

Pflege-Report 2016

„Die Pflegenden im Fokus“

Klaus Jacobs / Adelheid Kuhlmei /
Stefan Greß / Jürgen Klauber /
Antje Schwinger (Hrsg.)

Schattauer (Stuttgart) 2016

Auszug Seite 275-328



17	Pflegebedürftigkeit in Deutschland	275
	<i>Antje Schwinger, Kathrin Jürchott, Chrysanthi Tsiasioti und Isabel Rehbein</i>	
17.1	Einleitung.....	276
17.2	Datengrundlage und Methoden.....	277
17.3	Pflegeprävalenzen und Versorgungsformen bei Pflegebedürftigkeit.....	278
17.3.1	Prävalenz der Pflegebedürftigkeit	278
17.3.2	Schwere der Pflegebedürftigkeit.....	281
17.3.3	Versorgungsformen bei Pflegebedürftigkeit.....	286
17.3.4	Eintritt in die Pflegebedürftigkeit und Verweildauer	294
17.4	Kennzahlen zur medizinisch-therapeutischen Versorgung von Pflegebedürftigen.....	298
17.4.1	Ambulante ärztliche Versorgung	298
17.4.2	Stationäre Versorgung.....	302
17.4.3	Versorgung mit Arzneimitteln	306
17.4.4	Versorgung mit Heilmittelleistungen.....	314
17.5	Versorgungsstrukturen und Personal in der Langzeitpflege in Deutschland	319
17.6	Zusammenfassung.....	324

17 Pflegebedürftigkeit in Deutschland

Antje Schwinger, Kathrin Jürchott, Chrysanthi Tsiasioti und Isabel Rehbein

Abstract

Der Beitrag liefert ein ausführliches Bild zur Entwicklung von Pflegebedürftigkeit in Deutschland sowie der gesundheitlichen Versorgung der Pflegebedürftigen. Die Analysen basieren auf der amtlichen Statistik der gesetzlichen Pflegeversicherung, auf standardisierten AOK-Daten sowie auf der Pflegestatistik des Statistischen Bundesamtes. Mit Hilfe der amtlichen Statistik werden die Pflegeprävalenz und die Inanspruchnahme von Pflegeleistungen dargestellt. Die AOK-Daten ermöglichen zudem Analysen zur Inanspruchnahme von Kurzzeit- und Verhinderungspflege sowie zur Verweildauer in der Pflegebedürftigkeit. Kennzahlen zur gesundheitlichen Versorgung der Pflegebedürftigen beziehen sich auf die Inanspruchnahme von ärztlichen und stationären Leistungen, auf risikobehaftete Arzneimittelereignisse wie Polymedikation und Verordnungen gemäß der PRISCUS-Liste sowie die Inanspruchnahme von Physiotherapie und Ergotherapie. Die Ergebnisse werden jeweils in Bezug zur Versorgung der Nicht-Pflegebedürftigen gleichen Alters gesetzt. Die Analysen unterscheiden sich nach Schwere der Pflege und spezifischem Versorgungssetting. Der Beitrag umfasst darüber hinaus eine Übersicht zur Pflegeinfrastruktur. Auf Basis der Pflegestatistik werden die Zahl der Pflegeheime und -dienste sowie die Qualifikation des Pflegepersonals analysiert.

The article provides detailed insight into the development of long-term care in Germany as well as the health care of people in need of care. The analyses are based on the official statistics of Statutory Long-Term Care Insurance, demographically adjusted AOK data and the statistics of the Federal Statistical Office. With the help of official statistics, the authors describe the prevalence of long-term care and the utilisation of care services. The AOK data also allow to analyse the utilisation of short-term and respite care as well as how long people remain in long-term care. The article provides key health care figures relating to the use of medical and hospital services, to medication events such as polypharmacy and prescriptions in accordance with the PRISCUS list as well as the use of physical and occupational therapy. The findings are set in relation to the health care supply of men and women of the same age who are not in need of long-term care. The analyses differ according to severity of care needs and specific care settings. The article also provides an overview of the long-term care infrastructure in Germany. Based on the official statistics, the number of nursing homes and services and the qualifications of the nursing staff are analysed.

17.1 Einleitung

Unsere gegenwärtige Definition von Pflegebedürftigkeit ist geprägt durch die Mitte der neunziger Jahre eingeführte soziale Pflegeversicherung (SPV). Sie schreibt fest, was Pflegebedürftigkeit im Sinne des XI. Sozialgesetzbuchs bedeutet und welche Leistungen den Betroffenen und ihren pflegenden Angehörigen zustehen. Bei Einführung der Pflegeversicherung lag der Fokus der Anspruchsdefinition allein auf somatisch bedingten dauerhaften Einschränkungen bei Aktivitäten des alltäglichen Lebens (wie z. B. der Körperpflege, der Mobilisation etc.). Seit Anfang des Jahrtausends sind jedoch zunehmend Ansprüche definiert worden, die sich aus kognitiv bedingten Bedarfslagen – d. h. aus einer so genannten eingeschränkten Alltagskompetenz – ergeben. Parallel wurde die Einführung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs diskutiert und wissenschaftlich vorbereitet (BMG 2009; BMG 2013).

Mit dem Zweiten Pflegestärkungsgesetz (PSG II) tritt dieser neue Pflegebedürftigkeitsbegriff in Kraft (BT-DRs. 18/5926). Ab dem 1. Januar 2017 gilt die neue, erweiterte Definition von Pflegebedürftigkeit. Durch die Einführung eines neuen Begutachtungsinstruments (NBA) wird die Bemessung der Leistungsansprüche – unabhängig von den zugrunde liegenden Ursachen – auf eine einheitliche und wissenschaftlich fundierte Grundlage gestellt. Personen mit kognitiver und somatischer Einschränkung werden mit Hilfe von sechs Modulen in einer einheitlichen Systematik erfasst. Aus dem jeweiligen Grad der Selbständigkeit bei der Durchführung von Aktivitäten bzw. den Potenzialen bei der Gestaltung der entsprechenden Lebensbereiche wird die Schwere der Pflegebedürftigkeit abgeleitet und in fünf Pflegegrade differenziert. Perspektivisch wird sich unser Verständnis von Pflegebedürftigkeit damit verändern.

Der vorliegende Beitrag gibt einen Überblick über die herkömmliche Pflegebedürftigkeit im Sinne des XI. Sozialgesetzbuchs und die hieraus resultierende Leistungsanspruchnahme. Darüber hinaus werden Kennzahlen zur medizinisch-therapeutischen Versorgung dieses Personenkreises dargestellt.

Ein Schwerpunkt der Auswertungen liegt auf den Pflegeprävalenzen und den gewählten Versorgungsformen (Abschnitt 17.3). Es wird der Frage nachgegangen, wie hoch der Anteil der Pflegebedürftigen an der Bevölkerung ist (Pflegeprävalenz) und wie sich dieser im Zeitverlauf verändert hat. Auch die Schwere der Pflegebedürftigkeit – bezogen sowohl auf die somatische Definition als auch auf Einschränkungen der Alltagskompetenzen – wird in diesem Sinne aufbereitet. Ebenso werden die unterschiedlichen Pflegearrangements – d. h. die in Anspruch genommenen Leistungen der Pflegeversicherung – hinsichtlich Alter und Geschlecht und Schwere der Pflegebedürftigkeit dargestellt. Gezeigt wird auch, in welchem Umfang die Angebote der Tages- und Nachtpflege, der Kurzzeitpflege und der Verhinderungspflege genutzt werden. Ebenso wird dargestellt, wie lange die Personen in der Pflegebedürftigkeit verweilen. Die Darstellung erfolgt nach Alter und Geschlecht, Schwere der Pflege und Versorgungssetting. Der zweite Schwerpunkt (Abschnitt 17.4) analysiert die Pflegeleistungsempfänger hinsichtlich der Inanspruchnahme von ärztlichen und stationären Leistungen sowie in Bezug auf ihre Arznei- und Heilmitteltherapien. Die Ergebnisse werden nach Alter und Geschlecht, der Schwere der Pflegebedürftigkeit und nach der Versorgungsform dargestellt. Anschließend wird eine Übersicht zur Pflegeinfrastruktur gegeben (Abschnitt 17.5). Dargestellt

werden die ambulanten und stationären Angebotsstrukturen und deren Veränderung im Zeitverlauf. Ebenso wird das beschäftigte Personal mit seinen Qualifikationen beschrieben.

17.2 Datengrundlage und Methoden

Die Analysen basieren auf der amtlichen Statistik der gesetzlichen Pflegeversicherung, auf standardisierten AOK-Daten sowie auf der Pflegestatistik des Statistischen Bundesamtes.

Daten der amtlichen Statistik der Pflegeversicherung

Die amtliche Statistik PG2 „*Leistungsempfänger nach Pflegestufen, Altersgruppen und Geschlecht*“ ist Teil der Geschäfts- und Rechnungsergebnisse der SPV und umfasst alle pflegebedürftigen Leistungsempfänger. Sie enthält Informationen über Alter und Geschlecht der gesetzlich versicherten Pflegebedürftigen, die Schwere der Pflegebedürftigkeit (Pflegestufe) und über die Pflegesettings der Betroffenen – ambulant oder stationär. Auch Personen in Stufe 0, d. h. Personen, die eine im Sinne des SGB XI anerkannte eingeschränkte Alltagskompetenz unterhalb einer Pflegestufe aufweisen, sind erfasst. Informationen darüber, ob Personen zusätzlich zu einer Pflegestufe auch eine eingeschränkte Alltagskompetenz aufweisen, werden jedoch erst ab dem Berichtsjahr 2015 erhoben. Darüber hinaus ist zu bedenken, dass die PG2 eine stichtagsbezogene Statistik ist, die von allen Trägern der sozialen Pflegeversicherung am 30. Juni bzw. 31. Dezember zu erstellen und zu melden ist. Die Daten der amtlichen Statistik werden dafür genutzt, einen Überblick über die Gesamtanzahl aller gesetzlich versicherten Pflegebedürftigen und die von ihnen in Anspruch genommenen Leistungen in Deutschland zu geben. Die Betrachtungen sind jedoch immer stichtagsbezogen. Die Analyse von Pflegeverläufen auf individueller Ebene ist nicht möglich.

Daten der AOK und deren Standardisierung

Die Analysen basieren im Weiteren auf anonymisierten¹ Abrechnungsdaten der AOK. Für die gesetzliche Pflegeversicherung steht dem Wissenschaftlichen Institut der AOK (WiDO) ab 2011 ein bundesweiter Datensatz zur Verfügung. Die Daten können sowohl jahresübergreifend als auch in Kombination mit weiteren im WiDO vorliegenden Abrechnungsinformationen der gesetzlichen Krankenversicherung analysiert werden. Informationen der häuslichen Krankenpflege nach § 37 SGB V sind kein Bestandteil der Analysen. Anders als bei der amtlichen Statistik PG2 können die Analysen auf Basis dieser AOK-Routinedaten sowohl zeitpunkt- als auch zeitraumbezogen dargestellt werden.

Für die Standardisierung der AOK-Routinedaten wird entweder die PG2 – wenn allein Pflegebedürftige betrachtet werden – oder die amtliche Statistik KM6 – wenn die Ergebnisse sich auf alle gesetzlich Versicherten beziehen – herangezogen. Die

¹ Anonymisiert gemäß § 67 (8) SGB X

KM6 ist eine amtliche Statistik über die Versicherten der GKV mit Erhebungsstichtag 1. Juli jeden Jahres. Für die Zuordnung zu den einzelnen Altersgruppen ist das Geburtsjahr, nicht der Geburtstag des Versicherten maßgebend. Die im gleichen Jahr geborenen Versicherten sind also stets in der gleichen Altersgruppe, auch wenn ihr Geburtstag nach dem Stichtag der Zählung liegt. Neben den Angaben zum Wohn- und Versicherungsort enthält die KM6 auch Informationen zum Geschlecht und zur Altersgruppe.

Damit erfolgt die Darstellung der AOK-Routinedaten so, als würden die AOK-Pflegebedürftigen bzw. die AOK-Versicherten bezogen auf 5-Jahres-Altersklassen die gleiche Alters- und Geschlechtsstruktur aufweisen wie die gesetzlich versicherten Pflegebedürftigen insgesamt (Standardisierung auf die amtliche Statistik der PG2) bzw. wie die gesetzlich versicherte Bundesbevölkerung (Standardisierung auf die amtliche Statistik der KM6). Im Sinne der Übertragbarkeit der dargestellten Ergebnisse auf die bundesdeutsche gesetzlich versicherte Bevölkerung sind damit Verzerrungen ausgeglichen, die aufgrund von Alters- und Geschlechtsunterschieden zwischen AOK- und Bundespopulation auftreten können. Andere Einflussgrößen, die eine Inanspruchnahme von Pflege- oder Gesundheitsleistungen bedingen, betrifft dies jedoch nicht.

Daten der Pflegestatistik

Die Pflegestatistik ist eine seit 1999 alle zwei Jahre wiederkehrende Vollerhebung aller Leistungsempfänger, Leistungsanbieter und des Personals, das im Sinne des SGB XI tätig ist (§ 109 (1) SGB XI, PflegeStatV). Die Erhebung umfasst alle pflegebedürftigen Bundesbürger, die im Sinne des SGB XI versichert sind, unabhängig davon, ob bei einer gesetzlichen oder einer privaten Pflegeversicherung. Stichtag der Erfassung ist der 15. bzw. 31. Dezember. Bereitgestellt werden die Daten durch das Statistische Bundesamt ca. ein Jahr nach der Erhebung. Die Pflegestatistik erfasst die vorhandenen Anbieter und das dort beschäftigte Personal. Erfasst werden somit auch Angebotsstrukturen und Personal, die bzw. das leistungsrechtlich z. B. im Rahmen der Krankenversicherung (häusliche Krankenpflege nach § 37 SGB V) oder durch die Sozialhilfeträger (Hilfe zur Pflege § 61 SGB XII) finanziert werden. Die Daten der Pflegestatistik sind Grundlage der Analyse zur Pflegeinfrastruktur in Abschnitt 17–5.

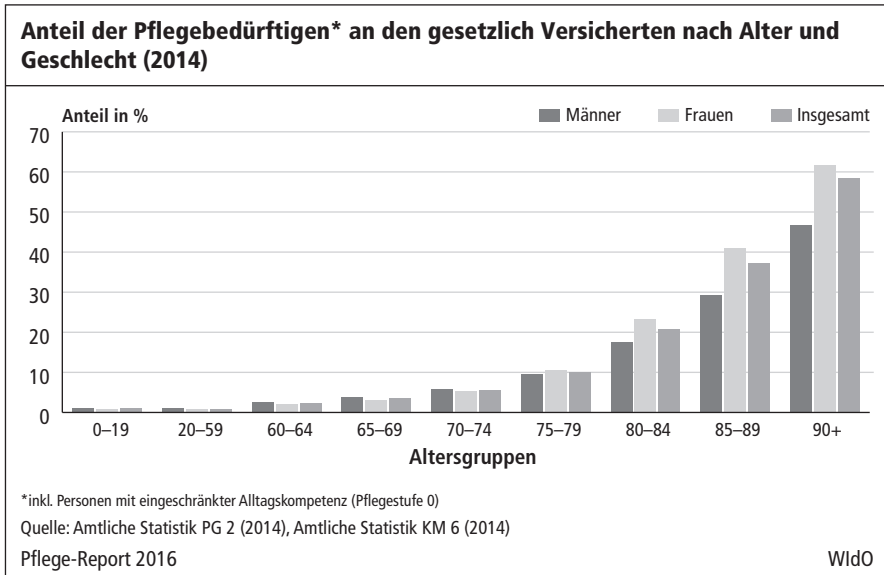
17.3 Pflegeprävalenzen und Versorgungsformen bei Pflegebedürftigkeit

17.3.1 Prävalenz der Pflegebedürftigkeit

Pflegebedürftige nach Alter und Geschlecht

Laut Sozialgesetzbuch XI – das die Pflegeversicherung regelt – gelten Personen als pflegebedürftig, die „wegen einer körperlichen, geistigen oder seelischen Krankheit oder Behinderung für die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens auf Dauer (...) Hilfe“ benötigen (§ 14 SGB XI). Im Jahr 2013 waren laut amtlicher Statistik der gesetzlichen Pflegeversicherung 2,7 Mio. Personen in diesem Sinne pflegebedürftig. Über zwei Drittel

Abbildung 17-1



(63,4%) der Pflegebedürftigen sind Frauen (dies entspricht 1,7 Mio. Pflegebedürftige). Mehr als die Hälfte der Pflegebedürftigen (51,8%) ist 80 Jahre und älter (1,4 Mio. Pflegebedürftige). Von Pflegebedürftigkeit sind aber auch Kinder und Jugendliche bis 19 Jahre (122 000 Personen bzw. 4,5% der Pflegebedürftigen) und Personen im erwerbsfähigen Alter (354 000 Personen bzw. 13%) betroffen. Insgesamt sind damit 17,5% der Pflegebedürftigen jünger als 60 Jahre alt.

Mit zunehmendem Alter steigt die Wahrscheinlichkeit, pflegebedürftig zu sein, grundsätzlich an (Abbildung 17-1). Bei den Kindern und Jugendlichen sowie den Personen im erwerbsfähigen Alter ist rund einer von hundert gesetzlich Krankenversicherten pflegebedürftig. Erst in den höheren Altersgruppen ab 60 Jahre steigt der Anteil der Pflegebedürftigen deutlich an. Sind bei den 60- bis 65-Jährigen nur 2,4 von 100 Bundesbürgern pflegebedürftig, so ist dies bei den 75- bis 79-Jährigen bereits jeder Zehnte und bei den 80- bis 84-Jährigen jeder Fünfte (20,9%) in dieser Altersgruppe. Danach verdoppelt sich die Prävalenzrate nahezu: Bei den 85- bis 89-Jährigen sind rund 37% und bei den über 90-Jährigen mit 58% sogar die Mehrzahl der Personen in diesem Alter pflegebedürftig.

Zudem unterscheidet sich die Pflegeprävalenz zwischen Männern und Frauen mit zunehmendem Alter immer stärker (Abbildung 17-1): Bei Personen bis 80 Jahre liegt diese noch relativ eng beieinander. In den folgenden Altersgruppen sind die Frauen zunehmend deutlich stärker betroffen: Während z. B. bei den 85- bis 90-jährigen Männern 29% pflegebedürftig sind, gilt dies bei den gleichaltrigen Frauen für knapp 41%. Bei den über 90-jährigen Männern ist schließlich beinahe jeder Zweite (47%) betroffen, bei den gleichaltrigen Frauen hingegen sind es nahezu zwei von drei (62%).

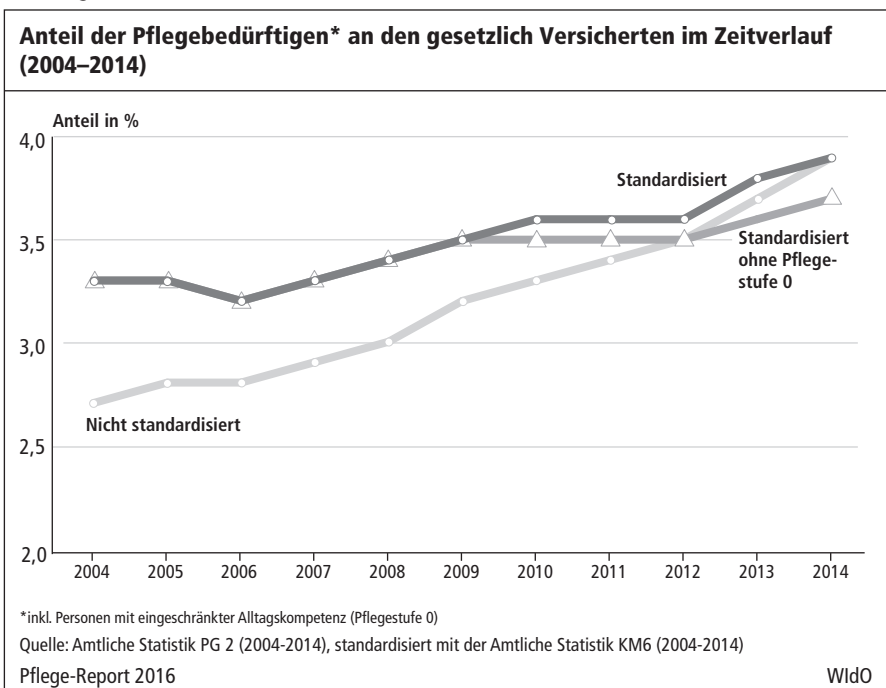
Veränderung der Pflegebedürftigkeit im Zeitverlauf

Die aktuelle Zahl der Pflegebedürftigen ist innerhalb der letzten zehn Jahre deutlich angestiegen: Im Jahre 2014 waren im Durchschnitt 3,9 % der gesetzlich versicherten Bundesbürger pflegebedürftig bzw. hatten eine durch die gesetzliche Pflegeversicherung anerkannte eingeschränkte Alltagskompetenz. Zehn Jahre zuvor (2004) waren dies noch 2,7 %, was einem Anstieg von ca. 44 % entspricht. Bereinigt man die Werte um die fortschreitenden Alterungsprozesse der Gesellschaft und legt für die Jahre vor 2004 die gleiche Alters- und Geschlechtsstruktur wie für 2014 zugrunde, dann zeigt sich aber folgendes Bild (Abbildung 17–2): Der Anteil der Pflegebedürftigen ist deutlich schwächer gestiegen und hätte 2004 schon bei 3,3 % gelegen.

Der Anstieg ist dabei wesentlich durch die Erweiterung des anspruchsberechtigten Personenkreises zu erklären. Seit Mitte des Jahres 2009 sind Personen, die zwar keinen Hilfebedarf im Sinne der definierten Pflegestufen, dafür aber bei ihrer Alltagskompetenz aufweisen, ebenfalls leistungsberechtigt (siehe auch 17.3.2). Nimmt man diese Personen mit der sogenannten Pflegestufe 0 aus den Betrachtungen heraus, so zeigt sich, dass der Anstieg der Pflegebedürftigkeit noch moderater gewesen wäre. Im Jahr 2014 beträgt der Anteil der Pflegebedürftigen nach dieser Berechnung 3,7 %. Bereinigt um die demografiebedingte Alterung der Gesellschaft hätte der Anteil 2004 bereits bei 3,3 % gelegen. Der Anstieg liegt damit bei ca. 12 %.

Die beobachtete Zunahme der Pflegebedürftigen um 44 % innerhalb der letzten zehn Jahre geht dementsprechend weit überwiegend auf die Entwicklung der Al-

Abbildung 17–2



ters- und Geschlechtsstruktur der Bevölkerung sowie auf die Ausdehnung des anspruchsberechtigten Personenkreises zurück.

17.3.2 Schwere der Pflegebedürftigkeit

Bei der Schwere der Pflegebedürftigkeit werden in der Pflegeversicherung definitiv drei Stufen unterschieden (Tabelle 17–1): Personen in der Pflegestufe I (erheblich Pflegebedürftige) benötigen mindestens einmal täglich und für mindestens 45 Minuten Hilfe bei ihrer Körperpflege, Ernährung oder Mobilität. In der Pflegestufe II (Schwerpflegebedürftige) benötigen die Betroffenen mindestens dreimal täglich zu verschiedenen Tageszeiten insgesamt mindestens zwei Stunden Hilfe bei diesen Verrichtungen. In der Pflegestufe III (Schwerstpflegebedürftige) wird von einem mindestens vierstündigen Hilfebedarf rund um die Uhr – auch nachts – ausgegangen. Darüber hinaus müssen alle Personen einen Hilfebedarf auch bei der hauswirtschaftlichen Versorgung aufweisen.

Über die Pflegestufe III hinaus können in Einzelfällen zur Vermeidung von Härten weitere Leistungen gewährt werden, wenn ein außergewöhnlich hoher Pflegeaufwand vorliegt (§ 36 (4) SGB XI und § 43 (3) SGB XI). Diese sogenannten Härtefälle liegen beispielsweise bei Apallikern vor, bei schwerer Demenz, Krebserkrankungen im Endstadium oder wenn in der ambulanten Pflegesituation regelmäßig auch mehrfach in der Nacht Hilfe geleistet werden muss.

Seit dem ersten Juli 2008 haben auch Personen mit einer erheblich eingeschränkten Alltagskompetenz Anspruch auf Leistungen der Pflegeversicherung, selbst wenn sie keinen Hilfebedarf im Sinne der oben beschriebenen Pflegestufen aufweisen. Auf diese Einstufung wird im Weiteren ausführlicher eingegangen.

