einführung von staatlich reglementierten, freiwillig abgeschlossenen privaten Pflegeversicherungsverträgen vor, die – nach einer Karenzzeit von fünf Jahren – Geldleistungen bei Pflegebedürftigkeit bereitstellen (Schwanenflügel 2012: 27f.). Wie beim Pflege-Bahr sollte es keine Gesundheitsprüfung geben, und Versicherungsprämien sollten nur nach dem Alter differenziert werden dürfen. Damit liegen beim CLASS Act aber – wie beim Pflege-Bahr – die klassischen Bedingungen für adverse Selektion vor. 2010 als Teil der Obama-Reform verabschiedet, sollte das Gesetz 2014 in Kraft treten. Im Oktober 2011 hat die Obama-Administration dann aber erklärt, dass das Gesetz „unworkable“ sei und verkündet, das Vorhaben erst einmal ruhen zu lassen, und im Juni 2012 hat das Repräsentantenhaus einen Entschließungsantrag beschlossen, in dem gefordert wurde, den CLASS Act komplett zurückzunehmen. Hintergrund hierfür ist die Schwierigkeit der Versicherungswirtschaft angesichts einer drohenden adversen Selektion Versicherungsverträge zu kalkulieren, die kostendeckend, aber gleichzeitig auch hinreichend attraktiv für die Bevölkerung sind. So schrieb Gesundheitsministerin Kathleen Sibelius (2011) in einem Brief an den Kongress vom 14. Oktober 2011 anlässlich der Veröffentlichung eines umfangreichen Berichts des U.S. Department of Health and Human Services zum CLASS Act: „While the report does not identify a benefit plan that I can certify as both actuarially sound for the next 75 years and consistent with the statutory requirements, it reflects the development of information that will ultimately advance the cause of finding affordable and sustainable long-term care options.“

Das Scheitern des CLASS Act verdeutlicht damit die Gefahr, die auch dem Pflege-Bahr droht. Allerdings wurde beim CLASS Act als Kriterium der Nachhaltigkeit nicht nur eine Mindestleistungszusage (wie beim Pflege-Bahr), sondern auch eine Prämienbegrenzung nach oben verlangt. Dieses Kriterium sieht der Pflege-Bahr

nicht vor. Vor diesem Hintergrund muss dann auch die Frage bewertet werden, ob es der Versicherungswirtschaft gelingen kann, marktfähige Produkte zur geförderten privaten Pflegezusatzversicherung zu entwickeln. Angesichts der drohenden adversen Selektion sind nachhaltige Produkte kaum möglich. Allerdings führt die Karenzzeit von 5 Jahren dazu, dass unterfinanzierte Tarife zunächst nicht auffallen. Wenn dann später die ersten Leistungsfälle auftreten, die Ausgaben steigen und dabei deutlich wird, dass die Inzidenzen und Prävalenzen aufgrund der adversen Selektion höher sind als kalkuliert, dann kann darauf mit Prämiensteigerungen reagiert werden, die den Tarif zwar für Versicherte unattraktiv machen – das aber für Versicherte, die dann schon mehrere Jahre Prämien gezahlt haben und den Vertrag nicht mehr ohne erhebliche Verluste kündigen können.

3.3.5 Das Verhältnis von Sozialer Pflegeversicherung, privater Pflegepflichtversicherung und Pflege-Bahr

Mit dem Pflege-Versicherungsgesetz hat der Gesetzgeber 1994 – so das Bundesverfassungsgericht – „eine Pflegevolksversicherung in Gestalt zweier Versicherungszweige geschaffen“ (BVerfGE 103, 197, 224). Die gesamte Bevölkerung ist damit in ein Versicherungssystem eingeschlossen, das aber nur pauschalisierte und nicht bedarfsdeckende Leistungen bereitstellt (§ 4 Abs. 2 SGB XI) und daher als Teilkostensystem anzusehen ist.¹⁰ Vor diesem Hintergrund kann die jetzt geplante Zulagenförderung der privaten Pflegevorsorge die bestehenden Sicherungssysteme (Soziale Pflegeversicherung (SPV) und Private Pflegepflichtversicherung (PPV)) ergänzen oder (teil)substituieren.

Der Gesetzestext und auch die Gesetzesbegründung sind in diesem Punkt nicht eindeutig: Einerseits soll die Neuregelung „einen wirksamen Anreiz zu zusätzlicher Pflegevorsorge schaffen“ (A-Ds. 17(14)287 9566, S. 38). Der Hinweis auf die „zusätzliche“ Pflegevorsorge legt nahe, dass das neue System additiv (komplemen-

¹⁰ Dadurch, dass die private Pflegepflichtversicherung auf das Leistungsniveau der Sozialen Pflegeversicherung verpflichtet wird (§ 110 SGB XI), gilt dies für diese genauso.

tär) wirken und das Leistungsniveau im Pflegefall anheben soll. In diesem Sinne führt der Bundesgesundheitsminister in einem Interview mit dem NDR vom 28.03.2012 aus: „Die Pflegeversicherung ist eine Teilkostenabsicherung. Keine Partei im Deutschen Bundestag stellt das in Frage. Das heißt für die Menschen, dass sie einen Eigenanteil schultern müssen, und genau für diesen Eigenanteil wollen wir jetzt die Vorsorge attraktiv machen.“ Dieser Logik folgend, soll die steuerlich geförderte private Zusatzversicherung nur die Lücke schließen, die oberhalb der Leistungen der Sozialen Pflegeversicherung besteht. Es würde sich also um eine *komplementäre Leistung* handeln.

Andererseits wird mit dem Aufbau einer weiteren Finanzierungssäule im Pflege-Neuausrichtungs-Gesetz letztlich nur die Koalitionsvereinbarung umgesetzt. Dort wurde postuliert: „In der Form der Umlagefinanzierung kann die Pflegeversicherung jedoch ihre Aufgabe, allen Bürgern eine verlässliche Teilabsicherung der Pflegekosten zu garantieren, auf Dauer nicht erfüllen. Daher brauchen wir neben dem bestehenden Umlageverfahren eine Ergänzung durch Kapitaldeckung, die verpflichtend, individualisiert und generationengerecht ausgestaltet sein muss.“ (CDU/CSU/FDP 2009: 93). Dem entsprechend wird die geplante Förderung der privaten Pflegevorsorge in der Gesetzesbegründung damit begründet, dass „die soziale Pflegeversicherung als umlagefinanziertes System [angesichts des demografischen Wandels] künftig zunehmenden Belastungen ausgesetzt sein“ werde, denen sie nicht gewachsen ist (A-Ds. 17(14)287 9566, S. 38). Hier wird also argumentiert, dass die Soziale Pflegeversicherung im Umlageverfahren nicht einmal mehr ihre Rolle als Teilsicherung erfüllen könne und diese Funktion durch eine private Zusatzversicherung zum Teil übernommen werden müsse. In diesem Sinne ist der Pflege-Bahr dann *substitutiv* zu verstehen, als eine Verlagerung von Finanzierungsverantwortung aus der Sozialversicherung in eine Privatversicherung. Letztlich wird die Regierungsposition in dieser für die Bewertung des Pflege-Bahr zentralen Frage nicht wirklich eindeutig geklärt. Dafür, dass der Pflege-Bahr eher *substitutiv* gemeint ist, spricht indes der in der Diskussion häufige Verweis auf die Riester-Rente. „Was bei Riester richtig war, ist auch bei der Pflege nötig“, sagte etwa Gesundheitsminister Bahr in einem Interview mit der Stuttgarter Zeitung vom 28.06.2012.

Allerdings ist die vorgeschlagene Förderung in beiden Fällen verfehlt: Wenn die private Pflegevorsorge *zusätzlich* wirken soll, kann eine steuerliche Förderung nicht gerechtfertigt werden. Da das bisherige Leistungsniveau dann nicht gesenkt werden soll, stellt sich die Frage nach der Notwendigkeit der Förderung einer zusätzlichen Privatvorsorge. Vor allem kann aber nicht gerechtfertigt werden, warum mit Steuermitteln eine – freiwillige – Zusatzvorsorge für die Einkommensstärkeren gefördert werden soll, die allein diese Förderung in Anspruch nehmen werden (s. u.) und damit das Sozialstaatsprinzip auf den Kopf gestellt wird. Wird das bisherige Leistungsniveau für nicht ausreichend gehalten, so muss es in SPV und PPV angehoben werden, nicht aber für die Minderheit derer, die eine private Pflegezusatzversicherung abschließen werden. Dies führt nämlich nur zu einer sozialstaatlich geförderten (!) Zweiklassenpflege, bei der sich Einkommensstärkere teurere Pflegeeinrichtungen mit mehr Komfortleistungen leisten können.

Allerdings spricht viel dafür, dass der Aufbau der privaten Pflegevorsorge *kompensatorisch* gemeint ist. Hierfür sprechen nicht nur die angeführten Legitimationsversuche für den Pflege-Bahr, sondern auch die im PNG fehlende Verpflichtung zur Leistungsdynamisierung. In der Sozialen Pflegeversicherung muss die Kompensation – anders als etwa bei Einführung der Riester-Rente – nicht explizit formuliert werden, da das Abschmelzen der Leistungen der Sozialversicherung in der Pflegeversicherung – anders als in der Rentenversicherung – automatisch erfolgt, einfach indem auf eine angemessene Leistungsdynamisierung verzichtet wird. Bei gleichzeitiger Förderung einer privaten Vorsorge und Fehlen einer zum Kaufkrafterhalt der SPV-Leistungen notwendigen Leistungsdynamisierung kommt es de facto dann aber zu einer *kompensatorischen Verlagerung* vom Sozialversicherungssystem in das private Versicherungssystem, mit entsprechenden Verteilungswirkungen durch die Teilverlagerung der Finanzierung aus einem System mit einkommensbezogenen Beiträgen in ein System mit pauschalen Prämien und einer pauschalen Förderung.

Für die Bewertung des Pflege-Bahr ist dann weniger entscheidend, ob der Versicherungsmarkt wirklich zustande kommt oder wegen adverser Selektion langfristig scheitert, da jeweils nur eine kleine Minderheit möglicher Versicherter betroffen

ist. Problematisch für die Absicherung der Bevölkerung in Bezug auf das Risiko der Pflegebedürftigkeit wird dieses neue Förderinstrument insbesondere, wenn unter Verweis auf die Existenz der steuerlich geförderten Pflegezusatzversicherung eine notwendige Leistungsdynamisierung in der Sozialen Pflegeversicherung unterbleibt und sich die Finanzierungslücke bei Pflegebedürftigkeit dadurch für die Masse der Bevölkerung erhöhen würde.

4 Pflege im Spiegel amtlicher Statistiken und anderer Datenquellen

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

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

Zunächst wird dabei auf die Datenquellen, d. h. insbesondere die *Statistik der Pflegekassen* und die vom Statistischen Bundesamt in Zusammenarbeit mit den Statistischen Landesämtern durchgeführte *Pflegestatistik* eingegangen (Abschnitt 4.1). Anschließend wird die *Entwicklung der Zahl der Pflegebedürftigen* (Abschnitt 4.2) beschrieben, sowie auf deren Differenzierung nach Bundesländern eingegangen (Abschnitt 4.3). Ebenfalls auf Ebene der Bundesländer werden die *Prävalenzen* (Abschnitt 4.4) präsentiert. Es folgt eine Darstellung der *Begutachtungen des Medizinischen Dienstes* (Abschnitt 4.5) und der *Pflegepersonen* (Abschnitt 4.6). Des Weiteren wird auf Länderebene auf die *ambulantengedienste* (Abschnitt 4.7) und die entsprechenden *stationären Pflegeeinrichtungen* (Abschnitt 4.8) eingegangen. Abschließend wird die *Finanzierung der Pflege* thematisiert (Abschnitt 4.9).

Die einzelnen Merkmale werden, soweit möglich, als Zeitreihe bis zum jeweils aktuell verfügbaren Berichtsjahr, hier 2011, dargestellt.

4.1 Datenquellen

Die amtliche Statistik stellt zwei Datengrundlagen zur Pflegesituation zur Verfügung: die Daten der Sozialen Pflegeversicherung und die Pflegestatistik. Die *Daten der Sozialen Pflegeversicherung* basieren auf den Geschäfts- und Rechnungsergebnissen der Pflegekassen nach § 79 SGB IV. Diese Daten liefern Informationen darüber, welche Leistungen durch die Soziale Pflegeversicherung für die häusliche und stationäre Pflege erbracht werden. Die Daten werden dem Bundesgesundheitsministerium (BMG) von den Kassen zur Verfügung gestellt und von diesem aufbereitet und veröffentlicht. Die *Pflegestatistik* nach § 109 SGB XI beruht auf zwei Datenquellen: Einer Erhebung bei den Leistungsanbietern (ambulante und stationäre Pflegeeinrichtungen) über erbrachte Leistungen und die personelle Ausstattung der Einrichtungen sowie einer Erhebung bei den Kostenträgern (dem Spitzenverband der Pflegekassen und dem Verband der privaten Krankenversicherung) über die Leistungsgewährung und die Leistungsempfänger. Die Pflegestatistik wird von den Statistischen Ämtern des Bundes und der Länder seit 1999 alle zwei Jahre erhoben.¹¹

Die unterschiedlichen Berichtswege, mit denen beide Datenquellen verknüpft sind, verfolgen damit auch unterschiedliche Zielsetzungen: Während die Pflegestatistik vor allem dazu dient, die Situation in den stationären Heimen und den ambulanten Diensten zu beschreiben (Statistisches Bundesamt 2008a), stehen bei den Daten der Sozialen Pflegeversicherung vor allem Fragen der Ausgabenentwicklung und der Finanzierung im Vordergrund. Weiterhin ist zu beachten, dass die Pflegestatistik auch Informationen über die in der privaten Pflegepflichtversicherung versicherten Personen enthält.

¹¹ Der Stichtag für die ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen ist der 15.12. und der Stichtag für die Spitzenverbände der Pflegekassen und den Verband der privaten Krankenversicherung der 31.12. des Jahres. Die Rücksendung der Erhebung erfolgt jeweils bis zum 31.3. des Folgejahres.

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 umfasst und jährlich erhoben wird, stellt die Pflegestatistik erst ab 1999 Informationen zur Verfügung und wird nur alle zwei Jahre erstellt. Die Statistik der Pflegekassen weist wiederum andere Nachteile auf:

- Sie enthält nur Informationen über Leistungen der Sozialen Pflegeversicherung und nicht über Leistungen der privaten Pflegeversicherung, so dass kein vollständiger Überblick über die Pflegebedürftigkeit in Deutschland gewonnen werden kann,
- die Informationen sind weniger detailliert und
- Informationen über die Leistungsanbieter sind nicht enthalten. Es wird lediglich die Leistungsanspruchnahme der Versicherten beschrieben.

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

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

enthalten sind.¹² Dies hat zur Folge, dass sich für die in den beiden Statistiken betrachteten jeweiligen Leistungsarten auch unterschiedliche relative Häufigkeiten ergeben können.¹³

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

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

In den Versichertenkonten der *Rentenversicherung* sind alle Daten, die für einen (späteren) Rentenbezug relevant sind, gespeichert. Zu diesen Daten gehören insbesondere Informationen darüber, für welche Zeiträume in welcher Höhe Beiträge zur Rentenversicherung entrichtet wurden. Hier erfasst sind auch die Zeiten, in denen von der Pflegeversicherung für eine Pflegeperson Rentenversicherungsbeiträge entrichtet wurden.

Eine weitere Datenquelle ist das *Sozio-ökonomische 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 2010 knapp 11 Tsd. Haushalte mit nahezu 23 Tsd. Personen. Themenschwerpunkte sind unter anderem Haushaltszusammensetzung, Erwerbs- und Familienbiografie, Einkommensverläufe, Gesundheit und Lebenszufriedenheit. Im Rahmen der Erfragung der heutigen Lebenssituation wurde dabei auch die Frage nach Pflegeetätigkeiten gestellt.

¹² Die Verhinderungspflege wird in ca. 1,5 %, die Tages- und Nachtpflege in ca. 1,3 % und die Kurzzeitpflege in ca. 0,7 % aller Leistungsfälle genutzt.

¹³ Vgl. hierzu auch die Ausführungen der Statistischen Ämter (Statistisches Bundesamt 2011d: 26).

Darüber hinaus werden die Daten der *Sozialhilfe* und der *Kriegsopferfürsorge* (Abschnitt 4.9) für die Analyse der Finanzierung der Kosten der Pflegebedürftigkeit herangezogen.

4.2 Die Entwicklung der Zahl der Pflegebedürftigen

Die folgenden Abschnitte geben einen grundlegenden Überblick über die Entwicklung der Zahl der Pflegebedürftigen in Deutschland. Die dargestellten Entwicklungen gliedern sich dabei in die Entwicklungen nach *Pflegestufen* (Abschnitt 4.2.1), nach *Leistungsarten* (Abschnitt 4.2.2) sowie nach den *Veränderungen* der Zahl der Pflegebedürftigen zwischen den einzelnen Jahren (Abschnitt 4.2.3).

4.2.1 Die Entwicklung der Zahl der Pflegebedürftigen nach Pflegestufen

Die Entwicklung der Zahl der Pflegebedürftigen wird zunächst anhand der oben beschriebenen Daten der *Sozialen Pflegeversicherung* nachgezeichnet. Wie in Tabelle 3 zu sehen ist, ist die Zahl der gesetzlich versicherten Pflegebedürftigen seit Einführung der Pflegeversicherung 1995 von anfänglich 1,06 Mio. innerhalb von vier Jahren auf 1,83 Mio. angestiegen. Dabei ist zu berücksichtigen, dass im ersten Jahr der Pflegeversicherung noch keine stationären Leistungen gewährt wurden. Ab dem Jahr 2000 führten die jährlichen Zuwächse von durchschnittlich 45 Tsd. zu einem Anstieg der Zahl der Pflegebedürftigen auf ca. 2,32 Mio. im Jahr 2010, wobei die stärksten Zuwächse in den Jahren 2008 (84.200 Pflegebedürftige) und 2009 (121.736 Pflegebedürftige) zu verzeichnen sind. In den Jahren 2009 (52.578 Pflegebedürftige) und 2010 (29.575 Pflegebedürftige) sind die Anstiege der Zahl der Pflegebedürftigen dagegen wieder zurückgegangen.

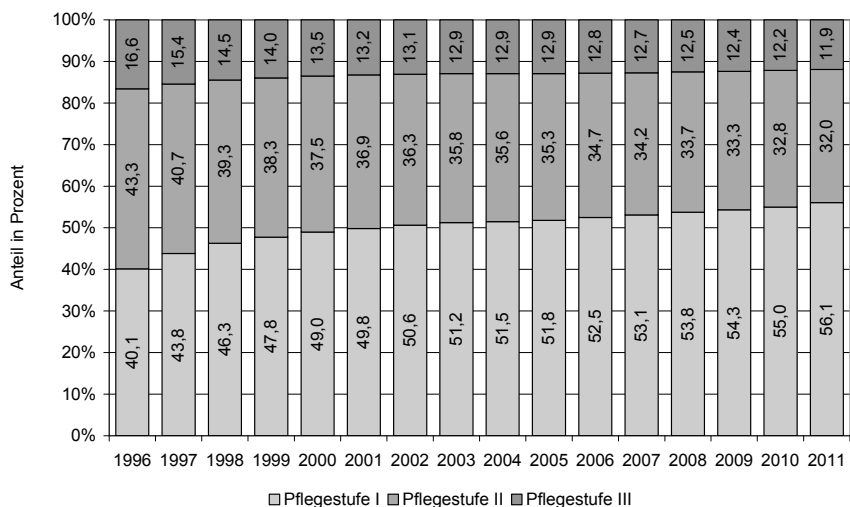
Gründe für die Entwicklung bis 1999 werden vor allem in allgemeinen Einführungseffekten gesehen, wonach sich – verbunden mit dem steigenden Bekanntheitsgrad der Pflegeversicherung – erst ein Bestand an Pflegebedürftigen aufbauen musste. Der weitere langfristige kontinuierliche Anstieg ist vor allem durch die demografische Alterung und nicht durch eine Veränderung der altersspezifischen Prävalenzen in diesem Zeitraum bedingt (vgl. Abschnitt 4.4). Die deutlichen Anstiege in den Jahren 2008 und 2009 sind vermutlich primär auf das zum 1.7.2008 in Kraft getretene Pflege-Weiterentwicklungsgesetz (PfWG) zurückzuführen. Danach haben Antragsteller mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz einen Rechtsanspruch auf zusätzliche Betreuungsleistungen gemäß § 45b

SGB XI, selbst wenn sie nicht pflegebedürftig im Sinne des SGB XI sind. In der Folge ist die Zahl der Erstbegutachtungen sprunghaft angestiegen (vgl. Abschnitt 4.5), was auch zu einer höheren Zahl Pflegebedürftiger im Sinne des SGB XI geführt haben dürfte.

Die Entwicklung der *Verteilungen* der Pflegestufen im Zeitraum von 1996 bis 2011 (Abbildung 3) zeigt, dass sich die Anteile der Pflegestufen vor allem bis 2000 deutlich in Richtung Pflegestufe I verschoben haben: Während 1996 40,1 % der Pflegebedürftigen in Pflegestufe I waren, erhöhte sich dieser Anteilswert auf 49 % im Jahr 2000. Auch in den Folgejahren erhöhte sich dieser Anteil noch, wenn auch in geringerem Tempo auf zuletzt 56,1 % im Jahr 2011.

Tabelle 2: Entwicklung der Zahl der Pflegebedürftigen in der Sozialen Pflegeversicherung nach Pflegestufe				
	Anzahl der Pflegebedürftigen			
	Insgesamt	Pflegestufe I	Pflegestufe II	Pflegestufe III
1995	1.061.418	-	-	-
1996	1.546.746	620.318	670.147	256.281
1997	1.659.948	727.864	675.965	256.119
1998	1.738.118	804.356	682.431	251.331
1999	1.826.362	872.264	698.846	255.252
2000	1.822.169	892.583	683.266	246.320
2001	1.839.602	916.623	679.472	243.507
2002	1.888.969	956.376	685.524	247.069
2003	1.895.417	971.209	679.159	245.049
2004	1.925.703	991.467	685.558	248.678
2005	1.951.953	1.010.844	688.371	252.738
2006	1.968.505	1.033.272	683.109	252.124
2007	2.029.285	1.077.718	693.077	258.490
2008	2.113.485	1.136.500	712.621	264.364
2009	2.235.221	1.214.670	743.970	276.581
2010	2.287.799	1.258.732	750.664	278.403
2011	2.317.374	1.298.951	742.429	275.994
Quelle: BMG (2011a)				

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



Quelle: BMG (2011a)

Demgegenüber war der Anteil der Pflegebedürftigen in den Pflegestufen II und III rückläufig (bei Fallzahlen, die, absolut betrachtet, bis 2007 in etwa konstant waren und dann leicht zugenommen haben). Besonders drastisch war der Rückgang zwischen 1996 und 2000: Der Anteil der Pflegebedürftigen in Pflegestufe II belief sich 1996 auf 43,4 %, gegenüber 37,5 % im Jahr 2000 und zuletzt 32,0 % im Jahr 2011, während der Anteil der Pflegebedürftigen in Pflegestufe III von 16,6 % (1996), über 13,5 % (2000) auf zuletzt 11,9 % (2011) zurück ging. Auch hier sind für die 1990er Jahre Einführungseffekte zu beachten. So wurden die Personen, die bei Einführung der Pflegeversicherung Pflegeleistungen nach §§ 53–57 SGB V erhalten haben, automatisch in Pflegestufe II eingestuft, was zu einem im Vergleich zur normalen Begutachtung womöglich zu einem hohen Anteil der Pflegebedürftigen in Stufe II und zum anderen zu einem zu niedrigen Anteil in Pflegestufe I geführt haben mag. Auch die jüngere Entwicklung nach 2000 ist aber durch eine – schleichende – Zunahme des Anteils der Pflegebedürftigen in Pflegestufe I und eine

gleichzeitige Abnahme des Anteils der Pflegebedürftigen in den Pflegestufen II und III gekennzeichnet.

4.2.2 Die Entwicklung der Zahl der Pflegebedürftigen nach Leistungsarten

Von besonderer Bedeutung bei der Pflegeversicherung sind – nicht zuletzt aus Kostengründen – neben den Pflegestufen die Leistungsarten. Hierbei sind insbesondere die Hauptleistungsarten Pflegegeld, Pflegesachleistungen, Kombinationsleistungen sowie Leistungen bei stationärer Pflege zu unterscheiden.¹⁴ Im Folgenden wird, wie zuvor bei den Pflegestufen, nur auf die Entwicklung in der Sozialen Pflegeversicherung eingegangen.

In der *Sozialen Pflegeversicherung* (Tabelle 3 und Abbildung 4) werden im Jahr 2011 nahezu drei Viertel (1,54 Mio. bzw. 65,3 %) der Pflegebedürftigen zu Hause versorgt (ohne Berücksichtigung der vollstationären Pflege in Behindertenheimen, der Tages- und Nachtpflege, Kurzzeitpflege und häuslichen Pflege bei Verhinderung der Pflegeperson). Dabei erhalten 1,05 Mio. (48,5 %) Pflegegeld, werden also in der Regel ohne Beteiligung zugelassener Pflegedienste durch Angehörige gepflegt.

Der wichtigste Grund für die hohe Verbreitung dieser Leistungsart ist, dass die meisten Pflegebedürftigen in der gewohnten Umgebung von vertrauten Personen betreut werden möchten und eine Entscheidung für professionelle Pflegekräfte erst dann getroffen wird, wenn die Betreuung durch Angehörige oder andere Personen im häuslichen Umfeld nicht mehr im erforderlichen Maße möglich ist (Runde et al. 2003). Darüber hinaus werden 490 Tsd. Pflegebedürftige in Privathaushalten durch ambulante Pflegedienste (mit)betreut, wobei 166 Tsd. Pflegebedürftige (7,7 %) ausschließlich Pflegesachleistungen zur Finanzierung ambulanter Pflegedienste

¹⁴ Für die Soziale Pflegeversicherung werden noch weitere Leistungen getrennt ausgewiesen, die hier aber nicht dargestellt werden: Vollstationäre Pflege in Behindertenheimen, Tages- und Nachtpflege, Kurzzeitpflege und häusliche Pflege bei Verhinderung der Pflegeperson. Die Verhinderungspflege ist in der Pflegestatistik in den Pflegesachleistungen bzw. in den Kombinationsleistungen enthalten; die Tages- und Nachtpflege (bis 2007) und die Kurzzeitpflege werden in der Pflegestatistik unter den stationären Leistungen erfasst.

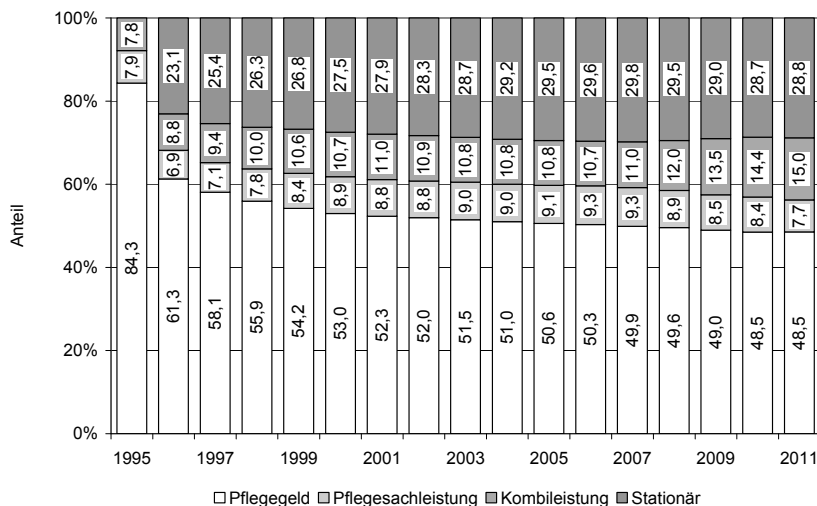
und 324 Tsd. (15,0 %) Kombinationsleistungen beziehen, also sowohl Pflegedienste als auch Pflegegeld in Anspruch nehmen.

Tabelle 3: Entwicklung der Zahl der Pflegebedürftigen in der Sozialen Pflegeversicherung im Jahresdurchschnitt nach ausgewählter Leistungsart					
	Anzahl der Pflegebedürftigen ¹⁾				
	Insgesamt ²⁾	Pflegegeld ³⁾	Pflegesachleistung ³⁾	Kombinationsleistung	Stationär
1995	1.052.790	887.697	82.763	82.330	----
1996	1.540.203	943.877	105.879	135.305	355.142
1997	1.672.185	970.775	119.167	157.390	424.853
1998	1.721.078	962.669	133.895	171.764	452.750
1999	1.813.095	982.877	152.648	192.556	485.014
2000	1.802.188	954.684	159.693	193.018	494.793
2001	1.838.827	962.130	161.653	201.667	513.377
2002	1.880.606	977.327	165.679	205.322	532.278
2003	1.880.649	968.289	169.580	202.710	540.070
2004	1.881.128	959.580	169.357	203.544	548.647
2005	1.896.929	959.546	173.251	204.348	559.784
2006	1.942.649	977.034	180.944	208.825	575.846
2007	1.977.125	986.294	184.280	217.724	588.827
2008	2.036.127	1.009.122	182.191	244.425	600.389
2009	2.112.772	1.034.561	179.795	284.670	613.746
2010	2.167.089	1.050.894	183.014	311.739	621.442
2011	2.165.104	1.050.806	166.190	323.775	624.333
1) Die Anzahl der Pflegebedürftigen ist aus Leistungstagen errechnet.					
2) Die Leistungen der Vollstationären Pflege in Behindertenheimen, die Tages-, Nacht- und Kurzzeitpflege sowie die häusliche Pflege bei Verhinderung der Pflegeperson werden nicht einzeln aufgeführt werden (siehe Fußnote 14).					
3) ausschließlicher Bezug					
Quelle: BMG (2011b)					

Bezogen auf alle Pflegebedürftigen hat die Verbreitung des Pflegegelds von 61,3 % im Jahr 1996 auf 48,5 % im Jahr 2011 abgenommen, wobei der jährliche Rückgang des Anteilswertes nur anfänglich stärker ausgeprägt war, und seit 2002

weniger als 1 % des jeweiligen Vorjahreswertes beträgt. Der Anteil der Nutzer von Pflegesachleistungen hat dagegen von 6,9 % im Jahr 1996 auf 9,3 % im Jahr 2007 zugenommen. Hier betragen die jährlichen Zuwachsraten seit 2002 maximal 2 %. Anschließend nimmt der Anteil der Bezieher von Pflegesachleistungen auf zuletzt 7,7 % im Jahr 2011 ab. Der Anteil der Nutzer von Kombinationsleistungen ist in den ersten Jahren der Pflegeversicherung angestiegen und liegt von 1998 bis 2007 konstant bei 10–11 %. In den Folgejahren lässt sich dagegen ein deutlicher Anstieg auf zuletzt 15 % im Jahr 2011 erkennen.

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



Quelle: BMG (2011b)

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

Werden die Anteilswerte für Sachleistungs- und Kombinationsleistungsempfänger (also die Pflegebedürftigen, bei denen ambulanten Pflegedienste an der Pflege

beteiligt sind) addiert, so zeigt sich ein kontinuierlich steigender Anteilswert von 15,7 % im Jahr 1996 auf zuletzt 22,7 % im Jahr 2011, also ein Anstieg um 7 Prozentpunkte bzw. 45 % des Ausgangswertes. Der Rückgang des Anteils für Sachleistungsempfänger ab 2007 wird dabei durch den Anstieg des Anteils für Kombinationsleistungsempfänger überkompensiert. Der Anteil der Bezieher stationärer Leistungen liegt höher als der der Sachleistungs- und Kombinationsleistungsempfänger. Auch dieser Anteilswert steigt zunächst deutlich, ab 1999 bis 2007 jedoch ebenfalls „nur noch“ um 1–2 % pro Jahr gegenüber dem Vorjahreswert. Seit 2007 ist der Anteil der vollstationär gepflegten Pflegebedürftigen rückläufig. Insgesamt sind damit die Entwicklungen in der jüngeren Vergangenheit überwiegend durch „schleichende“ Veränderungen gekennzeichnet, wobei der Anteil der Geldleistungsempfänger und damit der rein informellen Pflegearrangements monoton zurückgeht. Diese Verschiebung in Richtung formelle Pflegearrangements hat sich zunächst vor allem in einem steigenden Anteil stationärer Pflege niedergeschlagen. Seit 2007 steigen die Anteilswerte aber nur noch im ambulanten formellen Sektor. Der Trend zur formellen Pflege ist damit ungebrochen, allerdings mit anderem Vorzeichen, nämlich einer stärkeren Betonung der ambulanten formellen Pflege.

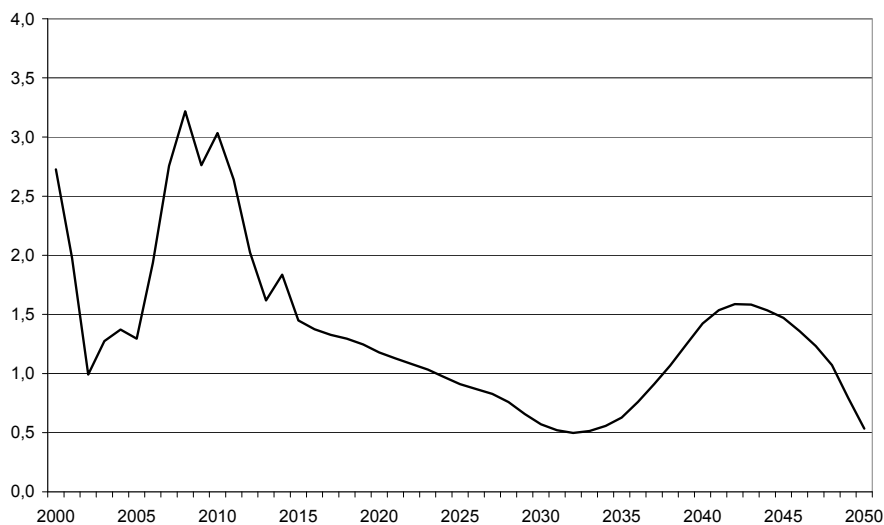
4.2.3 Das „Tempo“ der Entwicklung der Zahl der Pflegebedürftigen

In diesem Abschnitt werden die *Veränderungen* der Zahl der Pflegebedürftigen zwischen den einzelnen Jahren betrachtet. Dabei werden die Zahlen der Sozialen Pflegeversicherung von 2000 bis 2011 zugrunde gelegt, da zwischen den Jahren 1995 und 2000 vor allem die Einführungseffekte der Pflegeversicherung zu besonders hohen Veränderungsraten gegenüber dem Vorjahr geführt haben. So betrug die Veränderung in der Zahl der Pflegebedürftigen von 1995 auf 1996 46 % und von 1996 auf 1997 noch 10 %. Ab dem Jahr 2012 bis 2050 beruhen die Zahlen der Pflegebedürftigen auf Projektionsergebnissen, die auf konstanten alters- und geschlechtsspezifischen Pflegeprävalenzen und der demografischen Entwicklung gemäß der aktuellen Vorausberechnung des Statistischen Bundesamtes beruhen (Rothgang et al. 2011a).

In Abbildung 5 sind die Veränderungen der Zahl der Pflegebedürftigen in der Sozialen Pflegeversicherung gegenüber dem Vorjahr in Prozent wiedergegeben. Sieht man vom Wert für das Jahr 2000 ab, vergrößert sich tendenziell der Anstieg etwa bis zum Jahr 2011, danach zeigt sich erstmals ein Rückgang im Anstieg der Zahl

der Pflegebedürftigen, der – gemäß Projektionsrechnungen – bis zum Jahr 2033 anhält. Die für 2011 beobachtbare *Verlangsamung des Anstiegs* der Zahl der Pflegebedürftigen steht somit für eine Trendwende, nämlich den Beginn einer Phase, in der die demografisch bedingten Anstiege der Fallzahlen zurückgehen. Ab dem Jahr 2033 wird dann ein erneuter Anstieg bis zu den Jahren 2043/44 um etwa einen Prozentpunkt auf 1,65 % einsetzen, der nach etwa einer Dekade in einen erneuten Rückgang übergeht.

Abbildung 5: Veränderung der Zahl der Pflegebedürftigen in der sozialen Pflegeversicherung gegenüber dem Vorjahr in Prozent



Quelle: Zahl der Pflegebedürftigen im gleitenden 5-Jahresdurchschnitt bis 2011 (Tabelle 3); ab 2012 Rothgang et al. (2011b).

4.3 Zahl der Pflegebedürftigen nach Bundesland

Wurden in den vorangegangenen Kapiteln die Zahl der Pflegebedürftigen nach Pflegestufen und Leistungsarten in ihrer jeweiligen Entwicklung bundesweit betrachtet, so wird im folgenden Abschnitt die Entwicklung der Zahl der Pflegebedürftigen nach Bundesländern sowie die regionale Verteilung der Pflegearrange-

ments dargestellt. Grundlage sind die Daten der *Pflegestatistik*, denn nur dort sind die dafür notwendigen Differenzierungen enthalten. Allerdings werden die regionalisierten Ergebnisse vom Statistischen Bundesamt erst ab 2005 ausgewiesen, so dass die Entwicklung erst ab diesem Jahr nachgezeichnet werden kann.

Tabelle 4: Pflegebedürftige nach Jahr im Ländervergleich					
Land	2005	2007	2009	Veränderung zwischen	
				'05 und '07	'07 und '09
Baden-Württemberg	225.367	236.998	246.038	+5,2	+3,8
Bayern	302.706	314.282	318.479	+3,8	+1,3
Berlin	96.134	95.870	101.351	-0,3	+5,7
Brandenburg	74.600	85.129	85.801	+14,1	+0,8
Bremen	20.306	20.686	¹⁾	+1,9	¹⁾
Hamburg	41.416	43.140	45.997	+4,2	+6,6
Hessen	163.291	175.836	186.893	+7,7	+6,3
Mecklenburg-Vorpommern	51.168	56.939	61.442	+11,3	+7,9
Niedersachsen	227.923	242.196	256.085	+6,3	+5,7
Nordrhein-Westfalen	458.433	484.801	509.145	+5,8	+5,0
Rheinland-Pfalz	97.882	102.441	105.800	+4,7	+3,3
Saarland	28.406	29.402	30.380	+3,5	+3,3
Sachsen	119.905	127.064	131.714	+6,0	+3,7
Sachsen-Anhalt	75.614	80.751	80.667	+6,8	-0,1
Schleswig-Holstein	77.503	79.081	79.507	+2,0	+0,5
Thüringen	67.027	72.213	76.967	+7,7	+6,6
Deutschland	2.128.550	2.246.829	2.338.252	+5,6	+4,1
1) Geschätzte Werte für Bremen sind im Deutschlandergebnis enthalten. Die Werte für Bremen sind nicht hinreichend genau.					
Quelle: Statistisches Bundesamt (2011c)					

Wie in Tabelle 4 zu sehen ist, waren im Jahr 2009 insgesamt 2.338.252 Menschen pflegebedürftig, wovon ca. 20 Tsd. im kleinsten Bundesland Bremen (in den Jahren 2005 und 2007) und 509 Tsd. im bevölkerungsreichsten Bundesland Nordrhein-Westfalen wohnten. Die Pflegebedürftigen verteilen sich insgesamt primär entsprechend der Bevölkerungsgröße in den einzelnen Bundesländern, wo-

bei die Anteile in den Ländern dabei zwischen 2,3 % in Baden-Württemberg und 3,7 % in Mecklenburg-Vorpommern schwanken (siehe auch Kapitel 4.4).

Betrachtet man die Entwicklung der Anzahl der Pflegebedürftigen zwischen den Jahren 2005 und 2007, dann fällt auf, dass diese in den neuen Bundesländern z. T. erheblich stärker angestiegen ist (Brandenburg 14,1 %, Mecklenburg-Vorpommern 11,3 %, Thüringen 7,7 %, Sachsen-Anhalt 6,8 % und Sachsen 6 %) als im Bundesdurchschnitt mit 5,6 %. In den alten Bundesländern liegt der Anstieg dagegen überwiegend unter dem Bundesdurchschnitt. Lediglich Nordrhein-Westfalen mit 5,8 %, Niedersachsen mit 6,3 % und Hessen mit 7,7 % weisen etwas höhere Veränderungsraten als im Bundesdurchschnitt auf. Dieser höhere Anstieg kann zumindest teilweise auf die ausgeprägte Hochaltrigkeit in Ostdeutschland zurückgeführt werden. So ist der Anteil der Menschen über 80 Jahre zwischen 2005 und 2007 im Bundesdurchschnitt um 6,4 % angestiegen, in Brandenburg jedoch um 9,1 % und in Mecklenburg-Vorpommern sogar um 10,2 %. Auch in Thüringen (8,1 %), Sachsen-Anhalt (7,1 %) und Sachsen (6,8 %) ist der Anteil der Hochaltrigen stärker als im Bundesdurchschnitt angestiegen. Als weiterer Erklärungsfaktor muss jedoch auch bedacht werden, dass die Wahrscheinlichkeit einer Pflegebedürftigkeit in Ostdeutschland – bei gleichem Alter – generell höher ist als in Westdeutschland und damit den Anstieg der Zahl der Pflegebedürftigen zusätzlich begünstigt (siehe Kapitel 4.4).¹⁵

Vergleicht man die prozentualen Veränderungen zwischen 2005 und 2007 mit denen zwischen 2007 und 2009, ergeben sich meist deutliche Unterschiede im Ländervergleich. Während einige Bundesländer eine tendenziell ähnliche Entwicklung aufweisen (beispielsweise Saarland, Niedersachsen und Thüringen), divergieren einige ganz erheblich (beispielsweise Berlin, Brandenburg und Sachsen-Anhalt). Von einem in Ostdeutschland tendenziell stärkeren Anstieg kann damit nur zwischen 2005 und 2007, nicht aber zwischen 2007 und 2009 gesprochen werden.

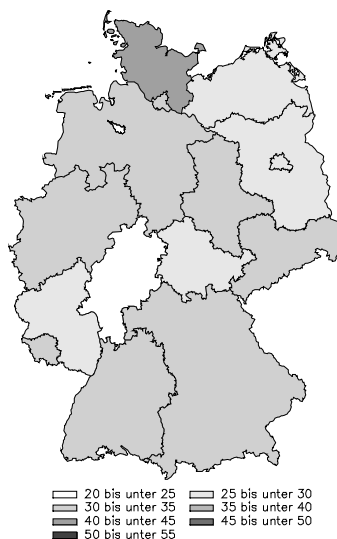
¹⁵ Wie Analysen mit dem Sozio-ökonomischen Panel gezeigt haben, sind diese Prävalenzunterschiede wiederum zu einem nicht unerheblichen Teil aus der Einkommensposition der Betroffenen zu erklären (Unger & Rothgang 2010).

Abbildung 6: Anteil der Pflegebedürftigen nach Pflegearrangement in Prozent

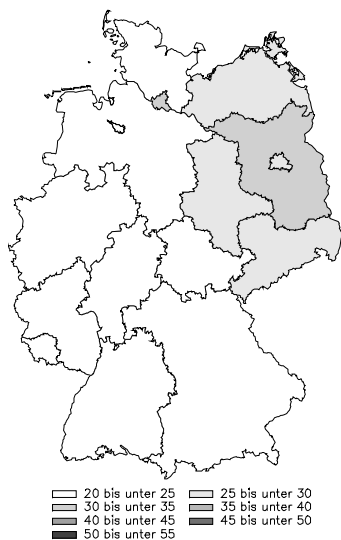
Ohne Berücksichtigung der Angaben für Bremen, vgl. Fußnote 1 in Tabelle 4

Quelle: Statistisches Bundesamt (2011c)

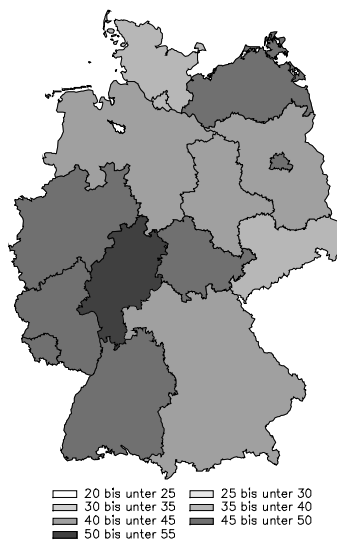
Pflegebedürftige in Heimen



Pflegebedürftige in ambulanter Versorgung



Versorgung ausschließlich durch Angehörige



In der Abbildung 6 ist schließlich die regionale Verteilung des Pflegearrangements wiedergegeben. Auch hier zeigen sich deutliche Unterschiede zwischen den einzelnen Bundesländern. So hat die Pflege in Heimen vor allem im Norden mit Schleswig-Holstein (40,5 %) und im Süden mit Baden-Württemberg (34,1 %) die größte Bedeutung, während sie in der Mitte Deutschlands in Berlin (25,7 %), Brandenburg (25,0 %), Hessen (24,8 %) und Thüringen (26,6 %) weit geringer ausgeprägt ist. Die Pflege, an denen ambulante Pflegedienste beteiligt sind, ist dagegen vor allem in Hamburg und im Osten verbreitet. Hier finden sich die höchsten Anteile in Hamburg (30,0 %), Brandenburg (30,4 %), Sachsen (28,2 %), Sachsen-Anhalt (25,8 %), Berlin (25,9 %) und Mecklenburg-Vorpommern (25,5 %). Die ausschließliche Pflege durch Angehörige erfolgt verstärkt in der Mitte Deutschlands, also in Hessen (53,5 %) und in Rheinland-Pfalz (49,8 %) sowie in Thüringen (49,0 %). Die regionale Versorgung der pflegebedürftigen Menschen im Jahr 2009 nach Pflegearrangements entspricht damit weitgehend auch der im Jahr 2007 (vgl. Rothgang et al. 2010).

4.4 Die Prävalenz von Pflegebedürftigkeit nach Bundesland

Während die Entwicklungen der absoluten Häufigkeiten der Pflegebedürftigen (Abschnitt 4.2) letztlich „nur“ über die quantitative Verbreitung der Inanspruchnahme von Leistungen nach SGB XI informieren, lassen sie keine Aussagen darüber zu, ob sich die altersspezifische Wahrscheinlichkeit einer Pflegebedürftigkeit im Zeitverlauf geändert hat. Zur Beantwortung dieser Frage muss die Entwicklung der Zahl der Pflegebedürftigen unabhängig von der altersstrukturellen Entwicklung betrachtet werden, es muss mit anderen Worten die Entwicklung der so genannten Prävalenzen nachgezeichnet werden. Im Folgenden werden daher die *Prävalenzen* im Jahr 2009 nach Bundesländern untersucht (Abschnitt 4.4.1). Ergänzt wird diese Betrachtung um die Analyse des zeitlichen Wandels. Hierzu wird die Entwicklung der Pflege-Prävalenzen für die einzelnen Bundesländer im Vergleich der Jahre 2005-2009 nachgezeichnet (Abschnitt 4.4.2). Die Analysen werden anhand der Pflegestatistik durchgeführt, weil diese die Prävalenzen in der Gesamtbevölkerung abbilden.

4.4.1 Die Pflege-Prävalenzen nach Bundesland

Für eine gegebene Population kann die Zahl der Pflegebedürftigen zur Zahl der Mitglieder der Gesamtpopulation ins Verhältnis gesetzt werden. Dieser Quotient gibt die „Prävalenz“ des interessierenden Zustands, hier also der Pflegebedürftigkeit, an, und kann selbst wieder nach Teilpopulationen (in diesem Fall insbesondere nach Alter und Geschlecht) differenziert werden (vgl. Kreienbrock & Schach 2005: 10). Prospektiv gewendet kann diese Prävalenz als Pflegewahrscheinlichkeit oder Pflegefallwahrscheinlichkeit interpretiert werden, also als Wahrscheinlichkeit dafür, dass ein Mitglied der entsprechenden Population pflegebedürftig ist.

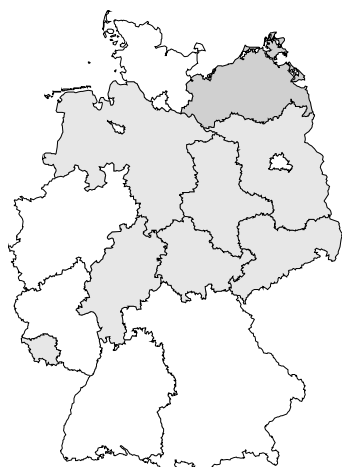
Prävalenzen und ihre Entwicklung sind von entscheidender Bedeutung für Vorausberechnungen zur zukünftigen Zahl der Pflegebedürftigen und zur zukünftigen Finanzentwicklung der Pflegeversicherung. Die Frage nach den Veränderungen dieser Prävalenzen im Zeitverlauf wird in der Literatur insbesondere im Hinblick auf die bekannt gewordene Kontroverse um die „Kompression der Morbidität“ diskutiert (vgl. Rothgang 2002b; Unger 2006 für Deutschland sowie Comas-Herrera et al. 2006 für einige europäische Länder). Dabei geht es um die Frage, ob mit der steigenden Lebenserwartung auch eine Verlängerung der krankheitsfreien Lebensphase einher geht, bzw. ob durch die verlängerte Lebenserwartung lediglich die Lebensphase in gesundheitlicher Beeinträchtigung bzw. Krankheit weiter ausgedehnt wird. Diese Frage wird in der Literatur überwiegend zugunsten der erstgenannten Alternative beantwortet: Die gewonnenen Jahre sind im Allgemeinen auch gesunde Jahre. Weitere Untersuchungen haben dabei gezeigt, dass dieser Zugewinn an gesunden Lebensjahren von der Definition von Gesundheit bzw. Krankheit abhängig ist: So ist im Hinblick auf schwerwiegende gesundheitliche Beeinträchtigungen ein deutlicher Zugewinn der so genannten „aktiven Lebenserwartung“ für jüngere Geburtskohorten zu verzeichnen. Bei moderaten und leichten Beeinträchtigungen fällt dieser Zugewinn geringer aus (Cambois & Robine 1996; Robine et al. 2003; Unger 2006). Insgesamt beobachten diese Studien also überwiegend einen Rückgang der alters- und geschlechtsspezifischen Prävalenz, der je nach verwendetem Gesundheitsindikator unterschiedlich stark ausfällt und zwischen verschiedenen Ländern differenziert (Jacobzone et al. 1998; Jacobzone 1999).

Allerdings wird in den Studien zur aktiven Lebenserwartung nicht die Inanspruchnahme von Pflegeleistungen nach SGB XI untersucht, sondern die Entwicklung der

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

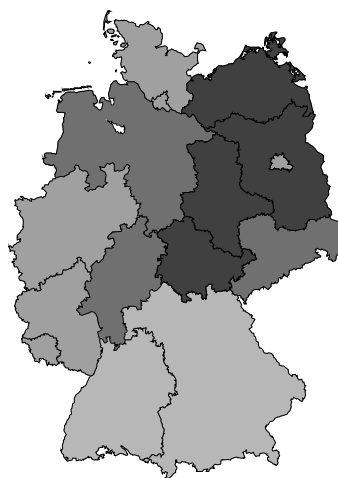
Abbildung 7: Prävalenz der Pflegebedürftigkeit nach Bundesland (in %)

Männer



1,5 bis unter 2
2,5 bis unter 3
3,5 bis unter 4
4,5 bis unter 5
2 bis unter 2,5
3 bis unter 3,5
4 bis unter 4,5

Frauen



1,5 bis unter 2
2,5 bis unter 3
3,5 bis unter 4
4,5 bis unter 5
2 bis unter 2,5
3 bis unter 3,5
4 bis unter 4,5

Quelle: Statistisches Bundesamt (2011c)

In Abbildung 7 sind zunächst die Prävalenzen von Pflegebedürftigkeit nach Bundesländern für die Gesamtbevölkerung (alle Altersjahre) wiedergegeben. Die höchsten Anteile finden sich bei den Männern in Ostdeutschland, insbesondere in Mecklenburg-Vorpommern (2,6 %), Thüringen (2,3 %), Sachsen-Anhalt (2,3 %) und Brandenburg (2,3 %), während die geringsten Anteile in Baden-Württemberg (1,6 %) und Hamburg (1,7 %) vorzufinden sind. Bei den Frauen ist der Anteil der Pflegebedürftigen an der Gesamtbevölkerung in Ostdeutschland noch ausgeprägter. Hier sind die Anteilswerte in Mecklenburg-Vorpommern (4,8 %), Brandenburg (4,6 %), Sachsen-Anhalt (4,5 %), Thüringen (4,5 %) und Sachsen (4,2 %) am höchsten. In Westdeutschland erreicht lediglich Niedersachsen (4,3 %) eine ähnlich hohe Prävalenz wie in Ostdeutschland. Die niedrigsten Prävalenzen sind mit Baden-Württemberg (3,0 %) und Bayern (3,3 %) im Süden Deutschlands sowie in Hamburg (3,5 %) vorzufinden.

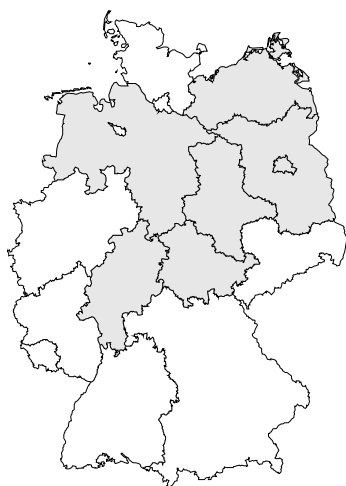
Dadurch, dass sich die eben genannten Prävalenzen auf die gesamte Bevölkerung beziehen, sind sie in erster Linie auch von der Altersverteilung und insbesondere vom Anteil der Hochaltrigen abhängig. Um eine von der Altersstruktur weitgehend unabhängige Darstellung der Prävalenzen zu erhalten, wird die Zahl der Pflegebedürftigen in Abbildung 8 auf die *Altenbevölkerung* bezogen, d. h. auf Personen ab dem Alter 75.¹⁶ Gegenüber den Prävalenzen, die sich auf die Gesamtbevölkerung beziehen, zeigen sich die Anteilswerte in Ostdeutschland gegenüber Westdeutschland nun weniger stark erhöht. Bei den Männern weisen Mecklenburg-Vorpommern (18,7 %), Brandenburg (17,7 %), Thüringen (17,2 %) und Sachsen-Anhalt (17 %) erhöhte Werte auf, während bei den Frauen vor allem Brandenburg (30,7 %), Mecklenburg-Vorpommern (30,5 %) und Berlin (29,5 %) betroffen sind. Die niedrigsten Prävalenzen finden sich sowohl bei den Männern als auch bei den Frauen in Baden-Württemberg (12,7 % bzw. 21,8 %), sowie Bayern (14,4 % bzw. 24,2 %). Ein Großteil der höheren Prävalenzen (bezogen auf alle Altersjahre) in Ostdeutschland lässt sich daher auf den dort vorfindbaren höheren Altenanteil zu-

¹⁶ Allerdings sind aufgrund der starken Altersabhängigkeit des Pflegerisikos und der Altersstrukturverschiebungen die zusammengefassten Prävalenzen bezogen auf die über 75-Jährigen auch nur eingeschränkt interpretierbar.

rückführen. Ein Teil der verbleibenden Ost/West-Unterschiede in den Pflegeprävalenzen lässt sich aber auch durch unterschiedliche sozialstrukturelle Charakteristika erklären. Beispielsweise lassen sich ca. $\frac{1}{3}$ - $\frac{1}{4}$ der in Ostdeutschland höheren Prävalenzen bei Hilfe- und Pflegebedürftigkeit auf das dort niedrigere Einkommensniveau zurückführen (vgl. hierzu auch Unger & Rothgang 2010). Als weitere Einflussfaktoren werden darüber hinaus ein unterschiedliches Inanspruchnahmeverhalten, Kontexteffekte von Umweltbelastungen, unterschiedliche Versorgungsstrukturen, oder auch Mehrfachbelastungen, die sich durch Kumulationen von ungünstigen ökonomischen Lebensbedingungen und Charakteristika der Wohnumgebung ergeben, diskutiert.

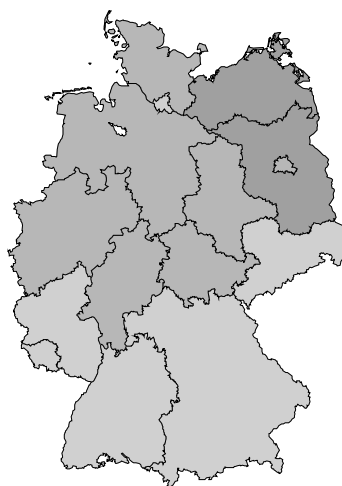
Abbildung 8: Prävalenz der Pflegebedürftigkeit je Altenbevölkerung (75 Jahre und älter) nach Bundesland in %

Männer



10 bis unter 15 15 bis unter 20
20 bis unter 25 25 bis unter 30
30 bis unter 35

Frauen



10 bis unter 15 15 bis unter 20
20 bis unter 25 25 bis unter 30
30 bis unter 35

Quelle: Statistisches Bundesamt (2011c)

4.4.2 Die Entwicklung der Prävalenzen nach Bundesland

In Bezug auf die deutlichen Unterschiede der Prävalenzen zwischen den einzelnen Bundesländern stellt sich auch die Frage, welchen Entwicklungen diese zwischen den Jahren 2005 und 2007 bzw. zwischen 2007 und 2009 unterworfen sind. Sind die Prävalenzen für einzelne Bundesländer angestiegen bzw. haben sie sich im Zeitverlauf sogar verringert? In Tabelle 5 sind hierzu die Prävalenzen der Männer und in Tabelle 6 die der Frauen, bezogen auf die Altenbevölkerung über 75 Jahre, wiedergegeben.

Tabelle 5: Entwicklung der Prävalenzen der Männer bezogen auf die Altenbevölkerung (älter 75 Jahre) nach Bundesland					
	2005	2007	2009	Veränderung zwischen	
				'05 und '07	'07 und '09
Baden-Württemberg	12,5	12,7	12,7	1,6	0,0
Bayern	14,4	14,6	14,4	1,4	-1,4
Berlin	17,1	16,0	16,2	-6,4	1,3
Brandenburg	17,0	18,3	17,7	7,6	-3,3
Bremen	14,7	14,9	¹⁾	1,4	¹⁾
Hamburg	13,5	13,8	14,4	2,2	4,3
Hessen	15,0	15,8	16,3	5,3	3,2
Mecklenburg-Vorpommern	17,7	18,3	17,7	3,4	-3,3
Niedersachsen	15,8	16,5	16,9	4,4	2,4
Nordrhein-Westfalen	14,0	14,5	14,8	3,6	2,1
Rheinland-Pfalz	13,5	13,7	13,8	1,5	0,7
Saarland	13,9	13,9	14,1	0,0	1,4
Sachsen	13,6	14,2	14,2	4,4	0,0
Sachsen-Anhalt	16,1	16,8	17,0	4,3	1,2
Schleswig-Holstein	15,0	14,6	14,2	-2,7	-2,7
Thüringen	15,7	16,5	17,2	5,1	4,2
1) Geschätzte Werte für Bremen sind im Deutschlandergebnis enthalten. Die Werte für Bremen sind nicht hinreichend genau. Quelle: Statistisches Bundesamt (2011c)					

Insgesamt zeigt sich, dass die Prävalenzen über alle drei Beobachtungsjahre – bei den Männern etwas stärker ausgeprägt als bei den Frauen – in Ostdeutschland z. T.

deutlich höher liegen als in Westdeutschland. Die höchsten Werte finden sich beispielsweise in Brandenburg (17,0-18,3 % bei den Männern und 29,2-31,6 % bei den Frauen) und Mecklenburg-Vorpommern (17,7-18,3 % bei den Männern und 28,2-30,5 % bei den Frauen). Lediglich die westdeutschen Bundesländer Hessen und Niedersachsen reichen an diese Werte knapp heran. Auffallend ist ebenfalls, dass sowohl für Männer als auch für Frauen die Prävalenzen in Ostdeutschland zwischen den Jahren 2005 und 2007 z. T. deutlich angestiegen sind. Beispielsweise um 7,6 % bei den Männern und um 8,2 % bei den Frauen in Brandenburg.

Tabelle 6: Entwicklung der Prävalenzen der Frauen bezogen auf die Altenbevölkerung (älter 75 Jahre) nach Bundesland

				Veränderung zwischen	
	2005	2007	2009	'05 und '07	'07 und '09
Baden-Württemberg	21,1	21,7	21,8	2,8	0,5
Bayern	24,0	25,8	24,2	7,5	-6,2
Berlin	30,6	29,8	29,5	-2,6	-1,0
Brandenburg	29,2	31,6	30,7	8,2	-2,8
Bremen	26,2	26,8	¹⁾	2,3	¹⁾
Hamburg	23,2	24,1	24,8	3,9	2,9
Hessen	25,6	27,4	28,4	7,0	3,6
Mecklenburg-Vorpommern	28,2	29,8	30,5	5,7	2,3
Niedersachsen	26,8	28,0	28,9	4,5	3,2
Nordrhein-Westfalen	24,3	25,2	25,6	3,7	1,6
Rheinland-Pfalz	22,9	23,6	23,9	3,1	1,3
Saarland	23,5	23,7	24,1	0,9	1,7
Sachsen	23,3	24,1	24,3	3,4	0,8
Sachsen-Anhalt	26,5	27,7	27,4	4,5	-1,1
Schleswig-Holstein	25,7	25,7	25,0	0,0	-2,7
Thüringen	25,6	27,1	28,0	5,9	3,3

1) Geschätzte Werte für Bremen sind im Deutschlandergebnis enthalten. Die Werte für Bremen sind nicht hinreichend genau.

Quelle: Statistisches Bundesamt (2011c)

Auf Bundesebene zeigte sich, dass die Prävalenzen zwischen den Erhebungswellen der Pflegestatistik geringfügig schwanken (Rothgang et al. 2011b: 49ff.). Diese

Schwankungen bestätigen sich nun ebenfalls auf Länderebene. Im Vergleich der Veränderungen zwischen den Jahren 2005 und 2007 sowie zwischen 2007 und 2009 zeigen sich teilweise erhebliche Unterschiede sowohl in der Größe als auch in der Richtung der Veränderungen. Beispielsweise steigt in Brandenburg die Prävalenz im ersten Intervall bei den Männern (Frauen) um 7,6 % (8,2 %), während sie im zweiten Intervall um 3,3 % (2,8 %) zurückgeht.

4.5 Begutachtungen des Medizinischen Dienstes

Die Zahl der Pflegebedürftigen ergibt sich jeweils aus dem „alten Bestand“ (Bestandsgröße) und den Flussgrößen der Zugänge (inzidente Fälle) und den Abgängen (Reversibilität der Pflegebedürftigkeit bzw. Tod).

Im Folgenden werden zunächst die *Zugänge* in die Pflegebedürftigkeit anhand der Begutachtungen in den Daten des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e. V (MDS) dargestellt (Abschnitt 4.5.1), da sich die Zugänge in bzw. die Wechsel zwischen den einzelnen Pflegestufen aus unterschiedlichen Arten von Begutachtungen ergeben.¹⁷ Anschließend wird die Entwicklung der daraus resultierenden inzidenten Fälle in der Pflegebiographie thematisiert (Abschnitt 4.5.2).

Die Daten des MDS liefern Informationen über die Gesamtzahl der Begutachtungen. Differenziert werden dabei insbesondere die Pflegestufen und die Art der Begutachtung (Erstbegutachtung; Wiederholungsbegutachtung). Analysen der Pflegeinzidenzen nach Alter und Geschlecht sind mit diesen Daten aber nicht möglich. Derartige Inzidenzanalysen nach demografischen Merkmalen werden jedoch mit den Routinedaten der BARMER GEK in Kapitel 5 durchgeführt.

¹⁷ Der Antrag auf Leistungen der Pflegeversicherung wird bei der zuständigen Pflegekasse gestellt, die diesen Antrag bescheidet. Sie folgt dabei aber regelmäßig der Begutachtung des MDK, so dass von einer weitgehenden Übereinstimmung der MDK-Empfehlungen und der Bescheide der zuständigen Pflegekasse ausgegangen werden kann.

4.5.1 Entwicklung der Zahl der Begutachtungen

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

Insgesamt hat sich die Zahl der Begutachtungen von anfänglich 1,7 Mio. Gutachten im Jahr 1995 nach nur wenigen Jahren auf 1,3 Mio. verringert und blieb bis zum Jahr 2007 relativ konstant (Tabelle 7). Die Zahl der Erstgutachten lag anfänglich bei 1,4 Mio. im Jahr 1996. Diese Zahl verringerte sich auf durchschnittlich 675 Tsd. im Zeitraum von 1999 bis 2007, wobei auch der Anteil an Erstbegutachtungen in diesem Zeitraum nahezu konstant bei 52 % aller Begutachtungen liegt. Analog dazu nahm der Anteil der Höherstufungs- bzw. Wiederholungsgutachten, für den sich erst ein Bestand an Pflegebedürftigen aufbauen musste, zu Beginn stark zu und bewegt sich seit 2002 bei absolut 540 Tsd. Personen, bzw. bei 41 % der Begutachtungen. Als Grund für eine noch sehr geringe Zahl der Höherstufungs- und Wiederholungsgutachten im Jahr 1996, die in den Jahren 1997 und 1998 deutlich anstieg, kann die mittlere Zeit zwischen Erst- und Folgebegutachtung gesehen werden, die auf 2 bis 3 Jahre geschätzt werden kann (MDS 2006: 8). Die Zahl der Widerspruchsgutachten lag mit durchschnittlich 80 Tsd. bzw. mit

durchschnittlich 6,5 % über den gesamten Beobachtungszeitraum deutlich niedriger.¹⁸

Tabelle 7: Begutachtungen für ambulante und stationäre Leistungen der Sozialen Pflegeversicherung nach Gutachtenart (Anteile in Prozent in Klammern)				
	Insgesamt	Davon		
		Erstgutachten	Höherstufungs-/ Wiederholungsgutachten	Widersprüche
1995	1.705.617		nicht verfügbar	
1996	1.661.115	1.390.126 (83,7)	180.909 (10,9)	90.080 (5,4)
1997	1.370.409	905.439 (66,1)	371.502 (27,1)	93.468 (6,8)
1998	1.339.749	750.645 (56,0)	495.561 (37,0)	93.543 (7,0)
1999	1.248.282	690.134 (55,3)	481.678 (38,6)	76.470 (6,1)
2000	1.271.580	679.588 (53,4)	512.238 (40,3)	79.754 (6,3)
2001	1.267.989	670.889 (52,9)	519.266 (41,0)	77.833 (6,1)
2002	1.280.718	666.071 (52,0)	543.711 (42,5)	70.936 (5,5)
2003	1.301.025	671.364 (51,6)	552.014 (42,4)	77.647 (6,0)
2004	1.261.544	651.485 (51,6)	529.988 (42,0)	80.071 (6,3)
2005	1.306.653	674.101 (51,6)	543.396 (41,6)	89.156 (6,8)
2006	1.305.745	686.032 (52,5)	531.415 (40,7)	88.289 (6,8)
2007	1.325.774	696.709 (52,6)	538.268 (40,6)	90.797 (6,8)
2008 ¹⁾	1.526.939		nicht verfügbar	
2009	1.517.915	829.685 (54,6)	583.615 (38,4)	106.128 (7,0)
2010	1.456.344	792.964 (54,5)	566.837 (38,9)	96.543 (6,6)
2011	1.466.103	769.852 (52,5)	597.506 (40,8)	98.745 (6,7)
1) Werte der „Übergangsstatistik“.				
Trennung nach Begutachtungsarten ab 2009 (MDS 2009: 5).				
Quelle: MDS (2010b, 2009, 2007a, 2007b, 2006)				

¹⁸ Die Widerspruchsgutachten werden im Folgenden nicht weiter betrachtet, da sie insgesamt nur ca. 6,5% der durchgeführten Begutachtungen ausmachen und darüber hinaus in ca. 60% der Fälle zu keiner Änderung der Pflegestufenempfehlung führen.

Durch das zum 1.7.2008 in Kraft getretene Pflege-Weiterentwicklungsgesetz (PfWG) haben Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz einen Rechtsanspruch auf zusätzliche Betreuungsleistungen gemäß § 45b bzw. § 87b SGB XI. Dieser Anspruch besteht nach § 45a SGB XI bei Pflegebedürftigen in häuslicher Pflege auch, wenn die Voraussetzungen von Pflegebedürftigkeit nach §§ 14 und 15 SGB XI nicht vorliegen.¹⁹ Erste Auswertungen hierzu haben gezeigt, dass im 3. und 4. Quartal 2008 von den 509 Tsd. Begutachtungen für *ambulante Leistungen* 28 % zum Personenkreis mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz gehören und damit einen Anspruch auf zusätzliche Betreuungsleistungen haben. Die Anteile der Empfehlungen für zusätzliche Betreuungsleistungen bei *stationären Leistungen* fallen mit 48 % deutlich höher aus (MDS 2009: 12).

Die Anteile der Empfehlungen für zusätzliche Betreuungsleistungen steigen dabei mit dem Umfang der Pflegebedürftigkeit: Während sie für Antragsteller *ambulanter* Leistungen ohne Pflegestufe lediglich 13 % betragen, belaufen sie sich in Pflegestufe I (II, III) auf 25 % (39 %, 56 %). Daraus resultieren 18 Tsd. Personen, denen der Anspruch auf Betreuungsleistungen zugesprochen wurde, ohne dass sie pflegebedürftig im Sinne der §§ 14 und 15 SGB XI waren (MDS 2009: 12). Bei Antragstellern für *stationäre Leistungen* betragen die Anteile der Empfehlungen ohne Pflegestufe 20 %, in Pflegestufe I (II, III) 36 %, (51 %, 63 %). Daraus resultieren ca. 3 Tsd. Personen mit Anspruch auf Betreuungsleistungen, ohne dass sie pflegebedürftig sind.

Betrachtet man hingegen *alle*, denen Leistungen für Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz zugesprochen wurden, dann haben von den 142,7 Tsd. Personen mit Bezug *ambulanter* Leistungen 12,4 % *keine* Pflegestufe, von den 75,2 Tsd. Personen mit Bezug *stationärer* Leistungen haben 3,6 % *keine* Pflegestu-

¹⁹ Damit verbunden war es notwendig, für den Zeitraum der Überarbeitung der Statistikrichtlinie (§ 53a Satz 1 Nr. 3 SGB XI) eine „Übergangsstatistik“ zu erstellen, auf der die Werte für 2008 beruhen (MDS 2009: 2).

fe. Demnach kommen die zusätzlichen Betreuungsleistungen zu ganz erheblichen Anteilen Menschen zugute, die bereits pflegebedürftig sind.

Da mit der Gesetzesänderung der Kreis der Leistungsberechtigten erweitert wurde, haben sich in der Folge auch Personen einer Begutachtung unterzogen, die ansonsten keinen Antrag auf Leistungen der Pflegeversicherung (oder keinen Antrag auf Wiederholungsbegutachtung) gestellt hätten. Im Jahr 2008 stieg die Zahl der Begutachtungen daher um ca. 200 Tsd. (15 %) auf ca. 1,5 Mio. gegenüber ca. 1,3 Mio. im Jahr 2007 an. Das hohe Niveau der Zahl der Begutachtungen setzt sich auch in den Jahren 2009, 2010 und 2011 mit durchschnittlich ca. 1,5 Mio. fort, wobei 54 % auf Erstbegutachtungen, 40 % auf Höherstufungs- bzw. Wiederholungsgutachten und 7 % auf Widersprüche entfallen. Die Anteile schwanken dabei geringfügig, sind aber im Zeitverlauf weitgehend stabil. 2009 hat sich die Anzahl der Menschen, die zusätzliche Betreuungsleistungen erhalten, gegenüber 2008 deutlich erhöht. Demnach haben 30 Tsd. Menschen, die zu Hause gepflegt werden und nicht pflegebedürftig im Sinne des SGB XI sind, einen entsprechenden Betreuungsbedarf (MDS 2010: 10). Die Anteile der Empfehlungen für zusätzliche Betreuungsleistungen bei den Begutachtungen für ambulante Leistungen sind denen des Jahres 2008 recht ähnlich: Während sie für die nicht Pflegebedürftigen lediglich 13 % betragen, belaufen sie sich in Pflegestufe I (II, III) auf 25 % (41 %, 51 %).

4.5.2 Differenzierung nach Pflegestufen

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

In Tabelle 8 sind die Erstbegutachtungen der Anträge auf ambulante und stationäre Leistungen aufgeführt. Demnach wurden zur Einführung der Pflegeversicherung 1995 ca. 1,7 Mio. Anträge auf ambulante Leistungen begutachtet. Obwohl in den Jahren seit 1996 zusätzlich Anträge auf stationäre Leistungen begutachtet wurden,

blieb der Spitzenwert von 1995 in der Folge unerreicht. Bis 2002 nahm die Anzahl an Erstbegutachtungen ab, da immer weniger Menschen erstmalig Leistungen der Pflegeversicherung beantragten. Von 2005 bis 2007 nahm die Zahl der Erstbegutachtungen dann – demographisch bedingt – wieder leicht zu.

