



BARMER GEK

BARMER GEK PFLEGEREPORT 2014

H. Rothgang, R. Müller, R. Mundhenk, R. Unger

Schriftenreihe zur
Gesundheitsanalyse
Band 29

Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse, Band 29

Heinz Rothgang

Rolf Müller

Rebecca Mundhenk

Rainer Unger

BARMER GEK Pflegereport

Schwerpunkt: Zahnärztliche Versorgung Pflegebedürftiger

November 2014

Bibliografische Information der Deutschen Bibliothek

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

Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse, Band 29

BARMER GEK Pflegereport 2014

- Herausgeber: BARMER GEK
Postfach 110704
10837 Berlin
- Fachliche Betreuung BARMER GEK
Kompetenzzentrum Medizin und Versorgungsforschung (1100)
Gottlieb-Daimler-Straße 19
73529 Schwäbisch Gmünd
versorgungsforschung@barmer-gek.de
- Autoren: ZeS, Zentrum für Sozialpolitik, der Universität Bremen
Abteilung Gesundheitsökonomie, Gesundheitspolitik und Versorgungsforschung
Mary-Somerville-Str. 5, 28359 Bremen.
<http://www.zes.uni-bremen.de>
Heinz Rothgang, Rolf Müller, Rebecca Mundhenk, Rainer Unger
Unter Mitarbeit von Carina Oedingen und mit Statements von Dr. med. dent.
Hans-Werner Bertelsen, Zahnarzt in Bremen und Dr. med. dent. Dirk Mittermeier,
Vorsitzender der Kassenzahnärztlichen Vereinigung im Lande Bremen
- Verlag: Asgard-Verlagsservice GmbH
Schützenstraße 4, 53721 Siegburg
- ISBN: 978-3-943-74494-1

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

Inhalt

ABBILDUNGSVERZEICHNIS	8
TABELLENVERZEICHNIS	11
ABKÜRZUNGEN	14
VORWORT	16
1 ZUSAMMENFASSUNG	17
1.1 PFLEGEPOLITIK	17
1.1.1 <i>Zwanzig Jahre Pflegeversicherung sind eine Erfolgsgeschichte</i>	<i>17</i>
1.1.2 <i>Pflegevorsorgefonds ist fehlerkonzipiert.....</i>	<i>18</i>
1.2 ANALYSE DER AMTLICHEN STATISTIK	19
1.2.1 <i>Zahl der Pflegebedürftigen steigt regional sehr unterschiedlich.....</i>	<i>19</i>
1.2.2 <i>Höhere Pflegeheimkapazitäten führen zu erhöhter Inanspruchnahmequote.....</i>	<i>19</i>
1.3 ANALYSE DER ROUTINEDATEN	20
1.3.1 <i>Spezifische Leistungen zur Stärkung der Pflege in eigener Häuslichkeit werden noch selten genutzt</i>	<i>20</i>
1.3.2 <i>Zusätzliche Betreuungsleistungen für Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz entlasten pflegende Angehörige und verzögern Heimeintritte</i>	<i>20</i>
1.3.3 <i>Rehabilitative Maßnahmen rund um den Pflegeeintritt nehmen verschiedene Gestalt an.....</i>	<i>21</i>
1.3.4 <i>Regionale Unterschiede in der Nutzung geriatrischer Rehabilitation deuten auf deren Wirksamkeit hin</i>	<i>21</i>
1.4 ZAHNÄRZTLICHE VERSORGUNG PFLEGEBEDÜRFTIGER	22

2	EINLEITUNG	23
3	DIE WEITERENTWICKLUNG DER PFLEGEVERSICHERUNG	
	2012/13.....	25
3.1	ZWANZIG JAHRE PFLEGEVERSICHERUNG	25
3.2	DIE WEITERENTWICKLUNG DER PFLEGEVERSICHERUNG	
	2013/2014.....	30
3.2.1	<i>Umsetzung des Pflege-Neuausrichtungsgesetzes.....</i>	<i>30</i>
3.2.2	<i>Koalitionsvertrag.....</i>	<i>34</i>
3.2.3	<i>Erstes Pflegestärkungsgesetz.....</i>	<i>35</i>
4	PFLEGE IM SPIEGEL AMTLICHER STATISTIKEN UND	
	ANDERER DATENQUELLEN	49
4.1	DATENQUELLEN	49
4.2	DIE ENTWICKLUNG DER ZAHL DER PFLEGEBEDÜRFTIGEN	53
4.2.1	<i>Die Entwicklung der Zahl der Pflegebedürftigen nach</i>	
	<i>Pflegestufen auf Bundesebene</i>	<i>53</i>
4.2.2	<i>Die Entwicklung der Zahl der Pflegebedürftigen nach</i>	
	<i>Leistungsarten auf Bundesebene.....</i>	<i>58</i>
4.2.3	<i>Die Zahl der Pflegebedürftigen nach Bundesland.....</i>	<i>63</i>
4.2.4	<i>Die Prävalenz von Pflegebedürftigkeit nach Bundesland.....</i>	<i>66</i>
4.2.5	<i>Die zukünftige Entwicklung der Zahl der Pflegebedürftigen</i>	
	<i>bis zum Jahr 2060 nach Bundesländern</i>	<i>72</i>
4.2.6	<i>Die Begutachtungen des Medizinischen Dienstes</i>	<i>76</i>
4.2.7	<i>Fazit zur Entwicklung der Zahl der Pflegebedürftigen</i>	<i>87</i>
4.3	DIE VERSORGUNGSFORMEN DER PFLEGEBEDÜRFTIGEN.....	89
4.3.1	<i>Die ambulanten Pflegedienste nach Bundesländern.....</i>	<i>89</i>
4.3.2	<i>Die stationären Pflegeeinrichtungen nach Bundesländern.....</i>	<i>95</i>
4.3.3	<i>Die Zahl der Pflegepersonen.....</i>	<i>104</i>
4.3.4	<i>Fazit zu den Versorgungsstrukturen.....</i>	<i>114</i>
4.4	FINANZIERUNG DER PFLEGEBEDÜRFTIGKEIT	115

4.4.1	<i>Die Finanzentwicklung der Sozialen Pflegeversicherung.....</i>	116
4.4.2	<i>Die Finanzierung von Pflegebedürftigkeit durch die private Pflegeversicherung.....</i>	122
4.4.3	<i>Die Finanzierung von Pflegebedürftigkeit durch die Sozialhilfe.....</i>	125
4.4.4	<i>Die Finanzierung von Pflegebedürftigkeit durch die Kriegsopferfürsorge.....</i>	129
4.4.5	<i>Die Finanzierung von Pflegebedürftigkeit im Überblick.....</i>	131
5	PFLEGEBEDÜRFTIGKEIT IM SPIEGEL DER ROUTINEDATEN	134
5.1	LEBENSZEITPRÄVALENZEN.....	135
5.2	WOHNEN JENSEITS DES HEIMS.....	138
5.2.1	<i>Wohnumfeldverbessernde Maßnahmen nach § 40 SGB XI</i>	140
5.2.2	<i>Wohngruppen nach § 38a SGB XI.....</i>	141
5.2.3	<i>Anschubfinanzierung nach § 45e SGB XI.....</i>	142
5.3	PERSONEN MIT EINGESCHRÄNKTER ALLTAGSKOMPETENZ.....	143
5.3.1	<i>Versichertenbefragungen 2011 und 2013.....</i>	144
5.3.2	<i>Determinanten der Inanspruchnahme zusätzlicher Betreuungsleistungen.....</i>	158
5.3.3	<i>Effekte der Inanspruchnahme der zusätzlichen Betreuungsleistungen nach § 45b SGB XI auf den Gesundheitszustand der Pflegebedürftigen und der pflegenden Angehörigen</i>	162
5.3.4	<i>Heimeintrittswahrscheinlichkeit der Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz.....</i>	169
5.3.5	<i>Bewertung der zusätzlichen Betreuungsleistungen.....</i>	173
5.4	WEGE IN DIE PFLEGE BZW. TYPEN VON PFLEGEBEDÜRFTIGEN.....	180
5.5	GERIATRISCHE REHA VOR UND ZUR VERHINDERUNG VON PFLEGEBEDÜRFTIGKEIT	186
5.5.1	<i>Rehabilitative Maßnahmen im Zeitraum um den Pflegeeintritt....</i>	187
5.5.2	<i>Vorliegende Evidenz und Methoden zur Ermittlung der Wirksamkeit von rehabilitativen Maßnahmen.....</i>	192

5.5.3	<i>Rehabilitative Versorgungsstrukturen in den Bundesländern.....</i>	195
5.5.4	<i>Inanspruchnahme von Rehabilitation</i>	199
5.5.5	<i>Wirksamkeit von Rehabilitation</i>	205
5.5.6	<i>Diskussion der Ergebnisse</i>	209
6	ZAHNÄRZTLICHE VERSORGUNG PFLEGEBEDÜRFTIGER	211
6.1	GRUNDLAGEN	211
6.1.1	<i>Studienlage zur Mundgesundheit und zur zahnärztlichen Versorgung Pflegebedürftiger.....</i>	212
6.1.2	<i>Leitlinien</i>	216
6.1.3	<i>Finanzierung zahnärztlicher Leistungen: Der Einheitliche Bewertungsmaßstab für zahnärztliche Leistungen – BEMA</i>	217
6.2	BEMA TEIL 1: KONSERVIERENDE UND CHIRURGISCHE LEISTUNGEN UND RÖNTGENLEISTUNGEN	218
6.2.1	<i>Vergleich Pflegebedürftige vs. Nicht-Pflegebedürftige</i>	219
6.2.2	<i>Unterschiede nach Pflegestufen.....</i>	224
6.2.3	<i>Unterschiede nach Pflegearrangements</i>	225
6.2.4	<i>Multivariate Analysen zur Behandlungsquote</i>	226
6.3	BEMA TEIL 4: PARODONTOPATHIEN	228
6.3.1	<i>Parodontopathien: Pflegebedürftige vs. Nicht-Pflegebedürftige</i>	228
6.3.2	<i>Parodontopathien: Unterschiede nach Pflegestufen</i>	230
6.3.3	<i>Parodontopathien: Unterschiede nach Pflegearrangements.....</i>	231
6.3.4	<i>Parodontopathien: Multivariate Analysen zur Behandlungsquote.....</i>	232
6.4	BEMA TEIL 5: ZAHNERSATZ UND ZAHNKRONEN	233
6.4.1	<i>Zahnersatz und Zahnkronen: Pflegebedürftige vs. Nicht-Pflegebedürftige</i>	234
6.4.2	<i>Zahnersatz und Zahnkronen: Unterschiede nach Pflegestufen.....</i>	237

6.4.3	<i>Zahnersatz und Zahnkronen: Unterschiede nach Pflegearrangements</i>	238
6.4.4	<i>Zahnersatz und Zahnkronen: Multivariate Analysen zur Behandlungsquote</i>	239
6.5	AKTUELLE REFORMEN UND VERBLEIBENDE REFORMBEDARFE DER ZAHNÄRZTLICHEN VERSORGUNG PFLEGEBEDÜRFTIGER	240
6.5.1	<i>Versorgungsdefizite bei der zahnärztlichen Versorgung Pflegebedürftiger</i>	240
6.5.2	<i>Aktuelle Reformen</i>	241
6.5.3	<i>Verbleibende Reformbedarfe</i>	246
7	ANHANG: ROUTINEDATEN ALS BASIS FÜR DIE ANALYSE DER PFLEGEBEDÜRFTIGKEIT	257
7.1	BESCHREIBUNG DER BARMER GEK ROUTINEDATEN	258
7.2	ZUR DEFINITION VON PFLEGEBEDÜRFTIGKEIT, VERSORGUNGSART UND PFLEGEARRANGEMENT	259
7.3	VARIABLENKONSTRUKTION, SELEKTIONEN, GEWICHTUNG	262
8	LITERATUR	265

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Bedingt demographische Beitragssatzprojektion.....	46
Abbildung 2: Verteilungen der Pflegestufen in der Sozialen Pflegeversicherung nach Jahr	55
Abbildung 3: Verteilung der Pflegestufen in der Privaten Pflegeversicherung nach Jahr	57
Abbildung 4: Entwicklung der Zahl der Pflegebedürftigen in der Sozialen Pflegeversicherung und Privaten Pflegeversicherung.....	58
Abbildung 5: Verteilung der Leistungsarten in der Sozialen Pflegeversicherung nach Jahr	61
Abbildung 6: Relativer Zuwachs an Pflegebedürftigen zwischen 1999 und 2011 in Prozent	64
Abbildung 7: Versorgungsarten nach Bundesländern	65
Abbildung 8: Pflegeprävalenzen im Jahr 2011 nach Alter und Geschlecht bezogen auf die Bevölkerungsfortschreibung des Zensus 1987 und auf den Zensus 2011.....	67
Abbildung 9: Pflegeprävalenzen getrennt für Männer und Frauen ab Alter 60 nach Bundesländern in 5-Jahres-Altersgruppen	69
Abbildung 10: Pflegeprävalenz getrennt für Männern und Frauen nach Bundesland und Bevölkerungsstruktur.....	70
Abbildung 11: Pflegeprävalenz von Männern und Frauen nach Bundesland und Bevölkerungsstruktur.....	71
Abbildung 12: Relative Veränderung der Zahl der Pflegebedürftigen zwischen 2010 und 2060 nach Geschlecht in Prozent.....	75
Abbildung 13: Relative Veränderung der Zahl der pflegebedürftigen Männer und Frauen zwischen 2010 und 2060 in Prozent	76
Abbildung 14: Verteilung der Pflegestufen bei ambulanten und stationären Erstbegutachtungen nach Jahr	82
Abbildung 15: Anspruchsberechtigte PEA bei der Erstbegutachtung zur häuslichen Pflege	84
Abbildung 16: Anspruchsberechtigte PEA bei der Erstbegutachtung zur stationären Pflege	85
Abbildung 17: Kapazitäten ambulanter Pflegedienste je 100 Pflegebedürftige nach Bundesland im Jahr 2011 (Vollzeitäquivalente).....	93

Abbildung 18: Kapazitäten ambulanter Pflegedienste je 100 Pflegebedürftige nach dem Anteil der ambulant versorgten Pflegebedürftigen nach Bundesland (Vollzeitäquivalente je 100 Pflegebedürftige)	94
Abbildung 19: Heimplätze in vollstationärer Pflege je 100 Pflegebedürftige im Jahr 2011	98
Abbildung 20: Heimplätze in stationärer Pflege je 100 Pflegebedürftige nach dem Anteil der stationär versorgten Pflegebedürftigen nach Bundesland	99
Abbildung 21: Auslastung der Heimplätze nach der Anzahl der Heimplätze pro 100 Pflegebedürftige nach Bundesland.....	100
Abbildung 22: Anteil der männlichen Pflegepersonen, für die Beiträge zur Rentenversicherung gezahlt werden	107
Abbildung 23: Pflegepersonen nach Alter und Geschlecht	113
Abbildung 24: Anteil der Empfänger von Hilfe zur Pflege in stationären Einrichtungen an Pflegebedürftigen in stationären Einrichtungen insgesamt.....	129
Abbildung 25: Lebenszeitprävalenz der Todesfälle nach Altersgruppen im Jahr 2013	136
Abbildung 26: Lebenszeitprävalenz der Todesfälle ab Alter 50 nach Bundesländern im Jahr 2013	137
Abbildung 27: Inanspruchnahme der wohnumfeldverbessernden Maßnahmen nach Pflegestufe im Jahr 2013 (je Quartal) in %.....	140
Abbildung 28: Inanspruchnahme der Leistungen für ambulant betreute Wohngruppen nach Pflegestufe im Jahr 2013 (je Quartal) in %	142
Abbildung 29: Flussdiagramm zur Response der Befragungen 2011 und 2013 ...	146
Abbildung 30: Erweiterter Barthel-Index (kategorisiert) der befragten Pflegebedürftigen (Angaben in % der jeweiligen Gruppe)	151
Abbildung 31: IADL (kategorisiert) der befragten Pflegebedürftigen	152
Abbildung 32: Verteilung der Erkrankungstypen bei Pflegeeintritt.....	182
Abbildung 33: Pflegearrangements nach Erkrankungstypen bei Pflegeeintritt.....	183
Abbildung 34: Sterblichkeit nach Erkrankungstypen, Pflegestufen und Pflegearrangement bei Pflegeeintritt	185
Abbildung 35: Anteile der Pflegebedürftigen mit medizinischer Leistung im jeweiligen Monat – Alle Pflegebedürftigen.....	189
Abbildung 36: Anteile der Pflegebedürftigen mit medizinischer Leistung im jeweiligen Monat – Nur geriatrische Patienten	190

Abbildung 37: Anteile der Pflegebedürftigen mit medizinischer Leistung im jeweiligen Monat – Nur geriatrische Patienten ohne definierte akute Ereignisse.....	191
Abbildung 38: Anteil der Versicherten mit Inanspruchnahme vertragszahnärztlicher Leistungen des BEMA-Teils 1 nach Alter, Geschlecht und Pflegebedürftigkeit je Quartal im Jahr 2012.....	220
Abbildung 39: Anteil der Versicherten mit Inanspruchnahme vertragszahnärztlicher Leistungen des BEMA-Teils 1 nach Alter und Pflegestufen je Quartal im Jahr 2012	224
Abbildung 40: Anteil der Versicherten mit Inanspruchnahme vertragszahnärztlicher Leistungen des BEMA-Teils 1 nach Alter und Pflegearrangement je Quartal im Jahr 2012.....	225
Abbildung 41: Anteil der Versicherten mit Inanspruchnahme vertragszahnärztlicher Leistungen des BEMA-Teils 4 nach Alter, Geschlecht und Pflegebedürftigkeit je Quartal im Jahr 2012.....	229
Abbildung 42: Anteil der Versicherten mit Inanspruchnahme vertragszahnärztlicher Leistungen des BEMA-Teils 4 nach Alter und Pflegestufen je Quartal im Jahr 2012	230
Abbildung 43: Anteil der Versicherten mit Inanspruchnahme vertragszahnärztlicher Leistungen des BEMA-Teils 4 nach Alter und Pflegearrangement je Quartal im Jahr 2012.....	231
Abbildung 44: Anteil der Versicherten mit Inanspruchnahme vertragszahnärztlicher Leistungen des BEMA-Teils 5 nach Alter, Geschlecht und Pflegebedürftigkeit je Quartal im Jahr 2012.....	234
Abbildung 45: Anteil der Versicherten mit Inanspruchnahme vertragszahnärztlicher Leistungen des BEMA-Teils 5 nach Alter und Pflegestufen je Quartal im Jahr 2012	237
Abbildung 46: Anteil der Versicherten mit Inanspruchnahme vertragszahnärztlicher Leistungen des BEMA-Teils 5 nach Alter und Pflegearrangement je Quartal im Jahr 2012.....	238