Tabelle 17–1

Abgrenzung der Pflegestufen nach § 15 SGB XI

Pflegestufe	Hilfebedarf bei Körperpflege, Ernährung oder Mobilität (Grundpflege)	Hilfebedarf bei der hauswirtschaftlichen Versorgung	Täglicher Zeitaufwand einer nicht als Pflegekraft ausgebildeten Pflegeperson
Pflegestufe I (erheblich Pflegebedürftige)	Mindestens einmal täglich Hilfebedarf bei wenigstens zwei Verrichtungen aus einem oder mehreren Bereichen	Hilfebedarf mehrfach in der Woche	Mindestens 90 Minuten (Grundpflege mehr als 45 Minuten)
Pflegestufe II (Schwerpflegebedürftige)	Mindestens dreimal täglich zu verschiedenen Tageszeiten Hilfebedarf	Hilfebedarf mehrfach in der Woche	Mindestens drei Stunden (Grundpflege mindestens zwei Stunden)
Pflegestufe III (Schwerstpflegebedürftige)	Rund um die Uhr, auch nachts, Hilfebedarf	Hilfebedarf mehrfach in der Woche	Mindestens fünf Stunden (Grundpflege mindestens vier Stunden)

Quelle: Zusammenstellung gemäß SGB XI

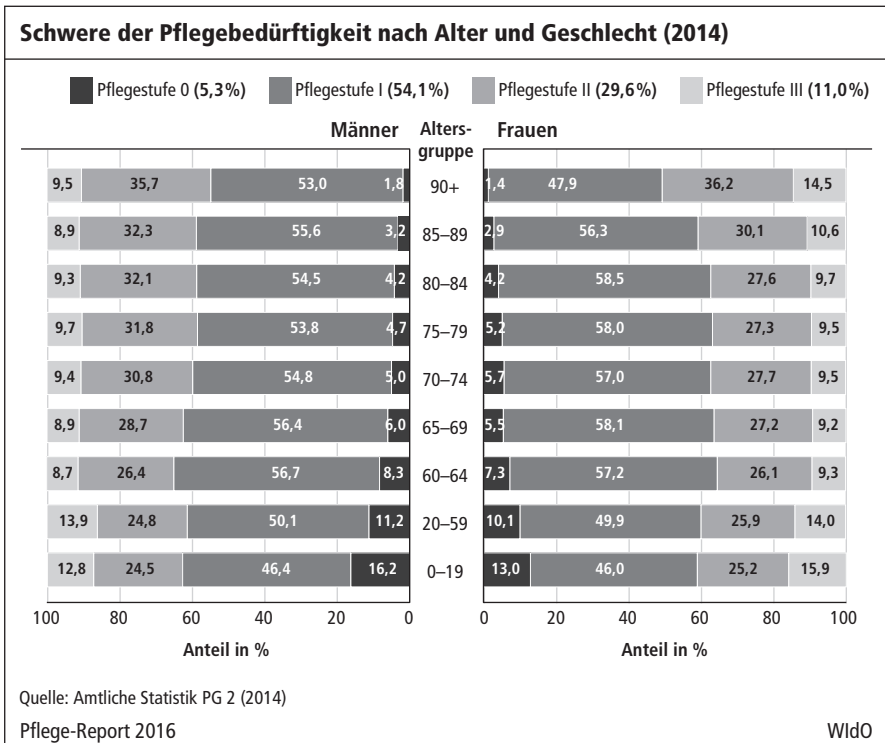
Schwere der Pflegebedürftigkeit nach Alter und Geschlecht

Mit einem Anteil von 54% waren 2014 über die Hälfte der Pflegebedürftigen der Pflegestufe I zugeordnet, weitere 30% waren in die Pflegestufe II eingruppiert und 11% in die Stufe III. 5% der Pflegebedürftigen hatten Einschränkungen unterhalb der Pflegestufen, die allein in ihrer eingeschränkten Alltagskompetenz gründen (Pflegestufe 0). Bei der Einteilung in Pflegestufen zeigen sich Unterschiede zwischen den Altersgruppen und den Geschlechtern (Abbildung 17–3).

Deutlich wird zunächst, dass bei den Kindern und Jugendlichen und ebenso bei den Pflegebedürftigen im erwerbsfähigen Alter die Pflegebedürftigkeit im Vergleich zu den höheren Altersgruppen schwerer ausfällt: 16% der pflegebedürftigen Mädchen und 13% der pflegebedürftigen Jungen sind in der Stufe III verortet. Aus der Gruppe der Erwerbstätigen (20 bis 59 Jahre) sind bei beiden Geschlechtern rund 14% in der Pflegestufe III. Gleichzeitig fällt der Anteil in Stufe I im Vergleich zu den höheren Altersgruppen deutlich niedriger aus. Bereits hier zeigt sich also, dass Pflegebedürftigkeit, die in angeborenen Beeinträchtigungen, Unfällen oder chronischen Erkrankungen gründet, von derjenigen zu differenzieren ist, die aus dem Alterungsprozess heraus entsteht.

Auffällig ist zudem, dass die Männer in den Altersgruppen ab 60 grundsätzlich einen höheren Anteil in der Pflegestufe II aufweisen. Der Anteil der Männer in der Stufe I hingegen liegt unter dem der gleichaltrigen Frauen. Allein bei den sehr alten

Abbildung 17–3



Personen ab 90 Jahre sind Frauen überproportional in den Pflegestufen II und III vertreten (Abbildung 17–3).

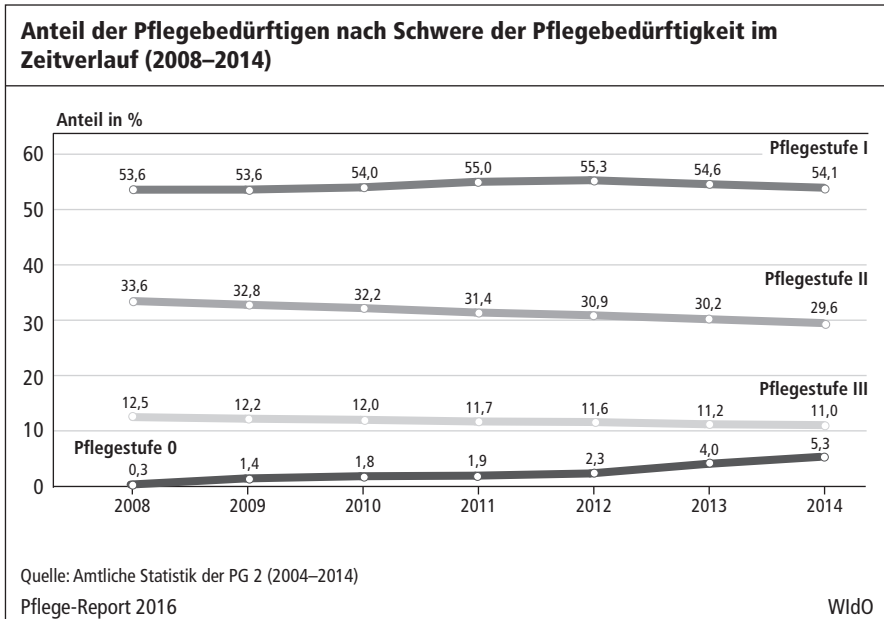
Veränderung der Schwere der Pflegebedürftigkeit im Zeitverlauf

Die Verteilung der Schwere der Pflegebedürftigkeit hat sich im Laufe der letzten Jahre gewandelt. Dargestellt sind die Veränderungen ab 2008, da ab diesem Zeitpunkt der Anspruch auf die Stufe 0 hinzugekommen und der Anteil der Pflegebedürftigen in dieser Stufe bis 2014 auf 5% angestiegen ist (Abbildung 17–4). Dieser Effekt ist auch zu beobachten, wenn man für 2004 die gleiche Alters- und Geschlechtsstruktur wie für 2011 anlegt, denn die Ausgangswerte verändern sich nur marginal. Die Veränderungen in den Pflegestufen sind also nicht darauf zurückzuführen, dass der Anteil von älteren Personen an den gesetzlich Versicherten zunimmt.

Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz

Neben den Ansprüchen, die sich aus einer Zuordnung zu den beschriebenen Pflegestufen ergeben, bestehen seit dem Pflege-Weiterentwicklungsgesetz aus dem Jahre 2008 auch Leistungsansprüche für Personen mit einem erheblichen Betreuungsbedarf. Aufgrund der engen Orientierung bei der Definition von Pflegebedürftigkeit an Hilfebedarfen bei der Körperpflege, Ernährung, Mobilität und hauswirtschaftlichen Versorgung wurden u. a. Zeiten der allgemeinen Betreuung und Beaufsichtigung bis dato nicht als Pflegebedarf erfasst. Gerade bei demenziell Erkrankten oder anders gerontopsychiatrisch betroffenen Personen, psychisch Erkrankten oder auch

Abbildung 17–4



Menschen mit Behinderung kann Betreuung oder Beaufsichtigung jedoch den überwiegenden Hilfebedarf ausmachen.²

Vor diesem Hintergrund wurden die gesetzlichen Regelungen mit Wirkung zum 1. Juli 2008 angepasst. Der Kreis der Anspruchsberechtigten wurde auch auf Personen ausgeweitet, die keinen Hilfebedarf im Sinne der definierten Pflegestufen aufweisen (§ 45a SGB XI). Die Betroffenen konnten von nun an ambulante Betreuungsleistungen von 100 bzw. 200 Euro monatlich nutzen (§ 45a SGB XI). In vollstationären Pflegeheimen wurden ebenfalls ergänzende Betreuungsleistungen geschaffen (§ 87b SGB XI). Gleichzeitig wurde die Entwicklung neuer Angebote und Versorgungsformen in diesem Bereich finanziell gefördert (§ 45c SGB XI).

Mit dem Pflege-Neuausrichtungsgesetz des Jahres 2012 wurden die Leistungen für Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz im Sinne des § 45a SGB XI dann erneut erweitert. Neben den bisherigen Leistungen konnten ab 01.01.2013 auch Personen, die einen Hilfebedarf unterhalb einer Pflegestufe aufweisen, Pflegesachleistungen oder Pflegegeld in Höhe von 225 Euro bzw. 120 Euro in Anspruch nehmen (§ 123 SGB XI).

Ein Anspruch auf Pflegeleistungen aufgrund eingeschränkter Alltagskompetenz (PEA) kann auch zusätzlich zu einer Pflegestufe vorliegen. Etwas vereinfacht gesprochen erfasst die Pflegestufe die somatisch orientierten Defizite bei der Körperhygiene, der Ernährung sowie der Mobilität. Die Einstufung als Person mit eingeschränkter Alltagskompetenz (im Folgenden: PEA-Status) zeigt hingegen an, ob die Person darüber hinaus aufgrund demenzbedingter Fähigkeitsstörungen, geistiger Behinderungen oder psychischer Erkrankungen dauerhaft so eingeschränkt ist, dass sie zusätzlich zu dem somatisch orientierten Hilfebedarf einen erheblichen allgemeinen Betreuungsbedarf aufweist.

Legt man die AOK-Daten zugrunde und standardisiert diese so, dass innerhalb jeder Pflegestufe von der gleichen Alters- und Geschlechtsverteilung wie bei allen gesetzlich versicherten Pflegebedürftigen ausgegangen wird, so hat rund die Hälfte (47,4%) einen solchen PEA-Status (Abbildung 17–6). In der Stufe I beträgt der Anteil der Pflegebedürftigen mit PEA-Status 30%. Von den Personen in der Pflegestufe II ist bereits deutlich mehr als jeder Zweite (55,2%) von einer Einschränkung der Alltagskompetenz betroffen und in der Stufe III benötigen vier von fünf Pflegebedürftigen (81,1%) aufgrund dieser Einschränkung entsprechende Hilfen bei der allgemeinen Betreuung (Abbildung 17–5).

Abbildung 17–6 zeigt die Personen mit PEA-Status nach Alter und Geschlecht. Zu beobachten ist zum einen ein – aus den dahinterstehenden spezifischen Ursachen der Pflegebedürftigkeit resultierender – überproportionaler Anteil von pflegebedürftigen Kindern und Jugendlichen mit entsprechendem Betreuungsbedarf: bei den Jungen 81% und bei den Mädchen 74%. Weiterhin kann in den Altersgruppen

2 Bereits 2002 war mit dem Pflege-Leistungsergänzungsgesetz ein Leistungsanspruch von 460 Euro pro Jahr für ambulant versorgte Pflegebedürftige mit einem erheblichen Bedarf an allgemeiner Betreuung geschaffen worden. Der Leistungsanspruch bezog sich jedoch nur auf Personen, die auch entsprechende Einschränkungen bei den Verrichtungen zur Bewältigung des Alltags und damit eine entsprechende Pflegestufe aufwiesen (§§ 45a und 45b SGB XI). Zudem beschränkte sich dieser Anspruch auf Personen in der ambulanten Versorgung, während für Bewohner von Pflegeheimen weiterhin kein Leistungsbezug für allgemeine Betreuung möglich war.

Abbildung 17-5

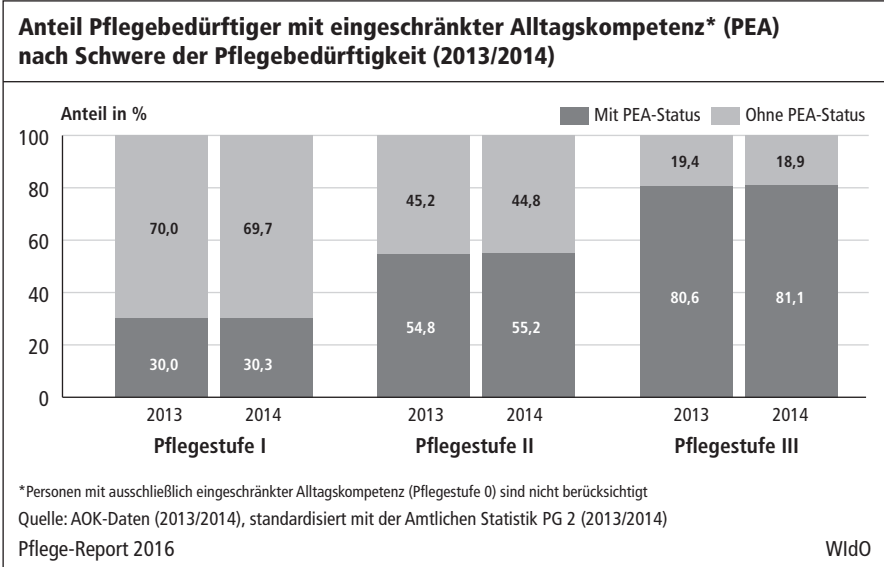
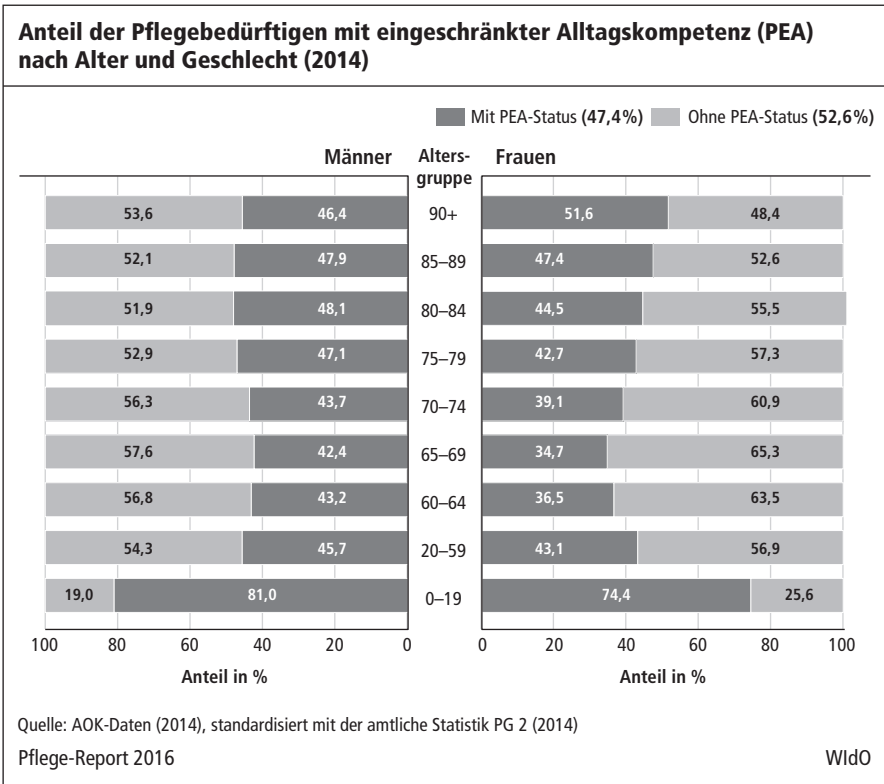


Abbildung 17-6



ab 70 Jahre der altersbedingte Anstieg der eingeschränkten Alltagskompetenz beobachtet werden. Gleichzeitig ist zu sehen, dass bis zu einem Alter von 84 Jahren die Männer gegenüber den Frauen einen deutlich höheren Anteil von Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz aufweisen und dass sich das Verhältnis schließlich bei über 90-Jährigen umkehrt.

17.3.3 Versorgungsformen bei Pflegebedürftigkeit

Leistungen aus der Pflegeversicherung umfassen eine Vielzahl an Hilfestellungen für Pflegebedürftige und deren Pflegepersonen (Tabelle 17–2). Zur finanziellen Unterstützung für eine selbst beschaffte Pflegehilfe ist das Pflegegeld gedacht. Der Pflegebedürftige erhält einen nach Pflegestufe differenzierten monatlichen Geldbetrag und stellt damit seine Versorgung selbst sicher. In der Regel bedeutet dies, dass der Pflegebedürftige durch einen Angehörigen (Ehepartner/in, Tochter) oder auch durch Freunde, Nachbarn oder Bekannte gepflegt wird. Man spricht in diesem Fall auch von einem informellen Pflegearrangement, da (regelmäßig) kein professioneller Pflegedienst etc. in die Pflege eingebunden ist.

Der Pflegebedürftige kann aber auch wählen und gleichzeitig Hilfestellungen durch Pflegedienste – so genannte Pflegesachleistungen – in Anspruch nehmen. Er kann hierfür seinen gesamten Leistungsanspruch verwenden oder Geld- und Sachleistungsbezug kombinieren. Für die Organisation solcher sogenannter professioneller oder formeller Pflegearrangements erhält er höhere Leistungspauschalen. Zudem können niedrigschwellige Betreuungsangebote genutzt werden. Dies sind kommunal und ehrenamtlich organisierte Angebote bzw. Modellvorhaben, insbesondere für demenziell Erkrankte, die seit dem Pflege-Weiterentwicklungsgesetz 2008 eine Förderung durch die Pflegekassen erfahren. Durch das Erste Pflegestärkungsgesetz (PSG I) können seit 2015 auch bis zu 40 % der Sachleistungsgelder für die Nutzung solcher Versorgungsformen verwendet werden.

Neben den Leistungen je Pflegestufe wurden im Sinne einer Übergangsregel bis zur Umsetzung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs Sach- und Geldleistungen für Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz im Sinne des § 45a SGB XI (PEA) eingeführt.

Darüber hinaus besteht die Möglichkeit, Geld- und Sachleistungen mit einer Tages- und Nachtpflege zu ergänzen. Der Pflegebedürftige kann hierdurch in einer teilstationären Einrichtung betreut und gepflegt werden. Neben den Leistungen zur Abdeckung des täglichen Hilfebedarfs können Pflegebedürftige, die im ambulanten Kontext versorgt werden, Verhinderungs- oder Kurzzeitpflege in Anspruch nehmen, um die Hauptpflegeperson für einige Woche im Jahr zu entlasten. Kurzzeitpflege kann darüber hinaus nach einem Krankenhausaufenthalt genutzt werden, um den Übergang in die weitere Pflege abzusichern.

Ist eine ambulante Pflege nicht (mehr) möglich, so finanziert die Pflegeversicherung bis zu den entsprechenden Pflegesätzen Aufwendungen für (Grund-)Pflege, medizinische Behandlungspflege und soziale Betreuung in Pflegeheimen. Für die Aktivierung und Betreuung von Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz wird den Pflegeheimen zudem zusätzliches Betreuungspersonal finanziert (Tabelle 17–2).

Tabelle 17–2

Ausgewählte Leistungen der Pflegeversicherung mit Stand Pflegestärkungsgesetz I

Leistungsart	Erläuterung	Leistungshöhen
Pflegesachleistung (§ 36 SGB XI)	Professionelle Pflegedienste erbringen Hilfe bei der Körperpflege, Ernährung, Mobilität oder Hauswirtschaft	Pflegestufe I : 468 € Pflegestufe II : 1 144 € Pflegestufe III : 1 612 € [Bis zu 40% der Gelder können für Zusätzliche Betreuungs- und Entlastungsleistungen nach § 45b SGB XI genutzt werden.]
Pflegegeld für selbst beschaffte Pflegehilfen (§37 SGB XI)	Pflege wird durch einen Angehörigen etc. selbst sichergestellt.	Pflegestufe I : 244 € Pflegestufe II : 458 € Pflegestufe III : 728 €
Kombination von Geldleistung und Sachleistung (Kombinationsleistung § 38 SGB XI)	Kombination von Leistungen durch Pflegedienste und Pflege, die selbst sichergestellt wird	Pflegesachleistung und Pflegegeld werden je nach Aufteilung auf Dienste und selbst sichergestellte Pflege anteilig ausgezahlt (z.B. 50:50)
Häusliche Pflege bei Verhinderung der Pflegeperson (§ 39 SGB XI)	Ersatzpflege, z. B. aufgrund von Urlaub oder Krankheit der Pflegeperson für längstens sechs Wochen im Jahr	Bei Pflegepersonen, die verwandt mit dem Pflegebedürftigen sind oder mit ihm in einem Haushalt leben, gilt die Höhe des Pflegegeldes; bei allen anderen Pflegepersonen bis 1 612 €; Erhöhung auf bis zu 2 418 €, wenn hierfür keine Kurzzeitpflege in Anspruch genommen wurde
Pflegehilfsmittel (§ 40 (2) SGB XI)		Aufwendungen für zum Gebrauch bestimmte Pflegehilfsmittel bis 40 € monatlich
Wohnumfeld verbessernde Maßnahmen (§ 40 (4) SGB XI)	Zuschüsse für Maßnahmen zur Verbesserung des Wohnumfeldes	bis zu 4 000 € je Maßnahme
Tagespflege und Nachtpflege (§ 41 SGB XI)	Angebote der Tages- und Nachtpflege können zusätzlich zum Pflegegeld, Sach- oder Kombinationsleistungen in Anspruch genommen werden	Pflegestufe I : 468 € Pflegestufe II : 1 144€ Pflegestufe III : 1 612€
Kurzzeitpflege (§ 42 SGB XI)	Ersatzpflege, z. B. in Krisensituationen, in denen eine häusliche Pflege nicht möglich oder nicht ausreichend ist oder im Übergang einer stationären Behandlung	bis zu 1 612 €; Erhöhung auf bis zu 3 224 €, wenn hierfür keine Verhinderungspflege in Anspruch genommen wurde, in diesem Fall bis zu acht Wochen im Jahr
Vollstationäre Pflege (§ 43 SGB XI)	Finanzierung der pflegebedingten Aufwendungen, die Aufwendungen der sozialen Betreuung und die Aufwendungen für Leistungen der medizinischen Behandlungspflege bis zu den jeweiligen Pflegesätzen	Pflegestufe I : 1 064 € Pflegestufe II : 1 330 € Pflegestufe III : 1 612 €
Pflege in vollstationären Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen (§ 43a SGB XI)		266 €
Zusätzliche Betreuungs- und Entlastungsleistungen (§ 45b SGB XI)	Betreuungsleistungen durch niedrigschwellige d. h. primär ehrenamtliche Angebote, deren Ausbau seit 2008 gefördert wird	104 € bzw. 208 €

Tabelle 17–2

Fortsetzung

Leistungsart	Erläuterung	Leistungshöhen
Vergütungszuschläge für zusätzliche Betreuung und Aktivierung in stationären Pflegeeinrichtungen (§ 87b SGB XI)	Pflegeeinrichtungen vereinbaren Vergütungszuschläge für zusätzliches Betreuungspersonal zur Aktivierung und Betreuung von PEA nach § 45a SGB XI.	Die Vergütungszuschläge sind so bemessen, dass bezogen auf 20 anspruchsberechtigte Personen eine Vollzeitbetreuungskraft finanziert werden kann.
Verbesserte Pflegeleistungen für Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz (§ 123 SGB XI)	Als Übergangsregel bis zur Umsetzung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs wurden Sach- und Geldleistungen für Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz nach § 45a SGB XI (PEA) eingeführt.	„Stufe 0“ mit PEA-Status: Pflegegeld 123 €/ Pflegesachleistung 231 € Stufe I mit PEA-Status: Pflegegeld zzgl. 72 €/ Pflegesachleistung 221 € Stufe II mit PEA-Status: Pflegegeld zzgl. 87 €/ Pflegesachleistung 154 €

Quelle: Zusammenstellung gemäß SGB XI / Pflegestärkungsgesetz I

Pflege-Report 2016

WIdO

Versorgungsformen nach Alter und Geschlecht

Im Jahr 2014 wurden knapp drei von vier Pflegebedürftigen (73,6%) in ihrer häuslichen Umgebung betreut. Die Hälfte aller Pflegebedürftigen (50,4%) bezog ausschließlich Pflegegeld. 23% entschieden sich entweder für eine Kombination aus Geld- und Sachleistung oder für den alleinigen Bezug von Sachleistungen. Nur jeder vierte Pflegebedürftige (26,4%) wurde in einem stationären Pflegeheim versorgt (Abbildung 17–7).