Tabelle 8: Erstbegutachtungen der Anträge auf Zuweisung einer Pflegestufe					
	Erstbegutachtungen	Pflegebedürftige insgesamt	Davon		
			Pflegestufe I	Pflegestufe II	Pflegestufe III
*1995	1.678.792	1.182.398	527.369	445.297	209.732
1996	1.390.126	1.021.974	404.173	395.578	222.223
1997	905.439	655.488	337.752	232.390	85.346
1998	750.645	526.107	310.640	165.907	49.560
1999	690.134	489.691	298.778	149.067	41.846
2000	679.588	475.236	297.642	140.361	37.233
2001	670.889	473.691	305.485	134.758	33.448
2002	666.071	469.377	311.664	128.777	28.936
2003	671.364	470.590	311.499	130.205	28.887
2004	651.485	458.735	304.080	126.960	27.695
2005	674.101	476.589	317.502	128.753	30.335
2006	686.032	487.083	328.609	130.346	28.813
2007	696.704	493.266	342.778	124.710	25.778
2008 ¹⁾					
2009 ²⁾	828.989	567.990	408.023	131.581	26.970
2010	792.964	546.352	400.447	120.530	25.375
2011	769.852	526.579	377.998	119.327	29.254
* nur Antragsteller auf ambulante Leistungen					
1) Werte für 2008 nicht verfügbar.					
2) Unter den Erstbegutachtungen im Jahr 2009 sind insgesamt 225 Tsd. Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz, darunter 36 Tsd. ohne Pflegestufe, 113 Tsd. mit Pflegestufe I, 61 Tsd. mit Pflegestufe II und 15 Tsd. mit Pflegestufe III.					
Quelle: MDS (2010b, 2009, 2007a, 2007b, 2006)					

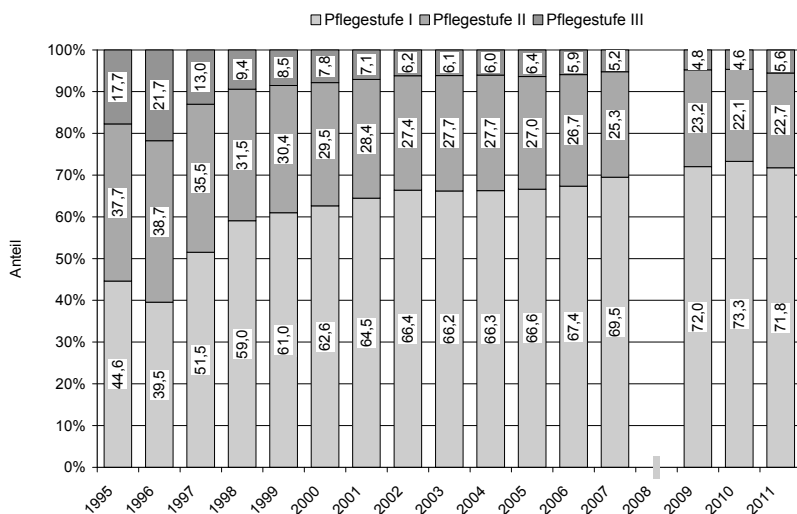
Der Anteil der abgelehnten Anträge beläuft sich während des gesamten Zeitraums auf etwa 30 %. Zwischen 1999 und 2007 wird durchschnittlich 475 Tsd. Menschen jährlich im Rahmen der Erstbegutachtung eine Pflegestufe zuerkannt. Im Jahr 2009

kommt es dann – aus den bereits genannten Gründen – zu einem sprunghaften Anstieg der Erstbegutachtungen um 18 % gegenüber 2007. Im Jahr 2010 reduziert sich zwar die Zahl der Erstbegutachtungen um 4,3 % und, im Jahr 2011 um weitere 3 %, dennoch liegt sie mit 793 Tsd. bzw. 769 Tsd. um rund 100 Tsd. höher als in den Jahren zwischen 1999 und 2007.

In Abbildung 9 ist die Pflegestufenverteilung der Erstbegutachtungen seit 1995 abgetragen. Auffallend ist im Zeitablauf insbesondere der steigende Anteil der Pflegestufe I und der relative Rückgang der Anteile in den Pflegestufen II und III. Als Gründe hierfür können u. a. Einführungseffekte gesehen werden. Demnach werden anfänglich – auch bei Betrachtung von inzidenten Fällen – *alle* Pflegebedürftigen, d. h. auch alle bereits bestehenden Leistungsfälle, erfasst, die – im Vergleich zu Neufällen – einen höheren durchschnittlichen Pflegegrad beanspruchen, weil sie schon eine längere „Pflegekarriere“ mit tendenziell ansteigendem Pflegebedarf aufweisen. Damit lässt sich u. a. der zunächst höhere Anteil in den Pflegestufen II und III in den ersten 3 Jahren der Pflegebegutachtung erklären (MDS 2006: 11). Erst danach werden nur die innerhalb eines Jahres „neu“ hinzukommenden Pflegebedürftigen erfasst (vgl. MDS 2006: 11). Darüber hinaus wurde bei Einführung der Pflegeversicherung festgelegt, dass die Bezieher von Pflegeleistungen nach § 53ff. SGB V, also der Pflegebedürftigen im Sinne der damaligen – lediglich ambulanten – GKV-Leistungen, ohne vorherige Begutachtung der Pflegestufe II zugeordnet wurden. Des Weiteren führte die Begutachtungspraxis auch dazu, dass Erstantragsteller in Alten-/Pflegeheimen meist im Rahmen eines Kurzgutachtens bei festgestellter Pflegebedürftigkeit in der Statistik als Pflegestufe I ausgewiesen wurden, und erst in der Folgebegutachtung der Grad der Pflegebedürftigkeit ermittelt wurde. Damit wurden sie in den Erstbegutachtungen (z. T. zu niedrig) als Pflegestufe I geführt (vgl. ausführlicher MDS 2006: 11). Wird jedoch der jüngere Zeitraum seit 1999 betrachtet, der von diesen Einführungseffekten nicht betroffen ist, lässt sich bei den inzidenten Fällen – entsprechend der Zunahme bei den Bestandsgrößen der Pflegebedürftigen (vgl. Abschnitt 4.2) – ebenfalls eine schleichende

Zunahme an Pflegebedürftigen der Pflegestufe I feststellen und eine Abnahme bei den Pflegestufen II und III.²⁰ Im letzten Beobachtungsjahr 2011 kommt es erstmals zu einem Rückgang der Erstbegutachtungen in Pflegestufe I. Ob hierbei von einer Stabilisierung oder einer Trendwende gesprochen werden kann, lässt sich erst an der Entwicklung der kommenden Jahre ablesen.

Abbildung 9: Verteilung der Pflegestufen bei ambulanten und stationären Erstbegutachtungen nach Jahr



Werte für 2008 nicht verfügbar.

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

Inwieweit die steigende Tendenz auf altersstrukturelle Veränderungen der Bevölkerung oder veränderte altersspezifische Morbidität zurückgeführt werden muss,

²⁰ Ein Überblick über die Änderungen der Begutachtungs-Richtlinien findet sich bei BMG (2008).

kann mit den Daten des MDS nicht beurteilt werden. Entsprechende Analysen zu Veränderungen im (altersabhängigen) Pflegebeginn werden jedoch mit BARMER GEK-Daten in Abschnitt 5.3.2 durchgeführt. Eine weitere Erklärung für den Anstieg der Anteile mit Pflegestufe I mag auch eine gestiegene Akzeptanz der Pflegebedürftigkeit in der Gesellschaft sein. Dadurch steigt die Bereitschaft, auch schon bei geringerem Grad der Pflegebedürftigkeit eine Einstufung zu beantragen und nicht erst dann, wenn die Pflegebedürftigkeit schon erheblich ist.

Die zweite Form der Begutachtung, die den Bestand an Pflegebedürftigen beeinflusst, sind die Höherstufungs- bzw. Wiederholungsbegutachtungen. Da hierzu keine neuen Daten des MDS vorliegen, wird auf den BARMER GEK Pflegereport 2011 (Rothgang et al. 2011b) verwiesen.

4.6 Die Pflegepersonen

Ein zentrales Anliegen der Pflegeversicherung ist 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 in der Sozialen Pflegeversicherung die Bedeutung der häuslichen Pflege: So werden im Jahr 2011 ca. 1,05 Mio. Pflegebedürftige als Pflegegeldempfänger ohne Hinzuziehung zugelassener Pflegeeinrichtungen und weitere 323 Tsd. Pflegebedürftige sowohl von privaten Pflegepersonen als auch von professionellen Pflegediensten zu Hause gepflegt (Kombinationsleistungsempfänger, vgl. Abschnitt 4.2). Angesichts der soziodemografischen Veränderungen, insbesondere durch sinkende Geburtenzahlen, einen Rückgang der Eheschließungen und steigenden Scheidungsraten sowie steigender Frauenerwerbstätigkeit, zunehmender Mobilität und damit geringerer räumlicher Nähe von Familienangehörigen und des zunehmenden Anteils von Single-Haushalten stellt sich allerdings die Frage, ob sich der Anteil familialer Pflege in Zukunft weiter aufrecht erhalten lässt. Gleichzeitig mit dem Absinken des relativen Pflegepotentials ist auch mit einem Sinken der Pflegebereitschaft zu rechnen, da die Pflege zunehmend weniger als Familienpflicht, sondern eher als „gesamtgesell-

schaftliche Aufgabe“ (§ 8 Abs. 1 SGB XI) wahrgenommen wird. Die Milieus mit ausgeprägter Pflegebereitschaft, wie beispielsweise das „traditionelle Unterschicht-Milieu“ verlieren zudem quantitativ an Bedeutung (Blinkert & Klie 1999; 2000). So zeigen die Daten zur Entwicklung der Inanspruchnahme von Pflegeversicherungsleistungen, dass der Anteil der reinen Geldleistungsempfänger seit Einführung der Pflegeversicherung kontinuierlich zurückgegangen ist (vgl. Abschnitt 4.2.2).

Um die Entwicklung der Familienpflege genauer bewerten zu können, ist eine Bestimmung der Zahl der Pflegepersonen erforderlich. Einen ersten Anhaltspunkt für die Anzahl von Pflegepersonen bieten die Leistungsempfänger des Pflegegeldes und der Kombinationsleistungen. Diese Leistungen werden von den Pflegekasernen für die Sicherstellung der häuslichen Pflege an die Pflegebedürftigen ausbezahlt. Diese Leistung bezogen im Jahr 2011 1,37 Mio. Pflegebedürftige. Die Anzahl der an der häuslichen Pflege beteiligten Personen ist aber deutlich höher, u. a., weil sich mehrere Personen die Pflege aufteilen können. So werden zwar 36 % aller Pflegebedürftigen von einer Person gepflegt, dem stehen aber 29 % der Pflegebedürftigen gegenüber, die von zwei Personen gepflegt werden, und 27 % aller Pflegebedürftigen werden sogar von drei und mehr Personen gepflegt (Meyer et al. 2007: 17).

Es können zwar einige Untersuchungen gestützt auf kleinere Befragtengruppen von pflegenden Angehörigen angeführt werden, die deren spezifische Situation darstellen,²¹ Informationen über die Entwicklung der Zahl der Pflegepersonen im Zeitverlauf liegen bislang jedoch nur sehr vereinzelt vor.²² Die Gründe liegen vor allem darin, dass repräsentative Erhebungen zur Anzahl von Pflegepersonen und

²¹ 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).

²² Auch die MUG I und die MUG III-Studie erlaubt zwar einen Vergleich von Merkmalen der Hauptpflegepersonen über eine Dekade hinweg, jedoch werden keinerlei Aussagen zur Anzahl dieser Personen in Deutschland gemacht.

zum Ausmaß von Pfllegetätigkeiten fehlen. Um diese Lücke zu schließen, wird in diesem Abschnitt die Entwicklung der Pfllegepersonen, also der Personen, die eine nichterwerbsbezogene Pfllegetätigkeit ausüben, im Zeitverlauf untersucht. Eine hierfür geeignete und kaum genutzte Datengrundlage sind die prozessproduzierten Daten der Rentenversicherung.²³ Diese lassen Rückschlüsse auf den pflegenden Personenkreis zu, da innerhalb der Rentenversicherung – bei nichterwerbsbezogener Pfllege – Rentenansprüche erworben werden können. Des Weiteren bieten die Scientific-Use-Files (SUF) der Rentenversicherung auch die Möglichkeit, die Versichertenbiografien auszuwerten, um beispielsweise die Dauer von Pfllegetätigkeiten zu bestimmen. Allerdings sind die Anspruchsvoraussetzungen für Rentenversicherungsleistungen hoch. So werden diese weder für Pfllegepersonen gewährt, die im Umfang von wöchentlich 30 Stunden oder mehr berufstätig sind, noch für Pfllegepersonen, die bereits das Rentenalter erreicht haben (s. u.). Betrachtet wird also auch hier nur ein Teil aller Pfllegepersonen. Darüber hinaus kann deshalb auf repräsentative Survey-Daten wie die des Sozio-ökonomischen Panels (SOEP) des Deutschen Instituts für Wirtschaftsforschung (DIW) zurückgegriffen werden, die ebenfalls Informationen zu geleisteter Pfllege enthalten. Die Charakterisierung als „Pfllegeperson“ orientiert sich dabei vor allem an den in den betrachteten Datengrundlagen jeweils verwendeten Definitionen und Erhebungskonzepten von geleisteter Pfllege.

4.6.1 Pfllegepersonen in den Daten der Deutschen Rentenversicherung (DRV Bund)

Zu den Leistungen der Pfllegeversicherung gehört die Übernahme der Beiträge an die Rentenversicherung für „Pfllegepersonen“ im Sinne des § 19 SGB XI. Seit dem 1.4.1995 besteht für Personen in der gesetzlichen Rentenversicherung Versicherungspflicht (d. h. die Pflicht der Pfllegeversicherung, für diese Personen Beiträge

²³ Lediglich von Stegmann & Mika (2007) wurde die ehrenamtliche Pfllege in den Versichertenbiographien der gesetzlichen Rentenversicherung analysiert. Jedoch konzentriert sich auch ihre Untersuchung auf die Gruppe der Pfllegepersonen und vernachlässigt die Frage nach der Verbreitung der Pfllegepersonen insgesamt.

an die Rentenversicherung abzuführen), wenn sie einen Pflegebedürftigen nicht erwerbsmäßig wenigstens 14 Stunden wöchentlich in seiner häuslichen Umgebung pflegen und dieser Anspruch auf Leistungen aus der Sozialen 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 Pflege Tätigkeit. Die Beiträge sollen dabei durch ihre entsprechende Höhe²⁴ das Potenzial haben, nennenswert zu den Rentenanwartschaften beizutragen und so die familiäre Pflege anzuerkennen und die Pflegepersonen besser abzusichern und damit dazu beizutragen, dass auch weiterhin häuslich gepflegt wird (vgl. Stegmann & Mika 2007: 772).

In Tabelle 9 ist die Zahl der Pflegepersonen in der Rentenversicherung wiedergegeben, für die während eines Jahres entweder ganzjährig oder für einen Teil des Jahres Beiträge gezahlt wurden. In diesem Zusammenhang ist darauf zu verweisen, dass anhand der Versichertenkonten natürlich nur „jüngere“ Altersgruppen bis zum Rentenalter untersucht werden können und damit in erster Linie die Pflege durch die Kindergeneration abgebildet wird.

Zunächst fällt auf, dass die Zahl der Pflegepersonen (insbesondere derer, die ganzjährig pflegen) in den ersten Jahren ansteigt. Die Gründe hierfür liegen vermutlich – analog zu dem Anstieg der Zahl der Pflegebedürftigen in den ersten Jahren seit Einführung der Pflegeversicherung (vgl. Abschnitt 4.2) – in Einführungseffekten. Hierzu zählen beispielsweise der zunehmende Bekanntheitsgrad der Pflegeversicherung (mit daraus resultierender ansteigender Zahl der Leistung beziehenden

²⁴ Beispielsweise werden in Pflegestufe I bei einem Pflegeumfang von 14 Std./Woche 0,266 Entgeltpunkte gutgeschrieben, während in Pflegestufe III und einem Pflegeumfang von 28 Std./Woche 0,8 Entgeltpunkte gutgeschrieben werden (vgl. Stegmann & Mika 2007: 780). Ein Entgeltpunkt entspricht dabei den Beitragszahlungen, die ein gesetzlich Rentenversicherter mit durchschnittlichem versicherungspflichtigen Entgelt im Laufe eines Jahres einzahlt.

Pflegebedürftigen) und der Leistungen zur sozialen Absicherung der Pflegepersonen nach § 44 SGB XI.

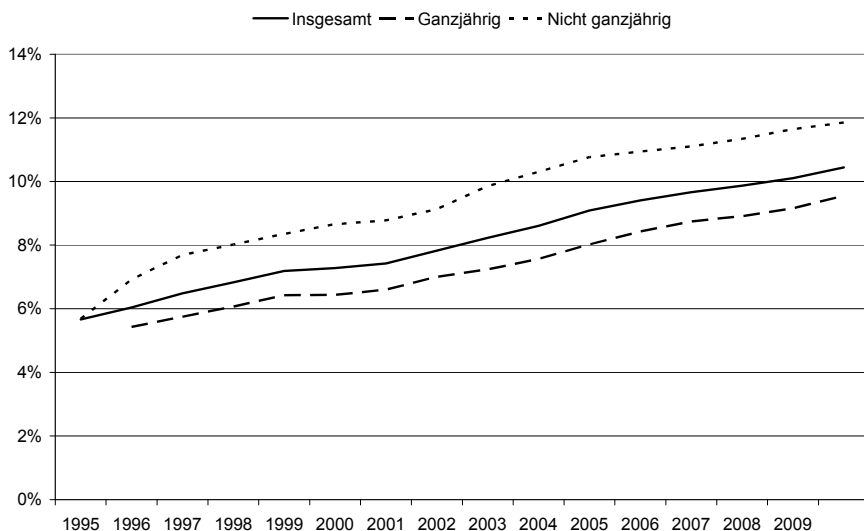
Tabelle 9: Pflegepersonen bis zum Rentenalter nach Pflegedauer und Jahr						
	Männer			Frauen		
	Insgesamt	Ganzjährig	Nicht ganzjährig	Insgesamt	Ganzjährig	Nicht ganzjährig
1995	11.204	147	11.057	186.705	3.211	183.494
1996	24.657	13.067	11.590	383.456	227.643	155.813
1997	33.445	18.450	14.995	482.310	302.370	179.940
1998	36.463	19.808	16.655	497.674	306.650	191.024
1999	36.788	19.844	16.944	474.886	289.014	185.872
2000	38.404	21.090	17.314	489.290	306.634	182.656
2001	37.520	20.747	16.773	467.804	293.520	174.284
2002	37.156	20.484	16.672	437.768	271.897	165.871
2003	38.085	20.751	17.334	424.684	266.094	158.590
2004	37.931	20.616	17.315	402.681	251.963	150.718
2005	39.533	21.351	18.182	395.435	244.735	150.700
2006	39.367	21.605	17.762	379.307	234.716	144.591
2007	39.498	21.829	17.669	369.211	227.739	141.472
2008	39.891	21.910	17.981	364.425	223.852	140.573
2009	40.577	22.764	17.813	360.915	225.811	135.104
2010	39.699	22.309	17.390	340.562	211.277	129.285
Quelle: Deutsche Rentenversicherung (1995–2010a)						

Interessant ist weiterhin die separate Betrachtung von pflegenden Männern und Frauen: Die Zahl der weiblichen Pflegepersonen liegt dabei bis zum Jahr 2005 immer mindestens zehnmal so hoch wie die der männlichen. Allerdings unterscheidet sich auch die Entwicklung zwischen den beiden Geschlechtern. Während bereits nach wenigen Jahren die Zahl der Männer, für die Beiträge gezahlt werden, bei durchschnittlich 38 Tsd. liegt und dann lange Zeit im wesentlichen konstant bleibt, nimmt die entsprechende (deutlich höhere) Zahl der Frauen von 482 Tsd. im Jahr 1997 auf 340 Tsd. im Jahr 2010 ab. Von dieser drastischen Abnahme um mehr als $\frac{1}{4}$ sind dabei gleichermaßen die durchgehend ganzjährige Pflege als auch die nicht ganzjährige Pflege betroffen. Insgesamt zeigt sich damit eine *rückläufige*

Tendenz der intergenerativen Pflege, die durch einen Rückgang der Zahl der pflegenden Frauen im erwerbsfähigen Alter ausgelöst ist.

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

Abbildung 10: Anteil der männlichen Pflegepersonen, für die Beiträge zur Rentenversicherung gezahlt werden



Quelle: Tabelle 9.

Die Daten der Rentenversicherung erlauben über die eben durchgeführte jahresweise Betrachtung der Entwicklung der Zahl der Pflegepersonen hinaus auch die Beantwortung der Frage, ob eine Person *jemals* im Lebensverlauf gepflegt hat oder nicht. Für die empirische Analyse werden daher in einem zweiten Schritt die Rentenzugänge der Jahre 2000–2010 herangezogen und überprüft, welcher *Anteil* die-

ser Jahrgänge Rentenansprüche aus geleisteter Pflege erworben hat.²⁵ In diesem Zusammenhang ist darauf zu verweisen, dass anhand der Rentenzugänge nur ältere Geburtsjahrgänge mit abgeschlossenen Erwerbsverläufen betrachtet werden können und folglich auch keine Aussagen zum Pflegeverhalten oberhalb der Altersjahre des Altersrentenbeginns (von ca. 60–65 Jahren) gemacht werden können. In Tabelle 10 sind hierzu die Altersrenten gemeinsam für Männer und Frauen nach Geburtsjahren bzw. Rentenzugangsjahr wiedergegeben, da die Rentenzugangsstatistik nicht separat für Männer und Frauen ausgewiesen ist.

Tabelle 10: Pflegepersonen bis zum Rentenalter nach Geburtsjahren (Rentenzugangsjahren)				
Geburtsjahre	Rentenzugangsjahr	Altersrenten	Pflegepersonen	Anteil (in %)
1935–40	2000	587.380	12.461	2,12
1936–41	2001	532.706	11.920	2,24
1937–42	2002	491.282	11.343	2,31
1938–43	2003	513.439	12.245	2,38
1939–44	2004	494.292	11.175	2,26
1940–45	2005	449.490	10.345	2,30
1941–46	2006	429.194	12.022	2,80
1942–47	2007	450.538	11.079	2,46
1943–48	2008	461.235	11.337	2,60
1944–49	2009	444.319	11.560	2,46
1945–50	2010	427.010	10.701	2,51
Quelle: Deutsche Rentenversicherung (1995–2010b)				

Demnach beziehen im Jahr 2000 erstmals 587.380 Personen eine Altersrente. Von diesen haben 12.461 Personen und damit 2,12 % Rentenansprüche aus geleisteter Pflege erworben. In den nachfolgenden Jahren (mit Ausnahme von 2006) ändert sich der Anteil von Pflegepersonen an den Altersrentenzugängen nur geringfügig.

²⁵ Für die Rentenzugangsjahre vor 2000 werden die Pflegepersonen nicht ausgewiesen.

Es haben also 2,1–2,8 % aller Personen, die in den Jahren 2000–2010 erstmalig eine Altersrente bezogen haben, jemals in ihrem Leben vor ihrer Verrentung gepflegt. Dabei ist jedoch 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 2010 schon 15 Jahre. Dass dennoch kein eindeutiger Anstieg der Quote festzustellen ist, spricht wiederum eher für *abnehmende* familiäre Pflegekapazitäten im Bereich der intergenerativen Pflege oder aber dafür, dass die Pflegelast auf mehrere Schultern verteilt wurde und somit die Grenze von mindestens 14 Stunden nicht mehr erreicht wurde.

4.6.2 Pflegepersonen in den Daten des Sozio-ökonomischen Panels

Den Daten der Rentenversicherung liegt eine relativ „harte“ Abgrenzung von Pflegetätigkeiten von mindestens 14 Std. in der Woche zugrunde. In den Daten des Sozio-ökonomischen Panels (SOEP) werden hingegen auch geringfügige Pflegetätigkeiten von wenigstens 1 Std. pro Tag, also der Hälfte der täglichen Mindestpflegezeit der in den Daten der Rentenversicherung angewendeten Definition abgebildet. Die Pflegetätigkeit wurde über die Frage erhoben: „Wie viele Stunden pro Tag entfallen bei Ihnen an einem durchschnittlichen Werktag auf die folgenden Tätigkeiten – Versorgung und Betreuung von pflegebedürftigen Personen?“

Betrachtet man die Entwicklung in Tabelle 11, zeigt sich, dass den ca. 1,73 Mio. Pflegebedürftigen im Jahr 2010 (vgl. Abschnitt 4.2), die zu Hause gepflegt werden (also Pflegegeld, Sachleistung oder Kombinationsleistungen beziehen), ca. 4,25 Mio. und damit 2,5 mal so viele Pflegenden gegenüberstehen. Die Entwicklung ist dabei überwiegend von einem *Anstieg* der Zahl der Pflegenden gekennzeichnet: Während 2001 ca. 3,09 Mio. Pflegenden an der häuslichen Pflege beteiligt waren, stieg die Anzahl bis 2010 auf 4,25 Mio. und damit um 37 % an, während sich die Zahl der häuslich versorgten Pflegebedürftigen in diesem Zeitraum nur um rund 23 %, von 1,41 Mio. auf 1.74 Mio. erhöht hat. Der Anteil der an der Pflege beteiligten Männer belief sich während des Zeitraums auf nahezu konstant 35 %. Auf einen pflegenden Mann kommen damit zwei pflegende Frauen. Ein Vergleich der MUG I-Studie mit der MUG III-Studie zeigt hingegen einen Anstieg des Anteils

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

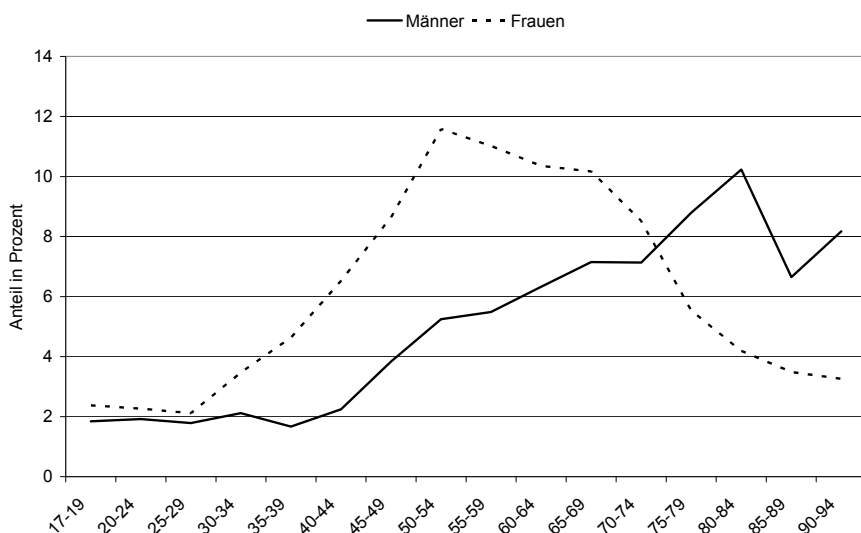
Tabelle 11: Pflegepersonen über 16 Jahren nach Jahr und Geschlecht und Anteil an der Bevölkerung					
	Insgesamt	Männer	Quote	Frauen	Quote
2001	3.094.436	1.141.214	3,87	1.953.222	6,17
2002	3.451.519	1.340.314	4,35	2.111.205	6,35
2003	3.639.737	1.389.598	4,36	2.250.139	6,59
2004	3.836.252	1.493.314	4,64	2.342.938	6,71
2005	3.575.232	1.337.376	4,10	2.237.856	6,32
2006	3.800.646	1.403.384	4,34	2.397.262	6,82
2007	3.851.374	1.460.716	4,48	2.390.658	6,80
2008	4.162.474	1.553.114	4,73	2.609.360	7,39
2009	3.755.580	1.329.627	4,05	2.425.953	6,86
2010	4.246.331	1.471.525	4,47	2.774.806	7,84
Quelle: SOEP v27, gewichtet					

Durch die unterschiedlichen Abgrenzungen finden sich demnach weniger Frauen, die in großem Umfang (>14 Stunden) pflegen (in den Daten der Rentenversicherung), aber mehr Frauen, die überhaupt pflegen (im SOEP). Also wird die Pflege-last eher zwischen mehreren Personen aufgeteilt.

Dass die Gruppe der Pflegenden dabei auch über den bestehenden Geschlechterunterschied hinaus heterogen ist, zeigt Abbildung 11. Demnach pflegen Frauen im Alter von 50–69 Jahren am häufigsten, während Männer erst in höheren Altersjahren pflegen (vgl. Schupp & Künemund 2004). Gründe für diese stärkere Verbreitung der Pflegetätigkeiten in jüngeren Jahren bei den Frauen könnten darin liegen, dass beim Tod des ersten Elternteils meist die weibliche Kindergeneration die Verantwortung für den verbliebenen Elternteil übernimmt (Stein et al. 1998). Der höhere Anteil an pflegenden Männern in den höheren Altersjahren ist vermutlich darauf zurückzuführen, dass Männer – bei gleichem Alter – seltener verwitwet sind als Frauen und dadurch auch häufiger ihre Partnerinnen pflegen. Insgesamt kann

damit sowohl von intergenerativer Pflege (vor allem bei den weiblichen Pflegepersonen) als auch von intragenerativer Pflege (vor allem bei den männlichen Pflegepersonen) gesprochen werden.²⁶

Abbildung 11: Pflegepersonen nach Alter und Geschlecht



Quelle: SOEP v27, gewichtet

Gründe für die insgesamt stärkere Verbreitung von Pfllegetätigkeiten bei den Frauen können auch in der schwierigen Vereinbarkeit von Pflege und Erwerbstätigkeit liegen. So haben nach Daten der MUG III-Studie aufgrund der Pflege 10 % der Hauptpflegepersonen ihre Erwerbstätigkeit aufgegeben und weitere 11 % den Umfang der Erwerbstätigkeit eingeschränkt. Da nur etwa die Hälfte der Hauptpflege-

²⁶ Kritisch anzumerken ist, dass den auf die Bevölkerung der BRD hochgerechneten Auswertungen, insbesondere in den oberen Altersjahren, z. T. geringe absolute Fallzahlen an Pflegepersonen zugrunde liegen.

personen zu Beginn der Pflege überhaupt erwerbstätig war, liegt der Anteil der Personen, die ihre Berufstätigkeit aufgeben/einschränken, bezogen auf den Personenkreis der vor der Übernahme der Pflege Erwerbstätigen, sogar doppelt so hoch (Schneekloth & Wahl 2005: 79; vgl. auch BMFSFJ 2011: 123).

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

4.7 Ambulante Pflegedienste nach Bundesländern

In diesem Kapitel werden Infrastruktur und personelle Ausstattung der ambulanten Pflegedienste in den einzelnen Bundesländern dargestellt. Zunächst folgt die Verteilung der ambulanten Pflegedienste nach Bundesländern und Trägern im Jahr 2009 (Abschnitt 4.7.1), es schließt sich eine Beschreibung des in den Pflegediensten eingesetzten Personals an (Abschnitt 4.7.2), abschließend erfolgt eine Darstellung der regionalen Verteilung der Kapazitäten der ambulanten Pflegedienste in den einzelnen Bundesländern (Abschnitt 4.7.3).

4.7.1 Ambulante Dienste

Die Zahl der ambulanten Pflegedienste (Tabelle 12) beläuft sich im Jahr 2009 auf 12.026, wovon sich 7.398 (61,5 %) in privater, 4.433 (36,9 %) in freigemeinnütziger und 195 (1,6 %) in öffentlicher Trägerschaft befinden. Damit ist das Verhältnis von privaten zu freigemeinnützigen Trägern dem bei Pflegeheimen entgegengesetzt (siehe Abschnitt 4.8). Doch auch bei den ambulanten Pflegediensten variiert die Art der Trägerschaft z. T. stark nach dem Bundesland. Während beispielsweise in Hamburg (75,1 %) und Berlin (74,9 %) die weitaus meisten Pflegedienste in privater Trägerschaft sind, sind es in Baden-Württemberg (47,3 %) als einzigem Bundesland weniger als 50 %. Die ambulanten Dienste der übrigen Bundesländer sind mit einem Anteil von 55 %-69,9 % in privater Trägerschaft. Die Pflegedienste in freigemeinnütziger Trägerschaft sind dagegen nur in Baden-Württemberg (49,2 %) am stärksten verbreitet, in Berlin (24,4 %) und Hamburg (24,3 %) dage-

gen am geringsten. Der Anteil der Pflegedienste in öffentlicher Trägerschaft ist, ähnlich wie im stationären Sektor, gering und liegt in allen Bundesländern deutlich unter 10 %. Dabei weisen Hessen (6,0 %) und Baden-Württemberg (3,4 %) noch die höchsten Anteile auf. Die Verteilungen nach Trägern im Jahr 2009 sind dabei denen im Jahr 2007 (Rothgang et al. 2010: 75, Werte hier nicht wiedergegeben) recht ähnlich und unterscheiden sich meist nur um 1-2 Prozentpunkte.

Tabelle 12: Die ambulanten Pflegedienste nach Art des Trägers in den Bundesländern im Jahr 2009 (Anteile in Prozent in Klammern)

Land	Anzahl	Träger der Einrichtung		
		Private	Frei-gemeinnützige	Öffentliche
Baden-Württemberg	999	473 (47,3)	492 (49,2)	34 (3,4)
Bayern	1.843	1.013 (55,0)	817 (44,3)	13 (0,7)
Berlin	505	378 (74,9)	123 (24,4)	4 (0,8)
Brandenburg	573	360 (62,8)	210 (36,6)	3 (0,5)
Bremen ¹⁾	/	/	/	/
Hamburg	345	259 (75,1)	84 (24,3)	2 (0,6)
Hessen	947	633 (66,8)	257 (27,1)	57 (6,0)
Mecklenburg-Vorp.	424	240 (56,6)	183 (43,2)	1 (0,2)
Niedersachsen	1.164	756 (64,9)	384 (33,0)	24 (2,1)
Nordrhein-Westfalen	2.259	1.392 (61,6)	845 (37,4)	22 (1,0)
Rheinland-Pfalz	416	239 (57,5)	173 (41,6)	4 (1,0)
Saarland	114	78 (68,4)	34 (29,8)	2 (1,8)
Sachsen	997	697 (69,9)	290 (29,1)	10 (1,0)
Sachsen-Anhalt	511	344 (67,3)	162 (31,7)	5 (1,0)
Schleswig-Holstein	392	220 (56,1)	165 (42,1)	7 (1,8)
Thüringen	396	229 (57,8)	162 (40,9)	5 (1,3)
Deutschland	12.026	7.398 (61,5)	4.433 (36,9)	195 (1,6)
¹⁾ Für Bremen sind geschätzte Daten im Deutschlandergebnis enthalten. Die Schätzung ist ausreichend genau für ein sinnvolles Deutschlandergebnis, aber nicht für eine Beschreibung der Situation in Bremen. Quelle: Statistisches Bundesamt (2011c)				

4.7.2 Personal

Die Zahl der Pflegedienste allein ist wenig aussagekräftig, weil die Größe der Dienste erheblich variiert. Um einen besseren Überblick über die Kapazitäten ambulanter Pflegedienste zu gewinnen, ist es daher sinnvoll, die Zahl der Beschäftigten zu betrachten. Im Jahr 2009 waren 268.891 Menschen in den ambulanten Pflegediensten beschäftigt (Tabelle 13). Dies entspricht 43,3 % des Heimpersonals im Jahr 2009. Von den Beschäftigten in ambulanten Pflegediensten waren 26,8 % vollzeitbeschäftigt, 33,1 % waren teilzeitbeschäftigt mit über 50 % der Arbeitszeit, 15,0 % teilzeitbeschäftigt mit bis zu 50 % der Arbeitszeit und 22,5 % geringfügig beschäftigt. Damit sind die Beschäftigtenquoten in der ambulanten Pflege gegenüber denen in Pflegeheimen bei den Vollzeitbeschäftigten ca. 8 Prozentpunkte niedriger, während sie bei den geringfügig Beschäftigten fast 13 Prozentpunkte höher liegen (siehe Abschnitt 4.8.2).

In den neuen Bundesländern liegt die Vollzeitbeschäftigtenquote durchgängig deutlich über dem Bundesdurchschnitt von 26,8 % und beträgt in Sachsen-Anhalt sogar 42,6 %. In den alten Bundesländern liegen mit Nordrhein-Westfalen (27,3 %), Hamburg (27,9 %) und Berlin (34,9 %) nur wenige Bundesländer über dem Bundesdurchschnitt. Die Teilzeitbeschäftigtenquoten mit über 50 % der Arbeitszeit liegen dagegen in den neuen Bundesländern zwischen 43,2 % (Sachsen-Anhalt) und 46,9 % (Brandenburg sowie Mecklenburg-Vorpommern) und fallen damit ebenfalls hoch aus, während sie in den alten Bundesländern z. T. bis zu 25 Prozentpunkte niedriger liegen (z. B. in Rheinland-Pfalz mit 24,1 %). Deutliche West-Ost-Unterschiede zeigen sich auch beim Anteil der Teilzeitbeschäftigten mit einer Arbeitszeit bis zu 50 % der Regelarbeitszeit und den geringfügig Beschäftigten. Hier liegen ebenfalls die Anteile in den neuen Bundesländern deutlich unter dem Bundesdurchschnitt. Im Vergleich zum Jahr 2007 (Rothgang et al. 2010: 77, Werte hier nicht wiedergegeben) sind die Verteilungen nach dem Umfang des Beschäftigungsverhältnisses denen des Jahres 2009 recht ähnlich und unterscheiden sich meist nur um 1 Prozentpunkt oder weniger.

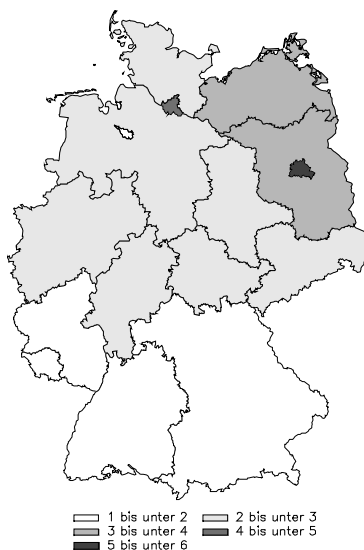
**Tabelle 13: Personal der ambulanten Pflegedienste nach
Beschäftigungsverhältnis in den Bundesländern im Jahr 2009**

Land	Insgesamt	Vollzeit (in %)	Teilzeit (in %)		
			über 50 %	bis 50 %	Geringfügig
Baden-Württemberg	25.174	19,8	25,1	23,3	28,8
Bayern	36.421	19,8	29,3	17,7	30,2
Berlin	19.408	34,9	42,2	8,4	12,8
Brandenburg	10.690	36,5	46,9	6,5	7,9
Bremen ¹⁾	/	/	/	/	/
Hamburg	9.726	27,9	32,2	10,7	27,0
Hessen	18.940	25,9	27,4	18,7	25,3
Mecklenburg- Vorpommern	6.410	38,2	46,9	7,2	6,3
Niedersachsen	27.528	19,2	36,9	18,7	22,6
Nordrhein-Westfalen	56.250	27,3	27,4	15,1	27,9
Rheinland-Pfalz	10.713	25,2	24,1	17,8	29,5
Saarland	3.013	23,6	23,3	15,0	36,3
Sachsen	17.048	35,2	46,1	7,4	6,9
Sachsen-Anhalt	7.904	42,6	43,2	7,6	4,7
Schleswig-Holstein	9.008	19,5	34,3	20,1	24,5
Thüringen	7.498	40,3	43,7	6,0	6,7
Deutschland	268.891	26,8	33,1	15,0	22,5
¹⁾ Für Bremen sind geschätzte Daten im Deutschlandergebnis enthalten. Die Schätzung ist ausreichend genau für ein sinnvolles Deutschlandergebnis, aber nicht für eine Beschreibung der Situation in Bremen. Quelle: Statistisches Bundesamt (2011c)					

4.7.3 Kapazitäten

Da auch die bloße Zahl der in ambulanten Pflegediensten Beschäftigten die Kapazitäten des Sektors nur ungenau angibt, werden zur Darstellung dieser Kapazitäten die Beschäftigten der ambulanten Pflegedienste in Vollzeitäquivalenten²⁷ umgerechnet und dann in Relation zur Altenbevölkerung über 75 Jahren gesetzt (Abbildung 12). Dadurch werden die *Kapazitäten* der ambulanten Pflegedienste zur Versorgung der jeweiligen Bevölkerung erkennbar. Zu beobachten ist ein Nord-Süd-Gefälle mit den niedrigsten Anteilswerten von bis zu 2 Vollzeitäquivalenten je 100 Einwohner über 75 Jahre in den südlichen Bundesländern Bayern, Baden-Württemberg, Rheinland-Pfalz und dem Saarland. Weiterhin ist ein West-Ost-Gefälle mit hohen Anteilswerten in Mecklenburg-Vorpommern und Brandenburg zu erkennen. Die höchsten Anteilswerte finden sich in Hamburg mit 4,3 Vollzeitäquivalenten und in Berlin mit 5,6 Vollzeitäquivalenten je 100 Einwohner über 75 Jahre.

Abbildung 12: Beschäftigte in den ambulanten Pflegediensten in Vollzeitäquivalenten je 100 Einwohner älter 75 Jahre



ohne Werte für Bremen, siehe Fußnote 1 in Tabelle 12

Quelle: Statistisches Bundesamt (2011c)

²⁷ Durch die Umrechnung in Vollzeitäquivalente lassen sich die unterschiedlichen Beschäftigungsformen vergleichen. Die Gewichte betragen 0,75 für die Teilzeitbeschäftigten mit über 50% der Arbeitszeit, 0,45 für die Teilzeitbeschäftigten mit bis zu 50% der Arbeitszeit (ohne geringfügige Beschäftigung) und 0,25 für die geringfügig Beschäftigten (vgl. Rothgang et al. 2009: 181f.).

4.8 Die stationären Pflegeeinrichtungen nach Bundesländern

Der folgende Abschnitt gibt einen Überblick über die stationären Pflegeeinrichtungen nach Bundesländern im Jahr 2009. Dazu wird zuerst die allgemeine Verbreitung der Heime sowie die Art des Trägers der Einrichtung beschrieben (Abschnitt 4.8.1). Anschließend wird auf das Personal in den stationären Einrichtungen (Abschnitt 4.8.2) sowie auf die Heimkapazitäten (Abschnitt 4.8.3) eingegangen. Abschließend werden die Heimentgelte (Abschnitt 4.8.4), die Qualität der Heime (Abschnitt 4.8.5) sowie mögliche Zusammenhänge von Heimentgelten und Qualität der Heime thematisiert (Abschnitt 4.8.6).

4.8.1 Einrichtungen

Die Zahl der Pflegeheime beläuft sich im Jahr 2009 auf 11.634, wovon 6.373 (54,8 %) in freigemeinnütziger, 4.637 (39,9 %) in privater und 624 (5,4 %) in öffentlicher Trägerschaft sind (Tabelle 14). Die Art der Trägerschaft variiert dabei z. T. stark nach Bundesland. Während sich beispielsweise in Schleswig-Holstein (67,5 %) und Niedersachsen (59,4 %) die Mehrzahl der Heime in privater Trägerschaft befindet, fallen beispielsweise in Mecklenburg-Vorpommern (31,1 %) und Brandenburg (29,3 %) die Anteile privater Träger bedeutend geringer aus. Die Pflegeheime in freigemeinnütziger Trägerschaft sind dagegen in Brandenburg (67,5 %), Mecklenburg-Vorpommern (66,6 %), Saarland (67,2 %) und Nordrhein-Westfalen (65,0 %) am stärksten verbreitet und in Schleswig-Holstein (28,3 %) und Niedersachsen (38,1 %) am geringsten. Pflegeheime in öffentlicher Trägerschaft sind insgesamt eher selten, aber dennoch stärker verbreitet als ambulante Pflegedienste. Im Stadtstaat Hamburg gibt es sogar gar kein Pflegeheim dieses Trägertyps. Die mit Abstand höchsten Anteile an Heimen öffentlicher Träger finden sich in Bayern (10,7 %), Thüringen (8,9 %) und Baden-Württemberg (7,5 %).

Tabelle 14: Die stationären Pflegeeinrichtungen nach Art des Trägers in den Bundesländern im Jahr 2009 (Anteile in Prozent in Klammern)

Land	Anzahl	Träger der Einrichtung		
		Private	Freigemeinnützige	Öffentliche
Baden-Württemberg	1.466	488 (33,3)	868 (59,2)	110 (7,5)
Bayern	1.633	527 (32,3)	932 (57,1)	174 (10,7)
Berlin	378	181 (47,9)	188 (49,7)	9 (2,4)
Brandenburg	369	108 (29,3)	249 (67,5)	12 (3,3)
Bremen ¹⁾	/	/	/	/
Hamburg	187	91 (48,7)	96 (51,3)	-
Hessen	732	339 (46,3)	348 (47,5)	45 (6,1)
Mecklenburg-Vorpommern	302	94 (31,1)	201 (66,6)	7 (2,3)
Niedersachsen	1.477	878 (59,4)	563 (38,1)	36 (2,4)
Nordrhein-Westfalen	2.232	671 (30,1)	1.451 (65,0)	110 (4,9)
Rheinland-Pfalz	454	173 (38,1)	271 (59,7)	10 (2,2)
Saarland	137	43 (31,4)	92 (67,2)	2 (1,5)
Sachsen	729	270 (37,0)	427 (58,6)	32 (4,4)
Sachsen-Anhalt	438	183 (41,8)	241 (55,0)	14 (3,2)
Schleswig-Holstein	664	448 (67,5)	188 (28,3)	28 (4,2)
Thüringen	338	104 (30,8)	204 (60,4)	30 (8,9)
Deutschland	11.634	4637 (39,9)	6.373 (54,8)	624 (5,4)
¹⁾ Für Bremen sind geschätzte Daten im Deutschlandergebnis enthalten. Die Schätzung ist ausreichend genau für ein sinnvolles Deutschlandergebnis, aber nicht für eine Beschreibung der Situation in Bremen. Quelle: Statistisches Bundesamt (2011c)				

4.8.2 Personal

Betrachtet man das *Heimpersonal*, dann zeigt sich, dass im Jahr 2009 621.392 Menschen in Heimen beschäftigt waren (Tabelle 15). Davon waren 33 % vollzeitbeschäftigt, mit 34,2 % ein ähnlich großer Anteil teilzeitbeschäftigt mit über 50 % der Arbeitszeit, 15,5 % teilzeitbeschäftigt mit bis zu 50 % der Arbeitszeit und 9,8 % geringfügig beschäftigt. Die Zahl der Beschäftigten im Pflegeheim ist dabei seit 1999 um ca. 41 % angestiegen wobei gleichzeitig die Vollzeitbeschäftigtenquote von 48 % auf 33,3 % abgenommen hat (Rothgang et al. 2011: 78ff.).

Tabelle 15: Heimpersonal nach Beschäftigungsverhältnis in den Bundesländern im Jahr 2009

Land	Ins- gesamt	Vollzeit (in %)	Teilzeit (in %)		
			über 50 %	bis 50 %	gering- fügig
Baden-Württemberg	80.824	31,2	27,6	18,4	11,6
Bayern	89.079	37,0	34,6	15,4	7,0
Berlin	19.674	45,5	38,0	7,9	4,7
Brandenburg	15.241	32,6	51,5	7,3	4,1
Bremen ¹⁾	/	/	/	/	/
Hamburg	11.489	41,8	32,1	8,7	11,6
Hessen	40.236	38,0	27,9	15,2	11,9
Mecklenburg-Vorpommern	12.070	24,1	59,2	8,9	3,9
Niedersachsen	70.205	33,6	32,7	15,4	12,1
Nordrhein-Westfalen	147.921	30,7	30,1	19,4	12,5
Rheinland-Pfalz	28.719	31,5	26,7	21,1	10,8
Saarland	8.526	42,3	18,2	18,0	12,8
Sachsen	31.302	24,2	55,2	9,2	3,5
Sachsen-Anhalt	17.301	30,6	54,7	6,1	3,0
Schleswig-Holstein	28.331	40,4	29,9	13,9	11,0
Thüringen	15.218	28,4	54,2	6,3	3,5
Deutschland	621.392	33,3	34,2	15,5	9,8
¹⁾ Für Bremen sind geschätzte Daten im Deutschlandergebnis enthalten. Die Schätzung ist ausreichend genau für ein sinnvolles Deutschlandergebnis, aber nicht für eine Beschreibung der Situation in Bremen. Quelle: Statistisches Bundesamt (2011c)					

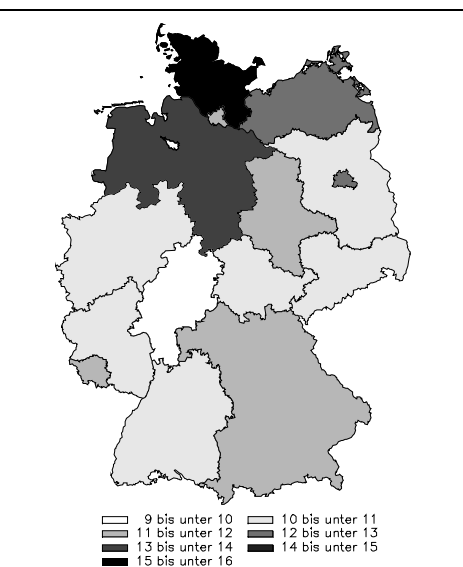
In den neuen Bundesländern liegt die Vollzeitbeschäftigtenquote dabei durchgängig unter dem Bundesdurchschnitt von 33,3 % und beträgt in Sachsen sogar nur 24,2 %. In den alten Bundesländern liegen mit Baden-Württemberg (31,2 %), Nordrhein-Westfalen (30,7 %) und Rheinland-Pfalz (31,5 %) nur wenige Bundesländer knapp unter dem Bundesdurchschnitt. Die Teilzeitbeschäftigtenquoten mit über 50 % der Arbeitszeit liegen dagegen in den neuen Bundesländern zwischen 51,5 % (Brandenburg) und 59,2 % (Mecklenburg-Vorpommern) und damit höher als in Westdeutschland, während sie in den alten Bundesländern z. T. bis zu 30 Prozentpunkte niedriger liegen (z. B. im Saarland mit 18,2 %). Deutliche West-

Ost-Unterschiede zeigen sich auch bei einer Arbeitszeit bis zu 50 % und den geringfügig Beschäftigten. Hier liegen die Anteile in den neuen Bundesländern deutlich unter dem Bundesdurchschnitt. Darüber hinaus sind in Baden-Württemberg und Rheinland-Pfalz (8,8 bzw. 8,7 %) auffallend viele Praktikanten, Schüler oder Auszubildende in Pflegeheimen beschäftigt (nicht in der Tabelle wiedergegeben).

4.8.3 Heimkapazitäten

In Abbildung 13 ist die Anzahl der Heimplätze für eine vollstationäre Dauerpflege ins Verhältnis zur Altenbevölkerung über 75 Jahren gesetzt.²⁸ Dadurch wird die regionale Verteilung der *Heimkapazitäten* erkennbar. Demnach gibt es in Schleswig-Holstein mit 15,4 Heimplätzen pro 100 Einwohner über 75 Jahren die höchste Kapazität, gefolgt von Berlin (12,6), Niedersachsen (13,0) und Mecklenburg-Vorpommern (12,1). Die wenigsten Heime pro Altenbevölkerung finden sich in Hessen (9,6). Der nördliche Teil von Deutschland, mit Ausnahme der Stadtstaaten Bremen und Hamburg, verfügt damit über eine hohe Kapazität an Plätzen für eine vollstationäre Pflege.

Abbildung 13: Heimplätze in vollstationärer Pflege je 100 Einwohner älter 75 Jahre



ohne Werte für Bremen, s. Fußnote 1, Tabelle 14
Quelle: Statistisches Bundesamt (2011c)

²⁸ Die Auslastungsquote der Heime konnte hierbei nicht berücksichtigt werden, da diese nicht für die einzelnen Bundesländer ausgewiesen wird. Auf Bundesebene liegt die Auslastung der Plätze für vollstationäre Dauerpflege im Jahr 2009 bei 86,6 %, wodurch die errechneten Heimkapazitäten geringfügig überschätzt sein dürften.

4.8.4 Heimentgelte

Die Leistungen der Pflegeversicherung im Bereich der stationären Pflege sind durch das PfWG z. T. angepasst worden. Sie belaufen sich in Pflegestufe I und Pflegestufe II weiterhin auf 1.023 € bzw. 1.279 €. Die Leistungen in Pflegestufe III sind dagegen zum 1.7.2008, zum 1.1.2010 und letztmalig zum 1.1.2012 angepasst worden. Ab dem 1.1.2012 betragen sie in Pflegestufe III 1.550 € bzw. 1.918 für Härtefälle. Diese Leistungen beziehen sich dabei *ausschließlich* auf die Finanzierung der *Pflegekosten* im Heim.

Die Gesamtkosten, die für einen Pflegeplatz in Einrichtungen der stationären Pflege anfallen („Gesamtheimentgelte“ nach § 87a SGB XI) liegen jedoch erheblich höher. Sie enthalten die *Pflegesätze*, also die „Entgelte der Heimbewohner oder ihrer Kostenträger für die teil- oder vollstationären Pflegeleistungen des Pflegeheims sowie für die soziale Betreuung und, soweit kein Anspruch auf Krankenpflege nach § 37 des Fünften Buches besteht, für die medizinische Behandlungspflege“ (§ 84 Abs. 1 SGB XI), die Kosten für *Unterkunft und Verpflegung*, die so genannten Hotelkosten, sowie die gesondert berechenbaren *Investitionskosten* (vgl. Rothgang et al. 2009: 35f.).²⁹

Die Leistungen der Pflegeversicherung sind dabei deutlich geringer als die durchschnittlichen Pflegesätze. Da zudem die Hotelkosten und die gesondert in Rechnung gestellten Investitionskosten vom Pflegebedürftigen getragen werden müssen, decken die Pflegeversicherungsleistungen deutlich weniger als die Hälfte des Gesamtheimentgelts ab (vgl. Kapitel 3).

Hieraus ergibt sich dann eine Leistungspflicht der *Sozialhilfeträger*: Ein Teil der Pflegebedürftigen in stationärer Pflege ist nämlich nicht in der Lage, die Gesamtkosten des Heimaufenthalts aus eigenem Einkommen (und Vermögen) zu finanzieren und daher auf Hilfe zur Pflege als SGB XII-Leistung angewiesen; dies ist ten-

²⁹ Die den Bewohnern in Rechnung gestellten *Investitionskosten* müssen bei der Auswertung der Pflegestatistik vernachlässigt werden, da sie nicht erhoben werden. Diese belaufen sich auf durchschnittlich ca. 11,57 Euro pro Tag (Augurzky et al. 2007: 25). Weiterhin werden *Zusatzleistungen* in Form von besonderen Komfortleistungen und die *Ausbildungsumlage* ebenfalls wegen fehlender Erfassung im Folgenden nicht berücksichtigt.

denziell je eher der Fall, desto höher die Pflegestufe ist. Erhöht sich nun die Zahl der Leistungsempfänger, entstehen – *ceteris paribus* – auch höhere Ausgaben beim Sozialhilfeträger. Ein höherer Anteil von Pflegebedürftigen in Pflegestufe I wirkt für die Sozialhilfeträger dagegen – *ceteris paribus* – tendenziell ausgabensenkend.

Wie hoch die individuellen Entgelte für die Pflege sowie für Unterkunft und Verpflegung insgesamt in den einzelnen Bundesländern ausfallen, wird nachfolgend beschrieben. Die Höhe der *Pflegesätze* (=Vergütung für allgemeine Pflegeleistungen und soziale Betreuung) richtet sich nach den einzelnen Pflegeklassen (denen die Pflegestufen entsprechen): Im Jahr 2009 belaufen sich die (bundes)durchschnittlichen Pflegesätze bei Pflegestufe I auf 44,79 €, bei Pflegestufe II auf 58,96 € und bei Pflegestufe III auf 73,97 € pro Tag. Zusätzlich sind Entgelte für Unterkunft und Verpflegung zu zahlen, die für alle Pflegestufen einheitlich sind und die sich 2009 im (Bundes)Durchschnitt auf 20,3 € pro Tag belaufen. Von jedem Pflegebedürftigen im Heim der Pflegestufe I, der 2009 eine vollstationäre Dauerpflege beansprucht, sind also durchschnittlich zusammen 65,09 € pro Tag für Pflege sowie für Unterkunft und Verpflegung an das Heim zu entrichten. Das sind bei durchschnittlich 30,4 Tagessätzen 1.979 € pro Monat. Bei Pflegestufe II ergeben sich Monatsbeträge von 2.409 € und bei Pflegestufe III von 2.866 €. ³⁰

Dass die Höhe dieser Entgelte regional höchst unterschiedlich ausfällt, ist in Tabelle 16 dokumentiert. Hier zeigt sich, dass die höchsten Pflegesätze in Pflegeklasse I in Bayern (1.589 €) und Baden-Württemberg (1.550 €), die der Pflegeklasse II in Berlin (2.018 €) und Baden-Württemberg (1.977 €) sowie die der Pflegeklasse III in Baden-Württemberg (2.497 €), Hamburg (2.480 €) und Nordrhein-Westfalen (2.428 €) zu entrichten sind, also ausnahmslos in Westdeutschland. Die niedrigsten Pflegesätze in allen Pflegeklassen finden sich dagegen ohne Ausnahme in Ostdeutschland. Hier reichen die Pflegesätze in Pflegeklasse I von 1.014 € in Thüringen bis 1.176 € in Brandenburg, in Pflegeklasse II von 1.385 € in Thüringen bis 1.523 € in Mecklenburg-Vorpommern und in Pflegeklasse III von 1.780 € in Sachsen-Anhalt bis 1.981 € in Brandenburg. Die Pflegesätze in Ostdeutschland betragen

³⁰ Zu berücksichtigen sind hier noch weitere Kosten (vgl. Fußnote 29).

in Pflegeklasse I (II; III) 1.114 (1.460; 1.889) € und sind damit um 283 (392; 444) € günstiger als in Westdeutschland.

Tabelle 16: Vergütung der vollstationären Dauerpflege in den Bundesländern im Jahr 2009 – Pflegesätze

Land	Pflegesatz nach Pflegeklasse			Entgelt für Unterkunft und Verpflegung
	I	II	III	
Baden-Württemberg	1.550	1.977	2.497	630
Bayern	1.589	1.969	2.249	543
Berlin	1.486	2.018	2.400	503
Brandenburg	1.176	1.486	1.981	499
Bremen ¹⁾	/	/	/	/
Hamburg	1.345	1.907	2.480	691
Hessen	1.393	1.900	2.411	556
Mecklenburg-Vorpommern	1.163	1.523	1.959	479
Niedersachsen	1.308	1.691	2.084	514
Nordrhein-Westfalen	1.341	1.876	2.428	835
Rheinland-Pfalz	1.283	1.667	2.305	668
Saarland	1.351	1.829	2.430	656
Sachsen	1.083	1.404	1.890	460
Sachsen-Anhalt	1.135	1.500	1.780	487
Schleswig-Holstein	1.321	1.685	2.045	627
Thüringen	1.014	1.385	1.834	565
Deutschland	1.362	1.792	2.249	617
¹⁾ Für Bremen sind geschätzte Daten im Deutschlandergebnis enthalten. Die Schätzung ist ausreichend genau für ein sinnvolles Deutschlandergebnis, aber nicht für eine Beschreibung der Situation in Bremen. Quelle: Statistisches Bundesamt (2011c)				

Dabei ist zu beachten, dass sich auch die Entgelte für Unterkunft und Verpflegung erheblich unterscheiden. Hierbei nimmt Nordrhein-Westfalen einen deutlichen Spitzenplatz ein: Die Hotelkosten liegen um annähernd 150 € höher als in Hamburg, dem Land mit den zweithöchsten Hotelkosten. Ursache hierfür ist, dass die Zurechnung von Gemeinkosten auf Pflegesätze bzw. Hotelkosten zwischen den

Bundesländern nicht einheitlich erfolgt (Augurzky et al. 2008). Um einen Überblick über diese Gesamtbelastung zu gewinnen sind in Tabelle 17 die Summen aus Pflegesatz und Hotelkosten ausgewiesen. Dabei zeigt sich, dass Nordrhein-Westfalen für die Pflegestufe II und III die höchsten und in Pflegestufe I die zweithöchsten Beträge (mit einem Abstand von nur 4 € zum Spitzenreiter Baden-Württemberg) vorweist. Nordrhein-Westfalen weist damit die höchsten Entgelte der Republik auf.

Tabelle 17: Vergütung der vollstationären Dauerpflege in den Bundesländern im Jahr 2009 – Pflegesatz und Hotelkosten

Land	Pflegesatz und Hotelkosten nach Pflegeklasse			Nachricht- lich: darin enthaltene Hotelkosten
	I	II	III	
Baden-Württemberg	2.180	2.607	3.127	630
Bayern	2.132	2.512	2.792	543
Berlin	1.989	2.521	2.903	503
Brandenburg	1.675	1.985	2.480	499
Bremen ¹⁾	/	/	/	/
Hamburg	2.036	2.598	3.171	691
Hessen	1.949	2.456	2.967	556
Mecklenburg-Vorpommern	1.642	2.002	2.438	479
Niedersachsen	1.822	2.205	2.598	514
Nordrhein-Westfalen	2.176	2.711	3.263	835
Rheinland-Pfalz	1.951	2.335	2.973	668
Saarland	2.007	2.485	3.086	656
Sachsen	1.543	1.864	2.350	460
Sachsen-Anhalt	1.622	1.987	2.267	487
Schleswig-Holstein	1.948	2.312	2.672	627
Thüringen	1.579	1.950	2.399	565
Deutschland	1.979	2.409	2.866	617

¹⁾ Für Bremen sind geschätzte Daten im Deutschlandergebnis enthalten. Die Schätzung ist ausreichend genau für ein sinnvolles Deutschlandergebnis, aber nicht für eine Beschreibung der Situation in Bremen.

Quelle: Statistisches Bundesamt (2011c)

Die Pflegestatistik weist Pflegesätze und Hotelkosten nur als Landesdurchschnitte aus. Soll auch die Streuung betrachtet werden, ist es daher notwendig, zusätzlich eine andere Datenquelle heranzuziehen. Eine weitere Datenquelle zur Analyse der Heimentgelte ist der „Pflegelotse“ des vdek. Der vdek Pflegelotse ist eine Online-Plattform des Verbandes der Ersatzkassen e. V. (vdek) auf welcher Informationen über alle Pflegeeinrichtungen in Deutschland zur Verfügung gestellt werden. Hierzu zählen die Heimentgelte, die Pflegenoten, aber auch die Lage und Größe der Einrichtung. Des Weiteren können sich die Verbraucher Vergleichslisten ausgegeben lassen (vgl. vdek 2012a). Für die Auswertung liegen insgesamt 10.311 Datensätze vor.³¹

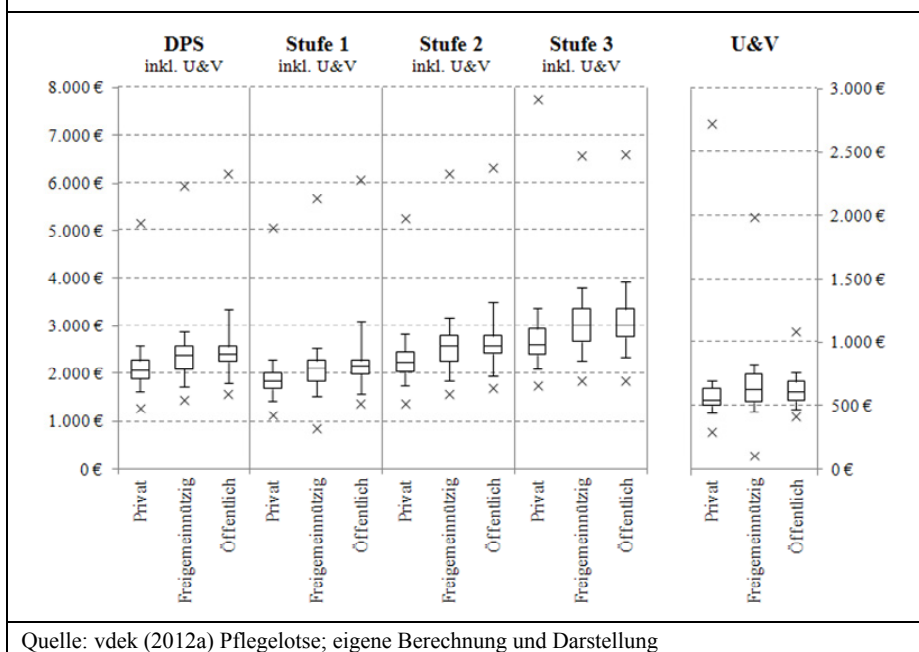
Bei der Darstellung der Entgelte je Trägerart bzw. nach den Bundesländern, wird nach den drei Pflegestufen und einem Durchschnittspflegesatz (DPS) unterschieden. Mit diesem ist eine Aussage über die gesamte Entgeltstruktur einer Einrichtung möglich. Gebildet wird der DPS aus der Summe der Entgelte der einzelnen Pflegestufen, jeweils gewichtet mit dem Anteil an Pflegebedürftigen der Stufe im entsprechenden Bundesland (vgl. hierzu Augurzyk et al. 2007: 27 ff.). Sowohl beim DPS als auch bei den Pflegesätzen je Stufe werden die sog. „Hotel“-kosten, das Entgelt für Unterkunft und Verpflegung (U&V), mit einbezogen. Diese gemeinsame Betrachtung von Pflege- und Hotelkosten erfolgt, weil die Zurechnung von Leistungen zu Pflegeleistungen oder Hotelleistungen nicht immer in gleicher Art erfolgt, sondern Substitutionsmöglichkeiten vorhanden sind (Augurzyk et al. 2007: 21, 29 f.). Heimentgelte sind daher besser vergleichbar, wenn die Summe aus Pflegesatz und den Hotelkosten betrachtet wird.

Über die Durchschnittsentgelte hinaus, die vom Statistischen Bundesamt in der Pflegestatistik veröffentlicht werden, können mit den Daten des vdek Analysen zur

³¹ Nicht alle Einrichtungen haben Entgelte für alle Pflegestufen vereinbart. So sind teilweise etwas weniger Datensätze in die Auswertung eingeflossen. Im Durchschnittspflegesatz für Pflegestufe I und Pflegestufe II wurden jeweils 10.288 Einrichtungen und für Pflegestufe III sowie im Entgelt für Unterkunft und Verpflegung jeweils 10.306 berücksichtigt.

Verteilung der Entgelte vorgenommen werden.³² In Abbildung 14 werden die Entgelte, sortiert nach Trägerarten, jeweils in einem Boxplot dargestellt. Die Box beinhaltet die mittleren 50 % an Heimentgelten. Die sog. Whisker (Antennen nach oben und unten) stellen die Spannweite der mittleren 95 % der Heimentgelte in dem jeweiligen Bereich dar. Zusätzlich wird der jeweils höchste und niedrigste Wert (Kreuzchen) angegeben.

Abbildung 14: Boxplot der Heimentgelte (inkl. Unterkunft und Verpflegung) je Pflegestufe nach Trägerarten



³² Verteilungsanalysen der Entgelte könnten ebenfalls mit den Individualdaten der Pflegestatistik erstellt werden, jedoch keine Verteilungsanalysen der Pflegenoten und damit auch keine des Zusammenhangs von Entgelten und Pflegenoten (Abschnitt 4.8.5 und 4.8.6).

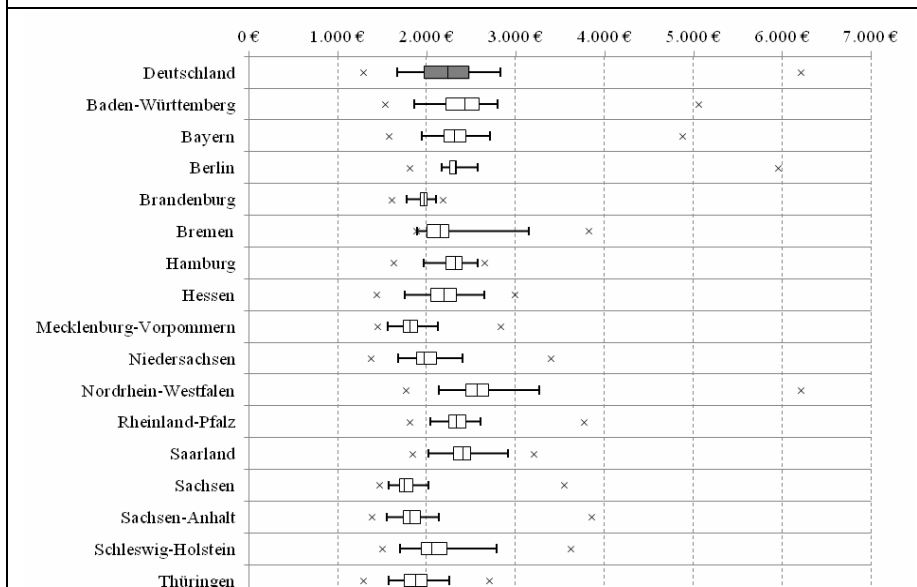
In Abbildung 14 ist zu erkennen, dass die Entgelte mit der Pflegestufe steigen. Die Entgelte für private Träger sind, wie schon bei den Durchschnittswerten festgestellt, niedriger als die der freigemeinnützigen und öffentlichen. Erkennbar ist dies zum einen an der höher liegenden Box und zum anderen an der Lage des Median (horizontaler Balken). Die freigemeinnützigen Träger weisen im DPS ein arithmetisches Mittel von 2.337 € im Vergleich zu den öffentlichen (2.409 €) auf. Dieser Unterschied ist beim Median, der robuster gegenüber Ausreißern ist, geringer. Die Heimentgelte der freigemeinnützigen und öffentlichen Träger liegen demnach enger beieinander, als es das arithmetische Mittel vermuten lässt.

Die in Abbildung 14 dargestellte Spannweite vom jeweils niedrigsten Wert bis zum höchsten ist für alle Träger und Pflegestufen und auch im Durchschnittspflegesatz (DPS) sehr hoch. Dies ist zum Teil einigen Ausreißern geschuldet. Extreme Ausreißer sind vor allem nach oben zu finden, was am größeren Abstand des Maximalwerts von der Box im Vergleich zum niedrigsten Wert zu erkennen ist. Betrachtet man die eingezeichneten Antennen, welche die mittleren 95 % der Einrichtungsentgelte repräsentieren, zeigt sich dagegen eine deutlich geringere Spannweite. Der Interquartilsabstand (IQR), also der Abstand zwischen Unter- und Obergrenze der Box, ist bei den öffentlichen Trägern mit 323 € im monatlichen Durchschnittspflegesatz am niedrigsten. Die freigemeinnützigen Träger weisen den größten Interquartilsabstand (IQRPflegestufe 3 = 485 €) auf. Generell nimmt der IQR bei allen Trägern mit jeder Pflegestufe zu. Der allgemein größere IQR bei den freigemeinnützigen im Vergleich zu den öffentlichen Trägern kann mit dem größten Marktanteil und damit einer größeren Fallzahl erklärt werden.

In Abbildung 14 werden auch die Hotelkosten, also das Entgelt für Unterkunft und Verpflegung, dargestellt. Hier zeigt sich ein ähnliches Bild wie beim DPS. Bei den privaten Trägern liegt der Median von 543 € niedriger als bei den beiden anderen. Die öffentlichen Träger weisen eine geringere Streuung auf. Die Spannweite zwischen den Extremen – vom niedrigsten zum höchsten Wert – ist mit 670 € wesentlich geringer als bei den privaten (2.428 €) und den freigemeinnützigen Trägern (1.878 €). 95 % der Einrichtungen (innerhalb der Antennen) liegen jedoch bei allen drei Trägerarten in einem sehr engen Bereich, was bedeutet, dass bei den Hotelkosten nicht ganz so große Unterschiede zwischen den Einrichtungen bestehen wie bei den Pflegeentgelten. Die öffentlichen Träger weisen zudem mit 641 € ein etwas niedrigeres durchschnittliches Entgelt für Unterkunft und Verpflegung auf als die

freigemeinnützigen (659 €). Die durchschnittlich höheren Gesamtheimentgelte in den einzelnen Pflegestufen und auch im Durchschnittspflegesatz der öffentlichen Einrichtungen gehen somit in erster Linie auf das höhere Pflegeentgelt und nicht auf das Entgelt für Unterkunft und Verpflegung zurück.