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1:	Leistungsverbesserungen für Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz (in Euro / Monat)	31
Tabelle 2:	Leistungsempfänger von Leistungen nach § 123 SGB XI	32
Tabelle 3:	Pflegekosten, Versicherungsleistungen und Eigenanteile bei stationärer Pflege	40
Tabelle 4:	Beitragsatzreduktion aufgrund des Vorsorgefonds in Abhängigkeit von Zinssatz und Grundlohnsummenwachstum	44
Tabelle 5:	Entwicklung der Zahl der Pflegebedürftigen in der Sozialen Pflegeversicherung nach Pflegestufe	54
Tabelle 6:	Entwicklung der Zahl der Pflegebedürftigen in der Privaten Pflegepflichtversicherung nach Pflegestufe	56
Tabelle 7:	Entwicklung der Zahl der Pflegebedürftigen in der Sozialen Pflegeversicherung im Jahresdurchschnitt nach ausgewählter Leistungsart	60
Tabelle 8:	Entwicklung der Zahl der Pflegebedürftigen in der Privaten Pflegeversicherung nach Leistungen	62
Tabelle 9:	Pflegebedürftige nach Jahr im Ländervergleich	63
Tabelle 10:	Entwicklung der Zahl der pflegebedürftigen Männer und Frauen bis 2060 nach Bundesland	73
Tabelle 11:	Entwicklung der Zahl der pflegebedürftigen Männer und Frauen bis 2060 nach Bundesland	74
Tabelle 12:	Zahl der Begutachtungen für ambulante und stationäre Leistungen der Sozialen Pflegeversicherung nach Gutachtenart (Anteile in Prozent in Klammern)	78
Tabelle 13:	Erstbegutachtungen der Anträge auf Zuweisung einer Pflegestufe	81
Tabelle 14:	Anspruchsberechtigte im Jahr 2013 gemäß § 45a SGB XI nach Pflegestufe und Pflegearrangement – Ergebnisse der Erstbegutachtung	87
Tabelle 15:	Die ambulanten Pflegedienste nach Art des Trägers in den Bundesländern im Jahr 2011 (Anteile in Prozent in Klammern)	90
Tabelle 16:	Personal der ambulanten Pflegedienste nach Beschäftigungsverhältnis in den Bundesländern im Jahr 2011	92

Tabelle 17:	Die stationären Pflegeeinrichtungen nach Art des Trägers in den Bundesländern im Jahr 2011 (Anteile in Prozent in Klammern)	96
Tabelle 18:	Heimpersonal nach Beschäftigungsverhältnis in den Bundesländern im Jahr 2011	97
Tabelle 19:	Vergütung der vollstationären Dauerpflege in den Bundesländern im Jahr 2011	103
Tabelle 20:	Pflegepersonen bis zum Rentenalter nach Pflegedauer und Jahr .	106
Tabelle 21:	Pflegepersonen bis zum Rentenalter nach Geburtsjahren (Rentenzugangsjahren).....	109
Tabelle 22:	Pflegepersonen über 16 Jahren nach Jahr und Geschlecht und Anteil an der Bevölkerung1)	111
Tabelle 23:	Finanzentwicklung der Sozialen Pflegeversicherung (in Mrd. €).....	120
Tabelle 24:	Finanzentwicklung der privaten Pflegeversicherung (in Mio. €)	123
Tabelle 25:	Empfänger von Hilfe zur Pflege am Jahresende	125
Tabelle 26:	Netto-Ausgaben der Sozialhilfe für Hilfe zur Pflege (in Tsd. €)	126
Tabelle 27:	Leistungsempfänger und Bruttoausgaben der Kriegsopferfürsorge für laufende Leistungen	131
Tabelle 28:	Ausgaben für Pflegebedürftigkeit nach Finanzierungsquelle in 2012	133
Tabelle 29:	Soziodemografische Merkmale der Pflegebedürftigen (Spaltenprozent).....	148
Tabelle 30:	Soziodemografische Merkmale der pflegenden Angehörigen (Spaltenprozente).....	154
Tabelle 31:	Verteilungseigenschaften der SF-12 Skalen (pflegende Angehörige) – Mittelwert (Standardabweichung).....	155
Tabelle 32:	Gesundheitszustand der pflegenden Angehörigen - Mittelwerte	156
Tabelle 33:	Inanspruchnahme der zusätzlichen Betreuungsleistungen in % (jemals in 2011 bis 2013)	159
Tabelle 34:	Einfluss auf die Inanspruchnahme der zusätzlichen Betreuungsleistungen (logistische Regression) – Odds ratios	160
Tabelle 35:	Veränderung des erweiterten Barthel-Index und der IADL der Pflegebedürftigen von 2011 zu 2013 (Mittelwerte)	165
Tabelle 36:	Logistische Regression zur Verbesserung des EBI der PEA	166
Tabelle 37:	Veränderung des subjektiven Gesundheitsempfindens der pflegenden Angehörigen von 2011 zu 2013.....	167

Tabelle 38:	Logistische Regression zur Verbesserung der physischen Gesundheit der pflegenden Angehörigen.....	168
Tabelle 39:	Cox-Regression zum Heimeintritt im Jahr 2012 (in Quartalen) – Relative Risiken (RR).....	171
Tabelle 40:	Bewertung der zusätzlichen Betreuungsleistungen nach § 45n SGB XI nach Inanspruchnahme (Mittelwerte).....	174
Tabelle 41:	Entwicklung in der stationären geriatrischen Versorgung 2002-2012.....	196
Tabelle 42:	Ländervergleich geriatrischer Versorgungsstrukturen im Jahr 2007.....	198
Tabelle 43:	Anzahl rehabilitativer Leistungen für alle und für geriatrische Patienten im Jahr 2011.....	200
Tabelle 44:	Behandlungs- und Verordnungsquote rehabilitativer Leistungen für geriatrische Patienten nach Pflegebedürftigkeit und Bundesland oder Therapiebeginn im Januar 2011) in %.....	201
Tabelle 45:	'Relatives Risiko' rehabilitativer Maßnahmen für nicht pflegebedürftige geriatrische Patienten im Januar 2011 (Cox).....	203
Tabelle 46:	'Relatives Risiko' rehabilitativer Maßnahmen für pflegebedürftige geriatrische Patienten im Januar 2011 (Cox-Regression).....	204
Tabelle 47:	Relatives Risiko des Pflegeeintritts für geriatrische Patienten.....	206
Tabelle 48:	Übergang in die Pflegebedürftigkeit nach Fraktur des Femurs - Cox-Regression.....	208
Tabelle 49:	Zahnärztlicher Patienten mit verschiedenen Versorgungsinhalten aus BEMA Teil 1.....	222
Tabelle 50:	Lineare Regressionsmodelle zum %-Anteil der Versicherten mit Inanspruchnahme vertragszahnärztlicher Leistungen je Quartal im Jahr 2012 - BEMA Teil 1.....	226
Tabelle 51:	Lineare Regressionsmodelle zum %-Anteil der Versicherten mit Inanspruchnahme vertragszahnärztlicher Leistungen je Quartal im Jahr 2012 - BEMA Teil 4.....	232
Tabelle 52:	Zahnärztlicher Patienten mit verschiedenen Versorgungsinhalten aus BEMA Teil 5.....	236
Tabelle 53:	Lineare Regressionsmodelle zum %-Anteil der Versicherten mit Inanspruchnahme vertragszahnärztlicher Leistungen je Quartal im Jahr 2012 - BEMA Teil 5.....	239

Abkürzungen

ADL	Activities of Daily Living (Aktivitäten des täglichen Lebens)
AOK	Allgemeine Ortskrankenkassen
BEMA	Bewertungsmaßstab (für zahnärztliche Leistungen)
BGBI	Bundesgesetzblatt
BMA	Bundesministerium für Arbeit
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
BMGS	Bundesministerium für Gesundheit und soziale Sicherung
BVG	Bundesversorgungsgesetz
BZÄK	Bundeszahnärztekammer
DIMDI	Deutsches Institut für medizinische Dokumentation und Information
DIW	Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung
GEK	Gmünder ErsatzKasse
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
GKV-VStG	Gesetz zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Versorgungsstrukturgesetz) vom 22. Dezember 2011 (BGBl. 2011 I S. 2963)
GOÄ	Gebührenordnung für Ärzte
GOZ	Gebührenordnung für Zahnärzte
IADL	Instrumental Activities of Daily Living (Skala zur Einschätzung instrumenteller Selbstversorgungsfähigkeiten)
ICD	International Classification of Disease (Internationale Klassifikation der Erkrankungen)
IDZ	Institut der Deutschen Zahnärzte
KOF	Kriegsopferfürsorge
KZBV	Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung
MDK	Medizinischer Dienst der Krankenversicherung
MDS	Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e. V.
MuG	Möglichkeiten und Grenzen selbständiger Lebensführung
PEA	Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz
PfIEG	Gesetz zur Ergänzung der Leistungen bei häuslicher Pflege von Pflegebedürftigen mit erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf (Pflegeleistungs-Ergänzungsgesetz) vom 14. Dezember 2001 (BGBl. 2001 I S. 3728)

PfWG	Gesetz zur strukturellen Weiterentwicklung der Pflegeversicherung (Pflege-Weiterentwicklungsgesetz) vom 28. Mai 2008 (BGBl. 2008 I S. 874)
PNG	Gesetz zur Neuausrichtung der Pflegeversicherung (Pflege-Neuausrichtungsgesetz) vom 23. Oktober 2012 (BGBl. 2012 I S. 2246)
PPV	Private Pflegeversicherung
RR	Relative Risiken; statistisches Maß, das angibt, wie hoch die Wahrscheinlichkeit eines Ereignisses oder Zustands (je Zeiteinheit) für eine Gruppe im Vergleich zur Vergleichsgruppe ist.
SD	engl. Standard Deviation = Standardabweichung
SGB	Sozialgesetzbuch (V = fünftes Buch; XI = elftes Buch)
SOEP	Sozio-ökonomisches Panel
SPV	Soziale Pflegeversicherung
SUF	Scientific-Use-File
WHO	World Health Organization
SH	Schleswig-Holstein
HH	Hamburg
NI	Niedersachsen
HB	Bremen
NW	Nordrhein-Westfalen
HE	Hessen
RP	Rheinland-Pfalz
BW	Baden-Württemberg
BY	Bayern
SL	Saarland
BE	Berlin
BB	Brandenburg
MV	Mecklenburg-Vorpommern
SN	Sachsen
ST	Sachsen-Anhalt
TH	Thüringen

Vorwort

Derzeit sind rund 2,6 Millionen Menschen in Deutschland pflegebedürftig. Experten prognostizieren, dass diese Zahl bis zum Jahr 2050 auf mehr als 4,5 Millionen ansteigen wird. Das Thema gewinnt somit nicht nur pflege-, sondern auch gesellschaftspolitisch zunehmend an Bedeutung. Wichtige Informationen liefert zu diesem Thema seit Jahren der BARMER GEK Pflegereport, der die Lebenssituation von Pflegebedürftigen analysiert und dadurch mehr Transparenz über ihre Versorgungssituation verschafft. Grundlage für die diesjährige Analyse sind Daten von gut 8,6 Millionen Versicherten. Das entspricht einem Anteil von 10,5 Prozent der deutschen Bevölkerung.

In seinem Schwerpunktartikel widmet sich dieser Report der zahnärztlichen Versorgung von Pflegebedürftigen sowohl in Pflegeheimen als auch von den Personen, die zu Hause gepflegt werden. Bislang ist dieses Thema in der Versorgungsforschung noch wenig beleuchtet worden. Die Untersuchungen zeigen nun umfassend, wie es um das Versorgungsgeschehen bestellt ist. Weil viele Pflegebedürftige häufig nicht mehr in der Lage sind, sich ausreichend um ihre Zahnpflege zu kümmern, haben sie eine schlechte Zahngesundheit.

Der BARMER GEK Pflegereport wird auch in diesem Jahr in Zusammenarbeit mit dem Zentrum für Sozialpolitik (ZeS) der Universität Bremen erstellt. Unser Dank gilt Herrn Professor Heinz Rothgang und seinem Team. Unseren Leserinnen und Lesern wünschen wir eine anregende Lektüre.

Berlin, im November 2014

Dr. med. Christoph Straub
Vorstandsvorsitzender
BARMER GEK

Dr. jur. Rolf-Ulrich Schlenker
Stellvertretender Vorstandsvorsitzender
BARMER GEK

1 Zusammenfassung

1.1 Pflegepolitik

1.1.1 Zwanzig Jahre Pflegeversicherung sind eine Erfolgsgeschichte

Am 26.Mai 1994 wurde das Pflege-Versicherungsgesetz beschlossen. In diesem Jahr kann damit auf 20 Jahre Pflegeversicherung zurückgeblickt werden. Durch den Blick zurück wird deutlich, wie stark sich die Situation durch die Pflegeversicherung verbessert hat: die Pflegeinfrastruktur wurde ausgebaut, die öffentlichen Mittel für diesen Bereich erhöht, die Sozialhilfeausgaben sind ebenso gesunken wie die Zahl und Anteil der pflegebedingten Sozialhilfeempfänger und auch die Qualität der Pflege erfährt heute eine weit höhere Aufmerksamkeit als vor zwanzig Jahren. Vor allem wurde das Pflegerisiko als allgemeines Lebensrisiko anerkannt, das einer sozialstaatlichen Bearbeitung bedarf. Damit hat sich die deutsche Pflegeversicherung auch international zum Vorbild entwickelt.

Gleichzeitig enthält das Pflege-Versicherungsgesetz einige Geburtsfehler dieses neuen Sozialversicherungszweig, die bis heute nachwirken und aktuelle Reformvorhaben und -debatten prägen. Hierzu zählt der (zu) enge Pflegebedürftigkeitsbegriff, der im für 2017 geplanten zweiten Pflegestärkungsgesetz erweitert werden soll, die fatale Eingrenzung der Beitragspflicht auf Löhne, Gehälter und Lohnersatzleistungen ebenso wie das duale System von Sozialer Pflegeversicherung und Privater Pflegepflichtversicherung, das normativ nicht gerechtfertigt werden kann. Auch produziert das Nebeneinander von einer Krankenversicherung mit Kassenwettbewerb und einer Pflegeversicherung ohne Kassenwettbewerb Fehlanreize an den Schnittstellen.

Es ist daher davon auszugehen, dass eine Reform der Pflegeversicherung auch in Zukunft mehr oder minder regelmäßig auf der politischen Agenda stehen wird.

1.1.2 Pflegevorsorgefonds ist fehlkonzipiert

Am 7. November 2014 wurde das Erste Pflegestärkungsgesetz verabschiedet. Es enthält sinnvolle Leistungsausweitungen – auch bereits im Vorgriff auf die Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs im Zweiten Pflegestärkungsgesetz –, eine moderate Leistungsdynamisierung, die aber wieder diskretionär beschlossen wurde und keiner Regelbindung unterliegt, und den fehlkonzipierten Pflegevorsorgefonds. Im Pflegevorsorgefonds sollen in den nächsten zwanzig Jahren Rücklagen gebildet werden, die anschließend gestreckt über einen Zeitraum von wiederum zwanzig Jahren der Pflegeversicherung zugutekommen. Allerdings räumt selbst die zur Hüterin dieser Rücklage auserkorene deutsche Bundesbank ein, dass es nicht möglich ist, diese Rücklagen vor dem zukünftigen Zugriff des Finanzministers zu schützen, so dass Zweifel daran bestehen, dass dieser Fonds wirklich zugriffssicher ist. Zweitens ist der Fonds so gering, dass die Entlastung in Höhe von 0,1 Beitragssatzpunkten in den 2030er, 2040er und 2050er Jahren, wenn der Beitragssatz bei eher 4 Beitragssatzpunkten liegen dürfte, unmerklich ist. Drittens ist der Fonds nicht nachhaltig, weil er gerade dann leer ist, wenn die höchste Zahl der Pflegebedürftigen (Ende der 2050er Jahre) erreicht sein wird. Es gibt nämlich keinen Beitragssatzberg der untertunnelt werden kann. Zwar sinkt die Zahl der Pflegebedürftigen ab Ende der 2050er Jahre wieder, ebenso aber die Zahl der Beitragszahler. Der Beitragssatz wird daher auch nach 2060 demographisch bedingt nicht sinken. Bezogen auf den Beitragssatz haben wir es mit den Anstieg auf ein Hochplateau zu tun und nicht mit einem zu untertunnellenden Berg. Eine temporäre Kapitalbildung ist daher nicht geeignet, einen nachhaltigen Effekt hervorzurufen. Viertens ist eine Kapitalbildung in einem Sondervermögen zur Förderung der Generationengerechtigkeit ineffizient. Wenn die Last zukünftiger Generationen verringert werden soll, ist dazu die Staatsverschuldung abzubauen. Ansonsten kommt es zu einem Nebeneinander von Staatsverschuldung, für die Soll-Zinsen zu zahlen sind und einem Fonds mit niedrigeren Haben-Zinsen.

1.2 Analyse der amtlichen Statistik

1.2.1 Zahl der Pflegebedürftigen steigt regional sehr unterschiedlich

Die Zahl der Pflegebedürftigen ist auch im Jahr 2013 gestiegen, in der Sozialen Pflegeversicherung um weitere 3,5 % gegenüber dem Vorjahr, so dass inzwischen allein 2,5 Mio. Versicherte der Sozialen Pflegeversicherung pflegebedürftig sind. Der Anstieg vollzieht sich aber sowohl in der Privaten als auch in der Sozialen Pflegeversicherung, wobei die Steigerungsraten in der Privaten Pflegeversicherung seit Einführung der Pflegeversicherung durchgehend höher sind. Das liegt vor allem an der zunächst sehr günstigen Altersstruktur der Privatversicherten, die sich aber im Zeitverlauf immer weiter verschlechtert.

Dabei entwickelt sich die Zahl der Pflegebedürftigen regional sehr unterschiedlich. Während sich die Zahl der Pflegebedürftigen von 2010 bis 2050 in Sachsen-Anhalt „nur“ um 57 % erhöht, liegt diese Steigerungsrate in Baden-Württemberg mit 113 % ziemlich genau doppelt so hoch. Die Dynamik unterscheidet sich stark danach, welche Zeiträume betrachtet werden. So weist Baden-Württemberg im Zeitraum bis 2050 zwar die höchste, im Zeitraum bis 2030 aber nur die vierthöchste Steigerungsrate auf. Umgekehrt liegt Sachsen-Anhalt, als das Land mit der niedrigsten Steigerungsrate bis 2050 im Zeitraum bis 2030 im Bundesländervergleich auf Rang 11. Wie die Analysen zeigen, ist die Pflegebedürftigenzahl in den 2050er Jahren in 11 Bundesländern insgesamt bereits wieder rückläufig, während sie in 5 Bundesländern 2060 höher liegt als 2050.

1.2.2 Höhere Pflegeheimkapazitäten führen zu erhöhter Inanspruchnahmequote

Ein Vergleich der Bundesländer zeigt weiterhin enge Zusammenhänge zwischen Versorgungskapazitäten und Inanspruchnahme auf. So ist eine höhere Heimkapazität (gemessen an der Zahl der Heimplätze pro Pflegebedürftige im Land) positiv mit dem Anteil der stationären Pflege in diesem Land korreliert. Ein höheres Angebot schafft sich somit seine Nachfrage. Allerdings ist dieser Zusammenhang nicht perfekt. Ein höheres Angebot geht nämlich auch mit einer geringeren Auslastung einher.

1.3 Analyse der Routinedaten

1.3.1 Spezifische Leistungen zur Stärkung der Pflege in eigener Häuslichkeit werden noch selten genutzt

Um das selbstständige Wohnen zu erleichtern bzw. zu ermöglichen, gibt es spezielle Leistungen der Pflegeversicherung. Dazu gehören die wohnumfeldverbessernden Maßnahmen (§ 40 SGB XI) und die zusätzlichen Leistungen für Pflegebedürftige in ambulant betreuten Wohngruppen (§ 38a SGB XI). Im Jahr 2013 haben 2,8 % (70.312) der Pflegebedürftigen insgesamt 71.862 Maßnahmen zur Verbesserung des individuellen Wohnumfeldes erhalten. Am häufigsten wurde diese Leistung von Personen mit Pflegestufe II in Anspruch genommen. Demgegenüber haben im Jahr 2013 0,48 % (12.134) der Pflegebedürftigen Leistungen nach § 38a SGB XI erhalten, leben demnach also in einer ambulant betreuten Wohngruppe. Diese Leistung wird am häufigsten von Personen mit Pflegestufe III genutzt. Zur Gründungsförderung ambulant betreuter Wohngruppen gewährt die Pflegeversicherung bis zum 31.12.2015 eine Anschubfinanzierung, welche jedoch im Jahr 2013 von weniger als 100 Pflegebedürftigen in Anspruch genommen wurde.