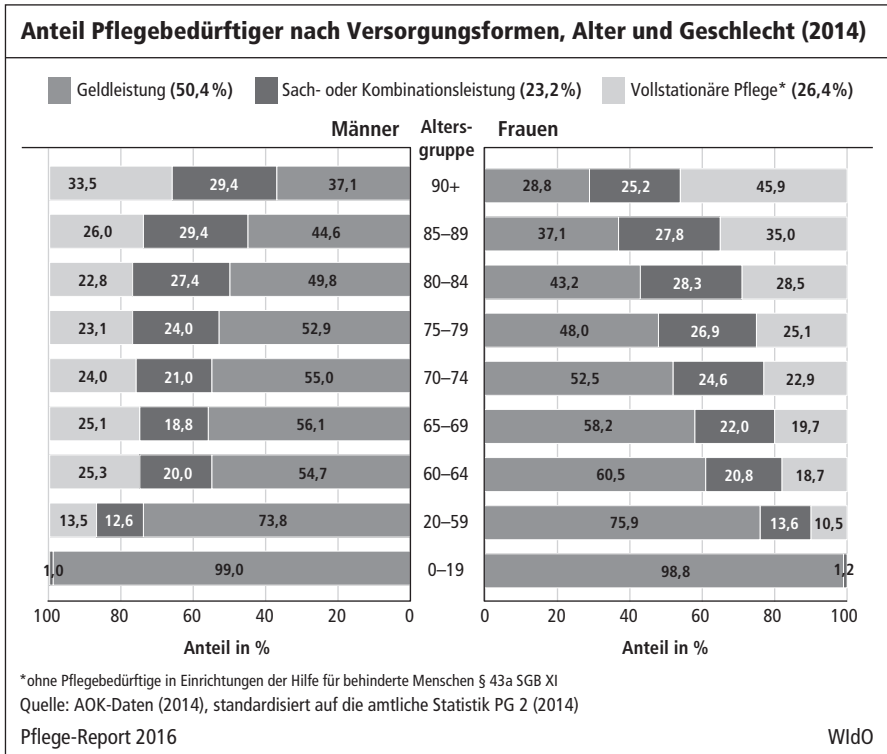
Die Abbildung 17–7 veranschaulicht, dass der Anteil der Personen mit ausschließlichem Pflegegeldbezug altersspezifisch sehr unterschiedlich ist. Kinder und Jugendliche werden nahezu immer durch Angehörige versorgt (ausschließlicher Bezug von Pflegegeld). Bei den Personen im Alter von 20 bis 59 Jahren trifft dies auf rund 74% bei den Männern und 76% bei den Frauen zu.

Auch Pflegebedürftige zwischen 60 und 74 Jahren sind noch überwiegend reine Geldleistungsbezieher. Der Anteil der Pflegebedürftigen im Pflegeheim liegt hier bei den Männern zwischen 24 und 25%. Die Frauen hingegen sind in diesen Altersgruppen deutlich seltener im Pflegeheim. In den höheren Altersgruppen kehrt sich das Verhältnis um: Ab 75 Jahren sind es die Frauen, die häufiger stationär versorgt werden. In der zehnten Lebensdekade steigt der Anteil Pflegebedürftiger in stationärer Versorgung bei den Frauen schließlich auf 46%, bei den Männern hingegen nur auf 34%. Männer werden folglich – insbesondere in sehr hohem Alter – weitaus häufiger im ambulanten Setting gepflegt als Frauen.

Schwere der Pflegebedürftigkeit nach Versorgungsformen

Die Verteilung der Pflegebedürftigen auf die Versorgungsformen unterscheidet sich zwischen den Pflegestufen erheblich. Während bei den reinen Pflegegeldbeziehern im Jahr 2014 deutlich mehr als zwei von drei Pflegebedürftigen (67,1%) die Stufe I

Abbildung 17-7



aufweisen, ist das Verhältnis in der stationären Pflege fast umgekehrt: Hier ist mit 39% nur etwas mehr als einer von drei Heimbewohnern in der Stufe I. Von den Geldleistungsempfängern sind nur 7% schwerstpflegebedürftig (Stufe III). Im stationären Setting ist dies jeder Fünfte (21,1%) (Abbildung 17-8).

Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz nach Versorgungsform

Ähnliches zeigt sich für den Anteil Pflegebedürftiger mit eingeschränkter Alltagskompetenz (Abbildung 17-9). Bei den Geldleistungsbeziehern ist der Anteil mit rund 37% im Jahr 2014 deutlich unterproportional. Im stationären Setting hat sich das Verhältnis wiederum umgekehrt. Hier sind mit rund 70% doppelt so viele Personen von einer eingeschränkten Alltagskompetenz betroffen.

Inanspruchnahme von Tagespflege, Kurzzeitpflege und Verhinderungspflege

Pflegebedürftige, die in der eigenen Häuslichkeit versorgt werden, haben die Möglichkeit, zusätzlich zum Pflegegeld bzw. parallel zur ergänzenden Versorgung durch einen Pflegedienst weitere Unterstützungsleistungen zu nutzen. Dies ist zum einen die Tages- und Nachtpflege (§ 41 SGB XI), die ab dem Jahr 2015 (d. h. mit Inkrafttreten des Pflegestärkungsgesetzes I) additiv zu Pflegegeld und Pflegedienst in Anspruch genommen werden kann. Das Angebot richtet sich insbesondere an demenziell erkrankte Personen, damit diese für Zeiten im Tagesablauf in einer entspre-

Abbildung 17–8

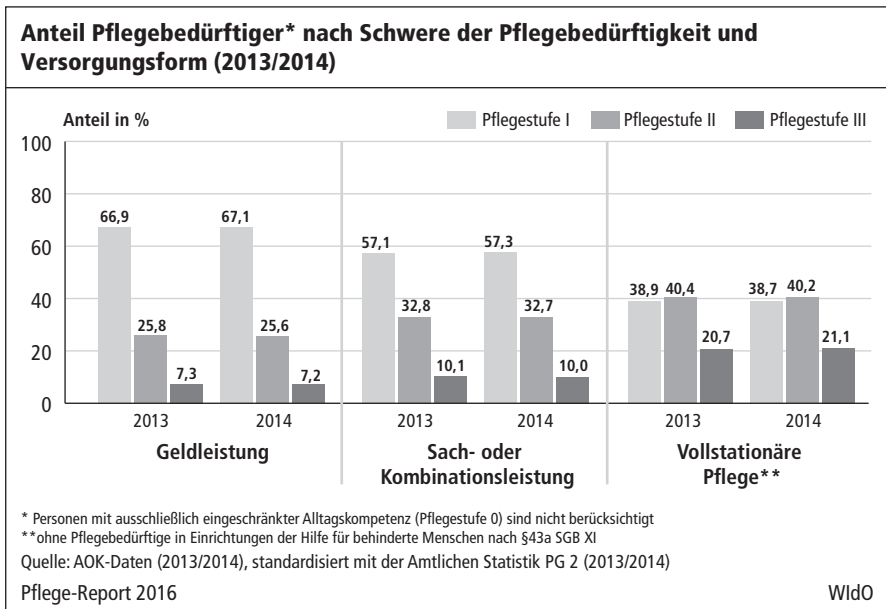


Abbildung 17–9

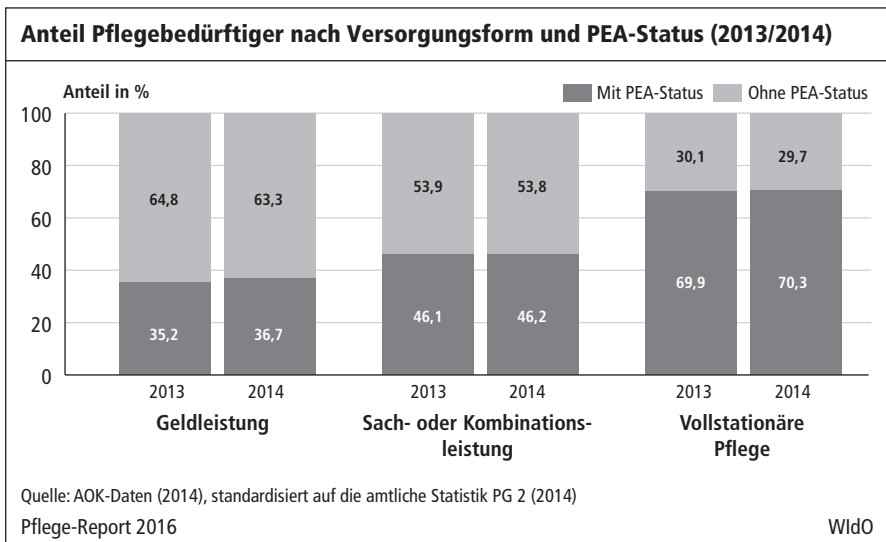


Tabelle 17–3

Anteil ambulant Pflegebedürftiger* mit Tages- und Nacht-, Verhinderungs- und Kurzzeitpflege, in % (2011/2014)

	Monatsdurchschnitt			Jahreswerte		
	2011	2014	Veränderung in %	2011	2014	Veränderung in %
Tages- und Nachtpflege	2,8	3,4	21,7	3,6	4,2	17,3
Verhinderungspflege	6,3	9,0	42,9	19,0	24,0	26,7
Kurzzeitpflege	1,8	1,8	–0,3	11,7	11,8	1,4
Verhinderungspflege und Kurzzeitpflege	–**	–**	–**	4,9	5,4	9,1

* Pflegebedürftige mit mindestens einem Monat in der ambulanten Pflege

**Keine Anteile für Monatsbezug ausgewiesen

Quelle: AOK-Daten, standardisiert auf die gesetzlich Versicherten (Amtliche Statistik KM6 2014)

Pflege-Report 2016

WIdO

chenden teilstationären Einrichtung betreut und gepflegt werden können. Zum anderen gibt es Angebote zur temporären Entlastung der Pflegeperson bzw. zur Stabilisierung der häuslichen Pflegesituation. Dies sind die Verhinderungspflege (§ 39 SGB XI) sowie die Kurzzeitpflege (§ 42 SGB XI). Erstere kann für höchstens sechs Wochen für die Pflege zu Hause in Anspruch genommen werden, wenn der pflegende Angehörige aufgrund von Erholungsurlaub, Krankheit oder aus anderen Gründen an der häuslichen Pflege gehindert ist. Die stationäre Kurzzeitpflege (§ 42 SGB XI) greift, wenn die häusliche Pflege zeitweise nicht mehr gewährleistet ist, sodass der Pflegebedürftige für bis zu vier Wochen Anspruch auf Pflege in einer stationären Einrichtung hat. Wird nur die eine der beiden Leistungsformen in Anspruch genommen, können seit 2015 die Höhe und der zeitliche Umfang mit der anderen Leistung verrechnet, d. h. ausgeweitet werden.

Die Analyse erfolgte auf Basis GKV-standardisierter AOK-Routinedaten. Tabelle 17–3 stellt die Nutzeranteile³ für die Jahre 2011 und 2014 und die Veränderung dar. Dargestellt werden die durchschnittliche monatliche Inanspruchnahme und die Inanspruchnahme bezogen auf das Jahr. Die ausgewiesenen Anteile beziehen sich nur auf Pflegebedürftige, die in der eigenen Häuslichkeit gepflegt werden, da nur solche diese Angebote nutzen können.

Tages- und Nachtpflege wird eher selten genutzt, und zwar im Jahr 2014 von lediglich rund 4% der ambulant versorgten Pflegebedürftigen. Weitaus häufiger hingegen werden Verhinderungs- und Kurzzeitpflege in Anspruch genommen. Jeder vierte ambulant Pflegebedürftige (24%) hat im Laufe des Jahres 2014 mindestens einmal die Verhinderungspflege und mehr als jeder zehnte (11,8%) die Kurzzeitpflege genutzt. Rund 5% der ambulant Pflegebedürftigen nutzten im Verlauf des Jahres sowohl Verhinderungs- als auch Kurzzeitpflege. Im Vergleich zum Jahr

³ Als Nutzer der zuvor erwähnten Leistungen gelten Versicherte, die mindestens für einen Tag die jeweilige Leistung in Anspruch genommen haben.

Abbildung 17-10

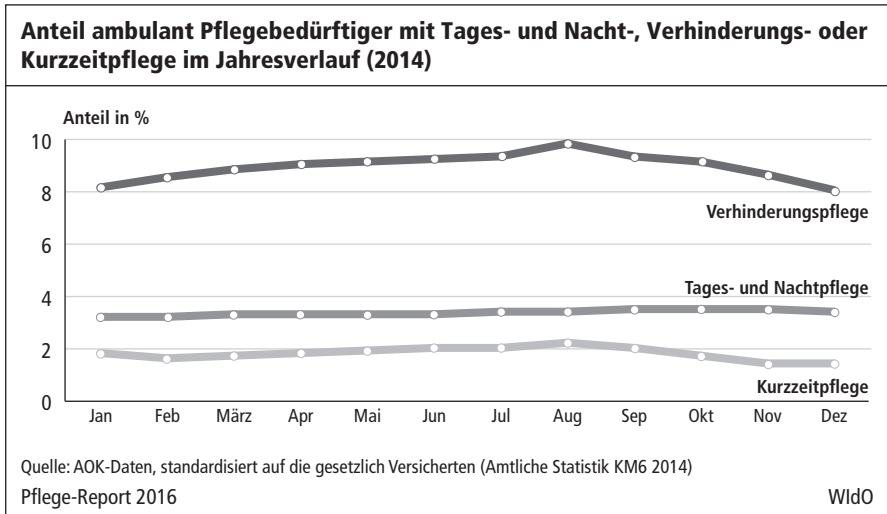
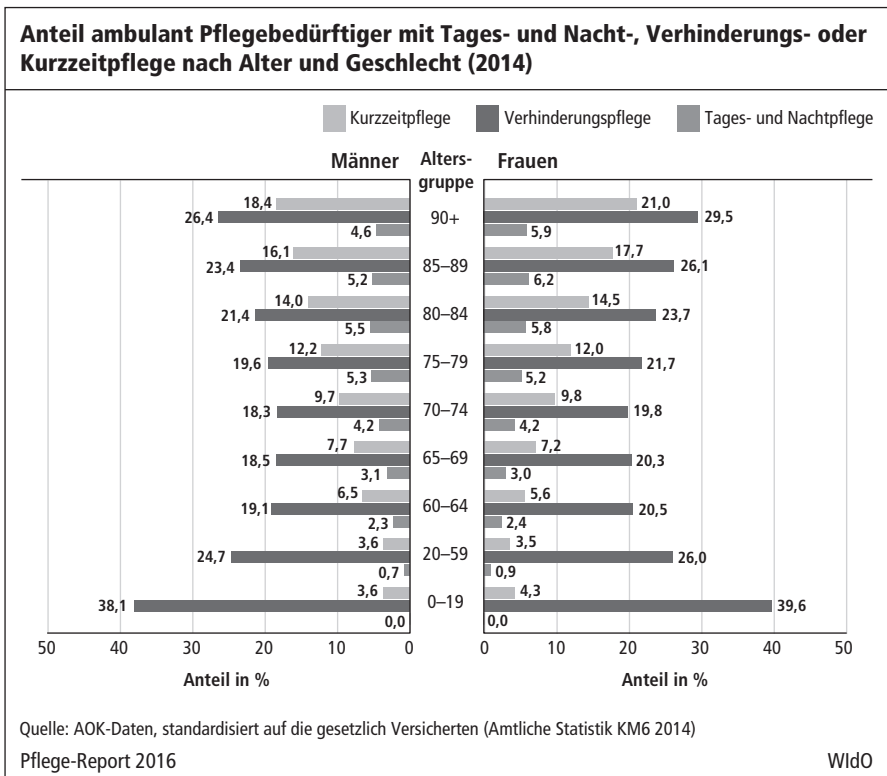


Abbildung 17-11



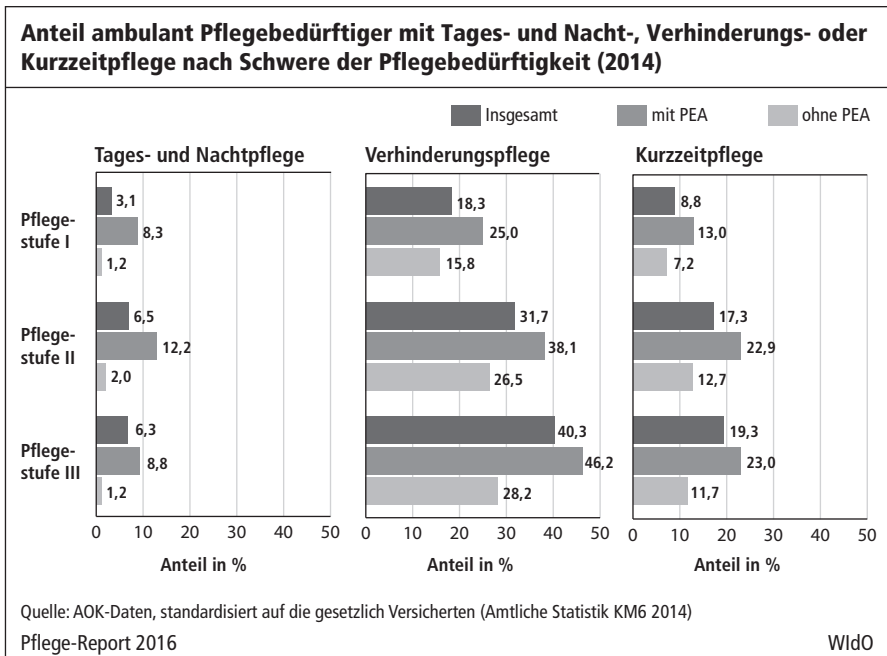
2011 ist die Inanspruchnahme aller drei Angebotsformen gestiegen, am deutlichsten die der Verhinderungspflege, während der Zuwachs bei der Kurzzeitpflege eher gering war (Tabelle 17–3).

Die in Tabelle 17–3 dargestellten durchschnittlichen monatlichen Nutzerquoten stellen sich über das Jahr verteilt wie folgt dar: Die Inanspruchnahme von Tages- und Nachtpflege ist erwartungsgemäß über das Jahr konstant. Bei der Verhinderungs-, aber auch bei der Kurzzeitpflege zeigen sich jedoch saisonale Effekte. Neben einem Anstieg in der Urlaubszeit ist ein Rückgang der Inanspruchnahme über den Jahreswechsel zu beobachten (Abbildung 17–10).

Auch bei einer alters- und geschlechtsdifferenzierten Betrachtung (Abbildung 17–11) zeigen sich klare Unterschiede. Zwar ist über alle Leistungen hinweg fast nur ein geringer geschlechtsspezifischer Unterschied zu beobachten, zwischen den Altersgruppen jedoch zeigen sich erhebliche Unterschiede bei der Nutzung.

Am auffälligsten ist, dass deutlich mehr als jeder dritte ambulant versorgte Pflegebedürftige im Kindes- und Jugendalter (38,1 % der Jungen und 39,6% der Mädchen) innerhalb eines Jahres Verhinderungspflege nutzt. Auch bei den Pflegebedürftigen im erwerbsfähigen Alter zwischen 20 und 59 Jahren nutzt noch jeder Vierte das Angebot. Danach sinkt die Inanspruchnahme in der Altersgruppe 60 bis 64 Jahre auf rund 20 % und steigt dann mit zunehmendem Alter wieder kontinuierlich an. Die Nutzer-Anteile bei der Tages- und Nachtpflege und der Kurzzeitpflege hingegen sind bei den Pflegebedürftigen unter 60 Jahre verschwindend gering, zeigen danach aber einen ähnlichen Verlauf wie bei der Verhinderungspflege – jedoch auf einem anderen Niveau (Abbildung 17–11).

Abbildung 17–12



In Abbildung 17–12 finden sich zudem die Nutzungsquoten nach Pflegestufen und differenziert danach, ob eine eingeschränkte Alltagskompetenz vorliegt. Wie zu erwarten zeigt sich, dass Tages- und Nachtpflege fast ausschließlich durch Pflegebedürftige mit demenziellen Einschränkungen (PEA-Status) genutzt wird. Die Inanspruchnahme von Verhinderungs- und Kurzzeitpflege steigt mit der Schwere der Pflegebedürftigkeit deutlich an. Auch diese Angebote werden überproportional durch Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz genutzt.

17.3.4 Eintritt in die Pflegebedürftigkeit und Verweildauer

Die Analysen von Pflegeverläufen basieren wiederum auf AOK-Routinedaten. Im Fokus der Verlaufsanalysen steht die Gruppe der Personen, die erstmals pflegebedürftig werden. Im Jahr 2014 traf dies auf rund jeden fünften Pflegebedürftigen zu. Der entsprechende Anteil war bei den Männern mit 21,4% höher als bei den Frauen mit 18,2%. Die Gruppe der erstmals Pflegebedürftigen weist eine deutlich geringere Schwere der Pflegebedürftigkeit auf (Anteil der Personen mit Pflegestufe I: 68% vs. 54%) und die Betroffenen haben zudem seltener eine eingeschränkte Alltagskompetenz (35% Pflegebedürftige vs. 47%). Ferner wird weniger als jeder zehnte Pflegebedürftige (8,6%) direkt zu Beginn seiner Pflegebedürftigkeit im Pflegeheim versorgt. Bezogen auf alle Pflegebedürftigen liegt dieser Anteil bei 26% (Tabelle 17–4).