Abbildung 15: Boxplot des DPS inkl. Unterkunft und Verpflegung je Bundesland



Quelle: vdek (2012a) Pflegelotse; eigene Berechnung und Darstellung

Der Durchschnittspflegesatz (DPS) inkl. Unterkunft & Verpflegung unterscheidet sich stark zwischen den einzelnen Bundesländern (Abbildung 15). Wie schon bei der Analyse der Pflegestatistik festgestellt, sind auffallende regionale Unterschiede

festzustellen.³³ Die Entgelte in Ostdeutschland (ausgenommen Berlin) sind im Vergleich zu Westdeutschland niedriger. Eine niedrige Entgeltstruktur weisen zudem Niedersachsen (1.969 €) und Schleswig-Holstein (2.056 €) auf. Nach Augurzky et al. (2007: 11) ist das höhere Entgelt für Nordrhein-Westfalen unter anderem darauf zurückzuführen, dass dort ein höherer Personalschlüssel und im Verhältnis älteres Personal eingesetzt wird. Übertragen auf die niedrigen Entgelte in den neuen Bundesländern könnte dies wiederum auf die dort niedrigeren Löhne und Gehälter zurückzuführen sein.

Hinsichtlich der Streuung fällt auf, dass der *Interquartilsabstand* (IQR) der monatlichen Entgelte in Berlin (66 €) und Brandenburg (80 €) deutlich niedriger ist, als in allen anderen Bundesländern. Die höchsten Interquartilsabstände weisen mit 503 € bzw. 290 € Baden-Württemberg bzw. Schleswig-Holstein auf. Bezogen auf die 95 % der Einrichtungen mit mittleren Entgelten, ist die *Spannweite* (als weiteres Streuungsmaß) in Brandenburg und Berlin ebenfalls sehr niedrig. Angesichts der beschriebenen geringen Streuung der Entgelte in Brandenburg und Berlin kann dort fast von einem Einheitspflegesatz gesprochen werden, und auch in Mecklenburg-Vorpommern und Sachsen ist die Streuung eher gering. Die größte Spannweite der Entgelte und auch die höchsten IQR sind in Baden-Württemberg, Bayern und auch Nordrhein-Westfalen zu erkennen. Dies ist allerdings auch durch die größere Anzahl an Einrichtungen in diesen großen Flächenländern zu erklären.

Von größter Bedeutung ist nun die Frage, inwieweit die Unterschiede in den Entgelten mit Unterschieden in der Qualität einhergehen oder diese sogar bedingen. Dieser Frage wird im folgenden Abschnitt 4.8.5 nachgegangen.

4.8.5 Qualität der Heime

Stationäre Pflegeeinrichtungen haben schon früher versucht – ähnlich wie die Krankenhäuser mit Qualitätsberichten – ihre gute Qualität zu veröffentlichen und als Marketinginstrument zu nutzen (Borutta 2009: 184). Generell sehen die Deutschen laut Dittmann (2008) im europäischen Vergleich die Qualität der stationären

³³ Führt man diese Analyse spezifiziert nach den Entgelten der einzelnen Pflegestufen (inkl. Hotelkosten) durch, sind ähnliche Ergebnisse zu finden.

Pflegeleistungen allerdings skeptisch. Das zentrale Problem hierbei ist, dass die Pflegeleistungen als Erfahrungsgut anzusehen sind, bei dem die Qualität erst im Nachhinein festgestellt werden kann, oder sogar als Vertrauensgut, bei dem die Qualität vom Nutzer auch im Nachhinein nicht festgestellt werden kann. Zertifizierungen, Qualitätsberichte und Qualitätsprüfungen sollen dabei die Transparenz erhöhen und dem Nachfrager Hinweise auf die Qualität der Leistungen und der Leistungserbringer liefern.

Um überhaupt eine Bewertung von Qualität vornehmen zu können, müssen Grundlagen geschaffen werden, anhand derer Qualität gemessen werden kann. Bekannte Instrumente dafür sind z. B. ISO 9000 ff oder auch das EFQM-Modell, die in der stationären Langzeitpflege eingesetzt werden (Engel 2008: 28 ff.).³⁴ Von großer Bedeutung ist dabei auch die von Donabedian (1966, 1980) geprägte Unterscheidung von Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität. *Strukturqualität* stellt hierbei auf die Rahmenbedingungen wie Personalausstattung oder auch zusätzliche räumliche Möglichkeiten wie ein Gymnastikraum oder ein Pflegebad ab. *Prozessqualität* bezieht sich auf den Pflegeprozess selbst und umfasst alle direkten Pflege- und Betreuungsleistungen am Pflegebedürftigen, aber auch indirekte Leistungen, wie die Pflegeplanung und -dokumentation, während *Ergebnisqualität* direkt die Outcomes der Pflege zu erfassen sucht. Entsprechende Indikatoren stellen z. B. auf eine Erhöhung der Lebensqualität, Senkung von Sturzwerten oder Verhinderung von Dekubitus ab. Grundgedanke dieser Trias ist, dass gute Strukturqualität die Chancen für gute Prozessqualität erhöht und eine gute Prozessqualität wiederum die Chancen für gute Ergebnisqualität vergrößert.

Im SGB XI ist keine eindeutige Qualitätsdefinition zu finden. Es wird lediglich festgehalten, dass Pflege „nach dem allgemein anerkannten Stand medizinisch-pflegerischer Erkenntnisse“ erbracht werden muss (§§ 11, 28 und 69 SGB XI). Welche Art von Qualität beurteilt wird und wie diese gemessen werden soll, kann daraus nicht abgeleitet werden. Die Festlegung von Grundsätzen und Maßstäben

³⁴ Im 3. Bericht des MDS nach § 114a Abs. 6 SGB XI zur Qualität in der Pflege, wird festgestellt, dass lediglich 16,4 % der geprüften Einrichtungen nach einem Qualitätsstandard wie den erwähnten zertifiziert sind (MDS 2012: 43f.).

für die Qualität und Qualitätssicherung wird in § 80 SGB XI in der Fassung vor dem PfWG bzw. in § 113 SGB XI in der Fassung nach dem PfWG vielmehr der gemeinsamen Selbstverwaltung der Leistungsanbieter und Finanzierungsträger überantwortet. Dabei ist grundsätzlich davon auszugehen, dass Struktur- und Prozessqualität einfacher und objektiver in Standards und Indikatoren ausgedrückt werden können. Fundierte Möglichkeiten zur Messung von Ergebnisqualität in der stationären Langzeitpflege sind aktuell nicht vorhanden (Görres et al. 2009). Auch Hasseler & Wolf-Ostermann (2010: 52ff.) stellen fest, dass in diesem Bereich – nicht nur für Deutschland – Nachholbedarf besteht und der Outcome von Pflege detaillierter betrachtet werden muss. Von den Merkmalen, die zur Berechnung der nachfolgend behandelten Pflegenoten verwendet werden, seien, so Bonato (2011: 11), lediglich zwei Indikatoren für Ergebnisqualität.

Seit 2010 wird Qualität in deutschen Pflegeeinrichtungen im Rahmen der Pflege-Transparenzvereinbarung (PTV) zwischen den Spitzenverbänden gemessen (GKV-Spitzenverband et al. 2008). Das Ergebnis wird in Form von Pflegenoten veröffentlicht. An der Methodik der Noten wird vielseitig Kritik geübt und eine Weiterentwicklung empfohlen (vgl. u. a. Bonato 2010; Hasseler & Wolf-Ostermann 2010; Görres et al. 2009; Borutta 2009: 185f.). Generell stellen diese aber erstmals ein Instrument dar, mit welchem alle stationären Pflegeeinrichtungen in Deutschland einheitlich bewertet werden.³⁵

Bevor die Ergebnisse dieser Pflegenoten dargestellt werden (Abschnitt 4.8.5.3), wird zunächst die Entwicklung der gesetzlichen Rahmenbedingungen referiert (Abschnitt 4.8.5.1) und der Aufbau der Transparenzberichte erläutert (Abschnitt 4.8.5.2).

³⁵ Inwieweit diese Einheitlichkeit wirklich gegeben ist, ist umstritten. Gerade die unterschiedlichen Landesdurchschnitte unterstreichen dies. Generell sind im Rahmen der Pflege-Transparenzvereinbarung jedoch sowohl eine einheitliche Bewertungssystematik (vgl. GKV-Spitzenverband et al. 2008: Anlage 2) als auch Ausfüllhinweise für die Prüfer (vgl. GKV-Spitzenverband et al. 2008: Anlage 3) für alle Bundesländer vorgegeben.

4.8.5.1 Entwicklung der gesetzlichen Rahmenbedingungen

Qualität in der stationären Langzeitpflege ist in mehrfacher Hinsicht gesetzlich verankert. Qualitätssicherung erfolgt traditionell u. a. auf dem Wege der Heimaufsicht. In der Föderalismusreform 2006 wurde die Gesetzgebung im Heimrecht auf die Bundesländer übertragen, mit der Folge, dass die entsprechenden Regelungen zur Qualität nunmehr in den verschiedenen Heimgesetzen der einzelnen Bundesländer zu finden sind.³⁶ In Ausführung des Heimgesetzes wurden vier für die Strukturqualität relevante Rechtsverordnungen erlassen: die Heimpersonalverordnung, die Heimmitwirkungsverordnung, die Heimbauverordnung und die Heimsicherungsverordnung. Wie auch das Heimgesetz gelten diese Verordnungen inzwischen nur noch insoweit, wie die Länder von ihrer Kompetenz zur Landesgesetz- und -verordnungsgebung keinen Gebrauch gemacht haben. Bundesweite Regelungen zur Qualitätssicherung und -entwicklung erfolgen im Hinblick auf Ausbildung, Berufsbezeichnung und Berufsausübung im Krankenpflegegesetz und im Altenpflegegesetz, bezüglich weiterer Qualitätsmerkmale aber vor allem im SGB XI. Das SGB XI legt Mindeststandards für Pflegeeinrichtungen fest (§§ 71f. SGB XI) und beleiht die Gemeinsame Selbstverwaltung in § 75 SGB XI mit der Festlegung von Rahmenvorgaben (Spitzenverbände der Pflegekassen et al. 1996). Darüber hinaus werden Grundsätze und Maßstäbe für Qualität und Qualitätssicherung in den Vereinbarungen nach § 113 (bis 2008: § 80) SGB XI zwischen Kostenträgern und Leistungserbringern vereinbart. Schließlich haben der GKV-Spitzenverband, die Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene, die Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe und die Bundesvereinigung der kommunalen Spitzenverbände mit der Pflege-Transparenzvereinbarung stationär (PTVS) am 17. Dezember 2008 eine „Vereinbarung gemäß § 115 Abs. 1a Satz 6 SGB XI über die Kriterien der Veröffentlichung sowie die Bewertungssystematik der Qualitätsprüfungen der Medizinischen

³⁶ Eine Darstellung der „ersten“ Heimgesetze von Baden-Württemberg, Bayern und Nordrhein-Westfalen liefert Burmeister (2009). Mittlerweile haben alle Länder bis auf Thüringen ein eigenes Heimgesetz erlassen, welche jeweils Regelungen enthalten, die im weitesten Sinne Einfluss auf Qualität in den Einrichtungen haben.

Dienste der Krankenversicherung sowie gleichwertiger Prüfergebnisse in der stationären Pflege“ getroffen. (GKV-Spitzenverband et al. 2008) Die auf dieser Vereinbarung beruhenden „Pflegenoten“ werden nachfolgend ausführlicher diskutiert. Zuvor wird aber kurz auf die Entwicklung der gesetzlichen Rahmenbedingungen bis heute eingegangen.

Bei Einführung der Pflegeversicherung wurde der Qualitätssicherung im Pflege-Versicherungsgesetz nur wenig Platz eingeräumt. Die Verantwortung hierfür wurde den Spitzenverbänden überlassen und das Hauptaugenmerk lag auf der Prüfung der Einrichtungen.³⁷ Mit dem Pflege-Qualitätssicherungsgesetz 2001 ist ein erster Schritt zur Sicherung der Pflegequalität und Stärkung der Verbraucherrechte unternommen worden (Deutscher Bundestag 2001, BT-Drs. 14/5395). Zentrale Inhalte des Gesetzes waren zum einen die Stärkung der internen und externen Qualitätssicherung sowie der Ausbau von Prüfmechanismen und deren Erweiterung um finanzielle Konsequenzen bei Qualitätsmängeln. Zum anderen wurde der verbindliche Abschluss einer Leistungs- und Qualitätsvereinbarung (LQV) vorgesehen, welche zusätzlich zur Pflegesatzvereinbarung abzuschließen war und im Wesentlichen Strukturdaten, Auskunft über die personelle Ausstattung der Einrichtung und eine Definition der zu erbringenden Leistungen enthalten sollte (Deutscher Bundesrat 2001, BR-Drs. 456/01). Im Pflege-Weiterentwicklungsgesetz 2008 wurde die LQV als eigenständige Vereinbarung jedoch wieder gestrichen und direkt in die Pflegesatzvereinbarung integriert (§ 84 Abs. 5 SGB XI). Die Regelungen zur Qualitätssicherung wurden ausgebaut. Dabei wurde der Selbstverwaltung die Verantwortung dafür übertragen nach §§ 113 und 133a SGB XI Vereinbarungen über Maßnahmen zur Sicherung der Pflegequalität und die Entwicklung von Expertenstandards, welche für alle Einrichtungen verpflichtend sind, zu beschließen. Gleichzeitig wurde eine Schiedsstelle Qualitätssicherung (§ 113b SGB XI) eingerichtet und der Selbstverwaltung die Überarbeitung der Prüfrichtlinien aufgetragen, welche eine einheitliche Prüfung mit einem vergleichbaren, für den Verbraucher verständlichen und zu veröffentlichenden Ergebnis beinhalten sollten (§§ 114, 114a und 115 SGB XI). Das Resultat hiervon sind die Pflegenoten.

³⁷ Vgl. ursprüngliche Fassung des § 80 SGB XI im Bundesgesetzblatt Teil 1, 1994/30: 1037f.

Der kurze Abriss über die Entwicklung der Qualitätssicherung zeigt, dass dieser Bereich noch sehr „in Bewegung“ ist. So steht auch die aktuelle Form der Pflegenoten massiv in der Kritik. Dabei besteht Einigkeit zwischen Spitzenvertretern der Pflegekassen und Pflegeeinrichtungen darüber, dass eine Weiterentwicklung notwendig ist, aber noch kein Konsens über den einzuschlagenden Weg. Bereits im Vorwort zur Transparenzvereinbarung wird festgestellt, dass „diese Vereinbarung in dem Wissen geschlossen [wird], dass es derzeit keine pflegewissenschaftlich gesicherten Erkenntnisse über valide Indikatoren der Ergebnis- und Lebensqualität der pflegerischen Versorgung in Deutschland gibt. Diese Vereinbarung ist deshalb als vorläufig zu betrachten“. Weiter heißt es dort: „Unter den Vertragsparteien besteht Einvernehmen, diese Vereinbarung anzupassen, sobald pflegewissenschaftlich gesicherte Erkenntnisse über Indikatoren der Ergebnis- und Lebensqualität vorliegen. Dabei wird insbesondere das vom BMG und vom BMFSFJ geplante ‚Modellprojekt Messung Ergebnisqualität in der stationären Altenpflege‘ zu berücksichtigen sein, dessen Ergebnisse Ende 2010 erwartet werden.“ Die Ergebnisse dieses Modellprojektes liegen inzwischen vor, so dass im Gesetzentwurf zum Pflege-Neuausrichtungs-Gesetz in der Begründung zur Erweiterung des § 117 Abs. 2 (BT-Drs. 17/9369: 97) sowie im verabschiedeten Gesetz in der Neufassung des § 113 Abs. 1 Satz 4 Nr. 4 SGB XI (Deutscher Bundestag 2012, BT-Drs. 17/10157: 23f.) explizit darauf Bezug genommen wird. Neben Wingensfeld et al. (2011) im Bericht zu dem genannten Modellprojekt schlägt auch Bonato (2011) einen solchen Schritt vor. Generell sollen die Einrichtungen ergebnisorientierter beurteilt werden, basierend auf einer Kombination aus internen, routinemäßig erhobenen Daten (wie z. B. Dekubitusraten oder Sturzstatistiken) und externen Prüfungen. Gleichzeitig solle eine getrennte Betrachtung von Indikatoren der Prozess- und Strukturqualität sowie der Ergebnisqualität erfolgen.

4.8.5.2 Der MDK-Transparenzbericht

Die Spitzenverbände wurden im Rahmen des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes 2008 beauftragt, eine leicht verständliche Form der Darstellung von Prüfergebnissen zu entwickeln, um – im Sinne des Verbraucherschutzes – dem Pflegebedürftigen und seinen Angehörigen eine Beurteilung der Qualität der Einrichtung zu ermöglichen. Das Ergebnis ist der Transparenzbericht und eine Darstellung der Bewertung in Schulnotenform (GKV-Spitzenverband et al. 2008; vgl. Borutta 2009:

184). Die Prüfungen und Bewertungen der Einrichtungen finden in der Regel jährlich und unangekündigt statt. Es werden insgesamt 82 Einzelkriterien geprüft, von denen jedes einem von fünf Hauptbereichen (siehe Tabelle 18) zugeordnet werden kann. Ausgewiesen werden dann die fünf Teilnoten für die Hauptbereiche und zusätzlich eine Gesamtnote.

Tabelle 18: Aufbau des MDK-Transparenzberichts	
Bereiche	Anzahl Kriterien
(1) Pflege und medizinische Versorgung (Pflege)	35
(2) Umgang mit demenzzranken Bewohnern (Demenz)	10
(3) Soziale Betreuung und Alltagsgestaltung (Betreuung)	10
(4) Wohnen, Verpflegung, Hauswirtschaft und Hygiene (Wohnen)	9
(5) Befragung der Bewohner (Befragung)	18
Quelle: GKV-Spitzenverband 2009b: 3; GKV-Spitzenverband et al. 2008: Anlage 1	

Zur Bewertung werden während der MDK-Prüfung die einzelnen, deutschlandweit einheitlichen Kriterien in jedem Bereich abgefragt. Es handelt sich hierbei um bewohner- und einrichtungsbezogene Kriterien. Bewertet werden diese jeweils auf eine Skala von 0 bis 10. Für einrichtungsbezogene Kriterien erfolgt die Bewertung in „erfüllt“ und „nicht erfüllt“, also entweder mit 0 oder mit 10 Punkten auf der Skala. Für die Beurteilung der bewohnerbezogenen Kriterien werden aktuell 10 % der Bewohner der Einrichtung in die Prüfung mit einbezogen (GKV-Spitzenverband 2012c: 2). Es erfolgt eine Befragung oder die Überprüfung der bewohnerspezifischen Dokumente. Aus den Ergebnissen aller einbezogenen Bewohner wird das arithmetische Mittel der Skalenpunkte gebildet, von welchem auf die Note geschlossen werden kann (GKV-Spitzenverband 2009b; GKV-Spitzenverband et al. 2008: Anhang 2). Für die Berechnung der Noten der einzelnen Bereiche werden alle Kriterien gleichwertig einbezogen. Aus den Kriterien der ersten vier Bereiche (s. Tabelle 18) wird die Gesamtnote berechnet (GKV-Spitzenverband 2009b). Diese soll als Orientierung für die Verbraucher dienen. Die Befragung der Bewohner fließt hierbei *nicht* mit ein (GKV-Spitzenverband 2009a).

Die Ergebnisse, d. h. die Pflegenoten in den einzelnen Bereichen, „sind an gut sichtbarer Stelle in jeder Pflegeeinrichtung auszuhängen“ (§ 115 Abs. 1a Satz 5 SGB XI). Die Pflegekassen stellen zusätzlich Internetplattformen, wie z. B. der angesprochene vdek Pflegelotse, zur Verfügung, auf welchen die Pflegebedürftigen und ihre Angehörigen sowohl die Entgelte als auch die Noten vergleichen können (§§ 7 Abs. 3 und 115 Abs. 1a SGB XI). Ob diese Veröffentlichungen gerechtfertigt sind, wurde mehrfach gerichtlich geprüft. Die Mehrheit der Entscheidungen geht von der Rechtmäßigkeit aus.³⁸

Dieses Verfahren zur Erstellung der Transparenzberichte und die resultierenden Pflegenoten haben intensive öffentliche und wissenschaftliche (vgl. z. B. Görres et al. 2009; Hasseler & Wolf-Ostermann 2010, Bonato 2010) Kritik hervorgerufen. Auch teilweise die Politik (vgl. Bündnis 90/Die Grünen 2009) und die Verbände der Pflegeheimbetreiber schließen sich dem an. So sehen sich einige Verbände durch die wissenschaftliche Evaluationen darin bestätigt, dass eine Weiterentwicklung nicht nur mit kleinen Anpassungen der Pflegenoten getan ist (vgl. VDAB et al. 2010). Andere sehen keine Alternative zu den aktuellen Noten (vgl. GKV-Spitzenverband et al. 2010), schließen sich jedoch der von Hasseler & Wolf-Ostermann (2010) empfohlen schrittweisen Anpassung an. Im Allgemeinen werden von allen Beteiligten folgende Kritikpunkte häufig genannt:

- Die Noten sind zu undifferenziert und nach oben verzerrt.
- Gravierende pflegerische Mängel können durch gute Noten im Wohn- und Komfortbereich ausgeglichen werden.

³⁸ So sieht das SG Münster (Urteil vom 20.08.2010 - S6 P 111/10) die Veröffentlichung des Pflege-transparenzberichts aufgrund fehlender bzw. zweifelhafter methodischer Güte, insbesondere der zu geringen Stichprobe an einbezogenen Bewohnern, als rechtswidrig an. Land-essozialgerichte haben dagegen die Rechtmäßigkeit der Veröffentlichung der Noten festgestellt, so das LSG Nordrhein-Westfalen (Urteil vom 15.08.2012 - L 10 P 137/11) und das Sächsische LSG (Urteil vom 24.02.2010 - L 1 P 1/10 B ER). Die Gerichte konzедieren zwar die Notwendigkeit einer Weiterentwicklung des Verfahrens, räumen dem Gesetzgeber aber die Möglichkeit ein, die Informationspflicht gegenüber den Pflegeempfängern höher zu gewichten als den Anspruch an ein wissenschaftlich fundiertes Verfahren.

- Die Stichproben sind zu klein, um repräsentative Aussagen ableiten zu können.
- Die Prüfung bezieht sich überwiegend auf die Pflegedokumentation und untersucht damit nur die Aktenführung, nicht aber das tatsächliche Pflegegeschehen.
- Die Kriterien konzentrieren sich zu stark auf Struktur- und Prozess-, und zu wenig auf Ergebnisqualität.

Tatsächlich ergeben auch die in Abschnitt 4.8.5.3 präsentierten Auswertungen für die gesamte Bundesrepublik ebenso wie für alle Bundesländer sehr gute Prüfergebnisse. Seit der Einführung der Pflegenoten sind diese sogar noch stetig besser geworden, und es ist zu einer Anpassung nach oben, hin zu besseren Ergebnissen, gekommen (Pick 2011: 15). Dies ist darauf zurückzuführen, dass sich die Einrichtungen besser auf den Prüfmechanismus und die -kriterien eingestellt oder beispielsweise die Dokumentation nach MDK-Vorgaben angepasst haben.³⁹ Die Noten diskriminieren daher nicht ausreichend und können so ihre Funktion, eine Entscheidungshilfe bei der Auswahl von Einrichtungen zu bieten, nicht ausreichend erfüllen.

Hinsichtlich des *Notenniveaus* ist allerdings zu hinterfragen, inwieweit die Interpretation der Pflegenoten als „Schulnoten“ gerechtfertigt ist.⁴⁰ Bei den 82 Kriterien handelt es sich im Kern nämlich jeweils um Operationalisierungen der Standards, die eine Einrichtung, die gemäß dem aktuellen Stand der medizinisch-pflegerischen Erkenntnisse arbeitet, erfüllen muss. Streng genommen müsste jede Einrichtung demzufolge alle Kriterien erfüllen und eine Gesamtnote von 1,0 aufweisen. Jede Abweichung hiervon indiziert dann das Nichterfüllen mindestens

³⁹ So sind viele „Tipps und Tricks“ entwickelt worden, um in den Prüfungen besser abzuschneiden. Veröffentlichungen zeigen hierzu u. a. Leitfäden, Checklisten oder Dokumentationsoptimierungen „im Sinne des MDK“, anhand derer Einrichtungen eine Verbesserung ihrer Pflegenote anstreben können (vgl. u. a. Raß 2011: 486ff.; Eckardt 2010: 496ff.; Peters & Vogt 2009).

⁴⁰ Weitere Begründungen dafür, warum *Pflegenoten* nicht wie *Schulnoten* werden dürfen, liefert Bonato (2011: 14).

eines dieser Kriterien. Insofern ist damit zu rechnen, dass die Pflegenoten eher in der Nähe von 1 liegen und nicht – wie das bei Schulnoten zu erwarten wäre – in der Nähe von 3.

Damit ist allerdings die Kritik an der *mangelnden Diskriminierung* der Noten nicht entkräftet. Diesbezüglich bietet es sich aber zunächst an, die Ebene der Teilskalen in den Blick zu nehmen, da einzelne Skalen zum Teil deutlicher diskriminieren dürften. In diesem Sinne weist der GKV-Spitzenverband auf seiner Internetseite zu den Pflegenoten zusätzlich darauf hin, dass sechs Kriterien aus dem Bereich Pflege und medizinischer Versorgung besonders relevant seien und von den Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen separat betrachtet werden sollten (GKV-Spitzenverband 2012b), da sie von größerer Bedeutung seien.⁴¹ Für die Auswertung in Abschnitt 4.8.5.3 ergibt sich hieraus die Forderung zum einen auch auf der Ebene der Teilskalen auszuwerten und zum anderen die sechs Kriterien einer eigenen Betrachtung zu unterziehen. In Reaktion auf die erkannten Probleme der Pflegenoten hat der GKV-Spitzenverband (2012d) einen Reformvorschlag erarbeitet, der u. a. das Streichen und Verschieben von Kriterien in andere Bereiche, eine Veränderung der Skalenbewertung und die Erweiterung der Noten bis hin zu einer Note von 6,0⁴² enthält. Außerdem werden 15 Kernkriterien benannt, deren Nichterfüllung sofort zu einer Abwertung der Noten führen soll. Ein Ausgleichen von schlechten Ergebnissen in einem Kernkriterium durch andere Kriterien soll so verhindert werden. Auch dieser Vorschlag könnte die Diskriminationskraft der Pflegenoten erhöhen und wird daher nachfolgen mit untersucht.

Gerade die letztgenannte Strategie wäre auch hilfreich um dem *zweiten Kritikpunkt* zu begegnen, und zwar der These, dass schlechte Noten bei zentralen pflegerischen Kriterien durch gute Noten bei Kriterien etwa im Wohnbereich ausgeglichen wer-

⁴¹ Zu diesen sechs Punkten zählen insbesondere Dekubitusprophylaxe (7), Ernährungszustand (15), Flüssigkeitsversorgung (18), Schmerzeinschätzung (20), Inkontinenz (23) und Sturzprophylaxe (26).

⁴² Aktuell ist die schlechteste mögliche Note 5,0. Mit einer Ausweitung der Skala soll laut GKV-Spitzenverband eine Erweiterung bis 6,0 geschehen, da dies den „geläufigen Schulnoten“ entspricht (2012d).

den können. Um die empirische Relevanz dieser These zu prüfen, werden in Abschnitt 4.8.5.3 die Korrelationen zwischen den einzelnen Teilskalen betrachtet. Weitere Hinweise bietet dann die Auswertung der sechs vom GKV-Spitzenverband hervorgehobenen Kriterien und des Reformvorschlags.

Der *dritte Kritikpunkt* bezieht sich auf die auch vom SG Münster monierte zu geringe Stichprobe in den einzelnen Einrichtungen. Insoweit die Ergebnisse im Folgenden auf der Ebene einzelner Bundesländer und nicht auf der Ebene der Einrichtungen ausgewiesen werden, ist dieser Kritikpunkt dann gegenstandslos.

Der *vierte Kritikpunkt* ist sicherlich nicht unberechtigt, allerdings ist schwer erkennbar, welche anderen Vorgehensweisen möglich sind. Auch bei der Heranziehung von routinemäßig erhobenen Daten zur Qualitätsprüfung, wie sie teilweise gefordert wird, ist letztlich die Vercodung durch die Einrichtung entscheidend und damit die Fähigkeit zur Dokumentation. An Relevanz verliert der Kritikpunkt in dem Maße, in dem „harte“ Indikatoren der Ergebnisqualität herangezogen werden, bei denen weniger Spielraum bei der Erfassung besteht. Damit würde auch dem *fünften Kritikpunkt* Rechnung getragen.

Wenngleich der Kritik damit teilweise begegnet werden kann, verbleiben die genannten Schwächen des derzeitigen Systems, die bei seiner Weiterentwicklung behoben werden sollten, bei der Auswertung der vorhandenen Daten aber zu beachten sind.

4.8.5.3 Pflegenoten

Tabelle 19 enthält Lage- und Streuungsmaße für die Pflegenoten auf Bundesebene. Dabei werden die Ergebnisse für die vier Teilskalen „Pflege“, „Demenz“, „Betreuung“ und „Wohnen“ ebenso angegeben wie für Gesamtnote und die Bewohnerbefragung. Für die Gesamtnote ergibt sich ein (arithmetischer) Mittelwert von 1,27 und ein Median von 1,2 – also die erwarteten sehr gute Noten. Für drei der vier Teilskalen (und die Befragung) sind die Ergebnisse sogar noch besser, lediglich die Teilskala „Pflege“ zeigt etwas schlechtere Werte. Der Median ist dabei durchgängig niedriger als der Mittelwert, weil die Verteilung extrem rechtsschief (linkssteil) ist und der Mittelwert, nicht aber der Median, durch die höheren Werte am „rechten Rand“ der Verteilung beeinflusst wird. Bemerkenswert ist weiterhin, dass der Median bei allen Teilskalen außer der Teilskala „Pflege“ (ebenso wie bei der Befragung) bei 1,0 liegt. Mindestens 50 % der Einrichtungen

erzielen hier die Note 1,0. Dies verdeutlicht die geringe Diskriminierungskraft dieser Skalen. Insbesondere die Teilskalen „Betreuung“ und „Wohnen“ diskriminieren nicht. Hier ist der Median 1 und der Interquartilsabstand 0. Mindestens 75 % der Einrichtungen erreichen damit den Spitzenwert von 1,0. Wird der im vorstehenden Abstand dargelegten Interpretation gefolgt, so zeigen diese guten Noten lediglich, dass die Kriterien für eine Pflege gemäß dem allgemein anerkannten Stand der medizinisch-pflegerischen Erkenntnisse weitgehend gewährleistet sind. Zur Differenzierung der Einrichtungen ist nur die Teilskala „Pflege“ eingeschränkt geeignet. Aber auch bezüglich dieser Skala haben die Hälfte der Einrichtungen einen Wert von 1,3 oder besser.

Tabelle 19: Lage- und Streuungsmaße der Pflegenoten im Bundesgebiet						
	Pflege	Demenz	Betreuung	Wohnen	Gesamt	Befragung
Arithmetisches Mittel	1,48	1,21	1,15	1,05	1,27	1,06
Median	1,30	1,00	1,00	1,00	1,20	1,00
Standardabweichung	0,56	0,44	0,44	0,20	0,36	0,15
Variationskoeffizient	0,38	0,36	0,39	0,19	0,28	0,14
Interquartilsabstand	0,60	0,20	0,00	0,00	0,30	0,10
Quelle: vdek Pflegeatlas 2012a, eigene Berechnungen						

Tabelle 20, die die arithmetischen Mittelwerte für die Bundesländer enthält, bestätigt im Wesentlichen dieses Ergebnis: Die Noten sind tendenziell sehr gut, und lediglich in den Teilskalen „Pflege“ werden in einzelnen Bundesländern Werte von 1,5 oder mehr erreicht, während die Teilskalen „Wohnen“ und „Betreuung“ keine sinnvolle Differenzierung erlauben. Den besten Gesamtwert hat Baden-Württemberg (1,1) den schlechtesten Rheinland-Pfalz (1,6). Baden-Württemberg weist auch bezüglich der Teilskala „Pflege“ den besten Wert (1,2) auf. Bremen (1,8) und Rheinland-Pfalz (2,0) haben die schlechtesten Durchschnittswerte in diesen Skalen. Allerdings muss die Aussagekraft derartiger Rankings grundsätzlich in Frage gestellt werden, nicht nur wegen der geringen Diskriminationskraft der Skalen, sondern auch, weil sich die Bewertungspraxis zwischen den Ländern so weit unterscheiden dürfte, dass die Ergebnisse nicht vergleichbar sind.

Tabelle 20: Durchschnittsnoten der einzelnen Bundesländer

	Pflege	Demenz	Betreuung	Wohnen	Befragung	Gesamt	Landesdurchschnitt ¹⁾
Baden-Württemberg	1,2	1,0	1,1	1,0	1,1	1,1	1,0
Bayern	1,7	1,4	1,2	1,1	1,4	1,5	1,4
Berlin	1,4	1,1	1,0	1,0	1,2	1,3	1,2
Brandenburg	1,3	1,1	1,1	1,1	1,2	1,2	1,1
Bremen	1,8	1,5	1,1	1,0	1,4	1,5	1,4
Hamburg	1,6	1,2	1,2	1,0	1,3	1,4	1,3
Hessen	1,4	1,1	1,1	1,0	1,2	1,3	1,2
Mecklenburg-Vorpommern	1,5	1,2	1,1	1,0	1,2	1,3	1,2
Niedersachsen	1,5	1,2	1,2	1,1	1,3	1,3	1,2
Nordrhein-Westfalen	1,4	1,2	1,1	1,0	1,2	1,3	1,2
Rheinland-Pfalz	2,0	1,5	1,2	1,1	1,5	1,6	1,5
Saarland	1,4	1,4	1,2	1,1	1,3	1,3	1,2
Sachsen	1,3	1,1	1,1	1,0	1,1	1,2	1,1
Sachsen-Anhalt	1,4	1,1	1,1	1,0	1,2	1,3	1,2
Schleswig-Holstein	1,7	1,3	1,4	1,1	1,4	1,5	1,4
Thüringen	1,6	1,2	1,1	1,1	1,3	1,4	1,3

¹⁾ Der *Landesdurchschnitt* ist an dieser Stelle die angegebene Note in den Transparenzberichten als Vergleichs- und Einordnungsoption der Ergebnisse der individuellen Einrichtung für den Verbraucher. Dieser wird als (ungewichtetes) arithmetisches Mittel über die Teilskalennoten aller Einrichtungen eines Bundeslandes berechnet (GKV-Spitzenverband 2009b: 7). Die hier ausgewiesene *Gesamtnote* errechnet sich dagegen als arithmetisches Mittel über die 82 Einzelitems und entspricht damit einem gewogenen arithmetischen Mittel über die Teilskalenwerte. Da die Teilskala „Pflege“ so ein höheres Gewicht erhält, die Noten für diese Skala aber etwas schlechter sind, sind die Gesamtnoten tendenziell schlechter als der Landesdurchschnitt.

Quelle: vdek Pflegeleitse 2012a, eigene Berechnungen

Gerade angesichts der geringen Diskriminationskraft der Gesamtnote und der immer noch eingeschränkten Diskriminationskraft der Teilskala „Pflege“ ist es von besonderem Interesse, die sechs Kriterien aus dem Bereich „Pflege“ zu untersuchen, auf die der GKV-Spitzenverband hinweist: „Diese relevanten Pflegekriterien

sind für das Leben der Bewohnerinnen und Bewohner von zentraler Bedeutung. Sie geben wichtige Hinweise zur gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung. Sie leisten einen wesentlichen Beitrag bei der Beantwortung der Fragen nach dem Wohlbefinden und der Lebensqualität.“ (GKV-Spitzenverband 2012b).

In Tabelle 21 ist das arithmetische Mittel der Noten dieser Kriterien über alle Pflegeeinrichtungen dargestellt. Auffallend ist zunächst, dass bis auf „Ernährungszustand“ (1,09) und „Flüssigkeitsversorgung“ (1,03) alle Kriterien deutlich schlechtere Noten aufweisen, als der Bereich „Pflege“ insgesamt. Besonders „Dekubitusprophylaxe“ (2,35) und „Schmerzeinschätzung“ (2,21) stechen hervor. Stellt man dem die durchschnittliche Note des Bereichs „Pflege“ (1,48) aus Tabelle 19 gegenüber, zeigt sich, dass die schlechteren Noten bei den laut GKV-Spitzenverband relevanten und für die Lebensqualität am aussagekräftigsten Kriterien durch andere Kriterien aus dem Bereich „Pflege“ ausgeglichen wurden. Die Konzentration auf die vom GKV-Spitzenverband hervorgehobenen sechs Kriterien führt dagegen zu differenzierteren Ergebnissen und erlaubt es den Betroffenen in höherem Maße, Qualitätsunterschiede zwischen den Einrichtungen festzustellen.

Tabelle 21: Kennzahlen der „sechs relevanten Pflegekriterien“	
Sechs relevante Pflegekriterien ¹⁾	Arithmetisches Mittel
Dekubitusprophylaxe	2,35
Ernährungszustand	1,09
Flüssigkeitsversorgung	1,03
Schmerzeinschätzung	2,21
Inkontinenz	1,54
Sturzprophylaxe	1,84
¹⁾ Die Bezeichnungen der sechs relevanten Pflegekriterien können nur sehr verkürzt dargestellt werden. (Für die ausführliche Formulierung vgl. GKV-Spitzenverband 2012b). Quelle: vdek Pflegelotse (2012a), eigene Berechnungen	

Werden die „sechs relevanten Prüfkriterien“ durch Bildung des arithmetischen Mittels zu einem Index zusammengezogen können auch für ihn die Lage- und Streuungsmaße angegeben werden, die auch in Tabelle 19 enthalten sind. Tabelle 22 enthält die Ergebnisse für diesen Index und für den oben skizzierten Vorschlag des GKV-Spitzenverbandes, der u. a. auf Kernkriterien abstellt.

Tabelle 22: Lage- und Streuungsmaße der „zusätzlichen Pflegenoten“ im Bundesgebiet

	„Sechs relevante Pflegekriterien“	„Vorschlag mit Kernkriterien“
Arithmetisches Mittel	1,66	1,72
Median	1,52	1,57
Standardabw.	0,65	0,64
Variationskoeff	0,39	0,37
Interquartilsabst.	1,00	0,90
Quelle: vdek Pflegelotse (2012a), eigene Berechnungen		

Der (arithmetische) Mittelwert der beiden „zusätzlichen Pflegenoten“ fällt schlechter (höher) aus, als die durchschnittliche Note für den Bereich „Pflege“ (1,48) und somit auch für alle anderen Bereiche. Gleiches gilt für den Median, der wiederum ein besseres Ergebnis ausweist als der Mittelwert, was auch hier von einer rechts-schiefen Verteilung der Ergebnisse zeugt. Gerade beim Median ist der Unterschied zu den Pflegenoten aber besonders deutlich. Die Noten für den „Vorschlag mit Kernkriterien“ weist noch geringfügig schlechtere Ergebnisse auf als der Index aus den „sechs relevanten Pflegekriterien“. Der Interquartilsabstand ist bei beiden „zusätzlichen Pflegenoten“ größer als bei den tatsächlichen Pflegenoten (Tabelle 19). Dies impliziert, dass die mittleren 50 % der „zusätzlichen Pflegenoten“ breiter gestreut sind als die Pflegenoten, die Diskriminationskraft also zunimmt.

Auch wenn die Pflegenoten bei beiden Reformoptionen immer noch positiv sind, differenzieren sie doch deutlich stärker, was als Hinweis darauf gewertet werden kann, dass eine Weiterentwicklung des Systems in diese Richtung zumindest ein Defizit der derzeitigen Pflegenoten, nämlich ihre geringe Diskriminationskraft, deutlich verringern würde.

Um der Kritik nachzugehen, dass häufig schlechtere Teilnoten im Bereich „Pflege“ durch bessere Teilnoten in anderen Bereichen ausgeglichen werden, soll im Folgenden der Zusammenhang der Bereichsnoten untereinander anhand der Korrelationsmatrix der Pflegenoten untersucht werden. Wie Tabelle 23 zeigt, korrelieren alle Teilskalen positiv miteinander und mit der Gesamtbewertung. Wenn die Werte einer Teilskala höher sind, sind demnach tendenziell auch die Werte der anderen Teilskalen höher. Alle Assoziationsmaße sind dabei statistisch signifikant. Die Noten im Bereich „Pflege“ korrelieren dabei sehr stark mit der Gesamtnote ($r =$

0,920), aber auch die Korrelationskoeffizienten für „Demenz“ ($r = 0,725$) und „Betreuung“ ($r = 0,601$) mit der Gesamtnote sind groß. Es zeigt sich also ein enger Zusammenhang zwischen Teilnote und Gesamtnote, auch in den Bereichen, die mit nur geringerem Gewicht in die Ermittlung der Gesamtnote eingehen („Demenz“ und „Betreuung“). Der Bereich „Wohnen“ ($r = 0,436$) hingegen zeigt einen geringeren Zusammenhang mit der Gesamtnote. Gleiches gilt auch für die Note der Befragung. Auch untereinander korrelieren die Teilskalen durchgängig positiv.

Tabelle 23: Korrelationsmatrix der Pflegenoten

	Pflege	Demenz	Betreuung	Wohnen	Gesamt	Befragung
Pflege	1					
Demenz	0,558	1				
Betreuung	0,352	0,388	1			
Wohnen	0,260	0,302	0,333	1		
Gesamt	0,210	0,183	0,140	0,119	1	
Befragung	0,920	0,725	0,601	0,436	0,229	1

Quelle: vdek Pflegelotse (2012a), eigene Berechnungen

Der Kritikpunkt, dass mit einer guten Note etwa im Bereich „Wohnen“, Pflegemängel, die sich in der Teilnote „Pflege“ niederschlagen, ausgeglichen werden können, kann an dieser Stelle *nicht* bestätigt werden. Alle Teilbereiche korrelieren positiv miteinander. Demnach weisen Einrichtungen mit einer guten Note im Bereich „Pflege“ im Durchschnitt auch eine gute Note im Bereich „Wohnen“ auf. Ein Ausgleich der Teilnote „Pflege“ mit den Teilnoten anderer Bereiche ist dabei allerdings schon deshalb schwierig, weil die Teilnote „Pflege“ aufgrund der größeren Anzahl an Kriterien, mit 35/64 in die Gesamtnote einfließt, der Bereich „Wohnen“ dagegen lediglich mit dem Gewicht 9/64.⁴³ Dies erklärt auch die große Korrelation

⁴³ Im Bereich „Pflege“ werden 35 Kriterien und im Bereich „Wohnen“ 9 Kriterien geprüft. Insgesamt werden 64 von 82 Kriterien (ohne Bewohnerbefragung) zur Berechnung der Gesamtnote herangezogen. Der Anteil der Teilnote „Pflege“ an der Gesamtnote liegt also bei

zwischen Pflege- und Gesamtnote in Tabelle 23. Der Effekt, dass mit einer guten Note im Bereich „Wohnen“ eine schlechte Note im Bereich „Pflege“ ausgeglichen werden kann, ist jedoch bei der Berechnung der Landesdurchschnitte zu beobachten, da hier – wie bereits ausgeführt – nicht mit dem gewogenen Mittelwert, sondern mit dem ungewogenen Mittelwert der Teilskalen gerechnet wird.

4.8.6 Zusammenhänge zwischen Heimentgelten und Qualität der Heime

In § 84 Abs. 2 Satz 1 SGB XI ist festgehalten, dass die Vergütung für stationäre Pflegeeinrichtungen „leistungsgerecht“ sein muss. Dies bedeutet, dass für gleiche Leistung der gleiche Preis und für ungleiche Leistung ein ungleicher Preis bezahlt werden sollte (Rothgang 2009: 233). Die in Abschnitt 4.8.4 festgestellten Unterschiede in den Entgelthöhen wären somit rechtfertigbar, wenn sie mit entsprechenden Qualitätsunterschieden einhergehen.

In einer Studie mit selbst gewählten Qualitätsindikatoren, welche schwerpunktmäßig Struktur- und Prozessqualität messen, haben Gerste et al. (2002) in einem Betriebsvergleich einen sehr leichten Zusammenhang zwischen Vergütung und Qualität im weitesten Sinne festgestellt. In diesem Abschnitt wird untersucht, inwieweit ein solcher Zusammenhang zwischen den Pflegenoten und den Vergütungssätzen der stationären Pflegeeinrichtungen in Deutschland besteht und somit der Grundsatz der Leistungsgerechtigkeit erfüllt sein könnte.

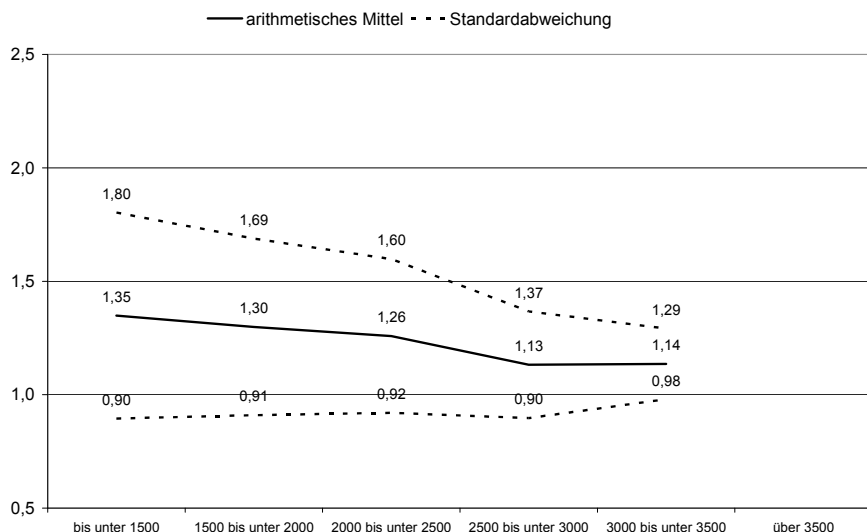
Betrachtet man zunächst die Gesamtnoten nach der Höhe des Heimentgelts (Abbildung 16 bis Abbildung 18), dann zeigt sich, dass – für alle Pflegestufen – ein leichter Zusammenhang zwischen der Höhe der Heimentgelte und den Pflegenoten besteht: Je höher das Heimentgelt ist, desto besser fällt die Gesamtnote aus.⁴⁴ Darüber hinaus variiert auch die Höhe der Standardabweichung mit der Höhe des Heimentgeltes wiederum für alle Pflegestufen: Bei niedrigeren Entgelten ist die

55 % im Vergleich zu den Bereichen „Demenz“ und „Betreuung“ (je 16 %) und dem Bereich „Wohnen“ (14 %).

⁴⁴ Dabei darf natürlich nicht vergessen werden, dass die Pflegenoten *im Durchschnitt* zwischen 1,1 und 1,5 liegen, die Pflegeheime insgesamt also mit *sehr gut* bewertet werden.

Standardabweichung größer.⁴⁵ Bei niedrigeren Entgelten erhöht sich damit auch die Wahrscheinlichkeit, dass die Noten stärker vom Mittelwert abweichen und damit auch merklich schlechter ausfallen können.

Abbildung 16: Gesamtnote nach Heimentgelt für Pflegestufe I



Quelle: vdek Pflegelotse (2012a), eigene Berechnungen

⁴⁵ Die geringfügige Erhöhung der Standardabweichung in der höchsten Entgeltkategorie in Pflegestufe II ist die einzige Ausnahme hiervon.

Abbildung 17: Gesamtnote nach Heimentgelt für Pflegestufe II

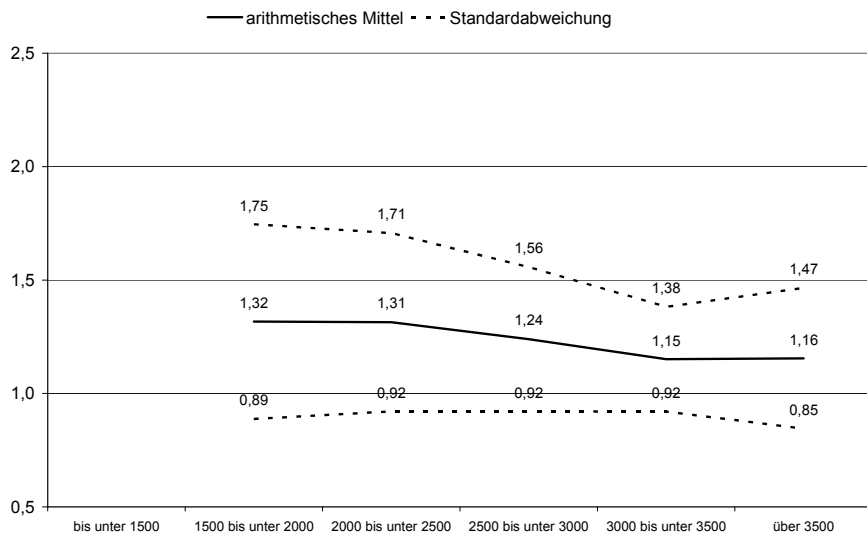
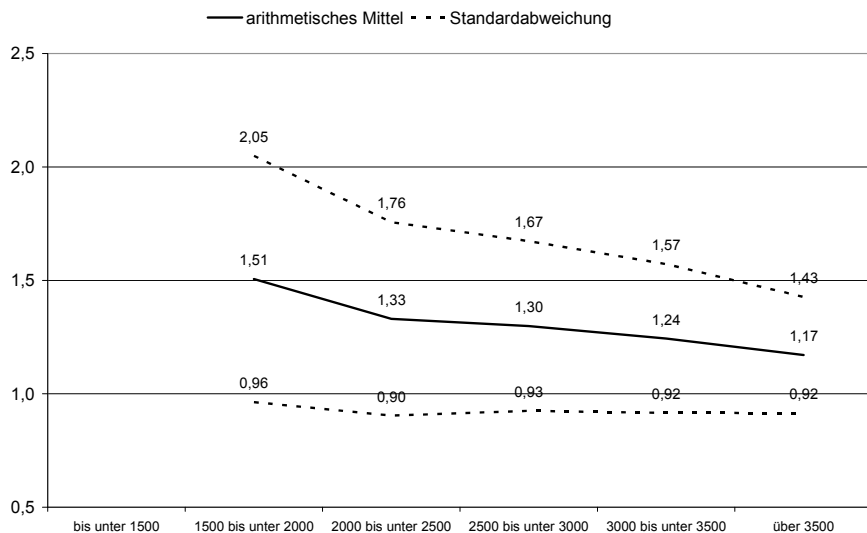


Abbildung 18: Gesamtnote nach Heimentgelt für Pflegestufe III



Quelle: vdek Pflegeelotse (2012a), eigene Berechnungen

Vergleicht man den Zusammenhang zwischen Pflegeentgelt und den Pflegenoten ist zunächst zu erkennen, dass die Korrelation zwischen den verschiedenen Pflege- noten und dem Entgelt in Form des Durchschnittspflegesatzes in *allen* Bereichen negativ ist (Tabelle 24). Es gibt also einen statistischen Zusammenhang zwischen der Entgelthöhe und der Pflegenote in dem Sinne, dass bessere (niedrigere) Noten mit höheren Entgelten einhergehen. Dies gilt für alle drei *Trägerarten*, allerdings in unterschiedlichem Maße. Die Korrelation gerade im Bereich „Pflege“ und bei der Gesamtnote ist bei den öffentlichen Trägern etwas höher als bei den anderen. So lässt sich dort 2,8 % der Varianz über die Note im Bereich „Pflege“ erklären. Die Zusammenhänge sind statistisch signifikant, weisen jedoch eine sehr geringe Effektstärke auf, wie am R^2 abgelesen werden kann.

Tabelle 24: DPS und Pflegenoten – Korrelation (r) und Bestimmtheitsmaß (R^2) nach Trägerart							
		Pflege	Demenz	Betreuung	Wohnen	Befragung	Gesamt
Privat	r	-0,054	-0,010	-0,077	-0,061	-0,035	-0,060
	R^2	0,003	0,000	0,006	0,004	0,001	0,004
Freigemein- nützig	r	-0,089	-0,012	-0,025	-0,026	-0,018	-0,071
	R^2	0,008	0,000	0,001	0,001	0,000	0,005
Öffentlich	r	-0,168	-0,062	-0,016	-0,041	-0,006	-0,118
	R^2	0,028	0,004	0,001	0,002	0,004	0,014
Quelle: vdek Pflegelotse (2012a), eigene Berechnungen							

Eine weitere Verbindung zwischen Pflegenoten und Entgelt – bezogen auf die Träger – wird sichtbar, wenn die Durchschnittsnoten betrachtet werden. Die durchschnittliche Gesamtnote – ermittelt nach dem gewogenen Mittelwert – liegt bei den privaten Trägern mit 1,38 unter den der freigemeinnützigen (1,28) und der öffentlichen (1,33). Private Träger erhalten somit im Durchschnitt niedrigere Entgelt und eine (marginal) schlechtere Bewertung.

Tabelle 25: Zusammenhang von DPS und Pflegenoten – je Bundesland

		Pflege	Demenz	Betreuung	Wohnen	Befragung	Gesamt
Deutschland	r	-0,106	-0,043	-0,091	-0,067	-0,033	-0,106
	R ²	0,011	0,002	0,008	0,005	0,001	0,011
Baden-Württemberg	r	-0,126	-0,111	-0,225	-0,165	0,006	-0,204
	R ²	0,016	0,012	0,051	0,027	0,000	0,041
Bayern	r	-0,156	-0,111	-0,044	-0,077	-0,083	-0,151
	R ²	0,024	0,012	0,002	0,006	0,007	0,023
Berlin	r	-0,058	-0,035	-0,055	-0,032	-0,026	-0,060
	R ²	0,003	0,001	0,003	0,001	0,001	0,004
Brandenburg	r	-0,033	-0,052	-0,108	-0,048	-0,054	-0,081
	R ²	0,001	0,003	0,012	0,002	0,003	0,007
Bremen	r	-0,265	-0,222	-0,077	0,022	-0,010	-0,257
	R ²	0,070	0,049	0,006	0,000	0,000	0,066
Hamburg	r	0,032	0,045	-0,280	-0,041	0,031	-0,034
	R ²	0,001	0,002	0,078	0,002	0,001	0,001
Hessen	r	-0,040	-0,075	-0,221	-0,079	-0,021	-0,100
	R ²	0,002	0,006	0,049	0,006	0,000	0,010
Mecklenburg-Vorp.	r	-0,129	-0,080	-0,212	-0,158	-0,021	-0,163
	R ²	0,017	0,006	0,045	0,025	0,000	0,027
Niedersachsen	r	-0,133	-0,123	-0,152	-0,092	-0,040	-0,166
	R ²	0,018	0,015	0,023	0,008	0,002	0,027
Nordrhein-Westfalen	r	-0,193	-0,178	-0,111	-0,112	-0,069	-0,210
	R ²	0,037	0,032	0,012	0,013	0,005	0,044
Rheinland-Pfalz	r	-0,228	-0,117	-0,126	-0,160	-0,053	-0,237
	R ²	0,052	0,014	0,016	0,026	0,003	0,056
Saarland	r	-0,263	-0,286	-0,329	-0,125	-0,059	-0,368
	R ²	0,069	0,082	0,108	0,016	0,004	0,136
Sachsen	r	-0,121	-0,082	-0,023	-0,032	-0,052	-0,113
	R ²	0,015	0,007	0,001	0,001	0,003	0,013
Sachsen-Anhalt	r	-0,121	-0,118	-0,090	-0,061	-0,077	-0,131
	R ²	0,015	0,014	0,008	0,004	0,006	0,017
Schleswig-Holstein	r	-0,131	-0,188	-0,193	-0,140	-0,056	-0,201
	R ²	0,017	0,035	0,037	0,020	0,003	0,040
Thüringen	r	-0,281	-0,223	-0,109	-0,096	-0,120	-0,265
	R ²	0,079	0,050	0,012	0,009	0,014	0,070
Quelle: vdek (2012a), eigene Berechnungen; Korrelation (r) und Bestimmtheitsmaß (R ²)							

Betrachtet man den Zusammenhang von Durchschnittspflegesatz und Pflegenoten auf Ebene der *Bundesländer* zeigt sich, dass von 102 ausgewiesenen Korrelationskoeffizienten 97 negativ sind (Tabelle 25). Lediglich für Bremen im Bereich „Wohnen“ ($r = 0,022$) sowie für Hamburg in den Bereichen „Pflege“ ($r = 0,032$), „Demenz“ ($r = 0,045$) und der Befragung ($r = 0,031$) sowie bei der Befragung in Baden-Württemberg ($r = 0,006$) kann eine leicht positive Korrelation mit dem DPS festgestellt werden. Dieses Ergebnis ist erkennbar überzufällig und bestätigt den Zusammenhang zwischen Noten und Entgelte. Alle Ergebnisse sind zudem statistisch signifikant.

Auffallend in Tabelle 25 ist weiterhin, dass der Bereich „Pflege“ und die Gesamtnote, also die beiden Bereiche, die stärker diskriminieren, in einem leicht engeren Zusammenhang zum Entgelt stehen, als alle anderen Bereiche (ablesbar am höheren Wert von R^2). In den Bundesländern, für welche bei den Entgelten eine sehr niedrige Spannweite und ein kleiner Interquartilsabstand (Abbildung 15) festgestellt wurde, geht das Bestimmtheitsmaß (R^2) gegen Null. Zu diesen Ländern zählen insbesondere Hamburg, Berlin, Brandenburg und Sachsen. Die Korrelation weist jedoch auch hier einen negativen Wert (ausgenommen Hamburg) auf. Den höchsten Zusammenhang zwischen Gesamtnote und Entgelt weist das Saarland auf. Hier lassen sich 13,6 % der Varianz der Entgelte über die Gesamtnote erklären ($R^2 = 0,13$). Auch bei der Betrachtung der Entgelte der einzelnen Pflegestufen (inkl. dem Entgelt für Unterkunft und Verpflegung) im Saarland in Verbindung mit den Pflegenoten ist jeweils ein ähnlich hoher Wert festzustellen.

Wie stellt sich der Zusammenhang zum Entgelt dar, wenn nun auf die bereits erwähnten sechs relevanten Pflegekriterien und den bereits dargestellten Vorschlag des GKV-Spitzenverbandes abgestellt wird? Um diese Frage zu beantworten, wurde für jedes Bundesland ein arithmetisches Mittel aus den sechs Noten gebildet und so eine „zusätzliche Pflegenote“ errechnet. Außerdem ist in Tabelle 26 die selbst gebildete Pflegenote dargestellt, die auf die im Prozess der Weiterentwicklung vom GKV-Spitzenverband (2012d) erarbeiteten Vorschläge abstellt (vgl. Abschnitt 4.8.5). Dieser Vorschlag wird in Tabelle 26 wiederum unter der Überschrift „Vorschlag mit Kernkriterien“ behandelt.

Wiederum ist eine fast flächendeckende negative Korrelation zu erkennen. Auch hier sind alle Ergebnisse statistisch signifikant. Lediglich in Hamburg zeigt sich bei beiden Vorschlägen und in Brandenburg bei den „sechs relevanten Kriterien“ eine

positive Korrelation mit dem Entgelt. Der Zusammenhang zwischen den „zusätzlichen Pflegenoten“ und dem Durchschnittspflegesatz fällt etwas eindeutiger aus als der Zusammenhang zwischen Entgelthöhe und den bislang verwendeten Pflegenoten (vgl. Tabelle 25).

Tabelle 26: DPS und „zusätzliche Pflegenoten“ – Korrelation (r) und Bestimmtheitsmaße (R²) je Bundesland				
	DPS und die „sechs relevanten Pflegekriterien“		DPS und „Vorschlag mit Kernkriterien“	
	r	R ²	r	R ²
Deutschland	-0,1281	0,0164	-0,1355	0,0184
Baden-Württemberg	-0,0872	0,0076	-0,1085	0,0118
Bayern	-0,1017	0,0103	-0,1226	0,0150
Berlin	-0,0787	0,0062	-0,0650	0,0042
Brandenburg	0,0010	0,0000	-0,0018	0,0000
Bremen	-0,2233	0,0498	-0,3287	0,1080
Hamburg	0,0282	0,0008	0,0658	0,0043
Hessen	-0,0452	0,0020	-0,0291	0,0008
Mecklenburg-Vorpommern	-0,1099	0,0121	-0,1629	0,0265
Niedersachsen	-0,1043	0,0109	-0,1193	0,0142
Nordrhein-Westfalen	-0,2219	0,0492	-0,2350	0,0552
Rheinland-Pfalz	-0,2026	0,0411	-0,1938	0,0375
Saarland	-0,1463	0,0214	-0,1873	0,0351
Sachsen	-0,1043	0,0109	-0,1477	0,0218
Sachsen-Anhalt	-0,0850	0,0072	-0,1372	0,0188
Schleswig-Holstein	-0,1287	0,0166	-0,1533	0,0235
Thüringen	-0,2414	0,0583	-0,2741	0,0751
Quelle: vdek Pflegeelotse (2012a), eigene Berechnungen				

Insgesamt zeigt sich damit ein signifikanter, aber äußerst schwacher Zusammenhang zwischen Pflegenoten und Heimentgelten: Einrichtungen mit höheren Entgelten haben tendenziell auch bessere Noten. Allerdings ist der Zusammenhang so schwach, dass er für eine Rechtfertigung der Unterschiede in den Heimentgelten kaum ausreichen dürfte.

4.9 Finanzierung der Pflegebedürftigkeit

Die Kosten, die durch eine Pflegebedürftigkeit entstehen, werden zum Teil durch die Pflegeversicherung abgedeckt, darüber hinaus tragen aber auch andere Träger zur Finanzierung von Pflegebedürftigkeit bei, z. B. die Kriegsopfersversorgung. Trotzdem können weitere Deckungslücken entstehen – insbesondere im Bereich der stationären Pflege: So kann es zu Finanzierungsproblemen kommen, wenn der Pflegebedürftige bzw. seine unterhaltspflichtigen Angehörigen nicht in der Lage sind, den Teil der Heimentgelte, der die Leistungen der Pflegeversicherung übersteigt, zu tragen. In diesen Fällen können Leistungen der Sozialhilfe in Anspruch genommen werden. Der folgende Abschnitt gibt einen Überblick über die mit der Pflegebedürftigkeit in Zusammenhang stehenden Einnahmen und Ausgaben. Dabei wird die Finanzentwicklung der quantitativ bedeutendsten Träger der Finanzierung von Pflegebedürftigkeit, der Sozialen und privaten Pflegeversicherung (Abschnitt 4.9.1 und Abschnitt 4.9.2), der Sozialhilfe (Abschnitt 4.9.3) und der Kriegsopfersversorgung (Abschnitt 4.9.4) dargestellt. Das Kapitel endet mit einem Überblick über die Gesamtausgaben zur Finanzierung von Langzeitpflege (Abschnitt 4.9.5).

4.9.1 Die Finanzentwicklung der Sozialen Pflegeversicherung

Pflegebedürftigkeit wird wesentlich durch die Soziale Pflegeversicherung finanziert. Deren *Einnahmen* resultieren dabei fast ausschließlich aus Beiträgen, die im Umlageverfahren aufgebracht werden. Wie in Tabelle 27 zu sehen ist, stiegen die Einnahmen von 1995 bis 1997 von zunächst 8,41 Mrd. auf 15,94 Mrd. € an. Dieser sprunghafte Anstieg ist auf die Anhebung des Beitragssatzes von 1,0 % auf 1,7 % im Juli 1996 zurückzuführen, der bereits bei Einführung der Pflegeversicherung im Pflege-Versicherungsgesetzes festgelegt worden war und der Finanzierung der erst ab Juli 1996 gewährten Leistungen bei stationärer Pflege dienen soll. Bis 2008 war der allgemeine Beitragssatz konstant, allerdings wurde mit dem Kinder-Berücksichtigungsgesetz vom 15.12.2004 (BGB I: 3448) ab 1.1. 2005 ein Zusatzbeitragssatz für Kinderlose in Höhe von 0,25 Beitragssatzpunkten eingeführt. Im Rahmen des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes wurde der Beitragssatz zum 1. Juli 2008 um 0,25 Prozentpunkte von 1,70 % auf 1,95 % erhöht. Für Kinderlose stieg der Beitragssatz ebenfalls um 0,25 Prozentpunkte und liegt seitdem bei 2,20 %. Insgesamt sind die jährlichen Einnahmen von 1997 bis 2011 um 6,36 Mrd. € auf 22,13 Mrd. € gestiegen. Sie waren dabei in den Jahren 2003 und

2007 sogar rückläufig. Der Rückgang im Jahr 2007 ist dabei ein Artefakt der Vorverlegung der Fälligkeit des Gesamtsozialversicherungsbeitrags im Rahmen des Gesetzes zur Änderung des Vierten und Sechsten Buches Sozialgesetzbuch vom 3.8.2005, die dazu geführt hat, dass 2006 für die Beschäftigten 13 Monatsbeiträge abgeführt wurden. Damit wurden die Einnahmen 2006 künstlich erhöht, so dass 2007 nur wieder auf den „normalen“ Pfad zurückgekehrt wird (Rothgang & Dräther 2009: 42). Von 1997 bis 2011 sind damit die Einnahmen um durchschnittlich 2,45 % pro Jahr gewachsen (geometrisches Mittel). Allerdings gehen hierbei sowohl die Einführung des Zusatzbeitrags für Kinderlose als auch die Beitragsanhebung 2008 ein. Wird deshalb nur der von diesen Sondereffekten unberührte Zeitraum von 1997 bis 2004 betrachtet, so ergibt sich eine durchschnittliche nominale jährliche Wachstumsrate (geometrisches Mittel) der nominalen Beitragseinnahmen (ebenso wie der Gesamteinnahmen) von lediglich 0,8 % (vgl. Tabelle 27).

Bei den *Ausgaben* handelt es sich überwiegend um Leistungsausgaben – der Anteil der Verwaltungskosten lag 2011 bei lediglich 3,2 % der Gesamtausgaben. Selbst wenn die Kosten des MDK hinzugerechnet werden, liegt der Ausgabenanteil, der nicht für Leistungen verwendet wird, immer noch (geringfügig) unter 5 %. Von den Leistungsausgaben entfallen etwa 44 % auf die Leistungen bei vollstationärer Pflege. Die Ausgaben für Pflegegeld betrugen 22 % und für Pflegesachleistungen im ambulanten Bereich 14 % der Gesamtausgaben. Von 1997 bis 2011 lagen die durchschnittlichen jährlichen Ausgabensteigerungen bei 2,7 % (geometrisches Mittel), allerdings mit einer deutlich abnehmenden Tendenz. So lagen die Ausgabensteigerungen nach den Jahren 1998 (4,9 %), 1999 (3,0 %) und 2000 (2,0 %) zwischen 2004 und 2006 sogar unter einem Prozent. Im Jahr 2007 erhöhte sich die Ausgabensteigerung wieder auf 1,7 % und in den Jahren 2008, 2009 und 2010 sogar auf 4,3 %, 6,2 %, bzw. 5,5 %, während sie im Jahr 2011 bei „nur“ 2,2 % lag. Diese jüngsten Erhöhungen in den Jahren 2008 bis 2010 sind allerdings vor allem auf die Anhebung der Leistungssätze zum 1. Juli 2008 und zum 1. Januar 2010 zurückzuführen. Da diese Anhebung erst in der Jahresmitte 2008 erfolgte, sind die Ausgaben von 2008 zu 2009 ebenfalls deutlich gestiegen. Lediglich 2011 ist nicht von einer weiteren Anhebung der Leistungssätze geprägt; entsprechend niedrig liegt die Ausgabensteigerung. Die Leistungsanpassungen der Jahre 2009 und 2010 betreffen vor allem den ambulanten Bereich. Dies schlägt sich in den Ausgabensteigerungen nieder. So stiegen die Geldleistungen und die Pflegesachleistungen

im Jahr 2008 um jeweils 5,2 % auf 4,24 Mrd. € bzw. 2,6 Mrd. €, während die Leistungen für die vollstationäre Pflege nur um 2,5 % auf 9,05 Mrd. € angestiegen sind. 2009 (2010) sind die Geldleistungen nochmals um 5,4 % (4,5 %) auf 4,47 (4,67) Mrd. € bzw. um 5,7 % (5,8 %) auf 2,75 (2,91) Mrd. € angestiegen, während sich die Leistungen für die vollstationäre Pflege nur um 2,7 % (2,9 %) auf 9,29 (9,56) Mrd. € erhöht haben. Letzteres ist darauf zurückzuführen, dass die Leistungssätze für vollstationäre Pflege in den Stufen I und II nicht erhöht wurden, wohl aber in Pflegestufe III. Einen insgesamt geringen Anteil an allen Ausgaben – jedoch mit der höchsten Zuwachsrate von 100 % im Jahr 2008, 217 % im Jahr 2009 und 47 % im Jahr 2010 – stellen die zusätzlichen (meist demenzbedingten) besonderen Betreuungsleistungen nach § 45b SGB XI dar. Diese Ausgaben sind gestiegen nachdem Antragstellern im Pflege-Weiterentwicklungsgesetz ab Juli 2008 auch dann einen Rechtsanspruch auf zusätzliche Betreuungsleistungen zugestanden wird, wenn nicht die Voraussetzungen von Pflegebedürftigkeit nach §§ 14 und 15 SGB XI vorliegen und gleichzeitig die Leistungsbeträge deutlich erhöht wurden (vgl. Rothgang et al. 2011b für eine vertiefte Analyse). Im Jahr 2011 belief sich der Anstieg der Ausgabensteigerung bei Betreuungsleistungen auf „nur noch“ 18 %. Es ist daher davon auszugehen, dass die Einführungseffekte hier langsam ausklingen und die Leistung inzwischen bei den Nutzern „angekommen“ ist.⁴⁶

Ebenfalls einen geringen Anteil an allen Ausgaben, jedoch mit hohen Zuwachsraten zeigen die stationären Vergütungszuschläge gemäß § 87b SGB XI und die Kosten für Pflegeberatung. Die Ausgaben für die Vergütungszuschläge sind von 0,21 Mrd. € im Jahr 2009 auf 0,45 Mrd. € im Jahr 2010 und auf 0,50 Mrd. im Jahr 2011 gestiegen, die Ausgaben für Pflegeberatung von 0,03 Mrd. € im Jahr 2009 auf 0,07 Mrd. € im Jahr 2010 und auf 0,08 Mrd. € im Jahr 2011.

⁴⁶ Allerdings haben erste Auswertungen des MDS gezeigt, dass im 3. und 4. Quartal 2008 von den 509 Tsd. Begutachtungen für ambulante Leistungen 28 % zum Personenkreis mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz gehören, die damit einen Anspruch auf zusätzliche Betreuungsleistungen haben (MDS 2009: 11). Gemessen an diesem Potential ist die tatsächliche Inanspruchnahme immer noch sehr gering.

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 1 Mrd. € 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. Im Jahr 2007 wurde wieder ein Defizit in etwa der Höhe des Defizits von 2005 erreicht und in den Jahren 2008, 2009 und 2010 führte vor allem die Anhebung der Beitragssätze zum 1.7.2008, durch die die Einnahmen um 9,7 % (2008) bzw. 7,8 % (2009) anstiegen, zu einem erneuten Überschuss. Der Einnahmewachstum um 2,2 % im Jahr 2010 ist dann vor allem der Finanzkrise geschuldet, die 2009 zu verringerten Einnahmen geführt hat, die 2010 dann wieder ausgeglichen werden. Im Jahr 2011 stiegen die Einnahmen mit 2,1 % in ähnlicher Höhe wie 2010.