1.3.2 Zusätzliche Betreuungsleistungen für Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz entlasten pflegende Angehörige und verzögern Heimeintritte

Zur Untersuchung der Wirksamkeit und der Bewertung zusätzlicher Betreuungsleistungen nach § 45b SGB XI wurden pflegende Angehörige von Anspruchsberechtigten nach § 45a SGB XI 2011 und 2013 befragt. Die Bewertung der zusätzlichen Betreuungsleistungen hat sich von 2011 auf 2013 sowohl bei den Nutzern als auch bei den Nicht-Nutzern bezüglich Leistungsangebot und -organisation verbessert. Hinsichtlich der Wirksamkeit der zusätzlichen Betreuungsleistungen wurde festgestellt, dass die Inanspruchnahme der Leistungen die Veränderung der Gesundheit pflegender Angehöriger positiv beeinflusst. Darüber hinaus kann durch die Inanspruchnahme zusätzlicher Betreuungsleistungen bei PEA mit hohen kognitiven Fähigkeiten und verhältnismäßig guter Alltagskompetenz der Heimeintritt hinausgezögert werden.

1.3.3 Rehabilitative Maßnahmen rund um den Pflegeeintritt nehmen verschiedene Gestalt an

Mehr als ein Drittel der Pflegebedürftigen hat im Monat vor dem Eintritt in die Pflegebedürftigkeit einen Krankenhausaufenthalt gehabt. Auch im Monat des Pflegebeginns hat ein Drittel der Pflegebedürftigen einen Krankenhausaufenthalt. Insgesamt ist somit der Eintritt in die Pflegebedürftigkeit in sehr großem Umfang mit Ereignissen verbunden, die einen Krankenhausaufenthalt nach sich ziehen. Dazu gehören Krebserkrankungen, Schlaganfall, Knochenbrüche und andere akute gesundheitliche Beeinträchtigungen. Im Monat vor dem Pflegeeintritt sind bei 5 % der späteren Pflegebedürftigen Rehabilitationen durchgeführt worden. In ebenfalls 5 % der Fälle findet im Monat vor Pflegeeintritt eine geriatrische Frührehabilitation im Krankenhaus statt. Nach Eintritt in die Pflegebedürftigkeit tritt vor allem die Heilmittelversorgung in den Vordergrund. 20 % der Pflegebedürftigen bekommen im Monat des Pflegeeintritts Heilmittel verordnet. Insgesamt zeigt sich somit eine Versorgung, die in unterschiedlicher Art und im unterschiedlichen Umfang den rehabilitativen Bedarfen vor und nach dem Pflegeeintritt gerecht werden will.

1.3.4 Regionale Unterschiede in der Nutzung geriatrischer Rehabilitation deuten auf deren Wirksamkeit hin

Es gibt starke Unterschiede zwischen den Bundesländern im Ausmaß der geriatrischen Rehabilitation. Fünf Bundesländer (Rheinland-Pfalz, Baden-Württemberg, Bayern, Saarland und Mecklenburg-Vorpommern) lassen sich als Länder mit besonders ausgeprägten Angeboten an geriatrischer Rehabilitation klassifizieren. In diesen Ländern wird mehr geriatrische Rehabilitation angeboten als geriatrische Frührehabilitation im Krankenhaus. Gleichzeitig erhalten geriatrische Patienten in diesen Ländern (insbesondere Baden-Württemberg und Bayern) auch mehr Rehabilitationen, und es zeigt sich, dass in diesen Ländern die Pflegebedürftigkeit verzögert werden kann (insbesondere Bayern und Saarland). Dies kann als Hinweis auf die Wirksamkeit geriatrischer Rehabilitation interpretiert werden.

1.4 Zahnärztliche Versorgung Pflegebedürftiger

Pflegebedürftige werden im Vergleich zu Nicht-Pflegebedürftigen gleichen Alters, gleichen Geschlechts und gleicher Morbidität weniger häufig zahnmedizinisch behandelt. Dies gilt für "konservierende und chirurgische Leistungen sowie Röntgenleistungen" (BEMA Teil 1) ebenso wie für "Parodontopathien" (BEMA Teil 4) und "Zahnersatz und Zahnkronen" (BEMA Teil 5). Eine Unterversorgung ist insbesondere bei Pflegebedürftigen in Pflegeheimen und formell-ambulanter Pflege zu beobachten.

Die Ergebnisse der Routinedatenanalysen korrelieren mit Erfahrungsberichten, die einen suboptimalen Mundgesundheitszustand und eine schlechte Versorgung von Pflegebedürftigen beschreiben. Das Problem war auch dem Gesetzgeber bewusst, der im GKV-Versorgungsstrukturgesetz und im Pflege-Neuausrichtungsgesetz entsprechende Reformen vorgesehen hat. In Umsetzung dieser Gesetze hat der Bewertungsausschuss 2013 und 2014 neue Abrechnungspositionen im einheitlichen Bewertungsmaßstab für zahnärztliche Behandlungen (BEMA-Positionen) eingeführt, die zahnärztliche Hausbesuche und den Abschluss von Kooperationsvereinbarungen mit Pflegeheimen für Zahnärzte attraktiver machen sollen. Zudem müssen die Pflegeheime die Kassen darüber informieren, welche Regelungen sie zur Zahngesundheit getroffen haben. Die Pflegekassen wiederum sollen diese Informationen aufarbeiten und ihren Versicherten patientengerecht zur Verfügung stellen.

Derzeit können die Auswirkungen dieser Reformschritte noch nicht in den Routinedaten abgelesen werden, da sie frühestens 2014 greifen. Allerdings zeigen sich schon jetzt weitere Verbesserungspotentiale in Bezug auf die personelle und infrastrukturelle Ausstattung von Pflegeheimen und Arztpraxen sowie hinsichtlich der besseren Kooperation von Zahnärzten und Pflegeheimen, die u. a. auf regelmäßige Besuche des kooperierenden Zahnarztes abstellen sollte. Verbesserungen sind zu erreichen durch Zahnarztpraxen, die (als Schwerpunktpraxen) besonders auf die Belange pflegebedürftiger Patienten eingehen können, durch auch in Hinblick auf zahnmedizinische Fragen gut ausgebildetes Pflegepersonal in Pflegeheimen und die Schaffung von zahnärztlichen Untersuchungs- und Behandlungsmöglichkeiten dort.

2 Einleitung

Alljährlich liefert der Pflegereport Fortschreibungen von Zeitreihen und erforscht neue Zusammenhänge im Rahmen der Pflegeversicherung und der Versorgung Pflegebedürftiger. Beim vorliegenden Report handelt es sich um den insgesamt siebten Pflegereport. Zentrales Ziel des Reportes ist es, über Pflegebedürftigkeit und die Versorgung Pflegebedürftiger zu berichten. Diese Informationen können Grundlage dafür sein, das Pflegesystem kontinuierlich zu verbessern. Die Berichterstattung beruht dabei auf öffentlich zugänglichen Daten, insbesondere der amtlichen Statistik, und auf der Analyse der Routinedaten der BARMER GEK.

Der BARMER GEK Pflegereport 2014 umfasst fünf Hauptteile:

- Kapitel 3 bewertet die jüngste Pflegepolitik
- Eine Aufbereitung und Auswertung allgemein zugänglicher Daten, insbesondere der amtlichen Statistiken über die Versorgungsleistungen für Pflegebedürftige erfolgt in Kapitel 4.
- Kapitel 5 widmet sich der Auswertung der Routinedaten der BARMER GEK, insbesondere um die Dynamiken von Pflegeverläufen – auch in Kombination mit Reha-Leistungen – zu verdeutlichen. Dieses Kapitel umfasst zudem die vergleichende Auswertung zweier Versichertenbefragungen zum Thema zusätzlicher Betreuungsleistungen.
- Kapitel 6 enthält das Schwerpunktthema „Zahnmedizin bei Pflegebedürftigen“.

Angesichts dessen, dass das Pflege-Versicherungsgesetz vor 20 Jahren verabschiedet wurde, wird in *Kapitel 3* zunächst kurz auf dessen 20jährige Geschichte zurückgeblickt. Im Mittelpunkt steht aber die die Weiterentwicklung der Pflegeversicherung im letzten Jahr und hier insbesondere das am 7. November 2014 im Bundesrat verabschiedete Erste Pflegestärkungsgesetz, das zum 1.1.2015 in Kraft tritt. Neben sinnvollen Leistungsverbesserungen, einigen Leistungen, die im Vorgriff auf den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff eingeführt wurden, und einer moderaten Leistungsdynamisierung sieht das Gesetz auch die Einrichtung eines Pflegevorsorgefonds vor, der kritisch diskutiert wird.

In *Kapitel 4* werden die Daten der Pflegestatistik hinsichtlich der Zahl der Pflegebedürftigen, der Versorgungsstrukturen und der Finanzierung analysiert. Schwerpunktmäßig werden dabei regionale Unterschiede analysiert. Diese Regionaldaten werden auch genutzt, um Zusammenhänge zwischen Pflegeinfrastruktur und Inanspruchnahme zu analysieren. Insbesondere werden anhand neuer Vorausberechnungen Unterschiede zwischen den Bundesländern bezüglich der Entwicklung der Zahl der Pflegebedürftigen ermittelt.

Im Zentrum der Analysen des *Kapitel 5* stehen diesmal die Lebenszeitprävalenz der Pflegebedürftigkeit, wohnumfeldverbessernde Maßnahmen und Wohngruppen, geriatrische Rehabilitation von Pflegebedürftigen, die Gesamtheit der rehabilitativen Maßnahmen rund um den Pflegeeintritt und die Situation von pflegenden Angehörigen von Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz.

Im Schwerpunktthema dieses Reports (*Kapitel 6*) werden die zahnmedizinischen Leistungen im Zusammenhang mit Pflegebedürftigkeit untersucht. Dabei zeigen sich für Pflegebedürftige deutlich geringere Versorgungsquoten als für Nicht-Pflegebedürftige gleichen Alters, Geschlechts und mit ansonsten ähnlichem Gesundheitszustand, die eine Unterversorgung von Pflegebedürftigen mit zahnärztlichen Leistungen nahelegen. Vor dem Hintergrund verschiedener anderer Studien zur Mundgesundheit von Pflegebedürftigen werden Denkanstöße zusammengefasst, wie eine Verbesserung der Mundgesundheit Pflegebedürftiger erreicht werden kann.

Die Autoren möchten sich bei Frau Andrea Hartmann, von der AGENON, der Gesellschaft für Unternehmensentwicklung im Gesundheitswesen mbH ganz herzlich für die Durchsicht des Schwerpunktkapitels und für wichtige Hinweise bedanken. Ein ebensolcher Dank richtet sich an Dr. med. dent. Dirk Mittermeier, Vorsitzender der Kassenzahnärztlichen Vereinigung im Lande Bremen, und Dr. med. dent. Hans-Werner Bertelsen, Zahnarzt in Bremen, die zudem im Schwerpunktthema ihre Sicht der aktuellen Versorgungslage und der Problemlage dargestellt haben und auch Lösungsvorschläge anbieten. Für wertvolle Hinweise und Kommentare bedanken sich die Autoren zudem bei Jörg Hildebrandt, Stephan Scheer, Dr. Stefan Dudey und Janine Schwarz von der BARMER GEK.

3 Die Weiterentwicklung der Pflegeversicherung 2012/13

Am 26. Mai 1994 wurde das Pflege-Versicherungsgesetz im Bundesgesetzblatt veröffentlicht (BGBl. I S. 1014). Die Pflegeversicherung feiert dieses Jahr also ihren 20. Geburtstag. Dies ist Grund genug, zunächst kurz auf die Entwicklung der Pflegeversicherung in diesen zwanzig Jahren, ihre Erfolge, ihre noch bestehenden Defizite und Weiterentwicklungsnotwendigkeiten einzugehen (Abschnitt 3.1), bevor dann detaillierter auf die Entwicklung der letzten 12 Monate (3.2) eingegangen wird.

3.1 Zwanzig Jahre Pflegeversicherung

Mit der Verabschiedung des Pflege-Versicherungsgesetzes vor 20 Jahren wurde eine zwanzigjährige Diskussion zum Abschluss gebracht, die durch ein Gutachten des Kuratoriums Deutsche Altershilfe (KDA 1974) ausgelöst worden war. In seinem Gutachten hatte das KDA kritisiert, dass zwar das Krankheitsrisiko durch die gesetzlichen Krankenversicherung abgedeckt sei, das eng damit verbundene Pflegerisiko hingegen nicht. Langzeitpflege – obgleich in gleichem Maße ein allgemeines Lebensrisiko wie Krankheit – sei aus eigenem Einkommen und Vermögen zu finanzieren und führe so zu Verarmung. Dies sei eines modernen Sozialstaates unwürdig. Tatsächlich waren vor Einführung der Pflegeversicherung etwa 80 % der Pflegeheimbewohner auf Hilfe zur Pflege angewiesen (Rothgang 1997: 224f.). Diese Hilfe in besonderen Lebenslagen ist bedarfsgeprüft und wird nur gewährt, wenn das eigene Einkommen nicht ausreicht, die Heimkosten zu decken und das Vermögen bis auf einen Schonbetrag aufgezehrt ist (Pabst & Rothgang 2000: 342f.). Insofern war die Situationsbeschreibung des KDA zutreffend. Auch die Versorgungssituation war eine ganz andere: Pflegeheime wiesen Wartelisten auf und eine ambulante Versorgung am Wochenende und in der Nacht war nur schwer erhältlich. Nach Auffassung des damals noch zuständigen Bundesarbeitsministeriums war die Pflegeinfrastruktur gekennzeichnet durch „erhebliche Defizite, und zwar nicht nur im Hinblick auf die Zahl der Einrichtungen, sondern auch im Hinblick auf das konkrete Leistungsangebot“ (Lutter 1996: 352). Qualitätssichernde Maßnahmen spielten dabei nur eine geringe Rolle.

Wird diese Situation mit der heutigen verglichen, sind die Fortschritte unübersehbar und die Einführung der Pflegeversicherung vor 20 Jahren kann nur als Erfolgsgeschichte bezeichnet werden:

- Im Bereich der *Pflegeinfrastruktur* hat die Aufhebung des Vorrangs freigemeinnütziger Träger vor privaten Trägern (vgl. Backhaus-Maul & Olk 1994; Rothgang 1997: 78) gemeinsam mit dem Rechtsanspruch jedes fachlich geeigneten Anbieters auf Abschluss eines Versorgungsvertrags – und zwar ohne Bedarfsprüfung – zu einer dramatischen Expansion des Angebots an formeller Pflege geführt. Dies führte bereits Mitte der 1990er Jahren zu einer Angebotsausweitung, die seit Einführung der Pflegestatistik auch statistisch gut nachvollziehbar ist. So haben sich die Angebotskapazitäten in der stationären Pflege von 1999 bis 2011 (gemessen an der Bettenzahl) um mehr als ein Drittel erhöht, die Kapazitäten im ambulanten Bereich (gemessen an der Zahl der Beschäftigten, umgerechnet in Vollzeitäquivalente) sogar um knapp zwei Drittel (Rothgang et al. 2012b: 114).
- Die *öffentliche Finanzierung* von Pflege hat sich durch Einführung der Pflegeversicherung unmittelbar um den Faktor 2,5 erhöht (Rothgang 1997: 170f.). Von 1997 bis 2012 haben sich dann allein die Ausgaben der Sozialen Pflegeversicherung um weitere 60 % erhöht.
- Entsprechend sind nicht nur die *Sozialhilfeausgaben*, sondern auch die Zahl und der Anteil der *Sozialhilfeempfänger* zurückgegangen (Roth & Rothgang 2001): Lag der Anteil der Empfänger von Hilfe zur Pflege in Einrichtung vor Einführung der Pflegeversicherung bei 80 % liegt er nun bei weniger als der Hälfte (vgl. Abbildung 24 in Abschnitt 4.4.3).
- Mangels geeigneter Vergleichszahlen nicht messbar sind die Auswirkungen der Einführung der Pflegeversicherung auf die *Qualität der Pflegeleistungen*. Dass Pflegequalität heute derart intensiv diskutiert wird, und dass Instrumente – von der Pflege-Transparenzverordnung über Expertenstandards bis zu den Qualitätsindikatoren – ihren Weg in das Sozialrecht gefunden haben und finden, ist sicherlich ohne die Pflegeversicherung nicht denkbar. Bei aller Kritik – etwa am „Pflege-TÜV“ (Sünderkamp et al. 2014) – ist die Thematisierung des Qualitätsthemas sicherlich ein Verdienst der Pflegeversicherung und der durch die Pflegeversicherung geschaffenen Akteurskonstellation.

- Im Pflege-Versicherungsgesetz wurde erstmals die *ganze Bevölkerung obligatorisch* in eine gesetzliche Versicherung bestehend aus der Sozialen Pflegeversicherung und der Privaten Pflegepflichtversicherung einbezogen. Damit wurde die Pflegeversicherung zum Vorläufer der Krankenversicherung, in der dies erst mit dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz von 2007 gelang.
- Vor allem aber wurde das Pflegerisiko mit Einführung der Pflegeversicherung als *allgemeines Lebensrisiko* anerkannt, das einer sozialrechtlichen Bearbeitung bedarf. Damit wurde die deutsche Pflegeversicherung Vorbild für die Einführung der Pflegeversicherung in Luxemburg, Japan und Korea und für viele aktuelle Debatten zur Pflegesicherung in anderen Teilen der Welt.

Gleichzeitig wurden mit dem Pflege-Versicherungsgesetz Strukturentscheidungen getroffen, über deren Vorteilhaftigkeit heute noch kontrovers diskutiert wird oder deren Dysfunktionalität schon erkannt ist. So sind hinsichtlich der Organisation und Administration für diese Versicherungslösung mindestens drei Merkmale bemerkenswert (vgl. Paquet & Jacobs 2015; Rothgang 2015):

- a. Pflegeleistungen werden nicht – wie noch im KDA-Gutachten gefordert und nach den entsprechenden Regelungen des Gesundheitsreformgesetzes von 1991 bis 1994 auch für ambulante Leistungen teilweise realisiert (§§ 53-57 SGB V idF von 1991) – als Teil der Krankenversicherung gewährt. Vielmehr wurde die Pflegeversicherung als *eigenständiges System*, als „fünfte Säule der Sozialversicherung“, aber „unter dem Dach der Krankenversicherung“, d. h. ohne den Aufbau eigener Verwaltungsstrukturen, gegründet. Wenngleich mit dieser Entscheidung eine Reihe von Schnittstellenproblemen an der Grenze von GKV und Pflegeversicherung entstanden ist (vgl. IGES et al. 2001), hat die eigenständige Pflegeversicherung nicht nur dazu beigetragen, dass das Pflegerisiko als *allgemeines Lebensrisiko* und Gegenstand der Sozialpolitik anerkannt wurde. Sie hat auch die *Eigenständigkeit dieses Bereiches* hervorgehoben, bei dem es nicht nur um die medizinische Versorgung multimorbider älterer Menschen geht, sondern um *soziale Teilhabe und Sorge* und entsprechende Leistungen, die insbesondere auch von pflegenden Angehörigen erbracht werden.