Die erstmals Pflegebedürftigen (inzidente Kohorte) unterscheiden sich von allen Pflegebedürftigen auch in Bezug auf ihre Lebenserwartung (Abbildung 17–13). Von den erstmals Pflegebedürftigen ist fast jeder Vierte (23,7%) bereits nach einem halben Jahr und knapp jeder Dritte (31,9%) nach einem Jahr verstorben. Nach drei

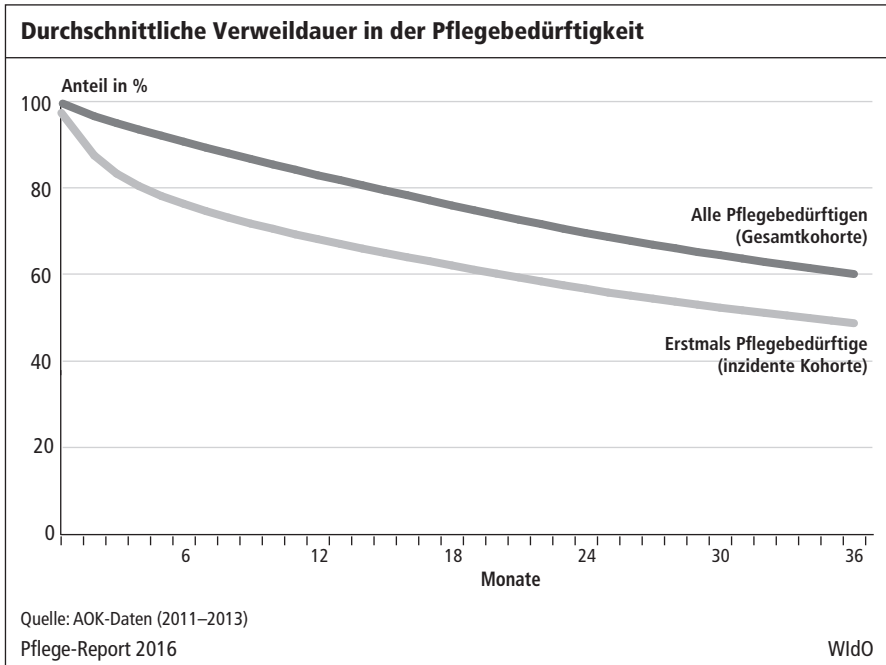
Tabelle 17–4

Überblick zu den Pflegebedürftigen bei Eintritt in die Pflegebedürftigkeit (im Durchschnitt der Monate 2014)

Anteil Pflegebedürftiger, die erstmals pflegebedürftig werden, an Pflegebedürftigen insgesamt		
Männer		21,4
Frauen		18,2
	Pflegebedürftige insgesamt	davon Pflegebedürftige, die erstmals pflegebedürftig werden
Mit PEA-Status	47,4	35,1
Ohne PEA-Status	52,6	64,9
Stufe 0	5,3	10,6
Stufe I	54,1	68,2
Stufe II	29,6	17,2
Stufe III	11,0	4,1
Ausschließlich Pflegegeld	50,4	71,3
Sach- und Kombinationsleistung	23,3	20,1
Vollstationäre Pflege	26,4	8,6

Quelle: AOK-Daten 2014/Amtliche Statistik PG 2

Abbildung 17–13

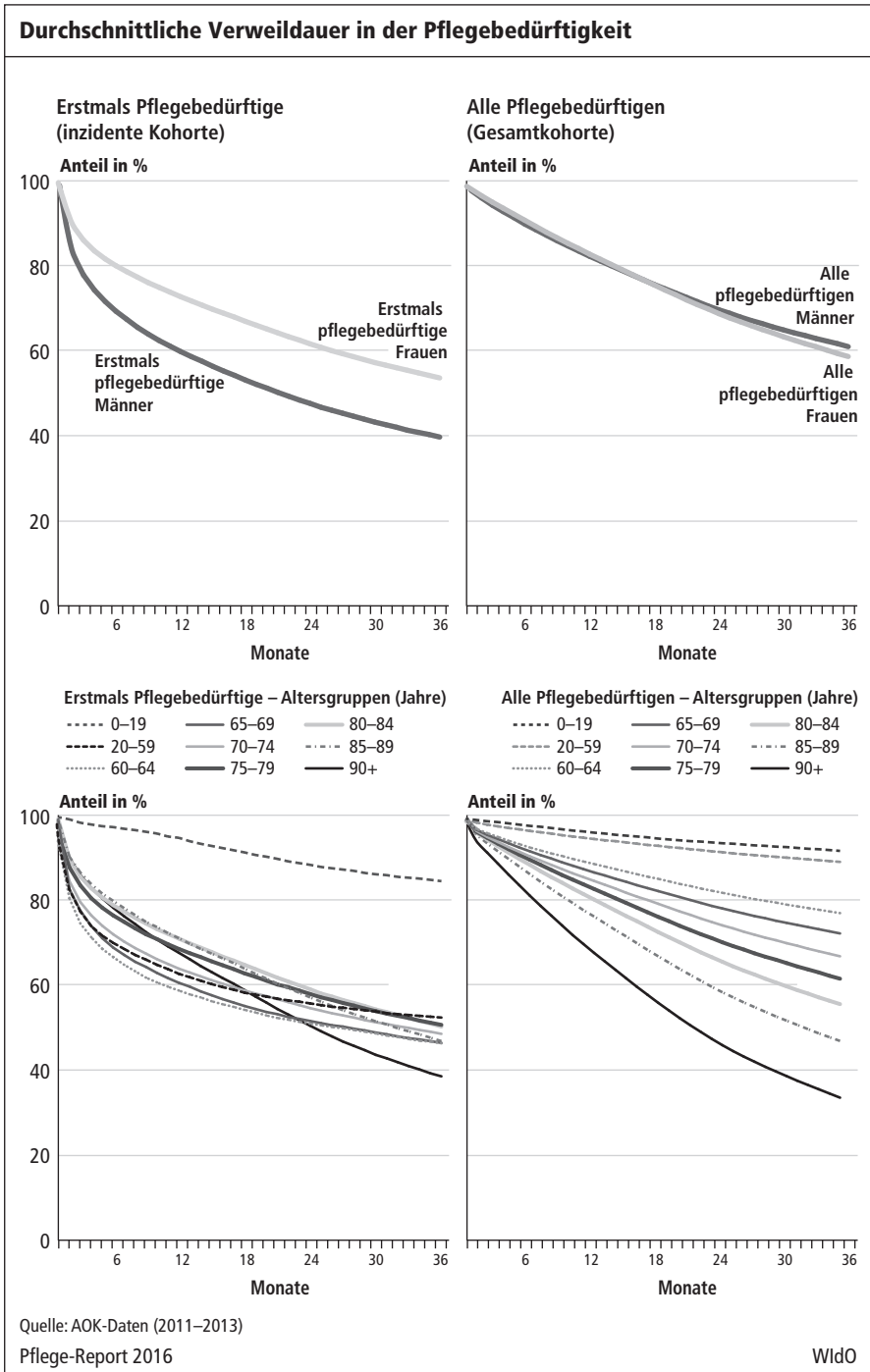


Jahren in der Pflegebedürftigkeit sind schließlich die Hälfte (51,4%) aller Neupflegefälle verstorben. Es gibt folglich einen nicht unerheblichen Anteil von Pflegebedürftigen, die nur für einen kurzen Zeitraum vor ihrem Tode pflegebedürftig werden. Betrachtet man im Vergleich hierzu die Pflegebedürftigen in ihrer Gesamtheit, so verstirbt innerhalb eines halben Jahres nur knapp jeder Zehnte (9,3%). Nach drei Jahren ist die Mehrheit (60%) noch am Leben. Betrachtet man also die Gesamtkohorte aller Pflegebedürftigen im Vergleich zur inzidenten Kohorte, so enthält diese deutlich mehr Pflegebedürftige, die länger in der Pflegebedürftigkeit verweilen (Abbildung 17–13).

Verweildauer nach Alter und Geschlecht

Auch lohnt sich ein Blick auf Alters- und Geschlechtsunterschiede innerhalb und zwischen den beiden Kohorten (Abbildung 17–14). So versterben die erstmals pflegebedürftigen Männer deutlich früher als die Frauen. Bei den Männern sind hier bereits nach zwei Jahren rund die Hälfte (52%) aller Neuzugänge verstorben, bei den Frauen sind dies zu diesem Zeitpunkt erst 38%. Blickt man nun wiederum auf die Gesamtkohorte aller Pflegebedürftigen, so haben Männer und Frauen einen ähnlichen Verweildauerverlauf. Männer haben folglich beim Eintritt in die Pflegebedürftigkeit eine deutlich geringere Lebenserwartung. Ob dies allein in der insgesamt höheren Lebenserwartung der Frauen begründet ist oder auch daraus resultiert, dass Männer erst zu einem späteren Zeitpunkt – d. h. bei bereits erhöhter Morbidität – in die Pflegebedürftigkeit eintreten, soll an dieser Stelle nicht weiter analysiert

Abbildung 17-14



werden. Für letzteres spricht, dass die pflegebedürftigen Männer sowohl eine höhere Pflegeschwere als auch häufiger eine eingeschränkte Alltagskompetenz aufweisen als Frauen (vgl. Abbildung 17–3 und Abbildung 17–6). In der Gesamtkohorte sind dann wiederum überproportional viele Männer, die – da sie eben gerade nicht zu jener Gruppe gehören, die zeitnah verstirbt – eine ähnliche Verweildauer in der Pflege aufweisen wie die Frauen. Die Verweildauer von Männern und Frauen nähert sich bei dieser Betrachtung folglich an.

Betrachtet man die erstmals Pflegebedürftigen differenziert nach Altersgruppen, stellt man fest, dass die Überlebenszeiten – zumindest bezogen auf die ersten zwei bis drei Jahre der Pflegebedürftigkeit und ausgenommen die Gruppe der Kinder und Jugendlichen (Altersgruppe 0 bis 19 Jahre) – relativ homogen ausfallen (Abbildung 17–14). Der Eintritt in die Pflegebedürftigkeit geht folglich häufig auch mit Ereignissen bzw. Erkrankungen einher, die relativ unabhängig vom Alter des Betroffenen zu einer verminderten Lebenserwartung bzw. bei den jüngeren Kohorten (ausgenommen die Altersgruppe 0 bis 19 Jahre) sogar eher zum Tod führen als bei den Älteren.

Betrachtet man nun wiederum die Gruppe aller Pflegebedürftigen, so zeigt sich auch hier ein ganz anderes Bild der Lebenserwartung in der Pflegebedürftigkeit. Hier sind bei den Pflegebedürftigen im erwerbsfähigen Alter (20 bis 59 Jahre) nur 3 % nach einem halben Jahr verstorben. Nach drei Jahren lebt noch die Mehrzahl (89,5 %). Bei den über 90-Jährigen sind 16 % nach einem halben Jahr verstorben, nach drei Jahren mit 66,2 % die Mehrzahl (Abbildung 17–14).

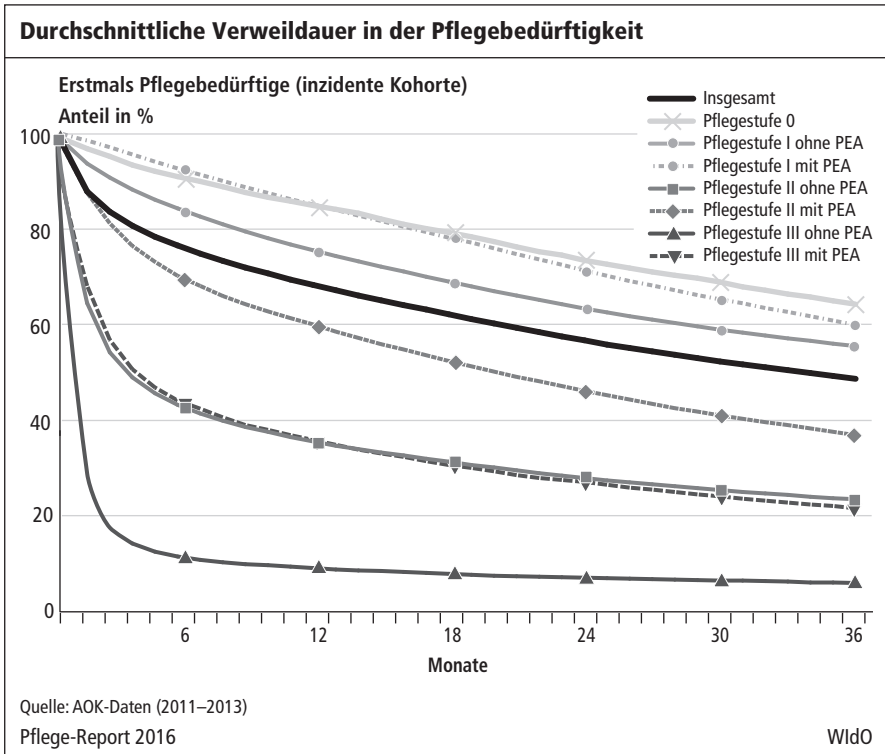
In der Gesamtschau wird deutlich, dass sich die Verweildauer in der Pflegebedürftigkeit je nach Blickwinkel sehr unterschiedlich darstellen kann. Betrachtet man Pflegebedürftige, die neu in die Pflege eintreten, so sind deren Pflegebezugszeiten zum einen kürzer und zwischen den Geschlechtern unterschiedlich, aber nur für eine Teilpopulation primär abhängig vom Alter. Nimmt man die Gruppe aller Pflegebedürftigen in den Blick, stellen sich die Restlebenszeiten in der Pflege anders dar. Hier kommt die „normale“ altersbedingte Pflegebedürftigkeit zum Tragen, wie sich in der Aufhebung der Geschlechtsunterschiede und dem Einsetzen der Altersunterschiede zeigt.

Verweildauer nach Schwere der Pflegebedürftigkeit und nach Versorgungsform

Die Überlebenswahrscheinlichkeiten der erstmals Pflegebedürftigen lassen sich zudem differenziert nach der Schwere ihrer Pflegebedürftigkeit sowie differenziert nach Versorgungsformen beschreiben. Eine analoge Betrachtung für die Gesamtkohorte ist an dieser Stelle nicht mehr zielführend, da – anders als Alter und Geschlecht – Pflegestufe und Versorgungsform im Zeitverlauf nicht konstant bleiben. Für die erstmals Pflegebedürftigen wird die jeweilige Ausprägung zum Zeitpunkt des Pflegebeginns erfasst.

Abbildung 17–15 macht deutlich, dass die Schwere der Pflegebedürftigkeit einen erheblichen Einfluss auf die Verweildauer hat. Von erstmals Pflegebedürftigen, die zu Beginn ihrer Pflegebedürftigkeit ausschließlich eine eingeschränkte Alltagskompetenz aufweisen, sind nach einem halben Jahr lediglich 10 % und nach drei Jahren 36 % verstorben. In Stufe III (ohne eingeschränkte Alltagskompetenz) hingegen sind bereits nach einem halben Jahr 88 % der Pflegebedürftigen dieser Stufe verstorben. Deutlich wird zudem, dass Personen mit eingeschränkter Alltagskom-

Abbildung 17–15



petenz bei ansonsten gleicher Pflegestufe deutlich länger in der Pflegebedürftigkeit verbleiben als Betroffene mit eher somatisch bedingten Einschränkungen (Abbildung 17–15).

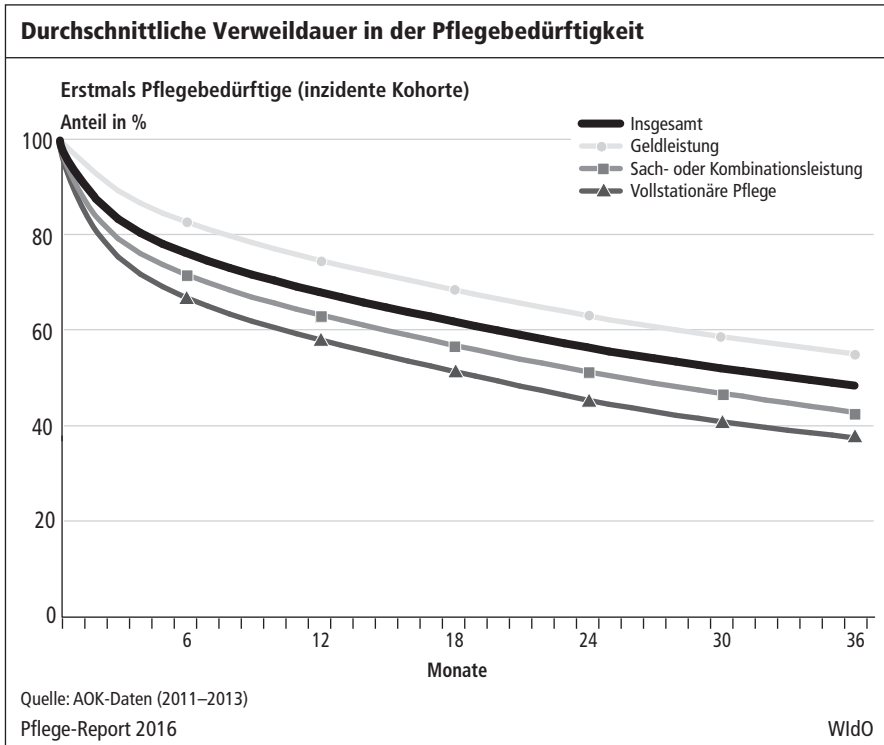
Auch zwischen den Versorgungsformen finden sich Unterschiede (Abbildung 17–16). Die Geldleistungsbezieher weisen dabei erwartungsgemäß eine deutlich überproportionale Verweildauer auf. Nach einem halben Jahr sind 17%, nach drei Jahren noch nicht einmal die Hälfte (44,8%) verstorben. Bei den stationär Gepflegten sind dies entsprechend 33% und 62%.

17.4 Kennzahlen zur medizinisch-therapeutischen Versorgung von Pflegebedürftigen

17.4.1 Ambulante ärztliche Versorgung

Um die ambulante ärztliche Versorgung der Pflegebedürftigen zu beschreiben, wird hier der Kontakt mit einem niedergelassenen Arzt als Kennzahl verwendet. Gezählt werden sogenannte Abrechnungsfälle (mindestens ein Kontakt je Quartal und Arzt). Durch die Abrechnung über Honorarpauschalen kann ein Fall unbekannt viele Arzt-

Abbildung 17–16



kontakte im Quartal umfassen. Die Zahl der Abrechnungsfälle wird anhand der vertragsärztlichen Leistungsfälle im Sinne des § 73 SGB V, der hausarztzentrierten Versorgung nach § 73b SGB V, der besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung nach § 73c SGB V und der integrierten Versorgung nach § 140a SGB V erfasst.⁴ Die Darstellung konzentriert sich hier auf die Fälle der verschiedenen Facharztgruppen⁵ sowie auf die Versorgung in Abhängigkeit von der Schwere der Pflegebedürftigkeit und den jeweiligen Versorgungsformen.

Übersicht zur Inanspruchnahme

Nahezu alle Pflegebedürftigen (99,1%) hatten 2014 mindestens einen Arztkontakt – d. h. generierten einen Abrechnungsfall –, im Durchschnitt der Quartale waren dies 97,4%. Gleichfalls sahen fast alle Pflegebedürftigen (95,4%) mindestens

4 Soweit Leistungen nach §§ 119a ff. SGB XI (Ambulante Behandlung in stationären Pflegeeinrichtungen) durch angestellte Ärzte über die Kassenärztlichen Vereinigungen abgerechnet werden, sind auch diese in den Analysen enthalten.

5 Die Zuordnung einer Betriebsstätte zu den hier ausgewiesenen Facharztgruppen erfolgt über die Lebenslange Arztnummer (LANR). Bei fachgruppenübergreifenden Gemeinschaftspraxen kann zum Teil keine Fachgruppe identifiziert werden, sodass dort erbrachte Fälle nicht in die fachgruppendifferenzierten Analysen eingehen.

Tabelle 17–5

Übersicht zur durchschnittlichen Inanspruchnahme von niedergelassenen Vertragsärzten durch Pflegebedürftige, in % (2014)

Arztgruppe	Pflegebedürftige mit mindestens einem Kontakt im Quartal	Pflegebedürftige mit mindestens einem Kontakt im Jahr
Vertragsarzt	97,4	99,1
Hausärzte (inkl. hausärztlich tätige Internisten)	91,2	95,4
Fachärzte	66,0	84,5
Gynäkologen (inkl. Fachärzte für Geschlechtskrankheiten)	10,8 (12,7*)	21,3 (24,7*)
HNO-Ärzte	7,8	17,5
Internisten	7,8	15,9
Neurologen	13,6	17,8
Orthopäden	6,4	13,3
Psychiater	3,4	4,4
Urologen	9,3 (16,4**)	14,6 (24,7**)

* Nur für Frauen berechnet

** Nur für Männer berechnet

Quelle: AOK-Daten, standardisiert auf die gesetzlich Versicherten (Amtliche Statistik KM6 2014)

Pflege-Report 2016

WIdO

einmal im Jahr einen Hausarzt, im Quartal im Durchschnitt rund 91 %. Ebenso hatte die Mehrzahl der Pflegebedürftigen (84,5 %) 2014 einen oder mehrere Kontakte zu einer Facharztpraxis, im Quartal waren dies durchschnittlich 66 % (Tabelle 17–5).

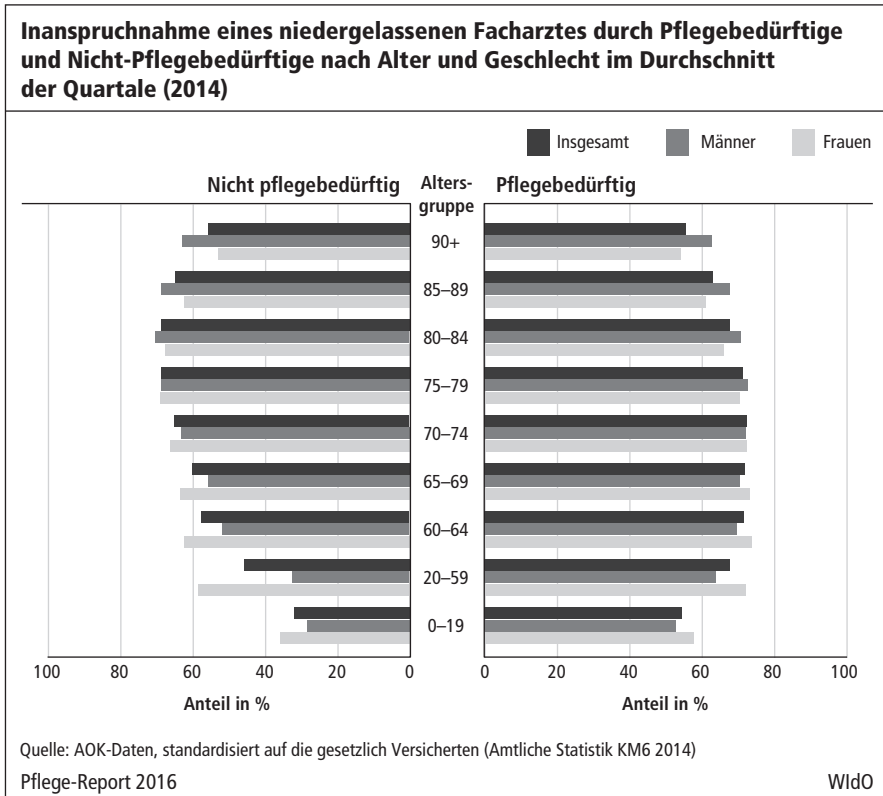
Von vielen Pflegebedürftigen im Jahr 2014 kontaktierte Facharztgruppen waren Urologen mit 16 % der Männer pro Quartal, Gynäkologen mit 13 % der Frauen pro Quartal sowie Neurologen mit rund 14 % (beide Geschlechter pro Quartal). Weiterhin suchten jeweils 8 % der Pflegebedürftigen mindestens einmal im Quartal einen HNO-Arzt und/ oder Internisten, 6 % einen Orthopäden und 3 % einen Psychiater auf.

Inanspruchnahme nach Altersgruppen und Geschlecht

Die Inanspruchnahme von Fachärzten unterscheidet sich zwischen den Altersgruppen, aber auch zwischen den Geschlechtern (Abbildung 17–17). Von den pflegebedürftigen Kindern und Jugendlichen bis 19 Jahre sahen 55 % innerhalb eines Quartals im Jahr 2014 mindestens einen Facharzt. Der Anteil der Pflegebedürftigen mit Facharztkontakt steigt bis zur Altersgruppe der 70- bis 74-Jährigen kontinuierlich auf bis zu 72 % an. In den höheren Altersgruppen sinkt die Rate der Inanspruchnahme von Fachärzten wieder. So sahen von den über 90-jährigen Pflegebedürftigen nur 56 % innerhalb eines Quartals einen Facharzt.

Hinsichtlich der Geschlechter zeigt sich folgendes Bild: Während in den jüngeren Altersgruppen die pflegebedürftigen Frauen häufiger einen Facharzt konsultierten, sind es in den Jahrgängen ab 75 Jahre die Männer, die z. T. deutlich häufiger Fachärzte aufsuchen.

Abbildung 17-17



Vergleicht man die Inanspruchnahme mit Personen gleichen Alters, die nicht pflegebedürftig sind, so zeigt sich ein ähnliches Bild. Auch hier ist – wenn auch auf einem anderen absoluten Niveau – in den jüngeren Jahrgängen bis 70 Jahre der Anteil der Frauen mit Facharztkontakt höher. Insgesamt ist der Anteil der Personen mit mindestens einem Facharztkontakt im Quartal bei den jüngeren Nicht-Pflegebedürftigen – wie zu erwarten – z. T. deutlich kleiner. Ab einem Alter von 75 Jahren nähern sich die jeweiligen Anteile von Personen mit Facharztkontakt bei Pflegebedürftigen und Nicht-Pflegebedürftigen dann aber weitgehend an (Abbildung 17-17).