Tabelle 27: Finanzentwicklung der Sozialen Pflegeversicherung (in Mrd. €)

	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
Einnahmen									
Beitrageinnahmen	8,31	11,90	15,77	15,80	16,13	16,31	16,56	16,76	16,61
Sonstige Einnahmen	0,09	0,14	0,17	0,20	0,19	0,23	0,25	0,22	0,25
Einnahme insgesamt	8,41	12,04	15,94	16,00	16,32	16,54	16,81	16,98	16,86
Ausgaben									
Leistungsausgaben	4,42	10,25	14,34	15,07	15,55	15,86	16,03	16,47	16,64
Davon									
Geldleistung	3,04	4,44	4,32	4,28	4,24	4,18	4,11	4,18	4,11
Pflegesachleistung	0,69	1,54	1,77	1,99	2,13	2,23	2,29	2,37	2,38
Pflegeurlaub	0,13	0,13	0,05	0,06	0,07	0,10	0,11	0,13	0,16
Tages-/Nachtpflege	0,01	0,03	0,04	0,05	0,05	0,06	0,07	0,08	0,08
Zusätzl. Betreuungsleistung	–	–	–	–	–	–		0,00	0,01
Kurzzeitpflege	0,05	0,09	0,10	0,11	0,12	0,14	0,15	0,16	0,16
Soziale Sicherung der Pflegeperson	0,31	0,93	1,19	1,16	1,13	1,07	0,98	0,96	0,95
Pflegemittel/techn. Hilf.	0,20	0,39	0,33	0,37	0,42	0,40	0,35	0,38	0,36
Vollstationäre Pflege	0,00	2,69	6,41	6,84	7,18	7,48	7,75	8,00	8,20
Vollstationäre Pflege in Behindertenheimen	0,00	0,01	0,13	0,22	0,20	0,21	0,21	0,21	0,23
Stat. Verg.-Zuschläge	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Pflegeberatung	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Verwaltungskosten	0,32	0,36	0,55	0,56	0,55	0,56	0,57	0,58	0,59
Kostenanteil für MDK	0,23	0,24	0,23	0,24	0,24	0,24	0,25	0,26	0,26
Sonstige Kosten	0,00	0,01	0,01	0,02	0,01	0,02	0,02	0,01	0,06
Ausgaben insgesamt	4,97	10,86	15,14	15,88	16,35	16,67	16,87	17,36	17,56
Liquidität									
Überschuss	3,44	1,18	0,80	0,13	-0,03	-0,13	-0,06	-0,38	-0,69
Investitionsdarlehen an den Bund	-0,56	–	–	–	–	–	–	0,56	–
Mittelbestand	2,87	4,05	4,86	4,99	4,95	4,82	4,76	4,93	4,24
In Monatsausgaben lt. Haushaltsplan	3,93	2,96	3,77	3,70	3,61	3,37	3,27	3,34	2,82
Quelle: BMG (2011c)									

**Tabelle 27: Finanzentwicklung der Sozialen Pflegeversicherung
(in Mrd. €) (Forts.)**

	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Einnahmen								
Beitrageinnahmen	16,64	17,38	18,36	17,86	19,61	21,19	21,64	22,13
Sonstige Einnahmen	0,23	0,12	0,13	0,16	0,16	0,12	0,14	0,11
Einnahme insgesamt	16,87	17,49	18,49	18,02	19,77	21,31	21,78	22,24
Ausgaben								
Leistungsausgaben	16,77	16,98	17,14	17,45	18,20	19,33	20,43	20,89
Davon								
Geldleistung	4,08	4,05	4,02	4,03	4,24	4,47	4,67	4,74
Pflegesachleistung	2,37	2,40	2,42	2,47	2,60	2,75	2,91	2,98
Pflegeurlaub	0,17	0,19	0,21	0,24	0,29	0,34	0,40	0,44
Tages-/Nachtpflege	0,08	0,08	0,09	0,09	0,11	0,15	0,18	0,21
Zusätzl. Betreuungsleistung	0,02	0,02	0,03	0,03	0,06	0,19	0,28	0,33
Kurzzeitpflege	0,20	0,21	0,23	0,24	0,27	0,31	0,34	0,35
Soziale Sicherung der Pflegeperson	0,93	0,90	0,86	0,86	0,87	0,88	0,88	0,87
Pflegemittel/techn. Hilf.	0,34	0,38	0,38	0,41	0,46	0,44	0,44	0,41
Vollstationäre Pflege	8,35	8,52	8,67	8,83	9,05	9,29	9,56	9,71
Vollstationäre Pflege in Behindertenheimen	0,23	0,23	0,24	0,24	0,24	0,25	0,26	0,26
Stat. Verg.-Zuschläge	–	–	–	–	0,00	0,21	0,45	0,50
Pflegeberatung	–	–	–	–	0,01	0,03	0,07	0,08
Verwaltungskosten	0,58	0,59	0,62	0,62	0,65	0,68	0,71	0,71
Kostenanteil für MDK	0,27	0,28	0,27	0,27	0,28	0,31	0,30	0,32
Sonstige Kosten	0,07	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Ausgaben insgesamt	17,69	17,86	18,03	18,34	19,14	20,33	21,45	21,92
Liquidität								
Überschuss	-0,82	-0,36	0,45	-0,32	0,63	0,99	0,34	0,31
Investitionsdarlehen an den Bund	–	–	–	–	–	–	–	–
Mittelbestand	3,42	3,05	3,50	3,18	3,81	4,80	5,13	5,45
In Monatsausgaben lt. Haushaltsplan	2,27	2,01	2,29	2,06	2,33	2,78	2,87	2,93
Quelle: BMG (2011c)								

Die negative Bilanzentwicklung in den letzten Jahren ist auf Entwicklungen der Einnahmen- und Ausgabenseite zurückzuführen. Zunächst ist die *Zahl der Leistungsempfänger* stark gestiegen – was weit überwiegend auf die demografischen Veränderungen zurückgeführt werden kann (vgl. Abschnitt 4.2) – wodurch es aber zu entsprechenden Ausgabeneffekten gekommen ist, die durch den *Trend zur – für die Pflegeversicherung ausgabenintensiveren – professionellen Pflege* noch verstärkt wurden.

Gleichzeitig leidet die Pflegeversicherung aber unter einer anhaltenden *Einnahmeschwäche*, die sich in dem geringen Einnahmewachstum zeigt. Diese Entwicklung ist zum Teil sozialpolitisch bedingt, da der Gesetzgeber selbst die Einnahmebasis der Pflegeversicherung geschwächt hat. So beruht das Defizit des Jahres 2000 vor allem auf einer gesetzlichen Absenkung der Beitragszahlung für Arbeitslose, die zu Mindereinnahmen der Pflegeversicherung von rund 200 Mio. € 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 (vgl. z. B. Rothgang & Jacobs 2011).

4.9.2 Die Finanzierung von Pflegebedürftigkeit durch die private Pflegeversicherung

Die private Pflegepflichtversicherung umfasst im Jahr 2010 einen Versichertenbestand von 9,593 Mio. Menschen gegenüber 69,785 Mio. Menschen in der Sozialen Pflegeversicherung. Rund 12 % aller Versicherten sind damit privat pflegepflichtversichert. Die Versicherungsprämien werden, wie in der privaten Krankenversicherung, unabhängig vom Einkommen des Versicherten kalkuliert (vgl. Rothgang et al. 2007 für Details). Wegen der unterschiedlichen Finanzierungsverfahren von Sozialer (Umlageverfahren) und privater Pflegeversicherung (Kapitaldeckungsverfahren) ist ein Vergleich der beiden Versicherungszweige nur eingeschränkt möglich. Im Folgenden werden daher nur wenige zentrale Kennzahlen der privaten Pflegeversicherung beschrieben.

Tabelle 28: Finanzentwicklung der privaten Pflegeversicherung (in Mio. €)				
Jahr	Beitrags- einnahmen	Versicherungs- leistungen	Überschuss	Alters- rückstellungen
1995	1.253,0	92,8	1.160,2	521,5
1996	1.697,0	300,8	1.396,2	1.356,9
1997	2.166,5	446,8	1.719,7	2.543,2
1998	2.149,1	449,8	1.699,3	3.486,0
1999	1.974,5	462,9	1.511,6	5.316,4
2000	2.008,6	471,1	1.537,5	6.532,6
2001	1.955,1	486,1	1.469,0	8.585,8
2002	1.985,2	496,9	1.488,3	9.889,5
2003	1.847,9	517,9	1.330,0	11.797,7
2004	1.871,4	528,5	1.342,9	12.956,7
2005	1.867,5	549,8	1.317,7	14.623,2
2006	1.871,3	563,8	1.307,5	15.871,4
2007	1.882,9	578,1	1.304,8	17.150,5
2008	1.970,2	617,7	1.352,5	19.188,2
2009	2.074,2	667,7	1.406,5	20.401,2
2010	2.096,0	698,8	1.397,2	22.534,0
Quelle: PKV (2006; 2007; 2008; 2009; 2011a; 2011b).				

Wie in Tabelle 28 zu sehen ist, erreichten die jährlichen *Einnahmen* der privaten Pflegepflichtversicherung nach einem Anstieg in den ersten Jahren nach Einführung der Pflegeversicherung im Jahr 1997 und 1998 mit 2,16 Mrd. € ihren Höhepunkt, gingen anschließend bis 2003 zurück und lagen bis 2007 nahezu konstant bei 1,88 Mrd. €. Diese Entwicklung ist insbesondere durch Prämienreduktionen in der Privatversicherung verursacht. Im Jahr 2008 kam es zu einem Anstieg auf 1,97 Mrd. €, im Jahr 2009 auf 2,07 Mrd. € und im Jahr 2010 auf 2,10 Mrd. €.

Demgegenüber sind die Versicherungsleistungen anfänglich stark gestiegen auf 450 Mio. € in den Jahren 1997 und 1998 und haben sich bis 2007 kontinuierlich erhöht. In den letzten Jahren erfolgten ebenfalls sprunghafte Anstiege der *Leistungs Ausgaben* auf 618 Mio. € (2008), 668 Mio. € (2009), bzw. 699 Mio. € (2010). Hier zeichnet sich erstmals die demografische Alterung des Versichertenbestands der privaten Pflegepflichtversicherung ab, die nach vorliegenden Vorausberechnungen dazu führen wird, dass sich die Zahl der Leistungsempfänger in der priva-

ten Pflegeversicherung in den nächsten Dekaden deutlich schneller und stärker erhöhen wird als in der Sozialen Pflegeversicherung (Rothgang & Jacobs 2011: 11).

Aus den Beitragseinnahmen und Ausgaben resultiert ein *Überschuss*, der sich von 1997 bis 2007 von 1,7 Mrd. € auf 1,3 Mrd. € pro Jahr verringert hat, 2008 und 2009 aber wieder um jeweils 50 Mio. € gestiegen ist und in 2010 etwa konstant geblieben ist. Seit Beginn der Pflegeversicherung wurden insgesamt 22,534 Mrd. € an Altersrückstellungen angesammelt.

Kritisch zu sehen ist allerdings, dass die private (PPV) und die Soziale Pflegeversicherung (SPV) höchst ungleich verteilte *Pflegerisiken* aufweisen (Rothgang 2010). Während die Leistungsausgaben bei der SPV je Versichertem rund 241 €/Jahr betragen, belaufen sich die Leistungsausgaben in der PPV auf 60 €/Jahr. Selbst wenn für die Beihilfeberechtigten noch geschätzte Beihilfezahlungen hinzuaddiert werden, ergibt sich ein Betrag von 121 €/Jahr, der zudem noch überschätzt sein dürfte (vgl. Dräther et al. 2009). Ein Finanzausgleich zwischen privater und gesetzlicher Pflegeversicherung würde daher zu einer Entlastung der sozialen Pflegeversicherung in Höhe von bis zu 2 Mrd. € führen (Arnold & Rothgang 2010).

4.9.3 Die Finanzierung von Pflegebedürftigkeit durch die Sozialhilfe

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

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

Tabelle 29: Empfänger von Hilfe zur Pflege am Jahresende

	Insgesamt	Ambulant	Stationär
1994	453.613	189.254	268.382
1995	372.828	85.092	288.199
1996	285.340	66.387	219.136
1997	250.911	64.396	186.672
1998	222.231	62.202	160.238
1999	247.333	56.616	190.868
2000	261.404	58.797	202.734
2001	255.883	60.514	195.531
2002	246.212	59.801	186.591
2003	242.066	55.405	186.867
2004	246.372	55.233	191.324
2005	261.316	59.771	202.361
2006	273.063	60.492	213.348
2007	266.701	64.067	203.584
2008	284.899	67.544	218.406
2009	299.321	76.801	223.600
2010	317.670	83.509	235.245

Quelle: Statistisches Bundesamt (2011a)

Tabelle 29 gibt zunächst einen Überblick über die Entwicklung der Zahl der Empfänger von „Hilfe zur Pflege“. Diese hat sich seit Einführung der Pflegeversicherung innerhalb weniger Jahre halbiert: von 453 Tsd. im Jahr 1994 (ein Jahr vor Einführung der Pflegeversicherung) auf 222 Tsd. im Jahr 1998.⁴⁷ In den Folgejahren stieg die Empfängerzahl wieder, insbesondere seit den tiefsten Empfängerzahlen von 2003, und liegt zuletzt im Jahr 2010 bei 318 Tsd.

Betrachtet man die Empfängerzahlen im ambulanten und stationären Bereich separat, dann zeigt sich, dass im ambulanten Bereich zunächst ein drastischer Rückgang um $\frac{2}{3}$ von 189 Tsd. im Jahr 1994 auf 57 Tsd. im Jahr 1999 zu verzeichnen ist. Anschließend ist die Entwicklung vor allem durch Schwankungen zwischen

⁴⁷ Vgl. Roth & Rothgang 2001 für eine vertiefende Analyse.

55 Tsd. und 60 Tsd. gekennzeichnet, wobei seit 2007 die Empfängerzahlen wieder ansteigen. Insgesamt ist die Hilfe zur Pflege im ambulanten Bereich jedoch nur gering verbreitet. So stehen den 83 Tsd. Empfängern von Hilfe zur Pflege außerhalb von Einrichtungen im Jahr 2010 1,55 Mio. Leistungsempfänger der Pflegeversicherung im ambulanten Bereich gegenüber. Damit kommen auf einen Empfänger von Hilfe zur Pflege außerhalb von Einrichtungen 19 Empfänger von Pflegeversicherungsleistungen bei häuslicher Pflege.

Tabelle 30: Netto-Ausgaben der Sozialhilfe für Hilfe zur Pflege (in Tsd. €)			
Jahr	Insgesamt	Ambulant	Stationär
1994	6.599.240	803.366	5.795.873
1995	6.263.896	509.492	5.754.404
1996	4.823.045	370.420	4.452.625
1997	2.508.574	375.471	2.133.103
1998	2.284.230	390.280	1.893.949
1999	2.319.851	396.850	1.923.000
2000	2.307.817	421.231	1.895.586
2001	2.349.025	439.419	1.909.605
2002	2.421.293	473.638	1.947.654
2003	2.420.352	514.889	1.905.463
2004	2.513.250	525.181	1.988.069
2005	2.610.673	546.963	2.063.709
2006	2.529.942	600.989	1.928.953
2007	2.666.213	623.611	2.042.602
2008	2.751.300	666.684	2.084.615
2009	2.878.313	714.033	2.164.280
2010	2.966.927	763.163	2.203.763
Quelle: Statistisches Bundesamt (2011a)			

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 erheblichen Eigenanteile zu tragen. Hier war die Entwicklung seit 1996 durch einen Rückgang auf 160 Tsd. im Jahr 1998 gekennzeichnet (vgl. Roth & Rothgang 2001 für Details). Anschließend kam es wieder zu einem Anstieg bis auf 203 Tsd. im Jahr 2000, einem Rückgang auf

186 Tsd. im Jahr 2002 und seitdem zu einem kontinuierlichen Anstieg bis auf 214 Tsd. im Jahr 2006. 2007 ging die Zahl der Empfänger von Hilfe zur Pflege erneut auf 204 Tsd. zurück und stieg in den Jahren ab 2008 wieder kontinuierlich an, auf zuletzt 235 Tsd. wieder an. Insbesondere der Anstieg der letzten Jahre kann dabei als Hinweis darauf angesehen werden, dass die wachsenden Eigenanteile inzwischen wieder verstärkt zu pflegebedingter Sozialhilfeabhängigkeit von Heimbewohnern führen.

Welche finanziellen Auswirkungen die Entwicklung der Zahl der Empfänger von Hilfe zur Pflege auf die Sozialhilfeausgaben hat, ist in Tabelle 30 wiedergegeben. Demnach sind die gesamten (Netto)Ausgaben für Hilfe zur Pflege von rund 6,6 Mrd. € im Jahr 1994 auf 2,3 Mrd. € im Jahr 2000 und damit um 75 % zurückgegangen. Anschließend sind sie dann bis 2010 wieder auf 3 Mrd. € gestiegen. Diese Entwicklung ist vor allem durch einen deutlichen Ausgabenrückgang im stationären Bereich von 5,8 Mrd. im Jahr 1994 auf 1,9 Mrd. im Jahr 1998 gegeben. In den Folgejahren schwankten die Ausgaben überwiegend zwischen 1,9 und 2,0 Mrd. bei zuletzt steigender Tendenz. Im ambulanten Bereich ist ebenfalls ein deutlicher Rückgang der Ausgaben von 803 Mio. im Jahr 1994 auf 370 Mio. im Jahr 1996 zu verzeichnen. Auffällig ist aber, dass seit 1997 ein Ausgabenanstieg auf zuletzt 763 Mio. € im Jahr 2010 eingesetzt hat, obwohl die Empfängerzahlen im gleichen Zeitraum im ambulanten Bereich teilweise rückläufig waren (vgl. Tabelle 29).

4.9.4 Die Finanzierung von Pflegebedürftigkeit durch die Kriegsopferfürsorge

Eine weitere Finanzierungsquelle der Pflegeleistungen ist die Kriegsopferfürsorge (KOF). Die Kriegsopferfürsorge ist ein Teil des sozialen Entschädigungsrechts und ist in §§ 25 bis 27j Bundesversorgungsgesetz (BVG) geregelt. Die Kriegsopferfürsorge stellt zur Ergänzung der übrigen Leistungen des BVG, insbesondere zu den Entschädigungsrenten, individuelle Hilfen im Einzelfall als Fürsorgeleistung subsidiär bereit. Der Name bezieht sich auf die historisch größte Gruppe der Anspruchsberechtigten. Anspruchsberechtigt sind aber nicht nur Kriegsopfer, sondern auch andere Personen, die einen bleibenden Gesundheitsschaden erlitten haben. Zu dem anspruchsberechtigten Personenkreis gehört, wer nach dem Sozialen Entschädigungsrecht als Beschädigte(r) eine Grundrente bezieht oder Anspruch auf Heilbehandlung hat bzw. als Hinterbliebene(r) Hinterbliebenenrente oder Witwen- oder

Waisenbeihilfe erhält. Die Kriegsofopferfürsorge (KOF) umfasst für Berechtigte nach dem Bundesversorgungsgesetz Hilfen zur beruflichen Rehabilitation (§§ 26 und 26a), Krankenhilfe (§ 26b), Hilfe zur Pflege (§ 26c), Hilfe zur Weiterführung des Haushalts (§ 26d), Altenhilfe (§ 26e), Erziehungshilfe (§ 27), ergänzende Hilfe zum Lebensunterhalt (§ 27a), Erholungshilfe (§ 27b), Wohnungshilfe (§ 27c) und Hilfen in besonderen Lebenslagen (§ 27d). Leistungen der KOF werden gewährt, soweit die Beschädigten infolge der Schädigung und die Hinterbliebenen infolge des Verlustes des Ehegatten, Elternteils, Kindes oder Enkelkindes nicht in der Lage sind, ihren anzuerkennenden Bedarf aus den Versorgungsleistungen und ihrem sonstigen Einkommen und Vermögen zu decken.

Tabelle 31: Leistungsempfänger und Bruttoausgaben der Kriegsofopferfürsorge für laufende Leistungen

Jahr	Leistungsempfänger der Kriegsofopferfürsorge		Bruttoausgaben in Mio. €	
	Insgesamt	Hilfe zur Pflege	Insgesamt	Hilfe zur Pflege
1995	149.281	58.347	1.354	1.014
1996	132.587	47.619	1.195	871
1997	117.403	37.238	765	459
1998	106.617	32.333	689	400
1999	98.876	29.823	649	370
2000 ¹⁾	97.488	28.822	630	370
2002	84.911	28.333	591	342
2004	76.055	24.704	588	349
2006	59.849	20.532	531	295
2008	44.383	17.768	472	280
2010	37.384	15.136	476	227

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

Quelle: Statistisches Bundesamt (2011b)

In Tabelle 31 sind die Zahl der Leistungsempfänger und die Bruttoausgaben für laufende Ausgaben insgesamt ausgewiesen sowie die Ausgaben für die Leistungsempfänger, die Hilfe zur Pflege als Teil der Kriegsofopferfürsorge erhalten. Seit Einführung der Pflegeversicherung hat sich die Zahl der Leistungsempfänger von 149 Tsd. im Jahr 1995 auf 37 Tsd. im Jahr 2010 reduziert. Die Zahl der Empfänger

von Hilfen zur Pflege hat dabei von 58 Tsd. (39 % aller Leistungsempfänger) auf 15 Tsd. (40 % aller Leistungsempfänger) abgenommen, ihr Anteil an allen Empfängern von Leistungen der Kriegsopferversorge ist im Wesentlichen gleich geblieben. Die Bruttoausgaben haben sich dabei von ca. 1.354 Mio. € auf 476 Mio. € verringert. Dass die Ausgaben für die Hilfe zur Pflege den größten Anteil an allen Leistungsausgaben stellen, wird vor allem in den ersten Jahren nach Einführung der Pflegeversicherung deutlich: Während 1995 der Anteil noch 75 % betrug, reduzierte er sich auf 48 % im Jahr 2010. Insgesamt zeigt sich aber, dass die Kriegsopferversorge, die bei Einführung der Pflegeversicherung noch einen beachtlichen Anteil der Pflegekosten getragen hat, inzwischen deutlich an Bedeutung verliert. Das ist im Wesentlichen darauf zurückzuführen, dass die Kriegsgeneration, deren Mitglieder aufgrund von im 2. Weltkrieg erlittenen Schäden Ansprüche gegen die Kriegsopferversorge hatten, zunehmend verstirbt.

4.9.5 Die Finanzierung von Pflegebedürftigkeit im Überblick

Der folgende Abschnitt gibt abschließend einen Überblick über die zuvor genannten Ausgaben für Pflegebedürftigkeit im Jahr 2010. Es handelt sich hierbei nur um die Ausgaben für Pflegebedürftigkeit und nicht um die Ausgaben für die Pflegebedürftigen. Ausgaben, die etwa in der Krankenversicherung für Pflegebedürftige anfallen, werden hier nicht berücksichtigt. Differenziert wird zwischen öffentlichen und privaten Ausgaben. Die private Pflegepflichtversicherung wird für den Zweck dieser Übersicht dem öffentlichen Sektor zugerechnet, da auch sie per Gesetz gegründet wurde und ihre Mitglieder einer Versicherungspflicht unterliegen.

Die öffentlichen Ausgaben können dabei den Berichterstattungen aus den jeweiligen Organisationen (Pflegeversicherung, Sozialhilfe, Kriegsopferversorgung) entnommen werden,⁴⁸ während die privaten Ausgaben auf Befragungen beruhen. Für

⁴⁸ Bei diesem institutionellen Zugang werden damit auch die Ausgaben für Pflegegeld berücksichtigt. Die Opportunitätskosten der familialen Pflege, die insbesondere auf Einkommensausfällen für aufgegebene oder reduzierte Erwerbstätigkeit beruhen, werden dagegen nicht berücksichtigt. Würden derartige indirekte Kosten und intangible Kosten berücksichtigt, würde sich das Bild deutlich verändern.

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 Nettoaufgaben der Sozialhilfe für Hilfe zur Pflege innerhalb von Einrichtungen abgezogen. Für die privaten Ausgaben für die häusliche Pflege wurden die Leistungsempfänger mit den durchschnittlichen selbst getragenen Kosten pro Kopf multipliziert.⁴⁹

Tabelle 32: Ausgaben für Pflegebedürftigkeit nach Finanzierungsquelle in 2010			
Ausgabenquelle	in Mrd. €	als % der öffentl./ priv. Ausgaben	als % aller Ausgaben
Öffentliche Ausgaben		100	
Soziale Pflegeversicherung	21,45	84,6	49,8
Private Pflegeversicherung	0,70	2,8	1,6
Sozialhilfe	2,97	11,7	6,9
Kriegsopferfürsorge	0,23	0,9	0,5
Private Ausgaben*		100	
Pflegeheim ¹⁾	12,94	72,9	30,0
häusliche Pflege	4,80	27,1	11,1
Insgesamt			100
*Schätzungen			
1) Die verwendeten Heimentgelte stammen aus der Pflegestatistik 2009.			
Quelle: BMG (2011c); PKV (2011a); Statistisches Bundesamt (2011a; 2011b; 2011d)			

Wie in Tabelle 32 zu sehen ist, werden mehr als 1/3 der Ausgaben privat finanziert. Hiervon entfallen etwa ein Viertel (= 11,1 % der Gesamtkosten) auf den häuslichen

⁴⁹ Die Höhe der selbst getragenen Kosten von 247 Euro/Monat wurde der Infratest-Studie zu den „Wirkungen des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes“ von 2011 entnommen (BMG 2011: 48).

und drei Viertel (= 30 % der Gesamtkosten) auf den stationären Bereich. Bei den öffentlichen Ausgaben wird mit 85 % der bei weitem größte Teil von der Sozialen Pflegeversicherung abgedeckt, während auf die Sozialhilfe 11,7 % entfallen. Demgegenüber ist der Anteil, der jeweils von der privaten Pflegepflichtversicherung und der Kriegsopferversorgung getragen wird, mit 2,8 % bzw. 0,9 % relativ gering. Insgesamt entfallen auf die Soziale Pflegeversicherung 49,8 % aller Ausgaben, auf die privat getragene stationäre Pflege 30 %, auf die privat getragene häusliche Pflege 11,1 %, auf die Sozialhilfe 6,9 % und auf die private Pflegeversicherung 1,6 bzw. auf die Kriegsopferfürsorge 0,5 %. Die Soziale Pflegeversicherung ist damit der wichtigste Kostenträger, der auch damit das gesamte Pflegesicherungssystem prägt. Gleichzeitig deckt die Soziale Pflegeversicherung aber nur gut die Hälfte der entstehenden Kosten und Ausgaben (ohne die Opportunitätskosten der familialen Pflege zu berücksichtigen) ab. Gemeinsam decken beide Zweige der Pflegeversicherung, also Soziale Pflegeversicherung und Private Pflegepflichtversicherung 51,4 % der Ausgaben ab. Damit zeigt sich der Teilversicherungscharakter der Pflegeversicherung sehr deutlich.

5 Pflegebedürftigkeit im Spiegel der Routinedaten

Das vorangegangene Kapitel hat die Zahl der Pflegebedürftigen und das Versorgungsangebot auf Basis der amtlichen Statistiken beschrieben. Allerdings ist es nicht möglich, mit diesen Daten auch die *Prozesshaftigkeit* von Pflegebedürftigkeit darzustellen. Abfolgen von Pflegeleistungen oder von Einstufungen über mehrere Jahre oder auch die Dauer von Pflegebedürftigkeit können nicht beschrieben werden. Ebenso ist es nicht möglich, Sektor übergreifende medizinische und pflegerische Versorgung abzubilden. Um Beides zu bestimmen, bieten sich die Routinedaten der Kranken- und Pflegekassen an. In diesem Kapitel werden daher die Versorgungsverläufe auf Basis der Routinedaten der BARMER GEK untersucht.

Abschnitt 5.1 beschreibt zunächst die verwendete Datenbasis. In Abschnitt 5.2 werden Ergebnisse für das Jahr 2011 berichtet. Dabei wird insbesondere auf den Zusammenhang von Morbidität und Pflegebedürftigkeit eingegangen. In Abschnitt 5.3 wird beschrieben, inwieweit Pflegebedürftigkeit einem Wandel unterliegt. Als erklärende Faktoren für Veränderungen werden der Grad der Pflegebedürftigkeit, das Pflegearrangement, demografische Merkmale und Erkrankungen untersucht. Die Beschreibung und die Auswertung der Routinedaten orientiert sich an der „Guten Praxis Sekundärdatenanalyse“ (AGENS 2008).

5.1 Routinedaten als Basis für die Analyse der Pflegebedürftigkeit

Prozessproduzierte Routinedaten der Krankenkassen haben ein großes Potential für die Versorgungsforschung (von Ferber & Behrens 1997; Swart & Ihle 2005; Müller & Braun 2006), insbesondere weil sie tagesgenaue Informationen zum Leistungsgeschehen sehr großer Populationen enthalten. Bei der BARMER GEK waren am 1.1.2011 8,55 Mio. Menschen versichert; zum 1.1.2012 ist die Zahl auf 8,64 Mio. gestiegen (BARMER GEK 2012). Das sind mehr als 10 % der Bundesbevölkerung, deren prozessproduzierte Routinedaten zur Auswertung zur Verfügung stehen. Eine Primärdatenerhebung in diesem Umfang würde immense Kosten verursachen.

Als Schwäche der Routinedaten wird oftmals deren teilweise unzureichende *Validität* genannt. Dieser Einwand ist zum Teil berechtigt, wenn die Daten nicht zah-

lungsrelevant sind und nicht weiter überprüft werden. Pflegeleistungen sind aber ausnahmslos zahlungsrelevant und die Einstufung in die Pflegestufen erfolgt nicht per Selbstangabe, sondern durch den MDK. Daher sind die hier verwendeten Daten zur Inanspruchnahme von Pflegeleistungen als sehr valide anzusehen.

Ein zweiter häufig genannter Einwand bezieht sich auf die *Repräsentativität* dieser Daten für Deutschland. Wie im BARMER GEK Pflegereport 2011 gezeigt, unterscheidet sich die Alters- und Geschlechterstruktur der Versicherten dieser Kasse teilweise von der Struktur der deutschen Bevölkerung (Rothgang et al. 2011b: 116ff.). Da die hier untersuchten Versicherten hinsichtlich dieser Merkmale nicht repräsentativ für die Gesamtbevölkerung sind, werden Ergebnisse der Analyse wenn möglich nach Alter und Geschlecht getrennt ausgewiesen. Insoweit nicht nach diesen Merkmalen differenzierte Ergebnisse vorgelegt werden, werden diese nach Alter und Geschlecht auf die bundesdeutsche Bevölkerung standardisiert und hochgerechnet.⁵⁰

Auch hinsichtlich der Pflegeprävalenzen gibt es leichte Unterschiede zwischen der hier betrachteten Versichertenpopulation und der Gesamtbevölkerung. Diese bestehen darin, dass die BARMER GEK-Versicherten tendenziell gesünder sind und eine etwas niedrigere Pflegeprävalenz aufweisen als die übrigen Versicherten der SPV, andererseits aber die SPV-Versicherten insgesamt eine deutlich höhere Prävalenz aufweisen als die Privatversicherten (Rothgang 2011). Insgesamt liegen die alters- und geschlechtsspezifischen Pflegeprävalenzen der BARMER GEK-

⁵⁰ Die dabei verwendeten Gewichtungsfaktoren liegen alle zwischen 0,61 und 1,55. Es gibt also keine Alters- und Geschlechtskategorie, die in sehr hohem Maße über- oder unterrepräsentiert ist. Eine Gewichtung anhand weiterer Faktoren erfolgt nicht. Die Ergebnisse der Hochrechnungen beziehen sich daher immer auf die BARMER GEK-Versicherten, standardisiert auf die Alters- und Geschlechtsstruktur in Deutschland. Dies darf nicht mit einer Hochrechnung auf Deutschland verwechselt werden, bei der alle relevanten Faktoren, insbesondere die Morbidität, auf Deutschland hochgerechnet wird.

Versicherten etwas unter denen der Pflegestatistik (Rothgang et al. 2011b: 118f.).⁵¹ Dieser Unterschied wird in den Hochrechnungen nicht korrigiert, so dass sich in der Hochrechnung etwas niedrigere Fallzahlen als in der Pflegestatistik ergeben. Aus diesem Grund wird nachstehend in der Regel darauf verzichtet, die absoluten Fallzahlen auszuweisen, die sich aus der Hochrechnung ergeben und stattdessen auf die entsprechenden Verteilungen abgestellt, die von dieser Unterschätzung im Niveau nicht betroffen sind.

Nachfolgend werden die verwendeten Routinedaten der BARMER GEK kurz beschrieben (Abschnitt 5.1.1), in Abschnitt 5.1.2 die Variablenkonstruktionen, Selektionen und Gewichtungen vorgestellt.

5.1.1 Beschreibung der BARMER GEK Routinedaten

Zum Zwecke der Gesundheitsberichterstattung und der Qualitätssicherung werden dem Zentrum für Sozialpolitik von der BARMER GEK pseudonymisierte Daten zur Verfügung gestellt. Diese Daten werden regelmäßig aus dem Prozess gezogen und als verschiedene Teildatensätze gespeichert. Alle Angaben, die direkt auf eine einzelne Person schließen lassen könnten, werden für die wissenschaftlichen Zwecke gelöscht. Hierzu zählen Name, Adresse, Sozialversicherungsnummer usw. Die einzelnen Teildatensätze zu den verschiedenen medizinischen und pflegerischen Leistungen lassen sich aber über das Pseudonym verknüpfen.

Derzeit sind die Datenbestände zu den Pflegeleistungen der ehemaligen Kassen GEK und BARMER noch getrennt gehalten und unterscheiden sich in einzelnen Inhalten und in der Länge der beobachteten Zeit. Aus diesen Gründen werden die Routinedatenanalysen in zwei Teile aufgeteilt. Für das Jahr 2011 werden Auswertungen mit dem Gesamtdatenbestand der BARMER GEK vorgenommen (Abschnitt 5.2), und für die langfristige Verlaufsdarstellung nur die Daten der ehema-

⁵¹ Eine neuerliche Berechnung dieses Unterschieds ist nicht möglich, da die Pflegestatistik nur alle zwei Jahre erhoben wird und es deshalb im Vergleich zum Pflegereport 2011 keine neue Datengrundlage für die Vergleichsgruppe gibt.

ligen GEK-Versicherten genutzt (Abschnitt 5.3). Letztere können einen Beobachtungszeitraum für die Pflegedaten seit dem Jahr 1998 abbilden.

Für die bearbeiteten Fragestellungen wurde auf mehrere Teildatensätze zurückgegriffen:

- Die *Stammdaten* liefern grundlegende demografische Informationen zum Geschlecht, Geburtsjahr und zu den Mitgliedschaftszeiten.
- Die *Pflegedaten* enthalten alle Informationen über die Leistungen der Sozialen Pflegeversicherung (SGB XI). Angegeben sind die Leistungsarten und Pflegestufen mit Beginn und Ende des jeweiligen Leistungsbezugs.
- Die Daten zu den *ambulant-ärztlichen Leistungen* liefern quartalsweise die vergebenen Diagnosen inklusive der Schlüssel zur Diagnosesicherheit.
- Der Datensatz zu *Krankenhausbehandlungen* liefert taggenaue Informationen über Krankenhausaufenthalte. Auch hierzu sind die Diagnosen gemäß der Internationalen Klassifikation der Krankheiten (ICD-Codes) angegeben.

5.1.2 Zur Definition von Pflegebedürftigkeit, Versorgungsart und Pflegearrangement

Pflegebedürftigkeit ist im Rahmen dieses Pflegereports immer als *sozialrechtlicher Begriff* zu verstehen. Es gelten damit immer nur diejenigen Personen als pflegebedürftig, die pflegebedürftig im Sinne des SGB XI sind und Pflegeleistungen beziehen. Zur Ermittlung der Zahl der Pflegebedürftigen werden Bezugszeiten mit folgenden Leistungen der Pflegeversicherung berücksichtigt:

1. *Pflegesachleistung* (§ 36 SGB XI: Pflege durch ambulante Pflegedienste),
2. *Pflegegeld* (§ 37 SGB XI: für selbst beschaffte Pflegehilfen),
3. *Verhinderungspflege* (§ 39 SGB XI: häusliche Pflege bei Verhinderung der Pflegeperson; wird auch Urlaubspflege genannt),
4. *Tages- und Nachtpflege* (§ 41 SGB XI: stationäre Pflege als Ergänzung zur häuslichen Pflege; wird auch teilstationäre Pflege genannt),
5. *Kurzzeitpflege* (§ 42 SGB XI: vorübergehende stationäre Pflege),
6. *Vollstationäre Pflege* (§ 43 SGB XI: dauerhafte vollstationäre Pflege),

7. Zuschuss für stationäre Pflege (§ 43 Abs. 4 SGB XI: vollstationäre Pflege trotz gegenteiliger Empfehlung der Pflegekasse),
8. Kostenerstattung an Vertragseinrichtung ohne Vertragsvereinbarung (§ 91 SGB XI: Leistungen an Pflegeheime oder ambulante Pflegedienste ohne Vertragsvereinbarung nach §§ 85 oder 89 SGB XI),
9. *Pflege in vollstationären Einrichtungen der Behindertenhilfe* (§ 43a SGB XI: Leistungen in einer „...vollstationären Einrichtung der Hilfe für behinderte Menschen, in der die Teilhabe am Arbeitsleben und am Leben in der Gemeinschaft, die schulische Ausbildung oder die Erziehung behinderter Menschen im Vordergrund des Einrichtungszwecks stehen...“).

Zur langfristigen Verlaufsdarstellung werden zudem Zeiten berücksichtigt mit

10. *Ruhen* der Leistungsansprüche (§ 34 SGB XI) für Zeiten, in denen beispielsweise wegen stationärer, medizinischer Behandlung oder wegen Auslandsaufenthalten (noch) keine Pflegeleistungen gewährt werden).

Als *pflegebedürftig* gelten in der Konvention der Pflegestatistik prinzipiell die Versicherten, die Pflegegeld beziehen oder Pflegeleistungen durch ambulante Pflegedienste oder stationäre Pflegeeinrichtungen (ohne Pflege in vollstationären Einrichtungen der Behindertenhilfe) erhalten. Im vorliegenden Pflegereport werden davon abweichend erstmalig auch die Personen mitgezählt, die in vollstationären Einrichtungen der Behindertenhilfe gepflegt werden.

Versorgungsarten im Sinne der Pflegestatistik des Statistischen Bundesamtes: Zur Bestimmung der Pflegeprävalenzen (Pflegequote) berücksichtigt das Statistische Bundesamt folgende Leistungen nach SGB XI: die Pflegesachleistungen, das Pflegegeld, die Verhinderungspflege, die Tages- und Nachtpflege, die Kurzzeitpflege und die vollstationäre Pflege. Diese Leistungen werden in der Pflegestatistik wie folgt zusammengefasst: in Heimen versorgt (vollstationäre Pflege, Kurzzeitpflege, bis zum Bericht 2007 auch Tages- und Nachtpflege), zu Hause versorgt unter Mitwirkung von Pflegediensten (Pflegesachleistungen, Kombinationsleistung, Verhinderungspflege), zu Hause versorgt durch Angehörige (ausschließlich Pflegegeld). Ab dem Jahr 2009 werden die Pflegebedürftigen in Tages- und Nachtpflege nicht für die Ermittlung der Gesamtzahl der Pflegebedürftigen mitgezählt, um eventuelle Doppelzählungen zu vermeiden.

Pflegearrangements im Sinne der bisherigen BARMER GEK Pflegereporte: Die Kategorisierung der Pflegebedürftigen im Pflegereport unterscheidet sich von dieser Kategorisierung der Pflegestatistik. Dies geschieht, um der grundsätzlichen Ausrichtung des Pflegearrangements Rechnung zu tragen. Im Wesentlichen wird dabei zwischen drei Pflegearrangements unterschieden:

1. *Informelle Pflege:* Die Pflegebedürftigen werden prinzipiell nur von nicht professionellen Pflegepersonen, in der Regel Angehörigen, zu Hause gepflegt und nur im Verhinderungsfall wird eine professionelle Hilfe in Anspruch genommen (Pflegegeld; Verhinderungspflege).
2. *Formell-ambulante Pflege:* Die Pflegebedürftigen werden prinzipiell zu Hause gepflegt. Dabei wird regelmäßig ein Pflegedienst in Anspruch genommen (Sachleistungen; Kombinationsleistung; teilstationäre Pflege; Kurzzeitpflege; Kostenerstattungen an Vertragseinrichtung ohne Vertragsvereinbarung). Auch die Kurzzeitpflege ist hier gefasst, weil die Orientierung meist auf die Überbrückung kürzerer Zeiten ausgerichtet ist, in der die häusliche Pflege organisiert werden soll oder die Pflegepersonen Urlaub machen wollen (siehe auch Abschnitt 5.3.3).
3. *Vollstationäre Pflege:* Die Pflegebedürftigen werden dauerhaft im Heim versorgt (dauerhafte vollstationäre Heimpflege; Zuschüsse für stationäre Pflege).

Behinderte Pflegebedürftige, die ausschließlich Pflegeleistungen nach § 43a SGB XI erhalten, werden in der Pflegestatistik nicht ausgewiesen (vgl. Abschnitt 4.1) und wurden in den bisherigen Pflegereporten der BARMER GEK nicht als eigenes Pflegearrangement berücksichtigt. In diesem Report werden diese Zahlen erstmalig ausgewiesen als

4. *Pflege in vollstationären Einrichtungen der Behindertenhilfe:* Diese Leistung wird in den Analysen nur dann ausgewiesen, wenn sie ausschließlich geleistet wird und nicht im gleichen Monat beispielsweise noch Pflegegeld gezahlt wird.

Pflegestufe: Bei der Pflegestufe wird grundsätzlich zwischen Pflegestufe I, Pflegestufe II und Pflegestufe III unterschieden. Die Härtefälle wurden für die Analysen der Pflegestufe III zugeordnet.

Zeitliche Zuordnung: Im Gegensatz zum Pflegereport 2009 (Rothgang et al. 2009) werden die Verläufe nicht taggenau oder quartalsweise erfasst (siehe BARMER GEK Pflegereport 2010; Rothgang et al. 2010), sondern monatsweise (siehe BARMER GEK Pflegereport 2011). Dies ist dem Umstand geschuldet, dass das Verständnis für Pflegearrangements sich nicht auf einen Tag bezieht, sondern auf längere zeitliche Einheiten. Wenn beispielsweise neben dem Pflegegeld einmal in der Woche auch Tagespflege in Anspruch genommen wird, ist dies ein über längere Zeit andauerndes Pflegearrangement häuslicher Pflege mit Unterstützung durch Pflegeeinrichtungen. Bei tagesgenauer Betrachtung würde diese Situation als permanenter Wechsel des Pflegearrangements kodiert. Eine quartalsweise Betrachtung würde Veränderungen in Pflegearrangements oder in Pflegestufen möglicherweise übersehen. Eine monatliche Betrachtung erfasst das Arrangement am zuverlässigsten und entspricht außerdem dem Umstand, dass die Abrechnungen für die Leistungen in der Regel monatlich erfolgen.

Die monatliche Zuordnung der Pflegestufe und der Pflegearrangements erfolgt hierarchisch: Liegen für einen Monat zwei unterschiedliche Meldungen zur Pflegestufe vor, überschreibt die höhere Pflegestufe die niedrigere. Liegen für einen Monat unterschiedliche Pflegearrangements vor, dann überschreibt die vollstationäre Pflege die formell-ambulante Pflege und diese wiederum die informelle Pflege. Die Pflege in vollstationären Einrichtungen der Behindertenhilfe wird nur als solche erfasst, wenn keine der anderen drei Pflegearrangements im gleichen Monat auftreten.

5.1.3 Variablenkonstruktion, Selektionen, Gewichtung

Für die Auswertungen wurden, wenn nicht anders ausgewiesen, *keine Altersbeschränkungen* vorgenommen. Altersbeschränkungen erlauben die Konzentration auf eine bestimmte Zielgruppe, etwa die Altenpflege, geben dann aber kein vollständiges Bild auf die Pflegebedürftigkeit insgesamt. Um dieses Bild zu gewinnen, werden seit 2011 Pflegebedürftige aller Altersgruppen in die Betrachtung einbezo-

gen. Eine Selektion wurde aber durchweg hinsichtlich der *Versichertenzeit* vorgenommen. Damit geprüft werden kann, ob Pflegebedürftigkeit oder eine Diagnose erstmalig auftritt, muss vor dem Berichtsjahr mindestens ein zurückliegendes Beobachtungsfenster von 12 Monaten vorliegen (Ausnahme 0-1-Jährige).

Im Einzelnen wurden für die Analysen folgende Variablen verwendet:

Erkrankungen: Zur Messung der Erkrankungen wurde auf die dokumentierten Diagnosen aus den ambulanten und stationären Daten zurückgegriffen. In Deutschland wird zur Verschlüsselung von Diagnosen in der medizinischen Versorgung die ICD-10-GM angewendet, die durch das Deutsche Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI 2009) ins Deutsche übersetzt und ergänzt wird. Die Übersetzung basiert auf der Klassifikation der Erkrankungen, wie sie von der WHO (2010) vorgenommen wird.

Es wird zum einen nach den ICD-3-Stellern differenziert:

- ICD10: A00, A01 ... Z99.

Zum anderen wird wegen der Nähe zur geriatrischen Versorgung ein Vergleich geriatritypischer Merkmale (zur Zuordnung der ICDs zu den Merkmalen siehe Anhang) vorgenommen:

- Immobilität (inkl. protrazierter Mobilisierungsverlauf)
- Sturzneigung und Schwindel
- Kognitive Defizite
- Inkontinenz
- Dekubitalulcera
- Fehl- und Mangelernährung
- Störungen im Flüssigkeits- und Elektrolythaushalt
- Depression, Angststörung
- Schmerz
- Sensibilitätsstörungen
- Herabgesetzte Belastbarkeit, Gebrechlichkeit
- Starke Seh- und Hörbehinderung
- Medikationsprobleme

- Hohes Komplikationsrisiko
- Verzögerte Rekonvaleszenz

Geschlecht: Frauen werden mit Männern verglichen.

Alter: Das Alter wurde durch die Subtraktion des Geburtsjahres vom jeweiligen Beobachtungsjahr ermittelt. In der Regel werden 5-Jahres-Alterskategorien gebildet oder Altersklassifikationen wie in der Pflegestatistik (z. B. Statistisches Bundesamt 2011d) vorgenommen.

Versicherte und Mitglieder: Als Versicherte einer Krankenkasse gelten sowohl die Mitglieder, die Beiträge entrichten bzw. für die Beiträge entrichtet werden, als auch die mitversicherten Familienangehörigen (Ehepartner mit keinem oder nur geringfügigem eigenen Einkommen, Kinder, eingetragene Lebenspartner). In die vorliegenden Analysen werden alle Versicherten eingeschlossen.

Verstorben: Als „verstorben“ werden diejenigen klassifiziert, für die ein dokumentierter Austrittsgrund „Tod“ vorliegt.

Hochrechnung: Die Hochrechnung der Ergebnisse erfolgt von der jeweiligen Versichertenbevölkerung der BARMER GEK unter Berücksichtigung der Selektionen anhand von Alter und Geschlecht auf die gesamte Bundesbevölkerung zum entsprechenden Zeitpunkt. Dazu werden die Versicherten in 5-Jahres-Alterskategorien bis zur rechtsoffenen Alterskategorie 90+ eingeteilt. Andere Faktoren, etwa Unterschiede zwischen BARMER GEK-Versicherten und der sonstigen Bevölkerung in Bezug auf die Morbidität, werden nicht zur Hochrechnung verwendet.

Aufgrund der unterschiedlichen Datenbestände basieren die Auswertungen für das Berichtsjahr 2011 und für die Zeitreihen- und Verlaufsanalysen auf unterschiedlichen Daten.

5.1.3.1 Datengrundlage für die Analysen im Berichtsjahr 2011

Die Darstellung der Situation im Jahr 2011 (Abschnitt 5.2) beruht auf den Routinedaten aller Versicherten der BARMER GEK. Die Erfassung der Erkrankungen erfolgt anhand der Diagnosedaten aus dem Jahr 2010. Für die Berechnung von Pflegeinzidenzen wird für das Jahr 2010 überprüft, dass keine Pflegeleistungen in Anspruch genommen wurden. Daher werden in den Untersuchungen nur die Versi-

cherten berücksichtigt, die auch *durchgängig im Jahr 2010 und mindestens im Januar 2011 versichert* waren (gilt nicht für 0-1-Jährige).

Von *Pflegeinzidenz* wird für das Berichtsjahr 2011 dann gesprochen, wenn im ganzen Jahr 2010 keine Pflegeleistungen in Anspruch genommen wurden, wohl aber im Jahr 2011. Die Zuschreibung der Pflegestufe und des Pflegearrangements für prävalente und inzidente Fälle erfolgt nach dem ersten erfassten Pflegearrangement im Jahr 2011.

5.1.3.2 Datengrundlage für die Zeitreihen- und Verlaufsanalysen

Für die Zeitreihen und Verlaufsanalysen werden nur die Daten der ehemaligen GEK-Versicherten genutzt. Die Pflegeleistungen werden im ambulanten Bereich seit 1995 gewährt und im stationären Bereich seit 1996. Die Datenerfassung mit konkreten Angaben zur Leistungsart und der Pflegestufe erfolgte in der GEK aber erst seit 1998. Für vorangegangene Pflegebedürftigkeiten ist in den Pflegedaten das Zugangsdatum enthalten, es finden sich aber keine konkreten Informationen über das Leistungsgeschehen. Auch spätere Zugangsjahre enthalten noch einzelne Biografien, bei denen zum Zugangszeitpunkt keine Leistungen dokumentiert sind. Die Zahl dieser Fälle verringert sich deutlich bis zum Zugangsjahr 2000. Gründe für auch später noch auftretende Fälle eines Pflegezugangs ohne Leistungsbezug sind beispielsweise die Feststellung der Pflegebedürftigkeit während eines Krankenhausaufenthaltes, nach dem aber dann keine Pflegeleistungsbezüge mehr erfolgten. Gehäuft finden sich unvollständige Pflegebiografien, wenn wegen einer Krankenkassenfusion oder wegen individueller Kassenwechsel die Pflegeverläufe nicht in die Datenbank der BARMER GEK übernommen werden konnten. Um Verzerrungen durch solche Fehler im Datensatz zu vermeiden, werden Zeitreihen- und Verlaufsanalysen in Abschnitt 6.1 erst mit der Zugangskohorte 2000 durchgeführt. Wie die amtliche Statistik zeigt, sind zu diesem Zeitpunkt auch die Einführungseffekte ausgeklungen (vgl. Kapitel 4), so dass eine Längsschnittanalyse mit dieser Zugangskohorte verlässliche Ergebnisse produziert.

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

1. Für die zurückliegenden 12 Monate dürfen keine Pflegeleistungen in Form der Leistungen oder Phasen 1–10 vorliegen (siehe Seite 149). Zusätzlich muss sichergestellt sein, dass die Personen im jeweils zurückliegenden Zeitraum von 12 Monaten auch bei der Krankenkasse versichert waren (gilt nicht für 0-1-Jährige).
2. Die dokumentierten Pflegezugangszeitpunkte ohne entsprechende Leistungsmeldungen liegen nicht länger als 3 Monate zurück. Diese Entscheidung ist unter der Annahme getroffen worden, dass es immer noch Dokumentationslücken innerhalb eines Quartals geben kann, wobei die Leistungsberechtigung auf den Beginn des Quartals gesetzt wird, aber mögliche Leistungen erst später erfolgen.

Für die Messungen im Jahr 1998 kann die erste Bedingung nicht überprüft werden, sondern nur die zweite. Für dieses Jahr sind Einführungs- und Erhebungseffekte wahrscheinlicher als für die nachfolgenden Jahre. Der Wandel von Pflegebedürftigkeit wird trotz dieser Limitationen ab dem ersten Erhebungsjahr 1998 beleuchtet (Abschnitt 5.3).

5.2 Pflegebedürftigkeit im Jahr 2011

Daten zur Zahl der Pflegebedürftigen und zur Pflegeprävalenz liegen in der amtlichen Statistik vor und wurden in Kapitel 4 analysiert. Die Stärke der in diesem Kapitel untersuchten Kassendaten liegt nicht in der Reproduktion dieser Kennzahlen, sondern insbesondere in der Möglichkeit für Verlaufsanalysen. Diese werden in Abschnitt 5.3 durchgeführt. Weiterhin erlauben die prozessproduzierten Kassendaten eine Beschreibung der Pflegebedürftigen über die in der amtlichen Statistik verwendeten Merkmale Alter, Geschlecht, Pflegestufe und Pflegeleistung hinaus durch Bezugnahme auf ihre Morbidität. Nachstehend wird daher in Abschnitt 5.2.1 auf das Krankheitsspektrum bei Pflegebedürftigkeit eingegangen, während in Abschnitt 5.2.2 untersucht wird, wie sich die Morbidität inzidenter und prävalenter Fälle unterscheidet.

5.2.1 Diagnosen bei Pflegebedürftigkeit

Welches sind eigentlich die mit der Pflege assoziierten Diagnosen? Welches sind die Diagnosen, die vor oder während der Pflegebedürftigkeit besonders häufig vorkommen? Bei den Pflegebegutachtungen des MDK werden "pflegebegründende Diagnosen" mit erhoben. Die Berichterstattung des MDS liefert hierzu aber nur wenige Informationen,⁵² die zudem selten veröffentlicht werden⁵³, wobei die Aussagekraft der dokumentierten Diagnosen als eingeschränkt wahrgenommen wird⁵⁴ und die Bedeutung für die Vergabe einer Pflegestufe⁵⁵ als nachrangig angesehen wird.

Die Verknüpfung der prozessproduzierten Pflegedaten mit den Krankenhausdaten und den Daten zur ambulanten ärztlichen Behandlung bieten daher eine umfassendere Möglichkeit, den Zusammenhang von Erkrankungen und Pflegebedürftigkeit näher zu untersuchen. In den bisherigen Pflegereporten sind derartige Untersuchungen schon für ausgewählte Diagnosegruppen durchgeführt worden, deren Auswahl im Wesentlichen in Anlehnung an die Berichterstattung des MDS erfolgte.

⁵² Der Erfassungsbogen (MDS 2009a: 129) hat zwei explizite Felder zur Diagnoseeingabe sowie ein Freitextfeld. Im Rahmen der Pflegestatistik-Richtlinien nach § 53a Satz 1 Nr. 3 SGB XI wird für die Berichterstattung nur die erste pflegebegründende Diagnose berücksichtigt (MDS 2000). Mögliche Darstellungen der Multimorbidität entfallen damit.

⁵³ Seit dem Berichtsjahr 1998 werden die Pflegeberichte des Medizinischen Dienstes veröffentlicht (MDS 2000; 2001; 2003; 2005; 2006; 2007a; 2007b; 2009; 2010b). Grobe Differenzierungen der pflegebegründenden Diagnosen nach den vier häufigsten Diagnosehauptgruppen finden sich zuletzt im Pflegebericht für 2006 (MDS 2007b). Eine Aufzählung von häufigen Einzeldiagnosen in den häufigsten Diagnosehauptgruppen gab es zuletzt für den Berichtszeitraum 2001-2002 (MDS 2003).

⁵⁴ "Zudem ist zu berücksichtigen, dass die diagnostischen Möglichkeiten eines Gutachters im Rahmen eines Haus- / Heimbisuches eingeschränkt sind" (MDS 2007b: 17).

⁵⁵ Die "Feststellung der Pflegebedürftigkeit nach SGB XI wird ... nicht auf bestimmte Krankheitsbilder oder Diagnosen wie z. B. Demenz abgestellt, sondern auf einen tatsächlichen Hilfebedarf" (MDS 2009: 7).

te. Damit ist es aber zu einer Vorauswahl gekommen, die das Ergebnis möglicherweise verzerrt. Um die Relevanz der Erkrankungen (Diagnosen) für die Pflegebedürftigkeit zu ergründen, werden nachfolgend alle dokumentierten ICD-Kodierungen (dreistellig) jeweils für Pflegebedürftige und für Nicht-Pflegebedürftige ausgezählt (Abschnitt 5.2.1.1).

Der 3-Steller des ICD ist nicht immer differenziert genug, um das Spezifische einer Erkrankung zu erfassen. In anderen Fällen ist er bereits zu differenziert, um eine ausreichende Fallzahl zu gewinnen. Daher wird in Abschnitt 5.2.1.2 ein weiteres Kriterium zur Charakterisierung herangezogen. Es handelt sich dabei um geriatrietypische Merkmalskomplexe (GtMK), wie sie verwendet wurden, um geriatrietypische Multimorbidität (GtMM) mit Routinedaten zu bestimmen (Lübcke & Meinck 2012; Meinck et al. 2012). Der Operationalisierungsvorschlag basiert auf einem Positionspapier von geriatrischen Fachgesellschaften unter dem Titel „Abgrenzungskriterien der Geriatrie“ in der Version V1.3 (Borchelt et al. 2004). In dem Operationalisierungsvorschlag wurden 15 mit ICD-10-GM-Codes hinterlegte GtMK als Grundlage zur Bestimmung der GtMM genutzt (KCG 2012).

5.2.1.1 3-Steller des ICD10

In Tabelle 33 sind die 15 häufigsten Diagnosen bei Pflegebedürftigen und deren jeweilige Häufigkeit differenziert nach fünf Altersklassen für beide Geschlechter angegeben. Um zu überprüfen, ob diese Diagnose bei Pflegebedürftigen häufiger auftritt als bei Nicht-Pflegebedürftigen, ist zudem der Quotient der Prävalenzen angegeben („Relationsfaktor“). Die Darstellung erfolgt dabei nur für Diagnosen, die so häufig sind, dass in jeder Subgruppe von Pflegebedürftigen mindestens 30 Fälle enthalten sind. Die Häufigkeit allein gibt aber keine Auskunft darüber, wie relevant diese Diagnose für Pflegebedürftigkeit ist.

In Tabelle 34 sind daher für dieselben Altersgruppen und für beide Geschlechter die 15 Diagnosen enthalten, bei denen sich die Prävalenzen von Pflegebedürftigen und Nicht-Pflegebedürftigen am stärksten unterscheiden, die also den höchsten Relationsfaktor aufweisen. Nur wenn eine Diagnose einen hohen Relationsfaktor aufweist, zugleich aber auch häufig ist, kann davon ausgegangen werden, dass sie eine größere Bedeutung als pflegebegründende Diagnose hat.

Unter den 0–14-jährigen pflegebedürftigen Jungen ist 'J06' die häufigste Diagnose unter den ICD-3-Stellern (Tabelle 33). 40 % der pflegebedürftigen Jungen haben diese Diagnose mindestens einmal im Jahr 2010 bekommen. Hinter J06 verbergen sich „Akute Infektionen an mehreren oder nicht näher bezeichneten Lokalisationen der oberen Atemwege“ (ICD-Kodierungen zu finden in DIMDI 2009). Der relative Vergleich mit den Prävalenzen bei nicht pflegebedürftigen Jungen im Alter von 0–14 Jahren liegt aber beim Faktor von 1. Somit ist die akute Infektion zwar bei den pflegebedürftigen Jungen sehr häufig, aber nicht häufiger als bei nicht pflegebedürftigen Jungen und damit anscheinend nicht spezifisch für Pflegebedürftigkeit. Unter den pflegebedürftigen Mädchen ist diese Diagnose ebenfalls die häufigste. Ihre Häufigkeit unterscheidet sich aber gleichfalls nicht von der Häufigkeit bei nicht pflegebedürftigen Mädchen. Im Kindesalter sind es aber auch die Diagnosen aus dem Bereich F8, die besonders häufig bei Pflegebedürftigen vorkommen. Das Diagnosekapitel 'F' umschreibt psychische und Verhaltensstörungen. Die Gruppe 'F8' bezeichnet dabei Entwicklungsstörungen. Die Diagnosen F80, F82, F83, F89 sind bei pflegebedürftigen Jungen und Mädchen mit einer Prävalenz von mehr als 20 % unter den häufigsten 15 Diagnosen zu finden. Zudem kommen diese auch relativ zu den Nicht-Pflegebedürftigen (Faktor 3–51) sehr häufig vor. Weitere häufige und zudem im Vergleich zu Nicht-Pflegebedürftigen mit deutlich höherer Prävalenz auftretende Diagnosen sind R62 (Ausbleiben der erwarteten normalen physiologischen Entwicklung) bei über einem Viertel (10-fache Prävalenz), G40 (Epilepsie) bei jedem fünften pflegebedürftigen Kind (40-fache Prävalenz) und G80 (Infantile Zerebralparese, z. B. spastische Lähmung) bei jedem fünften pflegebedürftigen Kind (80-fache Prävalenz).

Die häufigste Diagnose als ICD-3-Steller bei älteren Pflegebedürftigen (60 Jahre und älter) ist I10 (Bluthochdruck). Die Häufigkeit bei Pflegebedürftigen unterscheidet sich aber nicht von der bei Nicht-Pflegebedürftigen. Die häufigste Diagnose bei älteren Menschen, die bei Pflegebedürftigen mindestens dreimal so häufig vorkommt wie bei Nicht-Pflegebedürftigen, ist R32 (nicht näher bezeichnete Harninkontinenz). Mehr als ein Viertel der pflegebedürftigen Männer und Frauen in den Alterskategorien ab 75 Jahre sind davon betroffen.

Tabelle 33: Häufigste Diagnosen bei Pflegebedürftigen

Anteile in % und Relationsfaktor im Vergleich zu Nicht-Pflegebedürftigen														
Jungen 0-14 J.			Männer 15-59 J.			Männer 60-74 J.			Männer 75-84 J.			Männer 85+ J.		
Diag	%	Rel.	Diag	%	Rel.	Diag	%	Rel.	Diag	%	Rel.	Diag	%	Rel.
J06	40	1	G40	24	24	I10	71	1	I10	80	1	I10	77	1
F80	37	3	Z25	23	4	E78	45	1	E78	48	1	I25	47	1
H52	33	2	I10	23	2	E11	37	2	I25	45	1	N40	44	1
Z00	31	1	G82	21	199	Z25	33	1	N40	42	1	Z25	40	1
F83	29	17	H52	19	2	I25	31	2	E11	41	2	I50	39	2
F89	27	11	F79	19	99	H52	29	1	Z25	39	1	E78	39	1
R62	26	8	R32	15	81	M54	28	1	H52	35	1	H52	32	1
F82	25	5	M54	15	1	N40	27	1	I50	32	2	E11	30	1
H50	25	3	E78	15	1	F32	24	3	M54	30	1	F03	28	7
J20	22	1	F32	14	2	E14	24	2	Z92	28	2	I48	28	1
G40	20	36	G93	13	47	Z92	21	3	I48	27	2	M54	28	1
F84	20	51	J06	13	1	I50	21	3	N39	26	3	N18	27	2
R50	20	1	N39	13	9	N39	20	4	N18	25	2	R32	26	6
G80	18	68	G80	12	177	E79	20	1	E14	25	2	Z96	26	1
Q66	17	2	L30	12	2	G81	19	23	R32	24	9	N39	25	2
Anteile in % und Relationsfaktor im Vergleich zu Nicht-Pflegebedürftigen														
Mädchen 0-14 J.			Frauen 15-59 J.			Frauen 60-74 J.			Frauen 75-84 J.			Frauen 85+ J.		
Diag	%	Rel.	Diag	%	Rel.	Diag	%	Rel.	Diag	%	Rel.	Diag	%	Rel.
J06	43	1	Z12	29	1	I10	68	1	I10	79	1	I10	78	1
H52	36	2	I10	23	2	E78	41	1	E78	46	1	I50	40	2
F80	35	4	F32	23	2	F32	36	2	Z25	38	1	Z25	39	1
Z00	32	1	H52	22	1	M54	35	1	M54	36	1	E78	38	1
H50	31	3	Z25	22	3	Z25	32	1	F32	34	2	F03	34	7
R62	28	11	Z30	22	0	H52	30	1	H52	33	1	I25	33	1
F83	28	32	G40	22	25	E11	29	2	E11	32	2	M81	33	1
F89	26	19	G82	21	232	N39	28	2	M81	31	1	R32	32	4
F82	24	9	M54	21	1	Z12	25	1	I25	30	2	M54	30	1
J20	24	2	R32	19	23	R32	24	6	I50	30	2	F32	29	2
G40	22	48	N39	19	3	E66	23	2	N39	30	2	N39	28	2
R50	20	1	F79	18	123	M81	22	2	R32	28	5	H52	28	1
G80	20	101	N89	16	1	N95	20	1	Z96	27	1	Z96	27	1
Q66	18	3	E66	14	2	R52	19	3	M17	27	1	E11	25	1
Z27	17	1	E78	14	2	M47	19	1	F03	27	13	M17	24	1

Tabelle 34: Diagnosen mit den größten Häufigkeitsunterschieden

Anteile in % und Relationsfaktor im Vergleich zu Nicht-Pflegebedürftigen														
Jungen 0-14 J.			Männer 15-59 J.			Männer 60-74 J.			Männer 75-84 J.			Männer 85+ J.		
Diag	%	Rel.	Diag	%	Rel.	Diag	%	Rel.	Diag	%	Rel.	Diag	%	Rel.
Q91	0	1652	F73	4	604	U83	0	85	N37	0	36	F91	1	19
F73	2	856	F72	8	444	Q90	0	68	F02	4	30	L22	0	16
K87	0	690	Q90	9	401	F02	3	66	J69	2	26	F02	2	15
Q90	13	636	Q92	1	305	U52	1	56	P91	0	22	E43	0	13
G92	0	483	Q02	1	272	G10	0	50	G10	0	22	J69	1	12
G82	10	429	P52	0	251	J69	2	50	U52	1	20	G94	0	11
F72	4	387	Q93	0	215	F72	1	48	R15	12	19	R40	2	11
Q92	2	360	G82	21	199	F73	0	44	F16	0	18	R15	12	11
Z43	4	277	G80	12	177	G82	7	43	L22	0	17	Q81	0	11
F02	0	261	P11	0	173	T05	0	41	F28	0	17	L89	10	11
Z93	5	251	P35	0	158	R15	11	39	L89	10	16	C48	0	10
G12	1	229	P96	2	154	F00	5	36	R40	2	16	G09	0	10
G31	1	224	F02	1	154	P91	0	34	F00	11	15	F50	0	9
Q93	1	206	U52	1	150	G30	6	34	E41	0	15	T19	1	9
Z99	5	179	R15	9	150	G23	1	32	T05	0	15	U80	3	9
Anteile in % und Relationsfaktor im Vergleich zu Nicht-Pflegebedürftigen														
Mädchen 0-14 J.			Frauen 15-59 J.			Frauen 60-74 J.			Frauen 75-84 J.			Frauen 85+ J.		
Diag	%	Rel.	Diag	%	Rel.	Diag	%	Rel.	Diag	%	Rel.	Diag	%	Rel.
F73	2	2396	F73	4	670	P91	0	92	J69	1	34	F61	0	23
F72	5	669	F72	7	468	F02	2	84	F02	2	29	L22	0	17
Q90	14	619	Q90	8	331	U52	1	81	S48	0	23	X49	0	16
C78	0	602	Q02	1	250	Q90	0	66	L22	0	22	F02	1	15
G82	10	567	G82	21	232	G10	0	63	G30	14	19	J69	1	15
Z43	5	521	P91	2	222	J69	1	60	F00	12	19	T05	0	13
Q91	0	423	Q93	0	221	G82	7	55	L89	9	19	L89	10	12
Z93	5	416	G80	11	212	F00	7	52	G82	2	17	G94	0	12
Z49	1	372	U52	1	190	G30	8	51	F05	4	16	N16	0	12
D63	1	332	F02	1	185	U55	0	48	N37	0	16	F00	12	11
K87	0	331	F71	8	165	F73	0	46	G10	0	16	G30	13	11
G31	2	322	F84	4	150	L89	8	45	U52	0	16	F50	1	10
Q93	2	303	P96	2	139	T40	0	44	R40	2	16	R40	2	10
T85	3	299	Q92	1	136	F72	0	38	F01	11	14	F05	4	10
G12	1	278	L89	5	129	R48	1	34	S88	0	13	G41	0	9

Mit Tabelle 34 wird nun die Blickrichtung geändert. Hier werden die 15 Diagnosen ausgewählt, bei denen sich der größte *relative* Prävalenzunterschied zwischen Pflegebedürftigen und Nicht-Pflegebedürftigen zeigt.

Bei Kindern zeigt sich der größte relative Unterschied bei Q90 (Down-Syndrom: Trisomie 21), Q91 (Edwards-Syndrom und Patau-Syndrom: Trisomie 18 und 13) sowie F72, F73 (schwere und schwerste Intelligenzminderung); K87 (Krankheiten der Gallenblase, der Gallenwege und des Pankreas bei anderenorts klassifizierten Krankheiten z. B. Mumps); G82 (Paraparese und Paraplegie, Tetraparese und Tetraplegie⁵⁶). Q90 und G82 sind dabei mit einer Prävalenz von jeweils über 10 % unter den Pflegebedürftigen die häufigsten Erkrankungen der Top15 der Diagnosen mit größtem Relationsfaktor. Diese Syndrome oder Erkrankungen können somit im Kindesalter zu den bedeutendsten pflegebegründenden Diagnosen gezählt werden.

F00 (Demenz bei Alzheimer-Krankheit) und F02 (Demenz bei andernorts klassifizierten Krankheiten) sind im Vergleich zu Nicht-Pflegebedürftigen relativ häufig bei älteren Pflegebedürftigen zu finden. Entsprechend ist in den Top15 der nach Prävalenzunterschieden sortierten Diagnosen auch bei den älteren Frauen die Diagnose G30 (Alzheimer-Krankheit) zu finden. Von großer Relevanz ist aber auch R15 (Stuhlinkontinenz) (Faktor 11-19; Prävalenz 12 %) bei Männern und L89 (Dekubitalgeschwür und Druckzone) (Faktor 10-19, Prävalenz 10 %) bei Männern und Frauen im Alter jenseits der 75 Jahre. Während die Demenzerkrankungen und Inkontinenzen als pflegebegründend gewertet werden können, könnten Dekubitalgeschwüre auch als Folgen unsachgerechter Pflege angesehen werden.⁵⁷ Zur besseren Übersichtlichkeit sind in Tabelle 35 diejenigen Diagnosen mit einer Prävalenz von mindestens 10 % und einem Relationsfaktor von mindestens 10 hervorgehoben. Hierbei handelt sich um Diagnosen, die sowohl häufig als auch bei

⁵⁶ Hierbei ist zu beachten, dass diese Kategorie zur Verschlüsselung von Paresen und Plegien bei Querschnittlähmungen oder Hirnerkrankungen dient, wenn andere Schlüsselnummern nicht zur Verfügung stehen

⁵⁷ Siehe dazu auch Abschnitt 6.4 zu den vermeidbaren Krankenhausaufenthalten.

Pflegebedürftigen deutlich häufiger sind als bei Nicht-Pflegebedürftigen, und daher zu den bedeutendsten pflegebegründenden Diagnosen gezählt werden können.

Tabelle 35: Diagnosen mit einer Prävalenz von mindestens 10 % bei Pflegebedürftigen und einem Relationsfaktor von mindestens 10														
Anteile in % und Relationsfaktor im Vergleich zu Nicht-Pflegebedürftigen														
Jungen 0-14 J.			Männer 15-59 J.			Männer 60-74 J.			Männer 75-84 J.			Männer 85+ J.		
Diag	%	Rel.	Diag	%	Rel.	Diag	%	Rel.	Diag	%	Rel.	Diag	%	Rel.
F83	29	17	G40	24	24	G81	19	23	R15	12	19			
F89	27	11	G82	21	199	R15	11	39	L89	10	16			
G40	20	36	F79	19	99				F00	11	15			
F84	20	51	R32	15	81									
G80	18	68	G93	13	47									
Q90	13	636	G80	12	177									
G82	10	429												
Mädchen 0-14 J.			Frauen 15-59 J.			Frauen 60-74 J.			Frauen 75-84 J.			Frauen 85+ J.		
Diag	%	Rel.	Diag	%	Rel.	Diag	%	Rel.	Diag	%	Rel.	Diag	%	Rel.
F83	28	32	G82	21	232				F03	27	13	L89	10	12
G40	22	48	R32	19	23				G30	14	19	F00	12	11
G80	20	101	F79	18	123				F00	12	19	G30	13	11
Q90	14	619	G82	21	232									
G82	10	567	G80	11	212									

5.2.1.2 Geriatrietypische Merkmalskomplexe

Geriatrische Versorgung bedeutet im Allgemeinen die Versorgung von älteren, multimorbiden Patienten. Zur Definition und Einteilung geriatrischer Patienten haben sich geriatrische Fachverbände auf die Entwicklung geriatrietypischer Merkmalskomplexe (GtMK) geeinigt (siehe 5.2.1; KGC 2012; Tabelle 36).

Patienten mit zwei oder mehr GtMK werden nach den Vorschlägen der gemeinsamen Arbeitsgruppe von Geriatriefachverbänden als Patienten mit geriatrietypischer Multimorbidität (GtMM) klassifiziert (Borchelt et al. 2004: 6). Lübcke & Meinck

(2012: 489) stellen für Pflegebedürftige eine größere Wahrscheinlichkeit für das Auftreten von GtMK fest.

Tabelle 36: Geriatrietypische Merkmalskomplexe (GtMK)
Medikationsprobleme Immobilität (inkl. protrahiertem Mobilisierungsverlauf) Sturzneigung und Schwindel Kognitive Defizite Inkontinenz Dekubitalulcera Fehl- und Mangelernährung Störungen im Flüssigkeits- und Elektrolythaushalt Depression, Angststörung Schmerz Sensibilitätsstörungen Herabgesetzte Belastbarkeit, Gebrechlichkeit Starke Seh- und Hörbehinderung Hohes Komplikationsrisiko Verzögerte Rekonvaleszenz
Quelle: KGC (2012); weitere Erläuterungen siehe Anhang 10.1

Um den Zusammenhang von GtMK und Pflegebedürftigkeit näher zu untersuchen, wird in Tabelle 37 der Quotient der Prävalenzen der geriatrietypischen Merkmalskomplexe bei Pflegebedürftigen und Nicht-Pflegebedürftigen angegeben. Dabei wird wiederum nach Alterskategorie und Geschlecht unterschieden. Die Darstellung erfolgt nur für relevante Diagnosen (Häufigkeit > 100 in jeder Subgruppe).⁵⁸

⁵⁸ Die Resultate der Analysen sind immer auch abhängig vom Beobachtungsfenster, in dem die Diagnosen gemessen werden, und von den berücksichtigten Daten. Meinck et al. (2012) haben die GtMK auf Grundlage von AOK-Routinedaten zur ambulanten ärztlichen Versorgung gemessen. Ambulant treten die Komplexe 'Schmerz' und 'Starke Seh- und Hörbehinderung' aber häufiger auf als bei Verwendung der stationären Daten. Die Komplexe 'Störungen im

Ein Faktor von 1 bedeutet, das Pflegebedürftige und Nicht-Pflegebedürftige mit gleicher Wahrscheinlichkeit Diagnosen im entsprechenden GtMK aufweisen. Ist der Faktor < 1 , ist der Merkmalskomplex bei Nicht-Pflegebedürftigen häufiger, ist der Faktor > 1 , ist der Merkmalskomplex bei Pflegebedürftigen häufiger.