- b. Durch einen einheitlichen Beitragssatz, einheitliche Leistungen und insbesondere einen vollständigen Ausgabenausgleich wurde die Pflegeversicherung de facto als „Einheitsversicherung“ gegründet, während zuvor in der Krankenversicherung mit dem Gesundheitsstrukturgesetz vom 21. Dezember 1992 (BGBl I S. 2266) die wettbewerbliche Umgestaltung eingeleitet wurde (Jacobs 1995). Das Nebeneinander von vollständigem Ausgabenausgleich in der Pflegeversicherung und einem Risikostrukturausgleich in der Krankenversicherung führt zu erheblichen Verwerfungen, nicht zuletzt in Bezug auf die Rehabilitation bei Pflege und auf Fehlanreize in Bezug auf den Ort der pflegerischen Versorgung (Rothgang & Müller 2013). Dem könnte durch eine Integration von Kranken- und Pflegeversicherung entgegengetreten werden, bei der die Pflegeversicherung allerdings ihre Eigenständigkeit verlöre, allerdings auch durch eine *wettbewerbliche Umgestaltung der Pflegeversicherung*.
- c. Wie auch die Krankenversicherung ist die Pflegeversicherung „dual“ organisiert: alle Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) unterliegen dabei der Versicherungspflicht in der Sozialen Pflegeversicherung (SPV), alle privat Krankenvollversicherten hingegen müssen eine private Pflegepflichtversicherung (PPV) abschließen, die Leistungen in gleichem Umfang zur Verfügung stellt. Entgegen anderslautender Äußerungen, kann das so konstituierte „duale System“ nicht durch das Konzept des „Systemwettbewerbs“ gerechtfertigt werden, da Wettbewerb immer Wahlfreiheit voraussetzt, fast alle Versicherten aber ohne ihr eigenes Zutun einem der beiden Systeme zugewiesen werden (Rothgang 2010, 2011). Auch ein Systemvergleich als schwache Form von Systemkonkurrenz kann das duale System nicht begründen, da die Leistungsparameter für beide Systeme gesetzlich weitgehend gleich festgelegt sind und es somit gar keine relevanten Unterschiede in der Form der Leistungserbringung gibt. Unterschiedlich sind nur die vom Versicherten aufzubringenden Beiträge. Dieser Unterschied ist aber lediglich Ausfluss der mehrfachen *Risikoselektion* an der Grenze von SPV und PPV. Privatversicherte sind jünger, haben niedrigere Pflegeprävalenzen und ein höheres Einkommen als Sozialversicherte (Rothgang et al. 2013: 53ff.). Letztlich werden hier zwei Risikokollektive geschaffen, eines für die besseren und eines für die schlechteren Risiken. Ein

Risikoausgleich zwischen diesen Systemen gibt es nicht. Es kommt also zu einer offensichtlichen Benachteiligung der Sozialversicherten, die dem Gedanken der „Volkerversicherung in zwei Zweigen“ (Bundesverfassungsgericht) eklatant widerspricht. Hier Abhilfe zu schaffen durch Integration der Sozialen Pflegeversicherung und der Pflegepflichtversicherung zu einer *Bürgerversicherung* oder zumindest durch die Etablierung eines *Finanzausgleichs zwischen den beiden Systemen*, bleibt eine zentrale Aufgabe zukünftiger Pflegereformen.

Ebenfalls Folgen von Strukturentscheidungen bei Einführung der Pflegeversicherung sind

- der *enge Pflegebedürftigkeitsbegriff*, dessen Folgen durch Einführung zusätzlicher Leistungen für Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz im Pflegeleistungs-Ergänzungsgesetz 2001, im Pflege-Weiterentwicklungsgesetz 2008 und im Pflege-Neuausrichtungsgesetz 2012 abgemildert wurden und der durch Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs im Zweiten Pflegestärkungsgesetz abgelöst werden soll,
- die anhaltende Debatte über *Leistungsdynamisierung*, da § 30 SGB XI nur die Möglichkeit für diskretionäre Leistungsanpassungen, aber keine obligatorischen regelgebundenen Leistungsanpassungen vorsieht (vgl. Abschnitt 3.2.3.2),
- die Begrenzung der Beitragspflicht auf Einkommen aus unselbständiger Arbeit und Lohnersatzleistungen, die zur *strukturellen Einnahmeschwäche* auch der Pflegeversicherung führen (Rothgang 2014a) und zur Forderung nach einer Verbreiterung der Bemessungsgrundlage (Rothgang & Götze 2013).

Strukturentscheidungen der Vergangenheit prägen damit auch die heutige Problem- und Diskussionslage der Pflegeversicherung. Daneben muss sich die Pflegeversicherung in den nächsten zwanzig (und mehr) Jahren vor allem mit drei Kernproblemen auseinandersetzen: der Frage, wie *steigende Finanzmittel* für die Versorgung einer zunehmenden Zahl an Pflegebedürftigen beschafft werden (vgl. Abschnitt 4.2), der *Rekrutierung einer hinreichenden Zahl an Pflegepersonen*, die nur mittels massiver Aufwertung des Pflegeberufs möglich sein dürfte (vgl. Rothgang et al. 2012a) und der Schaffung von *Case und Care*

Management-Strukturen, die es erlauben, auch die zivilgesellschaftlichen Potentiale zur Pflege zu nutzen und die familialen Potentiale zu stärken (vgl. Hoberg et al. 2013).

3.2 Die Weiterentwicklung der Pflegeversicherung 2013/2014

Das Pflege-Neuausrichtungsgesetz ist in seinen zentralen Teilen zum 1.1.2013 in Kraft getreten. Im letztjährigen Report konnte daher nur über das Gesetz selbst, nicht aber über seine Auswirkungen berichtet werden. Inzwischen liegen erste bzw. weitere Zahlen zur Umsetzung des PNG vor, über die nachstehend berichtet wird (Abschnitt 3.2.1). Zentral für die gesamte aktuelle Legislaturperiode ist dagegen der Koalitionsvertrag, der die pflegepolitische Planung für den Zeitraum 2014-2017 umfasst (Abschnitt 3.2.2). Inzwischen ist mit dem Ersten Pflegestärkungsgesetz bereits das erste Reformgesetz verabschiedet, auf das in Abschnitt 3.2.3 eingegangen wird.

3.2.1 Umsetzung des Pflege-Neuausrichtungsgesetzes

Das Pflege-Neuausrichtungsgesetz (PNG) vom 23. Oktober 2012 (BGBl. Teil I, Nr. 51, 2246) regelt insbesondere Leistungsverbesserungen für Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz (PEA) und die Einführung einer Förderung privater, nicht obligatorischer privater Zusatzversicherungen („Pflege-Bahr“) (vgl. Rothgang et al. 2013; Rothgang et al. 2012b). Auf beides wird nachstehend (Abschnitt 3.2.1.1 bzw. Abschnitt 3.2.1.2) eingegangen. Daneben ist insbesondere die Förderung von Wohngruppen und Wohnformen für Pflegebedürftige jenseits des klassischen Pflegeheims Gegenstand des PNG. Diesbezügliche Zahlen zur Inanspruchnahme finden sich in Abschnitt 5.2.

3.2.1.1 Leistungsverbesserungen für Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz

In dem mit dem PNG neu in das SGB XI eingeführten § 123 wird Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz im Sinne des § 45a SGB XI (PEA), die nicht pflegebedürftig im Sinne der §§ 14, 15 SGB XI sind, erstmals ein Leistungsanspruch auf Pflegesachleistung, Pflegegeld, die Kombination von Pflegegeld und Pflegesachleistungen sowie häusliche Pflege bei Verhinderung der Pflegeperson eingeräumt. Gleichzeitig werden die Leistungsbeträge für PEA in

Tabelle 1: Leistungsverbesserungen für Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz (in Euro / Monat)			
	Pflegestufe 0	Pflegestufe I	Pflegestufe II
Pflegesachleistung	225	215	150
Pflegegeld	120	70	85
Kombination von Pflegegeld und Pflegesachleistung	172,5	142,5	117,5
Häusliche Pflege bei Verhinderung der Pflegeperson	1.550		
Quelle: § 123 SGB XI			

Pflegestufe I und II heraufgesetzt. Die sich ergebenden Leistungserhöhungen sind in Tabelle 1 angegeben. Für die Kombinationsleistung wurde dabei der Mittelwert von Pflegesachleistung und Pflegegeld zugrunde gelegt, der sich bei einer je hälftigen Inanspruchnahme ergibt.

Inzwischen liegen die Inanspruchnahmezahlen für das Jahr 2013 vor (Tabelle 2). Demnach haben knapp 70 Tsd. Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz aber ohne Pflegestufe erstmals Pflegegeld, Pflegesachleistungen, Kombileistungen oder Verhinderungspflege in Anspruch genommen. Der zahlenmäßig größere Effekt ergibt sich dagegen bei den PEA in Pflegestufe I und II, von denen fast 400 Tausend die erhöhten Leistungsansprüche beziehen konnten. Lediglich 15 % derjenigen, die von den Leistungsverbesserungen profitieren, haben somit keine Pflegestufe. Diese Zahlen bestätigen die schon an anderer Stelle (Rothgang et al. 2013) geäußerte These, dass Leistungsverbesserung für PEA, insbesondere auch für Menschen mit Demenz, weniger erstmalige Leistungsansprüche für Personen auslösen, die zuvor von Pflegeversicherungsleistungen ausgeschlossen sind, sondern vielmehr zu höheren Leistungsansprüchen für solche PEA führen, die auch bislang bereits Pflegeversicherungsleistungen (Pflegegeld, Pflegsachleistungen, vollstationäre Pflege) erhalten.

Werden die Werte in Tabelle 1 und Tabelle 2 miteinander multipliziert, resultieren Mehrausgaben im Jahr 2013 von insgesamt gut 600 Mio. Euro. In diesem Umfang hat das PNG somit 2013 zu Leistungsverbesserungen für Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz geführt.

Tabelle 2: Leistungsempfänger von Leistungen nach § 123 SGB XI				
	Pflegestufe 0	Pflegestufe I	Pflegestufe II	Insgesamt
Pflegesachleistung	9.014	20.534	15.746	45.294
Pflegegeld	52.368	143.913	105.509	301.790
Kombination von Pflegegeld und Pflegesachleistung	7.242	48.925	53.698	109.865
Häusliche Pflege bei Verhinderung der Pflegeperson	1.586	12.285	15.497	29.368
Insgesamt (ohne Verhinderungspflege)	68.624	213.372	174.953	456.949
Quelle: (BMG 2014d)				

3.2.1.2 Pflege-Bahr

Bereits im letzten und vorletzten Pflegereport (Rothgang et al. 2013; Rothgang et al. 2012b) wurde ausgeführt, warum der „Pflege-Bahr“ letztlich kein geeignetes Instrument zur Sicherung der pflegerischen Versorgung der Bevölkerung ist. Hierfür sind insbesondere fünf Gründe zu nennen, auf die im letztjährigen Pflegereport ausführlich eingegangen wurde:

- Die *Zahl der abgeschlossenen Verträge ist gering* und liegt heute bei weniger als einem Drittel der bereits für Ende 2013 (!) erwarteten Anzahl. Auch mittel- und langfristig wird nur eine Minderheit entsprechende Verträge abschließen.
- Wie die Erfahrungen mit Riester-Rente und bestehenden Pflegezusatzversicherungen zeigen, werden Zusatzversicherungen vor allem von einkommensstärkeren Schichten in Anspruch genommen. Die steuerliche Förderung des Pflege-Bahrs auch durch einkommensschwächere Schichten bewirkt daher eine *inverse Umverteilung von unten nach oben*.
- Die in der Musterkalkulation enthaltenen *Leistungshöhen sind unzureichend*, um einen nennenswerten Beitrag zur Schließung der Lücke zwischen den Leistungen der Sozialen Pflegeversicherung und den Finanzierungsbedarfen bei Pflege zu schließen.
- Da eine Staffelung der Versicherungsprämien nach Gesundheitszustand ausgeschlossen ist, bietet der Pflege-Bahr Anreize für *adverse Selektion*.

Diese ist in den Prämien nicht berücksichtigt, so dass es langfristig zu Prämienanstiegen kommen wird. Da die Versicherten dann aber schon viele Jahre eingezahlt haben, sind sie dann in der Versicherung „gefangen“.

- e. Die Existenz des Pflege-Bahrs kann Anlass sein, die Leistungen des obligatorischen Systems unzureichend zu dynamisieren und damit das *obligatorische System zu schwächen*.

An der Gültigkeit dieser Gründe hat sich seitdem nichts geändert. Hinsichtlich der Reichweite des Versicherungsschutzes lohnt es sich aber, auch die neueren Entwicklungen zu betrachten.

In der Begründung zu dem Mitte Juni 2012 vorgelegten Gesetzentwurf zum Pflege-Bahr wird „angenommen, dass im Jahr 2013 etwa 1,5 Millionen förderfähige Versicherungsverträge abgeschlossen werden“ (Bundestagsausschuss für Gesundheit 2012). Entsprechend wurde im Haushaltsplan für 2013 ein Posten von 100 Mio. Euro eingestellt, von dem 90 Mio. Euro zur Förderung von Versicherungsverträgen vorgesehen waren. Dies entspricht der dort genannten Zahl von 1,5 Mio. Verträgen mit jährlicher Förderung von 60 Euro oder einer sogar noch höheren Zahl an Verträgen, wenn diese erst im Laufe des Jahres abgeschlossen werden.

Tatsächlich wurden sehr viel weniger Verträge geschlossen. Bis Ende des Jahres 2013 lag die Zahl der abgeschlossenen Verträge bei 350 Tausend und damit bei weniger als einem Viertel der für dieses Jahr angestrebten Zahl (ohne Autor 2014b). PKV-Verbandsdirektor Dr. Volker Leienbach äußerte die Hoffnung, „dass die geförderte Pflegezusatzversicherung im nächsten Jahr die stolze Marke von einer Million Verträgen erreichen wird“ (ohne Autor 2013b). Tatsächlich hat die Bundesregierung ihren Haushaltsansatz für 2014 aber von 100 Mio. auf 33 Mio. Euro reduziert (ohne Autor 2014a). Sie geht also von deutlich niedrigeren Zahlen als einer Million Versicherungsverträge aus.

Gemessen an der Zielvorgabe der Bundesregierung, die selbst bereits nur auf eine kleine Minderheit der Bevölkerung abstellt, ist die tatsächliche Entwicklung – anders als von der Versicherungswirtschaft dargestellt – sicherlich keine Erfolgsmeldung. Derzeit haben rund 1 % der Beschäftigten eine entsprechende Police und auch die von Leienbach ins Spiel gebrachte „stolze Zahl“ entspricht

nur einem Bevölkerungsanteil von gut 1 % und einem Anteil an den Erwerbstätigen von rund 2,5 %.

Auch mittel- und langfristig ist nicht damit zu rechnen, dass der Pflege-Bahr aus seinem Nischendasein hinausfindet. Ausgehend von der Zahl der bisher verkauften ungeförderten Pflegezusatzversicherungen, den Erfahrungen mit der Riester-Rente (Blank 2011; Hagen & Kleinlein 2011; Kleinlein 2011) und der Unterschätzung des Pflegerisikos in der Bevölkerung ist nicht davon auszugehen, dass mehr als eine einstellige Millionenzahl an Verträgen zustande kommt. Die weit überwiegende Mehrheit wird keine Verträge abschließen und so nicht in den Genuss der öffentlichen Förderung kommen.

3.2.2 Koalitionsvertrag

Das Thema „Pflege“ nimmt im Koalitionsvertrag (CDU et al. 2013) mit drei Seiten einen vergleichsweise breiten Raum ein. Angesprochen wird eine Vielzahl von Aspekten, die von der geplanten Annäherung der ambulanten und stationären Leistungen, der Pflege im Sozialraum, Neuregelungen der Ausbildungskosten bis zu Finanzierungsfragen und dem neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff reichen. Zur Umsetzung hat das Bundesgesundheitsministerium eine zweistufige Reform vorgesehen:

- a. Im Ersten Pflegestärkungsgesetz ist eine erste Beitragssatzanhebung (um 0,3 Beitragssatzpunkte) vorgesehen. Mit den daraus resultierenden Mehreinnahmen sollen eine (nachholende) Leistungsdynamisierung, Leistungsverbesserungen, insbesondere im Vorgriff auf den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff, und der Ausbau der Betreuungsleistungen sowie die Einrichtung eines Pflegevorsorgefonds finanziert werden.
- b. Für das geplante Zweite Pflegestärkungsgesetz ist zentral die Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs vorgesehen, die mit einer erneuten Anhebung des Beitragssatzes um 0,2 Beitragssatzpunkte einhergeht.

Daneben ist insbesondere eine Bund-Länder-Arbeitsgruppe mit der sozialräumlichen Ausgestaltung der Pflegepolitik befasst, während die Weiterentwicklung der Pflege-Transparenzvereinbarung zunächst eine Aufgabe der gemeinsamen Selbstverwaltung bleibt.

Während die Planungen für das Zweite Pflegestärkungsgesetz, das am 1.1.2017 in Kraft treten soll naturgemäß noch nicht detailliert vorliegen, wurde das Erste Pflegestärkungsgesetz inzwischen verabschiedet und kann detaillierter gewürdigt werden.

3.2.3 Erstes Pflegestärkungsgesetz

Am 7. November 2014 hat der Bundesrat das Erste Pflegestärkungsgesetz gebilligt, das am 1. Januar 2015 in Kraft tritt. Als das Gesetz in erster Lesung in den Bundestag eingebracht wurde, war die entsprechende Vorlage noch mit „Entwurf eines Fünften Gesetzes zur Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch – Leistungsausweitungen für Pflegebedürftige, Pflegevorsorgefonds (Fünftes SGB XI-Änderungsgesetz – 5. SGB XI ÄndG) - BT-Drucksache 18/1798 –“ überschrieben. In diesem Titel des Gesetzesentwurfs werden die zwei Schwerpunkte des Gesetzes direkt genannt: Die Einführung eines Pflegevorsorgefonds sowie Leistungsausweitungen. Bei letzteren ist allerdings zwischen „echten“ Leistungsausweitungen sowie der Leistungsdynamisierung, die lediglich dem Werterhalt der SGB XI-Leistungen dient, zu unterscheiden, so dass sich drei zentrale Themen des Gesetzes ergeben, auf die nachstehend einzugehen ist:

- Leistungsverbesserungen (Abschnitt 3.2.3.1)
- Leistungsdynamisierung (Abschnitt 3.2.3.2) und
- der Pflegevorsorgefonds (Abschnitt 3.2.3.3).