Inanspruchnahme nach Schwere der Pflegebedürftigkeit und Versorgungsform

Betrachtet man die Frequenz der Inanspruchnahme der fachärztlichen Versorgung differenziert nach der Schwere der Pflegebedürftigkeit, so zeigt sich über alle Pflegestufen hinweg das Phänomen, dass Pflegebedürftige, die über ihre körperlich bedingte Pflegebedürftigkeit hinaus zusätzlich eine eingeschränkte Alltagskompetenz aufweisen, zu jeweils einem geringeren Anteil Facharztbesuche wahrnehmen als Pflegebedürftige der gleichen Stufe ohne diese zusätzliche Einschränkung (62,9% vs. 68,7%). Bezogen auf alle Versorgungsbereiche konsultieren die Schwerstpfle-

Tabelle 17–6

Inanspruchnahme von niedergelassenen Fachärzten durch Pflegebedürftige im Quartal nach Pflegestufe und Versorgungsform im Durchschnitt der Quartale, in % (2014)

Stufe*	Ausschließlich Pflegegeld			Ambulante Sach- und Kombinationsleistung			Vollstationäre Pflege			Alle Pflegebedürftigen**		
	ohne PEA	mit PEA	gesamt	ohne PEA	mit PEA	gesamt	ohne PEA	mit PEA	gesamt	ohne PEA	mit PEA	gesamt
PS 0		62,8	62,8		63,5	63,5		66,3	66,3		63,2	63,2
PS I	70,1	60,0	67,8	68,0	61,6	65,9	68,9	68,3	68,6	69,9	63,4	68,0
PS II	65,0	56,4	61,6	64,5	60,0	62,2	69,9	69,8	69,8	66,5	63,9	65,1
PSI III (inkl. HF)	56,1	49,2	51,6	63,6	53,3	56,0	69,0	67,0	67,1	62,9	60,3	60,9
Alle Pflegestufen	68,4	58,1	64,8	66,8	59,8	63,5	69,3	68,5	68,8	68,7	62,9	66,0

* Die dargestellte Stufe bezieht sich auf die Stufe, die der Pflegebedürftige am Ende des Quartals hatte.

** Pflegebedürftige, die Pflege in vollstationären Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen nach § 43a SGB XI erhalten, sind ausschließlich in dieser Kategorie enthalten.

Quelle: AOK-Daten, standardisiert auf die gesetzlich Versicherten (Amtliche Statistik KM6 2014)

Pflege-Report 2016

WIdO

gebedürftigen (Stufe III) zu einem kleineren Teil einen Facharzt als die Pflegebedürftigen der Stufe I (Tabelle 17–6).

Differenziert man diese Betrachtung nach Versorgungsbereichen, so zeigt sich zum einen im stationären Bereich (in allen Pflegestufen) eine insgesamt höhere Fachärztinanspruchnahme als im ambulanten Sektor. Zusätzlich wird deutlich, dass die Fachärztinanspruchnahme im stationären Kontext mit zunehmender Schwere der Pflegebedürftigkeit relativ konstant bleibt.

Im ambulanten Versorgungskontext ist das anders: Hier sinkt der Anteil derjenigen, die mindestens einmal im Jahr 2014 einen Facharztkontakt hatten, bei den reinen Pflegegeldempfängern von rund 68 % in der Stufe I auf knapp 52 % in der Stufe III und bei den ambulant Versorgten, die zusätzlich oder ausschließlich durch Pflegedienste versorgt werden, von 66 % in Pflegestufe I auf 56 %. Dies überrascht, wenn man davon ausgeht, dass die Pflegestufe indirekt auch ein Ausdruck der ihr zugrunde liegenden Erkrankungen ist (Tabelle 17–6).

Inwiefern sich der mit steigender Pflegestufe sinkende Anteil der Pflegebedürftigen mit fachärztlichen Kontakten durch Unterschiede in der Morbidität ergibt oder auf eine verminderte oder anders gestaltete ärztliche Versorgung im häuslichen Kontext hinweist, kann hier nicht beurteilt werden.

17.4.2 Stationäre Versorgung

Für die dargestellten Kennzahlen zur Krankenhausversorgung der Pflegebedürftigen werden alle vollstationären Fälle im Sinne des § 39 SGB V einbezogen. Teilstationäre, vor- und nachstationäre (§ 115a SGB XI) sowie ambulante (§ 115b SGB XI)

Fälle gehen nicht in die Betrachtungen ein. Zudem werden ausschließlich Fälle ausgewertet, deren Rechnungsprüfung abgeschlossen ist. Die folgenden Analysen beziehen sich auf die Häufigkeit und Länge von Krankenhausaufenthalten in Abhängigkeit sowohl von der Schwere der Pflegebedürftigkeit als auch den jeweiligen Versorgungsformen.

Übersicht zur Inanspruchnahme

Fast die Hälfte der Pflegebedürftigen (48,3 %) hatte innerhalb des Jahres 2014 mindestens einen Krankenhausaufenthalt. Jeder zehnte (9,8 %) wurde während bzw. in unmittelbarem zeitlichem Zusammenhang (+/- zwei Wochen) mit dem Krankenhausaufenthalt erstmals als pflegebedürftig eingestuft. 13 % verstarben im Krankenhaus.

Im Durchschnitt waren die Pflegebedürftigen mit mindestens einem Krankenhausfall zweimal im Jahr im Krankenhaus (1,9 Fälle je Patient), bezogen auf das Quartal eineinhalbmals (1,4 Fälle je Patient). Dies zeigt, dass bei der Mehrzahl der Patienten, die mehrmals stationär behandelt werden, dies innerhalb eines kürzeren Zeitintervalls (d. h. innerhalb eines Quartals) geschieht. Je Aufenthalt sind die Pflegebedürftigen durchschnittlich elf Tage im Krankenhaus.

Im Zeitverlauf betrachtet ist der Anteil der Pflegebedürftigen mit einem Krankenhausaufenthalt im Zeitraum von 2011 bis 2014 relativ konstant geblieben, ebenso die Zahl der Fälle je Krankenhauspatient. Die Verweildauer je Krankenhausfall ist gesunken. Dies entspricht jedoch dem allgemeinen Trend und ist kein Spezifikum der Pflegebedürftigen (DESTATIS 2014) (Tabelle 17–7).

Andersherum bedeutet dies: Bei nahezu jedem vierten Krankenhausfall (23 %) wird ein Pflegebedürftiger behandelt (Abbildung 17–18). 14 % der Fälle entfallen auf allein somatisch eingeschränkte Pflegebedürftige (ohne PEA-Status), jeder zehnte Krankenhausfall (9 %) betrifft Personen mit einer eingeschränkten Alltags-

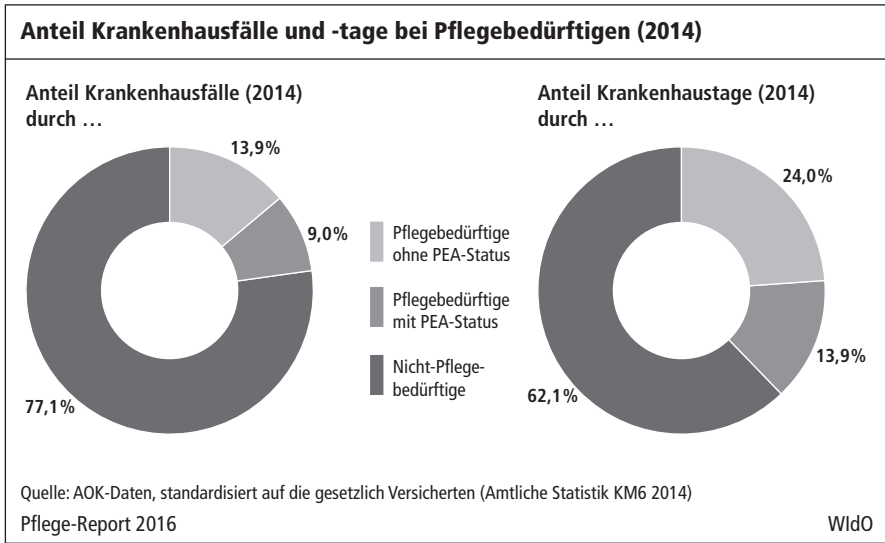
Tabelle 17–7

Übersicht zu den Krankenhausaufenthalten von Pflegebedürftigen (2011 und 2014)

In %	Im Durchschnitt der Quartale			Im Jahr		
	2011	2014	Veränderung in %	2011	2014	Veränderung in %
Anteil Pflegebedürftiger (mit mind. 1 KH-Aufenthalt)	19,2	19,4	1,0	48,1	48,3	0,4
<i>Davon</i>						
Pflegebedürftigkeit wird erstmals festgestellt (+/- 2 Wochen KH-Aufenthalt)					9,8	
Während des KH-Aufenthalts verstorben					12,9	
Zahl der Fälle je Patient	1,4	1,4	1,1	1,9	1,9	1,5
Krankenhaustage je Fall	12,3	11,6	-5,9	12,2	11,4	-7,0

Quelle: AOK-Daten, standardisiert auf die gesetzlich Versicherten (Amtliche Statistik KM6 2014)

Abbildung 17–18



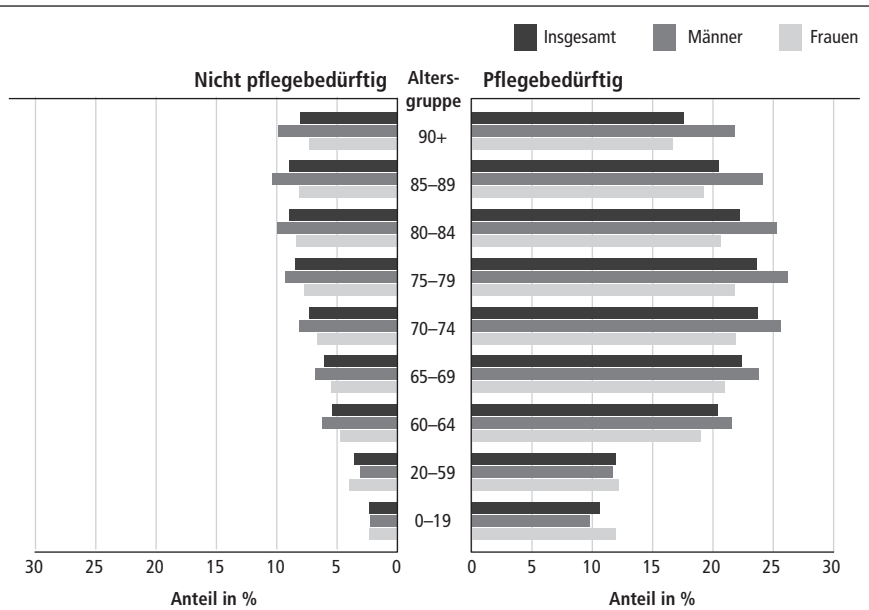
kompetenz (PEA-Status). Bezogen auf die Krankenhaustage wird die Bedeutung für den stationären Versorgungsalltag noch deutlicher: Mehr als jeder dritte Krankenhaustag (37,9%) entfiel 2014 auf einen Pflegebedürftigen. Der Anteil der Krankenhaustage von Personen mit einem PEA-Status beträgt 14%. Die Krankenhaustage beider Patientengruppen haben innerhalb der letzten vier Jahre zugenommen, 2011 lagen die jeweiligen Anteile bei 20% (der Krankenhaustage) und 34% (der Krankenhausfälle).

Inanspruchnahme nach Altersgruppen und Geschlecht

Die Wahrscheinlichkeit eines Krankenhausaufenthalts variiert deutlich zwischen den Altersgruppen. War im Durchschnitt der Quartale jeder fünfte Pflegebedürftige (19,4%) im Krankenhaus (Tabelle 17–7), so betraf dies bei den unter Sechzigjährigen nur rund jeden Achten (10,6% bei den Kindern und Jugendlichen sowie 11,9% bei den Pflegebedürftigen im erwerbsfähigen Alter bis 59 Jahre), in der Altersgruppe der 70- bis 79-Jährigen hingegen fast jeden Vierten (23,6%; Abbildung 17–19). Vergleicht man dies mit Krankenhausaufenthalten Nicht-Pflegebedürftiger, zeigt sich ein ähnliches Bild über die Altersgruppen, wenn auch auf einem erwartungsgemäß deutlich niedrigeren Niveau. Anders als bei den Pflegebedürftigen ist hier aber erst in der Altersgruppe der 80- bis 89-Jährigen die Wahrscheinlichkeit für einen Krankenhausaufenthalt am höchsten (8,8 %). Bei beiden Gruppen sinkt die stationäre Behandlungsrate in der zehnten Lebensdekade wieder – die der Pflegebedürftigen jedoch stärker (Abbildung 17–19).

Auch zwischen den Geschlechtern finden sich erhebliche Unterschiede: In den Jahrgängen unter Sechzig sind Frauen häufiger im Krankenhaus, ab 60 Jahre sind es dann die Männer. Beispielsweise ist von den 70- bis 90-jährigen pflegebedürftigen Männern rund jeder Vierte einmal im Quartal im Krankenhaus, bei den Frauen be-

Abbildung 17–19

Personen mit Krankenhaus-Aufenthalt bei Pflegebedürftigen und Nicht-Pflegebedürftigen nach Alter und Geschlecht im Durchschnitt der Quartale (2014)


Quelle: AOK-Daten, standardisiert auf die gesetzlich Versicherten (Amtliche Statistik KM6 2014)

Pflege-Report 2016

WlDO

trifft dies rund jede Fünfte. Die geschlechtsspezifische Inanspruchnahme zeigt sich – wiederum auf einem niedrigeren Ausgangsniveau – auch bei den Nicht-Pflegebedürftigen.

Inanspruchnahme nach Schwere der Pflegebedürftigkeit und Versorgungsform

Die Hospitalisierungsrate je Quartal liegt bei den jeweiligen Versorgungsformen relativ nah beieinander. 2014 wurden 18 % der Pflegegeldempfänger, 22 % der ambulant betreuten Pflegebedürftigen mit Pflegedienst sowie 20 % der stationär betreuten Pflegebedürftigen im Quartal mindestens einmal im Krankenhaus aufgenommen (Tabelle 17–8). Vergleicht man die Hospitalisierungsraten zwischen den Versorgungsformen stufenbezogen, unterscheiden sich diese jedoch: So liegt beispielsweise die Hospitalisierungsrate im Durchschnitt der Quartale bei Pflegebedürftigen der Stufe I (ohne PEA-Einschränkung) in der stationären Versorgung bei 23 %, bei den reinen Geldleistungsbeziehern mit Stufe I hingegen bei 19 %.

Gleichzeitig wird deutlich, dass Personen mit einer eingeschränkten Alltagskompetenz (PEA) einen geringeren Anteil an Krankenhausaufenthalten im Quartal aufweisen als Personen der gleichen Stufe ohne eingeschränkte Alltagskompetenzen. Zum Beispiel liegt die Quote in der Stufe I + PEA-Status über alle Versorgungsbereiche bei 15 % und bei Personen der gleichen Stufe ohne PEA-Status bei

Tabelle 17–8

Anteil Pflegebedürftiger mit Krankenhausaufenthalt nach Schwere der Pflegebedürftigkeit und Versorgungsform im Durchschnitt der Quartale, in % (2014)

Stufe*	Ausschließlich Pflegegeld			Ambulante Sach- und Kombinationsleistung			Vollstationäre Pflege			Alle Pflegebedürftigen**		
	ohne PEA	mit PEA	Gesamt	ohne PEA	mit PEA	Gesamt	ohne PEA	mit PEA	Gesamt	ohne PEA	mit PEA	Gesamt
PS 0		9,5	9,5		11,6	11,6		14,3	14,3		10,3	10,3
PS I	19,2	12,0	17,6	21,0	16,6	19,6	23,1	16,8	19,9	19,9	14,9	18,4
PS II	23,0	16,8	20,5	27,0	22,6	24,7	26,9	20,6	22,2	24,3	20,1	22,1
PSI III (inkl. HF)	23,3	18,5	20,2	30,8	23,7	25,5	27,3	17,4	18,1	24,6	19,1	20,2
Alle Pflegestufen	20,3	13,7	17,9	23,3	19,3	21,5	24,7	18,6	20,4	21,3	17,1	19,4

* Die dargestellte Stufe bezieht sich auf die Stufe, die der Pflegebedürftige am Ende des Quartals hatte.

** Pflegebedürftige, die Pflege in vollstationären Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen nach § 43a SGB XI erhalten, sind ausschließlich in dieser Kategorie enthalten.

Quelle: AOK-Daten, standardisiert auf die gesetzlich Versicherten (Amtliche Statistik KM6 2014)

Pflege-Report 2016

WIdO

20% (Tabelle 17–8). Der Unterschied stellt sich in allen Versorgungsformen ähnlich dar. Insgesamt steigt – wie zu erwarten – der Anteil Personen mit einem Krankenhausaufenthalt jedoch mit der Schwere der Pflegebedürftigkeit an. Pflegebedürftige der Pflegestufe III hingegen sind seltener im Krankenhaus.

17.4.3 Versorgung mit Arzneimitteln

Für die Analyse der Versorgung der Pflegebedürftigen mit Arzneimitteln werden die Medikamente erfasst, die von niedergelassenen Ärzten verordnet wurden. Die hier dargestellten Kennzahlen beschränken die Untersuchung dabei auf möglicherweise problematische Arzneimitteltherapien, die die Gefahr unerwünschter, risikobehafteter Arzneimittelereignisse erhöhen: die gleichzeitige Verordnung von mehreren Wirkstoffen⁶ (Polymedikation) und eine Versorgung mit für ältere Menschen potenziell ungeeigneten Wirkstoffen gemäß der so genannten PRISCUS-Liste⁷ (s. u.). Ferner wird ein vertiefender Blick auf die Behandlung mit Psycholeptika und Psychoanalytika geworfen.

6 Bei den Analysen werden die Arzneimittel nach Wirkstoffen unterschieden, wie sie im anatomisch-therapeutisch-chemischen (ATC) Klassifikationssystem gegliedert sind. Das ATC-System dient der Klassifikation von Arzneimitteln nach therapeutischen, pharmakologischen und chemischen Kriterien. Ausgenommen sind bei diesen Analysen die Wirkstoffe aus der anatomischen Gruppe V (Verschiedene).

7 <http://www.priscus.net/>

Polymedikation

Mit zunehmender Morbidität bzw. zunehmendem Alter steigt das Risiko, eine hohe Anzahl verschiedener Wirkstoffe verordnet zu bekommen. Mit dieser als Polymedikation bezeichneten Verdichtung der pharmakologischen Therapie geht die Zunahme von unerwünschten Wechselwirkungen dieser Wirkstoffe einher. Polymedikation wird in der Literatur unterschiedlich definiert (Meyer 2010; Mukhtar 2010; Thürmann und Selke 2014). Zum einen werden unterschiedliche Grenzwerte bezüglich der Zahl der gleichzeitig verordneten Wirkstoffe zugrunde gelegt. Üblich sind zum Beispiel Cut-off-Punkte bei fünf, sieben oder zehn verordneten Wirkstoffen je Patient und Quartal. Abbildung 17–20 ist entsprechend differenziert gestaltet. Darüber hinaus wird Polymedikation auch dahingehend eingeschränkt, dass die jeweiligen Grenzwerte in mindestens zwei Quartalen überschritten sein müssen. Auf diese Weise sollen allein längerfristig erhöhte Verordnungsraten als Polymedikation definiert werden. Ebenso gibt es Ansätze, die z. B. Impfstoffe oder äußerlich anzuwendende Arzneien wie Dermatika, topische Mittel gegen Gelenk- und Muskelschmerzen oder Arzneimittel zur Anwendung in Augen und Ohren (Ophthalmologika und Otologika) bei den Analysen ausschließen. In den hier dargestellten Analysen wurden solche Ausschlüsse jedoch nicht vorgenommen, da dies zu keinen wesentlichen Veränderungen bei der Anzahl der verordneten Arzneimittel führte.

Abbildung 17–20

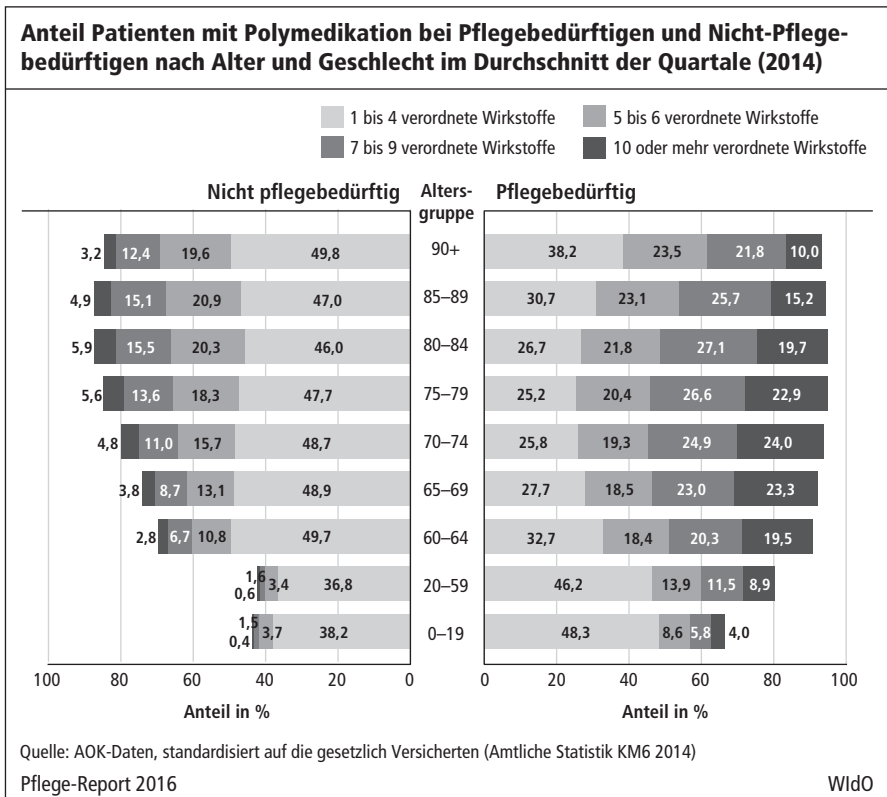


Abbildung 17–20 verdeutlicht, dass in jedem Quartal die Mehrzahl der Pflegebedürftigen Arzneimittel verordnet bekommt. Bei den Nicht-Pflegebedürftigen trifft dies erst auf die über 60-Jährigen zu. Schon bei den jungen Pflegebedürftigen bis 19 Jahre erhält jeder Fünfte (18,4%) fünf oder mehr Wirkstoffe verordnet, 4% erhalten sogar zehn oder mehr Wirkstoffe je Quartal. Mit steigendem Alter nimmt der Anteil Personen mit fünf oder mehr verordneten Wirkstoffen deutlich zu. In den Altersgruppen ab 60 Jahre ist eine deutliche Mehrheit betroffen. Der Anteil ist bei den 70- bis 74-Jährigen (68,2%) und den 75- bis 80-Jährigen (69,8%) am höchsten. In diesen Altersgruppen erhält fast jeder vierte Pflegebedürftige (24 bzw. 22,9%) zehn und mehr Wirkstoffe verordnet. Im Vergleich hierzu erhalten die Nicht-Pflegebedürftigen deutlich weniger Wirkstoffe verordnet. Bei den Nicht-Pflegebedürftigen steigt der Anteil der Patienten mit fünf oder mehr verordneten Wirkstoffen in der Altersgruppe 80 bis 84 Jahre auf im Vergleich deutlich niedrigere 42%. Nur 6% dieser Altersgruppe erhalten zehn oder mehr Wirkstoffe (Abbildung 17–20).

Verordnung nach Schwere der Pflegebedürftigkeit und Versorgungsform

Wie auch in anderen Sektoren der Versorgung zu beobachten steigt der Anteil der von Polymedikation betroffenen Patienten mit zunehmender Morbidität an. Der Anteil steigt auch hier von der Pflegestufe I zur Pflegestufe II und sinkt dann in der Pflegestufe III wieder ab. In die Pflegestufen I und II eingestufte Pflegebedürftige mit einer zusätzlichen Einschränkung der Alltagskompetenz sind jedoch deutlich seltener von Polymedikation (mindestens fünf unterschiedliche Wirkstoffe) betroffen als Pflegebedürftige ohne diese Einschränkung (Tabelle 17–9). In der Pflegestufe III liegen die beiden Patientengruppen nah beieinander.

Tabelle 17–9

Anteil Pflegebedürftiger mit Polymedikation (Anzahl Wirkstoffe ≥ 5) nach Schwere der Pflegebedürftigkeit und Versorgungsform im Durchschnitt der Quartale, in % (2014)

Stufe*	Ausschließlich Pflegegeld			Ambulante Sach- und Kombinationsleistung			Vollstationäre Pflege			Alle Pflegebedürftigen**		
	ohne PEA	mit PEA	Gesamt	ohne PEA	mit PEA	Gesamt	ohne PEA	mit PEA	Gesamt	ohne PEA	mit PEA	Gesamt
PS 0		32,7	32,7		46,1	46,1		50,5	50,5		36,8	36,8
PS I	62,4	39,4	57,2	69,8	56,2	65,3	73,5	61,0	67,1	63,6	49,7	59,4
PS II	60,5	45,7	54,7	73,6	63,3	68,4	76,3	65,3	68,1	64,5	58,5	61,3
PSI III (inkl. HF)	47,2	43,1	44,5	64,1	57,0	58,8	66,3	54,8	55,6	52,2	52,0	52,1
Alle Pflegestufen	61,4	40,3	54,0	70,6	57,7	64,6	74,1	60,9	64,8	63,3	51,9	58,0

* Die dargestellte Stufe bezieht sich auf die Stufe, die der Pflegebedürftige am Ende des Quartals hatte.