Wie Tabelle 37 zeigt, ist die Wahrscheinlichkeit für das Auftreten geriatritypischer Merkmalskomplexe für Pflegebedürftige meist um ein Vielfaches größer als für Nicht-Pflegebedürftige, mit Ausnahme des Komplexes der Seh- und Hörbehinderung. Besonders deutlich wird dies für die Altenbevölkerung (65 Jahre und älter) bei den Merkmalen „Medikationsprobleme“, „Immobilität“, „Kognitive Defizite“, „Inkontinenz“, „Decubitalulcera“, „Fehl- und Mangelernährung“ und „Belastbarkeit, Gebrechlichkeit“. Dabei ist der Unterschied zwischen Pflegebedürftigen und Nicht-Pflegebedürftigen bei den „Jungen“ (bis 65 Jahre) größer als bei den „jungen Alten“, die immer noch größere Unterschiede aufweisen als die Hochaltrigen (80 Jahre und älter). Dies ist darauf zurückzuführen, dass die Wahrscheinlichkeit dafür, dass diese Merkmalskomplexe auftreten, mit dem Alter ansteigt – auch bei den Nicht-Pflegebedürftigen –, und so die Unterscheidung zwischen diesen beiden Teilgruppen in den Hintergrund tritt. Dies gilt sowohl für Frauen als auch für Männer. Das Vorliegen von GtMK, so das diesbezügliche zentrale Ergebnis, ist also in jüngeren Jahren deutlich ein deutlich besseres Vorhersageinstrument für eine Pflegebedürftigkeit als in älteren Jahren.

Dekubitalulcera, Fehl- und Mangelernährung sowie Störungen im Flüssigkeits- und Elektrolythaushalt könnten ggf. Hinweise auf die Versorgungsqualität geben.

Flüssigkeits- und Elektrolythaushalt, 'Fehl- und Mangelernährung' und 'Inkontinenz', aber auch 'Hohes Komplikationsrisiko' sind dagegen in den stationären Diagnosen relativ häufig. Die ausschließliche Nutzung nur ambulanter oder nur stationärer Daten würde somit ein unvollständiges Bild ergeben. In den vorliegenden Analysen sind daher ambulante und stationäre Diagnosen gemeinsam berücksichtigt worden. Das zeitliche Fenster der Diagnosefeststellung ist in den Vorschlägen der Arbeitsgruppe nicht klar definiert; für die vorliegende Analyse werden alle Diagnosen aus dem Jahr 2010 genutzt.

Tabelle 37: Relationen der geriatritypischen Merkmalskomplexe bei Pflegebedürftigen im Vergleich zu Nicht-Pflegebedürftigen

Männer im Alter von ...	0-14	15-59	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85-89	90+
Medikationsprobleme					21,5	6,6			
Immobilität	19,8	14,4	10,1	9,3	8,0	7,2	5,9	5,9	6,9
Sturzneigung und Schwindel	3,6	4,1	3,1	2,8	2,5	2,3	1,9	1,7	1,5
Kognitive Defizite	16,9	36,1	16,8	14,0	10,9	7,7	5,6	4,5	3,8
Inkontinenz	5,9	53,2	14,4	9,1	6,5	5,6	4,8	4,4	3,7
Dekubitalulcera	36,0	24,0	10,7	9,8	8,5	7,4	5,1	4,3	3,7
Fehl- und Mangelernährung	4,6	29,9	22,3	19,3	17,4	13,2	10,1	7,3	5,5
Störungen im Flüssigkeits- und Elektrolythaushalt	4,7	9,6	7,1	6,1	5,2	4,2	3,3	2,7	2,4
Depression, Angststörung	1,7	2,1	2,2	2,7	2,7	2,3	2,0	1,8	1,6
Schmerz	2,2	3,2	3,0	3,1	3,0	2,5	2,1	2,0	2,2
Sensibilitätsstörungen	5,5	4,6	3,5	3,1	2,6	2,1	1,7	1,4	1,3
Belastbarkeit, Gebrechlichkeit				14,3	13,6	8,9	5,9	3,7	3,4
Seh- und Hörbehinderung	2,9	2,2	1,1	1,0	0,9	0,9	0,8	0,8	0,9
Hohes Komplikationsrisiko	4,6	3,8	2,7	2,3	2,0	1,7	1,5	1,4	1,3
Verzögerte Rekonvaleszenz		3,6			6,3	7,3	4,9	5,2	
Frauen im Alter von ...	0-14	15-59	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85-89	90+
Medikationsprobleme					18,8	7,4	8,9		
Immobilität	30,9	14,6	9,3	9,4	8,6	6,2	5,8	5,3	3,9
Sturzneigung und Schwindel	2,9	3,4	2,5	2,3	2,1	1,9	1,6	1,5	1,4
Kognitive Defizite	21,5	38,9	19,8	16,6	12,7	9,1	6,4	5,0	4,4
Inkontinenz	8,3	12,8	4,5	3,6	3,3	3,1	3,0	3,0	2,9
Dekubitalulcera	42,7	24,9	14,2	10,8	8,1	6,0	4,8	3,9	3,6
Fehl- und Mangelernährung	5,7	14,6	18,0	19,2	13,6	11,7	8,2	7,0	5,5
Störungen im Flüssigkeits- und Elektrolythaushalt	6,1	6,6	6,0	5,2	4,4	3,6	2,9	2,6	2,4
Depression, Angststörung	1,5	1,7	1,8	1,9	1,9	1,8	1,6	1,5	1,5
Schmerz	2,9	3,1	2,9	2,8	2,4	2,2	2,0	1,9	1,9
Sensibilitätsstörungen	6,8	4,3	3,9	3,1	2,6	2,1	1,5	1,3	1,1
Belastbarkeit, Gebrechlichkeit		7,4	7,1	4,6	5,2	4,7	3,6	3,1	2,4
Seh- und Hörbehinderung	3,3	1,8	1,0	0,8	0,8	0,8	0,8	0,8	0,8
Hohes Komplikationsrisiko	6,1	3,1	2,7	2,2	1,9	1,6	1,4	1,3	1,3
Verzögerte Rekonvaleszenz					2,8	3,3	3,4	2,9	

„Die Entstehung eines Dekubitus ist in den meisten Fällen durch pflegerische Maßnahmen zu vermeiden“ (Baumgartner 2003: 212). Ebenso gehört die Sorge um geeignete und ausreichende Ernährung zur Pflege (ebenda: 236ff.). Beim GKV-Spitzenverband (2009a) sind diese Merkmale deshalb als Qualitätsmerkmale erwähnt, auf die bei der Auswahl eines Pflegeheims besonders geachtet werden sollte. Weniger als Folgen von unzureichender Pflege sind Immobilität, kognitive Defizite sowie geringe Belastbarkeit und Gebrechlichkeit zu werten. Dies sind eher Ursachen für Pflegebedürftigkeit. Was ursächlich, was begleitend und was infolge von (guter oder schlechter) Pflege feststellbar wird, kann aber nur im Einzelfall entschieden werden.

Bei Pflegebedürftigen wird oftmals nicht nur das Vorliegen *eines* GtMK gemessen, sondern sehr häufig treten auch *mehrere* GtMK gleichzeitig auf (Tabelle 38). Schon bei den jüngsten Pflegebedürftigen liegt bei über 50 % mehr als ein GtMK vor. Ab der Alterskategorie 75-79 Jahre sind nur noch ca. 6 % der Pflegebedürftigen ohne GtMK. Unter den Nicht-Pflegebedürftigen sind selbst in den höchsten Alterskategorien noch rund 17 % ohne GtMK. Bei 20 % der pflegebedürftigen Jungen und 23 % der pflegebedürftigen Mädchen im Alter bis unter 15 Jahre liegt mehr als ein GtMK vor. Auch hieran wird deutlich, dass die geriatritypischen Merkmale nicht nur mit dem Alter korrelieren. Sie korrelieren auch mit der Pflegebedürftigkeit, denn unter den nicht pflegebedürftigen Jungen und Mädchen weisen nur 2 % mehr als einen GtMK auf. Zwei und mehr GtMK sind bei den pflegebedürftigen Personen im Alter über 75 Jahre zu über 80 % zu finden. Unter den nicht pflegebedürftigen Männern und Frauen in den Alterskategorien ab 75 Jahre liegen die Anteile bei 42 % bis 57 %, bei Älteren tendenziell höher.

GtMK korrelieren mit dem Alter, können aber auch zur Vorhersage der Pflegebedürftigkeit von Nutzen sein. Eine Vermeidung dieser Zustände und Erkrankungen könnte daher das Eintreten der Pflegebedürftigkeit verhindern oder verzögern.

Tabelle 38: Geriatrietypische Multimorbidität bei Pflegebedürftigen und Nicht-Pflegebedürftigen

	Männer - nicht pflegebedürftig								
Anzahl GtMK	0-14	15-59	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85-89	90+
0	81 %	76 %	50 %	41 %	33 %	24 %	19 %	17 %	17 %
1	17 %	18 %	30 %	34 %	35 %	34 %	32 %	30 %	27 %
2	2 %	4 %	13 %	16 %	19 %	23 %	25 %	25 %	26 %
3 und mehr	0 %	2 %	7 %	9 %	13 %	19 %	24 %	28 %	30 %
	Frauen - nicht pflegebedürftig								
Anzahl GtMK	0-14	15-59	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85-89	90+
0	82 %	63 %	39 %	33 %	26 %	20 %	17 %	16 %	18 %
1	16 %	26 %	33 %	33 %	33 %	31 %	29 %	27 %	26 %
2	2 %	8 %	17 %	20 %	22 %	24 %	25 %	25 %	24 %
3 und mehr	0 %	3 %	11 %	14 %	19 %	25 %	29 %	32 %	32 %
	Männer - pflegebedürftig								
Anzahl GtMK	0-14	15-59	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85-89	90+
0	46 %	35 %	16 %	12 %	10 %	7 %	6 %	6 %	6 %
1	35 %	28 %	21 %	19 %	17 %	14 %	14 %	14 %	13 %
2	13 %	17 %	20 %	20 %	20 %	19 %	19 %	19 %	20 %
3 und mehr	7 %	21 %	44 %	49 %	54 %	60 %	61 %	61 %	61 %
	Frauen - pflegebedürftig								
Anzahl GtMK	0-14	15-59	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85-89	90+
0	44 %	27 %	12 %	10 %	8 %	6 %	5 %	5 %	6 %
1	34 %	26 %	19 %	18 %	16 %	13 %	13 %	13 %	13 %
2	14 %	19 %	20 %	21 %	19 %	19 %	18 %	19 %	19 %
3 und mehr	9 %	28 %	50 %	52 %	57 %	62 %	63 %	63 %	62 %

5.2.2 Inzidente und fortlaufende Fälle – versterbend und überlebend

Stichtagsbefragungen, wie sie der Pflegestatistik zugrunde liegen, geben nur Auskunft über die Anzahl der Pflegebedürftigen zum Zeitpunkt der Befragung (Prävalenz). Dabei wird aber in der Regel nicht unterschieden, ob diese Pflegebedürftigen inzidente Neufälle oder schon länger pflegebedürftig sind. Die Analyse der Kasendaten zeigt, dass 78 % der Pflegebedürftigen im Jahr 2011 bereits im Jahre

2010 pflegebedürftig waren („fortlaufende Fälle“) und 22 % im Jahr 2011 erstmalig pflegebedürftig geworden sind.

Abbildung 19: Inzidenzen und fortlaufende Fälle – Anteile innerhalb der untersuchten Kategorien

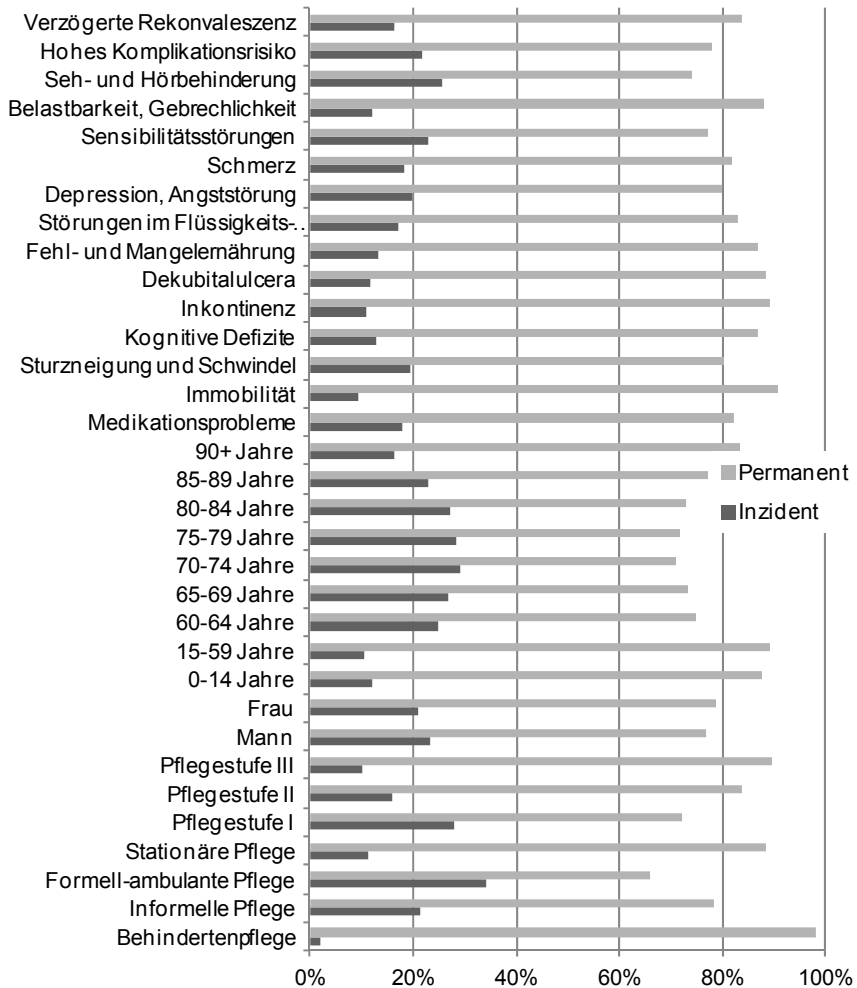


Abbildung 20: Anteil Verstorbener unter den inzident oder fortlaufend Pflegebedürftigen – differenziert nach verschiedenen Merkmalen

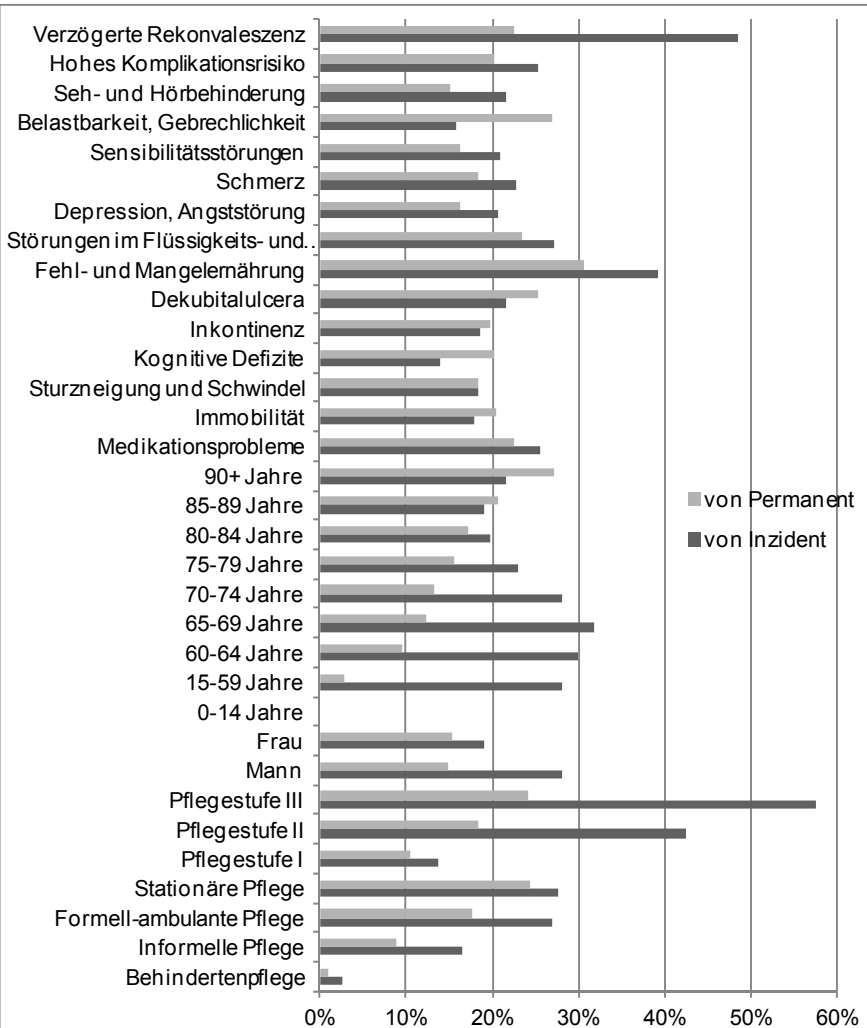


Abbildung 19 zeigt zunächst die Verteilung der inzidenten und fortlaufenden Fälle, differenziert nach verschiedenen Merkmalen. Jeweils sind die Anteile der Pflege-

bedürftigen mit inzidentem und mit fortlaufendem Pflegeverlauf im Jahr 2011 dargestellt, die sich zusammen jeweils auf 100 % summieren. Bei allen Subgruppen sind mindestens zwei Drittel der Fälle fortlaufend. Ein überdurchschnittlicher Anteil an fortlaufenden Pflegeverläufen ist bei denjenigen zu beobachten, die typische geriatrische Merkmalskomplexe aufweisen, die meist nicht akut lebensgefährlich sind. Besonders hohe Anteile an fortlaufenden Fällen finden sich bei Belastbarkeit/Gebrechlichkeit, Fehl- und Mangelernährung; Dekubitalulcera, Inkontinenz, kognitiven Defiziten und Immobilität. Diese Merkmale verstärken sich typischerweise mit der Dauer der Pflegebedürftigkeit und sind zu Beginn der Pflegebedürftigkeit weniger ausgeprägt.

Männer haben im Durchschnitt eine geringere Überlebenszeit in Pflegebedürftigkeit als Frauen (Rothgang et al. 2011b: 159). Entsprechend ist der Anteil der Männer mit inzidentem Pflegeverlauf im Jahr 2011 höher als der bei Frauen.

Unter den jüngeren Pflegebedürftigen ist der Anteil inzidenter Fälle sehr gering. Dies spricht für eine länger andauernde Zeit in Pflegebedürftigkeit in jüngeren Jahren. Im Alter von 60 bis 75 Jahren steigt der Anteil der inzidenten Pflegeverläufe an. Dies steht auch in Zusammenhang mit einer noch relativ geringen Wahrscheinlichkeit chronisch degenerativer Erkrankungen in diesem Alter, aber einer schon erhöhten Wahrscheinlichkeit akuter, lebensgefährlicher Erkrankungen, die zur Pflegebedürftigkeit führen (Rothgang et al. 2011b: 160f.). Auch in späteren Lebensjahren sind akute, lebensgefährliche Erkrankungen zwar häufig, aber die deutlich zunehmende Zahl chronisch degenerativer Erkrankungen lässt die Zahl der fortlaufenden Pflegeverläufe relativ stärker steigen.

Die Pflegebedürftigkeit hat in der Mehrheit der Fälle einen konstanten Verlauf bezüglich der Pflegestufe oder des Pflegearrangements (Rothgang et al. 2011b: 172ff.). In den Fällen, in denen es zu Veränderungen kommt, ist eher eine Steigerung der Pflegestufe und tendenziell eine Entwicklung hin zur formell-ambulant und stationären Pflege bezüglich der Pflegearrangements zu beobachten. Entsprechend ist der Anteil inzidenter Fälle in Pflegestufe III geringer als in Pflegestufe II und Pflegestufe I. Ebenso ist der Anteil inzidenter Fälle unter den stationären Pflegeverläufen deutlich geringer als der Anteil inzidenter Fälle mit häuslicher Pflege.

Die Behindertenpflege ist ein lang andauernder Prozess besonders in der jüngeren Bevölkerung, der dementsprechend relativ viele fortlaufende Pflegesituationen im Jahr 2011 bei relativ wenigen Inzidenzen aufweist.

Von denjenigen, die schon im Jahr 2010 pflegebedürftig waren, verstarben rund 15,1 % im Jahr 2011. Von den im Jahr 2011 erstmalig Pflegebedürftigen verstarben 22,7 %. Hier drückt sich wieder die höhere Sterblichkeit in den ersten Monaten der Pflegebedürftigkeit aus, die schon vielfach dargestellt wurde (Rothgang et al. 2008; 2009; 2010; 2011). Dies bedeutet aber auch, dass sich die überlebenden Pflegebedürftigen zu einem immer höheren Anteil aus Pflegebedürftigen mit einer höheren Lebenserwartung zusammensetzen.

Abbildung 20 zeigt, wie hoch die Sterblichkeit unter fortlaufend und inzident Pflegebedürftigen differenziert nach verschiedenen Merkmalen ist. Da die Sterblichkeit bei inzidenten Pflegebedürftigen tendenziell höher ist als bei fortlaufend pflegebedürftigen, sind zunächst vor allem die Merkmale interessant, bei denen sich dieses Verhältnis umdreht.⁵⁹ Eine derartige Umkehrung der Verhältnisse ist insbesondere bei den Hochaltrigen, den Immobilen und den Gebrechlichen zu finden. Diese Phänomene korrelieren sehr stark. Wer als alter, gebrechlicher Mensch überhaupt erst pflegebedürftig wird, hat somit eine höhere Überlebenswahrscheinlichkeit als diejenigen, die alt und gebrechlich sind und schon eine längere Zeit der Pflegebedürftigkeit hinter sich haben. Dekubitalulcera, kognitive Defizite und Inkontinenz sind drei Zustände, die mit längerer Pflegebedürftigkeit in Zusammenhang stehen. Die Stärke dieser Erkrankungen wird mit der Länge der Pflegebedürftigkeit immer ausgeprägter sein. Je ausgeprägter der Zustand ist, desto höher die Wahrscheinlichkeit, dass dieser dokumentiert ist, aber desto näher ist auch der Tod.

Der Eintritt der Pflegebedürftigkeit im mittleren Alter ist stärker mit akut lebensgefährlichen Erkrankungen wie Schlaganfall oder Krebs verbunden, während im höheren Alter eher Gebrechlichkeit oder/und chronisch degenerative Erkrankungen

⁵⁹ Ebenfalls von Interesse sind die Merkmale, bei denen die Sterblichkeit der inzidenten Fälle im Vergleich zu den fortlaufenden Fällen besonders hoch ist.

eine Rolle spielen. Bei akuten lebensgefährlichen Erkrankungen beginnen die Pflegeverläufe häufiger schon in Pflegestufe II oder III, während Pflegebedürftige mit Gebrechlichkeit und chronisch degenerativen Erkrankungen häufiger mit Pflegestufe I pflegebedürftig werden. Eine besonders hohe Sterblichkeit bei inzident Pflegebedürftigen gibt es daher im mittleren Alter und mit Pflegestufe II und III. Da Männer mehr als Frauen von den akut lebensgefährlichen Erkrankungen betroffen sind, wirkt dies auch auf die höhere Sterblichkeit bei inzident pflegebedürftigen Männern. Bei den Männern spielt aber auch noch eine Rolle, dass eine Pflegebedürftigkeit wegen der eher vorhandenen Partnerschaft im höheren Alter auch eventuell erst später registriert wird.

5.3 Wandel der Pflegebedürftigkeit

In diesem Abschnitt wird der Wandel der Pflegebedürftigkeit in zwei Dimensionen untersucht: (1) Auf der Makroebene als Wandel der Zustandsverteilungen über die Jahre, und (2) auf der Mikroebene als Wandel der Zustände im Lebensverlauf. Dieser Wandel wird in Abschnitt 5.3.1 in Bezug auf die Pflegeprävalenzen und in Abschnitt 5.3.2 hinsichtlich der Inzidenzen dargestellt. Abschnitt 5.3.3 befasst sich dann mit der besonderen Rolle der Kurzzeitpflege im Pflegeverlauf. Der hier betrachtete Wandel der Pflegearrangements und Pflegestufen wird dabei unter Kontrolle demografischer Faktoren betrachtet.

Die Datenbasis für den gesamten Abschnitt 5.3 sind Routinedaten der ehemaligen GEK-Versicherten. Der Beobachtungszeitraum für die Pflegeleistungen umfasst dabei maximal die Jahre 1998–2011. Je Monat wird festgestellt, ob ein (erstmaliger) Leistungsbezug vorliegt und ob ein Versicherungsverhältnis besteht. Das Verhältnis der Monate mit Leistungsbezug zu den Monaten im Versicherungsverhältnis bestimmt die alters- und geschlechtsspezifische Prävalenz (Inzidenz). Eine Hochrechnung der Versichertenzeiten auf die Population der Bundesrepublik ermöglicht dann die Hochrechnung der Zahl der Pflegebedürftigen je Monat auf die Bundesrepublik.

5.3.1 Pflegeprävalenzen im Wandel

Der Wandel der Pflegeprävalenzen kann in Bezug auf verschiedene Aspekte untersucht werden. In Abschnitt 5.3.1.1 werden zunächst Veränderungen in Bezug auf Alter, Geschlecht, Familienstand sowie Pflegestufe und Pflegearrangement der Pflegebedürftigen betrachtet. In Abschnitt 5.3.1.2 wird die Entwicklung der altersspezifischen Prävalenz untersucht, die von besonderem Interesse für Modellrechnungen zur zukünftigen Zahl der Pflegebedürftigen ist.

5.3.1.1 Charakterisierung der prävalenten Fälle der Jahr 1998 – 2011

Die Zahl der Pflegebedürftigen ist monatsbezogen betrachtet und äquivalent einer Stichtagserhebung auf die Bevölkerung der BRD hochgerechnet. Waren im Jahr 1998 noch 38 % der pflegebedürftigen Männer (Tabelle 39) und 43 % der pflegebedürftigen Frauen (Tabelle 40) in Pflegestufe I, ist dieser Anteil bis 2011 für Männer auf 53 % und für Frauen auf 54 % gestiegen. Rückläufig ist entsprechend der Anteil der pflegebedürftigen Männer und Frauen in Pflegestufe II oder III. Parallel dazu ist bis 2008 auch der Anteil der Pflegebedürftigen, die informell gepflegt werden, gesunken und der Anteil der Pflegeheimbewohner gestiegen. Nach 2008 ist der Anteil der Heimbewohner wieder gesunken (vgl. hierzu auch Abschnitt 4.2). Ein merklicher Anteil der Pflegebedürftigen von einem knappen halben Prozent findet sich jeweils in keinem Pflegearrangement, sondern erhält Übergangsweise wegen stationärer Behandlungen keine Pflegeleistungen. Außerdem bekommen rund 2 % der pflegebedürftigen Männer und 1 % der pflegebedürftigen Frauen ausschließlich Leistungen nach § 43a SGB XI (Pflege in vollstationären Einrichtungen der Behindertenhilfe).

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

Die Altersverteilung ist *geschlechtsspezifisch*. Dies zeigt sich konstant in der gesamten Zeitreihe. Bei den Männern ist der Anteil der jüngeren Pflegebedürftigen

höher als bei den Frauen. So sind durchweg über 20 % der pflegebedürftigen Frauen 90 Jahre und älter. Der Anteil der über 90-jährigen pflegebedürftigen Männer überschreitet hingegen nur zu einigen Zeitpunkten knapp die 10 %-Marke.

Geschlechtsspezifisch ist auch die *Haushaltskonstellation*, die an zwei in den Daten vorhandenen Merkmalen abgelesen werden kann. Zum einen gibt es den Hinweis auf „alleinlebend“ im Begutachtungsformular des MDK. Zum anderen zeigt der Familienstand an, ob es noch einen Ehepartner gibt.⁶⁰ Der Unterschied zwischen Männern und Frauen ist gut sichtbar. Im Jahr 2000 wurde nur bei rund 8 % der pflegebedürftigen Männer das Alleinleben dokumentiert, während dies schon bei 19 % der pflegebedürftigen Frauen erfolgte. Im Jahr 2011 wiesen 18 % der Männer und 38 % der Frauen dieses Merkmal auf. Umgekehrt sind im gesamten Beobachtungszeitraum 52-54 % der Männer verheiratet, aber nur 20 % bis 28 % der Frauen. Pflegebedürftige Frauen haben demnach in geringerem Maße als pflegebedürftige Männer ein soziales Umfeld, das geeignet ist, die häusliche Pflege zu gewährleisten.

Ein Thema, das aktuell noch wenig Beachtung findet, aber immer mehr an Bedeutung gewinnen wird, ist die Versorgung von Pflegebedürftigen mit Migrationshintergrund. Die Hochrechnungen zeigen schon jetzt für den Zeitraum von 1998 bis 2011 einen Anstieg des Ausländeranteils von 1 % auf 3 % unter den pflegebedürftigen Männern und von 0,6 % auf 1,4 % unter den pflegebedürftigen Frauen. Die Kommunikation mit diesen Pflegebedürftigen kann eine Herausforderung sein, die ggf. sprachliche und kulturelle Unterschiede und Besonderheiten berücksichtigen muss.

⁶⁰ Das Merkmal „alleinlebend“ wird im Rahmen der MDK-Begutachtung erhoben und muss in die Pflegedaten übertragen werden. Dies ist in den ersten Beobachtungsjahren noch unvollständig erfolgt. Die geringen Anteilswerte für die ersten 2-3 Jahre sind daher ein statistisches Artefakt dieser Praxis.

Tabelle 39: Zeitreihe der Anzahl der pflegebedürftigen Männer und Anteile nach demografischen Merkmalen – Hochrechnung auf die BRD

	Jahre													
	'98	'99	'00	'01	'02	'03	'04	'05	'06	'07	'08	'09	'10	'11
Anteil unter den Pflegebedürftigen in %														
Pflegestufe I	38	40	42	44	45	45	47	47	48	49	50	51	53	53
Pflegestufe II	43	43	40	39	39	39	37	38	37	37	35	35	34	34
Pflegestufe III	19	18	17	17	16	16	16	15	15	15	15	14	13	13
informelle Pflege	61	59	59	60	59	58	58	57	56	55	55	55	55	53
formell-ambulante Pflege	19	20	20	19	20	20	20	21	21	21	22	22	22	23
stationäre Pflege	17	19	19	18	18	19	19	19	20	21	21	21	20	21
Unterbrechung/ Krankenhaus	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
Einrichtungen Behindertenh.	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
Alter 0–14	10	9	9	9	8	8	7	7	6	6	6	6	6	6
Alter 15–59	19	20	20	21	22	22	22	22	21	21	20	19	19	18
Alter 60–64	6	6	6	6	6	6	5	5	5	4	4	5	5	5
Alter 65–69	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	7	7	6
Alter 70–74	11	11	11	11	10	10	10	10	10	11	11	11	11	11
Alter 75–79	13	14	13	12	12	13	14	14	14	13	13	13	14	14
Alter 80–84	11	10	10	11	13	14	15	15	14	14	16	16	17	17
Alter 85–89	14	14	13	12	11	8	8	9	11	12	13	13	13	13
Alter 90+	9	10	10	10	11	12	11	11	11	10	10	9	9	10
Alleinlebend	2	5	8	10	12	13	14	15	16	17	18	17	17	18
Verheiratet	53	54	53	52	53	53	53	53	53	54	54	54	54	54
Ausländer	1	1	1	1	1	1	1	2	2	2	2	2	3	3
Quelle: Routinedaten der ehemaligen GEK-Versicherten														
Anmerkung: Vorläufige Ergebnisse für das Jahr 2011														

Tabelle 40: Zeitreihe der Anzahl der pflegebedürftigen Frauen und Anteile nach demografischen Merkmalen – Hochrechnung auf die BRD

	Jahre													
	'98	'99	'00	'01	'02	'03	'04	'05	'06	'07	'08	'09	'10	'11
Anteil unter den Pflegebedürftiger in %														
Pflegestufe I	43	44	45	47	48	47	47	48	49	50	50	52	53	54
Pflegestufe II	40	40	39	38	37	38	38	37	36	35	35	34	33	32
Pflegestufe III	17	16	16	15	15	15	15	16	15	15	15	14	14	14
informelle Pflege	45	43	42	42	42	42	41	39	39	39	39	40	40	40
formell-ambulante Pflege	23	23	23	23	22	22	23	24	23	24	25	25	26	26
stationäre Pflege	31	32	33	34	34	35	36	36	36	36	36	34	33	33
Unterbrechung/ Krankenhaus	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Einrichtungen Behindertenh.	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Alter 0–14	3	3	3	3	3	2	2	2	2	2	2	2	2	2
Alter 15–59	8	8	8	8	8	8	8	8	8	7	8	8	8	8
Alter 60–64	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
Alter 65–69	4	4	4	3	3	4	4	4	4	4	4	3	3	3
Alter 70–74	7	7	7	7	6	6	6	6	6	6	6	6	7	7
Alter 75–79	14	14	13	13	13	13	12	12	11	11	11	11	11	11
Alter 80–84	16	15	17	20	21	23	23	22	22	21	21	20	20	19
Alter 85–89	26	26	25	23	21	19	18	20	23	25	27	27	26	26
Alter 90+	20	21	21	21	22	23	24	24	23	22	21	20	21	22
Alleinlebend	3	12	19	24	29	32	34	36	37	38	39	37	37	38
Verheiratet	20	20	20	21	21	21	22	23	23	24	26	26	27	28
Ausländer	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Quelle: Routinedaten der ehemaligen GEK-Versicherten														
Anmerkung: Vorläufige Ergebnisse für das Jahr 2011														

5.3.1.2 Altersspezifische Pflegeprävalenzen

Wie hoch wird die Zahl der Pflegebedürftigen im Jahr 2030 oder gar im Jahr 2050 sein? Diese Frage beschäftigt schon heute Politik und Forschung – hängen an den Erwartungen doch Planungen, dem damit verbundenen Bedarf an Pflegeleistungen gerecht zu werden. Diesbezügliche Vorausberechnungen unterstellen in der Regel alters- und geschlechtsspezifische konstante Pflegeprävalenzen (Pflegequoten, Pflegehäufigkeiten) und verknüpfen die mit einer Bevölkerungsvorausberechnung. Auf dieser Basis erwartet das Bundesministerium für Gesundheit einen Zuwachs der Zahl der Pflegebedürftigen von 2,42 Mio. im Jahr 2010 auf 4,37 Mio. im Jahr 2050 (BMG 2011d). Allerdings wird gleichzeitig seit Jahren diskutiert, inwieweit durch eine Kompression der Morbidität sinkende altersspezifische Pflegeprävalenzen zu erwarten sind (Rothgang 1997; Jacobzone et al. 1998, Jacobzone 1999). Modellrechnungen variieren daher häufig szenarienhaft die Pflegeprävalenzen (vgl. z. B. Blinkert & Klie 2001; Comas-Herrera et al. 2006; Hackmann & Moog 2010; Rothgang 2002a; Rothgang et al. 2004; Schnabel 2007).

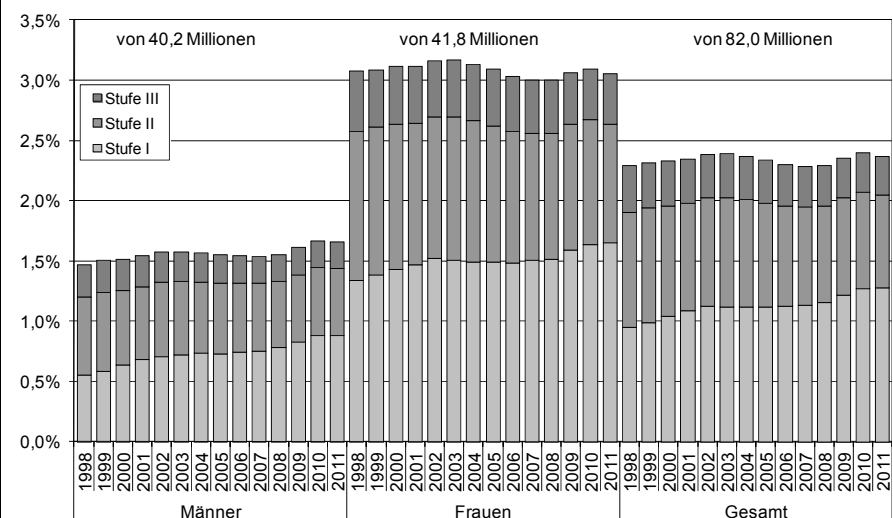
Da die Vorausberechnungen je nach Annahme zur Entwicklung der altersspezifischen Pflegeprävalenz zu deutlich unterschiedlichen Resultaten kommen würden, ist die Frage nach der Entwicklung dieser Prävalenzen von großer Bedeutung.

Um der Frage nachzugehen, ob sich die altersspezifischen Prävalenzen ändern, wurden die ermittelten alters- und geschlechtsspezifischen Prävalenzen der einzelnen Jahre auf die Bevölkerung der Bundesrepublik des Jahres 2008 standardisiert. Damit wird eine im Zeitablauf unveränderte Altersstruktur (des Jahres 2008) simuliert und so die Möglichkeit geschaffen, die Veränderung der Prävalenzen bei konstanter Altersstruktur zu betrachten.

Diese Betrachtung erfolgt differenziert nach Pflegestufen (Abbildung 21), nach Pflegearrangements (Abbildung 22) und nach Altersklassen (Abbildung 23). Zunächst fällt aber auf, dass ein eindeutiger Trend nicht erkennbar ist. Die Gesamtprävalenz, also der Anteil der Pflegebedürftigen an der standardisierten Bevölkerung, steigt von 2,29 % im Jahr 1998 auf 2,39 % im Jahr 2003, fällt dann wieder auf 2,29 % im Jahr 2007, um bis ins Jahr 2010 sogar auf 2,40 % anzusteigen. Der Anstieg von 2,29 % auf 2,40 % entspricht einem Anstieg um 0,11 Prozentpunkte

bzw. von knapp 5 % des Ausgangswertes. Die Zahl der Pflegebedürftigen stieg in diesem Zeitraum um etwa 30 %. Die Fallzahlsteigerung ist damit im Wesentlichen auf eine Veränderung der Altersstruktur zurückzuführen und nur in geringem Umfang auf Veränderungen der altersspezifischen Prävalenz.

Abbildung 21: Zeitreihe der Prävalenzen; standardisiert auf die Bevölkerung Deutschlands des Jahres 2008, differenziert nach Pflegestufen



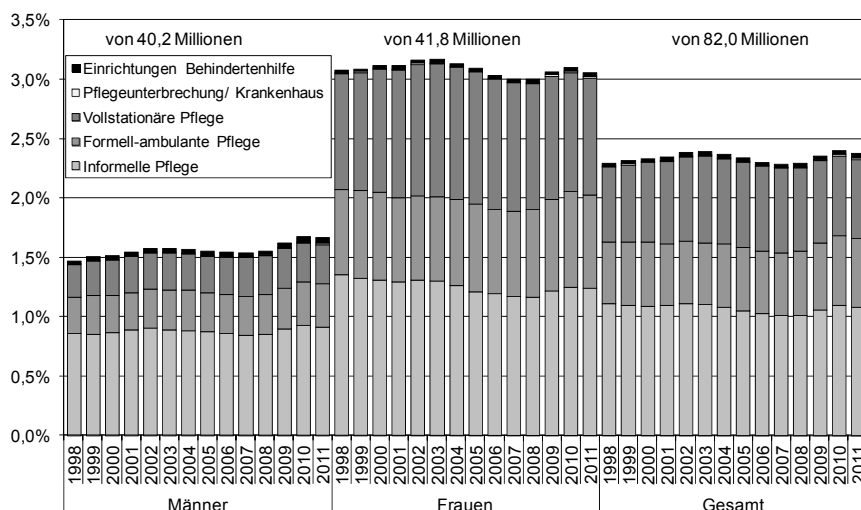
Quelle: BARMER GEK Routinedaten; ehemalige GEK-Versicherte

Anmerkung: Vorläufige Ergebnisse für das Jahr 2011

Innerhalb der relativ konstanten Gesamtpflegeprävalenz zeigen sich aber Tendenzen der Verschiebungen zwischen den *Pflegestufen* und zwischen den *Pflegearrangements*. Für Männer und Frauen steigt die Prävalenz der Pflegebedürftigen mit Pflegestufe I – bei den Männern von 0,55 % auf 0,88 % und bei den Frauen von 1,34 % auf 1,65 %. Insgesamt resultiert daraus ein Anstieg von 0,95 % auf 1,28 %. In Pflegestufe II gibt es in der Gesamtbevölkerung einen Rückgang von 0,95 % auf 0,77 % (Männer: von 0,65 % auf 0,56 %; Frauen: von 1,24 % auf 0,98 %) und in

Pflegestufe III von 0,39 % auf 0,32 % (Männer: von 0,27 % auf 0,22 %; Frauen: von 0,50 % auf 0,41 %).

Abbildung 22: Zeitreihe der Prävalenzen, standardisiert auf die Bevölkerung Deutschlands des Jahres 2008, differenziert nach Pflegearrangement

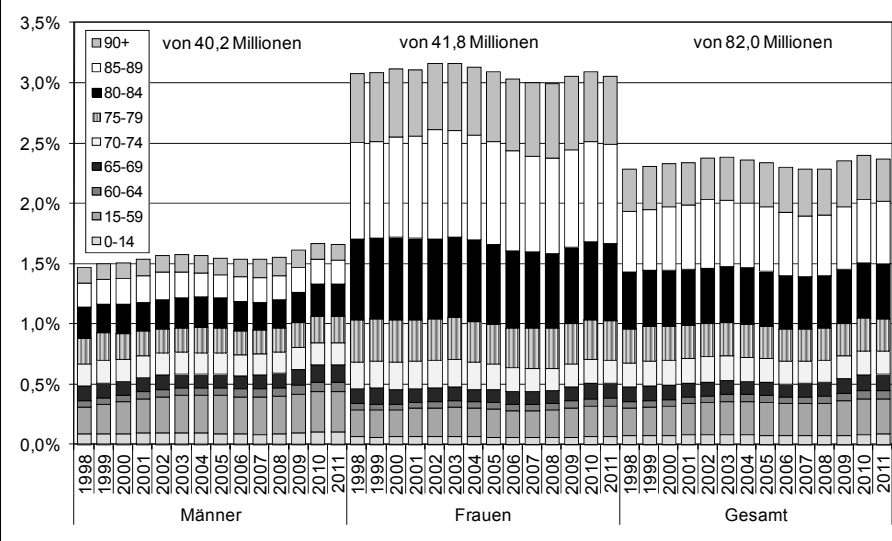


Quelle: BARMER GEK Routinedaten: ehemalige GEK-Versicherte

Anmerkung: Vorläufige Ergebnisse für das Jahr 2011

Innerhalb der *Pflegearrangements* zeigt sich in der Gesamtbevölkerung eine relative Konstanz in der Prävalenz der informellen Pflege von 1,11 % im Jahr 1998 und 1,08 im Jahr 2011. Diese so erscheinende Konstanz ist aber geprägt von einem Anstieg bei den Männern (von 0,86 % auf 0,91 %) und einem Rückgang bei den Frauen (von 1,35 % auf 1,24 %). Die formell-ambulante Pflege wird insgesamt vermehrt in Anspruch genommen (Anstieg von 0,51 % auf 0,58 %), während die standardisierte Inanspruchnahme der stationären Pflege bis zum Jahr 2003 von 0,63 % auf 0,73 % anstieg und anschließend kontinuierlich bis auf 0,66 % sank.

Abbildung 23: Zeitreihe der Prävalenzen, standardisiert auf die Bevölkerung Deutschlands des Jahres 2008, differenziert nach Altersklassen



Quelle: BARMER GEK Routinedaten: ehemalige GEK-Versicherte

Anmerkung: Vorläufige Ergebnisse für das Jahr 2011

Die Betrachtung der standardisierten Prävalenzen nach *Altersklassen* (Abbildung 23) offenbart für die verschiedenen Alterskategorien unterschiedliche Trends. Gerade in den jüngeren Altersklassen steigt der Anteil Pflegebedürftiger beständig über den gesamten Zeitraum. Während der gesamte Anteil der Pflegebedürftigen an der Bevölkerung vom Jahr 1998 bis zum Jahr 2010 von 2,29 % auf 2,40 % anstieg, stieg der Anteil der bis 69-jährigen Pflegebedürftigen an der Bevölkerung von 0,47 % auf 0,59 %, also um 26 % des Ausgangswertes. Es gibt also nicht nur einen steigenden Anteil jüngerer Pflegebedürftiger unter den Pflegebedürftigen, sondern es steigt auch der Anteil Pflegebedürftiger unter den Personen im Alter bis 69 Jahre.

Insgesamt zeigen die differenzierten Betrachtungen durchaus Veränderungen in der altersstandardisierten Prävalenz. Insbesondere die Verschiebung in den Pflegestufen kann dabei als Ausdruck einer Kompression der Morbidität angesehen werden.

Gleichzeitig sind die altersspezifischen Prävalenzen insgesamt in der Vergangenheit aber nicht zurückgegangen. Für Projektionen heißt dies, dass die Annahme konstanter altersspezifischer Prävalenzen derzeit die realistischere Variante bei der Vorausberechnung der Zahl der Pflegebedürftigen sein dürfte. Allerdings sind ebenso Verschiebungen in der Stufenstruktur erkennbar, die für Projektionen berücksichtigt werden könnten.

5.3.2 Pflegeinzidenzen im Wandel

Neben den Pflegeprävalenzen interessieren auch die Pflegeinzidenzen, also Angaben darüber, wie viele Menschen in den jeweiligen Jahren pflegebedürftig *werden*, und die Veränderungen dieser altersspezifischen *Pflegeinzidenzen* im Zeitverlauf. Pflegeinzidenzen sind in der Pflegestatistik nicht vorhanden. Einziger Hinweis auf Pflegeinzidenzen in der amtlichen Statistik sind die Berichte des MDS zu den Erstbegutachtungen (z. B. MDS 2010b). Diese Statistik enthält die Zahl der Antragsteller und die Ergebnisse der Begutachtung, aber keine weiteren Untergliederungen. Auf Basis der Routinedaten lassen sich dagegen erstmalige Leistungsansprüchen differenzieren.

In Abschnitt 5.3.2.1 werden zunächst die Inzidenzen aus den Routinedaten der BARMER GEK den Ergebnissen der MDK-Begutachtung gegenübergestellt. Analog zur Vorgehensweise bezüglich der Prävalenz werden in Abschnitt 5.3.2.2 die neu in die Pflegebedürftigkeit eingetretenen Menschen näher charakterisiert. Anschließend wird untersucht, inwieweit sich die alters- und geschlechtsspezifischen Inzidenzen im Zeitverlauf verändert haben (Abschnitt 5.3.2.3).

5.3.2.1 Zahl der Pflegeinzidenzen – Vergleich zu den MDK-Begutachtungen⁶¹

Zur Überprüfung der Repräsentativität der BARMER GEK-Daten werden die Hochrechnungen der Inzidenzen zunächst den erfolgreichen Erstbegutachtungen

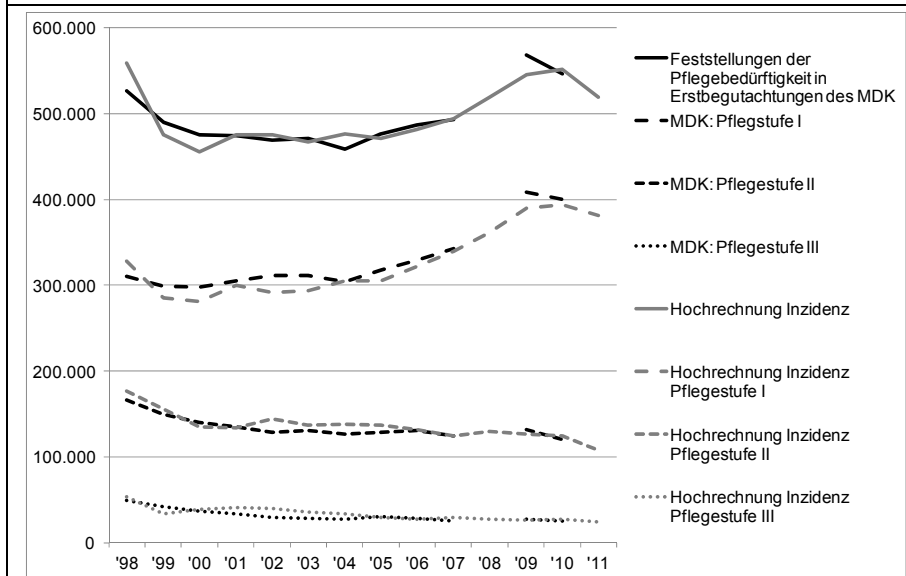
⁶¹ Unterschiedliche Zahlen zum Vorjahresbericht, da im aktuellen Bericht die Pflege in vollstationären Einrichtungen der Behindertenhilfe nach § 43a SGB XI mit erfasst ist.

durch den MDK gegenübergestellt (Abbildung 24). Wie die Abbildung zeigt, stimmen die Ergebnisse in sehr hohem Maße überein.⁶² Die gute Übereinstimmung unterstreicht noch einmal die besondere Eignung der Routinedaten zur Darstellung des Versorgungsgeschehens.

In gleicher Weise beschreiben sowohl die erfolgreichen MDK-Erstgutachten als auch die Hochrechnungen auf Basis der BARMER GEK Daten einen Rückgang der Inzidenzen mit Pflegestufe II und III. Die Zahl der Inzidenzen mit Pflegestufe I blieb zunächst bis zum Jahr 2005 relativ konstant und stieg dann ab Mitte der vergangenen Dekade bis zum Jahr 2009 kontinuierlich an. In der Summe ist damit ein Rückgang der Inzidenzen in den ersten Jahren, gefolgt von einer Periode der Konstanz und ein neuerlicher Anstieg der Inzidenzen ab dem Jahr 2007 zu verzeichnen, wobei der Anstieg am Ende der Dekade zum Teil durch Änderungen der gesetzlichen Grundlagen im PFWG mit verursacht sein dürfte.

⁶² Für 2008 hat der MDK wegen Inkrafttreten des PFWG zum 1.7. 2008 nur eine „Übergangsstatistik“ präsentiert, in der zwar die Zahl der Begutachtungen, aber keine Differenzierung zwischen Erst- und Wiederholungsbegutachtung ausgewiesen ist. Der Wert für 2008 fehlt daher in der Abbildung. Der merkliche Anstieg der Inzidenz von 2007 zum Jahr 2009 ist ebenfalls zum Teil auf dieses Gesetz zurückzuführen, das mit den besonderen Betreuungsleistungen für Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz nach § 45b SGB XI erstmals auch Leistungen für Personen gewährt, die nicht pflegebedürftig im Sinne des SGB XI sind. Um diese Leistungen in Anspruch nehmen zu können, müssen Antragsteller aber den Begutachtungsprozess durchlaufen. Die Zahl der Begutachtungen insgesamt ist von 2007 bis 2008 um gut 200 Tsd. gestiegen. Ein Teil dieser zusätzlichen Antragsteller ist dann auch als pflegebedürftig im Sinne des SGB XI eingestuft worden, was den Anstieg der Inzidenz um fast 100 Tsd. Personen erklärt (Rothgang et al. 2011: 60ff.).

Abbildung 24: Erfolgreiche Erstbegutachtungen durch den MDK und Hochrechnungen der Inzidenzen auf Basis der Routinedaten



Quelle: MDS (2010b; 2009; 2007a; 2007b; 2006); Routinedaten der ehemaligen GEK-Versicherten

Anmerkung: Vorläufige Ergebnisse für das Jahr 2011

5.3.2.2 Charakterisierung der inzidenten Fälle der Jahr 1998 – 2011

Wie Tabelle 41 und Tabelle 42 zeigen, reduziert sich die Zahl der Pflegeinzidenzen von 1998 bis 1999 bei Männern und Frauen deutlich. Während die Zahl der Inzidenzen durch Männer anschließend langsam aber kontinuierlich steigt, bleibt sie bei den Frauen relativ konstant. Ein Teil des Anstiegs der Zahl der Pflegebedürftigen beruht also auf einem Anstieg der Inzidenzen bei Männern.

Wie in Tabelle 41 zu sehen ist, erfolgt der Eintritt in die Pflegebedürftigkeit für Männer meist mit *Pflegestufe* I und dies sogar mit steigender Tendenz (1998: 50 % – 2011: 70 %), während der Pflegebeginn in *Pflegestufe* II (1998: 38 % – 2011: 24 %) und *Pflegestufe* III (1998: 12 % – 2011: 5 %) im Zeitverlauf zurückgeht. Bei

den Frauen verläuft die Entwicklung ähnlich (Tabelle 42), jedoch mit höheren Anteilen in Pflegestufe I (von 63 % auf 76 %) und geringeren Anteilen in Pflegestufe II (von 28 % auf 18 %) bzw. Pflegestufe III (von 9 % auf 4 %).

Veränderungen im *Pflegearrangement* zum Zeitpunkt der erstmalig auftretenden Pflegebedürftigkeit verlaufen für Männer und Frauen ebenfalls recht ähnlich, wenn auch auf unterschiedlichem Niveau. Nach Ausklingen der Einführungseffekte etwa zur Jahrtausendwende geht der Anteil der informellen Pflege jeweils zurück. Der Anteil der stationären Pflege bleibt bis 2007 in etwa konstant und ist dann rückläufig, während der Anteilswert für formell-ambulante Pflege im gesamten Betrachtungszeitraum kontinuierlich und insgesamt deutlich zunimmt. Die in Abschnitt 4.2.2 bei der Behandlung der Prävalenzen festgestellten Verschiebungen in den Pflegearrangements sind also zum Teil durch Veränderungen der Inzidenzen bestimmt, zum Teil aber auch durch Veränderungen im Pflegeverlauf. So lässt sich der bis 2007 steigende Anteil der Pflegebedürftigen in stationärer Pflege nicht durch Veränderungen der Inzidenz erklären, sondern dadurch, dass Pflegeverläufe, die mit ambulanter Pflege begonnen haben, im Lauf der Zeit zu stationärer Pflege geführt haben (vgl. Rothgang et al. 2011b: 172ff.).

Die Veränderungen in den *Altersverteilungen* sind in erster Linie von der demografischen Entwicklung abhängig, insbesondere von der zunehmend stärkeren Besetzung der Altersklassen, die zugleich eine hohe Pflegeeintrittswahrscheinlichkeit aufweisen. Bei den Männern gibt es insgesamt eine größere Verschiebung des durchschnittlichen Eintrittsalters ins höhere Alter. Lag der Anteil der erstmalig pflegebedürftigen Männer im Alter über 80 Jahre im ersten Beobachtungsjahr noch bei 40 %, so erhöhte er sich bis zum Jahr 2011 auf 45 %. Entsprechend sinkt unter den Männern der Anteil der Inzidenzen im Alter von 15-59 Jahren. Bei den Frauen blieb der Anteil der über 80-Jährigen auf höherem Niveau relativ konstant (anfänglich 63 % und schließlich 62 %).

Tabelle 41: Zeitreihe der Anzahl der inzident pflegebedürftigen Männer und Anteile nach demografischen Merkmalen – Hochrechnung auf die BRD

	Jahr													
	'98	'99	'00	'01	'02	'03	'04	'05	'06	'07	'08	'09	'10	'11
	Anzahl Pflegebedürftiger in Millionen													
	0,20	0,17	0,16	0,17	0,18	0,17	0,18	0,18	0,19	0,20	0,21	0,22	0,23	0,21
	davon in %													
Pflegestufe I	50	52	54	55	53	56	57	58	59	63	65	65	66	70
Pflegestufe II	38	36	34	33	36	33	34	34	33	29	28	28	26	24
Pflegestufe III	12	12	12	12	10	11	9	8	8	8	7	7	7	5
informelle Pflege	58	60	59	60	56	54	54	54	52	56	56	54	54	52
formell-ambulante Pflege	24	21	24	24	28	28	31	31	32	30	31	33	33	33
stationäre Pflege	15	15	14	13	13	16	13	13	14	13	11	11	11	10
Unterbrechung/ Krankenhaus	3	4	3	3	2	3	2	2	2	2	2	3	3	5
Einrichtungen Behindertenh.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Alter 0–14	3	3	3	3	3	3	3	3	2	2	3	3	3	3
Alter 15–59	11	11	10	11	10	11	9	10	10	10	9	9	9	8
Alter 60–64	7	7	8	7	6	7	7	6	5	6	5	6	5	6
Alter 65–69	8	10	8	9	10	11	10	10	9	10	9	8	8	7
Alter 70–74	13	13	15	13	14	12	12	13	13	13	13	14	15	15
Alter 75–79	17	16	16	17	17	18	18	18	17	17	17	16	17	17
Alter 80–84	15	13	13	14	16	18	18	18	19	18	21	22	21	20
Alter 85–89	17	16	18	14	15	10	12	11	14	16	15	14	15	15
Alter 90+	8	10	8	10	9	11	10	10	11	9	7	7	8	10
Alleinlebend	9	19	20	20	20	19	20	23	22	20	21	22	21	22
Verheiratet	68	67	67	68	70	69	67	67	68	68	68	66	66	67
Ausländer	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	2	2	2	2
Quelle: Routinedaten der ehemaligen GEK-Versicherten														
Anmerkung: Vorläufige Ergebnisse für das Jahr 2011														

Tabelle 42: Zeitreihe der Anzahl der inzident pflegebedürftigen Frauen und Anteile nach demografischen Merkmalen – Hochrechnung auf die BRD

	Jahr													
	'98	'99	'00	'01	'02	'03	'04	'05	'06	'07	'08	'09	'10	'11
	Anzahl Pflegebedürftiger in Millionen													
	0,36	0,31	0,30	0,31	0,30	0,29	0,30	0,29	0,29	0,30	0,31	0,32	0,32	0,30
davon in %														
Pflegestufe I	63	64	66	67	66	67	68	69	72	73	73	76	75	76
Pflegestufe II	28	31	28	26	27	27	26	26	24	22	23	20	20	18
Pflegestufe III	9	5	6	7	7	6	6	5	4	5	4	4	4	4
informelle Pflege	50	54	50	51	51	47	51	47	47	47	48	49	47	47
formell-ambulante Pflege	26	25	30	31	30	30	30	35	33	35	35	35	37	37
stationäre Pflege	21	19	17	16	18	20	17	16	18	16	15	13	12	11
Unterbrechung/ Krankenhaus	3	3	2	2	2	2	2	2	1	2	2	3	3	5
Einrichtungen Behindertenh.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Alter 0–14	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Alter 15–59	6	6	4	5	5	5	5	6	6	6	6	5	5	5
Alter 60–64	3	3	3	3	3	3	3	3	2	2	3	3	3	3
Alter 65–69	4	5	4	4	5	5	4	5	6	5	4	5	4	4
Alter 70–74	8	10	10	8	7	7	8	9	8	8	9	9	9	10
Alter 75–79	16	18	17	17	16	18	18	16	16	15	14	14	15	15
Alter 80–84	21	18	23	23	26	28	27	28	27	25	25	24	24	23
Alter 85–89	28	26	25	24	21	17	16	17	21	23	26	26	27	25
Alter 90+	14	14	12	13	15	15	17	14	14	14	11	13	12	14
Alleinlebend	21	41	41	45	41	44	42	41	43	41	41	44	40	40
Verheiratet	23	24	28	27	28	27	31	33	31	32	35	34	35	38
Ausländer	0	1	0	0	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1
Quelle: Routinedaten der ehemaligen GEK-Versicherten														
Anmerkung: Vorläufige Ergebnisse für das Jahr 2011														

Deutliche Unterschiede zwischen den Geschlechtern zeigen sich sowohl bei den *Alleinlebenden*, als auch beim *Familienstand*. Während Männer bei Pflegebeginn über den gesamten Zeitraum lediglich zu rund 20 % alleine leben, liegt der Anteil bei den Frauen bei rund 41 %. Ebenfalls über den gesamten Zeitraum sind Männer zum Zeitpunkt, an dem sie pflegebedürftig werden, häufiger verheiratet als Frauen. Männer sind im Beobachtungszeitraum zu 66-70 % verheiratet, während der entsprechende Anteil bei den Frauen von 23 % (1998) auf 38 % (2011) zunimmt. Bedingt durch den Anteil an Ausländern, die zunehmend höhere Altersjahre erreichen und damit häufiger pflegebedürftig werden, nimmt ihr Anteil unter den inzidenten Pflegebedürftigen sowohl bei Männern als auch bei Frauen zu.

5.3.2.3 Altersspezifische Pflegeinzidenzen

Die Zahl der erstmalig pflegebedürftigen Personen ist seit Mitte der 2000er Jahre gestiegen. Fraglich ist aber, ob dies in erster Linie dem demografischen Wandel, und hier der zunehmenden Zahl alter und hochaltriger Menschen, geschuldet ist, oder auf veränderte alters- und geschlechtsspezifische Inzidenzen zurückgeht.

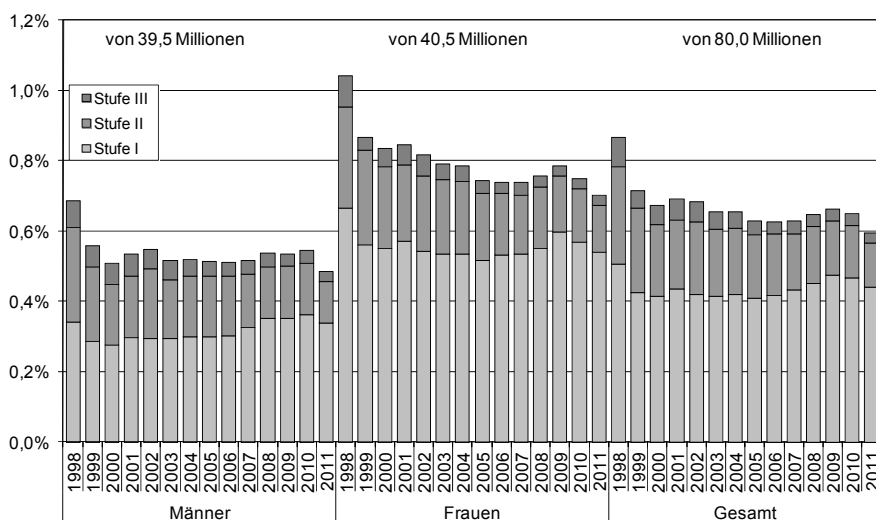
Altersstandardisiert wird daher untersucht, wie sich die Zahl der inzidenten Fälle über alle Altersjahre zwischen 1998 und 2011 entwickelt hätte, wenn die gleiche Altersstruktur des Jahres 2008 kontrafaktisch für den gesamten Beobachtungszeitraum zugrunde gelegt wird. Es wird also der Einfluss der sich über die Jahre ändernden altersstrukturellen Zusammensetzung der Bevölkerung an der Veränderung der inzidenten Fälle herausgerechnet.

In Abbildung 25 ist die Entwicklung der Zahl der inzidenten Fälle bei Männern und Frauen differenziert nach Pflegestufe und in Abbildung 26 differenziert nach Pflegearrangement wiedergegeben.

Insgesamt zeigt sich zunächst bei den *Männern* eine relativ konstante Inzidenz in Höhe von 0,53 % der noch nicht pflegebedürftigen Bevölkerung. Die höheren Werte des Jahres 1998 spiegeln in erster Linie Einführungseffekte wieder, und die Werte des Jahres 2011 sind noch vorläufig. Diese gleich bleibende Inzidenz beruht zum einen auf einem leichten Anstieg der Inzidenzen mit Pflegestufe I von 0,29 % auf 0,36 % von 1999 bis 2010 und zum anderen auf dem gleichzeitigen Rückgang

der Inzidenzen mit Pflegestufe II (von 0,21 % auf 0,15 %) und III (von 0,06 % auf 0,04 %).

Abbildung 25: Zeitreihe der Inzidenzen, standardisiert auf die Bevölkerung Deutschlands des Jahres 2008, differenziert nach Pflegestufen



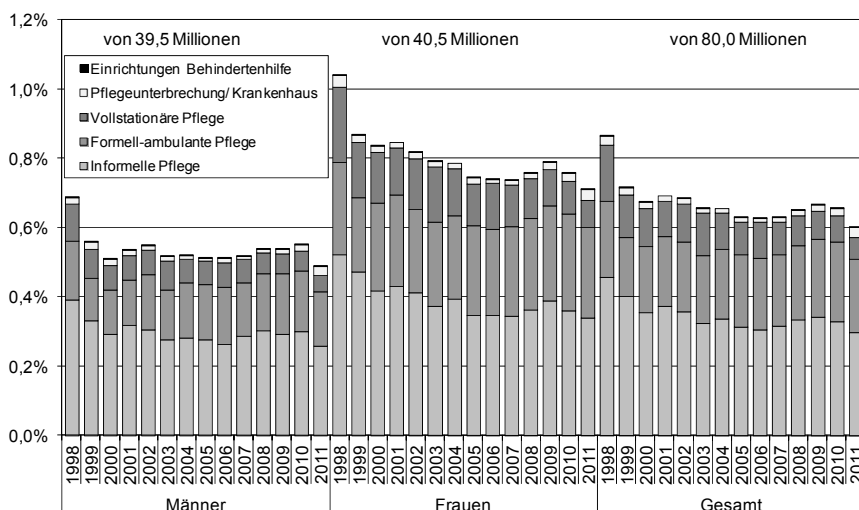
Quelle: BARMER GEK Routinedaten; ehemalige GEK-Versicherte

Anmerkung: Vorläufige Ergebnisse für das Jahr 2011; Anteile beziehen sich auf die nicht pflegebedürftige Bevölkerung.

Bei den *Frauen* zeigt sich ein etwas anderes Bild, das z. T. durch eine kurvlineare Entwicklung geprägt ist. Insgesamt sinkt zunächst die Inzidenz bis 2005, bleibt bis 2007 konstant und steigt zum Jahr 2009 drastisch an, bevor sie 2010 wieder ebenso drastisch absinkt. Dabei ist die langjährige Abnahme der Inzidenz durch einen Rückgang der Inzidenzen über alle Pflegestufen geprägt. Der größte Rückgang ist dabei in Pflegestufe II zu finden (1999: 0,27 %; 2010: 0,15 %). Die Inzidenzen mit Pflegestufe III liegen seit dem Jahr 2004 bei 0,03 % bis 0,04 % – mit leicht fallender Tendenz. Die zwischenzeitliche Spitze der Inzidenz im Jahr 2009 ist ausschließlich durch eine erhöhte Inzidenz in der Pflegestufe I hervorgerufen. Dies

spricht dafür, dass es sich hierbei um einen Effekt des PfwG handelt, dass zu einem deutlichen Anstieg der Begutachtungszahlen geführt hat (vgl. Fußnote 62).

Abbildung 26: Zeitreihe der Inzidenzen, standardisiert auf die Bevölkerung Deutschlands des Jahres 2008, differenziert nach Pflegearrangements

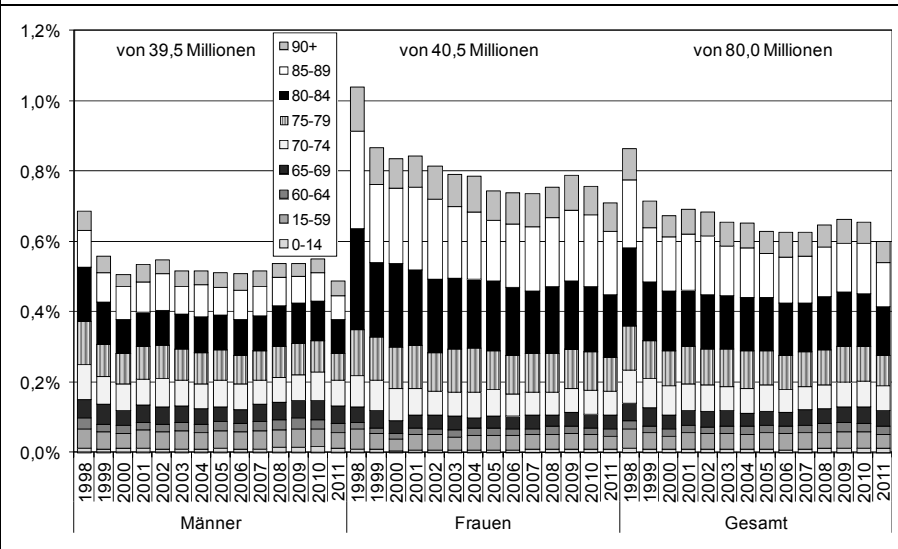


Quelle: BARMER GEK Routinedaten; ehemalige GEK-Versicherte

Anmerkung: Vorläufige Ergebnisse für das Jahr 2011; Anteile beziehen sich auf die nicht pflegebedürftige Bevölkerung.

Bei der Differenzierung nach *Pflegearrangements* zeigt sich für Männer wie auch für Frauen, dass die Entwicklung auf einem tendenziellen Rückgang der Inzidenzen informell sowie vollstationär gepflegter Männer basiert, während die Neuzugänge in formell-ambulanter Pflege zugenommen haben. Zudem steigt aber seit Mitte der 2000er Jahre auch die Inzidenz der Pflegebedürftigkeit, die im Krankenhaus beginnt. Die Inzidenzen der Behinderteneingliederung sind im Vergleich zu den anderen Pflegearrangements zu vernachlässigen. Sie liegen durchweg für Männer, Frauen und für beide zusammen unter 0,002 %.

Abbildung 27: Zeitreihe der Inzidenzen, standardisiert auf die Bevölkerung Deutschlands des Jahres 2008, differenziert nach Alter



Quelle: BARMER GEK Routinedaten: ehemalige GEK-Versicherte

Anmerkung: Vorläufige Ergebnisse für das Jahr 2011; Anteile beziehen sich auf die nicht pflegebedürftige Bevölkerung.

Abbildung 27 stellt in gleicher Weise wie Abbildung 25 und Abbildung 26 dar, wie viel Prozent der noch nicht pflegebedürftigen Bevölkerung jedes Jahr pflegebedürftig wird. Abbildung 27 differenziert nicht nach Pflegestufe oder Pflegearrangement, sondern nach Alter. Mit dem Alter steigt die Pflegeinzidenz (Rothgang et al. 2010: 120). Je älter die Bevölkerung wird, desto höher wird dadurch die Zahl der Inzidenzen. Da die weibliche Bevölkerung älter ist als die männliche, stellen sich auch die Anteile erstmalig pflegebedürftiger Frauen deutlich höher dar als die Anteile erstmalig pflegebedürftiger Männer. Insbesondere die Anteile in den höheren Altersklassen sind bei den Männern geringer besetzt. Durch die geringere Lebenserwartung ist die Gesamtinzidenz bei Männern geringer als bei Frauen.

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass die alters- und geschlechtsstandardisierten Inzidenzen langfristig tendenziell *sinken*. Dieser Trend wird vor allem

durch den Inzidenzrückgang bei den *Frauen* hervorgerufen. Der Trend ist aber nicht linear, sondern erfährt in den Jahren 2008–2009 eine Unterbrechung, die sicherlich zum Teil durch sozialrechtliche Änderungen im PflWG hervorgerufen wird. Langfristig sinkt die Inzidenz vollstationärer Dauerpflege und immer mehr Pflegeverläufe beginnen mit *Pflegestufe I*. Dies kann als Indiz dafür aufgefasst werden, dass die Bevölkerung „gesünder älter“ wird und Pflegebedürftigkeit dann häufiger erst später durch altersbedingte chronisch-degenerative Erkrankungen und Gebrechlichkeit eintritt, die einen Pflegeeintritt in Pflegestufe I und dann ein häusliches Pflegearrangement wahrscheinlicher machen.

5.3.3 Besondere Bedeutung der Kurzzeitpflege

Kurzzeitpflege ist in § 42 SGB XI wie folgt definiert:

„(1) Kann die häusliche Pflege zeitweise nicht, noch nicht oder nicht im erforderlichen Umfang erbracht werden und reicht auch teilstationäre Pflege nicht aus, besteht Anspruch auf Pflege in einer vollstationären Einrichtung. Dies gilt:

1. für eine Übergangszeit im Anschluss an eine stationäre Behandlung des Pflegebedürftigen oder

2. in sonstigen Krisensituationen, in denen vorübergehend häusliche oder teilstationäre Pflege nicht möglich oder nicht ausreichend ist.