3.2.3.1 Leistungsverbesserungen

Neben den Regelungen zur Leistungsdynamisierung, die keine Leistungsausweitung darstellen, sondern nur ansonsten drohenden realen Leistungskürzungen entgegentreten sollen (s. u.), enthält der Gesetzentwurf auch eine Flexibilisierung der Kurzzeit- und Verhinderungs- sowie der Tages- und Nachtpflege (Artikel 1 Ziffer 9, 11-12 5. SGB XI-ÄndG), die bestehende Rigiditäten auflösen, und echte Leistungsverbesserungen darstellen. Mehr Flexibilität wird dadurch erreicht, dass Pflegebedürftige in Zukunft bis zu 40 % ihres Sachleistungsanspruchs in Betreuungsleistungen umwidmen können (Artikel 1 Ziffer 17, 18 5. SGB XI-ÄndG). Mögliche Leistungsdauern werden von 4 auf 6 Wochen (bei

Verhinderungspflege) bzw. von 4 auf 8 Wochen im Jahr (bei Kurzzeitpflege) ausgedehnt und können u. U. aufeinander angerechnet werden. Teilstationäre Pflege wird nicht mehr zu 50 % auf die Sachleistungen oder Pflegegeld angerechnet, sondern zu 100 % im Rahmen der definierten Leistungssummen erstattet, und die zusätzlichen Betreuungsleistungen werden nunmehr als Entlastungsleistungen allen Pflegebedürftigen zur Verfügung gestellt, während die Anzahl der zusätzlich finanzierten Betreuungskräfte in Pflegeheimen erhöht wird. Gerade die letztgenannten Regelungen erfolgen zum Teil bereits direkt in Hinblick auf die im Zweiten Pflegestärkungsgesetz geplante Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs. So knüpfen derzeitige Leistungen bzw. Vergütungszuschläge nach §§ 45b, 87b, 123 SGB XI an das Merkmal der „erheblich eingeschränkten Alltagskompetenz“ gemäß § 45a SGB XI an, das nach Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs und des damit verbundenen Neuen Begutachtungsassessments (NBA) nicht mehr erhoben wird. Die Gewährung der Leistungen nach § 45b SGB XI und der Vergütungszuschläge nach § 87b SGB XI nunmehr für alle Pflegebedürftigen (Artikel 1 Ziffer 17c, 26b 5. SGB XI-ÄndG)¹ ist daher zwingend, sollen diese Leistungen auch nach Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs – wie etwa vom Beirat (BMG 2009, 2013a) gefordert – weiterhin gewährt werden.

Weitere Leistungsverbesserungen betreffen die Förderung neuer Wohnformen sowie die Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen (Art. 1 Ziffer 10, 18 und 19 5. SGB XI-ÄndG). Diese Leistungsausweitungen sind mit vergleichsweise begrenzten Ausgaben verbunden und greifen Defizite auf, die seit langem als reformbedürftig diskutiert werden.

Die ebenfalls in der Fachdiskussion geforderte stärkere Einbindung der Kommunen in die Gestaltung der Pflegeinfrastruktur, die Schaffung von Case und Care Management sowie die Förderung von Pflege im Quartier (Engelmann et al. 2013; Hoberg et al. 2013), konnte dagegen im Ersten Pflegestärkungsgesetz nicht gewährleistet werden. Hier verbleibt noch Regelungsbedarf für die zweite Reformstufe. Diesbezügliche Lösungsvorschläge sind von der Bund-Länder-

¹ Zum Zeitpunkt der Drucklegung dieses Reports lag das Gesetz auf der Homepage des Bundesgesundheitsministeriums noch in der Fassung der 1. Bundestagslesung vor. Verweise beziehen sich daher auf diese Fassung.

Arbeitsgruppe zu erwarten, die sich zwar erst im September 2014 konstituiert hat, inzwischen aber ihre Arbeit aufgenommen hat.

3.2.3.2 Leistungsdynamisierung

Im Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes 2008 wurde nicht nur erstmals eine Leistungsdynamisierung in drei Stufen (2008, 2010 und 2012) vorgenommen, sondern zugleich auch festgelegt, dass alle drei Jahre, erstmals im Jahre 2014 Notwendigkeit und Höhe einer Anpassung der Leistungen der Pflegeversicherung zu prüfen sei. Dementsprechend ist im ersten Pflegestärkungsgesetz eine über alle Leistungen hinweg einheitliche Anhebung um 4 % vorgesehen.²

Allerdings bleiben zwei Kritikpunkte bestehen, die bei Einführung des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes geäußert wurden (Rothgang 2008) und immer noch Bestand haben:

- a. die Leistungsanhebungen sind zu gering und
- b. die diskretionäre Leistungsanpassung sollte durch eine regelgebundene ersetzt werden.

3.2.3.2.1 Unzureichende Leistungsanhebung

Um die Leistungsanhebung bewerten zu können, ist ein normativer Bewertungsmaßstab notwendig. Der nachstehend verwendete Maßstab ist die Realwertkonstanz. Bei Einführung der Pflegeversicherung wurde diese – abweichend von der Krankenversicherung – als Teilleistungssystem mit erheblichen Eigenanteilen konzipiert. Dennoch war mit der Einführung der Pflegeversicherung eine erhebliche Ausweitung der öffentlichen Finanzierung von Pflegeleistungen, nämlich eine Verzweieinhalbfachung, verbunden (Rothgang 1997: 163ff.), so dass die Einführung auch des Teilleistungssystems begrüßt wurde. Anders ist dies, wenn die Leistungen der Sozialversicherung im Lauf der Zeit real merklich an Wert verlieren. Hierbei handelt es sich dann um reale Leistungskürzungen, die in einem System mit derart hohen Eigenanteilen einer

² Die 4%ige Leistungsanpassung bezieht sich auf den Dreijahreszeitraum von 2012 bis 2014. Da die Leistungen des PNG erst 2013 eingeführt wurden, werden sie nur mit 2,6 % dynamisiert, zwei Drittel des Wertes der übrigen Leistungen, da für sie nur ein 2-Jahreszeitraum zu berücksichtigen ist.

Begründung bedürfen. Allerdings hat bislang noch kein relevanter Akteur die Forderung erhoben, die Pflegeversicherungsleistungen zu kürzen, da sie zu großzügig ausgestaltet sind. Die Versicherten selbst fordern sogar eher einen Ausbau der Leistungen (Zok 2011). Nachfolgend wird daher davon ausgegangen, dass die Leistungen der Pflegeversicherung real nicht an Wert verlieren sollten und die Leistungsdynamisierung an diesem Maßstab bewertet wird.

Die Höhe der verschiedenen Pflegeversicherungsleistungen wurde im Jahre 1993 im Rahmen des Gesetzgebungsverfahrens festgesetzt, und diese Leistungen werden seit 1995 (ambulant) bzw. 1996 (stationär) gewährt. Bis Mitte 2008 wurden diese Leistungen nominal konstant gehalten und haben real erheblich an Wert verloren. Der Verbraucherpreisindex hat sich von 80,4 im April 1995, dem Zeitpunkt der ersten Leistungsgewährung bis Juli 2008, dem Zeitpunkt der ersten Leistungsanpassung, von 80,4 auf 99,5 (das Jahr 2010 entspricht 100) erhöht (Bundesamt 2014). Bezogen auf die Verbraucherpreise weisen die Pflegeversicherungsleistungen somit im genannten Zeitraum einen Wertverlust von 19 % auf. Allerdings sind Pflegeleistungen personalintensive persönliche Dienstleistungen, deren Produktionsfortschritte in aller Regel hinter der der Industrieproduktion zurückbleiben und deren Preise daher langfristig schneller steigen als die Inflationsrate – dies ist die sogenannte „Baumol’sche Kostenkrankheit“ (Baumol & Oates 1972; Baumol 1967). Für Pflegeleistungen liegen verlässliche Angaben zur Preisentwicklung nur für den stationären Sektor und für den Zeitraum von Dezember 1999 bis Dezember 2011 vor. In diesem Zeitraum sind die durchschnittlichen monatlichen Heimkosten (Kosten für Pflege sowie Unterkunft und Verpflegung)

- von 1.704 auf 1.998 Euro (Pflegestufe I),
- von 2.069 auf 2.440 Euro (Pflegestufe II) bzw.
- von 2.525 auf 2.907 Euro (Pflegestufe III)

gestiegen (Rothgang et al. 2013: 122). Werden die sich daraus ergebenden durchschnittlichen (geometrisches Mittel) jährlichen Steigerungsraten von

- 1,34 % (Pflegestufe I),
- 1,38 % (Pflegestufe II) bzw.
- 1,18 % (Pflegestufe III)

auf den gesamten Zeitraum von 1995 bis 2008 umgerechnet, ergeben sich Preissteigerungen von insgesamt 28,7 % (Pflegestufe I) 29,8 % (Pflegestufe II) und 25,0 % (Pflegestufe III) bzw. ein Wertverlust gegenüber dem Ausgangswert von

- 22,3 % (Pflegestufe I)
- 23,0 % (Pflegestufe II) und
- 20,0 % (Pflegestufe III).

Bis 2008 ist die Kaufkraft der Pflegeversicherungsleistungen damit um ein Fünftel bis ein Viertel gesunken.

Die seit 2008 erfolgten bzw. im vorliegenden Gesetzentwurf vorgesehenen Leistungsdynamisierungen sind nicht geeignet, diesen Wertverlust zu kompensieren. Im Pflege-Weiterentwicklungsgesetz wurde eine nach Pflegestufe und Leistungsart gestaffelte und in mehreren Schritten zu vollziehende Leistungsanpassung vorgenommen, die im Ergebnis (im Vergleich der Werte zu Jahresanfang 2008 zu 2012) – bezogen auf den seinerzeitigen Inanspruchnahmемix – einer Anpassung von insgesamt 7,1 % entspricht (Rothgang 2008). Gemeinsam mit der jetzt im Gesetzentwurf vorgesehenen linearen Steigerung um 4 % für alle Leistungen (außer den erst im PNG eingeführten, die nur mit 2,6 % steigen), ergibt sich eine Gesamtanpassung von 11,4 %. Bezogen auf den Zeitraum von 2008-2015 entspricht das einer durchschnittlichen jährlichen Anpassung von 1,6 %. Wird berücksichtigt, dass bis 2018 keine weitere Anpassung vorgenommen wird, liegt die durchschnittliche jährliche Anpassungsrate für den Zeitraum 2008-2018 sogar nur bei 1,1 %. Damit liegen die Anpassungsraten noch unterhalb der Preissteigerungen für Pflegeleistungen, wie sie im stationären Sektor in der Vergangenheit aufgetreten sind (s. o.). Es kommt also weiterhin tendenziell zu Wertverlusten – obwohl die Selbstbeteiligung in der Pflege derzeit bereits sehr hoch ist und die Eigenfinanzierungsanteile kontinuierlich gestiegen sind. So liegen die Eigenanteile beim Gesamtheimtentgelt deutlich höher als die Versicherungsleistungen und auch bei den Pflegekosten liegen die durchschnittlichen Eigenanteile inzwischen bei 346 Euro (Pflegestufe I) bis 769 Euro (Pflegestufe III) (Tabelle 3). Seitdem sind die Eigenanteile weiter gestiegen. Für Dezember 2013 wird sich dies zeigen, sobald die neuen Werte der Pflegestatistik vorliegen.

Tabelle 3: Pflegekosten, Versicherungsleistungen und Eigenanteile bei stationärer Pflege							
	(1)	(2)	(3)	(4)= (1)+(2)+(3)	(5)	(6)= (1)-(5)	(7)= (4)-(5)
Pflegestufe	Pflegekosten	Unterkunft und Verpflegung	Investitionskosten	Gesamtentgelt	Versicherungsleistungen	Eigenanteil Pflegekosten	Eigenanteil insgesamt
Stufe I	1.369	629	395	2.393	1.023	346	1.370
Stufe II	1.811	629	395	2.835	1.279	532	1.556
Stufe III	2.278	629	395	3.302	1.510	768	1.792
Quellen: (Rothgang et al. 2013)							

Im Lebenszyklus zeigt sich ein entsprechendes Bild: Von den durchschnittlich pro Pflegebedürftigem im gesamten Leben anfallenden Kosten übernimmt die Pflegeversicherung nur knapp die Hälfte. Der Rest ist vom Pflegebedürftigen selbst, seinen Angehörigen bzw. der Sozialhilfe aufzubringen (Rothgang et al. 2012b).

Diese erheblichen Eigenfinanzierungsanteile sind im Lauf der Zeit deutlich gestiegen (Rothgang et al. 2012b: 30). Zwar sollten die Kosten für Unterkunft und Pflege vom Pflegebedürftigen selbst gezahlt werden, jedoch bestand bei Einführung der Pflegeversicherung auch Einklang darüber, dass die Pflegekosten im Heim von der Pflegeversicherung übernommen werden sollten. Tatsächlich sind die Eigenanteile an den Pflegekosten – nicht zuletzt aufgrund fehlender Leistungsdynamisierung – seit Einführung der Pflegeversicherung kontinuierlich angestiegen und haben inzwischen Durchschnittswerte von 400-800 Euro erreicht. Ein weiterer Wertverlust der Pflegeversicherungsleistungen dürfte dieses Leistungssystem daher langfristig delegitimieren. Vor diesem Hintergrund sind die vorgesehenen Leistungsdynamisierungen von 4% für einen 3-Jahreszeitraum unzureichend.

3.2.3.2.2 Regelgebundene Leistungsdynamisierung

Wichtiger noch als die aktuelle Anpassungshöhe ist die Frage der langfristigen Anpassung der Pflegeversicherungsleistungen. Die entscheidende Norm des § 30 in der Fassung des Gesetzentwurfes lautet:

„Die Bundesregierung prüft alle drei Jahre, erneut im Jahre 2017, Notwendigkeit und Höhe einer Anpassung der Leistungen der Pflegeversicherung. Als ein Orientierungswert für die Anpassungsnotwendigkeit dient die kumulierte Preisentwicklung in den letzten drei abgeschlossenen Kalenderjahren; dabei ist sicherzustellen, dass der Anstieg der Leistungsbeträge nicht höher ausfällt als die Bruttolohnentwicklung im gleichen Zeitraum. Bei der Prüfung können die gesamtwirtschaftlichen Rahmenbedingungen mit berücksichtigt werden.“

Als „Orientierungswert“ dient demnach die Preis-, als Obergrenze aber die Bruttolohnentwicklung. Angesichts des sinkenden Erwerbspersonenpotentials ist mittel- und langfristig von steigenden Bruttoreallöhnen in der gesamten Volkswirtschaft auszugehen. Im Hinblick auf den drohenden Pflegenotstand (Rothgang et al. 2012a) muss weiterhin unterstellt werden, dass die Lohn- und Gehaltsentwicklung im Pflegesektor nicht hinter die allgemeine Lohn- und Gehaltsentwicklung zurückfällt. Da gut zwei Drittel der Kosten im Pflegesektor aber Personalkosten sind und Rationalisierungspotentiale bei diesen persönlichen Dienstleistungen nicht vorliegen, führt eine Orientierung der Leistungsdynamisierung an der Inflationsrate zwangsläufig zu weiteren Wertverlusten der Versicherungsleistungen. Um eine wünschenswerte Realwertkonstanz zu erreichen, ist dagegen eine Anpassung notwendig, die sich sowohl an der Lohn- als auch an der allgemeinen Preisentwicklung orientiert. Die auch als „Rürup-Kommission“ bezeichnete Kommission für die Nachhaltigkeit in der Finanzierung der sozialen Sicherungssysteme hat diesbezüglich schon 2003 eine Leistungsdynamisierung empfohlen, die sich je zur Hälfte an der Bruttolohn- und der allgemeinen Preisentwicklung orientiert (BMGS 2003: 193). Angesichts der tatsächlichen Kostenstruktur von Pflegeeinrichtungen wäre eine (nominale) Leistungsdynamisierung gemäß Formel (1)

$$\begin{aligned} & \text{Leistungsdynamisierung}_{\text{nominal}} \\ & = \frac{2}{3} \cdot \text{Nominallohnsteigerung} + \frac{1}{3} \cdot \text{Inflationsrate} \quad (1) \end{aligned}$$

sachgerecht. Hier geht die Steigerung der nominalen Bruttolöhne und -gehälter entsprechend der Kostenstruktur der Pflegeeinrichtungen mit zwei Dritteln, die allgemeine Preissteigerung hingegen nur mit einem Drittel ein. Bei realer (also inflationsbereinigter) Betrachtung ergibt sich hieraus die Formel (2):

$$\text{Leistungsdynamisierung}_{\text{real}} = \frac{2}{3} \cdot \text{Reallohnsteigerung} \quad (2)$$

Kritisch an der derzeitigen Fassung des § 30 SGB XI ist aber nicht nur die Höhe der Anpassung, sondern auch, dass nur alle drei Jahre „geprüft“ werden soll, ob eine Leistungsanpassung notwendig ist und ob diese hinsichtlich der „gesamtwirtschaftlichen Rahmenbedingungen“ möglich ist. Hier werden beitragsfinanzierte Versicherungsleistungen unter einen nicht systemgerechten Finanzierungsvorbehalt gestellt und es wird einer „Finanzierung nach Kassenlage“ Tür und Tor geöffnet. Um das Vertrauen in das Versicherungssystem zu gewährleisten, ist es stattdessen notwendig, die Leistungsdynamisierung regelmäßig – am besten jährlich – und regelgebunden vorzunehmen – auch dies ist eine Forderung, die schon seit vielen Jahren gestellt und begründet wird (BMGS 2003: 193; Rothgang 1997).

3.2.3.3 Pflegevorsorgefonds

Kritisch zu sehen ist auch die Einführung des Pflegevorsorgefonds. Hierfür sind folgende Gründe zu nennen, auf die nachstehend eingegangen wird (Jacobs & Rothgang 2014):

- a. Die im geplanten Pflegevorsorgefonds angesammelten Finanzmittel können nicht vor Zweckentfremdung geschützt werden.
- b. Der Beitragssatzeffekt des Pflegevorsorgefonds ist vernachlässigbar gering und zeigt, dass es sich hierbei um reine Symbolpolitik handelt.
- c. Der Pflegevorsorgefonds ist nicht nachhaltig. Seine Mittel sind dann verausgabt, wenn die Zahl der Pflegebedürftigen ihr Maximum erreicht. Da mit der Zahl der Pflegebedürftigen danach aber auch die Zahl der Beitragszahler sinkt, wird der Beitragssatz im Umlageverfahren nicht sinken, so dass der Fonds auch keine Belastungsspitze reduzieren kann.
- d. Der Aufbau eines Kapitalstocks bei gleichzeitig bestehender Staatsverschuldung ist ineffizient, da so nur niedrigere Habenzinsen erzielt werden. Die gleichen knappen Mittel könnten mit größerer Entlastungswirkung zur Reduktion der Staatsschulden verwendet werden.

Diese Gründe sollen im Folgenden ausgeführt werden.