** Pflegebedürftige, die Pflege in vollstationären Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen nach § 43a SGB XI erhalten, sind ausschließlich in dieser Kategorie enthalten.

Quelle: AOK-Daten, standardisiert auf die gesetzlich Versicherten (Amtliche Statistik KM6 2014)

Insgesamt betrachtet erhalten die Pflegebedürftigen, die ohne Einbindung von Pflegediensten im häuslichen Setting versorgt werden, zu einem geringeren Anteil fünf und mehr Wirkstoffe verordnet als die Gruppen der beiden anderen Versorgungsformen. Der Unterschied wird bei einer Betrachtung nach Pflegestufen besonders deutlich: Vollstationär und ambulant versorgte Pflegebedürftige unterscheiden sich im Umfang der Medikation deutlich. Die höchsten Raten von Polymedikation bei Arzneimittelpatienten sind demnach in den Pflegestufen I und II (ohne PEA-Status) bei den Pflegebedürftigen mit Sachleistung und in der stationärer Pflege zu beobachten (Tabelle 17–9).

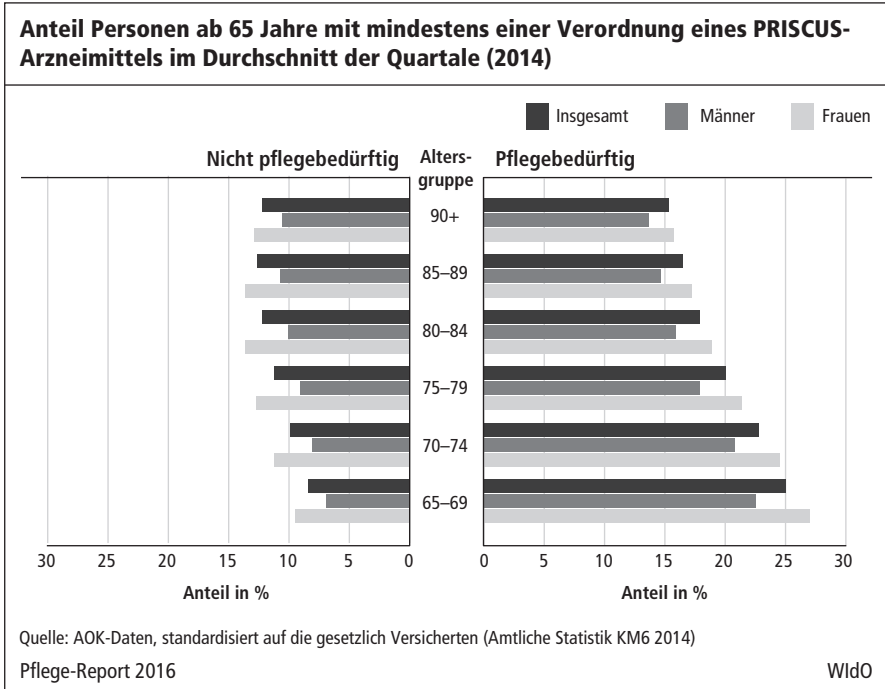
PRISCUS-Arzneimittel

Die mit dem Alter einhergehenden physiologischen Veränderungen zeigen auch Auswirkungen auf die Wirkung und Stoffwechselung von Arzneistoffen. Ältere Patienten sind aufgrund der veränderten Pharmakodynamik und -kinetik stärker von unerwünschten Effekten und Nebenwirkungen der Arzneimittel betroffen. Die nachfolgenden Untersuchungen betrachten die Wirkstoffe, die laut PRISCUS-Liste für ältere Menschen als potenziell ungeeignet gelten. Deshalb werden in diese Analysen nur Personen ab 65 Jahre einbezogen. Für den deutschen Markt wurde eine Liste dieser potenziell ungeeigneten Medikamente, die auf einem Expertenkonsens beruht, unter dem Namen PRISCUS-Liste angepasst und veröffentlicht (Holt et al. 2010).

Verordnung nach Altersgruppen und Geschlecht

Die Analyse von verordneten PRISCUS-Arzneien zeigt auf, dass Pflegebedürftige diese deutlich häufiger verordnet bekommen als Nicht-Pflegebedürftige gleichen Alters (Abbildung 17–21). Jeder vierte Pflegebedürftige (25%) im Alter zwischen 65 und 69 Jahren hat mindestens ein Medikament erhalten, das auf der PRISCUS-Liste steht. Bei den Nicht-Pflegebedürftigen ist dies deutlich weniger als jeder Zehnte (8,4%). Die Wahrscheinlichkeit, ein PRISCUS-Mittel zu erhalten, sinkt bei den Pflegebedürftigen mit zunehmendem Alter. Bei den Nicht-Pflegebedürftigen hingegen bleibt der Anteil relativ konstant bzw. steigt mit dem Alter leicht an. Dies könnte darauf hindeuten, dass Ärzte bei der Behandlung insbesondere älterer Pflegebedürftiger – und damit wahrscheinlich eher multimorbider Patienten – sensibler gegenüber Verordnungen problematischer Arzneien sind als bei Personen gleichen Alters ohne derartige Einschränkung. Letztlich bedürfte es hierfür jedoch einer Analyse, die nach der tatsächlichen Erkrankungslast (Morbidität) der Pflegebedürftigen und Nicht-Pflegebedürftigen differenziert. Ferner zeigt sich ein deutlicher Unterschied zwischen den Geschlechtern: Sowohl bei den Nicht-Pflegebedürftigen als auch bei den Pflegebedürftigen erhalten Frauen in allen Altersgruppen häufiger PRISCUS-Verordnungen als Männer (Abbildung 17–21).

Abbildung 17–21



Verordnung nach Schwere der Pflegebedürftigkeit und Versorgungsform

Betrachtet man die Verordnung von PRISCUS-Arzneimitteln differenziert nach Versorgungsform und Schwere der Pflegebedürftigkeit, so zeigen sich wiederum erhebliche Unterschiede (Tabelle 17–10). Pflegebedürftige mit eingeschränkter Alltagskompetenz erhalten mit rund 17 % seltener ein PRISCUS-Arzneimittel als Pflegebedürftige ohne solche Einschränkungen (20,5 %). Ob dies bedeutet, dass Ärzte bei demenziell Erkrankten bezüglich problematischer Arzneien sensibler bei der Verordnung sind oder ob andere Gründe wie z. B. eine niedrigere kurative Behandlungsrate oder Morbiditätsgesichtspunkte zu den hier beobachteten geringeren PRISCUS-Raten bei Demenzkranken führen, bleibt jedoch zu untersuchen.

PRISCUS-Verordnungshäufigkeit nach Wirkstoffgruppen

Betrachtet man die PRISCUS-Verordnungen differenziert nach Wirkstoffgruppen, wird deutlich, dass die meisten Verordnungen in den Wirkstoffbereich der Gruppe der Psycholeptika und Psychoanaleptika fallen. 8 % der Pflegebedürftigen über 65 Jahre erhalten Psycholeptika und 5 % ein Psychoanaleptikum, das als ungeeignet eingestuft ist (Abbildung 17–22). Bei den Psycholeptika handelt es sich generell um Substanzen mit dämpfender Wirkung auf das Zentralnervensystem; dazu gehören die Antipsychotika (diese hemmen Wahnvorstellungen und dienen u. a. der Behandlung bei Schizophrenie), Anxiolytika (Beruhigungsmittel) und Hypnotika und Sedativa (Schlaf- und Beruhigungsmittel). Psychoanaleptika hingegen sind anregende

Tabelle 17–10

Anteil Pflegebedürftiger ab 65 Jahre mit mindestens einer Verordnung eines PRISCUS-Arzneimittels nach Schwere der Pflegebedürftigkeit und Versorgungsform im Durchschnitt der Quartale, in % (2014)

Stufe*	Ausschließlich Pflegegeld			Ambulante Sach- und Kombinationsleistung			Vollstationäre Pflege			Alle Pflegebedürftigen**		
	ohne PEA	mit PEA	Gesamt	ohne PEA	mit PEA	Gesamt	ohne PEA	mit PEA	Gesamt	ohne PEA	mit PEA	Gesamt
PS 0		13,7	13,7		16,0	16,0		19,7	19,7		14,7	14,7
PS I	19,1	15,5	18,4	19,2	15,0	17,8	20,8	16,9	18,9	19,5	16,0	18,5
PS II	22,9	17,6	20,9	21,9	16,9	19,3	23,3	17,1	18,7	22,7	17,2	19,6
PSI III (inkl. HF)	26,8	18,5	21,0	29,0	18,4	20,6	27,1	16,5	17,1	27,5	17,3	18,7
Alle Pflegestufen	20,1	16,2	18,9	20,3	16,4	18,5	21,9	16,9	18,4	20,5	16,6	18,7

* Die dargestellte Stufe bezieht sich auf die Stufe, die der Pflegebedürftige am Ende des Quartals hatte.

** Pflegebedürftige, die Pflege in vollstationären Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen nach § 43a SGB XI erhalten, sind ausschließlich in dieser Kategorie enthalten.

Quelle: AOK-Daten, standardisiert auf die gesetzlich Versicherten (Amtliche Statistik KM6 2014)

Pflege-Report 2016

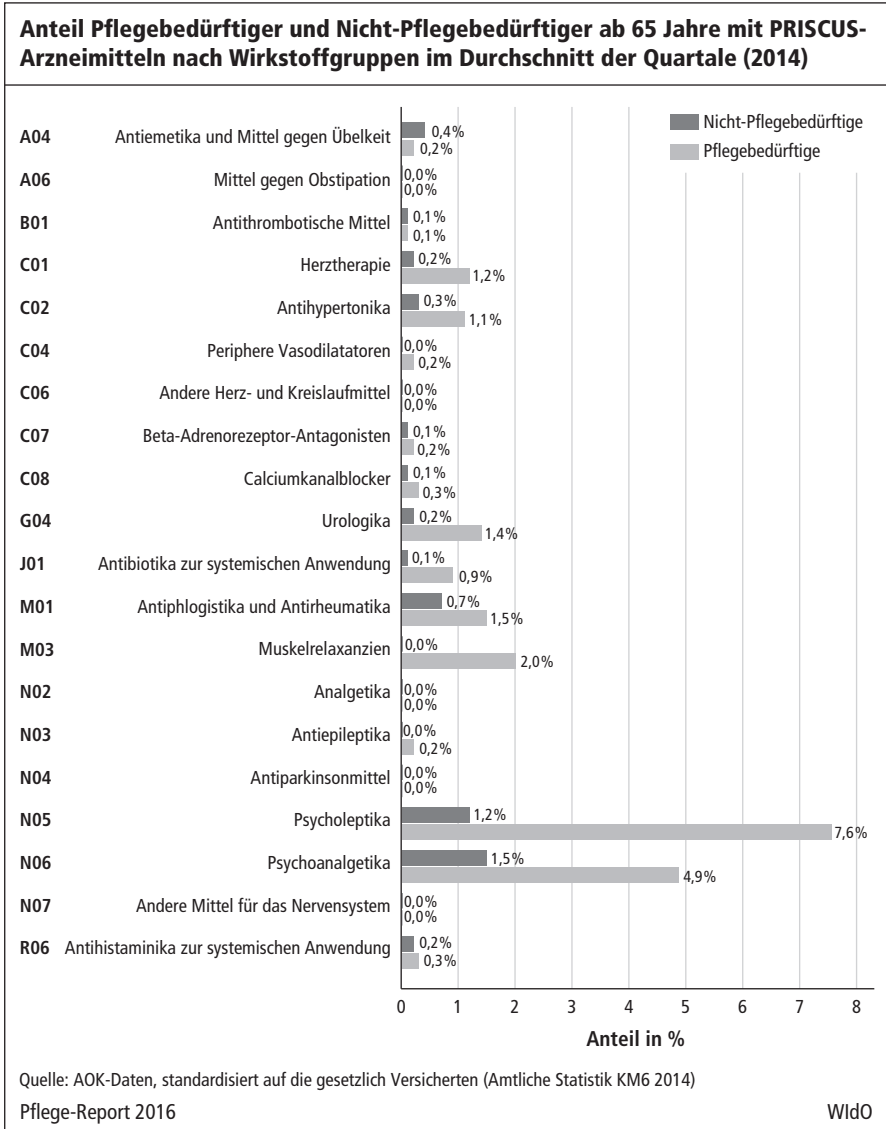
WIdO

bzw. antriebssteigernde Substanzen. Hierunter fallen Antidepressiva, Psychostimulanzien (u. a. zur Behandlung bei ADHS) sowie Antidementiva.

Psycholeptika und Psychoanaleptika

Differenziert man die Verordnungen aus der Wirkstoffgruppe der Psycholeptika und Psychoanaleptika nach den oben benannten Subgruppen, zeigt sich folgendes Bild (Tabelle 17–11): Fast jeder fünfte Pflegebedürftige über 65 Jahre (18,8%) erhält ein Antipsychotikum, jedoch lediglich 1% ein in der PRISCUS-Liste aufgeführtes. Dies ist ein Anteil von rund 6% der Antipsychotikaverordnungen. Anxiolytika und Hypnotika/Sedativa hingegen werden zwar insgesamt deutlich seltener verordnet; die Wahrscheinlichkeit, in diesem Fall ein PRISCUS-Arzneimittel zu erhalten, ist jedoch sehr hoch. Rund 39% der Pflegebedürftigen über 65 Jahre mit einer Verordnung aus der Gruppe der Anxiolytika haben ein Medikament der PRISCUS-Liste erhalten. Bei den Hypnotika und Sedativa trifft dies sogar auf deutlich mehr als zwei Drittel (65,9%) der Personen mit Verordnung zu. Bei den Nicht-Pflegebedürftigen sind die Verordnungsraten insgesamt auf einem deutlich niedrigeren Niveau. Wird ein entsprechendes Mittel verordnet, ist jedoch die Wahrscheinlichkeit, dass es sich um ein Arzneimittel der PRISCUS-Liste handelt, höher. Bei der Gruppe der Psychoanaleptika zeigt sich ein etwas anderes Bild: Jeder fünfte (20%) Pflegebedürftige über 65 Jahre erhält ein Antidepressivum – rund jeder Vierte von diesen ein auf der PRISCUS-Liste aufgeführtes. 7% der Pflegebedürftigen erhalten ein Antidementivum, jedoch nur ein Bruchteil hiervon eines, das auf der PRISCUS-Liste geführt wird (Tabelle 17–11).

Abbildung 17–22



Die Verordnungen von Antipsychotika soll an dieser Stelle genauer betrachtet werden. Neben der Schizophrenie, Manien oder wahnhaften Depressionen sind Antipsychotika auch bei psychischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Demenz indiziert. Mit solchen psychischen und Verhaltensstörungen – international werden diese als *Behavioural and Psychological Symptoms of Dementia*, kurz BPSD, bezeichnet – werden mit der Demenz einhergehende Symptome wie Agitation und Aggressivität, Wahnvorstellungen, Halluzinationen, Apathie und Depression verbunden. Der Einsatz von Antipsychotika für die Behandlung dieser Symptome ist

Tabelle 17–11

Anteil Pflegebedürftiger ab 65 Jahre mit Verordnung von Psycholeptika bzw. Psychoanaleptika im Durchschnitt der Quartale, in % (2014)

Wirkstoffgruppen	Nicht-Pflegebedürftige			Pflegebedürftige		
	Alle Arzneimittel	PRISCUS-Arzneimittel	Anteil mit PRISCUS-Arzneimittel	Alle Arzneimittel	PRISCUS-Arzneimittel	Anteil mit PRISCUS-Arzneimittel
Antipsychotika (N05A)	1,7	0,1	8,7	18,8	1,1	6,1
Anxiolytika (N05B)	2,0	1,2	58,1	6,2	2,4	38,6
Hypnotika und Sedativa (N05C)	1,8	1,5	79,5	5,5	3,6	65,9
Homöopathische und Antroposophische Psycholeptika (N05H)	0,0	–*	–	0,0	–	–
Antidepressiva (N06A)	7,1	2,7	38,0	20,0	4,7	23,3
Psychostimulanzien (N06B)	0,2	0,2	97,6	0,4	0,4	98,2
Psycholeptika und Psychoanaleptika in Kombination (N06C)	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Antidementiva (N06D)	0,6	0,0	4,7	7,0	0,0	0,7

* Kein PRISCUS-Arzneimittel definiert

Quelle: AOK-Daten, standardisiert auf die gesetzlich Versicherten (Amtliche Statistik KM6 2014)

Pflege-Report 2016

WlDO

nicht unumstritten. So benennt z. B. die S3-Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Neurologie (DGN) und der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde e. V. (DGPPN) in Zusammenarbeit mit der Deutschen Alzheimer Gesellschaft e. V. (DAIzG)⁸ eine ganze Reihe von sowohl psychosozialen Interventionen als auch antidementiver Pharmakotherapie, die im Behandlungspfad vorgeschaltet werden sollten. Hingewiesen wird in der Leitlinie auch auf das mit dem Einsatz von Antipsychotika einhergehende erhöhte Mortalitäts- und Schlaganfallrisiko.

Tabelle 17–12 verdeutlicht die Häufigkeit der Verordnungen von Antipsychotika differenziert nach Versorgungsform und Schwere der Pflegebedürftigkeit. Deutlich wird, dass bezogen auf das Quartal jeder dritte demenziell erkrankte Pflegebedürftige über 65 Jahre ein Antipsychotikum erhalten hat. Im Pflegeheim trifft dies auf 42 % der Bewohner mit einer eingeschränkten Alltagskompetenz zu. Im häuslichen Kontext – ohne Sachleistungsbezug – ist dieser Anteil nur halb so hoch.

8 S3-Leitlinie „Demenzen“. AWMF Registernummer 038–013. <http://www.awmf.org/leitlinien/detail/II/038-013.html>.

Tabelle 17–12

Anteil Pflegebedürftiger ab 65 Jahre mit mindestens einer Verordnung von Antipsychotika (N05A) nach Schwere der Pflegebedürftigkeit und Versorgungsform im Durchschnitt der Quartale, in % (2014)

Stufe*	Ausschließlich Pflegegeld			Ambulante Sach- und Kombinationsleistung			Vollstationäre Pflege			Alle Pflegebedürftigen**		
	ohne PEA	mit PEA	gesamt	ohne PEA	mit PEA	gesamt	ohne PEA	mit PEA	gesamt	ohne PEA	mit PEA	gesamt
PS 0		16,6	16,6		24,1	24,1		42,6	42,6		20,5	20,5
PS I	4,1	18,1	6,7	5,6	21,1	10,5	14,3	37,7	25,9	6,5	26,4	12,1
PS II	6,7	23,7	13,1	8,8	28,2	18,8	18,0	43,4	37,1	10,2	35,3	24,3
PSI III (inkl. HF)	11,5	29,7	24,3	14,2	32,7	28,9	23,8	42,3	41,3	15,5	38,2	35,0
Alle Pflegestufen	4,8	21,0	9,6	6,8	26,1	15,6	16,0	41,6	34,0	7,7	31,9	18,8

* Die dargestellte Stufe bezieht sich auf die Stufe, die der Pflegebedürftige am Ende des Quartals hatte.

** Pflegebedürftige, die Pflege in vollstationären Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen nach § 43a SGB XI erhalten, sind ausschließlich in dieser Kategorie enthalten.

Quelle: AOK-Daten, standardisiert auf die gesetzlich Versicherten (Amtliche Statistik KM6 2014)

Pflege-Report 2016

WIdO

17.4.4 Versorgung mit Heilmittelleistungen

Heilmittel werden eingesetzt, um Beeinträchtigungen durch eine Krankheit abzumildern, eine Krankheit zu heilen oder ihr Fortschreiten aufzuhalten. Heilmittel werden aber auch angewendet, um einer Gefährdung der gesundheitlichen Entwicklung eines Kindes frühzeitig entgegenzuwirken. Bei erwachsenen Pflegebedürftigen können Heilmittelverordnungen helfen, die Selbstständigkeit in Teilbereichen so lange wie möglich zu erhalten. Verordnungsfähige Heilmittel gliedern sich in die Bereiche Physiotherapie, Ergotherapie und Sprachtherapie. Seit 2004 hat sich zusätzlich die podologische Behandlung etabliert.

Im Durchschnitt der Quartale wurden fast 30% der Pflegebedürftigen 2014 mit mindestens einer Behandlung versorgt (Tabelle 17–13). Pflegebedürftige Männer und Frauen sind in ähnlichem Umfang in Behandlung. Die mit großem Abstand häufigsten Heilmittelbehandlungen der Pflegebedürftigen entstammen dem Maßnahmenkatalog der Physiotherapie. Im Quartal war im Mittel fast jeder vierte Pflegebedürftige (24,2%) in einer entsprechenden Behandlung. Maßnahmen der Ergotherapie, Sprachtherapie sowie Podologie erhielten zwischen 3% und 5,5% der Pflegebedürftigen. Die pflegebedürftigen Heilmittelpatienten mit entsprechender Therapie erhielten im Durchschnitt rund 17 physiotherapeutische Behandlungen (einzelne Sitzungen), 13 sprachtherapeutische Behandlungen und 15 ergotherapeutische Behandlungen, rein rechnerisch also ungefähr etwas mehr als eine Behandlungssitzung pro Woche des Quartals. Die Therapieintensität – gemessen in Behandlungen je Patient – unterscheidet sich zwischen den Geschlechtern in den Leistungsbereichen Podologie, Sprachtherapie und Ergotherapie nur marginal, bei der

Tabelle 17–13

Verordnungshäufigkeit nach Heilmittelleistungsbereichen im Durchschnitt der Quartale, in % (2014)

Leistungsbereich	Anteil Pflegebedürftiger mit mind. einer Verordnung			Anzahl Behandlungen je Patient		
	Männer	Frauen	Gesamt	Männer	Frauen	Gesamt
Physiotherapie	24,0	24,3	24,2	17,7	16,6	17,0
Podologie	3,7	3,7	3,7	3,5	3,5	3,5
Sprachtherapie	4,2	2,2	3,0	13,3	13,4	13,3
Ergotherapie	6,9	4,6	5,5	15,2	15,1	15,1
Gesamt	30,2	29,2	29,6	15,4	14,8	15,1

Quelle: AOK-Daten, standardisiert auf die gesetzlich Versicherten (Amtliche Statistik KM6 2014)

Pflege-Report 2016

WlDO

Physiotherapie erhielten die Frauen im Durchschnitt eine Behandlung mehr im Quartal (Tabelle 17–13).

Inanspruchnahme physiotherapeutischer Behandlungen nach Altersgruppen und Geschlecht

In der Physiotherapie stehen eine Vielzahl von Maßnahmen wie Manuelle Therapie, Massagetechniken, Sensomotorische Aktivierung und verschiedene Formen der Heilgymnastik zur Verfügung. Das Ziel physiotherapeutischer Maßnahmen sind die Förderung, Erhaltung oder Wiederherstellung der Beweglichkeit und Funktionalität des Muskel- und Skeletapparates und häufig auch die Schmerzreduktion. Durchschnittlich mehr als ein Fünftel aller Pflegebedürftigen (24,2%) erhält im Mittel der vier Quartale 2014 jeweils Physiotherapie (Tabelle 17–14). Der Anteil der physiotherapeutischen Patienten ist bei den weiblichen Pflegebedürftigen in jeder Altersgruppe höher als bei den männlichen. Ab der neunten Lebensdekade gleichen sich die Geschlechter an. Die meisten physiotherapeutischen Patienten sind unter den Pflegebedürftigen im Alter zwischen 20 und 59 zu finden, der Patientenanteil erreicht bei dieser viele Jahrgänge umfassenden Gruppe 30%. Die Nicht-Pflegebedürftigen erhalten insgesamt deutlich weniger Physiotherapie verordnet. Auch hier überwiegt der Anteil der Frauen mit Verordnungen deutlich den der Männer. Die Zeit mit der höchsten Behandlungsrate liegt bei den Nicht-Pflegebedürftigen erwartungsgemäß deutlich später im Lebenszyklus (Abbildung 17–23).