(2) Der Anspruch auf Kurzzeitpflege ist auf vier Wochen pro Kalenderjahr beschränkt. Die Pflegekasse übernimmt die pflegebedingten Aufwendungen, die Aufwendungen der sozialen Betreuung sowie die Aufwendungen für Leistungen der medizinischen Behandlungspflege bis zu dem Gesamtbetrag von 1.470 € ab 1. Juli 2008, 1.510 € ab 1. Januar 2010 und 1.550 € ab 1. Januar 2012 im Kalenderjahr.“

Kurzzeitpflege kann zudem im Rahmen zusätzlicher Betreuungsleistungen (§ 45b SGB XI) in Anspruch genommen werden.

Ziel der Kurzzeitpflege ist also die Überbrückung kurzzeitiger Engpässe in der häuslichen Pflege. Sie soll helfen, häusliche Pflegearrangements zu stabilisieren und häusliche Pflege dauerhaft sicher zu stellen.⁶³

Die Pflegestatistik 2009 weist rund 10.395 fest verfügbare und weitere 30.529 flexible Plätze für Kurzzeitpflege in Pflegeheimen, sowie 17.819 Pflegebedürftige aus, die Kurzzeitpflege erhalten (Statistisches Bundesamt 2011d: 19f.). Von diesen Pflegebedürftigen haben 9.880 die Pflegestufe I, 5.715 die Pflegestufe II und 1.412 die Pflegestufe III. Für 812 Personen war noch keine Pflegestufe zugeordnet. Wie die Pflegeverläufe aussehen, kann mit diesen Angaben aber nicht dargestellt werden. Weder lässt sich damit überprüfen, ob die Kurzzeitpflege nach einem Krankenhausaufenthalt erfolgt noch, ob sie als vorübergehende Phase in der häuslichen Pflege einzuschätzen ist; auch ist nicht ersichtlich, ob sie dazu beiträgt, ambulante Pflegearrangements zu stabilisieren.

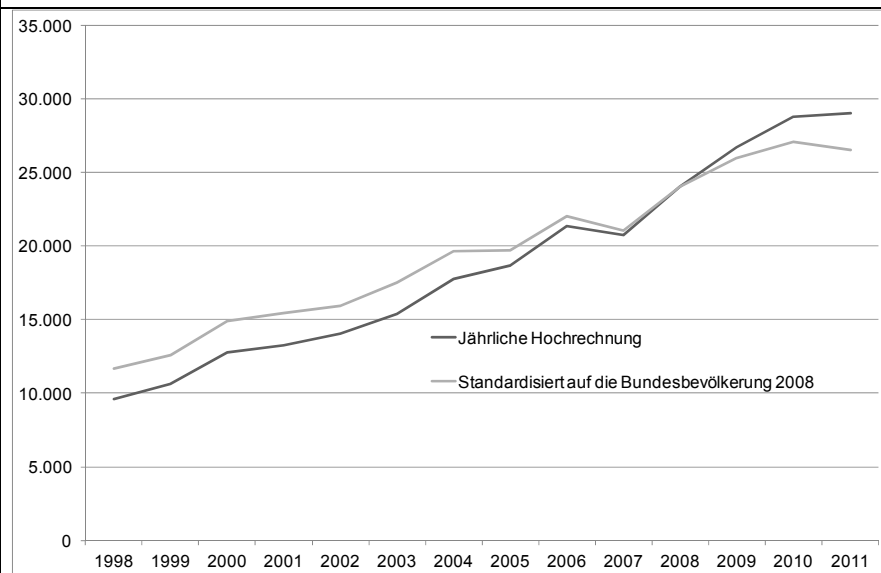
Um Pflegeverläufe mit Kurzzeitpflege darzustellen, wird nun auf Basis der Routinedaten der ehemaligen GEK-Versicherten der jeweils vorherige und nachfolgende Zustand beschrieben und mit den Vorgaben des § 42 SGB XI verglichen. Dazu werden die Bedingung zu Beginn der Kurzzeitpflege (Abschnitt 5.3.3.2) und die Versorgung nach der Kurzzeitpflege (Abschnitt 5.3.3.3) analysiert. Zuvor wird aber zunächst die Veränderung der Inanspruchnahme von Kurzzeitpflege dargestellt (Abschnitt 5.3.3.1).

5.3.3.1 Zeitreihe der Kurzzeitpflegefälle

Abbildung 28 zeigt, dass die Fallzahlen in der Kurzzeitpflege von 1998 bis 2011 (mit Ausnahme des Jahres 2007) kontinuierlich zugenommen haben. Diese Zunahme beruht aber nur zu einem geringeren Teil auf der Alterung der Bevölkerung. Dies zeigt die Entwicklung bei Hochrechnung auf die jeweilige Bevölkerung und bei Hochrechnung auf die Bevölkerung des Jahres 2008 (Altersstandardisierung).

⁶³ Entsprechend dieser Grundidee wird die Kurzzeitpflege in diesem Pflegereport auch stets im Pflegearrangement formell-ambulanter Pflege erfasst.

Abbildung 28: Entwicklung der monatlichen Zahl der Pflegebedürftigen mit Kurzzeitpflege ohne Kurzzeitpflege im Vormonat



Quelle: BARMER GEK Routinedaten; ehemalige GEK-Versicherte

Anmerkung: Vorläufige Ergebnisse für das Jahr 2011;

Nicht standardisiert (sondern bezogen auf die jeweilige Bevölkerung) steigt die Zahl der Pflegebedürftigen in Kurzzeitpflege von 9.573 im Jahr 1998 auf 29.016 im Jahr 2011 um insgesamt 203 %, standardisiert auf die Bevölkerung von 2008 im gleichen Zeitraum von 11.694 auf 26.523 Fälle, also um 127 %. Nur gut ein Drittel des Anstiegs der Fallzahlen geht also auf die Bevölkerungsalterung zurück.⁶⁴ Dass die Pflegestatistik mit rund 18 Tsd. Fällen eine deutlich geringere Zahl ausgibt, liegt insbesondere darin begründet, dass in den hier durchgeführten Hochrechnungen auf Monatsbasis gerechnet wurde und die Pflegestatistik eine

⁶⁴ Der nicht auf die Alterung zurückgehende Anteil beläuft sich auf $127/203=62,4\%$, der auf die Alterung zurückgehende Anteil demnach auf $37,6\%$.

Stichtagserhebung ist. Berücksichtigt werden hier also alle Pflegebedürftigen, die irgendwann im betreffenden Monat in Kurzzeitpflege waren. Bei der Stichtagserhebung werden dagegen nur diejenigen gezählt, die am betreffenden Stichtag in diesem Monat in Kurzzeitpflege waren. Für die hier interessierende Entwicklung der Inanspruchnahme spielt dieser Niveauunterschied aber keine Rolle.

5.3.3.2 Bedingungen des Beginns der Kurzzeitpflege

Welches sind nun die Ereignisse und Pflegearrangements, die Kurzzeitpflegezeiten vorangehen und wodurch lässt sich der Anstieg der Fallzahlen möglicherweise erklären? Tabelle 43 zeigt dazu zunächst die Verteilung der Pflegebedürftigen nach der Pflegestufe, dem vorangegangenen Pflegearrangement oder Krankenhausereignis sowie nach demografischen Merkmalen.

Zunächst lässt sich im Zeitverlauf eine deutliche Verschiebung der Inanspruchnahme in Richtung *geringerer Pflegestufe* feststellen. Vom ersten bis zum letzten Beobachtungsjahr hat sich der Anteil der Pflegebedürftigen mit Kurzzeitpflege, die bei Eintritt in die Kurzzeitpflege Pflegestufe I haben, von 31 % auf 52 % erhöht. Der Anteil der Pflegebedürftigen in Kurzzeitpflege mit Pflegestufe II reduziert sich hingegen von 46 % auf 37 % und mit Pflegestufe III von 24 % auf 11 %. Zwar entspricht diese Entwicklung auch dem allgemeinen Trend in der Verteilung der Pflegestufen, doch sind die Veränderungen bei der Kurzzeitpflege viel größer als dort.⁶⁵

⁶⁵ Bezogen auf alle weiblichen Pflegebedürftigen gibt es eine Erhöhung des Anteils in Pflegestufe I von 43 % auf 54 % (Männer: 38 % auf 53 %) mit einem Rückgang des Anteils in Pflegestufe II von 40 % auf 32 % (Männer: 43 % auf 34 %) und in Pflegestufe III von 17 % auf 14 % (Männer: 19 % auf 13 %).

Tabelle 43: Kurzzeitpflegefälle nach vorangegangenen Versorgungsleistungen und demografischen Merkmalen – Hochrechnung auf die BRD														
	Jahr													
	'98	'99	'00	'01	'02	'03	'04	'05	'06	'07	'08	'09	'10	'11
	Anzahl neuer Kurzzeitpflegefälle je Monat in Tausend													
	9,6	10,6	12,8	13,2	14,1	15,4	17,8	18,7	21,4	20,7	24,0	26,7	28,8	29,0
	davon in %													
Pflegestufe I	31	27	34	38	38	41	43	46	45	47	49	50	51	52
Pflegestufe II	46	52	49	44	45	43	41	40	41	39	40	39	38	37
Pflegestufe III	24	20	17	18	17	16	16	14	13	14	12	11	11	11
Krankenhaus	13	11	20	20	20	18	20	22	24	25	25	29	27	30
informelle Pflege	43	42	41	42	41	40	42	39	35	36	34	31	32	29
formell-ambulante Pflege	35	47	39	38	39	41	37	38	40	39	40	35	40	40
stationäre Pflege	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	1
Unterbrechung/ Krankenhaus	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Einrichtungen Behindertenh.	9	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	4	0	0
Männer	28	27	27	29	31	34	32	30	32	33	34	34	34	35
Frauen	72	73	73	71	69	66	68	70	68	67	66	66	66	65
Alter 0–14	1	2	2	1	2	1	1	1	1	1	1	0	0	1
Alter 15–59	4	4	3	4	5	6	5	5	5	5	5	4	4	4
Alter 60–64	2	3	2	2	2	2	2	2	1	2	2	2	2	2
Alter 65–69	4	4	3	3	4	4	4	4	4	5	4	4	4	3
Alter 70–74	9	7	7	7	8	7	7	7	8	8	7	8	8	9
Alter 75–79	17	17	15	13	12	15	14	14	14	13	13	12	13	13
Alter 80–84	16	16	19	17	19	24	23	24	22	23	24	24	23	23
Alter 85–89	31	31	27	32	23	19	19	19	22	23	27	27	28	26
Alter 90+	15	17	22	20	26	21	24	24	24	21	18	18	19	19
Alleinlebend	8	13	21	28	27	28	31	33	34	34	35	35	35	35
Verheiratet	31	32	30	32	31	34	33	35	34	37	39	41	38	40
Ausländer	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Quelle: Routinedaten der ehemaligen GEK-Versicherten														
Anmerkung: Vorläufige Ergebnisse für das Jahr 2011														

Zu Beginn der Beobachtungsperiode erfolgte der Übergang in Kurzzeitpflege insbesondere aus der informellen Pflege (43 %), der formell-ambulanten Pflege (35 %) und zu einem schon deutlich kleineren Anteil aus der Krankenhauspflege (13 %). Am Ende des Betrachtungszeitraums hat sich die Relation der *Ausgangspflegearrangements* verändert und sich der Anteil derer, die aus dem Krankenhaus in die Kurzzeitpflege gehen, verzweieinhalbfacht auf jetzt 30 %, während der Anteil derer, die aus informeller Pflege kommen, auf 29 % zurückgegangen ist und der Anteilswert für formell-ambulante Pflege noch leicht auf 40 % angestiegen ist.⁶⁶ Offensichtlich hat sich der Stellenwert der Kurzzeitpflege verändert: Wurde sie zu Beginn ganz überwiegend von Pflegepersonen in ambulanter Pflege in Anspruch genommen, dient sie inzwischen verstärkt auch als Übergangsstation für Personen, die nach einem Krankenhausaufenthalt pflegebedürftig sind, nicht mehr selbständig in ihrem Haushalt leben können und Zeit benötigen, um ein geeignetes Pflegearrangement zu finden. Insofern es gelingt, nach dieser Zeit ein ambulantes Pflegearrangement zu organisieren, verhindert die Kurzzeitpflege den ansonsten wahrscheinlichen Übergang direkt in ein Pflegeheim.

Die Inanspruchnahme der Kurzzeitpflege erfolgt zu ca. 2/3 durch Frauen und zu ca. 1/3 durch Männer. Diese *Geschlechterverteilung* entspricht ziemlich genau der allgemeinen Geschlechterverteilung der Pflegebedürftigen und ist daher unauffällig.

Obwohl ein Großteil der pflegebedürftigen Männer (35 % im Jahr 2011) und Frauen (15 % im Jahr 2011) jünger als 70 Jahre ist, liegt der Anteil der Pflegebedürftigen in Kurzzeitpflege im *Alter* unter 70 Jahren nur bei 10 %. Die *Haushaltskonstellation* zeigt keinen erkennbaren Unterschied zur Verteilung unter allen Pflegebedürftigen. *Ausländer* sind allerdings unterproportional unter den Pflegebedürftigen in Kurzzeitpflege vertreten.

⁶⁶ Dabei ist aber zu beachten, dass aufgrund der steigenden Inanspruchnahme der Kurzzeitpflege die absolute Zahl der Nutzer von Kurzzeitpflege aus allen Pflegearrangements zugenommen hat.

Tabelle 44: Zahl der Kurzzeitpflegefälle und Anteile nach Monat – Hochrechnung auf die BRD														
	Jahre													
	'98	'99	'00	'01	'02	'03	'04	'05	'06	'07	'08	'09	'10	'11
	Anzahl neuer Kurzzeitpflegefälle je Monat in Tausend													
	0,20	0,17	0,16	0,17	0,18	0,17	0,18	0,18	0,19	0,20	0,21	0,22	0,23	0,21
	davon in %													
Januar	9	6	6	7	6	8	7	8	7	8	8	7	8	8
Februar	7	7	7	6	6	5	7	6	7	7	7	6	7	8
März	6	7	10	7	7	8	9	8	8	8	7	7	9	9
April	6	6	7	7	8	9	7	6	7	8	8	7	9	8
Mai	9	8	12	10	10	8	8	10	9	9	10	8	8	10
Juni	7	8	7	10	9	8	10	9	9	11	9	8	9	9
Juli	12	12	9	10	10	11	11	10	10	9	8	13	10	9
August	13	11	9	10	12	10	10	11	9	11	9	11	10	10
September	11	12	12	8	11	10	9	8	11	9	10	9	10	9
Oktober	8	8	9	9	8	8	7	8	9	9	9	8	8	8
November	7	7	7	7	7	8	8	7	7	6	7	8	7	6
Dezember	7	9	6	6	6	8	6	7	7	7	7	8	7	5
Quelle: Routinedaten der ehemaligen GEK-Versicherten														
Anmerkung: Vorläufige Ergebnisse für das Jahr 2011														

Um einzuschätzen, wie häufig Kurzzeitpflege als Überbrückungsleistung für einen *Urlaub* genutzt wird, zeigt Tabelle 44, in welchen Monaten die Kurzzeitpflege beginnt. Ausgehend davon, dass Urlaube häufiger in den Sommermonaten gemacht werden, müssten sich entsprechend in diesen Monaten Häufungen zeigen. Wie vermutet, beginnen gerade im Juli bis September die meisten Episoden der Kurzzeitpflege (Tabelle 44).

5.3.3.3 Versorgung und Ereignisse nach Kurzzeitpflege

Gemäß § 42 SGB XI soll Kurzzeitpflege zur Überbrückung von Engpässen in der häuslichen Pflege dienen. Ziel ist dabei, im Anschluss an die Kurzzeitpflege, die häusliche Pflege (wieder) zu ermöglichen. Tabelle 45 zeigt, dass dies für das erste Beobachtungsjahr 1998 weitgehend gelingt, und 67 % der Pflegebedürftigen in

Kurzzeitpflege anschließend in häuslicher Pflege (informell oder formell-ambulant) versorgt werden. Während der Anteil der nach der Kurzzeitpflege formell-ambulant versorgten Pflegebedürftigen über die Zeit relativ konstant bleibt, halbiert sich der Anteil der Pflegebedürftigen mit anschließender informeller Pflege annähernd von 39 % im Jahr 1998 auf 21 % im Jahr 2011. Von 18 % auf 30 % steigt hingegen der Anteil der Pflegebedürftigen, die anschließend dauerhaft im Pflegeheim bleiben. Zudem steigt der Anteil der anschließend Verstorbenen von 11 % auf 17 %. Zu geringen Teilen (gut 2 %) folgt nach der Kurzzeitpflege auch wieder ein Krankenhausaufenthalt. Ein Wegfall der Pflegebedürftigkeit oder ein Übergang in die Behinderteneingliederung sind Ausnahmefälle.

Tabelle 45: Versorgungssituation nach Kurzzeitpflegefällen – Hochrechnung auf die BRD													
	Jahre												
	'98	'99	'00	'01	'02	'03	'04	'05	'06	'07	'08	'09	'10
	Anzahl neuer Kurzzeitpflegefälle je Monat in Tausend												
	9,6	10,6	12,8	13,2	14,1	15,4	17,8	18,7	21,4	20,7	24,0	26,7	28,8
	davon in %												
Krankenhaus	3	1	2	4	2	2	2	2	2	2	2	3	2
informelle Pflege	39	33	34	33	33	31	32	31	28	26	25	25	23
form.-ambulante Pflege	28	36	29	29	30	32	29	29	29	29	29	27	29
stationäre Pflege	18	20	22	25	25	24	21	24	26	29	28	29	29
Tod	11	10	13	9	10	12	16	14	15	15	16	16	17
Einrichtungen Behindertenh.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
ohne Versorgung	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Quelle: Routinedaten der ehemaligen GEK-Versicherten													
Anmerkung: Vorläufige Ergebnisse für das Jahr 2011													

Die Aufgabe der Kurzzeitpflege, kurzzeitige Engpässe in der häuslichen Pflege zu überbrücken, um damit eine weitere häusliche Pflege zu gewährleisten, wird also

zunehmend weniger erfüllt: Bei jeder sechsten Person endet die Kurzzeitpflege mit dem Tod und bei fast jeder dritten Person erfolgt ein Übergang in die vollstationäre Dauerpflege. Immer noch wird aber bei der Hälfte aller Fälle von Kurzzeitpflege im Anschluss daran eine ambulante Pflege weitergeführt. Insgesamt ist damit festzustellen, dass die Ausweitung der Kurzzeitpflege dazu geführt hat, dass die „Erfolgsbilanz“ in Bezug auf die anschließende Versorgung getrübt wurde. Dies ist aber zum Teil auch darauf zurückzuführen, dass ein zunehmender Teil der Fälle von Kurzzeitpflege nunmehr aus dem Krankenhaus kommt und damit Fälle umfasst, die ohne Kurzzeitpflege in der Regel direkt in die vollstationäre Pflege übergegangen wären. Dennoch macht die Entwicklung deutlich, dass im Überleitungsmanagement von der Kurzzeitpflege in die anschließende Versorgung durchaus Potential enthalten ist, das weitere Pflegearrangement zu beeinflussen.

6 Kosten bei Pflegebedürftigkeit

Pflegebedürftigkeit betrifft die meisten Menschen im Laufe ihres Lebens: Mehr als zwei von drei Frauen und jeder zweite Mann sind vor ihrem Versterben pflegebedürftig – mit steigender Tendenz (Rothgang et al. 2011: 136). Die Pflegeversicherung übernimmt aber nur einen Teil der bei Pflegebedürftigkeit anfallenden finanziellen Belastungen. Vor dem Hintergrund weiter steigender Lebenserwartung und der damit verbundenen höheren Wahrscheinlichkeit der Pflegebedürftigkeit stellt sich für Betroffene und deren Angehörige die Frage, welche finanziellen Belastungen auf jeden einzelnen zukommen können und welcher Beitrag – jenseits der Leistungen der Pflegeversicherung – privat zu finanzieren ist. Zur Beantwortung dieser Fragen werden in Abschnitt 6.1 erstmalig für Deutschland die *Lebensverlaufskosten* von Pflegebedürftigkeit ermittelt.⁶⁷

Hierbei zeigt sich, dass diese auf den gesamten Lebensverlauf bezogenen Pflegekosten sehr weit streuen: für die Mehrzahl der Pflegebedürftigen sind sie eher gering, für eine Minderheit aber zum Teil extrem hoch. In Abschnitt 6.2 werden daher die Determinanten der Höhe der Pflegekosten ermittelt. Pflegebedürftige nehmen nicht nur Leistungen im Rahmen der Pflegeversicherung, sondern als häufig multimorbide ältere Menschen auch verstärkt Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung nach SGB V in Anspruch. In Abschnitt 6.3 wird daher untersucht, wie sich die SGB V-Ausgaben von Pflegebedürftigen und nicht pflegebedürftigen Versicherten gleichen Geschlechts und Alters unterscheiden.

⁶⁷ Entsprechend der Datenlage wird im Folgenden der pagatorische Kostenbegriff verwendet, der – wie weitgehend im Haushaltsrecht noch üblich – auf Zahlungsvorgänge abstellt und daher fast ausschließlich die Auszahlungen erfasst. So werden beispielsweise die Krankheitskosten durch das Statistische Bundesamt auf der Grundlage der Gesundheitsausgabenrechnung (GAR) im Rahmen der Gesundheitsberichterstattung des Bundes (GBE) ermittelt (vgl. <https://www.destatis.de/DE/Meta/AbisZ/Krankheitskostenrechnung.html>). Soweit sich aus dem Zusammenhang nichts anderes ergibt, beziehen sich „Kosten“, „Aufwendungen“ oder „Ausgaben“ im Folgenden immer auf Zahlungsvorgänge.

Einigen medizinischen Behandlungen wird unterstellt, sie seien vermeidbar. Dies betrifft z. B. Krankenhausaufenthalte wegen Dehydratation (Austrocknung), die bei fachgerechter Pflege möglichst nicht auftreten sollten. Abschnitt 6.4 widmet sich daher der Frage, welche Krankenhausaufenthalte Pflegebedürftiger als vermeidbar gelten können, wie häufig sie vorkommen und welche Ausgaben mit ihrer Behandlung verbunden sind.

6.1 Kosten der Pflege im Lebensverlauf

In diesem Abschnitt wird dargestellt, welche Kosten Pflegebedürftigkeit vom erstmaligen Auftreten (erstmalige Leistungsanspruchnahme) bis zum Tod verursacht. Dazu werden einerseits die Ausgaben der Pflegeversicherung (SGB XI) ermittelt und andererseits die privaten finanziellen Aufwendungen für die pflegerische Versorgung. Dies geschieht differenziert nach stationärer und ambulanter Versorgung. Ist der Versicherte selbst nicht in der Lage, notwendige Kosten der Pflege zu finanzieren, werden diese subsidiär vom Sozialhilfeträger übernommen. Auch dessen Ausgaben werden nachfolgend berücksichtigt.⁶⁸

Untersucht wird die Inzidenzkohorte (ehemaliger) GEK-Versicherter im Jahr 2000, also diejenigen Versicherten, die im Jahr 2000 erstmals Pflegeleistungen in Anspruch genommen haben. Für diese Pflegebedürftigen werden im Zeitverlauf alle bisher angefallenen Leistungen der Pflegeversicherung und die Eigenfinanzierungsanteile aufsummiert sowie laufende und zukünftige Zahlungen geschätzt. In

⁶⁸ Ein weiterer aktueller Kostenträger von Pflegeleistungen ist die Kriegsopferfürsorge. Der Beitrag der Kriegsopferfürsorge zur Gesamtfinanzierung wird aber mit der zunehmenden zeitlichen Distanz zum 2. Weltkrieg immer geringer und wird für zukünftige Planungen unbedeutend (vgl. Abschnitt 4.9). Daher wird dieses Leistungssystem hier nicht weiter untersucht.

der Summe wird somit dargestellt, wie hoch die Kosten der Pflege für die Eintrittskohorte 2000 schließlich gewesen sein werden.⁶⁹

Um eine Aussage über die GEK-Population hinaus treffen zu können, werden die Ergebnisse auf die Population der Bundesrepublik im Jahr 2000 nach Alter und Geschlecht standardisiert.⁷⁰ Die Betrachtung wird dabei auf Pflegebedürftige ab einem Eintrittsalter von 60 Jahren beschränkt, da sich für jüngere Pflegebedürftige ganz andere Konstellationen ergeben, die häufig durch lang andauernde Lebensphasen mit Behinderung gekennzeichnet sind.⁷¹ Insbesondere für eigene Vorsorgeplanungen ist dagegen die Pflegebedürftigkeit im höheren Alter von entscheidender Bedeutung.

In der vorliegenden Inzidenzkohorte 2000 finden sich 2.016 Pflegebedürftige, die den genannten Einschlusskriterien gerecht werden. Unter den analysierten Pflegebedürftigen sind etwa gleich viele Frauen und Männer: 1.051 Männer (52,1 %) und 965 Frauen (47,9 %). Der Altersdurchschnitt beträgt bei Eintritt in die Pflegebedürftigkeit im Jahr 2000 etwa 77 Jahre, wobei die Männer der Studienpopulation mit etwa 75 Jahren durchschnittlich etwas jünger sind als die Frauen (ca. 79 Jahre).

⁶⁹ Auf eine Diskontierung und Barwertberechnung wird an dieser Stelle verzichtet, u. a., weil ein Drittel der Pflegebedürftigen innerhalb eines Jahres nach Eintritt der Pflegebedürftigkeit und etwa die Hälfte der Pflegebedürftigen innerhalb von 2,5 Jahren nach Eintreten der Pflegebedürftigkeit verstorben ist, so dass eine Diskontierung nur geringe Effekte erzeugt. Zu beachten ist allerdings, dass die Lebenszeitkosten der Pflege für eine Zugangskohorte 2012 entsprechend höher sind, wenn das heutige Preis- und Ausgabenniveau zugrunde gelegt wird.

⁷⁰ Eine Berücksichtigung unterschiedlicher Inzidenzen, Prävalenzen und Pflegedauern kann nicht erfolgen, da für die Grundgesamtheit diesbezüglich keine Werte vorliegen. Allerdings liegen die Prävalenzen der BARMER GEK-Versicherten niedriger als die der Gesamtbevölkerung, so dass die hier errechneten Werte diejenigen für die Gesamtbevölkerung tendenziell unterschätzen.

⁷¹ Für eine vollständige Aufsummierung der Kosten bis zum Tod werden nur die Personen betrachtet, die nicht durch einen Kassenwechsel aus der Beobachtung ausscheiden

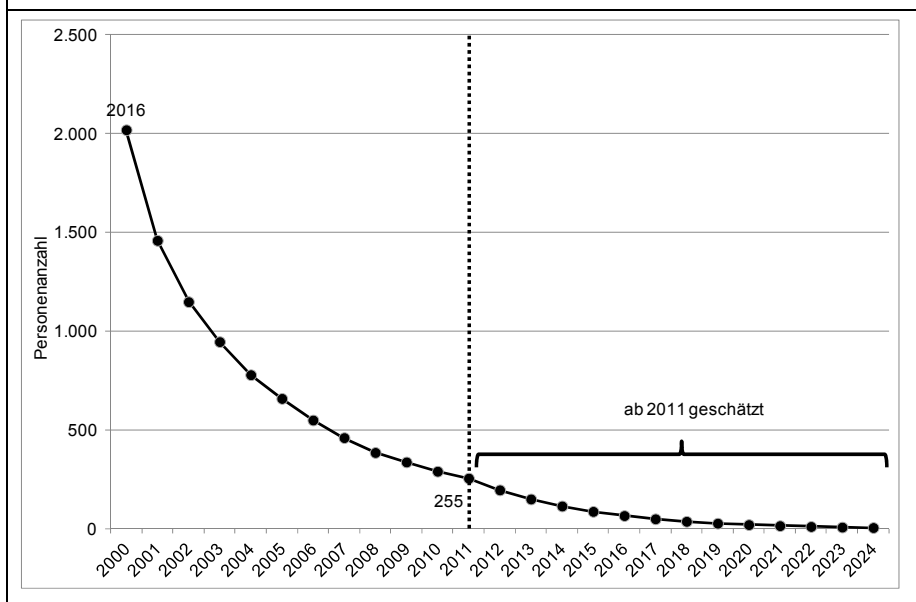
Für diese Personen liegen detaillierte Daten bis einschließlich 2010 vor. Mehr als ein Viertel der Pflegebedürftigen stirbt bereits im Laufe des Jahres 2000, also in dem Kalenderjahr, in dem sie erstmalig pflegebedürftig im Sinne des SGB XI werden (siehe Tabelle 46). Nach einer etwas höheren Sterberate in den ersten beiden Jahren nach Eintritt in die Pflegebedürftigkeit bleibt die einjährige Sterberate im weiteren Zeitverlauf vergleichsweise konstant. Bis zum Ende der 11 Kalenderjahre des Beobachtungszeitraums sind insgesamt 1.761 Personen (87 %) verstorben. 12,7 % der Pflegebedürftigen (255 Personen) sind noch nicht gestorben und verursachen somit weiterhin Kosten, die geschätzt werden müssen.

Tabelle 46: Anzahl der Sterbenden und Sterberate der Inzidenzkohorte 2000 (nicht standardisiert)			
Jahr	Inzidenzen im Jahr 2000 bzw. Überlebende zum 1. Januar des Jahres	Anzahl der Sterbenden innerhalb des Jahres	Sterberate
2000	2.016	559	27,7 %
2001	1.457	310	21,3 %
2002	1.147	202	17,6 %
2003	945	167	17,7 %
2004	778	120	15,4 %
2005	658	109	16,6 %
2006	549	89	16,2 %
2007	460	75	16,3 %
2008	385	48	12,5 %
2009	337	47	13,9 %
2010	290	35	12,1 %
2011	255		

Der Kalkulation weiterer Kosten müssen die Überlebensraten zu Grunde gelegt werden. Da die jährlichen Sterbewahrscheinlichkeiten von Personen, die schon länger als 11 Jahre pflegebedürftig sind, nicht vorliegen, müssen diese geschätzt werden. Wie in Tabelle 46 zu sehen ist, sind die Sterbewahrscheinlichkeiten insbesondere in den ersten beiden Jahren der Pflegebedürftigkeit sehr hoch. Bis zum dritten Jahr der Pflegebedürftigkeit verringern sie sich erheblich und bleiben dann

vergleichsweise konstant. Für die weitere Kalkulation der Absterbeordnung wird daher angenommen, dass die alters- und geschlechtsspezifischen Sterbewahrscheinlichkeiten ab dem dritten Jahr der Pflegebedürftigkeit auch in der Zeit nach dem 11. Jahr der Pflegebedürftigkeit noch Bestand haben. Auf Basis aller GEK-Versicherten, die jemals im Zeitraum 2002–2010 pflegebedürftig wurden und auch schon mindestens zwei Jahre zuvor pflegebedürftig waren, wurden Sterberaten nach Alter und Geschlecht ermittelt. Diese bilden die Basis für die Berechnung der weiteren Lebenserwartung der 255 pflegebedürftigen Personen der Inzidenzkohorte, die zum 1.1.2011 noch überlebt haben (Abbildung 29).

Abbildung 29: Größe der Inzidenzkohorte im Zeitverlauf (Schätzung ab 2011)



Für den Zeitraum bis einschließlich 2010 werden die Leistungen der Pflegeversicherung aus den Leistungsdaten der GEK-Versicherten ermittelt. Für die Zeit ab dem Jahr 2011 werden die Leistungsarten zum Ende 2010 konstant gehalten und mit der alters- und geschlechtsspezifischen Lebenserwartung verknüpft.

Basierend auf diesen Pflegeverläufen werden im Abschnitt 6.1.1 zunächst die Ausgaben der Sozialen Pflegeversicherung ermittelt. Die privat zu tragenden Eigenanteile sind schwieriger zu erheben und zu kalkulieren. Für sie wird in Abschnitt 6.1.2 eine Schätzung vorgenommen. Abschnitt 6.1.3 führt schließlich beide Ausgabenarten zusammen und stellt die Aufteilung der im Lebensverlauf durchschnittlich entstehenden Kosten für Pflegebedürftigkeit auf die Kostenträger dar. Alle Angaben sind dabei jeweils auf Deutschland hochgerechnet.

6.1.1 SGB XI-Leistungen bei Pflegebedürftigkeit

Zunächst werden ausschließlich die SGB XI-Leistungen bei Pflegebedürftigkeit betrachtet, also die in der Sozialen Pflegeversicherung festgesetzten Beträge. Für die Höhe der Leistungen der Pflegeversicherung werden die jeweils gültigen Leistungssätze berücksichtigt, die von 2000 bis Juli 2008 unverändert sind. Für die Folgezeit werden die im Pflege-Weiterentwicklungsgesetz vom 28. Mai 2008 festgelegten Leistungsdynamisierungen zum 01. August 2008, zum 01. Januar 2010 und zum 01. Januar 2012 berücksichtigt. Zur Berechnung der Ausgaben der Pflegeversicherung werden alle Leistungsarten⁷² herangezogen.

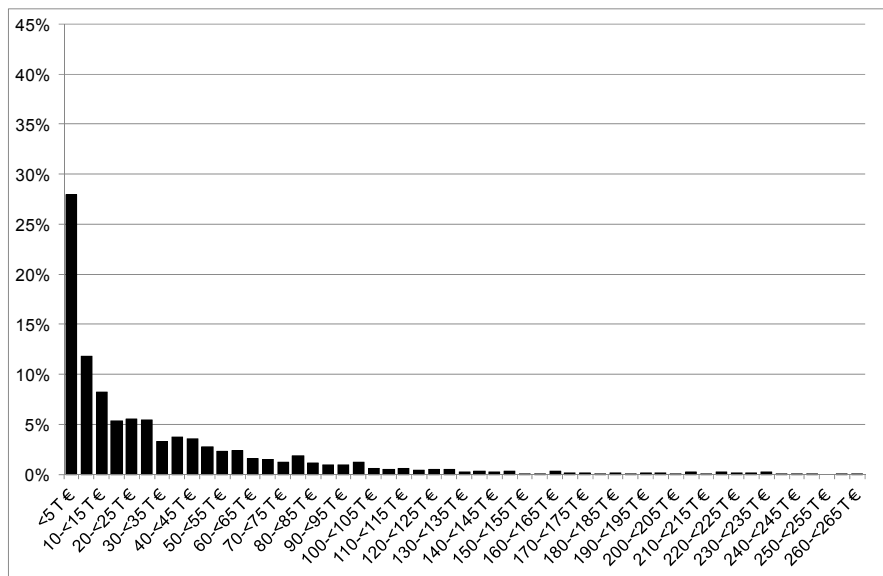
Die Pflegeversicherung übernimmt, nach Alter und Geschlecht auf die Bevölkerung Deutschlands des Jahres 2000 im Alter von 60 Jahren und älter standardisiert, im Durchschnitt Leistungen in Höhe von 33.256 € (Median: 16.820 €) pro Pflegebedürftigem im Lebensverlauf. Dabei liegen die aufsummierten Leistungen zwischen minimal 13 € und maximal 262.215 €. Deutlich zu erkennen ist die zu erwartende, linkssteile Verteilung (Abbildung 30). 27,9 % der Pflegebedürftigen verursachen für die Pflegeversicherung Leistungsausgaben von weniger als 5.000 €.

⁷² Berücksichtigt werden also "Pflegesachleistungen", "Pflegegeld", "Verhinderungspflege", "Tages- und Nachtpflege", "Kurzzeitpflege", "vollstationäre Pflege", "Zuschuss für stationäre Pflege", "Kostenerstattung an Vertragseinrichtungen ohne Vergütungsvereinbarung", "Pflege in vollstationären Einrichtungen der Behindertenhilfe", "Ruhe der Leistung", "Maßnahmen zur Verbesserung des individuellen Wohnumfeldes", "zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel", "technische Hilfsmittel" und "Betreuungsleistungen".

Weitere 20,0 % verursachen Leistungsausgaben von 5.000 €–15.000 €. Ein kleiner Teil der Pflegebedürftigen verursacht aber auch Ausgaben im sechsstelligen Bereich.

Diese linkssteile Verteilung hängt eng mit der Überlebenszeit nach Eintritt in die Pflegebedürftigkeit zusammen. In der vorliegenden Inzidenzkohorte sterben bereits 53,1 % im ersten oder zweiten Jahr nach Eintritt in die Pflegebedürftigkeit. Da die Leistungen der Pflegeversicherung definierte Obergrenzen haben, ist bei kürzerer Überlebenszeit eine Ansammlung hoher Gesamtausgaben der Pflegeversicherung nicht möglich.

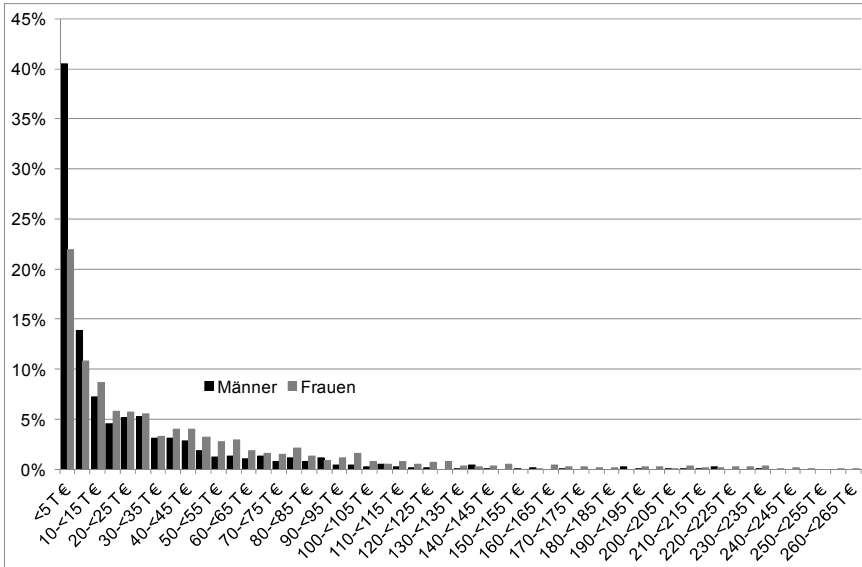
Abbildung 30: Anteil der Pflegebedürftigen, die von Pflegeeintritt bis zum Tod Pflegeleistungen mit einem Ausgabenvolumen von ... € in Anspruch nehmen



Quelle: BARMER GEK-Routinedaten: Versicherte nach Alter und Geschlecht standardisiert auf die Bevölkerung in Deutschland

Differenziert nach Geschlecht zeigt sich, dass Frauen im Durchschnitt höhere Lebenszeitausgaben verursachen (Abbildung 31). Auffallend ist dabei insbesondere der deutlich höhere Anteil an Männern mit nur geringen Ausgaben von unter 5.000 € (40,5 % zu 21,9 % bei Frauen) und der im Vergleich zu den Männern hohe Anteil an Frauen, die im Verlauf der Pflegebedürftigkeit Ausgaben der Sozialen Pflegeversicherung von mehr als 100.000 € verursachen (9,4 % zu 3,0 % bei Männern). Der Durchschnittswert (arithmetisches Mittel) der Lebenszeitausgaben liegt bei Frauen mit 38.937 € deutlich höher als bei Männern (21.377 €). Gleiches gilt für den Median (Frauen: 22.296 €, Männer: 8.190 €).

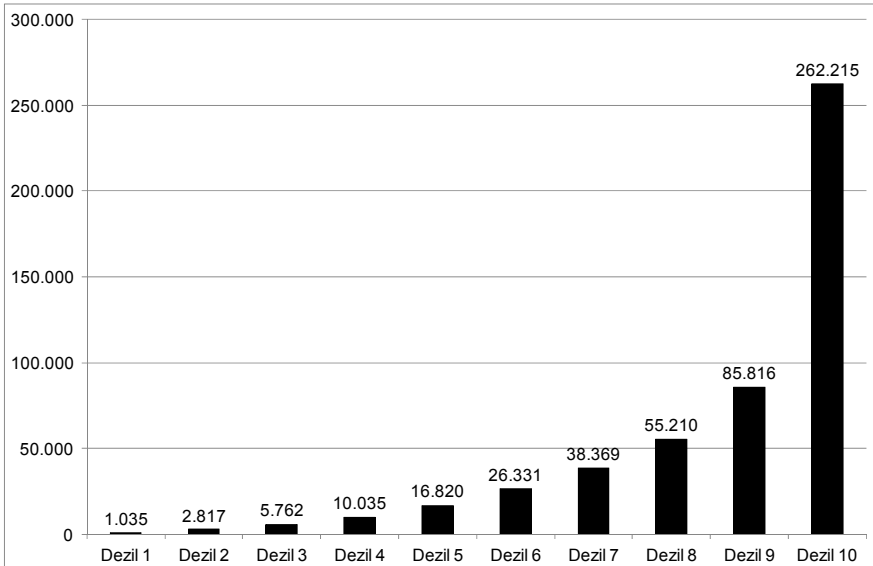
Abbildung 31: Anteil der Pflegebedürftigen, die von Pflegeeintritt bis zum Tod Pflegeleistungen mit einem Ausgabenvolumen von ... € in Anspruch nehmen – nach Geschlecht



Quelle: BARMER GEK-Routinedaten: Versicherte nach Alter und Geschlecht standardisiert auf die Bevölkerung in Deutschland

Wird die Inzidenzkohorte in 10 gleich stark besetzte, nach den verursachten Aufgaben geordnete Klassen (10 Dezile) gegliedert, lässt sich die Schiefe der Verteilung gut ablesen: Während 10 % der Pflegebedürftigen in ihrem gesamten Pflegeverlauf SGB XI-Leistungen von maximal 1.035 € in Anspruch nehmen, belaufen sich die Ausgaben für die „teuersten“ 10 % der Pflegebedürftigen auf 85.000 € und mehr. Für diese Gruppe liegen die durchschnittlichen Ausgaben (arithmetisches Mittel) bei knapp 140.000 € und der Maximalwert bei 262.000 € (Abbildung 32).

Abbildung 32: Gesamte SGB XI-Leistungen von Eintritt der Pflegebedürftigkeit bis zum Tod nach Dezilen



Quelle: BARMER GEK-Routinedaten: Versicherte nach Alter und Geschlecht standardisiert auf die Bevölkerung in Deutschland

6.1.2 Privat getragene Pflegekosten

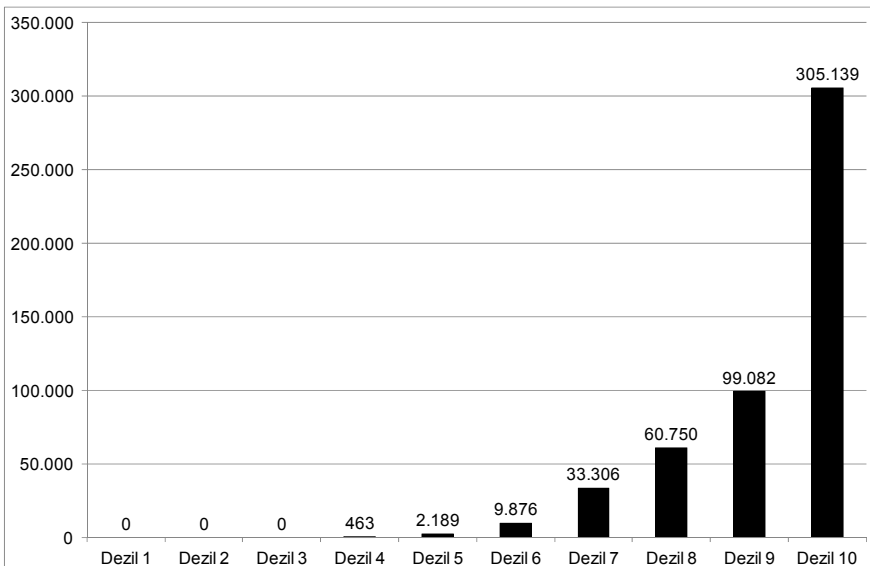
Die privat aufgebrachten Aufwendungen können danach differenziert werden, ob sie bei stationärer oder ambulanter Versorgung entstehen. Die bei Heimpflege zu zahlenden Eigenanteile können als Differenz zwischen den zu zahlenden Heimentgelten (inklusive der gesondert in Rechnung gestellten Investitionskostenanteile) und den Leistungen der Sozialen Pflegeversicherung ermittelt werden.⁷³ Die durchschnittlichen monatlichen Heimentgelte liegen dabei deutlich über den Leistungen der Pflegeversicherung für vollstationäre Pflege. Der Differenzbetrag muss von den Pflegebedürftigen, den Angehörigen oder der Sozialhilfe getragen werden (Schmidt & Schneekloth 2011: 156f.). Für die Ermittlung der Eigenanteile in der häuslichen Pflege werden die Erhebungen von Schmidt & Schneekloth (2011: 47f.) zu Grunde gelegt. Demnach werden in der häuslichen Pflege durchschnittlich 247 € pro Monat privat getragen.

6.1.2.1 Eigenfinanzierungsanteile bei stationärer Versorgung

Für die Berechnungen im stationären Bereich wurden die durchschnittlichen Pflegesätze für das Bundesgebiet aus der Pflegestatistik 2009 zu Grunde gelegt (Statistisches Bundesamt 2011b: 20), inklusive des Entgelts für Unterkunft und Verpflegung. Hinzu kommen jeweils 13 € für Investitionskosten und Zusatzleistungen pro Tag (Schmidt & Schneekloth 2011: 156). Von diesem Betrag wurden die jeweiligen SGB XI-Leistungen subtrahiert.

⁷³ Ist der Pflegebedürftige damit finanziell überfordert, entsteht eine Leistungspflicht des zuständigen Sozialhilfeträgers. Diese Leistungen können aber nicht individualisiert berücksichtigt werden, weil die dazu notwendigen Informationen zur Einkommens- und Vermögenssituation der Pflegebedürftigen nicht vorliegen. An dieser Stelle werden daher alle privat zu tragenden Kosten berücksichtigt. In Abschnitt 6.1.3 werden die Sozialhilfeausgaben dann im Aggregat getrennt ausgewiesen.

Abbildung 33: Eigenfinanzierungsanteile für stationäre Pflege von Eintritt der Pflegebedürftigkeit bis zum Tod nach Dezilen



Quelle: BARMER GEK-Routinedaten: Versicherte nach Alter und Geschlecht standardisiert auf die Bevölkerung in Deutschland

Durchschnittlich zahlen Pflegebedürftige von Beginn der Pflegebedürftigkeit bis zum Tod demnach noch 31.131 € aus eigener Tasche – zusätzlich zu den Ausgaben der Sozialen Pflegeversicherung. Wiederum ist die Streuung groß. Die privat zu tragenden Ausgaben reichen von 0 € (wenn es zu keinem Heimeintritt kommt), bis zu 305.139 € (Abbildung 33). Über 30 % der Pflegebedürftigen (erstes bis drittes Dezil) müssen dabei keine eigenen Zahlungen zur stationären Pflege leisten, da es nie zu einem Heimaufenthalt kommt. Für das nächste Dezil liegt der eigene Finanzierungsbetrag bei unter 463 €. Für ein Zehntel der Pflegebedürftigen entstehen

aber Ausgaben von mehr als 99.000 €, maximal werden sogar bis über 300.000 € aufgewendet.

Pflegebedürftige Frauen leisten durchschnittlich im Lebensverlauf mit 38.121 € einen höheren eigenen Zahlungsbetrag als pflegebedürftige Männer (16.517 €).⁷⁴

6.1.2.2 Eigenfinanzierungsanteile bei ambulanter Versorgung

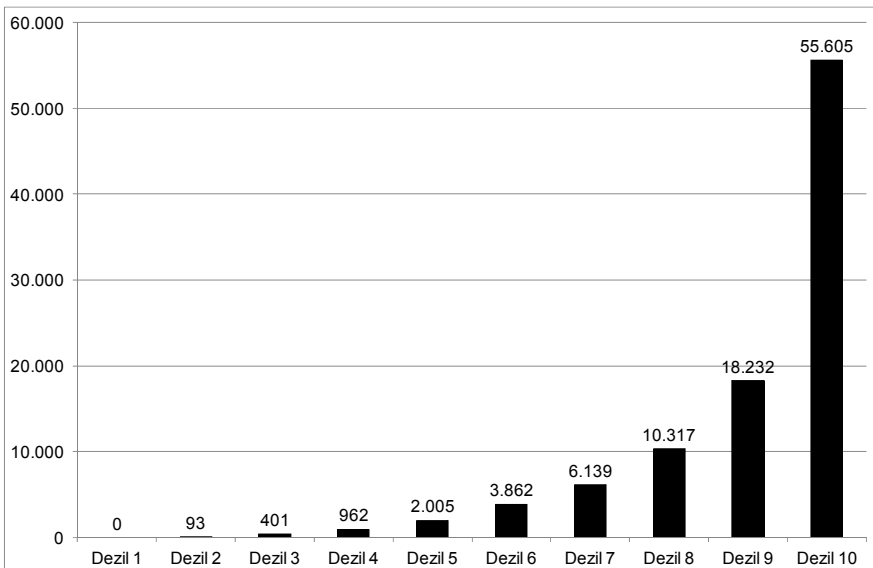
Pflegebedürftige zahlen im Durchschnitt während ihrer Pflegebedürftigkeit 6.087 € privat für ambulante Pflegeleistungen. Auch hier liegt eine große Spanne vor, die von 0 € bis 55.605 € reicht. Ein Zehntel der Pflegebedürftigen ist dabei mit einem Eigenanteil in Höhe von mindestens 18.232 € konfrontiert (Abbildung 34). Die höhere durchschnittliche Zahlung bei Frauen (6.929 €) im Vergleich zu Männern (4.327 €) ist wiederum begründet durch die längere Lebenserwartung und die damit verbundenen längeren Pflegezeiten der Frauen.

Analog zur Ermittlung der stationären Ausgaben wurden die Pflegestufen und Pflegeleistungen Ende 2010 „eingefroren“ und für die Fortschreibung der Kosten beibehalten. Im Vergleich zu den stationären Eigenfinanzierungsanteilen ist bei den ambulanten Zuzahlungen eine Überschätzung wahrscheinlicher, da ein Wechsel von ambulanter zu stationärer Versorgung häufig vorkommt.⁷⁵

⁷⁴ Bei dieser Berechnung wurde angenommen, dass die Pflegebedürftigen ab 2010 in stationärer Pflege bleiben. Diese Annahme ist unproblematisch. Die Festschreibung der Pflegestufen, führt dagegen tendenziell zu einer Unterschätzung der selbst zu finanzierenden Ausgaben. Um diesem Problem Rechnung zu tragen, wurde zusätzlich ein „Worst-Case-Szenario“ durchgerechnet, in dem angenommen wurde, dass alle Ende 2010 noch lebenden Pflegebedürftigen bis zu ihrem Tod stationäre Leistungen der Pflegestufe 3 bekommen. Die durchschnittlich selbst zu tragenden Ausgaben verändern sich in diesem Szenario nur marginal (Mittelwert: 32.403 € statt 31.131 €) und zeigen so die Robustheit der Berechnung.

⁷⁵ Das in Abschnitt 6.1.2.1 skizzierte „Worst-Case“-Szenario unter Annahme eines Wechsels aller Pflegebedürftigen in die stationäre Pflege nach 2010 führt zu verringerten ambulanten Zuzahlungen von im Mittel 4.722 € (statt 6.087 €). Die realen durchschnittlichen Zuzahlungen für ambulante Leistungen werden zwischen diesen beiden Werten liegen.

Abbildung 34: Eigenfinanzierungsanteile für ambulante Pflege von Eintritt der Pflegebedürftigkeit bis zum Tod nach Dezilen



Quelle: BARMER GEK-Routinedaten: Versicherte nach Alter und Geschlecht standardisiert auf die Bevölkerung in Deutschland

6.1.3 Aufteilung der Gesamtkosten bei Pflegebedürftigkeit

Ein Teil der errechneten privaten Zahlungen wird durch die Sozialhilfe getragen. Die Gesamtsumme der Hilfe zur Pflege, die durch die Sozialhilfe getragen wird, liegt in den 2000er Jahren bei rund 2,5 Mrd. € mit zuletzt steigender Tendenz. Der Großteil der Hilfen entfällt auf die Hilfen bei stationärer Pflege. Hier liegen die Leistungssummen bei rund 2 Mrd. € (siehe Abschnitt 4.9).

In der Darstellung der Gesamtkosten werden die Anteile der Hilfe zur Pflege im Rahmen der Sozialhilfe mit ausgewiesen. Dazu werden diese von den Eigenfinanzierungsanteilen in der ambulanten und stationären Pflege subtrahiert, um eine Doppelzählung zu vermeiden. Dividiert man die Summe der Hilfe zur Pflege durch die Zahl der Pflegebedürftigen, ergeben sich im Durchschnitt der Jahre 2000 bis

2009 412 € bei ambulanter Pflege und 3.154 € bei stationärer Pflege pro Jahr und Pflegebedürftigem im jeweiligen Setting. Wenn man diese Durchschnittswerte zu Grunde legt, kann von 744 € für ambulante Pflege bei Männern und 976 € für ambulante Pflege bei Frauen im Lebensverlauf ausgegangen werden, die über die gesamte Pflegezeit insgesamt im Durchschnitt von der Sozialhilfe übernommen werden. Im stationären Bereich sind diese Werte entsprechend höher: 2.059 € bei Männern und 4.415 € bei Frauen. Die meisten Pflegebedürftigen bekommen allerdings in der Realität niemals Hilfe zur Pflege, finanziell weniger gut gestellte Pflegebedürftige erhalten jedoch deutlich höhere Unterstützungsleistungen.

Getrennt nach Männern und Frauen stellt Abbildung 35 die Zusammensetzung der gesamten Kosten der Pflegebedürftigkeit vom erstmaligen Auftreten der Pflegebedürftigkeit bis zum Tod dar.⁷⁶

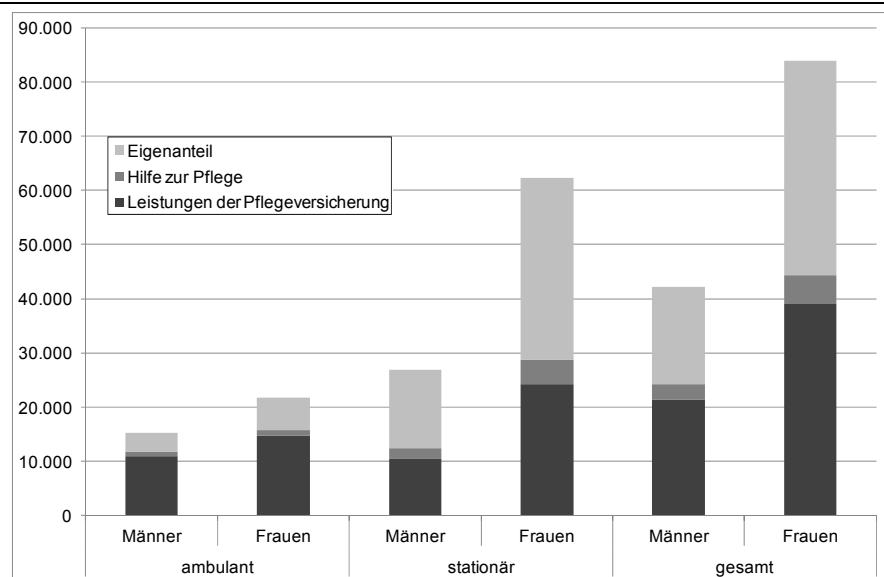
Die Kosten der ambulanten Pflege sind deutlich geringer als die der stationären Pflege. Gleichzeitig müssen Frauen in beiden Settings mit höheren Kosten rechnen als Männer. Im ambulanten Bereich ist der Anteil der OoP deutlich niedriger als die von der Sozialen Pflegeversicherung geleisteten Beträge. Anders stellt es sich in der Heimversorgung dar: Hier sind die privaten Zuzahlungen höher als der Betrag, den die Soziale Pflegeversicherung laut SGB XI zahlt. Dies ist unter anderem im Entgelt für Versorgung und Unterkunft begründet, das komplett privat getragen werden muss. Diese „Hotelkosten“ fallen im Leben ohne Pflegebedürftig-

⁷⁶ Hierbei ist zu beachten, dass das Pflegegeld als Ausgabe der Pflegeversicherung in diese Berechnung einbezogen wird. Da dieses Pflegegeld den Pflegebedürftigen zugeht, könnte es von den Eigenfinanzierungsanteilen abgezogen werden, um so eine Doppelzählung zu vermeiden. Stattdessen wird an dieser Stelle davon ausgegangen, dass die Pflegebedürftigen dieses Pflegegeld an informelle Pflegepersonen weitergeben und damit eine gleich hohe Zusatzausgabe entsteht, die berücksichtigt werden sollte.

Leistungen der Pflegeversicherung beziehen sich auf die anhand von Alter und Geschlecht auf die Bevölkerung in Deutschland hochgerechneten Werte BARMER GEK-Versicherter. Eigenanteile entstammen einer repräsentativen Umfrage und Sozialhilfezahlungen der amtlichen Statistik.

keit ebenfalls an – möglicherweise in einem geringeren Umfang. Sie sind daher eigentlich nur zu einem Teil Kosten, die *zusätzlich* im Vergleich zum Leben ohne Pflege entstehen.

Abbildung 35: Mittelwert der Gesamtkosten von Pflegebedürftigkeit von Pflegeeintritt bis zum Tod nach Kostenträgerschaft



Quelle: BARMER GEK-Routinedaten: Versicherte nach Alter und Geschlecht standardisiert auf die Bevölkerung in Deutschland

Insgesamt betragen die (ambulanten und/oder stationären) Pflegekosten pro Pflegebedürftigem für die gesamte Dauer der Pflegebedürftigkeit im Durchschnitt für Frauen 84.000 € und für Männer 42.000 €. Diese doppelt so hohen Kosten für Frauen resultieren insbesondere aus den längeren Zeiten der vollstationären Pflege bei Frauen.

6.2 Ausgaben der Pflegeversicherung im Jahr 2011 für verschiedene Versichertengruppen

Im vorstehenden Abschnitt 6.1 wurden die Lebensverlaufskosten für die Inzidenzkohorte 2000 ermittelt, dabei wurde nicht zwischen verschiedenen Teilversichertengruppen differenziert. Eine solche Differenzierung der Versichertenpopulation in Bezug auf Alter, Geschlecht und Morbidität wird in diesem Abschnitt in Bezug auf die Leistungsausgaben der Pflegeversicherung für das Jahr 2001 vorgenommen. Hierzu wird in Abschnitt 6.2.1 zunächst auf die Datenbasis und die Berechnungsmethode eingegangen. Die Folgeabschnitte enthalten dann eine Differenzierung der Pflegeversicherungsausgaben nach Alter und Geschlecht (Abschnitt 6.2.2) sowie nach Vorliegen der bereits in Abschnitt 5.2.1.2 eingeführten „geriatrietypischen Merkmalskomplexe“ als Ausdruck der Morbidität (Abschnitt 6.2.3).

6.2.1 Datengrundlagen

Die Leistungsausgaben der Pflegeversicherung je Versichertenmonat bzw. je Pflegemonat für das Jahr 2011 wurden auf Basis der Routinedaten der BARMER GEK berechnet und anhand von Alter und Geschlecht auf die Bevölkerung in Deutschland hochgerechnet.⁷⁷ Die Leistungsausgaben konnten dazu nicht direkt aus den vorliegenden Daten gewonnen werden. Bei den verwendeten Angaben handelt es sich vielmehr um aus den Angaben zu den Leistungen kalkulierte Werte. So erfolgt für jeden Monat zunächst die Feststellung, welche der folgenden Leistungen bezogen wurde(n): Pflegegeld, Pflegesachleistungen, Verhinderungspflege, Tages- und Nachtpflege, Kurzzeitpflege, vollstationäre Dauerpflege oder Zuschüsse zur Behindertenpflege in vollstationären Einrichtungen. Bis auf die letzte Kategorie sind dies auch die Leistungen, die bisher in der Pflegestatistik für die Ermittlung der

⁷⁷ Diese Fokussierung auf monatliche Ausgaben liegt nicht nur darin begründet, dass die Abrechnungen und Zahlungen in der Regel monatlich erfolgen, sondern ist auch dem Umstand geschuldet, dass ein Großteil der Pflegebedürftigen vorzeitig verstirbt und kein vollständiges Jahr in Pflegebedürftigkeit erlebt.

Zahl der Pflegebedürftigen genutzt wurden. Sie haben in der amtlichen Statistik somit definitorischen Charakter und kommen unmittelbar den Pflegebedürftigen zugute.

Wenn im betreffenden Monat stationäre Pflege in Anspruch genommen wurde, sind in den vorliegenden Berechnungen die gesetzlichen Maximalwerte angesetzt. Bei Inanspruchnahme ambulanter Pflegeleistungen und/oder Geldleistungen sind die jeweiligen Maximalbeträge verwendet worden. Bei Kombinationsleistungen wurden die Leistungsanteile 50:50 gewichtet.

Unberücksichtigt bleiben Ausgaben für folgende Leistungen:

- Pflegehilfsmittel, die zum Verbrauch bestimmt sind
- Technische Pflegehilfsmittel
- Maßnahmen zur Verbesserung des Wohnumfeldes
- Zahlungen von Rentenversicherungsbeiträgen für Pflegepersonen
- Zahlungen von Beiträgen zur Arbeitslosenversicherung für Pflegepersonen bei Pflegezeit
- Zuschüsse zur Kranken- und Pflegeversicherung für Pflegepersonen bei Pflegezeit
- Hilfestellung durch wohnortnahe Pflegestützpunkte
- Individuelle Pflegeberatung (Case Management)
- Übermittlung von Informationen im Einzugsbereich des Antragstellers:
 - Leistungs- und Preisvergleichslisten über zugelassene Pflegeeinrichtungen
 - Leistungs- und Preisvergleichslisten über niedrigschwellige Betreuungsangebote
 - Informationen zu Selbsthilfekontaktstellen und Selbsthilfegruppen
 - Informationen über Integrierte Versorgungsverträge oder Teilnahme an der Integrierten Versorgung
- Pflegekurse für Angehörige und ehrenamtliche Pflegepersonen

- Vergütungszuschläge für zusätzliche Betreuung bei Versorgung von Pflegebedürftigen mit erheblichem allgemeinen Betreuungsbedarf
- Förderung von aktivierenden und rehabilitativen Maßnahmen durch Bonuszahlungen an Pflegeeinrichtungen für deutliche Reduzierung des Hilfebedarfs
- Förderung der Versorgungsstrukturen für Personen mit erheblichem allgemeinen Betreuungsbedarf
- Förderung des Auf- und Ausbaus ehrenamtlicher Strukturen sowie der Selbsthilfe.

Diese Leistungen sind in den vorliegenden Daten nicht enthalten oder lassen sich zeitlich nicht zuordnen. Es handelt sich hierbei aber nicht um definitorische Pflegeversicherungsleistungen. Weiterhin beinhalten diese Leistungen auch solche, die an Nicht-Pflegebedürftige gehen. Insgesamt umfassen die nicht berücksichtigten Leistungen einen Anteil von 10,48 % der Leistungsausgaben der Sozialen Pflegeversicherung im Jahr 2011 (BMG 2012b).⁷⁸ Die in den vorliegenden Auswertungen berücksichtigten Leistungen, die im Folgenden als „direkte Pflegeleistungen“ bezeichnet werden, entsprechen somit ca. 90 % der gesamten Leistungsausgabensumme.

6.2.2 Leistungsausgaben nach Alter und Geschlecht

Anhand von Alter und Geschlecht hochgerechnet auf die Bevölkerung Deutschlands ergeben sich aus den in Abschnitt 6.2.1 beschriebenen Daten ausgewählte direkte Leistungsausgaben der Pflegeversicherung von 242 € je Versichertenjahr bzw. 20 € je Versichertenmonat. Werden die nicht-definitorischen Leistungsausga-

⁷⁸ Von den Leistungsausgaben in Höhe von insgesamt 20,89 Mrd. € entfallen 0,87 Mrd. € auf die soziale Sicherung der Pflegepersonen, 0,41 Mrd. € auf Pflegehilfsmittel und technische Hilfen, 0,33 Mrd. € auf zusätzliche Betreuungsleistungen, 0,50 Mrd. € auf stationäre Vergütungszuschläge und 0,08 Mrd. € auf Pflegeberatung. In der Summe sind dies 2,19 Mrd. € bzw. 10,48 % der gesamten Leistungsausgaben.

ben im Umfang von rund 10 % der gesamten Leistungsausgaben berücksichtigt, ergeben sich Werte von 266 € im Jahr, bzw. 22 € im Monat. Laut der vom Bundesgesundheitsministerium veröffentlichten Kassenstatistik beliefen sich die gesamten Leistungsausgaben der Sozialen Pflegeversicherung im Jahr 2011 auf 20,89 Mrd. € (BMG 2012b). Bei 69,48 Mio. Versicherten (BMG 2012c) ergeben sich jährliche Durchschnittsausgaben von 300,66 €. Der anhand der BARMER GEK-Daten errechnete Wert für die gesamten Leistungsausgaben liegt also um knapp 11,5 % unter dem Wert der amtlichen Statistik. Die folgenden Werte unterschätzen die tatsächlichen bundesweiten Ausgaben somit um etwa diesen Anteilswert.

Tabelle 47: Monatliche Ausgaben für direkte Pflegeleistungen im Jahr 2011 in €				
Alter von bis	Ausgaben je Versichertenmonat		Ausgaben je Pflegemonat	
	Männer	Frauen	Männer	Frauen
0-14	4,19	2,93	460,79	463,72
15-59	4,54	3,58	503,65	525,16
60-74	19,66	17,58	620,39	655,99
75-84	75,40	99,75	690,09	760,18
85+	250,20	394,04	760,18	879,85
	Alle Versicherten		Alle Pflegebedürftigen	
alle Alter	20,22		709,55	
Quelle: BARMER GEK-Routinedaten: Versicherte nach Alter und Geschlecht standardisiert auf die Bevölkerung in Deutschland				

Die durchschnittlichen Leistungsausgaben sind natürlich nicht gleichmäßig auf die Versicherten verteilt, sondern abhängig von der individuellen Pflegewahrscheinlichkeit. Daher zeigen sich nach Alter und Geschlecht unterschiedliche durchschnittliche Leistungsausgaben der Pflegeversicherung für die Versicherten. Im Durchschnitt entfallen auf Kinder und Erwachsene bis zum Alter von 59 Jahren direkte Leistungsausgaben von weniger als 5 € pro Monat. Mit steigendem Alter steigen entsprechend der Pflegewahrscheinlichkeit auch die direkten Leistungsaus-

gaben. Bei den über 85jährigen Männern sind es 250 € und bei den über 85jährigen Frauen sogar 394 € je Versichertenmonat.

Weiterhin liegen die durchschnittlichen monatlichen Ausgaben für direkte Pflegeleistungen umso höher, je höher das Alter der Pflegebedürftigen ist. Dabei sind sie für pflegebedürftige Frauen höher als für pflegebedürftige Männer (Tabelle 47). Die Ausgaben je Pflegemonat liegen zwar bei Frauen und Männern in jüngeren Jahren noch relativ nahe beieinander; mit steigendem Alter steigen aber auch die Differenzen. Im Alter von 75-84 Jahren ergeben sich 690 € für pflegebedürftige Männer und 760 € für pflegebedürftige Frauen. Die Differenz zwischen beiden Geschlechtern liegt somit bei 70 € und steigt in der höchsten Alterskategorie sogar auf 120 €.

6.2.3 Leistungsausgaben nach Morbidität

Die durchschnittlichen Leistungsausgaben unterscheiden sich auch danach, mit welchen Erkrankungen die Pflegebedürftigkeit verbunden ist. In Abschnitt 5.2.1.2 wurden schon die Verteilungen geriatrischer Merkmalskomplexe⁷⁹ auf Pflegebedürftige untersucht und ein deutlicher Zusammenhang zwischen dem Vorhandensein dieser Merkmalskomplexe und Pflegebedürftigkeit festgestellt. Darauf aufbauend kann die Frage gestellt werden, welche dieser Merkmalskomplexe einen Einfluss auf die Leistungsausgaben der Pflegeversicherung haben. Abbildung 36, Abbildung 37 und Abbildung 38 zeigen daher die Leistungsausgaben für diejenigen Pflegebedürftigen, die jeweils im Jahr 2010 Diagnosen aufwiesen, die diesen 15 geriatrischen Merkmalskomplexen zuzuordnen sind.

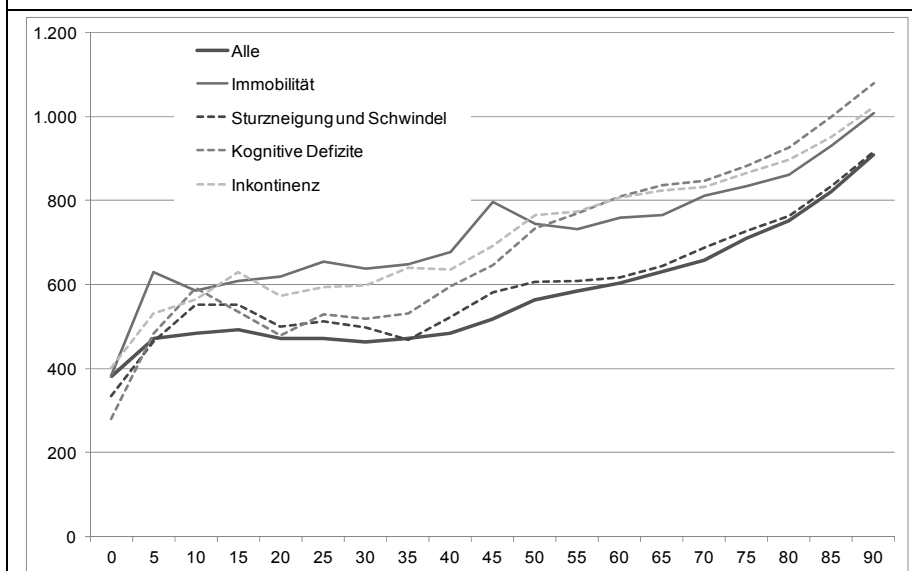
In Abbildung 36 sind die direkten Leistungsausgaben für Pflegebedürftige mit Immobilität, Sturzneigung und Schwindel, kognitiven Defiziten und Inkontinenz nach Alter differenziert dargestellt.⁸⁰ Versicherte, denen einer der vier in Abbil-

⁷⁹ Zur Definition siehe auch Anhang 10.1.

⁸⁰ Der Merkmalskomplex „Medikationsprobleme“ weist – insbesondere bei jüngeren Versicherten – so geringe Fallzahlen auf, dass er hier nicht ausgewiesen wird.

dung 36 dargestellten Merkmalskomplexe zuzuordnen ist, verursachen jeweils fast über alle Alterskategorien höhere Ausgaben der Pflegeversicherung für direkte Pflegeleistungen. In den höheren Alterskategorien, die wegen der höheren Fallzahlen relevanter sind, treten für die Pflegebedürftigen mit Inkontinenz, mit kognitiven Defiziten und mit Immobilität die höchsten Leistungsausgaben auf. Bei Pflegebedürftigen mit Sturzneigung und Schwindel liegen die Leistungsausgaben dagegen nur leicht über dem Durchschnitt.

Abbildung 36: Monatliche Leistungsausgaben für direkte Pflegeleistungen nach geriatrytypischen Merkmalskomplexen und Alter im Jahr 2011, Teil I,

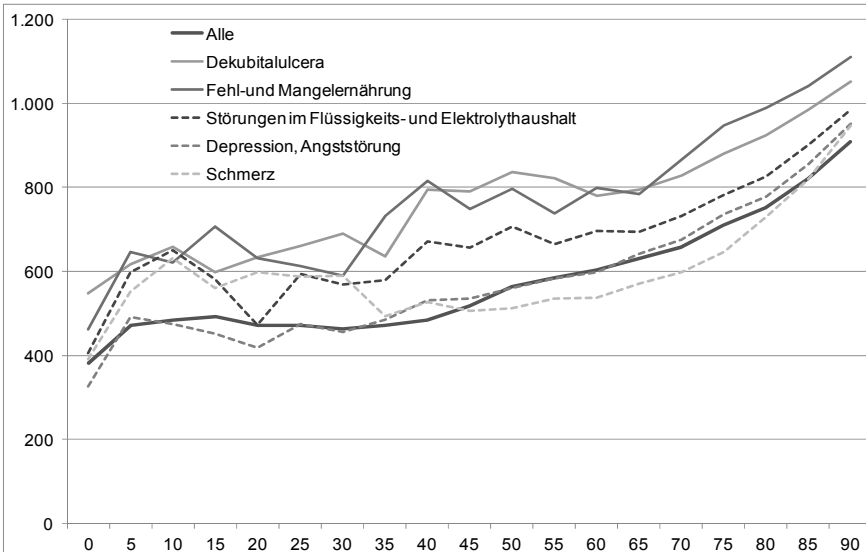


Quelle: BARMER GEK-Routinedaten: Versicherte nach Alter und Geschlecht standardisiert auf die Bevölkerung in Deutschland

Abbildung 37 zeigt die Leistungsausgaben bei Vorliegen der geriatrischen Merkmalskomplexe „Dekubitalulcera“, „Fehl- und Mangelernährung“, „Störungen im Flüssigkeits- und Elektrolythaushalt“, „Depressionen und Angststörungen“ sowie „Schmerz“. Schmerzen sowie Depressionen und Angststörungen sind tendenziell

mit durchschnittlichen Leistungsausgaben der Pflegeversicherung verbunden. Im höheren Alter zeigen sich bei Depressionen und Angststörungen dann leichte Erhöhungen der Ausgaben. Für ältere Pflegebedürftige im Alter über 70 Jahre mit Störungen im Flüssigkeits- und Elektrolythaushalt liegen die Ausgaben um jährlich 900 € über dem Durchschnitt. Die höchsten Ausgaben fallen im Vergleich der fünf geriatrischen Merkmalskomplexe bei Vorliegen von Dekubitalulcera oder Fehl- und Mangelernährung an; hier übersteigen die Ausgaben den Durchschnitt um jährlich 1.800 €.