3.2.3.3.1 Zweckentfremdung der Fondsmittel

Alle Erfahrungen der Vergangenheit sprechen dafür, dass es nicht möglich ist, die in einem öffentlich verwalteten Fonds angesparten Rücklagen vor dem Zugriff der Tagespolitik zu sichern, die sie im Krisenfall zweckentfremden wird. Verwiesen sei hier nur auf das Abschmelzen der „Schwankungsreserve“ in der gesetzlichen Rentenversicherung in den 1990er Jahren, aber auch auf die Diskussion Ende der 1990er Jahre als die Soziale Pflegeversicherung eine größere Liquiditätsreserve aufwies, über deren zweckentfremdende Verwendung zur Sanierung der Arbeitslosenversicherung eine intensive Diskussion geführt wurde, die nur durch die dann auftretenden Defizite der Pflegeversicherung zum Verstummen gebracht wurde (vgl. auch Rothgang & Vogler 1998). Einem der bekanntesten Ökonomen des 20. Jahrhunderts, Joseph Alois Schumpeter, wird der vielfach zitierte Satz zugeschrieben: „Eher legt ein Hund einen Wurstvorrat an, als eine demokratische Regierung eine Haushaltsreserve“, der diesen Sachverhalt auf den Punkt bringt. „Kasse macht sinnlich“ – und ein Schutz der Rücklagen vor einer Zweckentfremdung ist nicht möglich – auch nicht indem die Deutsche Bundesbank zur Hüterin dieses Sondervermögens gemacht wird. Das betont auch die Deutsche Bundesbank selbst, indem sie in ihrem Monatsbericht für März 2014 zum Thema Pflegevorsorgefonds ausführt:

„Nicht zuletzt die aktuelle Erfahrung zeigt, dass Rücklagen bei den Sozialversicherungen offenbar Begehrlichkeiten entweder in Richtung höherer Leistungsausgaben oder auch zur Finanzierung von Projekten des Bundes wecken. Zweifel an der Nachhaltigkeit einer kollektiven Vermögensbildung unter staatlicher Kontrolle erscheinen umso eher angebracht, je unspezifischer die Verwendung der Rücklagen festgelegt wird.“

Die Bundesbank genießt in der öffentlichen Wahrnehmung zwar einen sehr guten Ruf, aber auch sie kann eine Zweckentfremdung der Mittel des Vorsorgefonds nicht verhindern, wenn diese durch einfaches Gesetz beschlossen wird. Von einem wirksamen institutionellen Schutz des Pflegevorsorgefonds kann also nicht die Rede sein.

Tabelle 4: Beitragssatzreduktion aufgrund des Vorsorgefonds in Abhängigkeit von Zinssatz und Grundlohnsummenwachstum				
		Grundlohnsummenwachstum (real)		
Verzinsung (real)	0%	1%	2%	3%
0%	0,090	0,078	0,064	0,053
1%	0,105	0,085	0,069	0,057
2%	0,116	0,092	0,074	0,060
3%	0,129	0,100	0,078	0,061

Quelle: eigene Berechnungen
Anmerkungen: Angegeben ist der arithmetische Mittelwert über alle Jahre, in denen Auszahlungen vorgenommen werden

3.2.3.3.2 Vernachlässigbarer Beitragssatzeffekt

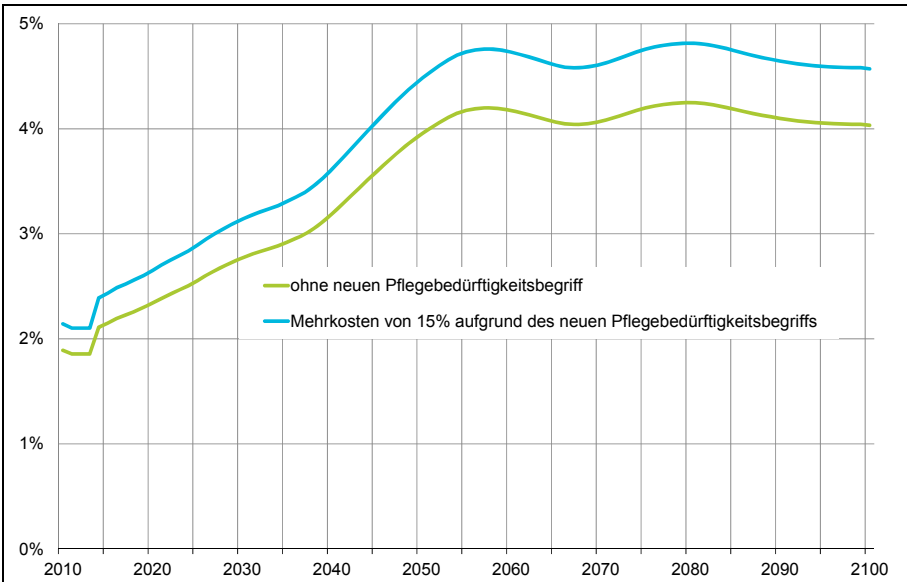
Der „Pflegevorsorgefonds“ soll „der langfristigen Stabilisierung der Beitragsentwicklung in der sozialen Pflegeversicherung“ dienen (§ 132 SGB XI in der Fassung des Gesetzentwurfs) und dazu beitragen, „übermäßige Beitragssatzsteigerungen in Zeiten besonderer demografiebedingter Belastungen zu vermeiden“ (allgemeiner Teil der Gesetzesbegründung, BT-Ds. 18/1798, S. 1). Selbst wenn unterstellt wird, dass die Mittelverwendung in vorgesehener Weise erfolgt, ist der Effekt vernachlässigbar und trägt nicht zur „Vermeidung übermäßiger Beitragssatzsteigerungen“ bei. Wird über einen Zeitraum von 19 Jahren jeweils 0,1 % der beitragspflichtigen Einnahmen der Sozialen Pflegeversicherung in den Fonds eingezahlt, resultiert 2035 ein Vermögensbestand, der – je nach Wachstum der Grundlohnsumme und der Verzinsung des angesparten Kapitals – zwischen 23 Mrd. Euro (Wachstumsraten von 0 %) und 40 Mrd. Euro (Wachstumsraten von jeweils 3 %) liegt. In den Folgejahren soll der Pflegeversicherung jeweils maximal ein Zwanzigstel dieses Betrages zur Vermeidung von Beitragssatzsteigerungen zur Verfügung gestellt werden. Dies führt dann zu einer Beitragssatzreduktion von rund 0,1 Beitragssatzpunkten, die – bei steigender Grundlohnsumme – im Zeitverlauf noch weiter abnimmt. Tabelle 4 zeigt die durchschnittliche Beitragssatzreduktion (arithmetisches Mittel), die während der Existenz des Fonds in Abhängigkeit von Grundlohnsummenwachstum und Verzinsung resultiert. Wird von einer realen, d. h. inflationsbereinigten, Steigerung der Grundlohnsumme von 1 % pro Jahr ausgegangen,

liegt die Beitragssatzreduktion bei knapp 0,1 Beitragssatzpunkten. Bei einem Beitragssatz, der dann eher bei 4 Beitragssatzpunkten liegen dürfte, fällt dies nicht ins Gewicht. Von einer „langfristigen Stabilisierung der Beitragssatzentwicklung“ und einer Vermeidung „übermäßiger Beitragssatzsteigerungen“ kann daher nicht die Rede sein.

3.2.3.3.3 Fehlende Nachhaltigkeit

Aus dem oben beschriebenen darf allerdings nicht geschlossen werden, dass lediglich das Volumen des Pflegevorsorgefonds erhöht werden muss, um diesen zu einem Erfolgsmodell zu machen. Auch wenn der Vorsorgefonds größer ausgelegt wäre, würden sich nämlich keine nachhaltigen Effekte ergeben, da der Entlastungseffekt nur temporär und damit alles andere als nachhaltig ist. Die Begründung dafür, nur über 20 Jahre Rücklagen zu bilden und diese dann wieder aufzuzehren, beruht auf der Fehlkonzeption, dass es in der Pflegeversicherung einen „Belastungsberg“ („Zeiten besonderer demografiebedingter Belastungen“) gebe, der „untertunnelt“ werden könne. Tatsächlich wird die Zahl der Pflegebedürftigen den gängigen Vorausberechnungen zufolge nur bis Ende der 2050er Jahre steigen und dann wieder sinken. Allerdings sinkt dann gleichzeitig auch die Zahl der Beitragszahler weiter. Der Beitragssatz zur Sozialen Pflegeversicherung wird daher – ceteris paribus – auch in der zweiten Hälfte dieses Jahrhunderts nicht sinken. Dies zeigt Abbildung 1, die die Beitragssatzentwicklung enthält, die sich auf Basis konstanter alters- und geschlechtsspezifischer Pflegeprävalenzen, einer demographischen Entwicklung entsprechend der mittleren Variante der 12. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung der Statistischen Ämter des Bundes und der Länder sowie konstanter Löhne, Gehälter, Renten und Pflegeversicherungsleistungen sowie einer steigende Erwerbstätigkeit, wie vom Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung unterstellt, ergibt (vgl. Rothgang et al. 2011a).

Diese Entwicklung, die damit nur die demographischen und sozialstrukturellen Trends, nicht aber die monetären Faktoren abbildet, verdeutlicht, dass ein Sinken des Beitragssatzes ab Mitte dieses Jahrhunderts nicht zu erwarten ist. Bei der Beitragssatzentwicklung haben wir es nicht mit einem „Belastungsberg“ zu tun, sondern mit dem Anstieg auf ein Hochplateau, das nicht durch einen temporären Vorsorgefonds untertunnelt werden kann.



Quelle: (Jacobs & Rothgang 2014)

Anmerkung: Annahme: real konstante Arbeitsentgelte und Versicherungsleistungen

Abbildung 1: Bedingt demographische Beitragssatzprojektion

Vielmehr ist der Vorsorgefonds genau dann leer, wenn die höchste Zahl der Pflegebedürftigen erreicht wird, und die – sowieso nur minimale – Reduktion des Beitragssatzes läuft dann aus, ohne dass es zu einer Beitragssatzreduktion aufgrund demographischer Entwicklungen kommt. Im Ergebnis führt der Fonds daher lediglich dazu, dass der Beitragssatz während eines Zeitraums von 20 Jahren um 0,1 Beitragssatzpunkte höher ist als ohne ihn, danach während eines ähnlich langen Zeitraums um etwa 0,1 Beitragssatzpunkte niedriger ist als ohne ihn, um danach schließlich wieder genau auf dem Beitragssatzpfad zu landen, der sich auch ohne den Fonds ergeben hätte. Mit einer „langfristigen Stabilisierung der Beitragssatzentwicklung“ hat das sicherlich nichts zu tun. Selbst wenn also – unrealistischer Weise – unterstellt wird, dass es gelingt, den Pflegevorsorgefonds vor einer Zweckentfremdung zu schützen und von Kapitalmarktrisiken abgesehen wird, kommt es lediglich dazu, einen sehr kleinen Teil der Beitragslast um 20 Jahre vorzuziehen. Gerade dann, wenn die höchst-

ten Beitragslasten erreicht werden, ist der Fonds aber leer und die Situation ist, als hätte es den Fonds nie gegeben.

3.2.3.3.4 Ineffizienz bei der Förderung der Generationengerechtigkeit

Die Notwendigkeit des Pflegevorsorgefonds wird insbesondere damit begründet, dass „die Finanzierung der aufgrund der demografiebedingt im Zeitverlauf steigenden Leistungsausgaben gerechter auf die Generationen verteilt werden“ soll (BT-Drs. 18/1798, S. 2). Tatsächlich werden lediglich die Beitragszahler der Jahre 2015-2034 be- und die Beitragszahler der Jahre 2035 bis etwa 2059 entlastet. Es handelt sich also nur um eine Vorziehung ansonsten später anfallender Lasten. Da jede Geburtskohorte in unterschiedlichem Umfang von den Jahren betroffen ist, in denen es zu einer Belastung und in denen es zu einer Entlastung kommt, weist auch jede Geburtskohorte eine andere Bilanz auf. Belastet werden dabei einfachen Modellrechnungen zufolge die 1930-1975 Geborenen, die ihre Berufstätigkeits- und Rentenphase ausschließlich bzw. überwiegend in der Ansparphase des Fonds verbringen. Entlastet werden die 1976-2040 Geborenen, deren Erwerbsleben und/oder Rentenzeiten von der Entsparphase des Fonds geprägt werden. Die stärkste Entlastung weisen dabei die 2014 Geborenen auf. Für alle ab 2040 Geborenen wiederum ergibt sich kein Effekt. Für sie ist es, als hätte es den Fonds niemals gegeben. Insgesamt ist nicht erkennbar, dass mit diesen intertemporalen Umverteilungen und den damit verbundenen intergenerativen Umverteilungen ein nachhaltiger Beitrag zur Generationengerechtigkeit erfolgt. Gerade die recht willkürlich erscheinende Be- und Entlastung einzelner Geburtskohorten lässt sich systematisch nicht rechtfertigen.

Selbst wenn aber unterstellt wird, dass aus Gründen der Generationengerechtigkeit jüngere Geburtskohorten entlastet werden sollen, ist der Aufbau eines Kapitalstocks hierfür ein ineffizientes Mittel. Tatsächlich werden knappe Mittel dazu genutzt, auf der einen Seite einen Kapitalstock aufzubauen, während auf der anderen Seite explizite Staatsschulden in großer Höhe vorhanden sind. Dies ist aber ineffizient, da für die Verzinsung der Kapitalrücklage Habenzinsen bezogen werden, für die Staatsschulden aber Sollzinsen zu zahlen sind und Habenzinsen regelmäßig niedriger sind als Sollzinsen. Soll etwas für die zukünftigen Generationen getan werden, wäre ein Abbau der Staatsschulden die

bessere Wahl. Generationengerechtigkeit ist nämlich ein übergreifendes Konzept, das selbst in der schon verengten Konzeption der Generationenbilanzen alle öffentlichen Leistungssysteme in den Blick nehmen sollte. Generationengerechtigkeit kann daher durch den Abbau von Staatsverschuldung viel effizienter gefördert werden als durch den Aufbau einer Kapitalreserve bei gleichzeitig bestehender Verschuldung. Hier wäre daher eine sektor- und systemübergreifende Betrachtungsweise angebracht, die dazu führen würde, den Vorsorgefonds auch aus Effizienzgründen zu verwerfen.

4 Pflege im Spiegel amtlicher Statistiken und anderer Datenquellen

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

Weiterhin stellt sich bei häuslicher Pflege die Frage nach der Zahl der pflegenden Menschen, also den Pflegepersonen. Vor allem im Bereich der stationären Pflege sind die Kosten und deren Finanzierung durch Pflegeversicherung, Sozialhilfe und den Pflegebedürftigen selbst von Bedeutung. Damit rücken auch Fragen zur Finanzentwicklung der Pflegeversicherung in den Fokus. In diesem Kapitel werden die vorhandenen Informationen zu den genannten Fragen bzw. Themen zusammengefasst und analysiert.

Zunächst werden dafür die Datenquellen, d. h. die *Statistik der Pflegekassen* und die vom Statistischen Bundesamt in Zusammenarbeit mit den Statistischen Landesämtern durchgeführte *Pflegestatistik*, beschrieben (Abschnitt 4.1). Abschnitt 4.2 gibt einen grundlegenden Überblick über die Entwicklung der *Zahl der Pflegebedürftigen* in Deutschland. In Abschnitt 4.3 wird dann auf die *Versorgungsformen der Pflegebedürftigen* eingegangen, während in Abschnitt 4.4 die *Finanzierung der Pflege* thematisiert wird.

4.1 Datenquellen

Die amtliche Statistik stellt zwei Datengrundlagen zur Pflegesituation zur Verfügung: die Daten der Sozialen Pflegeversicherung und die Pflegestatistik. Die *Daten der Sozialen Pflegeversicherung* (SPV) basieren auf den Geschäfts- und Rechnungsergebnissen der Pflegekassen nach § 79 SGB IV. Diese Daten liefern Informationen darüber, welche Leistungen durch die Soziale Pflegeversi-

cherung für die häusliche und stationäre Pflege erbracht werden. Die Daten werden dem Bundesgesundheitsministerium (BMG) von den Kassen zur Verfügung gestellt und von diesem aufbereitet und veröffentlicht. Die *Pflegestatistik* nach § 109 SGB XI beruht selbst wiederum auf zwei Erhebungen: Einer Erhebung bei den Leistungsanbietern (ambulante und stationäre Pflegeeinrichtungen) über erbrachte Leistungen und die personelle Ausstattung der Einrichtungen sowie einer Erhebung bei den Kostenträgern (den Pflegekassen und den privaten Versicherungsunternehmen) über die Leistungsgewährung und die Leistungsempfänger. Die Pflegestatistik wird von den Statistischen Ämtern des Bundes und der Länder seit 1999 alle zwei Jahre erhoben.³

Die unterschiedlichen Berichtswege, mit denen beide Statistiken verknüpft sind, verfolgen damit auch unterschiedliche Zielsetzungen: Während die Pflegestatistik vor allem dazu dient, die Situation in den stationären Heimen und den ambulanten Diensten zu beschreiben (Statistisches Bundesamt 2008), stehen bei den Daten der Sozialen Pflegeversicherung vor allem Fragen der Ausgabenentwicklung und der Finanzierung im Vordergrund. Bezogen auf den Berichtszeitraum und den Umfang der zur Verfügung gestellten Informationen sind mit den Datensätzen unterschiedliche Vor- und Nachteile verbunden. Während die Daten der Sozialen Pflegeversicherung den Berichtszeitraum seit Einführung der Pflegeversicherung umfassen und jährlich erhoben werden, stellt die Pflegestatistik erst ab 1999 Informationen zur Verfügung und wird nur alle zwei Jahre erstellt. Allerdings weist die Statistik der Pflegekassen im Vergleich zur Pflegestatistik folgende Nachteile auf:

- Sie enthält überwiegend nur Informationen über Leistungen der Sozialen Pflegeversicherung und kaum über Leistungen der privaten Pflegeversicherung, so dass kein vollständiger Überblick über die Pflegebedürftigkeit in Deutschland gewonnen werden kann,
- die Informationen sind hinsichtlich der Pflegeeinrichtungen weniger detailliert und

³ Der Stichtag für die Pflegeeinrichtungen ist der 15.12. und der Stichtag für die Spitzenverbände der Pflegekassen und den Verband der privaten Krankenversicherung der 31.12. des Jahres. Die Rücksendung der Erhebung erfolgt jeweils bis zum 31.3. des Folgejahres.

- Informationen über die Leistungsanbieter sind nicht enthalten. Es wird lediglich die Leistungsanspruchnahme der Versicherten beschrieben.

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

Des Weiteren unterscheiden sich die Statistik der Pflegekassen und der Pflegestatistik auch durch unterschiedliche Abgrenzungen und Definitionen. Beispielsweise sind im Berichtsjahr 2009 79 Tsd. *behinderte Menschen*, die Leistungen nach § 43a SGB XI in Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen erhalten, in der Statistik der Pflegekassen enthalten, nicht jedoch in der Pflegestatistik. In der Pflegestatistik 2009 sind hingegen 11 Tsd. Pflegebedürftige noch ohne Pflegestufe erfasst, die vollstationär in Pflegeheimen versorgt werden. Diese sind wiederum in der Statistik der Pflegekassen nicht enthalten. Manche Definitionen der verschiedenen Leistungsarten divergieren ebenfalls. So ist die Verhinderungspflege in den Daten der Pflegestatistik in den Pflegesachleistungen bzw. in den Kombinationsleistungen enthalten, während die Tages- und Nachtpflege (bis 2007) sowie die Kurzzeitpflege in den stationären Leistungen enthalten sind.⁴ In den Berichten des BMG zur Statistik der Pflegekassen werden nur die vollstationäre Dauerpflege und die vollstationäre Pflege in Behindertenheimen als stationäre Pflege zusammengefasst (z. B. BMG 2014d). Die Kurzzeitpflege und Tages- und Nachtpflege wird mit zur ambulanten Versorgung gezählt. Dies hat zur Folge, dass sich für die in den beiden Statistiken betrachteten jeweiligen Leistungsarten auch unterschiedliche relative Häufigkeiten ergeben können.⁵

In der Statistik der Pflegekassen kommt es darüber hinaus auch zu zwei verschiedenen Arten der Zählung der Leistungsbezieher. So wird einerseits die

⁴ Die Verhinderungspflege wird in ca. 1,5 %, die Tages- und Nachtpflege in ca. 1,3 % und die Kurzzeitpflege in ca. 0,7 % aller Leistungsfälle genutzt.

⁵ Vgl. hierzu auch die Ausführungen der Statistischen Ämter (Statistisches Bundesamt 2011a: 26).