Inanspruchnahme physiotherapeutischer Behandlungen nach Schwere der Pflegebedürftigkeit und Versorgungsform

Die Verordnung von Physiotherapie entwickelt sich erwartungsgemäß entlang der sich in Pflegebedürftigkeit äußernden körperlichen Einschränkungen. Von der Pflegestufe I (20,6%) über die Pflegestufe II (29,2%) bis zur Pflegestufe III (33,8%) nimmt der Anteil der Personen mit physiotherapeutischer Unterstützung an den Pflegebedürftigen zu (Tabelle 17–14). Wie bei der Inanspruchnahme von ambulanten oder stationären ärztlichen Leistungen sind auch hier Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz deutlich seltener Patienten als Personen mit ansonsten

Tabelle 17–14

Physiotherapie – Anteil Pflegebedürftiger mit mindestens einer Behandlung nach Pflegestufe und Pflegeart im Durchschnitt der Quartale, in % (2014)

Stufe*	Ausschließlich Pflegegeld			Ambulante Sach- und Kombinationsleistung			Vollstationäre Pflege			Alle Pflegebedürftigen**		
	ohne PEA	mit PEA	gesamt	ohne PEA	mit PEA	gesamt	ohne PEA	mit PEA	gesamt	ohne PEA	mit PEA	gesamt
PS 0		8,2	8,2		8,0	8,0		7,1	7,1		8,1	8,1
PS I	22,9	12,4	20,5	26,1	13,4	21,9	25,3	12,3	18,7	23,8	13,0	20,6
PS II	30,9	21,3	27,1	42,6	28,6	35,5	40,3	22,2	26,7	35,5	23,7	29,2
PSI III (inkl. HF)	41,3	36,2	38,0	55,2	41,0	44,6	46,5	23,1	24,7	47,0	30,2	33,8
Alle Pflegestufen	25,5	17,2	22,6	32,4	22,8	28,0	31,6	19,6	23,2	28,1	19,7	24,2

* Die dargestellte Stufe bezieht sich auf die Stufe, die der Pflegebedürftige am Ende des Quartals hatte.
 ** Pflegebedürftige, die Pflege in vollstationären Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen nach § 43a SGB XI erhalten, sind ausschließlich in dieser Kategorie enthalten.

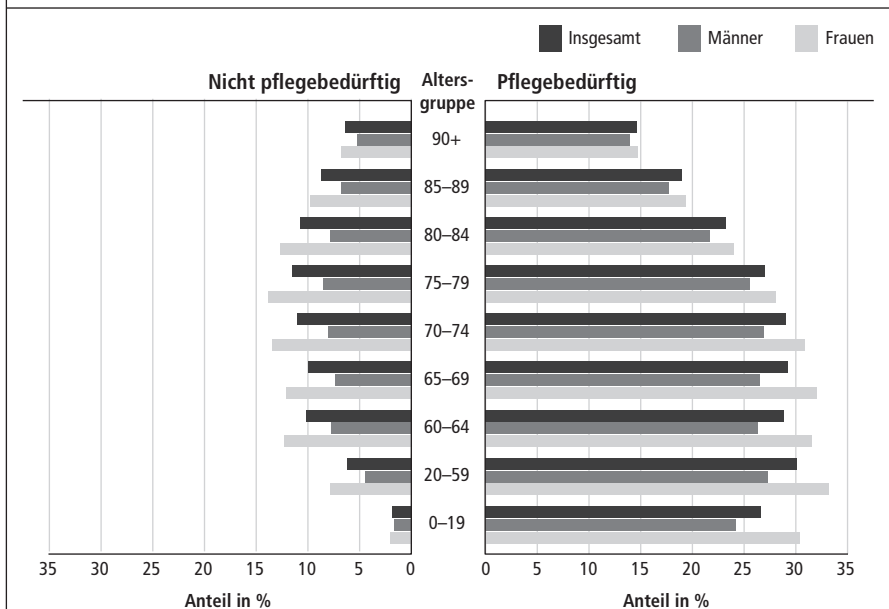
Quelle: AOK-Daten, standardisiert auf die gesetzlich Versicherten (Amtliche Statistik KM6 2014)

Pflege-Report 2016

WIdO

Abbildung 17–23

Physiotherapie-Patienten bei Pflegebedürftigen und Nicht-Pflegebedürftigen nach Alter und Geschlecht im Durchschnitt der Quartale (2014)



Quelle: AOK-Daten, standardisiert auf die gesetzlich Versicherten (Amtliche Statistik KM6 2014)

Pflege-Report 2016

WIdO

gleicher Einstufung ihrer Pflegebedürftigkeit. Im Durchschnitt sind in einem Quartal über alle Stufen hinweg betrachtet 28 % der Pflegebedürftigen ohne kognitive Einschränkungen, demgegenüber aber nur 20 % der Pflegebedürftigen mit PEA-Status in physiotherapeutischer Behandlung.

Die Analyse der Pflegesettings zeigt zwei Trends: Von den Pflegebedürftigen *ohne* PEA-Status, die Sach- oder Kombinationsleistungen erhalten oder im Pflegeheim leben, ist ein auffallend größerer Anteil in physiotherapeutischer Behandlung als von den rein informell Versorgten ohne PEA-Status. Die Versorgungsquote bei Pflegebedürftigen *mit* PEA-Status hingegen ist über die verschiedenen Settings hinweg recht ähnlich. Nur Personen in der Stufe III *mit* PEA-Status, die im Heim versorgt werden, erhalten deutlich seltener Physiotherapie als Personen mit gleicher Pflegebedürftigkeit im ambulanten Setting (Tabelle 17–14).

Inanspruchnahme ergotherapeutischer Behandlungen nach Altersgruppen und Geschlecht

Neben der Physiotherapie soll auch die Behandlung der Pflegebedürftigen mit Ergotherapie vertieft dargestellt werden. Ergotherapie umfasst motorisch-funktionelle, psychisch-funktionelle und sensomotorisch-perzeptive Therapien sowie das so genannte Hirnleistungstraining. Ziel der ergotherapeutischen Maßnahmen ist die (Wiederherstellung der) Selbstständigkeit bei alltäglichen Verrichtungen und bei der Selbstversorgung. Ergotherapie wird bei Kindern u. a. bei motorischen Entwicklungsstörungen (UEMF) eingesetzt, bei Erwachsenen stehen rehabilitative Maßnahmen nach Stürzen, Operationen und schweren Unfällen im Vordergrund. Bei Senioren kommen ergotherapeutische Behandlungen bei demenziellen Syndromen oder zur palliativen Versorgung zum Einsatz.

Nur ein marginaler Anteil an den nicht-pflegebedürftigen Versicherten nimmt ergotherapeutische Leistungen in Anspruch. Dies veranschaulicht Abbildung 17–24. Eine Ausnahme bildet die Gruppe der Kinder- und Jugendlichen (0-19 Jahre): Hier nehmen 1,7 % der nicht-pflegebedürftigen Jungen und 0,8 % der Mädchen Ergotherapie in Anspruch. Bei den Pflegebedürftigen ist das Inanspruchnahmeverhalten anders: Rund 18 % der 0- bis 19-Jährigen erhalten Ergotherapie, die Jungen deutlich häufiger als die Mädchen. Ergotherapeutische Maßnahmen schulen bei dieser Altersgruppe zumeist die Motorik, die Konzentrationsfähigkeit und das Sozialverhalten. Von den Pflegebedürftigen über 65 Jahre erhalten rund 8 % ergotherapeutische Behandlungen. Der Anteil sinkt dann jedoch kontinuierlich mit dem Alter (Abbildung 17–24).

Betrachtet man die Inanspruchnahme der Ergotherapie wiederum differenziert nach Versorgungsbereichen, so wird deutlich, dass der Anteil der Patienten an den Pflegebedürftigen mit der Schwere der Pflegebedürftigkeit zunimmt. Pflegebedürftige mit eingeschränkter Alltagskompetenz sind erwartungsgemäß eher in ergotherapeutischer Behandlung als Pflegebedürftige ohne PEA-Status. Dies gilt durchgängig jedoch nur für Pflegebedürftige mit der Pflegestufe I bzw. für Pflegebedürftige, die ausschließlich Pflegegeld erhalten. Ab der Pflegestufe II erhalten Pflegebedürftige mit eingeschränkter Alltagskompetenz in der vollstationären Pflege oder bei Sach- und Kombinationsleistungsbezug deutlich seltener Ergotherapie als Personen ohne diese Einschränkung (Tabelle 17–15).

Abbildung 17–24

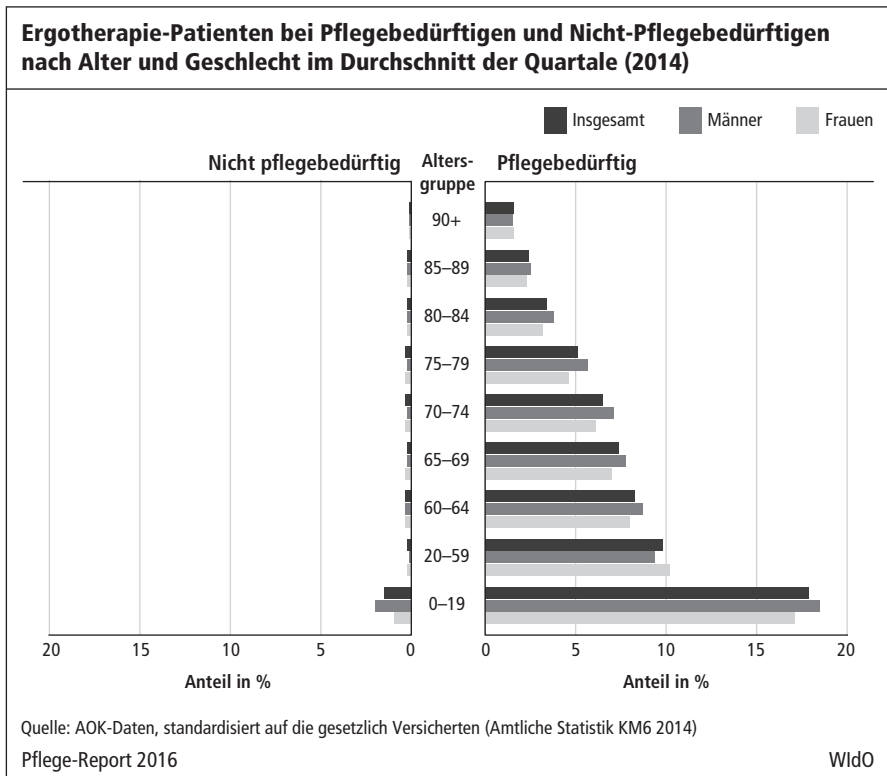


Tabelle 17–15

Ergotherapie – Anteil Pflegebedürftiger mit mindestens einer Behandlung nach Pflegestufe und Pflegeart im Durchschnitt der Quartale, in % (2014)

Stufe*	Ausschließlich Pflegegeld			Ambulante Sach- und Kombinationsleistung			Vollstationäre Pflege			Alle Pflegebedürftigen**		
	ohne PEA	mit PEA	gesamt	ohne PEA	mit PEA	gesamt	ohne PEA	mit PEA	gesamt	ohne PEA	mit PEA	gesamt
PS 0		4,9	4,9		2,9	2,9	1,9	1,9		4,3	4,3	
PS I	3,2	6,1	3,8	3,1	3,7	3,3	3,1	3,2	3,1	3,3	4,7	3,7
PS II	5,9	7,8	6,6	9,2	8,0	8,5	8,1	5,6	6,2	7,3	6,9	7,1
PSI III (inkl. HF)	9,5	12,0	11,1	15,9	12,0	13,0	15,4	6,9	7,5	12,5	9,3	9,9
Alle Pflegestufen	4,0	7,1	5,1	5,6	6,5	6,0	5,5	5,3	5,3	4,8	6,3	5,5

* Die dargestellte Stufe bezieht sich auf die Stufe, die der Pflegebedürftige am Ende des Quartals hatte.

** Pflegebedürftige, die Pflege in vollstationären Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen nach § 43a SGB XI erhalten, sind ausschließlich in dieser Kategorie enthalten.

Quelle: AOK-Daten, standardisiert auf die gesetzlich Versicherten (Amtliche Statistik KM6 2014)

17.5 Versorgungsstrukturen und Personal in der Langzeitpflege in Deutschland

Angebotsstrukturen

Rund 26 000 ambulante und stationäre Pflegedienste und -einrichtungen erfasste das Statistische Bundesamt zum Jahresende 2013 im Rahmen der Erhebung der Pflegestatistik. Zehn Jahre zuvor waren es nur 20 000 und damit über ein Viertel (26,6%) weniger. Die Zahl der Pflegedienste ist innerhalb dieses Zeitraums von rund 10 600 auf 12 800 und somit um 20%, die Zahl der Pflegeheime von 9 700 auf 13 000, d. h. um 34% gestiegen (Abbildung 17–25).

Nur eine Minderheit der Pflegeinfrastruktur ist in öffentlicher Hand (1,4% der ambulanten Dienste 4,7% der Heime). Die Mehrzahl der ambulanten Dienste (63,9%) wird durch private Anbieter betrieben, 35% durch freigemeinnützige. Der Marktanteil hat sich seit 2003 deutlich zugunsten der privaten Anbieter verschoben, aber auch 2003 war mit 55% die Mehrzahl der ambulanten Dienste schon in privater Trägerschaft. Bei den stationären Einrichtungen wird etwas mehr als die Hälfte durch freigemeinnützige Träger betrieben, 41% durch Private. Der Marktanteil hat sich anders als im ambulanten Sektor jedoch nur gering verändert. Insbesondere der Anteil öffentlicher Träger ist innerhalb der letzten zehn Jahre deutlich zurückgegangen (Abbildung 17–25).

Die stationären Angebote lassen sich ferner danach differenzieren, ob die Einrichtung stationäre Dauerpflege, Tages- und Nachtpflege, Kurzzeitpflege oder eine

Abbildung 17–25

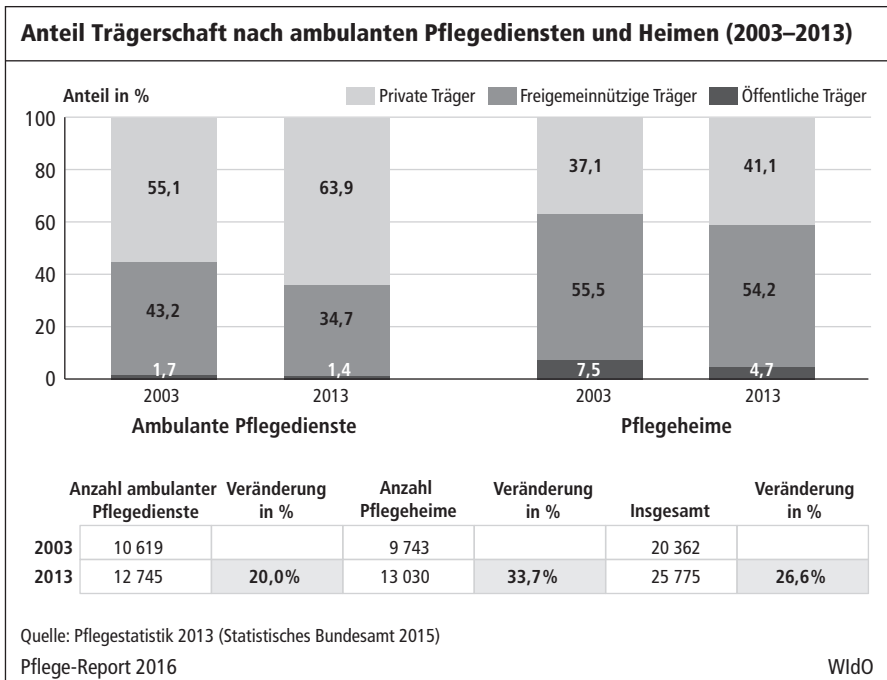
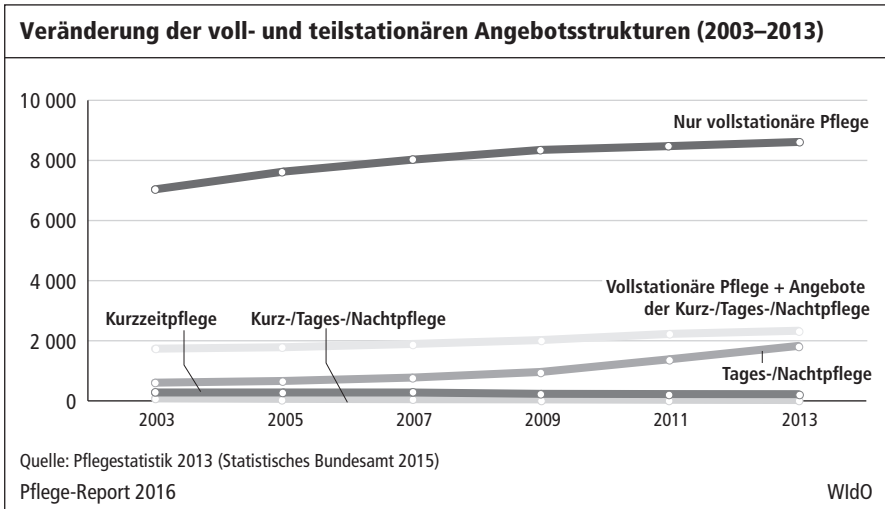


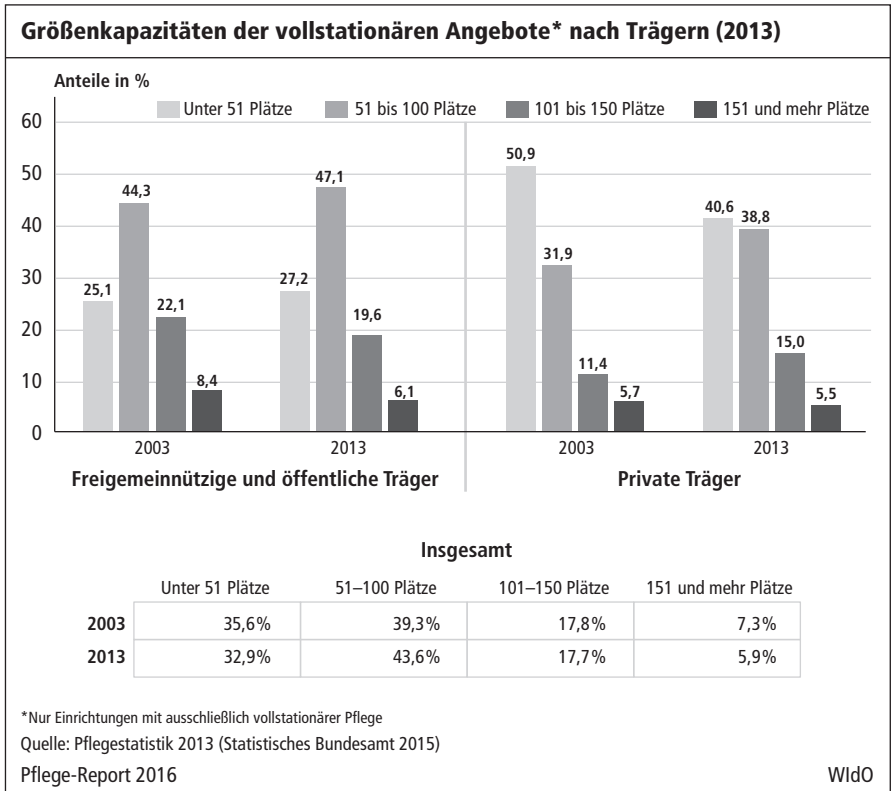
Abbildung 17–26



Mischung dieser Angebote bereitstellt. Abbildung 17–26 verdeutlicht, dass die Mehrzahl (8 615 Einrichtungen) der rund 13 000 stationären Einrichtung ausschließlich Dauerpflege anbietet. Mit rund 1 800 Einrichtungen im Jahr 2013 ist hiernach die Tages- und Nachtpflege die häufigste solitäre Angebotsform. Die Zahl dieser Einrichtungen hat sich in den letzten zehn Jahren verdreifacht und ist damit deutlich überproportional gestiegen. Anbieter, die allein Kurzzeitpflege bereitstellen, sind hingegen selten (224 Einrichtungen). In der Regel findet die Kurzzeitpflege in vollstationären Einrichtungen statt, die zusätzlich ein entsprechendes Angebot bereithalten (2 334 Einrichtungen) (Abbildung 17–26).

Neben der reinen Anzahl der Pflegeeinrichtungen sind auch deren Kapazitätsgrößen von Interesse. Abbildung 17–27 zeigt die Zahl der Pflegeplätze in Einrichtungen der Dauerpflege. Insgesamt boten im Jahr 2013 33 % der Einrichtungen weniger als 50 Plätze an, 44 % hatten eine Größenordnung von 51 bis 100 Plätzen. Damit hat fast jedes vierte Pflegeheim (24 %) mehr als 100 Bewohner. Die Kapazitäten unterschieden sich zwischen den Trägern. Während bei den freigemeinnützigen und öffentlichen Trägern fast die Hälfte der Pflegeheime (47,1 %) zwischen 51 und 100 Pflegeplätze aufweist, sind dies bei den privaten lediglich 39 %. Die privaten Anbieter betreiben ferner viel häufiger kleine Pflegeeinrichtungen mit bis 50 Plätzen (40,6 %) als die freigemeinnützigen und öffentlichen Träger (27,2 %). Innerhalb der letzten zehn Jahre ist – insbesondere bei den privaten Anbietern – ein Trend hin zu Pflegeheimen mit der Größenkapazität 50 bis 100 Pflegeplätze zu beobachten. Der Anteil der Heime mit größerer Pflegeplatzanzahl hat hingegen abgenommen (Abbildung 17–27).

Abbildung 17–27



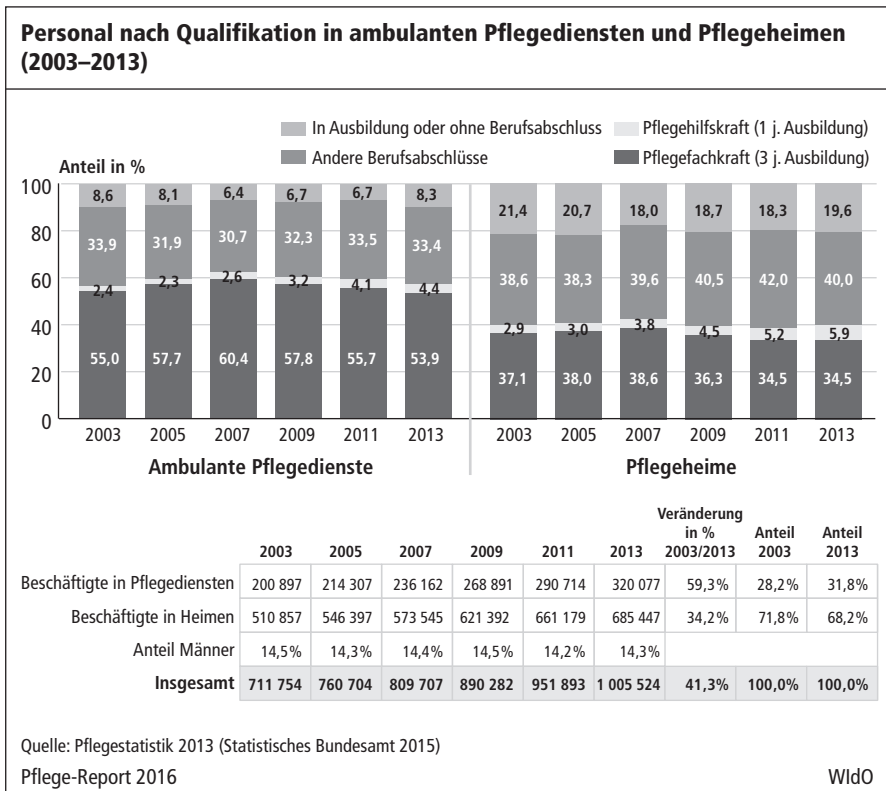
Zahl und Qualifikation des Personals

In den rund 26 000 Pflegeheimen und -diensten waren Ende des Jahres 2013 rund 1 Mio. Personen beschäftigt, 2003 waren dies noch 710 000 gewesen. Die Zahl der im Pflegesektor Beschäftigten ist folglich um 41 % angestiegen. Etwas mehr als zwei Drittel (68,2 %) der Beschäftigten war Ende 2013 im stationären Bereich tätig, dies entspricht 690 000 Arbeitnehmern. Die ambulanten Pflegedienste beschäftigten insgesamt 320 000 Personen, der Personalanstieg war dort mit rund 60 % stärker als im stationären Versorgungskontext. Der Anteil der Männer am Personal betrug 2013 14 % und ist innerhalb der letzten zehn Jahre konstant geblieben (Abbildung 17–28).

Im ambulanten Sektor hat etwas mehr als die Hälfte der dort Beschäftigten eine Qualifikation als Altenpfleger/in, Gesundheits- und Krankenpfleger/in (bzw. Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/in) (im Folgenden auch als Pflegefachkräfte bezeichnet). Der Anteil Personen ohne Berufsabschluss liegt bei unter 10 %.