Abbildung 37: Monatliche Leistungsausgaben für direkte Pflegeleistungen nach geriatritypischen Merkmalskomplexen und Alter im Jahr 2011, Teil II

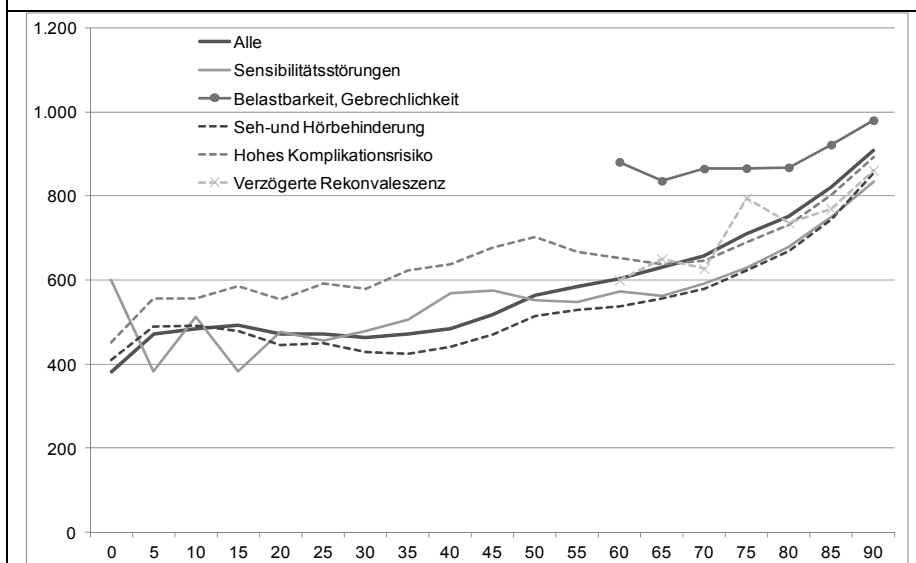


Quelle: BARMER GEK-Routinedaten: Versicherte nach Alter und Geschlecht standardisiert auf die Bevölkerung in Deutschland

Abbildung 38 zeigt die Leistungsausgaben bei Vorliegen der verbleibenden geriatrischen Merkmalskomplexe. Für die älteren Jahrgänge zeigt sich insbesondere für den Merkmalskomplex „Geringe Belastbarkeit und Gebrechlichkeit“ eine deutliche

Erhöhung der jährlichen Ausgaben für direkte Pflegeleistungen. In den jüngeren Jahren tritt vor allem das hohe „Komplikationsrisiko“ in den Vordergrund, das insbesondere bei Krankenhausaufenthalten oft dokumentiert wird. Jüngere Pflegebedürftige, die solche Komplikationsrisiken hatten, verursachen anschließend auch höhere Leistungsausgaben für die Pflege. Im höheren Alter liegen die Leistungsausgaben jeweils unter dem Durchschnitt, wenn Sensibilitätsstörungen, Seh- oder Hörbehinderungen, hohes Komplikationsrisiko oder verzögerte Rekonvaleszenz vorliegen.

Abbildung 38: Monatliche Leistungsausgaben für direkte Pflegeleistungen nach geriatrietypischen Merkmalskomplexen und Alter im Jahr 2011, Teil III



Quelle: BARMER GEK-Routinedaten: Versicherte nach Alter und Geschlecht standardisiert auf die Bevölkerung in Deutschland

Anmerkung: „Verzögerte Rekonvaleszenz“ und „Geringe Belastbarkeit, Gebrechlichkeit“ ist nur für die mindestens 60-Jährigen ausgewiesen, weil die Fallzahlen für die Jüngeren zu gering sind.

Im deskriptiven Vergleich erscheinen somit zunächst folgende geriatrische Merkmalskomplexe als in besonderem Maße ausgabensteigernd: Immobilität, kognitive

Defizite, Inkontinenz, Dekubitalulcera, Fehl- und Mangelernährung sowie geringe Belastbarkeit und Gebrechlichkeit.

Tabelle 48: Regressionsmodell: Monatliche Ausgaben der Pflegeversicherung für direkte Pflegeleistungen					
Konstante	500	***			
Alter			Pflege und Tod		
00-04 Jahre	-126	***	Fortlaufend pflegebedürftig	Referenz	
05-09 Jahre	-56	***	Inzident pflegebedürftig	-62	***
10-14 Jahre	-46	***	Nicht verstorben	Referenz	
15-19 Jahre	-54	***	Tod nach fortl. Pflegebedürftigkeit	157	***
20-24 Jahre	-84	***	Tod nach Inzidenz 2011	268	***
25-29 Jahre	-100	***	Diagnosen		
30-34 Jahre	-114	***	Medikationsprobleme	13	
35-39 Jahre	-111	***	Immobilität (inkl. protrahierter Mobilisierungsverlauf)	54	***
40-44 Jahre	-107	***	Sturzneigung und Schwindel	-23	***
45-49 Jahre	-85	***	Kognitive Defizite	267	***
50-54 Jahre	-49	***	Inkontinenz	146	***
55-59 Jahre	-34	***	Dekubitalulcera	130	***
60-64 Jahre	-19	***	Fehl- und Mangelernährung	100	***
65-69 Jahre	-7				
70-74 Jahre	Referenz		Störungen im Flüssigkeits- und Elektrolythaushalt	36	***
75-79 Jahre	27	***	Depression, Angststörung	2	***
80-84 Jahre	53	***	Schmerz	-29	***
85-89 Jahre	103	***	Sensibilitätsstörungen	-62	***
90+ Jahre	168	***			
Geschlecht			Herabgesetzte Belastbarkeit, Gebrechlichkeit	22	***
Mann	Referenz		Starke Seh- und Hörbehinderung	-87	***
Frau	57	***	Hohes Komplikationsrisiko	-20	***
			Verzögerte Rekonvaleszenz	-80	***
Quelle: BARMER GEK-Routinedaten: Versicherte nach Alter und Geschlecht standardisiert auf die Bevölkerung in Deutschland					
Irrtumswahrscheinlichkeiten: *** P<0,1 %; **P<1 %; * P<5 %					

Viele dieser Merkmalskomplexe treten zudem oftmals gemeinsam auf, außerdem korreliert das Auftreten der Merkmalskomplexe sehr mit dem Alter. Um diese Effekte zu isolieren, wird nachfolgend in einem analytischen Modell untersucht, inwieweit die deskriptiven Befunde robust sind oder bivariate Zusammenhänge schwächer werden bzw. ganz verschwinden, wenn sie simultan mit anderen erklärenden Größen betrachtet werden. Hierzu werden in einem linearen Regressionsmodell neben dem Alter, dem Geschlecht und den 15 Merkmalskomplexen zusätzlich die Pflegestufe, das Pflegearrangement, die Pflegeinzidenz und die Nähe zum Tod kontrolliert (Tabelle 48).

Dadurch, dass die Leistungen der Pflegeversicherung pauschaliert oder gesetzlich gedeckelt sind, lässt sich die Höhe der Ausgaben für direkte Pflegeleistungen in einem Regressionsmodell bereits qua Definition zu großen Teilen durch die Pflegearrangements und die Pflegestufen „erklären“. Soll der Einfluss demografischer und gesundheitlicher Merkmale untersucht werden, sollten Pflegearrangements und Pflegestufen daher nicht als erklärende Variablen in das Modell aufgenommen werden. Entsprechend sind in Tabelle 48 nur Alter, Geschlecht und die geriatry-typischen Komplexe als Ausdruck der Morbidität sowie die Unterscheidung nach laufenden und inzidenten Fällen bzw. Angaben zum Versterben und der Pflegedauer vor dem Versterben enthalten.

Ebenso wie in den deskriptiven Befunden in Tabelle 47 finden sich unter Kontrolle der anderen erklärenden Variablen für Frauen höhere Leistungsausgaben als für Männer. Das impliziert, dass sich die Geschlechterunterschiede aus den unterschiedlichen Verteilungen nach Pflegearrangement und Pflegestufen ergeben. Die in Tabelle 47 erkennbaren höheren Leistungsausgaben für ältere Pflegebedürftige finden sich ebenso im Modell wieder. Unter Kontrolle der anderen Merkmale liegen die Ausgaben für direkte Pflegeleistungen für die jüngsten Pflegebedürftigen um 126 € unter denen für 70-74-Jährige. Die im jüngeren Erwachsenenalter geringeren Leistungsausgaben beruhen darauf, dass es sich in dieser Altersgruppe zu einem Drittel um Pflegebedürftige in vollstationären Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen handelt, für die die maximale Leistungssumme gemäß § 43a SGB XI deutlich geringer ist.

Die Differenzierung nach bisheriger und ausstehender Pflegedauer macht ebenfalls Unterschiede in der Leistungshöhe sichtbar. So unterscheiden sich die Ausgaben für inzidente Fälle von denen, bei denen die Pflegebedürftigkeit schon länger andauert. Die Pflegeinzidenzen beginnen in der Regel im häuslichen Umfeld und in Pflegestufe I (vgl. Abschnitt 5.3.2). Im weiteren Pflegeverlauf kommt es dann häufig zu Übergängen in teurere stationäre Pflege und zu Höherstufungen, die ebenfalls höhere Leistungsausgaben nach sich ziehen. Es macht aber auch einen großen Unterschied, ob der Tod kurz bevorsteht oder im Beobachtungsjahr noch nicht eintritt. Unter den fortlaufend im Jahr 2010 und 2011 pflegebedürftigen Personen verursachen die im Jahr 2011 versterbenden Personen um 157 € höhere Ausgaben für direkte Pflegeleistungen. Unter den inzident Pflegebedürftigen verursachen die Versterbenden sogar um 268 € höhere Leistungsausgaben. Bei den fortlaufend Pflegebedürftigen ist dies ein Zeichen dafür, dass der Pflegeverlauf schon fortgeschritten ist und Änderungen im Pflegearrangement und Höherstufungen stattgefunden haben. Bei den inzident Pflegebedürftigen ist es ein Zeichen dafür, dass die Versterbenden bereits mit einer höheren Pflegestufe inzident werden und/oder den Pflegeverlauf im Pflegeheim beginnen. Dies ist insbesondere bei akuten lebensgefährlichen Erkrankungen wie Krebs und Schlaganfall häufig der Fall.

Ein besonderer Blick soll auf die mit der Pflegebedürftigkeit in Verbindung stehenden Erkrankungen geworfen werden. Folgende geriatrische Merkmalskomplexe sind auch unter Kontrolle der weiteren Merkmale ausgabensteigernd: Kognitive Defizite (+267 €); Inkontinenz (+146 €); Dekubitalulcera (+130 €); Fehl- und Mangelernährung (+100 €); Immobilität (+54 €); Störungen im Flüssigkeits- und Elektrolythaushalt (+36 €); herabgesetzte Belastbarkeit und Gebrechlichkeit (+22 €). Unauffällig sind Medikationsprobleme sowie Depression und Angststörungen. Andere Merkmalskomplexe sind sogar mit geringeren Pflegeleistungen verbunden: Starke Seh- und Hörbehinderung (-87 €); verzögerte Rekonvaleszenz (-80 €); Sensibilitätsstörungen (-62 €); Schmerz (-29 €); Sturzneigung und Schwindel (-23 €).

Allerdings muss betont werden, dass das Modell keine Kausalität beschreibt. Ob die einzelnen Merkmale die Pflegearrangements und Pflegestufen und damit die Pflegekosten beeinflussen oder ob die Pflegebedürftigkeit mit all ihren Umständen

die geriatritypischen Merkmalsausprägungen verstärkt, kann anhand des Modells nicht unterschieden werden. Kognitive Defizite und Inkontinenz sind sehr wahrscheinlich keine Folgen der Pflegebedürftigkeit, sondern eher Ursache derselben. Dekubitalulcera werden dagegen als Folge unzureichender Pflege angesehen.

6.3 GKV-Leistungsausgaben bei Pflegebedürftigkeit im Jahr 2011

In Abschnitt 6.1 und 6.2 wurden die Ausgaben für Pflegebedürftigkeit unter verschiedenen Gesichtspunkten näher betrachtet. Gemeinsam ist beiden Abschnitten, dass jeweils die im *SGB XI*-Bereich entstehenden Kosten im Zentrum der Betrachtung standen. In diesem Bereich werden die Ausgaben von allen Kassen gemeinsam getragen und sind daher im Kassenwettbewerb irrelevant. Pflegebedürftige haben aber auch gesundheitliche Bedarfe, die institutionell von der wettbewerblich organisierten Gesetzlichen Krankenversicherung finanziert werden. Um ein vollständigeres Bild von den Kosten bei Pflegebedürftigkeit zu gewinnen, wird in diesem Abschnitt untersucht, inwieweit sich die Ausgaben der Gesetzlichen *Krankenversicherung* für Pflegebedürftige von den Nicht-Pflegebedürftigen gleichen Alters und Geschlechts unterscheiden.

In Abschnitt 6.3.1 werden dazu zunächst Höhe und Zusammensetzung der GKV-Ausgaben skizziert. In den nachfolgenden Abschnitten 6.3.2 bis 6.3.7 werden die Unterschiede in den SGB V-Ausgaben von Pflegebedürftigen und Nicht-Pflegebedürftigen für Krankenhausausgaben (Abschnitt 6.3.2), Arzneimittelausgaben (Abschnitt 6.3.3), Ausgaben für ärztliche Behandlung (Abschnitt 6.3.4), Heilmittelausgaben (Abschnitt 6.3.5), Hilfsmittelausgaben (Abschnitt 6.3.6) und Ausgaben für häusliche Krankenpflege (Abschnitt 6.3.7) untersucht, bevor in Abschnitt 6.3.8 eine Gesamtbilanz gezogen wird.

6.3.1 Höhe und Zusammensetzung der GKV-Ausgaben

Die von den Krankenkassen zu tragenden Leistungen setzen sich aus einer Vielzahl einzelner Leistungen zusammen. In der Summe hatten die Gesetzlichen Krankenversicherungen im Jahr 2011 Ausgaben in Höhe von 179,6 Mrd. € (BMG 2012a). Davon entfielen 9,4 Mrd. € auf Netto-Verwaltungskosten. Die Leistungsausgaben summieren sich auf 168,7 Mrd. € und verteilen sich zu unterschiedlichen Anteilen

auf die verschiedenen Leistungsbereiche: 35,5 % entfielen auf Krankenhausbehandlungen, 17,2 % auf Arzneimittel, 16,4 % auf ärztliche Behandlungen, 6,9 % auf zahnärztliche Behandlungen inklusive Zahnersatz, 6,6 % auf Heil- und Hilfsmittel, 5,0 % auf Krankengeld und weitere 12,4 % auf sonstige Leistungen (Tabelle 49).

Tabelle 49: Leistungsausgaben in der GKV im Jahr 2011			
	in Mrd. €	in Prozent aller Leistungsausgaben	in € je Versichertem
Ärztliche Behandlung*	27,63	16,37 %	396
Arzneimittel	28,98	17,18 %	415
Hilfsmittel	6,29	3,73 %	90
Heilmittel	4,88	2,89 %	70
Zahnärztliche Behandlung ohne Zahnersatz	8,47	5,02 %	121
Zahnersatz	3,18	1,89 %	46
Soziale Dienste, Prävention und Selbsthilfe	1,73	1,03 %	25
Früherkennungsmaßnahmen	1,95	1,15 %	28
Krankenhausbehandlung	59,95	35,53 %	859
Krankengeld	8,53	5,05 %	122
Fahrtkosten	3,81	2,26 %	55
Schwangerschaft/Mutterschaft (ohne stationäre Entbindung)	1,04	0,62 %	15
Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen	2,35	1,39 %	34
Behandlungspflege und Häusliche Krankenpflege	3,52	2,09 %	50
Sonstiges	6,43	3,81 %	92
Summe dieser Leistungen	168,74	100,00 %	2.418
Quelle: GKV-Spitzenverband (2012a)			
Anmerkung: * Nicht berücksichtigt wurden die gezahlten Belege für Früherkennung, Impfungen, ehemals sonstige Hilfen und Dialysesachkosten.			

Die Leistungsausgaben je Versichertem stellen sich dabei in Höhe und Verteilung nicht für alle Kassenarten gleich dar (siehe Tabelle 50). So fallen bei der Knappschaft-Bahn-See (KBS) die meisten Ausgaben für ärztliche Behandlungen, Arzneimittel und Krankenhausbehandlungen an. Für zahnärztliche Behandlungen wird am meisten durch die Ersatzkassen (EK) gezahlt. Die Landwirtschaftlichen Krankenkassen (LKK) weisen die höchsten Ausgaben für Heil- und Hilfsmittel auf. Die höchsten Ausgaben für Krankengeld je Versichertem haben die Betriebskrankenkassen (BKK), die – ebenso wie die Innungskrankenkassen (IKK) – in den Bereichen Arzneimittel, ärztliche Behandlung, Heil- und Hilfsmittel sowie Krankenhausbehandlungen teilweise deutlich geringere Ausgaben je Versichertem haben. Vergleichsweise geringe Leistungsausgaben fallen für die AOK hinsichtlich des Krankengeldes an.

Tabelle 50: Ausgaben pro Versichertem für ausgewählte Leistungsarten nach Kassenarten im Jahr 2011								
	AOK	BKK	IKK	LKK	KBS	EK	GKV	BARMER GEK
Ärzte	448	382	338	461	471	418	417	441
Zahnärzte einschließlich Zahnersatz	156	167	157	171	154	182	167	182
Arznei-, Verband- u. Hilfsmittel aus Apotheken und von Sonstigen	470	357	337	475	534	425	424	462
Heil- und Hilfsmittel	158	132	124	200	173	159	152	171
Krankenhausbehandlung (ohne Anschlussrehabilita- tion)	992	696	684	1088	1228	764	840	830
Krankengeld (ohne Nach- zahlungen)	99	148	142	3	123	132	122	137
Summe der aufgeführten Leistungen	2.323	1.882	1.782	2.398	2.683	2.080	2.122	2.223
Quelle: AOK-Bundesverband (2012: 15); BARMER GEK (2012)								

Diese unterschiedlichen Leistungssummen je Versichertem beruhen auf unterschiedlichen Alters- und Geschlechterverteilungen in den Kassenarten, aber auch

auf unterschiedlichen Erwerbsbeteiligungen, unterschiedlichem sozialen Status und nicht zuletzt damit verbundenen Erkrankungshäufigkeiten. Die Ausgaben der BARMER GEK für die ausgewiesenen Leistungsbereiche liegen dabei knapp 5 % oberhalb des Bundesdurchschnitts (vgl. Tabelle 50). Sofern die Ergebnisse der BARMER GEK für das Bundesgebiet hochgerechnet werden, wird die Versichertenstruktur dabei gemäß Alter und Geschlecht auf die Bevölkerung Deutschlands standardisiert. Etwaige Unterschiede in der alters- und geschlechtsspezifischen Morbidität und Inanspruchnahme werden dabei allerdings nicht ausgeglichen.

Nicht alle Leistungsbereiche sind mit den verfügbaren Routinedaten abzubilden. Daher beschränken sich die Auswertungen auf folgende darstellbare und relevante Bereiche und die entsprechenden Ausgaben: Krankenhausbehandlungen, Arzneimittelverordnungen, ärztliche Behandlungen, Heilmittel, Hilfsmittel und häusliche Krankenpflege. Andere bedeutende Leistungsbereiche wie z. B. Zahnersatz, zahnärztliche Behandlungen, Fahrtkosten, Vorsorge- und Rehabilitation oder Krankengeld werden aus genannten Gründen aus der Betrachtung ausgeklammert.

6.3.2 Krankenhausausgaben

Den größten Ausgabenblock stellen die Krankenhausausgaben dar. Differenziert nach Alter, Geschlecht und Pflegebedürftigkeit entstehen bei den pflegebedürftigen Männern im Alter von 60–74 Jahren die meisten Ausgaben, nämlich 8.753 € je Versichertenjahr. Fast 2.000 € weniger wird für 75–84-jährige Männer aufgewendet. Die Ausgaben für jüngere (0-59 Jahre) und hochaltrige, pflegebedürftige männliche Versicherte (85 Jahre und älter) liegen jeweils bei ca. 4.500 €. Auch bei den pflegebedürftigen Frauen fallen in der Alterskategorie 60–74 Jahre die meisten Ausgaben an. Die Ausgaben für 75–84-jährige pflegebedürftige Frauen liegen dann aber schon auf dem Niveau der jüngeren pflegebedürftigen Frauen und Mädchen (0-59 Jahre). Die Ausgaben für Krankenhausbehandlungen von pflegebedürftigen hochaltrigen Frauen (85+) sind mit 3.279 € dagegen vergleichsweise gering.

Betrachtet man die Ausgaben für Pflegebedürftige jeweils im Vergleich zu den Ausgaben für gleichaltrige Nicht-Pflegebedürftige, zeigen sich Relationen von 2,4 im höchsten Alter bis 26,3 für pflegebedürftige Mädchen (0-14 Jahre) im Vergleich zu nicht pflegebedürftigen Mädchen. Die Relation nimmt dabei mit dem Alter

monoton ab. Dies ist darauf zurückzuführen, dass die Ausgaben für Krankenhausbehandlungen für Nicht-Pflegebedürftige bis in die Alterskategorie 75-84 Jahre kontinuierlich ansteigen und sich mit der Alterskategorie 85+ nur unwesentlich verringern.

Tabelle 51: Krankenhausaussgaben je Versichertem im Jahr 2011

Alter von bis	Männer			Frauen		
	Nicht pflegebedürftig	Pflegebedürftig	Relation	Nicht pflegebedürftig	Pflegebedürftig	Relation
0-14	278	4.742	17,1	220	5.790	26,3
15-59	421	4.373	10,4	473	4.599	9,7
60-74	1.312	8.753	6,7	954	7.404	7,8
75-84	1.865	6.837	3,7	1.420	5.274	3,7
85+	1.839	4.399	2,4	1.371	3.279	2,4
Quelle: BARMER GEK-Routinedaten: Versicherte nach Alter und Geschlecht standardisiert auf die Bevölkerung in Deutschland						

6.3.3 Arzneimittelausgaben

Die Arzneimittelausgaben befinden sich etwa auf der Hälfte des für die Krankenhausaussgaben ermittelten Niveaus. Dennoch liegen die Arzneimittelausgaben je Pflegebedürftigem für beide Geschlechter und alle Altersgruppen bei deutlich mehr als 1.000 € pro Versichertenjahr. Auch bei den Arzneimittelausgaben ist unter den Pflegebedürftigen ein Anstieg bis zur Alterskategorie 60-74 Jahre zu sehen. Dies gilt für Männer wie für Frauen. Bis zur Alterskategorie der über 85-Jährigen fallen die durchschnittlichen Ausgaben auf ca. ein Drittel dieses Maximalwertes zurück.

Nicht pflegebedürftige Mädchen und Jungen im Alter von 0-14 Jahren verursachen die geringsten Arzneimittelausgaben. Mit ca. 120 € liegen ihre Ausgaben bei ca. einem Drittel der Ausgaben von 15-59-Jährigen. Rund 700 bis 1.000 € jährlich werden durchschnittlich für nicht pflegebedürftige Personen im Alter von 60-74 Jahren, 75-84 Jahren und über 85 Jahren ausgegeben.

Tabelle 52: Arzneimittelausgaben je Versichertem im Jahr 2011

Alter von bis	Männer			Frauen		
	Nicht pflegebe- dürftig	Pflegebe- dürftig	Relation	Nicht pflegebe- dürftig	Pflegebe- dürftig	Relation
0-14	133	1.961	14,8	110	2.247	20,4
15-59	327	2.828	8,7	355	3.717	10,5
60-74	826	3.687	4,5	758	3.913	5,2
75-84	1.022	2.481	2,4	864	2.109	2,4
85+	894	1.430	1,6	703	1.233	1,8
Quelle: BARMER GEK-Routinedaten: Versicherte nach Alter und Geschlecht standardisiert auf die Bevölkerung in Deutschland						

Die Relationen der Ausgaben für Pflegebedürftige zu den Ausgaben für Nicht-Pflegebedürftige stellen sich ähnlich dar wie bei den Krankenhausausgaben. In der ältesten Population ist der Unterschied gering, während er bei den Jüngsten ein Vielfaches beträgt.

Die Unterschiede zwischen Frauen und Männern sind deutlich geringer als diejenigen zwischen Pflegebedürftigen und Nicht-Pflegebedürftigen und auch geringer als die zwischen den Alterskategorien.

6.3.4 Ausgaben für ärztliche Behandlungen

Bei den Pflegebedürftigen sind die durchschnittlichen Ausgaben für ärztliche Behandlungen in der jüngsten Alterskategorie mit gut 800 € pro Versichertenjahr am niedrigsten. Dies ist etwa die Hälfte des höchsten Durchschnittswertes, der mit 1.600 € (Männer) bzw. bei 1.400 € (Frauen) in der Alterskategorie 60-74-Jahre erreicht wird. Der relative Ausgabenunterschied zwischen der Alterskategorie der 0-14-Jährigen und der 60-74-Jährigen ist somit vergleichbar mit den entsprechenden relativen Unterschieden, die bei den Krankenhausausgaben und den Arzneimittelausgaben gefunden wurden. Auch dort liegt der Betrag für die jüngste Alterskohorte bei ca. der Hälfte des Maximalwertes. In der höchsten Alterskategorie werden auch bei dieser Leistungsart die Ausgaben pro Pflegebedürftigem geringer.

Die Ausgaben für Nicht-Pflegebedürftige sind wiederum geringer als für Pflegebedürftige: Sie liegen zwischen rund 300 € in der jüngsten Alterskategorie und um 800 € bei den ältesten Alterskategorien.

Tabelle 53: Ausgaben für ärztliche Behandlungen je Versichertem im Jahr 2011

Alter von bis	Männer			Frauen		
	Nicht pflegebedürftig	Pflegebedürftig	Relation	Nicht pflegebedürftig	Pflegebedürftig	Relation
0-14	313	821	2,6	271	845	3,1
15-59	289	888	3,1	483	1.035	2,1
60-74	657	1.589	2,4	709	1.417	2,0
75-84	879	1.507	1,7	794	1.184	1,5
85+	836	1.134	1,4	669	893	1,3

Quelle: BARMER GEK-Routinedaten: Versicherte nach Alter und Geschlecht standardisiert auf die Bevölkerung in Deutschland

Der relative Unterschied zwischen Pflegebedürftigen und Nicht-Pflegebedürftigen ist aber vergleichsweise gering. Der größte Unterschied liegt bei den 15-59-jährigen Männern bei Faktor 3,1, während dieser Faktor bei den Krankenhausbehandlungen und den Arzneimittelverordnungen teilweise zweistellig ist.

Die Unterschiede zwischen Frauen und Männern fallen auch bei den Ausgaben für ärztliche Behandlungen deutlich geringer aus als die Unterschiede, die sich im Vergleich der Alterskategorien und im Vergleich der Pflegebedürftigen zu Nicht-Pflegebedürftigen ergeben.

6.3.5 Heilmittelausgaben

Der Einfluss des Alters auf die Heilmittelausgaben ist erkennbar anders als der auf die Krankenhausausgaben, Arzneimittelausgaben und die Ausgaben für ärztliche Behandlungen. Die Heilmittelausgaben nehmen mit zunehmendem Alter monoton ab. Für die über 85-jährigen Pflegebedürftigen fällt nur noch ein Viertel der Aus-

gaben an, die für die 0-14-jährigen Pflegebedürftigen entstehen. Für die nicht pflegebedürftigen Versicherten liegen die Ausgaben fast durchweg bei unter 100 €.

Die Ausgaben in den Bereichen Krankenhaus, Arzneimittel und ärztliche Behandlung liegen zwar insbesondere in den höheren Alterskategorien teilweise deutlich über den Ausgaben für Heilmittel, aber der relative Unterschied zwischen Pflegebedürftigen und Nicht-Pflegebedürftigen ist im Bereich Heilmittel deutlich größer. Bei den genannten anderen Leistungen liegen die Relationen bei den 60-74-Jährigen zwischen 2,0 und 7,8 und bei den 75-84-Jährigen zwischen 1,5 und 3,7. Die Ausgaben für Heilmittel für Pflegebedürftige in diesen Alterskategorien sind aber 10,1–16,6-mal (60-74-Jährige) bzw. 4,9–8,7-mal (75-84-Jährige) so hoch wie bei den Nicht-Pflegebedürftigen.

Tabelle 54: Heilmittelausgaben je Versichertem im Jahr 2011						
Alter von bis	Männer			Frauen		
	Nicht pflegebedürftig	Pflegebedürftig	Relation	Nicht pflegebedürftig	Pflegebedürftig	Relation
0-14	74	1.091	14,7	45	1.176	25,9
15-59	23	979	42,9	42	1.233	29,1
60-74	54	889	16,6	90	905	10,1
75-84	64	556	8,7	102	504	4,9
85+	54	283	5,2	78	279	3,6
Quelle: BARMER GEK-Routinedaten: Versicherte nach Alter und Geschlecht standardisiert auf die Bevölkerung in Deutschland						

Für pflegebedürftige Frauen zeigen sich ähnliche Ausgaben wie für pflegebedürftige Männer im jeweils gleichen Alter. Doppelt so hohe Ausgaben wie für nicht pflegebedürftige Männer werden für die nicht pflegebedürftigen Frauen in den mittleren Alterskategorien gemessen. Diese Ausgabenunterschiede sind aber absolut gesehen mit ca. 20–40 € je Versichertenjahr vergleichsweise gering.

6.3.6 Hilfsmittelausgaben

Die Hilfsmittelausgaben für Pflegebedürftige gehen ebenso wie die Heilmittelausgaben mit dem Alter zurück. In den jüngsten Alterskategorien liegen die Ausgaben (bei Jungen und Mädchen) über 2.000 €, bei den über 85-Jährigen (Männer und Frauen) nur noch bei gut 500 € je Versichertenjahr. Bei den nicht pflegebedürftigen Versicherten steigt die Ausgabenhöhe hingegen mit dem Alter immer mehr an – von 20 € bei den Jüngsten bis zu 150 € bei den Ältesten. Entsprechend sinkt die Relation der Ausgaben in diesem Bereich von über 100 für die jüngste Alterskategorie auf ca. 3,5 für die Hochaltrigen (85+). Hier findet sich also ein ähnlicher altersspezifischer Zusammenhang von Pflegebedürftigkeit und Ausgabenhöhe wie bei den Heilmitteln.

Tabelle 55: Hilfsmittelausgaben je Versicherten im Jahr 2011						
Alter von bis	Männer			Frauen		
	Nicht pflegebedürftig	Pflegebedürftig	Relation	Nicht pflegebedürftig	Pflegebedürftig	Relation
0-14	20	2.074	102,4	19	2.461	126,5
15-59	31	1.309	42,1	30	1.263	41,8
60-74	98	1.127	11,5	80	926	11,6
75-84	141	785	5,6	125	620	5,0
85+	154	551	3,6	149	514	3,4
Quelle: BARMER GEK-Routinedaten: Versicherte nach Alter und Geschlecht standardisiert auf die Bevölkerung in Deutschland						

Auch bei den Ausgaben für Hilfsmittel ist der Unterschied zwischen Männern und Frauen deutlich geringer als der Unterschied nach Alter oder nach Pflegebedürftigkeit.

6.3.7 Ausgaben für häusliche Krankenpflege

Die häusliche Krankenpflege steht in noch engerer Beziehung zur Pflegebedürftigkeit als die Heil- und Hilfsmittel. Die Ausgaben je Versichertenjahr für Nicht-Pflegebedürftige steigen mit dem Alter an – von 0 € auf durchschnittlich 237 € bei

den Frauen und von 1 € auf 130 € bei den Männern. Dagegen liegen die Ausgaben für die jüngsten pflegebedürftigen Versicherten deutlich im vierstelligen Bereich und nehmen mit dem Alter nur auf über 700 bzw. über 800 € ab. Die Relationen liegen bei den Versicherten im mittleren Alter (15-59 Jahre) bei 300-400 und in der jüngsten Alterskategorie sogar bei rd. 2000. Selbst bei den 75-84-Jährigen sind die Relationen noch zweistellig. Die Ausgaben für Männer und Frauen unterscheiden sich auch bei der häuslichen Krankenpflege weniger als die Ausgaben von Pflegebedürftigen und Nicht-Pflegebedürftigen bzw. jungen und alten Personen.

Tabelle 56: Ausgaben für häusliche Krankenpflege je Versichertem im Jahr 2011						
Alter von bis	Männer			Frauen		
	Nicht pflegebedürftig	Pflegebedürftig	Relation	Nicht pflegebedürftig	Pflegebedürftig	Relation
0-14	1	1.925	1.750,2	0	2.129	4.628,7
15-59	3	1.091	394,0	2	876	351,9
60-74	14	1.090	80,4	14	972	67,6
75-84	39	843	21,7	78	947	12,1
85+	130	731	5,6	237	819	3,5
Quelle: BARMER GEK-Routinedaten: Versicherte nach Alter und Geschlecht standardisiert auf die Bevölkerung in Deutschland						

6.3.8 Ausgewählte SGB-V-Ausgaben insgesamt

In allen vorstehend diskutierten Ausgabenbereichen zeigen sich für Männer und für Frauen durchweg über alle Alterskategorien höhere Ausgaben für Pflegebedürftige als für Nicht-Pflegebedürftige. Pflegebedürftigkeit ist somit mit *deutlich* höheren Ausgaben auch im SGB V-Bereich assoziiert. Die Unterschiede zwischen Pflegebedürftigen und Nicht-Pflegebedürftigen sind bei den Ausgaben für ärztliche Behandlungen eher gering, in den anderen Leistungsbereichen dafür umso größer. Hierbei sind insbesondere Heil- und Hilfsmittel sowie häusliche Krankenpflege zu nennen.

Tabelle 57: SGB-V-Ausgaben gesamt* je Versicherten im Jahr 2011

Alter von bis	Männer			Frauen		
	Nicht pflegebe- dürftig	Pflegebe- dürftig	Relation	Nicht pflegebe- dürftig	Pflegebe- dürftig	Relation
0-14	819	12.614	15,4	667	14.649	22,0
15-59	1.092	11.468	10,5	1.386	12.724	9,2
60-74	2.960	17.134	5,8	2.604	15.537	6,0
75-84	4.009	13.009	3,2	3.382	10.637	3,1
85+	3.907	8.528	2,2	3.207	7.016	2,2
Quelle: BARMER GEK-Routinedaten: Versicherte nach Alter und Geschlecht standardisiert auf die Bevölkerung in Deutschland						
Anmerkung: Nur die Leistungen Krankenhaus, Arzneimittel, ärztliche Behandlung, Heil- und Hilfsmittel und häusliche Krankenpflege						

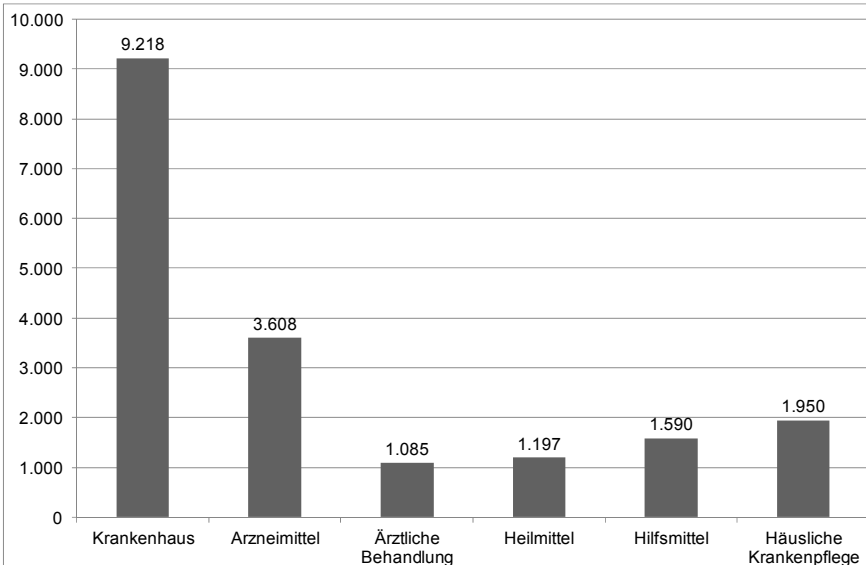
Die untersuchten Leistungsbereiche umfassen ca. 80 % des gesamten anfallenden Leistungsvolumens der GKV. Die Addition der untersuchten Leistungsbereiche lässt somit recht verlässlich darstellen, inwieweit sich Pflegebedürftige von Nicht-Pflegebedürftigen in den für sie anfallenden Ausgaben unterscheiden (Tabelle 57). In der Summe zeigt sich das Maximum der Leistungsausgaben für Pflegebedürftige in der Alterskategorie der 60-74-Jährigen. Für die älteren Pflegebedürftigen sind die Leistungsausgaben geringer. Für die Nicht-Pflegebedürftigen steigen die Ausgaben hingegen bis zur Alterskategorie 75-84 an und bleiben dann auch in der ältesten Gruppe vergleichbar hoch.

Die relativen Unterschiede in den Ausgaben zwischen Pflegebedürftigen und Nicht-Pflegebedürftigen sind bei den Ältesten mit einem Faktor von 2,2 am geringsten. Bei den 15-59-Jährigen sind die Ausgaben für Pflegebedürftige hingegen rund zehnmal so hoch wie für Nicht-Pflegebedürftige. Allerdings ist die Relevanz der höheren Altersgruppen größer, weil hier die meisten Pflegebedürftigen zu finden sind.

Um den Unterschied zwischen den Ausgaben für Pflegebedürftige und Nicht-Pflegebedürftige insgesamt abzuschätzen, sind in Abbildung 39 die Differenzbeträge aufgeführt, die sich für die einzelnen Leistungsbereiche ergeben, wenn die

alters- und geschlechtsspezifischen Unterschiede mit der Zahl der Pflegebedürftigen in diesen Kategorien multipliziert werden.

Abbildung 39: Mehrausgaben für einzelne Leistungsbereiche für Pflegebedürftige im Vergleich zu Nicht-Pflegebedürftigen gleichen Alters und Geschlechts



Quelle: BARMER GEK-Routinedaten: Versicherte nach Alter und Geschlecht standardisiert auf die Bevölkerung in Deutschland

Demnach entstehen etwa für den Krankenhaussektor Ausgaben in Höhe von 9,218 Mrd. € dadurch, dass Pflegebedürftige höhere Ausgaben aufweisen als Nicht-Pflegebedürftige gleichen Alters und Geschlechts. Für Arzneimittel liegt dieser Betrag bei 3,608 Mrd. € und auch für die anderen Leistungsbereiche liegt er jeweils über 1 Mrd. €. Insgesamt beträgt die Summe der in Abbildung 39 angegebenen Beträge 18,648 Mrd. €. Pflegebedürftige verursachen somit im Leistungsbereich der Gesetzlichen Krankenkasse für ausgewählte Leistungsbereiche Mehrausgaben in dieser Höhe im Vergleich zu Nicht-Pflegebedürftigen. Wird bedacht, dass

nur etwa 80 % aller Leistungsausgaben berücksichtigt wird, zeigt sich, dass der tatsächliche Unterschied insgesamt bei mehr als 20 Mrd. € liegen dürfte und die Versorgung Pflegebedürftiger damit auch für den GKV-Bereich beachtliche finanzielle Auswirkungen hat.

Wie in Tabelle 51–Tabelle 56 zu erkennen ist, korrelieren die Ausgaben mit dem Alter und mit der Pflegebedürftigkeit. Um zu überprüfen, inwieweit die Ausgaben direkt mit dem Alter, der Pflegebedürftigkeit und/oder geriatrischen Merkmalskomplexen in Zusammenhang stehen, wird in einer linearen multivariaten Regression der Einfluss des Alters, der Pflegebedürftigkeit und des Vorliegens geriatrischer Merkmalskomplexe auf die SGB V-Ausgaben (in € pro Jahr) in den genannten Bereichen untersucht (Tabelle 58).

Die jährlichen GKV-Ausgaben, die für die Referenzkategorie (nicht pflegebedürftige Männer im Alter von 70-74 Jahren, ohne die im Modell genannten Erkrankungen) ermittelt werden, liegen bei 2.034 €. Ausgehend davon kommen unter gleichen Bedingungen für Frauen durchschnittlich 178 € weniger zusammen. Im Modell zeigen sich weiterhin die typischen Alterseffekte: der Anstieg der Gesamtausgaben bis zur Alterskategorie 80-84 Jahre, gefolgt von sinkenden Ausgaben. Zusätzliche Ausgaben für Pflegebedürftige liegen bei den 0-4-Jährigen bei über 20.000 €. Mit dem Alter sinken die zusätzlichen Ausgaben bei Pflegebedürftigen rasch auf rund 6.000 €. Zusätzliche Ausgaben in Höhe von fast 12.000 € werden dann wieder in der Alterskategorie 55-59 Jahre erreicht. Die zusätzlichen Ausgaben sinken aber bis zum Alter von über 90 Jahren auf unter 400 €.

Pflegeinzidenzen erhöhen die Ausgaben im Vergleich zu schon fortlaufender Pflegebedürftigkeit zusätzlich um mehr als 8.000 €.

Das Vorliegen geriatrischer Merkmalskomplexe erhöht fast durchgängig die GKV-Ausgaben noch zusätzlich (im größten Umfang bei Medikationsproblemen (+2.486 €), Fehl- und Mangelernährung (2.275 €), Störungen im Flüssigkeits- und Elektrolythaushalt (+2.183 €), Dekubitalulcera (+1.945 €) und Sensibilitätsstörungen (+1.822 €)). Ausgabensenkend sind herabgesetzte Belastbarkeit und Gebrechlichkeit (-348 €).

Tabelle 58: Regressionsmodell: GKV-Gesamtausgaben				
Konstante	2.034	***	Erstmalig pflegebedürftig im Jahr 2011	
Frau	-178	***		8.645 ***
Alter 00-04 Jahre	-1.293	***	Alter 00-04 und Pflege	20.758 ***
Alter 05-09 Jahre	-1.472	***	Alter 05-09 und Pflege	9.389 ***
Alter 10-14 Jahre	-1.426	***	Alter 10-14 und Pflege	7.943 ***
Alter 15-19 Jahre	-1.352	***	Alter 15-19 und Pflege	7.591 ***
Alter 20-24 Jahre	-1.449	***	Alter 20-24 und Pflege	5.614 ***
Alter 25-29 Jahre	-1.307	***	Alter 25-29 und Pflege	6.648 ***
Alter 30-34 Jahre	-1.173	***	Alter 30-34 und Pflege	5.358 ***
Alter 35-39 Jahre	-1.138	***	Alter 35-39 und Pflege	7.006 ***
Alter 40-44 Jahre	-1.133	***	Alter 40-44 und Pflege	8.261 ***
Alter 45-49 Jahre	-1.039	***	Alter 45-49 und Pflege	9.399 ***
Alter 50-54 Jahre	-884	***	Alter 50-54 und Pflege	10.611 ***
Alter 55-59 Jahre	-681	***	Alter 55-59 und Pflege	11.769 ***
Alter 60-64 Jahre	-479	***	Alter 60-64 und Pflege	11.379 ***
Alter 65-69 Jahre	-197	***	Alter 65-69 und Pflege	9.587 ***
Alter 70-74 Jahre	Referenz		Alter 70-74 und Pflege	7.894 ***
Alter 75-79 Jahre	205	***	Alter 75-79 und Pflege	5.419 ***
Alter 80-84 Jahre	121	***	Alter 80-84 und Pflege	2.822 ***
Alter 85-89 Jahre	-161	***	Alter 85-89 und Pflege	1.303 ***
Alter 90+ Jahre	-548	***	Alter 90+ und Pflege	372 ***
Medikationsprobleme				2.486 ***
Immobilität (inkl. protrahierter Mobilisierungsverlauf)				852 ***
Sturzneigung und Schwindel				303 ***
Kognitive Defizite				50 ***
Inkontinenz				480 ***
Dekubitalulcera				1.945 ***
Fehl- und Mangelernährung				2.275 ***
Störungen im Flüssigkeits- und Elektrolythaushalt				2.183 ***
Depression, Angststörung				1.136 ***
Schmerz				1.166 ***
Sensibilitätsstörungen				1.822 ***
Herabgesetzte Belastbarkeit, Gebrechlichkeit				-348 ***
Starke Seh- und Hörbehinderung				403 ***
Hohes Komplikationsrisiko				1.681 ***
Verzögerte Rekonvaleszenz				694 ***
Quelle: BARMER GEK-Routinedaten: Versicherte nach Alter und Geschlecht standardisiert auf die Bevölkerung in Deutschland.				
Irrtumswahrscheinlichkeiten: *** P<0,1 %; **P<1 %; * P<5 %				

Diese geriatrischen Merkmalskomplexe stehen nicht losgelöst von Pflegebedürftigkeit, sondern sind eng mit ihr verbunden (siehe Abschnitt 5.2.1.2). Ein gutes Zusammenwirken von pflegerischer und medizinischer Versorgung kann somit gemeinsam und gegenseitig für Entlastung sorgen – durch medizinische und pflegerische Verhinderung oder Linderung der Erkrankungen, die in den geriatrischen Merkmalskomplexen gefasst sind. Dies gilt im pflegerischen Bereich in besonderem Maße dort, wo Merkmale vermeidbar sind – bei Dekubitalulcera, Fehl- und Mangelernährung oder Störung des Flüssigkeits- und Elektrolythaushalts. Gerade diese geriatrischen Merkmalskomplexe bewirken besonders hohe zusätzliche Kosten für die Krankenkasse. Andererseits gibt es aber auch großes Potential bei der medizinischen Versorgung, indem Medikationsprobleme und Komplikationsrisiken reduziert werden.

6.4 Vermeidbare Krankenhausaufenthalte Pflegebedürftiger

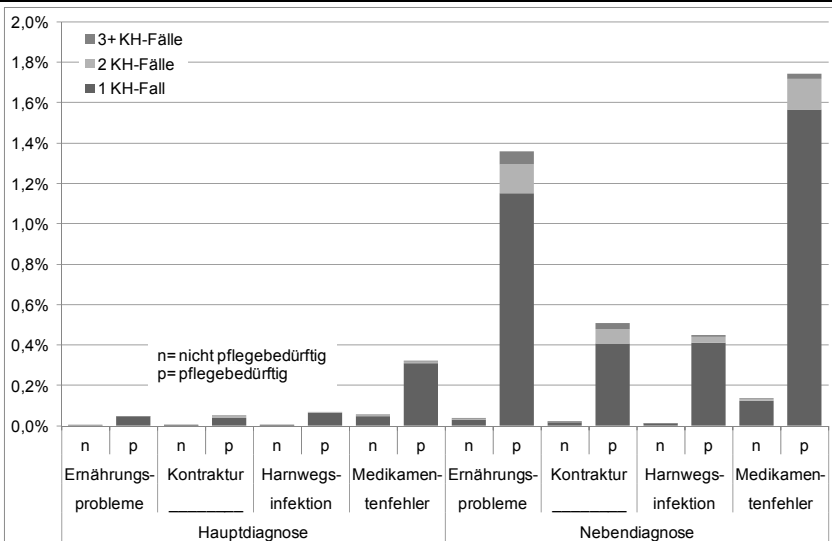
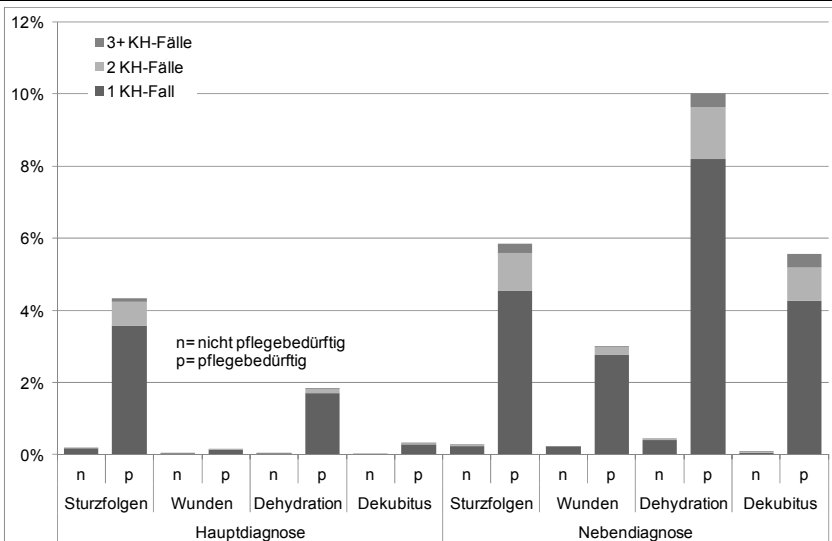
In der Literatur wird eine Reihe von Zuständen, Symptomen und Erkrankungen als teilweise vermeidbar angesehen. Dazu gehören Sturzfolgen, Wunden, Ernährungsprobleme, Hautprobleme, Kontrakturen, Harnwegsinfektionen und falsche oder fehlende Einnahme von Medikamenten (Garms-Homolová & Roth 2004; MDS 2010a; 2012; Roth 2007; Specht-Leible 2003). Der MDS (2012) berichtet, dass vielfach die angemessenen Leistungen nicht im vollen Umfang durchgeführt wurden. So werde nur bei 81,5 % der Pflegebedürftigen im stationären Bereich das individuelle Sturzrisiko erfasst, und bei weniger als 78 % werde eine Sturzprophylaxe durchgeführt. Die Durchführung vereinbarter Leistungen gegen Dehydratation sei nur bei 82,4 % der Heimbewohner und bei 86,1 % der ambulant versorgten Pflegebedürftigen nachvollziehbar. Dekubitusrisiken und individuelle Kontrakturrisiken seien ebenfalls nicht in gebotenem Maße nachvollziehbar erfasst. Entsprechend werde eine Dekubitus-bzw. eine Kontrakturprophylaxe nur bei jeweils weniger als 60 % der Heimbewohner mit einem entsprechenden Bedarf durchgeführt.

In Tabelle 59 werden den genannten Diagnosen ICD10-Kodierungen gegenübergestellt, die es erlauben, die Häufigkeit dieser Diagnosen in den Routinedaten der Krankenhausbehandlungen zu ermitteln.

Tabelle 59: Diagnosen möglicherweise vermeidbarer Krankenhausaufenthalte	
Kategorie	ICD 10
Sturzfolgen	Rippenfraktur: S22 Schenkelhalsfraktur: S72 Lendenwirbelfraktur und Beckenfraktur: S32 Folgen von Verletzungen, Vergiftungen und sonstigen Auswirkungen äußerer Ursachen: T90-T98
Wunden	Kopf: S01.0 Knöchel und Fuß: S91 Abdomen, Becken, Lumbosakralgegend: S31 Hüfte und Oberschenkel: S71 Unterschenkel: S81
Ernährungsprobleme Mangelernährung	E40 –E46
Dehydrierung/ Dehydration	E86
Hautprobleme Dekubitus	L89
Kontraktur Gelenkversteifungen	M24.5
Harnwegsinfektion (Zustand nach Blasenkatheter oder Inkontinenz)	T83.5
Einnahme von Medikamenten zu wenig beachtet - falsche Dosierung - falsche Medikamente	Hämorrhagische Diathese durch Antikoagulanzen: D68.30 Vergiftungen durch Arzneimittel, Drogen und biologisch aktive Substanzen: T36 - T50

Abbildung 40 zeigt die Zahl der Krankenhausaufenthalte, die im Zusammenhang mit diesen Diagnosen entstehen. Dabei werden einmal nur die Hauptdiagnosen und das andere Mal sowohl Haupt- als auch Nebendiagnosen berücksichtigt. Unter der zusätzlichen Berücksichtigung der Nebendiagnosen ist die ermittelte Fallzahl immer größer als die Fallzahl, die nur auf den Hauptdiagnosen beruht. Bei den Betrachtungen wird weiterhin differenziert nach der Zahl der entsprechenden Krankenhausesfälle im Jahr 2011 und nach Pflegebedürftigkeit (nicht pflegebedürftig (n) vs. pflegebedürftig (p)).

Abbildung 40: Anteile der Pflegebedürftigen und Nicht-Pflegebedürftigen mit Krankenhausbehandlungen mit ausgewählten Haupt- und Nebendiagnosen



Quelle: BARMER GEK Routinedaten 2011: BARMER GEK-Versicherte nach Alter und Geschlecht standardisiert auf die Bevölkerung in Deutschland

Für alle hier betrachteten Diagnosen weisen Pflegebedürftige mehr Krankenhausaufenthalte auf als Nicht-Pflegebedürftige (Abbildung 40). 0,43 % der Nicht-Pflegebedürftigen haben innerhalb des Jahres 2011 mindestens einen Krankenhausaufenthalt mit einer Haupt- oder Nebendiagnose „Dehydration“.⁸¹ Von den Pflegebedürftigen weisen sogar 10 % mindestens einen Krankenhausaufenthalt auf, für den Dehydration dokumentiert ist. Auch unter Berücksichtigung der Nebendiagnosen sind Krankenhausaufenthalte Pflegebedürftiger mit Harnwegsinfektionen (0,45 %), Kontrakturen (0,51 %), Ernährungsproblemen (1,36 %) und Medikamentenproblemen (1,74 %) deutlich seltener. Häufiger sind neben der Dehydration vor allem „Sturzfolgen“ (5,85 %), „Dekubitus“ (5,56 %) und „Wunden“ (3,00 %).

Bezogen nur auf die Hauptdiagnose sind „Sturzfolgen unter den hier untersuchten Diagnosen am häufigsten (0,18 % der Nicht-Pflegebedürftigen und 4,33 % der Pflegebedürftigen). Aber auch Dehydration mit 1,83 %, Dekubitus mit 0,33 % und Medikamentenfehler mit 0,32 % spielen bei den Pflegebedürftigen noch eine große Rolle.

Die sich insgesamt ergebenden Leistungsausgaben für Krankenhausbehandlungen bei diesen Diagnosen liegen entsprechend der dargestellten Fallzahlen bei Pflegebedürftigen deutlich höher als bei Nicht-Pflegebedürftigen (Tabelle 60). Dies gilt auch dann, wenn nach Alter und Geschlecht differenziert wird. Wird nur auf die Krankenhaussfälle mit entsprechenden Hauptdiagnosen fokussiert, zeigen sich bei *nicht pflegebedürftigen* Jungen und Mädchen im Alter von 0–14 Jahren durchschnittliche Leistungsausgaben von 2 € je Versichertenjahr. Mit zunehmendem Alter steigern sich aber auch bei den Nicht-Pflegebedürftigen die durchschnittlichen Leistungsausgaben, bis sie schließlich bei den über 85-jährigen Männern und Frauen eine Höhe von 92 bzw. 143 € erreichen. Annähernd ähnlich hohe Werte schlagen bei den *Pflegebedürftigen* bereits im Alter von 0–14 Jahren zu Buche und

⁸¹ Dass jeder 230. nicht pflegebedürftige Versicherte einen Krankenhausaufenthalt mit einer solchen Diagnose hat, erscheint hoch und weist auf ein mögliches „upcoding“ im Kontext der Krankenhausfinanzierung hin.

steigen mit dem Alter auf Werte von bis zu 559 bzw. 625 € für die höchste Alterskategorie.

Tabelle 60: Leistungsausgaben in € für Krankenhausbehandlungen mit ausgewählten Diagnosen im Durchschnitt je Versichertenjahr

Alter	Berechnung nur auf Hauptdiagnosen basierend			
	Männer		Frauen	
	Nicht pflegebedürftig	Pflegebedürftig	Nicht pflegebedürftig	Pflegebedürftig
0-14	2	85	2	112
15-59	6	183	4	159
60-74	18	327	22	378
75-84	45	399	71	553
85+	92	559	143	625
Alter	Berechnung auf Haupt- und Nebendiagnosen basierend			
	Männer		Frauen	
	Nicht pflegebedürftig	Pflegebedürftig	Nicht pflegebedürftig	Pflegebedürftig
0-14	26	720	23	980
15-59	39	1.293	23	1.097
60-74	154	2.819	96	2.284
75-84	274	2.541	221	1.963
85+	362	1.911	324	1.544
Quelle: BARMER GEK-Routinedaten: Versicherte nach Alter und Geschlecht standardisiert auf die Bevölkerung in Deutschland				

Noch viel höher sind die Leistungsausgaben, wenn auf Haupt- und Nebendiagnose abgestellt wird. In diesem Fall variieren die Leistungsausgaben pro Versichertenjahr⁸² von 23 € bis 362 € für Nicht-Pflegebedürftige und von 720 bis 2.819 € für Pflegebedürftige.

⁸² Pro Krankenhausfall liegen die Werte natürlich entsprechend höher.

Dass das Maximum der Leistungsausgaben unter Berücksichtigung der *Nebendiagnosen* bei den Pflegebedürftigen nicht im hohen Alter liegt, kann als Zeichen dafür gewertet werden, dass sich der Umfang der Behandlungen aufgrund *anderer Diagnosen verringert*. Anders sieht es bei den Nicht-Pflegebedürftigen aus. Bei ihnen steigen die Leistungsausgaben für Krankenhausfälle mit den hier ausgewählten Nebendiagnosen bis ins höchste Alter an.

Nachdem nun die genannten Diagnosen jeweils für sich betrachtet wurden, soll nun ermittelt werden, inwieweit Pflegebedürftige im Vergleich zu Nicht-Pflegebedürftige möglicherweise vermeidbare Krankenhauskosten verursachen und welche der Diagnosen die Krankenhauskosten in besonderem Maße in die Höhe treiben.

Dazu werden in Tabelle 61 lineare Regressionsmodelle dargestellt, die die Bestimmungsgründe der Krankenhauskosten je Versichertem im Jahr 2011 ermitteln. Dies geschieht in vier Modellen. Modelle 1 und 2 erklären die Leistungsausgaben für Krankenhausbehandlungen mit den ausgewählten *Hauptdiagnosen*. Modelle 3 und 4 beschreiben die Leistungsausgaben für Krankenhausbehandlungen mit entsprechenden *Haupt- oder Nebendiagnosen*. In allen Modellen werden demografische Merkmale und Pflegesituationen als erklärende Variablen berücksichtigt. Modelle 2 und 4 kontrollieren zudem für die jeweilige Anzahl der Fälle mit den ausgewählten Diagnosen. *Modell 1* beschreibt somit die entstehenden Kosten der Krankenhausfälle, in denen die ausgewählten Hauptdiagnosen vergeben wurden, nur anhand des Geschlechts, des Alters, der Pflegebedürftigkeit und der Nähe zum Tod. In *Modell 2* werden zudem die Fallzahlen mit den erwähnten Hauptdiagnosen als Erklärungsfaktor für die Leistungsausgaben mit berücksichtigt. *Modell 3* beschreibt die Leistungsausgaben für Krankenhausfälle, in denen die ausgewählten *Haupt- oder Nebendiagnosen* vergeben wurden, nur anhand des Geschlechts, des Alters, der Pflegebedürftigkeit und der Nähe zum Tod. In *Modell 4* werden schließlich auch die Fallzahlen mit den erwähnten Haupt- und Nebendiagnosen als Erklärungsfaktor für die Leistungsausgaben für Krankenhausfälle mit den ausgewählten Haupt- und Nebendiagnosen berücksichtigt.

**Tabelle 61: Regressionsmodelle zu den Leistungsausgaben für
Krankenhausaufenthalte mit ausgewählten Diagnosen**

	Nur Fälle mit Hauptdiagnosen		Fälle mit Hauptdiagnosen oder Nebendiagnosen	
	Modell 1	Modell 2	Modell 3	Modell 4
Konstante	54 ***	-2 *	209 ***	33 ***
Frau	4 ***	0	-20 ***	-15 ***
Tod im Jahr 2011	509 ***	389 ***	5.735 ***	3.442 ***
Alter 0-14 Jahre	-54 ***	1	-174 ***	-36 ***
Alter 15-59 Jahre	-51 ***	0	-171 ***	-22 ***
Alter 60-74 Jahre	-38 ***	-1	-95 ***	3
Alter 75-84 Jahre (Ref.)	0	0	0	0
Alter 85+ Jahre	62 ***	0	38 ***	-77 ***
Alter 0-14 Jahre, pflegebedürftig	60 ***	9	466 ***	324 ***
Alter 15-59 Jahre, pflegebedürftig	102 ***	44 ***	679 ***	449 ***
Alter 60-74 Jahre, pflegebedürftig	97 ***	6 *	868 ***	194 ***
Alter 75-84 Jahre, pflegebedürftig	165 ***	-4	206 ***	-379 ***
Alter 85+ Jahre, pflegebedürftig	214 ***	-13 ***	-465 ***	-759 ***
Inzident pflegebedürftig	392 ***	42 ***	2.230 ***	651 ***
Behindertenpflege	-26 **	-32 ***	-513 ***	-312 ***
Informelle Pflege (Ref.)	0	0	0	0
Formell-ambulante Pflege	268 ***	42 ***	1.036 ***	-10
Vollstationäre Pflege	119 ***	11 ***	459 ***	-87 ***
Pflegestufe I (Ref.)	0	0	0	0
Pflegestufe II	8 *	2	295 ***	-174 ***
Pflegestufe III	-139 ***	-62 ***	-231 ***	-482 ***
KH-Fälle mit Sturzfolgen		5.416 ***		4.269 ***
KH-Fälle mit Wunden		2.228 ***		3.070 ***
KH-Fälle mit Ernährungsproblemen		4.142 ***		5.859 ***
KH-Fälle mit Dehydration		2.326 ***		2.861 ***
KH-Fälle mit Dekubitus		10.525 ***		10.138 ***
KH-Fälle mit Kontraktur		3.801 ***		3.407 ***
KH-Fälle mit Harnwegsinfektion		3.365 ***		6.682 ***
KH-Fälle mit Medikamentenfehler		1.563 ***		3.737 ***
Quelle: BARMER GEK-Routinedaten: Versicherte nach Alter und Geschlecht standardisiert auf die Bevölkerung in Deutschland				
Irrtumswahrscheinlichkeiten: *** P<0,1 %; **P<1 %; * P<5 %				

Ohne Berücksichtigung der ausgewählten Diagnosen als erklärende Variable zeigt Modell 1 in Tabelle 61, dass insbesondere die Nähe zum Tod sehr hohe Ausgaben verursacht (+509 €). Der ermittelte Unterschied zwischen Frauen (+4 €) und Männern ist unbedeutend. Mit dem Alter steigen die Ausgaben für Krankenhausaufenthalte mit den ausgewählten Diagnosen. Die jüngste Alterskategorie verursacht Minderausgaben von 54 € und die älteste Alterskategorie Mehrausgaben von 62 € im Vergleich zur Referenzkategorie der 75-84-Jährigen. Das nach Alterskategorien aufgeschlüsselte Merkmal „Pflegebedürftigkeit“ zeigt für jede Alterskategorie zusätzliche Ausgaben von 60 bis 214 €. Bei Pflegebedürftigkeit erhöht sich mit steigendem Alter die Wahrscheinlichkeit für möglicherweise vermeidbare Krankenhausaufenthalte und entsprechend höhere Gesamtausgaben. Inzident Pflegebedürftige verursachen zusätzlich Krankenhausausgaben in Höhe von weiteren 392 €. Dies steht in Zusammenhang damit, dass eine steigende Zahl an Pflegeverläufen ihren Anfang im Krankenhaus nimmt (siehe Abschnitt 5.3.2). Im Vergleich der Pflegearrangements zeigen sich höhere Krankenhausausgaben für Pflegebedürftige in formell-ambulanter Pflege und in Pflegeheimen.

Modell 2 integriert die Krankenhausfallzahlen mit den ausgewählten Diagnosen. Da sich die ermittelten Leistungsausgaben genau auf diese Diagnosen beziehen, ist es nicht verwunderlich, dass die vorher untersuchten Merkmale an Effekt verlieren. Die Nähe zum Tod (+389) bleibt aber bedeutend, inzident Pflegebedürftige und Pflegebedürftige in formell-ambulanter Pflege verursachen jeweils zusätzliche Leistungsausgaben in Höhe von 42 €, und Pflegestufe III verringert weiterhin die Leistungsausgaben. Der Fokus liegt im Modell 2 aber auf den verschiedenen ausgewählten Diagnosen. Ganz herausragend ist dabei der Dekubitus. Je Fall entstehen zusätzliche Leistungsausgaben von 10,5 Tsd. €. Die zweit teuersten Diagnosen sind die Sturzfolgen mit 5.416 €. Aber auch alle anderen Diagnosen sind mit zusätzlichen Leistungsausgaben im vierstelligen Bereich assoziiert.

Die Modelle 3 und 4 zeigen ähnliche Zusammenhänge wie die Modelle 1 und 2. Allerdings muss festgestellt werden, dass die Effekte der ausgewählten Diagnosen als Haupt- oder Nebendiagnosen etwas verliert. Dies zeigt sich beispielsweise darin, dass die Leistungsausgaben in den höheren Alterskategorien wieder zurückgehen. Die Gesamtsummen der Leistungsausgaben, die im Zusammenhang mit den

ausgewählten Nebendiagnosen entstehen, sind ungleich höher als nur unter Betrachtung der Hauptdiagnosen (siehe Tabelle 60). Das hat auch Einfluss auf die absoluten Unterschiede, die sich im Modell zeigen. So produziert die Nähe zum Tod unter Berücksichtigung der Hauptdiagnosen im Modell 1 nicht mehr höhere Leistungsausgaben von 509 €, sondern von 5.735 € unter Berücksichtigung der Nebendiagnosen im Modell 3.

Während sich in Modell 2 durch die Hereinnahme der Hauptdiagnosen fast alle anderen Effekte verringern, tritt ein derartiger Effekt in Modell 4 nicht auf. Dies liegt u. a. daran, dass die einzelnen betrachteten Diagnosen in Modell 4 auch gleichzeitig auftreten können und als Nebendiagnosen auch unterschiedliche Beiträge zur Leistungssumme liefern. Die Leistungssumme, die sich auf Basis der ausgewählten Haupt- und Nebendiagnosen erklärt, bleibt aber in vergleichbarer Höhe wie unter ausschließlicher Betrachtung der Hauptdiagnosen erhalten. Die größten Differenzen finden sich bei den Harnwegsinfektionen (+6.682 € statt +3.365 €) und bei den Medikamentenfehlern (+3.737 € statt 1.563 €). Der bedeutendste Kostenfaktor bleibt aber der Dekubitus. Auch in demjenigen Modell, das die Nebendiagnosen einbezieht, verursacht jede Dekubitusdiagnose zusätzliche Leistungsausgaben für Krankenhausbehandlungen von rund 10 Tsd. €.

Eine möglichst geringe Dekubitusprävalenz gilt als Qualitätsmerkmal in der medizinisch-pflegerischen Versorgung. Die beträchtlichen Zusatzausgaben in der stationären Versorgung zeigen, dass eine Verringerung dieser Prävalenz auch für die Kassen von genuinem Eigeninteresse ist. Es liegt somit im gemeinsamen Interesse der Patienten, der Pflegekasse und der Krankenkasse, (nicht nur) dieses Qualitätsmerkmal ernst zu nehmen.

7 Literatur

- AGENS [= Arbeitsgruppe Erhebung und Nutzung von Sekundärdaten] (2008): GPS - Gute Praxis Sekundärdatenanalyse: Revision nach grundlegender Überarbeitung. In: Gesundheitswesen, 70: 54-60.
- Akerlof, G. A. (1970): The Market for „Lemons“. In: Quarterly Journal of Economics. Vol. 84, 488–500.
- AOK-Bundesverband (2012): Zahlen und Fakten 2012. URL: http://www.aok-bv.de/imperia/md/aokbv/zahlen/aok/zuf_2012_web_final.pdf. (aktuell am 10.10.2012).
- Arnold, R.; Rothgang, H. (2010): Finanzausgleich zwischen Sozialer Pflegeversicherung und Privater Pflegeversicherung. In welchem Umfang ist ein Finanzausgleich aus Gründen der Gleichbehandlung notwendig? In: Göppfarth, D.; Greß, S.; Jacobs, K.; Wasem, J. (Hrsg.): Jahrbuch Risikostrukturausgleich 2009/2010. Von der Selektion zur Manipulation? Heidelberg: Medhochzwei Verlag. S. 65-94.
- Augurzky, B.; Borchert, L.; Deppisch, R.; Krolop, S.; Mennicken, R.; Preuss, M.; Rothgang, H.; Stocker-Müller, M.; Wasem, J. (2007): Gründe für die Höhe der Heimentgelte in den stationären Pflegeeinrichtungen in Nordrhein-Westfalen, Wissenschaftliches Gutachten im Auftrag des Ministeriums für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen, Endbericht. Hg. v. Rheinisch-Westfälisches Institut für Wirtschaftsforschung (RWI).
- Augurzky, B.; Borchert, L.; Deppisch, R.; Krolop, S.; Mennicken, R.; Preuss, M.; Rothgang, H.; Stocker-Müller, M.; Wasem, J. (2008): Heimentgelte bei der stationären Pflege in Nordrhein-Westfalen. Ein Bundesländervergleich. RWI-Materialien, Heft 44. Essen: Rheinisch-Westfälisches Institut für Wirtschaftsforschung.
- BARMER GEK (2012): Geschäftsbericht-2011. URL: <http://www.barmer-gek.de/barmer/web/Portale/Presseportal/Subportal/Infothek/Daten-und-Fakten/Geschaeftsbericht/PDF-Geschaeftsbericht-2011,property=Data.pdf>. (aktuell am 10.10.2012).
- Baumgartner, Luitgard; Kirstein, Reinhard; Möllmann, Rainer (Hrsg.) (2003): Häusliche Pflege heute. 1. Aufl. München: Urban & Fischer.
- Baumol, W. J. (1967): Macroeconomics of Unbalanced Growth: The Anatomy of Urban Crisis, American Economic Review 57, 415-426;
- Baumol, W. J.; Oates, W. E. (1972): The Cost Disease of the Personal Services and the Quality of Life, in: Skandinaviska Enskilda Banken Quarterly Review, 1: 44–54.
- Beirat zur Evaluation der PTV (Hg.) (2010): Empfehlungen des Beirates zur Evaluation der Pflege-Transparenzvereinbarungen. URL: http://www.pflegenoten.de/upload/Pflegenoten_Endbericht_Beirat_u__WB_2010_07_21_6961.pdf, (aktuell am 04.10.2012).
- Blinkert, B.; Klie, T. (1999): Pflege im Wandel. Studie zur Situation häuslich versorgter Pflegebedürftiger. Hannover: Vincentz.

Blinkert, B.; Klie, T. (2000): Pflegekulturelle Orientierungen und soziale Milieus, in: Sozialer Fortschritt, 10: 237-245.

Blinkert, B.; Klie, T. (2001): Zukünftige Entwicklung des Verhältnisses von professioneller und häuslicher Pflege bei differierenden Arrangements und privaten Ressourcen bis zum Jahr 2050. Expertise im Auftrag der Enquête-Kommission Demographischer Wandel des Deutschen Bundestages. In: Enquête-Kommission "Demographischer Wandel" Deutschen Bundestag, (Hrsg.): Herausforderungen unserer älter werdenden Gesellschaft an den einzelnen und die Politik. Heidelberg: R.v. Decker's. URL: http://www2.sozioologie.uni-freiburg.de/fifas/all/pdf/Expertise_Bundestag.pdf. (aktuell am 08.05.2012).

BMAS [=Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung] (2012): Riester-Rente muss fit für die Zukunft werden. Pressemitteilung vom 31.08.2012.

BMFSFJ [= Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend] (2011): Neue Wege – gleiche Chancen. Gleichstellung von Frauen und Männern im Lebensverlauf. Erster Gleichstellungsbericht. Stellungnahme der Bundesregierung zum Gutachten der Sachverständigenkommission Gutachten der Sachverständigenkommission. Deutscher Bundestag: Drucksache 17/6240.
<http://www.bmfsfj.de/RedaktionBMFSFJ/Broschuerenstelle/Pdf-Anlagen/Erster-Gleichstellungsbericht-Neue-Wege-Gleiche-Chancen.property=pdf,bereich=bmfsfj,sprache=de,rwb=true.pdf> (aktuell am 6.11.2011).

BMG [= Bundesministerium für Gesundheit] (2009a): Bericht des Beirats zur Überprüfung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs.
URL: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/redaktion/pdf/publikationen/Umsetzungsbericht-Pflegebeduerftigkeitsbegriff_200905.pdf;

BMG [= Bundesministerium für Gesundheit] (2009b): Umsetzungsbericht des Beirats zur Überprüfung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs.
URL: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/redaktion/pdf/publikationen/Umsetzungsbericht-Pflegebeduerftigkeitsbegriff_200905.pdf.