Zahl der Pflegebedürftigen überwiegend zum jeweils 31.12. jeden Jahres als „Personenstatistik“ erhoben. Dieses Verfahren entspricht dem der Pflegestatistik und wird in der Berichterstattung des BMG überwiegend für die Altersverteilung und die Verteilung nach Pflegestufen verwendet. Die Darstellung der *Verteilung der Leistungsarten* (vgl. Abschnitt 4.2.2) stützt sich demgegenüber auf die durchschnittlichen *Leistungstage* innerhalb eines Jahres. Durch dieses Verfahren kommt es vielfach zu Mehrfachzählungen durch den gleichzeitigen Bezug mehrerer Leistungen und damit zu einer deutlichen Überschätzung gegenüber dem erfassten Personenkreis. Bei rund 2,5 Mio. Pflegebedürftigen zeigt sich ein Unterschied von rund 110 Tsd. Pflegebedürftigen (vgl. BMG 2014b; BMG 2014c).

Eine weitere wichtige Datenquelle sind die Angaben des *PKV-Verbandes* zu den Pflegebedürftigen, die in der privaten Pflegepflichtversicherung (PPV) versichert sind. Diesbezügliche Angaben werden an das BMG gemeldet und ebenfalls vom Ministerium veröffentlicht. Die Statistik der Privaten Krankenversicherung ist jedoch nur wenig differenziert und bietet vor allem Informationen zur Finanzentwicklung der privaten Pflegeversicherung.

Weitere Datengrundlagen, die insbesondere zur Bestimmung der Zahl der Pflegepersonen (Abschnitt 4.3) genutzt werden, sind die Daten der *Rentenversicherung* und des *Sozio-ökonomischen Panel (SOEP)*.

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

Eine weitere Datenquelle ist das *Sozio-ökonomische Panel (SOEP)*. Das SOEP ist eine seit 1984 laufende jährliche Wiederholungsbefragung von Deutschen, Ausländern und Zuwanderern in den alten und neuen Bundesländern. Die Stichprobe umfasste im Erhebungsjahr 2012 knapp 11 Tsd. Haushalte mit nahezu 22 Tsd. Personen. Themenschwerpunkte sind unter anderem Haushaltszusammensetzung, Erwerbs- und Familienbiografie, Einkommensverläufe,

Gesundheit und Lebenszufriedenheit. Im Rahmen der Erfragung der heutigen Lebenssituation wurde dabei auch die Frage nach Pfl egetätigkeiten gestellt.

Darüber hinaus werden die Daten der *Sozialhilfe* und der *Kriegsopferfürsorge* (Abschnitt 4.4) für die Analyse der Finanzierung der Kosten der Pflegebedürftigkeit herangezogen.

4.2 Die Entwicklung der Zahl der Pflegebedürftigen

Die folgenden Abschnitte geben einen grundlegenden Überblick über die Entwicklung der Zahl der Pflegebedürftigen in Deutschland. Die dargestellten Entwicklungen gliedern sich dabei in die Entwicklungen nach *Pflegestufen* (Abschnitt 4.2.1), und nach *Leistungsarten* (Abschnitt 4.2.2). Des Weiteren werden die Zahlen der Pflegebedürftigen nach Bundesländern differenziert (Abschnitt 4.2.3) sowie die Prävalenzen von Pflegebedürftigkeit für die einzelnen Bundesländer berichtet (Abschnitt 4.2.4). Basierend auf diesen Prävalenzen werden anschließend Modellrechnungen zur Zahl der Pflegebedürftigen bis zum Jahr 2060 für die einzelnen Bundesländer präsentiert (Abschnitt 4.2.5). Das Kapitel zu den Pflegebedürftigen schließt mit den Statistiken des Medizinischen Dienstes zu den Pflegebegutachtungen (Abschnitt 4.2.6) und einem Fazit zu der Entwicklung der Zahl der Pflegebedürftigen (Abschnitt 4.2.7).

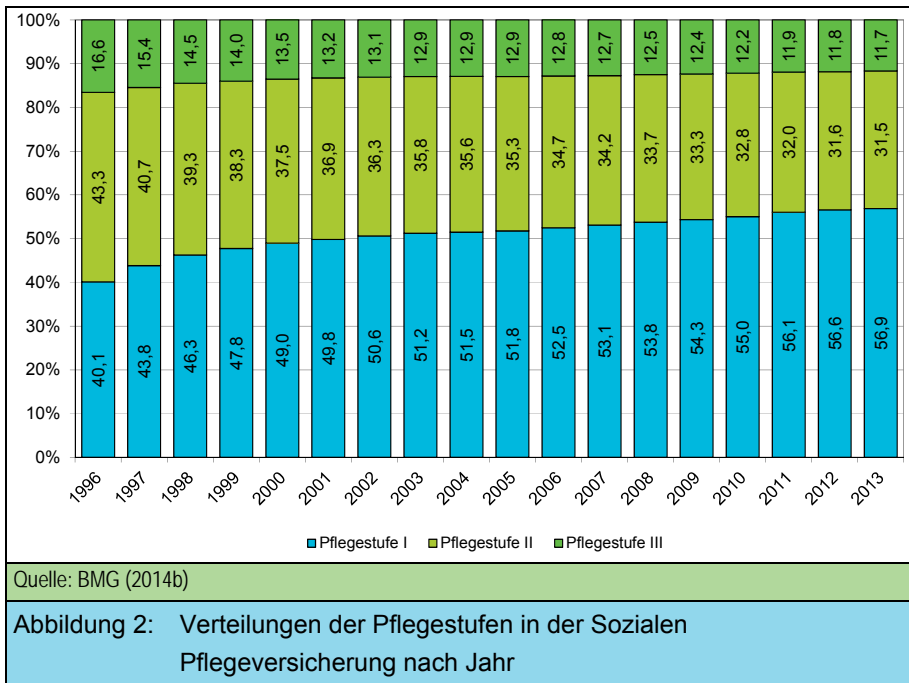
4.2.1 Die Entwicklung der Zahl der Pflegebedürftigen nach Pflegestufen auf Bundesebene

Die Entwicklung der Zahl der Pflegebedürftigen wird zunächst anhand der oben beschriebenen Daten der *Sozialen Pflegeversicherung* nachgezeichnet. Wie Tabelle 5 zeigt, ist die Zahl der SPV-versicherten Pflegebedürftigen seit Einführung der Pflegeversicherung 1995 von anfänglich 1,06 Mio. innerhalb von vier Jahren auf 1,83 Mio. angestiegen. Dabei ist zu berücksichtigen, dass im ersten Jahr der Pflegeversicherung noch keine Leistungen zur stationären Pflege gewährt wurden, der Anstieg von 1995 bis 1996 daher insbesondere auf die Einführung der Leistungsgewährung für stationäre Pflege zum 1.7.1996 zurückgeführt werden kann. Ab dem Jahr 2000 führten die jährlichen Zuwächse von durchschnittlich 45 Tsd. zu einem Anstieg der Zahl der Pflegebedürftigen auf ca. 2,32 Mio. im Jahr 2010, wobei die stärksten Zuwächse in den Jahren

2008 (+84 Tsd. Pflegebedürftige) und 2009 (+121 Tsd. Pflegebedürftige) zu verzeichnen sind. In den Jahren 2010 (+53 Tsd. Pflegebedürftige) und 2011 (+30 Tsd. Pflegebedürftige) gab es deutlich geringere Zuwächse. Diese sind in den Jahren 2012 (+79 Tsd.) und 2013 (+82 Tsd.) wieder angestiegen.

Tabelle 5: Entwicklung der Zahl der Pflegebedürftigen in der Sozialen Pflegeversicherung nach Pflegestufe				
Anzahl der Pflegebedürftigen				
	Insgesamt	Pflegestufe I	Pflegestufe II	Pflegestufe III
1995	1.061.418	-	-	-
1996	1.546.746	620.318	670.147	256.281
1997	1.659.948	727.864	675.965	256.119
1998	1.738.118	804.356	682.431	251.331
1999	1.826.362	872.264	698.846	255.252
2000	1.822.169	892.583	683.266	246.320
2001	1.839.602	916.623	679.472	243.507
2002	1.888.969	956.376	685.524	247.069
2003	1.895.417	971.209	679.159	245.049
2004	1.925.703	991.467	685.558	248.678
2005	1.951.953	1.010.844	688.371	252.738
2006	1.968.505	1.033.272	683.109	252.124
2007	2.029.285	1.077.718	693.077	258.490
2008	2.113.485	1.136.500	712.621	264.364
2009	2.235.221	1.214.670	743.970	276.581
2010	2.287.799	1.258.732	750.664	278.403
2011	2.317.374	1.298.951	742.429	275.994
2012	2.396.654	1.356.345	756.892	283.417
2013	2.479.590	1.410.646	779.903	289.041
Quelle: (BMG 2014b)				

Gründe für die Entwicklung bis 1999 werden vor allem in allgemeinen Einführungseffekten gesehen, wonach sich – verbunden mit dem steigenden Bekanntheitsgrad der Pflegeversicherung – erst ein Bestand an Pflegebedürftigen aufbauen musste. Der weitere langfristige kontinuierliche Anstieg ist vor allem durch die demografische Alterung und nicht durch eine Veränderung der altersspezifischen Prävalenzen in diesem Zeitraum bedingt (vgl. Abschnitt 4.2.4). Die deutlichen Anstiege in den Jahren 2008 und 2009 können auf mindestens zwei Gründe zurückgeführt werden.

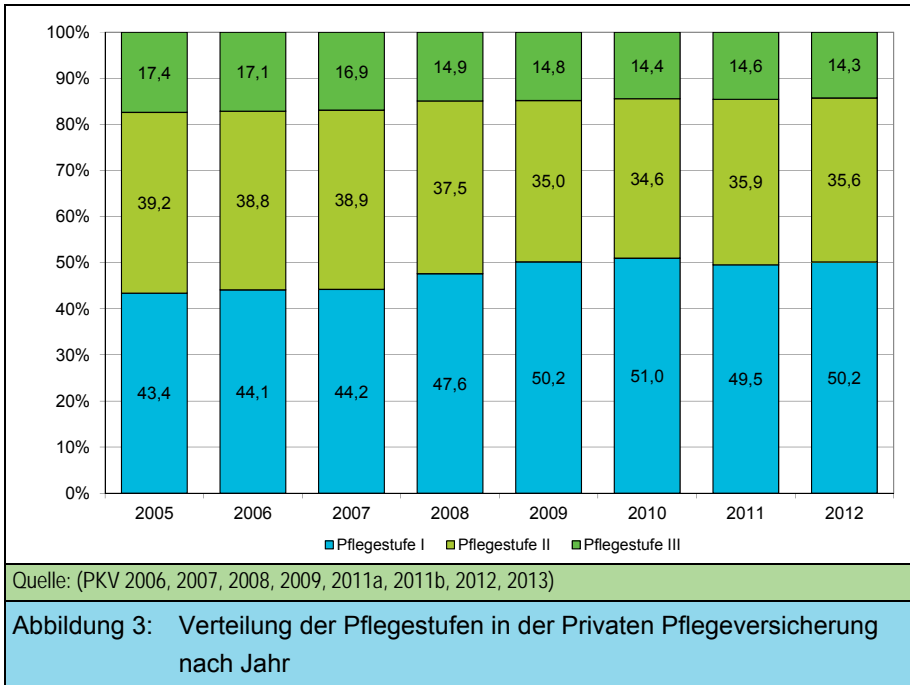


Zum einen ist zum 1.7.2008 das Pflege-Weiterentwicklungsgesetz (PfWG) in Kraft getreten. Danach haben Antragsteller mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz erstmals einen Rechtsanspruch auf zusätzliche Betreuungsleistungen gemäß § 45b SGB XI, selbst wenn sie nicht pflegebedürftig im Sinne des SGB XI sind. In der Folge ist die Zahl der Erstbegutachtungen sprunghaft angestiegen (vgl. Abschnitt 4.2.6), was auch zu einer höheren Zahl Pflegebedürftiger im Sinne des SGB XI geführt haben dürfte. Zum anderen wird aber auch von einer "verbesserten Erfassung" der Daten berichtet, wodurch der Anstieg überzeichnet sein könnte (BMG 2014b).

Die Entwicklung der *Verteilungen* der Pflegestufen im Zeitraum von 1996 bis 2013 (Abbildung 2) zeigt, dass sich die Anteile der Pflegestufen vor allem bis 2000 deutlich in Richtung Pflegestufe I verschoben haben: Während 1996 40,1% der Pflegebedürftigen in Pflegestufe I waren, erhöhte sich dieser Anteilswert auf 49% im Jahr 2000. Auch in den Folgejahren erhöhte sich dieser Anteil noch, wenn auch in geringerem Tempo auf zuletzt 56,9% im Jahr 2013.

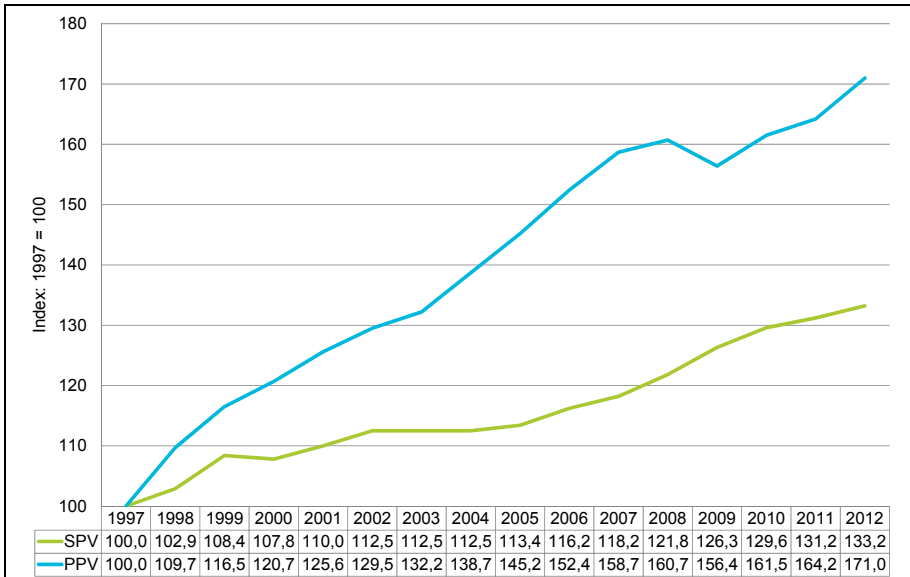
Tabelle 6: Entwicklung der Zahl der Pflegebedürftigen in der Privaten Pflegepflichtversicherung nach Pflegestufe				
Anzahl der Pflegebedürftigen				
	Insgesamt	Pflegestufe I	Pflegestufe II	Pflegestufe III
1997	88.377			
1998	96.968			
1999	102.947			
2000	106.709			
2001	110.980			
2002	114.452			
2003	116.845			
2004	122.583			
2005	128.343	55.694	50.329	22.320
2006	134.722	59.420	52.252	23.050
2007	140.230	62.009	54.521	23.700
2008	131.062	67.659	53.226	21.175
2009	138.181	69.353	48.360	20.468
2010	142.696	72.732	49.377	20.587
2011	145.099	71.892	52.095	21.112
2012	151.141	75.798	53.797	21.546
Quelle: (PKV 2006, 2007, 2008, 2009, 2011a, 2011b, 2012, 2013)				
Anmerkung: Differenzierung nach Pflegestufen erst ab 2005 verfügbar.				

Dementsprechend war der Anteil der Pflegebedürftigen in den Pflegestufen II und III deutlich rückläufig zwischen 1996 und 2000: Der Anteil der Pflegebedürftigen in Pflegestufe II belief sich 1996 auf 43,4 %, gegenüber 37,5 % im Jahr 2000 und zuletzt 31,5 % im Jahr 2013, während der Anteil der Pflegebedürftigen in Pflegestufe III von 16,6 % (1996), über 13,5 % (2000) auf zuletzt 11,7 % (2013) zurück ging. Auch hier sind für die 1990er Jahre Einführungseffekte zu beachten. So wurden die Personen, die bei Einführung der Pflegeversicherung Pflegeleistungen nach §§ 53–57 SGB V erhalten haben, automatisch in Pflegestufe II eingestuft, was zu einem im Vergleich zur „normalen“ Begutachtung womöglich zu hohen Anteil der Pflegebedürftigen in Stufe II und zu einem zu niedrigen Anteil in Pflegestufe I geführt haben mag. Auch die jüngere Entwicklung nach 2000 ist aber durch eine schleichende Zunahme des Anteils der Pflegebedürftigen in Pflegestufe I und eine gleichzeitige Abnahme des Anteils der Pflegebedürftigen in den Pflegestufen II und III gekennzeichnet.



In der privaten Pflegepflichtversicherung⁶ (Tabelle 6) ist die Zahl der Leistungsbezieher von 88 Tsd. im Jahr 1997 auf 151 Tsd. im Jahr 2012 angestiegen. Dies entspricht einem jährlichen Anstieg von absolut 2-6 Tsd. bzw. relativ von 2-6 % der Pflegebedürftigen. Lediglich im Jahr 2008 waren knapp 4 Tsd. (ca. 3 %) Menschen weniger pflegebedürftig als im Vorjahr 2007. Auch die Entwicklung der Verteilung der Pflegestufen (Abbildung 3) folgt im Wesentlichen der der *Sozialen Pflegeversicherung*: Während Pflegestufe I anteilig häufiger wird, nehmen die Besetzungen der Pflegestufen II und III anteilig jeweils ab. Allerdings sind die Anteilswerte für die Pflegestufe I dabei in der *privaten Pflegeversicherung* durchweg niedriger als in der *Sozialen Pflegeversicherung*.

⁶ Nachfolgend wird nur auf die Private Pflegepflichtversicherung eingegangen. Daneben gibt es auch noch private Pflegezusatzversicherungen und seit Inkrafttreten des Pflege-Neuausrichtungsgesetzes auch geförderte private Pflegezusatzversicherungen („Pflege-Bahr“, siehe auch Kapitel 3), die hier nicht behandelt werden.



Quelle: Tabelle 7, S. 60 und Tabelle 8, S. 62

Abbildung 4: Entwicklung der Zahl der Pflegebedürftigen in der Sozialen Pflegeversicherung und Privaten Pflegeversicherung

In der Sozialen Pflegeversicherung liegt der Anteil zum Jahresende 2012 bei 56,6 %, während er in der Privaten Pflegeversicherung bei 50,2 % liegt.

Der Anstieg der Zahl der Pflegebedürftigen vollzieht sich sowohl in der Privaten als auch in der Sozialen Pflegeversicherung, wobei die Steigerungsraten in der Privaten Pflegeversicherung seit Einführung der Pflegeversicherung durchgehend höher sind. Das liegt vor allem an der sehr günstigen Altersstruktur der Privatversicherten (Rothgang 2010, 2011), die sich aber im Zeitverlauf immer weiter verschlechtert.

4.2.2 Die Entwicklung der Zahl der Pflegebedürftigen nach Leistungsarten auf Bundesebene

Von besonderer Bedeutung sind – nicht zuletzt aus Kostengründen – neben den Pflegestufen die Leistungsarten. Hierbei sind insbesondere die Hauptleistungsarten Pflegegeld, Pflegesachleistungen, Kombinationsleistungen sowie

Leistungen bei stationärer Pflege zu unterscheiden. Im Folgenden wird, wie zuvor bei den Pflegestufen, auf die Entwicklung in der *Sozialen Pflegeversicherung* sowie in der *Privaten Pflegeversicherung* eingegangen.