Im stationären Versorgungskontext überwiegt der Anteil der Personen, die entweder (noch) keine Berufsausbildung aufweisen, Personen mit anderen Berufsabschlüssen – hierunter auch heilerzieherische und Medizinalfachberufe wie Physiotherapie oder Ergotherapie – und Personen, die eine landesrechtlich anerkannte einjährige Ausbildung zur Pflegehilfskraft abgeschlossen haben. Lediglich 34 %

Abbildung 17–28

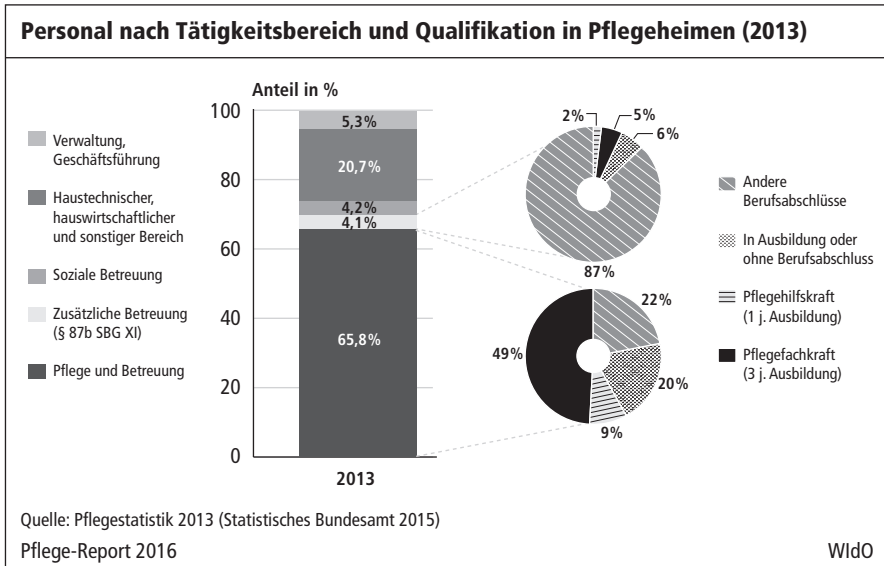


des Ende 2013 beschäftigten Personals in Pflegeheimen hatten eine dreijährige Ausbildung als Pflegefachkraft. Der Anteil war innerhalb der letzten zehn Jahre leicht rückläufig (Abbildung 17–28).

Aufzuzeigen ist ferner, dass – dies gilt für den ambulanten wie auch den stationären Sektor – nur ein Bruchteil der Personen, die als Hilfskräfte tätig sind, eine einjährige Ausbildung zur Hilfskraft absolviert haben. In den Pflegeheimen ist der Anteil dieser Personengruppe innerhalb der letzten zehn Jahre zwar angestiegen, Ende 2013 betrug er jedoch immer noch lediglich 6%.

Bezogen auf Personen in der direkten Pflege und Betreuung lag der Anteil pflegfachlich qualifizierter Kräfte in den Pflegeheimen jedoch deutlich höher (Abbildung 17–29). Rund die Hälfte der hier Tätigen (49%) hatte eine dreijährige Ausbildung, weitere 9% hatten eine einjährige Qualifikation zur Hilfskraft. Den Pflegeheimen war es seit Mitte 2008 möglich, für Personen mit einer eingeschränkten Alltagskompetenz zusätzliche Betreuungspersonen zu beschäftigen. Seit 2015 gilt dies auch für Heimbewohner, die einen Hilfebedarf an Grundpflege und in der Hauswirtschaft haben, der unterhalb der Stufe I liegt. § 87b SGB XI regelt, dass für 20 Personen je eine zusätzliche (sozialversicherungspflichtig beschäftigte) Betreuungsperson finanziert werden kann. Heute sind 4% des Personals in Pflegeheimen

Abbildung 17–29



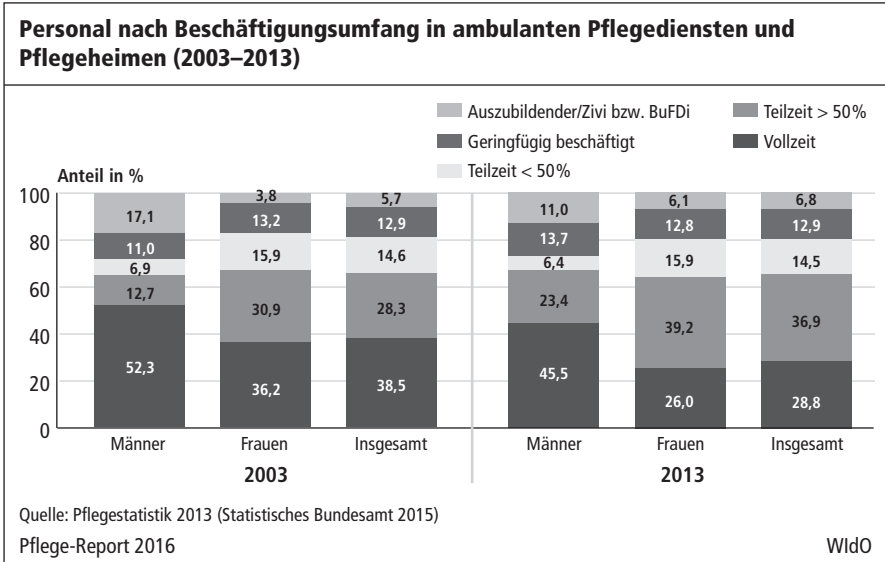
diesem Tätigkeitsbereich zuzuordnen (Abbildung 17–29). Die Tätigkeit als Betreuungskraft sollte explizit auch Quereinsteigern offen stehen. Die Betreuungskräfte müssen eine entsprechende Qualifizierungsmaßnahme in Form eines Praktikums, einer 160 Stunden umfassenden Fortbildung und regelmäßiger Fortbildungstage durchlaufen⁹. Gleichwohl haben 5 % der Betreuungskräfte eine dreijährige Qualifikation als Pflegefachkraft (Abbildung 17–29). Auch Ergotherapeuten sind als Betreuungskräfte beschäftigt (3 %). Darüber hinaus wird die Qualifikation des Betreuungspersonals nach § 87b SGB XI häufig als „sonstiger pflegerischer Beruf“ angegeben. Dies kann bedeuten, dass das Personal Haus- und Familienpflegehelfer, Familienbetreuer, Schwesternhelfer oder Altenpflegehelfer ohne staatlich anerkannten Abschluss ist. Aber auch die oben beschriebene Qualifikation zur zusätzlichen Betreuungskraft (Betreuungsassistent) wird in dieser Form erfasst¹⁰.

Nur eine Minderheit des Personals – weniger als jeder Dritte (28,8 %) – in ambulanten und stationären Pflegediensten und -einrichtungen war Ende des Jahres 2013 in Vollzeit tätig. Zehn Jahre zuvor waren dies noch 39 %. Männer und Frauen unterscheiden sich deutlich hinsichtlich der Teilzeitquote: Während im Jahr 2013

9 Siehe Richtlinien nach § 87b Abs. 3 SGB XI zur Qualifikation und zu den Aufgaben von zusätzlichen Betreuungskräften in stationären Pflegeeinrichtungen (Betreuungskräfte-RI) vom 19. August 2008 in der Fassung vom 29. Dezember 2014 https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/pflegeversicherung/richtlinien_vereinbarungen_formulare/rahmenvertraege_richtlinien_und_bundesempfehlungen/2014_12_29_Angepasste_Richtlinien_87b_SGB_XI_final.pdf (01. Dezember 2015).

10 Erläuterungen zum Fragebogen der Pflegestatistik – Stationäre Pflegeeinrichtungen (Pflegeheime) unter https://www.statistik.bayern.de/medien/statistik/erhebungen/pfs_s11-15erl%C3%A4uterung.pdf (01. Dezember 2015).

Abbildung 17–30



nur rund jede vierte Frau (26%) in Vollzeit tätig ist, ist dies bei den Männern fast jeder Zweite (45,5%). Der Rückgang der Personen, die in Vollzeit arbeiten, war innerhalb der letzten zehn Jahre bei den Frauen noch stärker als bei den Männern (Abbildung 17–30).

Bogai et al. (2015) zeigen in einer Studie auf, dass der Anteil der Teilzeitkräfte deutlich überproportional ist. Er lag 2013 bei allen sozialversicherungspflichtigen Beschäftigten bei nur 27%. Durch eine Analyse des Mikrozensus (2013) zeigen die Autoren ferner, dass vor allem in Ostdeutschland ein erheblicher Anteil der Altenpflegekräfte „unfreiwillig“ in Teilzeit ist. Dort gibt fast die Hälfte der Teilzeit in der Altenpflege tätigen Personen (55% der Altenpflegehelfer und 46% der Fachkräfte in der Altenpflege) an, dass sie in Teilzeit arbeiten, da sie keine Vollzeittätigkeit finden können. In Nord(west)- und Süddeutschland liegen die entsprechenden Anteile für die Hilfskräfte immerhin noch bei 21 bzw. 14% und für die Fachkräfte bei 16 bzw. 10% (Bogai et al. 2015, S. 10).

17.6 Zusammenfassung

Der Beitrag zeigt die Entwicklung der Pflegebedürftigkeit und die gesundheitliche Versorgung von Pflegebedürftigen in Deutschland. Die Analysen basieren auf der amtlichen Statistik der gesetzlichen Pflegeversicherung, auf standardisierten AOK-Daten sowie auf der Pflegestatistik des Statistischen Bundesamtes.

Laut amtlicher Statistik der gesetzlichen Pflegeversicherung waren im Jahr 2014 rund 2,7 Mio. Personen pflegebedürftig, dies entspricht knapp 4% der gesetzlich versicherten Bundesbürger. Mit dem Alter nimmt die Wahrscheinlichkeit, pflegebedürftig

tig zu sein, deutlich zu. Bei den über 90-Jährigen ist bei einer Quote von 58 % sogar eine deutliche Mehrzahl der Personen pflegebedürftig. Zudem unterscheidet sich die Pflegeprävalenz zwischen Männern und Frauen: Frauen sind insbesondere in den höheren Altersgruppen deutlich stärker von Pflegebedürftigkeit betroffen.

Die Zahl der Pflegebedürftigen hat sich innerhalb der letzten zehn Jahre um ca. 44 % erhöht. Berücksichtigt man jedoch die fortschreitenden Alterungsprozesse der Gesellschaft und die seit dem Jahr 2008 geltende Ausweitung des anspruchsberechtigten Personenkreises um Personen mit Pflegebedarf unterhalb der Pflegestufe I, so zeigt sich darüber hinaus nur ein recht moderater Anstieg von 12 %. Mit Einführung des Status „eingeschränkte Alltagskompetenz“ wurden die Leistungen auch für solche Personen aufgestockt, die bereits eine Pflegestufe aufweisen. Rund die Hälfte der gesetzlich versicherten Pflegebedürftigen hat heute eine solche eingeschränkte Alltagskompetenz, wobei die Anteile je nach Schwere der Pflege und Versorgungsform stark variieren. In der Pflegestufe I benötigen 30 %, in der Pflegestufe III 81 % aufgrund dieser Einschränkung entsprechende Hilfen bei der allgemeinen Betreuung. Auch bei den Geldleistungsbeziehern ist der Anteil mit rund 37 % unterproportional, während im stationären Setting 70 % und damit eine deutliche Mehrheit der Heimbewohner eine eingeschränkte Alltagskompetenz haben.

Insgesamt wird die Mehrzahl der Pflegebedürftigen – nämlich drei von vier – in ihrer häuslichen Umgebung betreut. Die Hälfte bezieht dabei ausschließlich Pflegegeld, rund ein Viertel entschied sich entweder für eine Kombination aus Geld- und Sachleistung oder für den alleinigen Bezug von Sachleistungen. Nur jeder vierte Pflegebedürftige wird in einem stationären Pflegeheim versorgt. Von den ambulant Versorgten hat im Jahresdurchschnitt jeder Vierte mindestens einmal eine Verhinderungspflege und mehr als jeder zehnte eine Kurzzeitpflege genutzt. Tages- und Nachtpflege hingegen wird nur von einer Minderheit (rund 4 %) in Anspruch genommen. Im Vergleich zum Jahr 2011 ist die Inanspruchnahme aller drei Angebotsformen gestiegen, am deutlichsten ist die Veränderung bei der Verhinderungspflege; moderat war der Zuwachs allein bei der Kurzzeitpflege.

Aufgezeigt wurde ferner, dass ein nicht unerheblicher Anteil von Pflegebedürftigen nur für einen kurzen Zeitraum vor ihrem Tode pflegebedürftig wird. Von den erstmals Pflegebedürftigen ist fast jeder Vierte bereits nach einem halben Jahr und knapp jeder Dritte nach einem Jahr verstorben. Die Überlebenszeiten sind zudem bei den Männern kürzer als bei den Frauen, was – unter Berücksichtigung dessen, dass Männer im Durchschnitt eine höhere Pflegeschwere aufweisen – darauf hindeuten könnte, dass Männer erst zu einem späteren Zeitpunkt, d. h. bei bereits erhöhter Morbidität, in die Pflegebedürftigkeit eintreten. Bezogen auf das Eintrittsalter sind die Überlebenszeiten der neu in die Pflege eingetretenen Personen (ausgenommen der Gruppe der Kinder- und Jugendlichen) überraschenderweise relativ homogen. Dies dürfte darauf zurückzuführen sein, dass die inzidente Kohorte (Eintritt in die Pflegebedürftigkeit) zunächst eine so ausgeprägte Morbiditätslast hat, dass Alterseffekte in den Hintergrund treten.

Als Kennzahl für die ärztliche Versorgung der Pflegebedürftigen wurden die Facharztkontakte ausgewertet. 85 % der Pflegebedürftigen hatten 2014 einen oder mehrere Kontakte zu einer Facharztpraxis, im Mittel der Quartale etwa 66 %. Die Inanspruchnahme unterscheidet sich nicht wesentlich zwischen Pflegebedürftigen und Nicht-Pflegebedürftigen. Betrachtet man die Frequenz der Inanspruchnahme

der fachärztlichen Versorgung differenziert nach der Schwere der Pflegebedürftigkeit, so zeigt sich, dass Personen, die über ihre körperlich bedingte Pflegebedürftigkeit hinaus zusätzlich eine eingeschränkte Alltagskompetenz (PEA-Status) aufweisen, in allen Pflegestufen jeweils zu einem leicht geringeren Anteil Facharztbesuche wahrnehmen als Pflegebedürftige der gleichen Stufe ohne diese Einschränkung. Ferner zeigt sich für die Pflegebedürftigen im stationären Sektor in allen Pflegestufen eine insgesamt höhere Quote an Facharztkontakten als im ambulanten Sektor. Inwiefern die beobachteten Effekte durch Unterschiede in der Morbidität begründet sind oder auf eine verminderte ärztliche Versorgung im häuslichen Kontext hinweisen, konnte hier nicht weiter untersucht werden.

Mit Bezug zum Krankenhaus wurde die erhebliche Bedeutung von Pflegebedürftigkeit für den Versorgungsalltag herausgearbeitet: Bei nahezu jedem vierten Krankenhausfall wird ein Pflegebedürftiger behandelt. Jeder zehnte Krankenhausfall betrifft Personen mit einer eingeschränkten Alltagskompetenz – mit zunehmender Tendenz. Anders herum bedeutet dies aber auch: Fast die Hälfte der Pflegebedürftigen hatte innerhalb des Jahres 2014 mindestens einen Krankenhausaufenthalt. Im Durchschnitt waren die Betroffenen zweimal im Krankenhaus. Vergleicht man die Hospitalisierungsraten zwischen den Versorgungsformen je Pflegestufe, unterscheiden sich diese dahingehend, dass informell versorgte Personen eine geringere Hospitalisierungsrate aufweisen. Gleichzeitig wird deutlich, dass Personen mit einer eingeschränkten Alltagskompetenz (PEA) einen geringeren Anteil an Krankenhausaufenthalten im Quartal aufweisen als Personen der gleichen Stufe ohne eingeschränkte Alltagskompetenzen.

Mit zunehmender Morbidität bzw. zunehmendem Alter steigt das Risiko, eine hohe Anzahl verschiedener Arzneiwirkstoffe verordnet zu bekommen. Mit dieser als Polymedikation bezeichneten Verdichtung der pharmakologischen Therapie geht die Zunahme von unerwünschten Wechselwirkungen dieser Wirkstoffe einher. In den Altersgruppen ab 60 Jahre erhalten sowohl die Nicht-Pflegebedürftigen als auch die Pflegebedürftigen mehrheitlich fünf oder mehr Wirkstoffe verordnet. Insgesamt liegt die Zahl der Verordnungen bei den Pflegebedürftigen jedoch deutlich höher als bei den Nicht-Pflegebedürftigen. So erhalten rund 68 % der 70- bis 74-Jährigen Pflegebedürftigen mehr als fünf und jeder Vierte sogar mehr als zehn Wirkstoffe. Wie auch in anderen Sektoren der Versorgung zu beobachten ist, steigt der Anteil Pflegebedürftiger mit zunehmender Schwere der Pflegebedürftigkeit an und sinkt dann in der Pflegestufe III wieder ab. Auch sind Pflegebedürftige mit einer zusätzlichen Einschränkung der Alltagskompetenz deutlich seltener von Polymedikation betroffen als Pflegebedürftige ohne diese Einschränkung. Ebenso unterscheidet sich die Verordnungsdichte auch zwischen den Versorgungsformen.

Untersucht wurde ferner, in welchem Ausmaß für Ältere potenziell ungeeignete Arzneimittel verordnet wurden. Insgesamt erhalten die Pflegebedürftigen deutlich häufiger solche Arzneien der PRISCUS-Liste. Die meisten dieser Verordnungen stammen aus der Gruppe der Psycholeptika und Psychoanaleptika. Gleichzeitig ist zu beobachten, dass anders als bei den Nicht-Pflegebedürftigen die Wahrscheinlichkeit, ein PRISCUS-Mittel zu erhalten, mit zunehmendem Alter sinkt. Bei den Nicht-Pflegebedürftigen hingegen bleibt der Anteil relativ konstant bzw. steigt mit dem Alter leicht an. Dies könnte darauf hindeuten, dass Ärzte bei der Behandlung insbesondere älterer Pflegebedürftiger – und damit wahrscheinlich eher multimorbider

Patienten – sensibler gegenüber Verordnungen problematischer Arzneien sind als bei Personen gleichen Alters ohne derartige Einschränkung. Letztlich bedürfte es hierfür jedoch einer Analyse die nach tatsächlicher Erkrankungslast (Morbidity) der Pflegebedürftigen und Nicht-Pflegebedürftigen differenziert.

Aufgrund des nicht unumstrittenen Einsatzes von Antipsychotika bei psychischen und Verhaltensstörungen bei Demenz (BPSD) wurden ergänzend zu den PRISCUS-Analysen auch die Häufigkeiten der Verordnungen aus diesem Wirkstoffkreis in den Blick genommen. Jeder dritte demenziell erkrankte Pflegebedürftige über 65 Jahre hat ein Antipsychotikum verordnet bekommen. Im Pflegeheim trifft dies auf 42% der Bewohner mit einer eingeschränkten Alltagskompetenz zu. Im häuslichen Kontext – ohne Sachleistungsbezug – ist dieser Anteil nur halb so hoch.

Neben der Arzneimitteltherapie wurden darüber hinaus auch Kennzahlen zur Heilmittelbehandlung ausgewiesen. Rund jeder dritte Pflegebedürftige erhielt im Quartal eine Heilmitteltherapie. Die mit großem Abstand häufigsten Heilmittelbehandlungen der Pflegebedürftigen entstammen dem Maßnahmenkatalog der Physiotherapie – jeder Vierte Pflegebedürftige erhält eine solche im Quartal. Pflegebedürftigen wird weitaus häufiger eine solche Behandlung verordnet als Personen gleichen Alters und Geschlechts, die nicht pflegebedürftig sind. Noch viel ausgeprägter ist dies bei der Inanspruchnahme der Ergotherapie: Nur ein marginaler Anteil an den nicht-pflegebedürftigen Versicherten nimmt ergotherapeutische Leistungen in Anspruch – eine gewisse Ausnahme bildet dabei die Gruppe der Kinder- und Jugendlichen.

Während die Inanspruchnahme von Physiotherapie bei Sach- und Kombinationsleistungsempfängern sowie im Pflegeheim eher häufiger stattfindet – insbesondere bei Personen ohne eingeschränkte Alltagskompetenz –, so zeigt sich bei der Ergotherapie ein umgekehrtes Bild. Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz erhalten hier in der Pflegestufe I gleich häufig und ab der Pflegestufe II deutlich seltener Ergotherapie.

Die Darstellung der Versorgung von Pflegebedürftigen in Deutschland schließt mit einem Überblick zur Pflegeinfrastruktur. Deutlich wird, dass die Zahl der Pflegedienste und Pflegeheime innerhalb der letzten zehn Jahre um 20% bzw. 34% gestiegen ist. Die Zahl der (solitären) Angebote der Tages- und Nachtpflege hat sich im gleichen Zeitraum verdreifacht und ist damit deutlich überproportional gestiegen. Betreiber von Heimen und Diensten sind private und freigemeinnützige Anbieter, die öffentliche Hand stellt nur einen sehr geringen Anteil des Angebots. Bei den ambulanten Diensten hat sich der Marktanteil der privaten Anbieter in den letzten zehn Jahren zudem deutlich erhöht.

Rund 1 Mio. Personen waren 2013 in den Pflegeheimen und -diensten beschäftigt, 2003 waren dies noch etwa 710 000 gewesen. Im ambulanten Sektor hat etwas mehr als die Hälfte der dort Beschäftigten eine Qualifikation als Altenpfleger/in, Gesundheits- und Krankenpfleger/in (bzw. Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/in), im Pflegeheim hatte von den in der direkten Pflege und Betreuung Tätigen ebenfalls die Hälfte eine entsprechende dreijährige Qualifikation. Auffällig ist ferner, dass nur eine Minderheit des Personals – weniger als jeder Dritte (28,8%) – in ambulanten und stationären Pflegediensten und -einrichtungen 2013 in Vollzeit tätig war. Zehn Jahre zuvor waren dies noch 39% gewesen. Bezogen auf alle sozialversicherungspflichtig Beschäftigten ist dieser Anteil ein deutlich unterproportiona-

ler. Es gibt Hinweise darauf, dass ein nicht unbedeutender Anteil der Beschäftigten ihre Arbeitszeit gerne ausweiten würde.

Literatur

- BMG. Bericht des Beirats zur Überprüfung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs. Berlin: Bundesministerium für Gesundheit 2009.
- BMG. Bericht des Expertenbeirats zur konkreten Ausgestaltung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs. Berlin: Bundesministerium für Gesundheit 2013.
- Bogai D, Carstensen J, Seibert H, Wiethölter D, Hell S, Ludewig O. Was man in den Pflegeberufen in Deutschland verdient – Eine Studie im Auftrag des Beauftragten der Bundesregierung für die Belange der Patientinnen und Patienten sowie Bevollmächtigter für die Pflege. http://bmg.bund.de/fileadmin/dateien/Publikationen/Pflege/Sonstiges/Studie_zu_den_Entgelten_der_Pflegeberufe.pdf. (20. November 2015).
- DESTATIS. Grunddaten der Krankenhäuser – Fachserie 12 Reihe 6.1.1. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt 2014.
- Holt S, Schmiedl S, Thürmann PA. Potenziell inadäquate Medikation für ältere Menschen: Die PRISCUS-Liste. Witten-Herdecke, Wuppertal 2010. <http://www.priscus.net> (10. März 2015).
- Meyer F. Ergebnisse von Sekundärdatenanalysen zu Polypharmazie in Deutschland. Ein Vortrag an der Fachtagung Polypharmazie und PRISCUS-Liste. http://www.zi.de/cms/fileadmin/images/content/PDFs_alle/Meyer.pdf. (10. November 2015).
- Mukhtar A. Methodische Aspekte der Datenanalyse zu Polypharmazie. Ein Vortrag an der Fachtagung Polypharmazie und PRISCUS-Liste. http://www.zi.de/cms/fileadmin/images/content/PDFs_alle/Mukhtar.pdf. (10. November 2015).
- Thürmann P, Selke G. Arzneimittelversorgung älterer Patienten. In: Klauber J, Günster C, Gerste B, Robra BP, Schmacke N. Versorgungs-Report 2013/2014. Stuttgart: Schattauer 2014; 185–91.