BMG [= Bundesministerium für Gesundheit] (2011a). Leistungsempfänger der sozialen Pflegeversicherung am Jahresende nach Pflegestufen. URL:
http://www.bmg.bund.de/fileadmin/dateien/Downloads/Statistiken/Pflegeversicherung/Leistungsempfaenger_Pflegestufen/04-Leistungsempfaenger-der-sozialen-PV-nach-Pflegestufen_120621.pdf (aktuell am 08.11.2012)

BMG [= Bundesministerium für Gesundheit] (2011b). Leistungsempfänger der sozialen Pflegeversicherung im Jahresdurchschnitt nach Leistungsarten. URL:
http://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/dateien/Downloads/Statistiken/Pflegeversicherung/110520_Leistungsempfaenger_der_sozialen_PV_nach_Leistungsarten.pdf (aktuell am 08.11.2012)

BMG [= Bundesministerium für Gesundheit] (2011c). Die Finanzentwicklung der Sozialen Pflegeversicherung. URL:
http://www.bmg.bund.de/fileadmin/dateien/Downloads/Statistiken/Pflegeversicherung/110520_Finanzentwicklung_der_sozialen_Pflegeversicherung.pdf. (aktuell am 08.11.2012)

- BMG [= Bundesministerium für Gesundheit] (2011d). Zahlen und Fakten zur Pflegeversicherung (08/11). URL:
http://www.bmg.bund.de/fileadmin/dateien/Downloads/Statistiken/Pflegeversicherung/2011_08_Zahlen_und_Fakten_Pflegeversicherung.pdf (aktuell am 08.11.2012)
- BMG [= Bundesministerium für Gesundheit] (2012a): Gesetzliche Krankenversicherung Endgültige Rechnungsergebnisse 2011. Stand 16. Juli 2012. URL:
http://www.bmg.bund.de/fileadmin/dateien/Downloads/Statistiken/GKV/Finanzergebnisse/Rechnungsergebnisse_KJ1_2011.pdf. (aktuell am 10.10.2012).
- BMG [= Bundesministerium für Gesundheit] (2012b). Die Finanzentwicklung der Sozialen Pflegeversicherung. Ist-Ergebnisse ohne Rechnungsabgrenzung. URL:
http://www.bmg.bund.de/fileadmin/dateien/Downloads/Statistiken/Pflegeversicherung/Finanzentwicklung_Pflegeversicherung_xls/03-Finanzentwicklung-der-sozialen-Pflegeversicherung_120621.pdf (aktuell am 12.10.2012).
- BMG [= Bundesministerium für Gesundheit] (2012c): Zahlen und Fakten zur Pflegeversicherung (10/12). URL:
http://www.bmg.bund.de/fileadmin/dateien/Downloads/Statistiken/Pflegeversicherung/Zahlen_und_Fakten/2012_10_Zahlen_und_Fakten_Pflegeversicherung.pdf
- Bonato, M. (2010): Gutachterliche Stellungnahme im Auftrag der Diakonie Rheinland-Westfalen-Lippe e. V. Kritik an der Methodik der Pflege-Transparenzberichte. Fachhochschule Münster. Münster.
- Bonato, M. (2011): Zukunft Pflege: Qualitätsbericht statt "Pflege-TÜV". Konzept zur Messung und Darstellung der Pflegequalität auf wissenschaftlicher Basis. Abschlussbericht der Bonato-Kommission. Hg. v. Verband Deutscher Alten- und Behindertenhilfe e. V. (VDAB) und Arbeitgeber- und Berufsverband Privater Pflege e. V. (ABVP). Essen; Hannover.
- Borchelt, M.; Pientka, L.; Wrobel, Norbert (2004): Abgrenzungskriterien der Geriatrie. Version 1.3 vom 16-03-2004. URL:
<http://ebookbrowse.com/gdoc.php?id=347801268&url=a6057b22cf7ae70a0a16017d139ec15e>. (aktuell am 05.10.2012).
- Borutta, M. (2009): Schulnoten für Heime. Die Pflege-Transparenzvereinbarung als Irrweg.
- Bündnis 90/Die Grünen (Hg.) (2009): Pflegenoten befinden sich weiterhin im Kreuzfeuer. Pressemitteilung vom 04.12.2009. URL: http://www.gruene-bundestag.de/presse/pressemitteilungen/2009/dezember/pflegenoten-befinden-sich-weiterhin-im-kreuzfeuer_ID_317872.html, (aktuell am 03.11.2012).
- Cambois, E.; Robine, J.M. (1996): An international comparison of trends in disability-free life expectancy. In: Eisen, R. et al. (Hrsg.): Long-term care: Economic issues and policy solutions. Norwell: Kluwer, S. 11-23.
- CDU, CSU und FDP (2009): Wachstum. Bildung. Zusammenhalt. Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und FDP für die 17. Legislaturperiode vom 26. Oktober 2011: S. 93.
- Comas-Herrera A, Wittenberg R, Costa-Font J, Gori C, Di Maio A, Patxot C, Pickard L, Pozzi A, Rothgang H (2006): Future long-term care expenditure in Germany, Spain, Italy and the United Kingdom. In: Ageing and Society, 6, 2: S. 285-302.

- DAV [=Deutsche Aktuarvereinigung] (2008): Herleitung der Rechnungsgrundlagen DAV 2008 P für die Pflegerenten(zusatz)versicherung der DAV-Unterarbeitsgruppe „Rechnungsgrundlagen der Pflegeversicherung“.
URL: <https://aktuar.de/dav/veroeffentlichungen/sonstiges/> (Zugriff am 01.10.2012).
- Deutsche Bundesbank (2012): Monatsbericht, September 2012.
- Deutsche Rentenversicherung (1995-2010a): Statistik der Deutschen Rentenversicherung: Versicherte. Deutsche Rentenversicherung: Würzburg.
- Deutsche Rentenversicherung (1995-2010b): Statistik der Deutschen Rentenversicherung: Rentenzugänge. Deutsche Rentenversicherung: Würzburg.
- Deutscher Bundesrat (2001): Gesetz zur Qualitätssicherung und zur Stärkung des Verbraucherschutzes in der Pflege (PQsG), BR-Drs. 456/01.
- Deutscher Bundestag (2001): Entwurf eines Gesetzes zur Qualitätssicherung und zur Stärkung des Verbraucherschutzes in der Pflege, BT-Drs. 14/5395.
- Deutscher Bundestag (2012): Beschlussempfehlung des Ausschusses für Gesundheit, BT-Drs. 17/10157.
- DIMDI [= Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information] (2009): ICD-10-GM. Version 2010. Systematisches Verzeichnis. URL: <http://www.dimdi.de/dynamic/de/klassi/downloadcenter/icd-10-gm/vorgaenger/version2010/systematik/xlgbp2010.zip> (aktuell am 28.10.2010).
- Dittmann, J. (2008): Deutsche zweifeln an der Qualität und Erschwinglichkeit stationärer Pflege. Hg. v. GESIS (Informationsdienst Soziale Indikatoren, 40).
- Döhner H, Kohler S, Lüdecke D. 2007. Pflege durch Angehörige. Ergebnisse und Schlussfolgerungen aus der europäischen Untersuchung EUROFAMCARE. Informationsdienst Altersfragen 3, Mai/Juni 2007: S. 9-14.
- Döhner, H., Rothgang, H. (2006): Pflegebedürftigkeit. Zur Bedeutung der familialen Pflege für die Sicherung der Langzeitpflege, in: Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz, Vol. 49, No. 6: 583-594.
- Donabedian, A. (1966): Evaluating the Quality of Medical Care. In: The Milbank Memorial Fund Quarterly. Vol. XLIV, No. 3, Part. 2 (1966), S. 166-206.
- Donabedian, A. (1980): The definition of quality and approaches to its assessment. Ann Arbor: Health Administration Press.
- Dräther, H.; Jacobs, K.; Rothgang, H. (2009): Pflege-Bürgerversicherung. In: Dräther, H.; Jacobs, K.; Rothgang, H. (Hrsg.): Fokus Pflegeversicherung. Nach der Reform ist vor der Reform. Berlin: KomPart-Verlag. S. 71-93.
- Eckardt, T. (2010): Den Prüfer als Gast empfangen. Qualitätsprüfung und Qualitätssicherung in Pflegeeinrichtungen. In: Pflegezeitschrift : Fachzeitschrift für stationäre und ambulante Pflege 63 (8), S. 496–497.
- Engel, K. (2008): Qualitätssicherung in stationären Pflegeeinrichtungen. Die Anwendung des Resident Assessment Instruments RAI 2.0 als Qualitätsinstrument. 1. Aufl. Stuttgart: Kohlhammer.

- Garms-Homolová, Vjenka; Roth, Günter (2004): Vorkommen, Ursachen und Vermeidung von Pflegemängeln: Forschungsbericht im Auftrag der Enquetekommission "Situation und Zukunft der Pflege in Nordrhein-Westfalen" des Landtags von Nordrhein-Westfalen. URL: http://www.wernerschell.de/Medizin-Infos/Pflege/Pflegemaengel_NRW.pdf. (aktuell am 29.08.2012).
- Gerste, B.; Rehbein, I. (2002): Qualität und Betriebsvergleich. In: G. Igl, D. Schiemann, B. Gerste und J. Klose (Hg.): Qualität in der Pflege. Betreuung und Versorgung von pflegebedürftigen alten Menschen in der stationären und ambulanten Altenpflege. Stuttgart, S. 363–380.
- GKV-Spitzenverband (2009a): Bewertungskriterien für Pflegeheime. URL: http://www.pflegenoten.de/Kriterien_Heime.gkvnet. (aktuell am 08.10.2012).
- GKV-Spitzenverband (2009b): Verfahren zur Notenberechnung entsprechend der Bewertungssystematik der Transparenzvereinbarungen PTVS vom 17.12.2008 bzw. der PTVA vom 29.01.2009. 05.11.2009. URL: http://www.mdk-nordrhein.de/download/GKV-Spitzenverban_Verfahren-Notenberechnung.pdf, (aktuell am 08.10.12).
- GKV-Spitzenverband (2012a): Bewertungssystematik - Pflegeheime. URL: http://www.pflegenoten.de/Bewertung_Heime.gkvnet, (aktuell am 04.10.2012).
- GKV-Spitzenverband (2012b): Pflegenoten. URL: <http://www.pflegenoten.de/>, (aktuell am 04.10.2012).
- GKV-Spitzenverband (2012c): Anpassung der Pflegenoten dringend nötig - Kassen setzen auf schnellen Erfolg durch die Schiedsstelle. Pressemitteilung vom 6. Juli 2012. Berlin. URL: http://www.pflegenoten.de/upload/PM_2012-07-06_PTV_Schiedsamt_7111.pdf
- GKV-Spitzenverband (2012d): Überarbeitung der Bewertungssystematik. URL: http://www.pflegenoten.de/Bewertungssystematik_Aenderungsvorschlaege_GKV_SV.gkvnet, (aktuell am 23.10.2012).
- GKV-Spitzenverband (2012e): Kennzahlen der Gesetzlichen Krankenversicherung. URL: www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/presse/zahlen_und_grafiken/gkv_kennzahlen_1/GKV_Kennzahlen_gesamt_Q1_Booklet.pdf. (aktuell am 10.10.2012).
- GKV-Spitzenverband; Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe; Bundesvereinigung der kommunalen Spitzenverbände; Vereinigung der Träger der Pflegeeinrichtungen (2010): Pflegenoten als Verbraucherinformation bisher ohne Alternativen. Wissenschaftlicher Bericht gibt konkrete Empfehlungen zur Weiterentwicklung. Pressemitteilung vom 21.07.2010. URL: http://www.bpa.de/index.php?eID=tx_nawsecured1&u=0&file=fileadmin/user_upload/kleinedokumente/BU104.pdf&t=1352054140&hash=125eb48603f9a2b812ae816bfba170f3ca7f1ac6, (aktuell am 03.11.2012).

- GKV-Spitzenverband; Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene; Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe; Bundesvereinigung der kommunalen Spitzenverbände (2008): Vereinbarung nach § 115 Abs. 1a Satz 6 SGB XI über die Kriterien der Veröffentlichung sowie die Bewertungssystematik der Qualitätsprüfungen der Medizinischen Dienste der Krankenversicherung sowie gleichwertiger Prüfergebnisse in der stationären Pflege. Pflege-Transparenzvereinbarung stationär (PTVS). 17. Dezember 2008.
- Görres, S.; Hasseler, M.; Mitnacht, B. (2009): Gutachten zu den MDK-Qualitätsprüfungen und den Qualitätsberichten im Auftrag der Hamburgischen Pflegegesellschaft e. V. ipp schriften 02. Universität Bremen. Institut für Public Health und Pflegeforschung (ipp).
- Hackmann, T.; Moog, S. (2010): Pflege im Spannungsfeld von Angebot und Nachfrage. In: Zeitschrift für Sozialreform, 56, 1, S. 113-137.
- Hagen K, Kleinlein A (2011): Zehn Jahre Riester-Rente: Kein Grund zum Feiern. DIW-Wochenbericht Nr. 47, 3-14.
- Hasseler, M.; Wolf-Ostermann, K. (2010): Wissenschaftliche Evaluation zur Beurteilung der Pflege-Transparenzvereinbarungen für den ambulanten (PTVA) und stationären (PTVS) Bereich. Unter Mitarbeit von M. Nagel und S. Indefrey. URL: http://www.pflegenoten.de/upload/Pflegenoten_Endbericht_Beirat_u_WB_2010_07_21_6961.pdf, (aktuell am 04.10.2012).
- Hauschild, R. (1994): Soziale Pflegeversicherung: Vorschläge und Konzeptionen, in: Bundesarbeitsblatt 45: 12-21
- Jacobs, Klaus; Rothgang, Heinz (2012): Der Pflege-Bahr: zum Schaden der Sozialen Pflegeversicherung und ihrer Versicherten, in: G+S - Gesundheits- und Sozialpolitik, Heft 5: 41-50.
- Jacobzone S., Cambois E., Chaplain E., Robine JM. (1998): Long term care services to older people, a perspective on future needs: the impact of improving health of older people. OECD Working Paper AWP 4.2.
- Jacobzone, S. (1999): An Overview of International Perspectives in the Field of Ageing and Care for Frail Elderly Persons, Labour Market and Social Policy Occasional Papers n° 38, OECD, Paris.
- Joebges H, Meinhardt V, Rietzler K, Zwiener R (2012): Auf dem Weg in die Altersarmut. Bilanz der Einführung der kapitalgedeckten Riester-Rente. IMK-Report 73. Institut für Makroökonomie und Konjunkturforschung der Hans-Böckler-Stiftung. Düsseldorf; Download: http://www.boeckler.de/pdf/p_imk_report_73_2012.pdf (Zugriff am 01.10.2012).
- KCG [=Kompetenz Centrum Geriatrie] (2012): Operationalisierung geriatrietypischer Merkmalskomplexe gemäß ICD-10-GM Version 2008/2009: (KCG: Stand 30.07.2012) URL: http://www.kcgeriatrie.de/downloads/120730_kcg_geriatrietypischen%20Merkmalskomplexe.pdf (aktuell am 26.09.2012)

- Kleinlein A (2011): Zehn Jahre „Riester-Rente“: Bestandsaufnahme und Effizienzanalyse. WISO Diskurs, Friedrich-Ebert-Stiftung, Bonn.
- Kreienbrock, L.; Schach, S. (2005): Epidemiologische Methoden. München: Spektrum Akademischer Verlag.
- Lübecke, N.; Meinck, M. (2012): Geriatrietypische Multimorbidität im Spiegel von Routinedaten – Teil 1. Auswertung von stationären Krankenhausdaten und Pflegedaten. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, 45, 6, S. 485-497.
- MDS [= Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e. V.] (2000): Pflegebericht des Medizinischen Dienstes. Berichtszeitraum 1998. Essen.
- MDS [= Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e. V.] (2001): Pflegebericht des Medizinischen Dienstes. Berichtszeitraum 1999/2000. Essen.
- MDS [= Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e. V.] (2003): Pflegebericht des Medizinischen Dienstes. Berichtszeitraum 2001/2002. Essen.
- MDS [= Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e. V.] (2005): Pflegebericht des Medizinischen Dienstes 2003. Essen.
- MDS [= Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e. V.] (2006): Pflegebericht des Medizinischen Dienstes 2004. Essen: MDS.
- MDS [= Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e. V.] (2007a): Pflegebericht des Medizinischen Dienstes 2005. Essen: MDS.
- MDS [= Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e. V.] (2007b): Pflegebericht des Medizinischen Dienstes 2006. Essen: MDS.
- MDS [= Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e. V.] (2009): Pflegebericht des Medizinischen Dienstes 2007-2008. Essen: MDS.
- MDS [= Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e. V.] (2009a): Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes zur Begutachtung von Pflegebedürftigkeit nach dem XI. Buch des Sozialgesetzbuches. Essen: MDS.URL: http://www.mds-ev.de/media/pdf/BRI_Pflege_090608.pdf. (aktuell am 04.11.2010).
- MDS [= Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e. V.] (2010a): Quantitative und qualitative Auswertung der Transparenzergebnisse der Medizinischen Dienste für die stationäre und ambulante Pflege – Abschlussbericht. URL: http://www.mds-ev.de/media/pdf/100216_Abschlussbericht_Transparenz_FINAL.pdf. (aktuell am 29.08.2012).
- MDS [= Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e. V.] (2010b): Begutachtungen des Medizinischen Dienstes für die Pflegeversicherung 2009. Essen: MDS.
- MDS [= Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e. V.] (2012): 3. Bericht des MDS nach § 114a Abs. 6 SGB XI. Qualität in der ambulanten und stationären Pflege. URL: http://www.mds-ev.de/media/pdf/MDS_Dritter_Pflege_Qualitaetsbericht_Endfassung.pdf. (aktuell am 26.04.2012).

- Meinck, M.; Lübecke, N.; Ernst, F. (2012): Geriatrietypische Multimorbidität im Spiegel von Routinedaten – Teil 2. Ambulante und stationäre Diagnosen bei geriatrisch versorgten und pflegebedürftigen Versicherten. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, 45.
- Meyer, M.; Kofahl, C.; Kubesch, N. (2007): Literature – State of the art. In: Döhner, H.; Kofahl, C.; Lüdecke, D.; Mnich, E (Hrsg.): Eurofamcare. Services for Supporting Family Carers of Older Dependent People in Europe: Characteristics, Coverage and Usage The National Survey Report for Germany, Hamburg, S.16-44.
- Müller, R.; Braun, B. (Hrsg.) (2006): Vom Quer- zum Längsschnitt – Möglichkeiten der Analysen mit GKV-Daten. St. Augustin: Asgrad.
- Nachhaltigkeitskommission (= Kommission für die Nachhaltigkeit in der Finanzierung der sozialen Sicherungssysteme) (2003): Bericht der Kommission. Berlin: Bundesministerium für Gesundheit und soziale Sicherung.
- Nakielski, H. (2012): Pflege-Neuausrichtungsgesetz: Die wichtigsten Änderungen im Überblick, in: Soziale Sicherheit, Heft 7: 247.
- Pabst, Stefan / Rothgang, Heinz (2000): Reformfähigkeit und Reformblockaden: Kontinuität und Wandel bei Einführung der Pflegeversicherung, in: Leibfried, Stephan / Wagschal, Uwe (Hg.): Der deutsche Sozialstaat. Bilanzen – Reformen – Perspektiven. Frankfurt: Campus: 340-377.
- Peters, A.; Vogt, V. (2009): Schulnote eins. Mit Erfolg durch die stationäre MDK-Prüfung. Hannover.
- Pick, P. (2011): Pflegenoten - aktueller Stand und Perspektiven der Weiterentwicklung. Vortrag am 15. Februar 2011. Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e. V., Düsseldorf.
- PKV [= Verband der privaten Krankenversicherung e. V.] (2006): Zahlenbericht der Privaten Krankenversicherung 2005/2006. Köln, Berlin: PKV.URL: http://www.pkv.de/publikationen/rechenschafts_und_zahlenberichte/archiv_der_pkv_zahlenberichte/zahlenbericht_2005_2006.pdf. (aktuell am 31.10.2012).
- PKV [= Verband der privaten Krankenversicherung e. V.] (2007): Zahlenbericht der Privaten Krankenversicherung 2006/2007. Köln, Berlin: PKV.URL: http://www.pkv.de/publikationen/rechenschafts_und_zahlenberichte/archiv_der_pkv_zahlenberichte/zahlenbericht_2006_2007.pdf. (aktuell am 31.10.2012).
- PKV [= Verband der privaten Krankenversicherung e. V.] (2008): Zahlenbericht der Privaten Krankenversicherung 2007/2008. Köln, Berlin: PKV.URL: http://www.pkv.de/publikationen/rechenschafts_und_zahlenberichte/archiv_der_pkv_zahlenberichte/zahlenbericht_2007_2008.pdf. (aktuell am 31.10.2012).
- PKV [= Verband der privaten Krankenversicherung e. V.] (2009): Zahlenbericht der Privaten Krankenversicherung 2008/2009. Köln, Berlin: PKV.URL: http://www.pkv.de/publikationen/rechenschafts_und_zahlenberichte/archiv_der_pkv_zahlenberichte/zahlenbericht-2008-2009.pdf. (aktuell am 31.10.2012).

- PKV [= Verband der privaten Krankenversicherung e. V.] (2011a): Zahlenbericht der Privaten Krankenversicherung 2010/2011. Köln, Berlin: PKV.URL:
http://www.pkv.de/publikationen/rechenschafts_und_zahlenberichte/archiv_der_pkv_zahlenberichte/zahlenbericht-2010-2011.pdf. (aktuell am 31.10.2012).
- PKV [= Verband der privaten Krankenversicherung e. V.] (2011b): Zahlenbericht der Privaten Krankenversicherung 2009/2010. Korrigierte Version [Stand Januar 2011]. Köln, Berlin: PKV.URL:
http://www.pkv.de/publikationen/rechenschafts_und_zahlenberichte/archiv_der_pkv_zahlenberichte/zahlenbericht-2009-2010.pdf. (aktuell am 31.10.2012).
- PKV [= Verband der privaten Krankenversicherung e. V.] (2012): Rechenschaftsbericht der Privaten Krankenversicherung 2011. Köln, Berlin: PKV.
 URL: http://www.pkv.de/w/files/shop_rechenschaftsberichte/pkv-rechenschaftsbericht-2011.pdf. (aktuell am 11.11.2012).
- Raif, M. (2011): Von Fehlern, Fallen und Fakten. Wenn der MDK vor der Tür steht. In: Pflegezeitschrift : Fachzeitschrift für stationäre und ambulante Pflege 64 (8), S. 486–488.
- Reiners H. (2009): Mythen der Gesundheitspolitik, Bern.
- Robine, J.M.; Romieu, I.; Michel, J.P. (2003): Trends in Health Expectancies. In: Robine, J.M.; Jagger, C.; Mathers, C.D.; Crimmins, E.; Suzman, R. (Ed.) Determining Health Expectancies, Chichester, United Kingdom: John Wiley & Sons. S. 75-101.
- Roth, G. (2007): Dilemmata der Altenpflege. Die Logik eines prekären sozialen Feldes. In: Berliner Journal für Soziologie, 1, S. 77-96.
- Roth, G.; Rothgang, H. (2001): Sozialhilfe und Pflegebedürftigkeit: Analyse der Zielerreichung und Zielverfehlung der Gesetzlichen Pflegeversicherung nach fünf Jahren, in: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, 34, 4: 292-305.
- Rothgang, H. (1997): Ziele und Wirkungen der Pflegeversicherung. Eine ökonomische Analyse, Frankfurt/ New York: Campus.
- Rothgang, H. (2002a): Projections on Public Long-Term Care Insurance Financing, in: Conrad, Harald / Lützel, Ralph (eds.): Aging and Social Policy – A German-Japanese Comparison, München: Iudicum, S. 251 – 273.
- Rothgang, H. (2002b): Finanzwirtschaftliche und strukturelle Entwicklungen in der Pflegeversicherung bis 2040 und mögliche alternative Konzepte, in: Enquete Kommission "Demographischer Wandel" des Deutschen Bundestags (Hrsg.): Herausforderungen unserer älter werdenden Gesellschaft an den einzelnen und die Politik. Studienprogramm. Heidelberg: R.V. Decker. S. 1-254.
- Rothgang, H. (2008) Stellungnahme zum Gesetzentwurf der Bundesregierung "Entwurf eines Gesetzes zur strukturellen Weiterentwicklung der Pflegeversicherung (Pflege-Weiterentwicklungsgesetz (BT-Drs. 16/7439). BT-Ausschussdrucksache 16(14)0327(72neu).
- Rothgang, H. (2009): Theorie und Empirie der Pflegeversicherung. Münster: Lit-Verl.
- Rothgang, H. (2010): Gerechtigkeit im Verhältnis von Sozialer Pflegeversicherung und Privater Pflegepflichtversicherung. In: Das Gesundheitswesen, 72, 3: S. 154– 160.

- Rothgang, H. (2012c) Stellungnahme zum Gesetzentwurf der Bundesregierung "Entwurf eines Gesetzes zur Neuausrichtung der Pflegeversicherung (Pflege-Neuausrichtungs-Gesetz-PNG)" anlässlich der öffentlichen Anhörung am 21.5.2012. BT-Ausschussdrucksache 17(14)0271(44).
- Rothgang, H. (2012d) Stellungnahme zum Änderungsantrag Nr. 18 der Fraktionen der CDU/CSU und FDP – Ausschuss-Drucksache 17(14)287 9566 – zum Entwurf eines Gesetzes zur Neuausrichtung der Pflegeversicherung (Pflege-Neuausrichtungs-Gesetz – PNG) – BT-Drs. 17/9369 – anlässlich der Anhörung des Ausschusses für Gesundheit des Deutschen Bundestags am 25. Juni 2012.
- Rothgang, H., Höppner, K., Borchert, L., Becker, R., Glaeske, G. (2007): Differenzierung privater Krankenversicherungstarife nach Geschlecht. Bestandsaufnahme, Probleme, Optionen. Gesundheitsökonomische Beiträge, Bd. 51. Baden-Baden: Nomos.
- Rothgang, H.; Arnold, R.; Sauer, S.; Wendtland, K.; Wolter, A. (2011a): Berechnungen der finanziellen Wirkungen verschiedener Varianten einer Pflegebürgerversicherung. Gutachten im Auftrag der Bundestagsfraktion Bündnis 90 / Die Grünen. URL: http://www.zes.uni-bremen.de/ccm/cms-service/stream/asset/?asset_id=6262357 [vom 11.11.2011] oder URL: http://www.gruene-bundestag.de/cms/pflege/dokbin/393/393744.gutachten_pflegebuergerversicherung@de.pdf (aktuell am 11.11.2011).
- Rothgang, H.; Borchert, L.; Müller, R.; Unger, R. (2008): GEK-Pflegereport 2008. Medizinische Versorgung in Pflegeheimen. Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse, Band 66. St. Augustin: Asgard.
- Rothgang, H.; Dräther, H. (2009): Zur aktuellen Diskussion über die Finanzsituation der Sozialen Pflegeversicherung. In: Dräther, H.; Jacobs, K.; Rothgang, H. (Hrsg.): Fokus Pflegeversicherung. Nach der Reform ist vor der Reform. Berlin: KomPart-Verlag. S. 41-69.
- Rothgang, H.; Iwansky, S.; Müller, R.; Sauer, S.; Unger, R. (2010): BARMER GEK Pflegereport 2010. Schwerpunktthema: Demenz und Pflege. BARMER GEK Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse, Band 5. St. Augustin: Asgard.
- Rothgang, H.; Iwansky, S.; Müller, R.; Sauer, S.; Unger, R. (2011b): BARMER GEK Pflegereport 2011. Schwerpunktthema: zusätzliche Betreuungsleistungen für Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz. BARMER GEK Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse, Band 11. St. Augustin: Asgard.
- Rothgang, H.; Jacobs, K. (2011): Substanziell und solidarisch – Zur Zukunft der Pflegeversicherung, G+S - Gesundheits- und Sozialpolitik, Heft 4: 9-19.
- Rothgang, H.; Kulik, D.; Müller, R.; Unger, R. (2009): GEK-Pflegereport 2009. Schwerpunktthema: Regionale Unterschiede in der pflegerischen Versorgung. Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse, Band 73. St. Augustin: Asgard.
- Rothgang, H.; Preuss, M. (2009): Bisherige Erfahrungen und Defizite der Pflegeversicherung und die Reform aus sozialpolitischer Sicht. In: Bieback, K.-J. (Hrsg.): Die Reform der Pflegeversicherung 2008. Münster: Lit-Verl. (Sozialrecht und Sozialpolitik in Europa, 12).

- Rothgang, H.; Wasem, J.; Greß, S. (2004): Vergütungsfindung auf dem stationären Pflegemarkt. Gutachten für die Enquetekommission "Situation und Zukunft der Pflege in NRW". Bremen, Essen.
- Rothgang, Heinz (2012a): Nach der Mini-Reform: Wesentliche Probleme bleiben ungelöst, in: Soziale Sicherheit, Heft 7: 245-254.
- Rothgang, Heinz (2012b): Der "Pflege-Bahr": Umverteilung von unten nach oben, in: Soziale Sicherheit, Heft 6: 204.
- Runde P.; Giese R.; Stierle C. (2003): Einstellungen und Verhalten zur häuslichen Pflege und zur Pflegeversicherung unter den Bedingungen gesellschaftlichen Wandels. Rote Reihe Band 15, hrsg. von der Arbeitsstelle für Rehabilitations- und Präventionsforschung, Universität Hamburg.
- Schmidt, M.; Schneekloth, U. (2011): Abschlussbericht zur Studie "Wirkungen des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes". Bericht zu den Repräsentativerhebungen im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit. Berlin: BMG. URL: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/dateien/Publikationen/Pflege/Berichte/Abschlussbericht_zur_Studie_Wirkungen_des_Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes.pdf. (aktuell am 18.06.2012).
- Schnabel, R. (2007): Zukunft der Pflege. URL: <http://www.insm.de/insm/dms/insm/text/publikationen/studien/endbericht-zukunft-pflege/Endbericht%20Zukunft%20Pflege.pdf>. (aktuell am 08.05.2012).
- Schneekloth, U.; Wahl (2005): Entwicklungstrends beim Hilfe- und Pflegebedarf in Privathaushalten - Ergebnisse der Infratest-Repräsentativerhebung. In: Schneekloth, U.; Wahl, H. W. (Hrsg.): Möglichkeiten und Grenzen selbständiger Lebensführung in privaten Haushalten (MuG III). Repräsentativbefunde und Vertiefungsstudien zu häuslichen Pflegearrangements, Demenz und professionellen Versorgungsangeboten. München: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. S. 55-98.
- Schneider, T.; Drobnic, S.; Blossfeld, H.-P. (2001): Pflegebedürftige Personen im Haushalt und das Erwerbsverhalten verheirateter Frauen. In: Zeitschrift für Soziologie, 30, 5: S. 362-383.
- Schupp, J.; Künemund, H. (2004): Private Versorgung und Betreuung von Pflegebedürftigen in Deutschland. DIW-Wochenbericht, 71: 289-294.
- Schwanenflügel M von (2012): Einsichten in die ministerielle Arbeit in Washington. Gesundheits- und Sozialpolitik 66 (1), 23-28.
- Sibelius K (2011): Secretary Sibelius' Letter to Congress about CLASS, 14.10.2011. URL: <http://www.hhs.gov/secretary/letter10142011.html> (Zugriff am 01.10.2012).
- Specht-Leible, N.; Bender, M.; Oster, P. (2003): Die Ursachen der stationären Aufnahme von Alten- und Pflegeheimbewohnern in einer Geriatriischen Klinik. In: Zeitschrift für Gerontologie + Geriatrie., 36, S. 274-279.

- Spitzenverbände der Pflegekassen; Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe; Bundesvereinigung der kommunalen Spitzenverbände; Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene (1996): Gemeinsame Empfehlung gemäß § 75 Abs. 5 SGB XI zum Inhalt der Rahmenverträge nach § 75 Abs. 1 SGB XI zur vollstationären Pflege vom 25. November 1996.
- Statistisches Bundesamt (2002): Pflegestatistik 1999. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. 4. Bericht: Ländervergleich – Pflegeheime. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt.
- Statistisches Bundesamt (2003): Pflegestatistik 2001. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. 4. Bericht: Ländervergleich – Pflegeheime. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt.
- Statistisches Bundesamt (2005): Pflegestatistik 2003. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. 4. Bericht: Ländervergleich – Pflegeheime. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt.
- Statistisches Bundesamt (2007): Pflegestatistik 2005. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. 4. Bericht: Ländervergleich – Pflegeheime. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt.
- Statistisches Bundesamt (2008a): Pflegestatistik 2007. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. Deutschlandergebnisse. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt.
- Statistisches Bundesamt (2009): Pflegestatistik 2007. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. 4. Bericht: Ländervergleich – Pflegeheime. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt.
- Statistisches Bundesamt (2011a): Sozialleistungen. Fachserie 13, Reihe 2.3. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt.
- Statistisches Bundesamt (2011b): Kriegsopferfürsorge. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt.
- Statistisches Bundesamt (2011c): Pflegestatistik 2009. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. 4. Bericht: Ländervergleich – Pflegeheime. Wiesbaden.
- Statistisches Bundesamt (2011d): Pflegestatistik 2009 – Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung – Deutschlandergebnisse. URL: <https://www-ec.destatis.de/csp/shop/sfg/bpm.html.cms.cBroker.cls?cmspath=struktur,vollanzeige.csp&ID=1026840>. (aktuell am 21.02.2011).
- Stegmann, M.; Mika, T. (2007): Ehrenamtliche Pflege in den Versichertenbiografien. In: Deutsche Rentenversicherung, 11-12: S. 771-789.
- Stein, C. H.; Wemmerus, V. A.; Ward, M.; Gaines, M. E.; Freeberg, A. L.; Jewell, T. C. (1998). "Because they're my parents": An intergenerational study of felt obligation and parental caregiving. In: Journal of Marriage and Family, 60: S. 611-622.
- Swart, E.; Ihle, P. (Hrsg.) (2005): Routinedaten im Gesundheitswesen. Handbuch Sekundärdatenanalyse. Grundlagen, Methoden und Perspektiven. Bern: Verlag Hans Huber.
- U.S. Department of Health and Human Services (2011): A Report on the Actuarial, Marketing, and Legal Analyses of the CLASS Program. URL: <http://aspe.hhs.gov/daltcp/reports/2011/class/index.shtml> (Zugriff am 01.10.2012).
- Unger, R. (2003): Soziale Differenzierung der aktiven Lebenserwartung im internationalen Vergleich. Eine Längsschnittuntersuchung mit den Daten des Sozio-ökonomischen Panel und der Panel Study of Income Dynamics, Deutscher Universitäts-Verlag: Wiesbaden.

- Unger, R. (2006): Trends in active life expectancy in Germany between 1984 und 2003 – A cohort analysis with different indicators of health. In: Journal of Public Health, 14: S. 155-163.
- Unger, R., Rothgang, H. (2010): Häusliche Hilfe- und Pflegebedürftigkeit in Ost- und Westdeutschland. Die Bedeutung des Einkommens bei der Erklärung von Strukturunterschieden, in: Krause, P., Ostner, I. (Hg.): Leben in Ost- und Westdeutschland: Eine sozialwissenschaftliche Bilanz der deutschen Einheit 1990-2010. Frankfurt: Campus, 625-640.
- VDAB; ABVP, B.A.H. (Hg.) (2010): Gesetzlicher Auftrag zur Transparenz so nicht erfüllbar. Pressemitteilung vom 26.07.2010. Hg. v. Verband Deutscher Alten- und Behindertenhilfe e. V. (VDAB), Arbeitgeber- und Berufsverband Privater Pflege e. V. (ABVP) und Bundesarbeitsgemeinschaft Hauskrankenpflege e. V. (B.A.H.). URL: <http://www.vdab.de/presse/archiv/2010/juli/article/gesetzlicher-auftrag-zur-transparenz-so-nicht-erfuellbar/?cHash=152bc4fb534121ee6946e5d6238e67fc>, (aktuell am 03.12.2012).
- vdek [= Verband der Ersatzkrankenkassen] (2012a): vdek Pflegeotse. URL: <http://www.pflegelotse.de>, (aktuell am 08.10.12).
- vdek [= Verband der Ersatzkrankenkassen] (2012b): vdek-Basisdaten des Gesundheitswesens 2011-2012. URL: http://www.vdek.com/presse/Broschueren/basisdaten_2011_2012/vdek_basisdaten_des_gesundheitswesens_2011_2012.pdf. (aktuell am 10.10.2012).
- von Ferber, L.; Behrens, J. (Hrsg.) (1997): Public Health Forschung mit Gesundheits- und Sozialdaten – Stand und Perspektiven. Sankt Augustin: Asgard Verlag.
- WHO [= World Health Organization] (2010): International Classification of Diseases (ICD). URL: <http://www.who.int/classifications/icd/en/> (aktuell am 28.10.2010).
- Wille E (2009): Die Finanzierungsbasis der gesetzlichen Krankenversicherung – Reformen unumgänglich. Gesundheitsökonomie und Qualitätsmanagement 3/2010, 102–104.
- Wingenfeld, K.; Kleina, T.; Franz, S. (2011): Entwicklung und Erprobung von Instrumenten zur Beurteilung der Ergebnisqualität in der stationären Altenhilfe. Im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit und des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. Abschlussbericht. Institut für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld (IPW). URL: http://www.bagfw.de/uploads/media/Abschlussbericht_Ergebnisqualitaet_Internet_31.5.11.pdf, (aktuell am 08.10.2012).
- Zok K (2011): Erwartungen an die Pflegereform. WldOmonitor, Ausgabe 2/2011; URL: http://www.wido.de/wido_monitor_2_20110.html (Zugriff am 01.10.2012).

8 Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Eigenfinanzierungsanteile in der stationären Pflege.....	30
Abbildung 2: Finanzentwicklung der Sozialen Pflegeversicherung.....	36
Abbildung 3: Verteilungen der Pflegestufen in der Sozialen Pflegeversicherung nach Jahr.....	56
Abbildung 4: Verteilung der Leistungsarten in der Sozialen Pflegeversicherung nach Jahr.....	59
Abbildung 5: Veränderung der Zahl der Pflegebedürftigen in der sozialen Pflegeversicherung gegenüber dem Vorjahr in Prozent.....	61
Abbildung 6: Anteil der Pflegebedürftigen nach Pflegearrangement in Prozent.....	64
Abbildung 7: Prävalenz der Pflegebedürftigkeit nach Bundesland (in %).....	67
Abbildung 8: Prävalenz der Pflegebedürftigkeit je Altenbevölkerung (75 Jahre und älter) nach Bundesland in %.....	69
Abbildung 9: Verteilung der Pflegestufen bei ambulanten und stationären Erstbegutachtungen nach Jahr.....	79
Abbildung 10: Anteil der männlichen Pflegepersonen, für die Beiträge zur Rentenversicherung gezahlt werden.....	85
Abbildung 11: Pflegepersonen nach Alter und Geschlecht.....	89
Abbildung 12: Beschäftigte in den ambulanten Pflegediensten in Vollzeitäquivalenten je 100 Einwohner älter 75 Jahre.....	94
Abbildung 13: Heimplätze in vollstationärer Pflege je 100 Einwohner älter 75 Jahre.....	98
Abbildung 14: Boxplot der Heimentgelte (inkl. Unterkunft und Verpflegung) je Pflegestufe nach Trägerarten.....	104
Abbildung 15: Boxplot des DPS inkl. Unterkunft und Verpflegung je Bundesland.....	106
Abbildung 16: Gesamtnote nach Heimentgelt für Pflegestufe I.....	124
Abbildung 17: Gesamtnote nach Heimentgelt für Pflegestufe II.....	125
Abbildung 18: Gesamtnote nach Heimentgelt für Pflegestufe III.....	125
Abbildung 19: Inzidenzen und fortlaufende Fälle – Anteile innerhalb der untersuchten Kategorien.....	169
Abbildung 20: Anteil Verstorbener unter den inzident oder fortlaufend Pflegebedürftigen – differenziert nach verschiedenen Merkmalen.....	170
Abbildung 21: Zeitreihe der Prävalenzen; standardisiert auf die Bevölkerung Deutschlands des Jahres 2008, differenziert nach Pflegestufen.....	179
Abbildung 22: Zeitreihe der Prävalenzen, standardisiert auf die Bevölkerung Deutschlands des Jahres 2008, differenziert nach Pflegearrangement.....	180
Abbildung 23: Zeitreihe der Prävalenzen, standardisiert auf die Bevölkerung Deutschlands des Jahres 2008, differenziert nach Altersklassen.....	181
Abbildung 24: Erfolgreiche Erstbegutachtungen durch den MDK und Hochrechnungen der Inzidenzen auf Basis der Routinedaten.....	184

Abbildung 25: Zeitreihe der Inzidenzen, standardisiert auf die Bevölkerung Deutschlands des Jahres 2008, differenziert nach Pflegestufen.....	189
Abbildung 26: Zeitreihe der Inzidenzen, standardisiert auf die Bevölkerung Deutschlands des Jahres 2008, differenziert nach Pflegearrangements	190
Abbildung 27: Zeitreihe der Inzidenzen, standardisiert auf die Bevölkerung Deutschlands des Jahres 2008, differenziert nach Alter	191
Abbildung 28: Entwicklung der monatlichen Zahl der Pflegebedürftigen mit Kurzzeitpflege ohne Kurzzeitpflege im Vormonat.....	194
Abbildung 29: Größe der Inzidenzkohorte im Zeitverlauf (Schätzung ab 2011)	205
Abbildung 30: Anteil der Pflegebedürftigen, die von Pflegeeintritt bis zum Tod Pflegeleistungen mit einem Ausgabenvolumen von ... € in Anspruch nehmen	207
Abbildung 31: Anteil der Pflegebedürftigen, die von Pflegeeintritt bis zum Tod Pflegeleistungen mit einem Ausgabenvolumen von ... € in Anspruch nehmen – nach Geschlecht	208
Abbildung 32: Gesamte SGB XI-Leistungen von Eintritt der Pflegebedürftigkeit bis zum Tod nach Dezilen	209
Abbildung 33: Eigenfinanzierungsanteile für stationäre Pflege von Eintritt der Pflegebedürftigkeit bis zum Tod nach Dezilen	211
Abbildung 34: Eigenfinanzierungsanteile für ambulante Pflege von Eintritt der Pflegebedürftigkeit bis zum Tod nach Dezilen	213
Abbildung 35: Mittelwert der Gesamtkosten von Pflegebedürftigkeit von Pflegeeintritt bis zum Tod nach Kostenträgerschaft.....	215
Abbildung 36: Monatliche Leistungsausgaben für direkte Pflegeleistungen nach geriatritypischen Merkmalskomplexen und Alter im Jahr 2011, Teil I,	221
Abbildung 37: Monatliche Leistungsausgaben für direkte Pflegeleistungen nach geriatritypischen Merkmalskomplexen und Alter im Jahr 2011, Teil II.....	222
Abbildung 38: Monatliche Leistungsausgaben für direkte Pflegeleistungen nach geriatritypischen Merkmalskomplexen und Alter im Jahr 2011, Teil III.....	223
Abbildung 39: Mehrausgaben für einzelne Leistungsbereiche für Pflegebedürftige im Vergleich zu Nicht-Pflegebedürftigen gleichen Alters und Geschlechts	238
Abbildung 40: Anteile der Pflegebedürftigen und Nicht-Pflegebedürftigen mit Krankenhausbehandlungen mit ausgewählten Haupt- und Nebendiagnosen.....	243

9 Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Leistungshöhen für Pflegesachleistungen, Pflegegeld und vollstationäre Pflege	31
Tabelle 2: Entwicklung der Zahl der Pflegebedürftigen in der Sozialen Pflegeversicherung nach Pflegestufe	55
Tabelle 3: Entwicklung der Zahl der Pflegebedürftigen in der Sozialen Pflegeversicherung im Jahresdurchschnitt nach ausgewählter Leistungsart	58
Tabelle 4: Pflegebedürftige nach Jahr im Ländervergleich	62
Tabelle 5: Entwicklung der Prävalenzen der Männer bezogen auf die Altenbevölkerung (älter 75 Jahre) nach Bundesland	70
Tabelle 6: Entwicklung der Prävalenzen der Frauen bezogen auf die Altenbevölkerung (älter 75 Jahre) nach Bundesland	71
Tabelle 7: Begutachtungen für ambulante und stationäre Leistungen der Sozialen Pflegeversicherung nach Gutachtenart (Anteile in Prozent in Klammern)	74
Tabelle 8: Erstbegutachtungen der Anträge auf Zuweisung einer Pflegestufe	77
Tabelle 9: Pflegepersonen bis zum Rentenalter nach Pflegedauer und Jahr	84
Tabelle 10: Pflegepersonen bis zum Rentenalter nach Geburtsjahren (Rentenzugangsjahren)	86
Tabelle 11: Pflegepersonen über 16 Jahren nach Jahr und Geschlecht und Anteil an der Bevölkerung	88
Tabelle 12: Die ambulanten Pflegedienste nach Art des Trägers in den Bundesländern im Jahr 2009 (Anteile in Prozent in Klammern)	91
Tabelle 13: Personal der ambulanten Pflegedienste nach Beschäftigungsverhältnis in den Bundesländern im Jahr 2009	93
Tabelle 14: Die stationären Pflegeeinrichtungen nach Art des Trägers in den Bundesländern im Jahr 2009 (Anteile in Prozent in Klammern)	96
Tabelle 15: Heimpersonal nach Beschäftigungsverhältnis in den Bundesländern im Jahr 2009	97
Tabelle 16: Vergütung der vollstationären Dauerpflege in den Bundesländern im Jahr 2009 – Pflegesätze	101
Tabelle 17: Vergütung der vollstationären Dauerpflege in den Bundesländern im Jahr 2009 – Pflegesatz und Hotelkosten	102
Tabelle 18: Aufbau des MDK-Transparenzberichts	113
Tabelle 19: Lage- und Streuungsmaße der Pflegenoten im Bundesgebiet	118
Tabelle 20: Durchschnittsnoten der einzelnen Bundesländer	119
Tabelle 21: Kennzahlen der „sechs relevanten Pflegekriterien“	120
Tabelle 22: Lage- und Streuungsmaße der „zusätzlichen Pflegenoten“ im Bundesgebiet	121
Tabelle 23: Korrelationsmatrix der Pflegenoten	122
Tabelle 24: DPS und Pflegenoten – Korrelation (r) und Bestimmtheitsmaß (R ²) nach Trägerart	126
Tabelle 25: Zusammenhang von DPS und Pflegenoten – je Bundesland	127

Tabelle 26: DPS und „zusätzliche Pflegenoten“ – Korrelation (r) und Bestimmtheitsmaße (R^2) je Bundesland	129
Tabelle 27: Finanzentwicklung der Sozialen Pflegeversicherung (in Mrd. €).....	134
Tabelle 28: Finanzentwicklung der privaten Pflegeversicherung (in Mio. €)	137
Tabelle 29: Empfänger von Hilfe zur Pflege am Jahresende.....	139
Tabelle 30: Netto-Ausgaben der Sozialhilfe für Hilfe zur Pflege (in Tsd. €).....	140
Tabelle 31: Leistungsempfänger und Bruttoausgaben der Kriegsofopferfürsorge für laufende Leistungen.....	142
Tabelle 32: Ausgaben für Pflegebedürftigkeit nach Finanzierungsquelle in 2010	144
Tabelle 33: Häufigste Diagnosen bei Pflegebedürftigen	160
Tabelle 34: Diagnosen mit den größten Häufigkeitsunterschieden	161
Tabelle 35: Diagnosen mit einer Prävalenz von mindestens 10 % bei Pflegebedürftigen und einem Relationsfaktor von mindestens 10	163
Tabelle 36: Geriatrietypische Merkmalskomplexe (GtMK).....	164
Tabelle 37: Relationen der geriatrietypischen Merkmalskomplexe bei Pflegebedürftigen im Vergleich zu Nicht-Pflegebedürftigen.....	166
Tabelle 38: Geriatrietypische Multimorbidität bei Pflegebedürftigen und Nicht-Pflegebedürftigen	168
Tabelle 39: Zeitreihe der Anzahl der pflegebedürftigen Männer und Anteile nach demografischen Merkmalen – Hochrechnung auf die BRD	176
Tabelle 40: Zeitreihe der Anzahl der pflegebedürftigen Frauen und Anteile nach demografischen Merkmalen – Hochrechnung auf die BRD	177
Tabelle 41: Zeitreihe der Anzahl der inzident pflegebedürftigen Männer und Anteile nach demografischen Merkmalen – Hochrechnung auf die BRD	186
Tabelle 42: Zeitreihe der Anzahl der inzident pflegebedürftigen Frauen und Anteile nach demografischen Merkmalen – Hochrechnung auf die BRD.....	187
Tabelle 43: Kurzzeitpflegefälle nach vorangegangenen Versorgungsleistungen und demografischen Merkmalen – Hochrechnung auf die BRD.....	196
Tabelle 44: Zahl der Kurzzeitpflegefälle und Anteile nach Monat – Hochrechnung auf die BRD	198
Tabelle 45: Versorgungssituation nach Kurzzeitpflegefällen – Hochrechnung auf die BRD.....	199
Tabelle 46: Anzahl der Sterbenden und Sterberate der Inzidenzkohorte 2000 (nicht standardisiert)	204
Tabelle 47: Monatliche Ausgaben für direkte Pflegeleistungen im Jahr 2011 in €	219
Tabelle 48: Regressionsmodell: Monatliche Ausgaben der Pflegeversicherung für direkte Pflegeleistungen.....	224
Tabelle 49: Leistungsausgaben in der GKV im Jahr 2011	228

Tabelle 50: Ausgaben pro Versichertem für ausgewählte Leistungsarten nach Kassenarten im Jahr 2011	229
Tabelle 51: Krankenhausausgaben je Versichertem im Jahr 2011	231
Tabelle 52: Arzneimittelausgaben je Versichertem im Jahr 2011	232
Tabelle 53: Ausgaben für ärztliche Behandlungen je Versichertem im Jahr 2011	233
Tabelle 54: Heilmittelausgaben je Versichertem im Jahr 2011.....	234
Tabelle 55: Hilfsmittelausgaben je Versicherten im Jahr 2011	235
Tabelle 56: Ausgaben für häusliche Krankenpflege je Versichertem im Jahr 2011	236
Tabelle 57: SGB-V-Ausgaben gesamt* je Versicherten im Jahr 2011.....	237
Tabelle 58: Regressionsmodell: GKV-Gesamtausgaben	240
Tabelle 59: Diagnosen möglicherweise vermeidbarer Krankenhausaufenthalte	242
Tabelle 60: Leistungsausgaben in € für Krankenhausbehandlungen mit ausgewählten Diagnosen im Durchschnitt je Versichertenjahr.....	245
Tabelle 61: Regressionsmodelle zu den Leistungsausgaben für Krankenhausaufenthalte mit ausgewählten Diagnosen.....	247

10 Anhang

10.1 Operationalisierung geriatritypischer Merkmalskomplexe gemäß ICD-10-GM Version 2008/2009: (KCG: Stand 30.07.2012)

Medikationsprobleme	UAW bei indikationsgerechter Anwendung und korrekter Dosierung	Y57.9
	Akzidentelle Vergiftung (Überdosierung, Einnahme falsches Medikament)	X49.9
	jeweils in Verbindung mit spez. Code aus:	T36-T50
Immobilität (inkl. protrahierter Mobilisierungsverlauf)	nach medizinischen Maßnahmen	M96.8
	Alters-und/morbiditätsbedingt (inkl. paraplegiebed.)	M62.3-[0-9]
	Inaktivitätsatrophie	M62.5 [0-9]
Sturzneigung und Schwindel	Störungen des Ganges und der Mobilität	R26.-[0-9]
	Schwindel und Taumel (unspezifisch)	R42
	Schwindel durch Störungen der Vestibularfunktion	H81.-[0-8]
	Schwindelsyndrom bei andernorts klassifizierten Erkrankungen	H82*
	Zerebrale Atherosklerose	I67.2
	Progressive Subkortikale vaskuläre Enzephalopathie	I67.3
	Hypertensive Enzephalopathie	I67.4
	Akute zerebrovaskuläre Insuffizienz	I67.88
	Zerebrovaskuläre Erkrankung nicht näher bezeichnet	I67.9
	Sturzneigung andernorts nicht klassifiziert	R29.6
Kognitive Defizite	Demenz bei Alzheimer-Krankheit mit frühem Beginn	G30.0*; F00.0
	Demenz bei Alzheimer-Krankheit mit spätem Beginn	G30.1*; F00.1
	Demenz bei Alzheimer-Krankheit, atypische oder gemischte Form	G30.8*; F00.2
	Vaskuläre Demenz	F01 [0-9]
	Demenz bei anderorts klassifizierten Krankheiten, speziell bei M. Parkinson	F02.-* G20*;F02.3*

	Demenz bei Vitaminmangel, Lipidstoffwechselstörungen, Multipler Sklerose, Epilepsie etc.	F02.8 * (zusätzl. Ursache kodieren)
	Organisches amnestisches Syndrom	F04
	Delir	F05 [0-9]
	Hirnorganische Psychosyndrome	F06.9
	Leichte kognitive Störung, Minimales kognitives Defizit (MCI)	F06.7
	Organische Persönlichkeitsstörung, z. B. Frontalhirnsyndrom	F07.0
	Postencephalytisches Syndrom	F07.1
	Psychosyndrom nach SHT	F07.2
	Rechtshirnsyndrom	F07.8
	Demenz bei Alzheimer-Krankheit nicht näher bezeichnet	G30.9*; F00.9*
	Demenz nicht näher bezeichnet	F03
	Lewy-Körperchen-Demenz	G31.82
Inkontinenz	Harninkontinenz	R32
	Stressinkontinenz	N39.3
	Drang-/Reflex-/Überlaufinkontinenz	N39.4 (0-8)
	Stuhlinkontinenz	R 15
Dekubitalulcera	Dekubitus	L89.
	Ulcus cruris (varicosum)	L97, I83.0 I83.2 (mit Entz.)
	Chron. Hautulcus	L98.4
Fehl- und Mangelernährung	Kachexie	R64
	Alimentärer Marasmus	E41
	Protein-Kalorien-Mangelernährung	E43 (erheblich) E44 (0/1, mäßig/leicht)
	Ernährungsprobleme und unsachgemäße Ernährung	R63.3
	Mangelernährung nicht näher bezeichnet	E46
Störungen im Flüssigkeits- und Elektrolythaushalt	Dehydratation/Volumenmangel	E86
	sonstige Störungen des Wasser-und Elektrolythaushaltes	E87.-(0-8)
	Ödem, andernorts nicht klassifiziert, auch Lymphödem	R60.-(0-1)
Depression, Angststörung	Depressive Episode Rezidivierende depressive Episode	F32.-(0-3) F33.-(0-3)

	Manische Episode Bipolare affektive Störung	F30.-(0-2) F31.-(0-8)
	Angststörungen, phobische Störungen	F40.-(0-2) F41.-(0-3)
Schmerz	Schmerz, anderenorts nicht klassifiziert (Akut, Chronisch unbeeinflussbar, Sonstiger chronischer Schmerz, diffuser Schmerz) Chronisches Schmerzsyndrom mit Persönlichkeitsänderung Psychogen (Exkl. zu R52.*) Phantom-schmerz	R52 [0-9] F62.80 F45.4- G54.6
	Lokalisierte organbezogene Schmerzen (Exkl. zu R52.*) Kopfschmerz Nierenkolik Skelettsystem: -Extremität -Gelenk -Lumbalregion -Rücken• -Schulter -Wirbelsäule Sonstige -Abdomen -Auge -Becken und Damm -Hals -Mamma -Ohr -Thorax• -Zahn -Zunge	- - M79.6 M25.5 M54.5 M54.9- M75.8 M54.- - - - - - - - - - -
Sensibilitätsstörungen	Sensibilitätsstörungen der Haut	R20.-[0-8]
	Krankheiten von Nerven, Nervenwurzeln und -plexus	G50.-[0-9]
	Polyneuropathien und sonstige Krh. des peripheren Nervensystems	G60-G64
	Sonstige Polyneuropathien	G62.-
	• arzneimittelinduziert	G62.0
	• alkoholinduziert	G62.1

	• toxisch bedingt	G62.2
	• Critical-illness PNP	G62.80
	• sonstige n. bez. PNP	G62.88
	Polyneuropathie als Begleiterkrankung	G63.-(0-8), mit Grunderkrankg. zu verschlüsseln
	Hereditäre und idiopathische Polyneuropathien	G60.-[0-8]
	Sonstige Krankheiten des peripheren Nervensystems	G64
Herabgesetzte Belastbarkeit, Gebrechlichkeit	Frailty-Syndrom	R54
Starke Seh-und Hörbehinderung	Sehstörungen	H53.-[0-9]
	Blindheit und Sehschwäche	H54.-[0-7]
	Presbyopie	H52.4
	Senile Katarakt (nur in Verbindung mit H54.-)	H25.-[0-9]
	Katarakt bei Stoffwechselkrankheiten	H28.* [0-1] mit Grunderkrankheit
	Maculadegeneration	H53.-(3-4, 9)
	Hörverlust durch Schalleitungs-oder Schallempfindungsstörung	H90.-[0-8]
	Sonstiger Hörverlust • ototoxisch • Presbyakusis • Hörsturz • Sonstiger näher bez. • Hörverlust, nicht näher bez.	H91.0 H91.1 H91.2 H91.8 H91.9
Hohes Komplikationsrisiko	Unmittelbar vorausgegangene OP	Z98.-[0-8]; Z48.-[0-8]
	Vorhandensein künstlicher Körperöffnungen	Z43.-[0-8]
	(Z. n.) Fraktur	S-2.-[-]
	Komplikationen nach med. Maßnahmen	T79-T89
	Dialysepflichtigkeit Absolute Arrhythmie bei Vorhofflimmern	Z99.2 I48
Verzögerte Rekonvaleszenz	Rekonvaleszenz	Z54 [0-9]
Quelle: KCG (2012)		

10.2 Bewertungskriterien für Pflegeheime

Quelle: GKV Spitzenverband (2009a)

Qualitätskriterien	Anzahl der Kriterien
1. Pflege und medizinische Versorgung	35
2. Umgang mit demenzkranken Bewohnern	10
3. Soziale Betreuung und Alltagsgestaltung	10
4. Wohnen, Verpflegung, Hauswirtschaft und Hygiene	9
5. Befragung der Bewohner	18
zusammen	82

Die Bewertung der Pflegeheime erfolgt anhand von 82 Einzelkriterien, die in einem Fragenkatalog aufgelistet sind.

1. Pflege und medizinische Versorgung (35 Kriterien)
1. Ist bei Bedarf eine aktive Kommunikation mit dem Arzt nachvollziehbar? 2. Entspricht die Durchführung der behandlungspflegerischen Maßnahmen den ärztlichen Anordnungen? 3. Entspricht die Medikamentenversorgung den ärztlichen Anordnungen? 4. Ist der Umgang mit Medikamenten sachgerecht? 5. Sind Kompressionsstrümpfe/-verbände sachgerecht angelegt? 6. Wird das individuelle Dekubitusrisiko erfasst? 7. Werden erforderliche Dekubitusprophylaxen durchgeführt? 8. Sind Ort und Zeitpunkt der Entstehung der chronischen Wunde/des Dekubitus nachvollziehbar? 9. Erfolgt eine differenzierte Dokumentation bei chronischen Wunden oder Dekubitus (aktuell, Verlauf nachvollziehbar, Größe, Lage, Tiefe)? 10. Basieren die Maßnahmen zur Behandlung der chronischen Wunden oder des Dekubitus auf dem aktuellen Stand des Wissens? 11. Werden die Nachweise zur Behandlung chronischer Wunden oder des Dekubitus (z. B. Wunddokumentation) ausgewertet und die Maßnahmen ggf. angepasst? 12. Erhalten Bewohner mit chronischen Schmerzen die verordneten Medikamente? 13. Werden individuelle Ernährungsressourcen und Risiken erfasst? 14. Werden erforderliche Maßnahmen bei Einschränkungen der selbständigen Nahrungsvorsorgung durchgeführt? 15. Ist der Ernährungszustand angemessen im Rahmen der Einwirkungsmöglichkeiten der Einrichtung? 16. Werden individuelle Ressourcen und Risiken bei der Flüssigkeitsversorgung erfasst? 17. Werden erforderliche Maßnahmen bei Einschränkungen der selbständigen Flüssigkeitsversorgung durchgeführt? 18. Ist die Flüssigkeitsversorgung angemessen im Rahmen der Einwirkungsmöglichkeiten

der Einrichtung?

19. Wird bei Bewohnern mit Ernährungssonden der Geschmackssinn angeregt?
20. Erfolgt eine systematische Schmerzeinschätzung?
21. Kooperiert das Pflegeheim bei Schmerzpatienten eng mit dem behandelnden Arzt?
22. Werden bei Bewohnern mit Inkontinenz bzw. mit Blasenkatheter die individuellen Ressourcen und Risiken erfasst?
23. Werden bei Bewohnern mit Inkontinenz bzw. mit Blasenkatheter die erforderlichen Maßnahmen durchgeführt?
24. Wird das individuelle Sturzrisiko erfasst?
25. Werden Sturzereignisse dokumentiert?
26. Werden erforderliche Prophylaxen gegen Stürze durchgeführt?
27. Wird das individuelle Kontrakturnisiko erfasst?
28. Werden die erforderlichen Kontrakturprophylaxen durchgeführt?
29. Liegen bei freiheitseinschränkenden Maßnahmen Einwilligungen oder Genehmigungen vor?
30. Wird die Notwendigkeit der freiheitseinschränkenden Maßnahmen regelmäßig überprüft?
31. Wird die erforderliche Körperpflege den Bedürfnissen und Gewohnheiten des Bewohners entsprechend durchgeführt?
32. Wird die erforderliche Mund- und Zahnpflege den Bedürfnissen und Gewohnheiten des Bewohners entsprechend durchgeführt?
33. Wird die Pflege im Regelfall von denselben Pflegekräften durchgeführt?
34. Werden die Mitarbeiter/innen regelmäßig in Erster Hilfe und Notfallmaßnahmen geschult?
35. Existieren schriftliche Verfahrensanweisungen zu Erster Hilfe und Verhalten in Notfällen?

2. Umgang mit demenzkranken Bewohnern (10 Kriterien)

36. Wird bei Bewohnern mit Demenz die Biographie des Heimbewohners beachtet und bei der Tagesgestaltung berücksichtigt?
37. Werden bei Bewohnern mit Demenz Angehörige und Bezugspersonen in die Planung der Pflege einbezogen?
38. Wird bei Bewohnern mit Demenz die Selbstbestimmung in der Pflegeplanung berücksichtigt?
39. Wird das Wohlbefinden von Bewohnern mit Demenz im Pflegealltag ermittelt und werden daraus Verbesserungsmaßnahmen abgeleitet?
40. Sind zielgruppengerechte Bewegungs- und Aufenthaltsflächen vorhanden (auch nachts)?
41. Sind gesicherte Aufenthaltsmöglichkeiten im Freien vorhanden?
42. Gibt es identifikationserleichternde Milieugestaltung in Zimmern und Aufenthaltsräumen?
43. Wird mit individuellen Orientierungshilfen, z. B. Fotos, gearbeitet?
44. Werden dem Bewohner geeignete Angebote gemacht, z. B. zur Bewegung, Kommunikation oder zur Wahrnehmung?

45. Gibt es ein bedarfsgerechtes Speisenangebot für Bewohner mit Demenz?
3. Soziale Betreuung und Alltagsgestaltung (10 Kriterien)
46. Werden im Rahmen der sozialen Betreuung Gruppenangebote gemacht? 47. Werden im Rahmen der sozialen Betreuung Einzelangebote gemacht? 48. Veranstaltet das Pflegeheim jahreszeitliche Feste? 49. Gibt es Aktivitäten zur Kontaktaufnahme/Kontaktpflege mit dem örtlichen Gemeinwesen? 50. Gibt es Maßnahmen zur Kontaktpflege zu den Angehörigen? 51. Sind die Angebote der sozialen Betreuung auf die Struktur und Bedürfnisse der Bewohner ausgerichtet? 52. Gibt es Hilfestellungen zur Eingewöhnung in die Pflegeeinrichtung (z. B. Bezugspersonen, Unterstützung bei der Orientierung, Integrationsgespräch nach 6 Wochen)? 53. Wird die Eingewöhnungsphase systematisch ausgewertet? 54. Gibt es ein Angebot zur Sterbebegleitung auf der Basis eines Konzeptes? 55. Verfügt die Pflegeeinrichtung über ein Beschwerdemanagement?
4. Wohnen, Verpflegung, Hauswirtschaft und Hygiene (9 Kriterien)
56. Ist die Gestaltung der Bewohnerzimmer z. B. mit eigenen Möbeln, persönlichen Gegenständen und Erinnerungsstücken sowie die Entscheidung über ihre Platzierung möglich? 57. Wirken die Bewohner an der Gestaltung der Gemeinschaftsräume mit? 58. Ist der Gesamteindruck der Einrichtung im Hinblick auf Sauberkeit und Hygiene gut? (z. B. Optische Sauberkeit, Ordnung, Geruch) 59. Kann der Zeitpunkt des Essens im Rahmen bestimmter Zeitkorridore frei gewählt werden? 60. Wird Diätkost, z. B. für Menschen mit Diabetes, angeboten? 61. Ist die Darbietung von Speisen und Getränken an den individuellen Fähigkeiten der Bewohner orientiert (z. B. wird die Nahrung nur bei tatsächlicher Notwendigkeit klein geschnitten oder als passierte Kost serviert)? 62. Wird der Speiseplan in gut lesbarer Form bekannt gegeben? 63. Orientieren die Portionsgrößen sich an den individuellen Wünschen der Bewohner? 64. Werden Speisen und Getränke in für die Bewohner angenehmen Räumlichkeiten und entspannter Atmosphäre angeboten?
5. Befragung der Bewohner (18 Kriterien)
65. Wird mit Ihnen der Zeitpunkt von Pflege- und Betreuungsmaßnahmen abgestimmt? 66. Entscheiden Sie, ob Ihre Zimmertür offen oder geschlossen gehalten wird? 67. Werden Sie von den Mitarbeitern motiviert, sich teilweise oder ganz selber zu waschen? 68. Sorgen die Mitarbeiter dafür, dass Ihnen z. B. beim Waschen außer der Pflegekraft niemand zusehen kann? 69. Hat sich für Sie etwas zum Positiven geändert, wenn Sie sich beschwert haben? 70. Entspricht die Hausreinigung Ihren Erwartungen?

71. Können Sie beim Mittagessen zwischen verschiedenen Gerichten auswählen?
72. Sind die Mitarbeiter höflich und freundlich?
73. Nehmen sich die Pflegenden ausreichend Zeit für Sie?
74. Fragen die Mitarbeiter der Pflegeeinrichtung Sie, welche Kleidung Sie anziehen möchten?
75. Schmeckt Ihnen das Essen i. d. R.?
76. Sind Sie mit den Essenszeiten zufrieden?
77. Bekommen Sie Ihrer Meinung nach jederzeit ausreichend zuzahlungsfrei zu trinken angeboten?
78. Entsprechen die sozialen und kulturellen Angebote Ihren Interessen?
79. Wird Ihnen die Teilnahme an Beschäftigungsangeboten ermöglicht?
80. Werden Ihnen Aufenthaltsmöglichkeiten im Freien angeboten?
81. Können Sie jederzeit Besuch empfangen?
82. Erhalten Sie die zum Waschen abgegebene Wäsche zeitnah, vollständig und in einwandfreiem Zustand aus der Wäscherei zurück?

In der BARMER GEK Edition, Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse, sind bisher erschienen:

Band 1:	Grobe, T.G., Dörning, H., Schwartz, F.W.: BARMER GEK Arztreport. 2010 ISBN 978-3-537-44101-0	Euro 14,90
Band 2:	Glaeske, G., Schickltanz, C.: BARMER GEK Arzneimittel-Report 2010. 2010 ISBN 978-3-537-44102-7	Euro 14,90
Band 3:	Bitzer, E.M., Grobe, T.G., Dörning, H., Schwartz, F.W.: BARMER GEK Report Krankenhaus 2010. 2010 ISBN 978-3-537-44103-4	Euro 14,90
Band 4:	Sauer, K., Kemper, C., Kaboth, K., Glaeske, G.: BARMER GEK Heil- und Hilfsmittel-Report 2010. 2010 ISBN 978-3-537-44104-1	Euro 14,90
Band 5:	Rothgang, H., Iwansky, S., Müller, R., Sauer, S., Unger, R.: BARMER GEK Pflegereport 2010. 2010 ISBN 978-3-537-44105-8	Euro 14,90
Band 6:	Grobe, T.G., Dörning, H., Schwartz, F.W.: BARMER GEK Arztreport 2011. 2011 ISBN 978-3-537-44106-5	Euro 14,90
Band 7:	Schäfer, T., Schneider, A., Mieth, I.: BARMER GEK Zahnreport 2011. 2011 ISBN 978-3-537-44107-2	Euro 14,90
Band 8:	Glaeske, G., Schickltanz, C.: BARMER GEK Arzneimittelreport 2011. 2011 ISBN 978-3-537-44108-9	Euro 14,90
Band 9:	Bitzer, E.M., Grobe, T.G., Neusser, S., Mieth, I., Schwartz, F.W.: BARMER GEK Report Krankenhaus 2011. 2011 ISBN 978-3-537-44109-6	Euro 14,90
Band 10:	Sauer, K., Kemper, C., Glaeske, G.: BARMER GEK Heil- und Hilfsmittelreport 2011. 2011 ISBN 978-3-537-44110-2	Euro 14,90
Band 11:	Rothgang, H., Iwansky, S., Müller, R., Sauer, S., Unger, R.: BARMER GEK Pflegereport 2011. 2011 ISBN 978-3-537-44111-9	Euro 14,90
Band 12:	Grobe, T.G., Dörning, H., Schwartz, F.W.: BARMER GEK Arztreport 2012. 2012 ISBN 978-3-537-44112-6	Euro 14,90
Band 13:	Schäfer, T., Schneider, A., Hussein, R., Schwartz, F.W.: BARMER GEK Zahnreport 2012. 2012 ISBN 978-3-943-74478-1	Euro 14,90

Band 14:	Glaeske, G., Schicktanz, C.: BARMER GEK Arzneimittelreport 2012. 2012 ISBN 978-3-943-74479-8	Euro 14,90
Band 15:	Bitzer, E.M., Grobe, T.G., Neusser, S., Lorenz, C.: BARMER GEK Report Krankenhaus 2012. 2012 ISBN 978-3-943-74480-4	Euro 14,90
Band 16:	Kemper, C., Sauer, K., Glaeske, G.: BARMER GEK Heil- und Hilfsmittelreport 2012. 2012 ISBN 978-3-943-74481-1	Euro 14,90

BARMER GEK Pflegereport 2012

Der BARMER GEK Pflegereport erscheint nun schon im fünften Jahr und bietet wieder einen verlässlichen Überblick über das Pflegegeschehen in Deutschland. Im Schwerpunktthema „Pflegekosten“ werden die im Lebensverlauf entstehenden Leistungsausgaben der Pflegeversicherung und die privaten Aufwendungen untersucht. Des Weiteren werden erklärende Faktoren für unterschiedlich hohe Leistungsausgaben für Pflegebedürftige identifiziert und die Kosten von Krankenhausfällen errechnet, die möglicherweise durch adäquate Pflege vermeidbar sind.

Für pflegebedürftige Frauen des untersuchten Pflegezugangsjahres 2000 ergeben sich im Lebensverlauf durchschnittliche Pflegekosten in Höhe von insgesamt 84.000 €. Davon entfallen 39.000 € auf die Pflegeversicherung, und 45.000 € sind privat zu tragen. Für Männer sind die durchschnittlichen Pflegekosten mit insgesamt 42.000 € nur

halb so hoch, die zu gleichen Teilen von der Pflegeversicherung und privat getragen werden. Begründet sind die höheren Kosten für Frauen durch eine längere Lebenserwartung verbunden mit längeren Zeiten in vollstationärer Pflege.

Zusätzlich zum Schwerpunktthema „Pflegekosten“ stellt der BARMER GEK Pflegereport wie in jedem Jahr das Leistungsgeschehen in der Pflege dar und diskutiert zentrale Weiterentwicklungen der Pflegeversicherung. Grundlage der Auswertungen sind amtliche Statistiken und pseudonymisierte Routinedaten der Versicherten der BARMER GEK.

So betrachten wir neben der bisherigen Entwicklung der Zahl der Pflegebedürftigen auch die Ergebnisse von Modellrechnungen, wie sich die Situation in diesem Bereich in der Zukunft voraussichtlich entwickeln wird. Das schließt eine differenzierte Betrachtung verschiedener Regionen ein.

ISBN 978-3-943-74482-8



9

783943

744828