4.2.2.1 Daten der Sozialen Pflegeversicherung

In der *Sozialen Pflegeversicherung* (Tabelle 7 und Abbildung 5) werden im Jahr 2013 nahezu drei Viertel (1,68 Mio. bzw. 72 %) der Pflegebedürftigen zu Hause versorgt (ohne Berücksichtigung der vollstationären Pflege in Behindertenheimen, der Tages- und Nachtpflege, Kurzzeitpflege und häuslichen Pflege bei Verhinderung der Pflegeperson). Dabei erhalten 1,15 Mio. (49,1 % aller Pflegebedürftigen) Pflegegeld, werden also in der Regel ohne Beteiligung zugelassener Pflegedienste durch Angehörige gepflegt. Der wichtigste Grund für die hohe Verbreitung dieser Leistungsart ist, dass die meisten Pflegebedürftigen in der gewohnten Umgebung von vertrauten Personen betreut werden möchten und eine Entscheidung für professionelle Pflegekräfte erst dann getroffen wird, wenn die Betreuung durch Angehörige oder andere Personen im häuslichen Umfeld nicht mehr im erforderlichen Maße möglich ist (Runde et al. 2003). Darüber hinaus werden 536 Tsd. Pflegebedürftige in Privathaushalten durch ambulante Pflegedienste (mit)betreut, wobei 133 Tsd. Pflegebedürftige (5,7 %) ausschließlich Pflegesachleistungen zur Finanzierung ambulanter Pflegedienste und 403 Tsd. (17,2 %) Kombinationsleistungen beziehen, also sowohl Pflegedienste als auch Pflegegeld in Anspruch nehmen.

Bezogen auf alle Pflegebedürftigen hat die Verbreitung des Pflegegelds von 61,3 % im Jahr 1996 auf 49,1 % im Jahr 2013 abgenommen, wobei der jährliche Rückgang des Anteilswertes nur anfänglich stärker ausgeprägt war, und seit 2002 weniger als 1 % des jeweiligen Vorjahreswertes beträgt.⁷ Der Anteil der Nutzer von Pflegesachleistungen hat dagegen von 6,9 % im Jahr 1996 auf 9,3 % im Jahr 2007 zugenommen. Hier betragen die jährlichen Zuwachsraten

⁷ Die Zahl der Pflegegeldempfänger in der Pflegestatistik im Jahr 2011 wird aufgrund verbesserter Datenlieferungen durch die Pflegekassen als um etwa 90 Tsd. überzeichnet beurteilt (Statistisches Bundesamt 2013b). Abzüglich dieser Fälle fällt der Rückgang der Pflegegeldempfänger im Zeitverlauf noch deutlicher aus. Vermutlich findet sich diese Überzeichnung auch in der – hier betrachteten – Sozialen Pflegeversicherung wieder, die ebenfalls die Zahl der Pflegegeldempfänger über die Pflegekassen bezieht.

seit 2002 maximal 2 %. Anschließend nimmt der Anteil der Bezieher von Pflegeleistungen auf zuletzt 5,7 % im Jahr 2013 ab. Der Anteil der Nutzer von Kombinationsleistungen ist in den ersten Jahren der Pflegeversicherung angestiegen und liegt von 1998 bis 2007 konstant bei 10–11 %. In den Folgejahren lässt sich dagegen ein deutlicher Anstieg auf zuletzt 17,2 % im Jahr 2013 erkennen. Lag die Zahl der Pflegesachleistungsempfänger 1995 noch ganz knapp oberhalb derer der Kombinationsleistungsempfänger, gibt es heute dreimal so viel Kombinationsleistungsempfänger wie Sachleistungsempfänger.

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

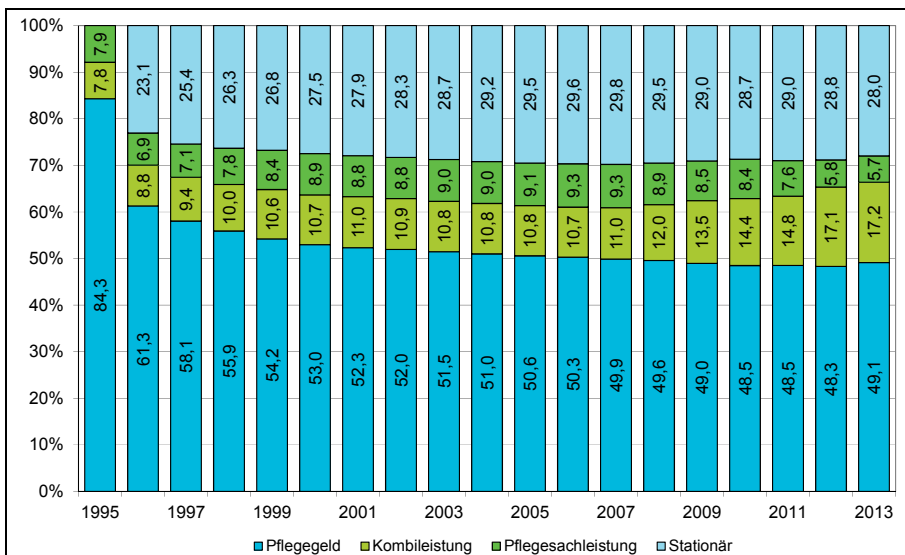
Anzahl der Pflegebedürftigen ¹⁾					
	Insgesamt ²⁾	Pflegegeld ³⁾	Pflegesachleistung ³⁾	Kombinationsleistung	Stationär
1995	1.052.790	887.697	82.763	82.330	----
1996	1.540.203	943.877	105.879	135.305	355.142
1997	1.672.185	970.775	119.167	157.390	424.853
1998	1.721.078	962.669	133.895	171.764	452.750
1999	1.813.095	982.877	152.648	192.556	485.014
2000	1.802.188	954.684	159.693	193.018	494.793
2001	1.838.827	962.130	161.653	201.667	513.377
2002	1.880.606	977.327	165.679	205.322	532.278
2003	1.880.649	968.289	169.580	202.710	540.070
2004	1.881.128	959.580	169.357	203.544	548.647
2005	1.896.929	959.546	173.251	204.348	559.784
2006	1.942.649	977.034	180.944	208.825	575.846
2007	1.977.125	986.294	184.280	217.724	588.827
2008	2.036.127	1.009.122	182.191	244.425	600.389
2009	2.112.772	1.034.561	179.795	284.670	613.746
2010	2.167.089	1.050.894	183.014	311.739	621.442
2011	2.194.517	1.058.768	166.447	336.704	632.598
2012	2.227.844	1.075.835	129.489	380.186	642.334
2013	2.338.992	1.148.866	132.683	403.432	654.011

Quelle: (BMG 2014c)

¹⁾ Die Anzahl der Pflegebedürftigen ist aus Leistungstagen errechnet.

²⁾ Die Summe bezieht sich nur auf die in der Tabelle angegebenen Leistungen.

³⁾ ausschließlicher Bezug



Quelle: (BMG 2014c)

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

Abbildung 5: Verteilung der Leistungsarten in der Sozialen Pflegeversicherung nach Jahr

Werden die Anteilswerte für Sachleistungs- und Kombinationsleistungsempfänger (also die Pflegebedürftigen, bei denen ambulanten Pflegedienste an der Pflege beteiligt sind) addiert, so zeigt sich ein kontinuierlich steigender Anteilswert von 15,7 % im Jahr 1996 auf zuletzt 22,9 % im Jahr 2013, also ein Anstieg um 7,2 Prozentpunkte bzw. 46 % des Ausgangswertes. Der Rückgang des Anteils für Sachleistungsempfänger ab 2007 wird dabei durch den Anstieg des Anteils für Kombinationsleistungsempfänger überkompensiert.

Der Anteil der Bezieher stationärer Leistungen liegt höher als der der Sachleistungs- und Kombinationsleistungsempfänger. Auch dieser Anteilswert steigt zunächst deutlich, ab 1999 bis 2007 jedoch ebenfalls „nur noch“ um 1–2 % pro Jahr gegenüber dem Vorjahreswert. Seit 2007 ist der Anteil der vollstationär gepflegten Pflegebedürftigen minimal rückläufig. Insgesamt sind damit die Entwicklungen in der jüngeren Vergangenheit überwiegend durch „schleichende“

Veränderungen gekennzeichnet, wobei der Anteil der reinen Geldleistungsempfänger allerdings monoton zurückgeht und wir eine schleichende, aber doch deutlich erkennbare Verschiebung von der rein informellen Pflege zur Pflege unter Beteiligung von formellen Diensten beobachten können. Diese Verschiebung in Richtung formeller Pflege hat sich zunächst vor allem in einem steigenden Anteil stationärer Pflege niedergeschlagen. Seit 2007 steigen die Anteilswerte aber nur noch im ambulanten formellen Sektor. Der Trend zur formellen Pflege ist somit zwar ungebrochen, allerdings mit anderem Vorzeichen, nämlich einer stärkeren Betonung der ambulanten formellen Pflege.

4.2.2.2 Daten der Privaten Pflegeversicherung

Tabelle 8: Entwicklung der Zahl der Pflegebedürftigen in der Privaten Pflegeversicherung nach Leistungen			
	Pflegebedürftige		
	Insgesamt	Ambulante Pflege (Anteil in Klammern)	Stationäre Pflege (Anteil in Klammern)
1997	88.377		
1998	96.968		
1999	102.947		
2000	106.709		
2001	110.980		
2002	114.452		
2003	116.845		
2004	122.583		
2005	128.343	89.231 (69,5%)	39.112 (30,5%)
2006	134.722	93.438 (69,4%)	41.284 (30,6%)
2007	140.230	98.351 (70,1%)	41.879 (29,9%)
2008	142.060	100.215 (70,5%)	41.845 (29,5%)
2009	138.181	96.548 (69,9%)	41.633 (30,1%)
2010	142.696	99.409 (69,7%)	43.287 (30,3%)
2011	145.099	101.237 (69,8%)	43.862 (30,2%)
2012	151.141	105.758 (70,0%)	45.383 (30,0%)
Quelle: (PKV 2006, 2007, 2008, 2009, 2011a, 2011b, 2012, 2013)			

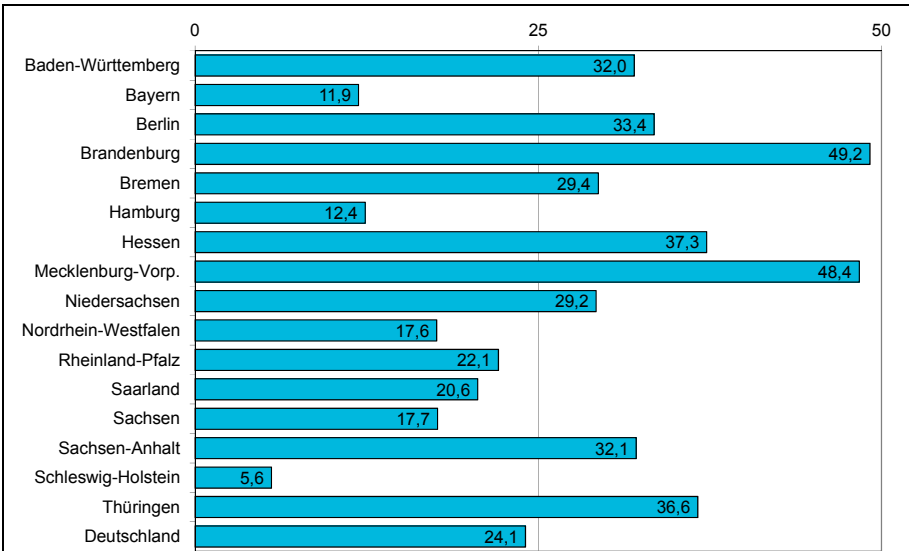
Die veröffentlichten Daten der *Privaten Pflegeversicherung* erlauben nur eine relativ grobe Differenzierung in ambulante und stationäre Pflege (Tabelle 8). Dabei zeigt sich, dass ab dem Jahr 2005 der Anteil der ambulanten Pflege bei

etwa konstant 70 % und der Anteil der stationären Pflege bei etwa konstant 30 % liegt. Für einen Vergleich mit den Leistungsbeziehern in der Sozialen Pflegeversicherung muss berücksichtigt werden, dass die Leistungsbezieher in der Privaten Pflegeversicherung eine andere Alters- und Einkommensstruktur aufweisen und damit verbunden eine andere Inanspruchnahmestruktur.

4.2.3 Die Zahl der Pflegebedürftigen nach Bundesland

Wurden in den vorangegangenen Abschnitten die Zahl der Pflegebedürftigen nach Pflegestufen und Leistungsarten in ihrer jeweiligen Entwicklung bundesweit betrachtet, so wird im folgenden Abschnitt die Entwicklung der Zahl der Pflegebedürftigen nach Bundesländern sowie die regionale Verteilung der Versorgungsarten dargestellt. Grundlage sind die Daten der *Pflegestatistik*, denn nur dort sind die dafür notwendigen Differenzierungen enthalten.

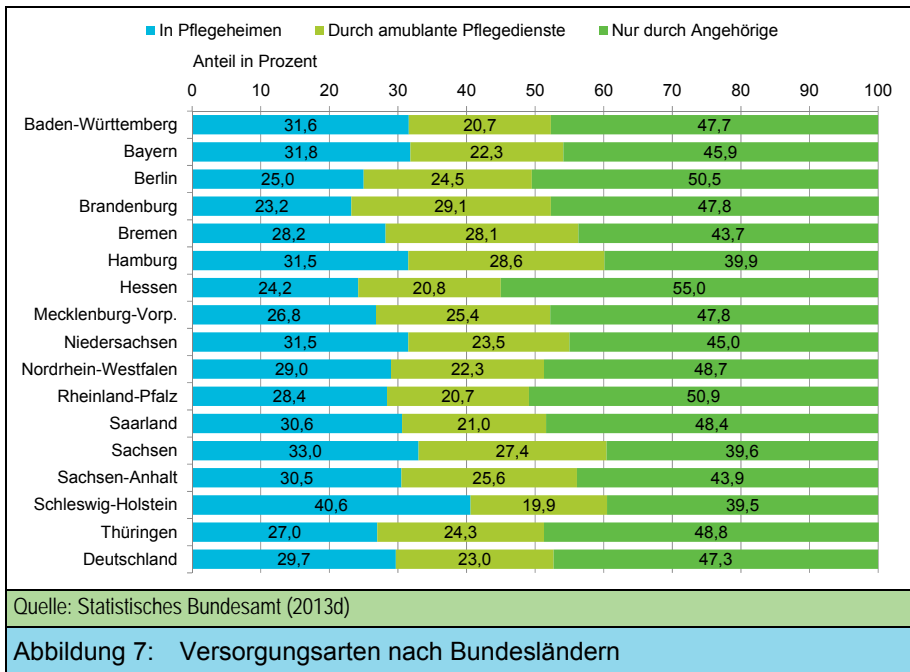
Tabelle 9: Pflegebedürftige nach Jahr im Ländervergleich							
Land	1999	2001	2003	2005	2007	2009	2011
Baden-Württemberg	210.837	210.724	224.184	225.367	236.998	246.038	278.295
Bayern	294.294	299.090	297.781	302.706	314.282	318.479	329.341
Berlin	80.871	84.735	89.692	96.134	95.870	101.351	107.917
Brandenburg	64.340	67.821	69.266	74.600	85.129	85.801	95.970
Bremen	17.143	18.711	18.946	20.306	20.686	¹⁾	22.178
Hamburg	42.001	41.052	41.959	41.416	43.140	45.997	47.207
Hessen	145.445	148.805	155.002	163.291	175.836	186.893	199.655
Mecklenburg-Vorp.	45.531	47.676	48.817	51.168	56.939	61.442	67.559
Niedersachsen	209.257	213.104	218.363	227.923	242.196	256.085	270.399
Nordrhein-Westfalen	465.850	459.371	459.489	458.433	484.801	509.145	547.833
Rheinland-Pfalz	92.340	95.078	94.754	97.882	102.441	105.800	112.743
Saarland	27.194	27.083	28.723	28.406	29.402	30.380	32.793
Sachsen	118.124	118.918	118.401	119.905	127.064	131.714	138.987
Sachsen-Anhalt	66.616	69.545	73.029	75.614	80.751	80.667	88.021
Schleswig-Holstein	75.991	77.055	74.264	77.503	79.081	79.507	80.221
Thüringen	60.257	61.012	63.597	67.027	72.213	76.967	82.322
Deutschland	2.016.091	2039.780	2076.935	2128.550	2246.829	2338.252	2501.441
¹⁾ Geschätzte Werte für Bremen sind im Deutschlandergebnis enthalten. Die Werte für Bremen sind nicht hinreichend genau. Quelle: (Statistisches Bundesamt 2001, 2003, 2005, 2007, 2009b, 2011b, 2013d)							



Quelle: (Statistisches Bundesamt 2001, 2003, 2005, 2007, 2009b, 2011b, 2013d)

Abbildung 6: Relativer Zuwachs an Pflegebedürftigen zwischen 1999 und 2011 in Prozent

Wie in Tabelle 9 zu sehen ist, waren im Jahr 2011 zum Erhebungszeitpunkt insgesamt 2.501.441 Menschen pflegebedürftig, wovon ca. 22 Tsd. im kleinsten Bundesland, Bremen, und 548 Tsd. im bevölkerungsreichsten Bundesland, Nordrhein-Westfalen, wohnten (Tabelle 9). Die Anteile der Pflegebedürftigen schwanken in den Ländern dabei zwischen 2,6 % in Baden-Württemberg und 4,2 % in Mecklenburg-Vorpommern (siehe auch Kapitel 4.2.4, in dem diese Anteile als Prävalenzen berechnet wurden). Die Anzahl der Pflegebedürftigen ist bundesweit zwischen den Jahren 1999 und 2011 um 24,1 % angestiegen, wobei sich erhebliche regionale Unterschiede zeigen (Abbildung 6). So liegt in den neuen Bundesländern der Anstieg überwiegend über dem Bundesdurchschnitt, beispielsweise mit 49,2 % in Brandenburg, mit 48,4 % in Mecklenburg-Vorpommern und in Thüringen mit 36,6 %, während die Anstiege in den alten Bundesländern überwiegend unter dem Bundesdurchschnitt liegen, beispielsweise mit 5,6 % in Schleswig-Holstein, mit 11,9 % in Bayern oder mit 12,4 % in Hamburg.



Die höheren Anstiege in Ostdeutschland können überwiegend auf die dortige starke Zunahme der Hochaltrigkeit zurückgeführt werden. So ist beispielsweise der Anteil der über 80-Jährigen zwischen 1999 und 2011 im Bundesdurchschnitt lediglich um 50 % angestiegen, während er in Brandenburg um 68,5 % und in Mecklenburg-Vorpommern sogar um 80,4 % angestiegen ist (Abbildung 6). Dem Gegenüber sind Veränderungen in der altersspezifischen Pflegeprävalenz zwischen 1999 und 2011 nicht festgestellt worden, wodurch der Anstieg der Zahl der Pflegebedürftigen überwiegend auf der demographischen Alterung beruht (vgl. Kapitel 4.2.4).⁸In der Abbildung 7 ist schließlich die regionale Verteilung der Versorgungsarten wiedergegeben. Auch hier zeigen sich deutliche Unterschiede zwischen den einzelnen Bundesländern. So hat die *Pflege in Heimen* in Schleswig-Holstein (40,6 %) die größte Bedeutung, während sie in

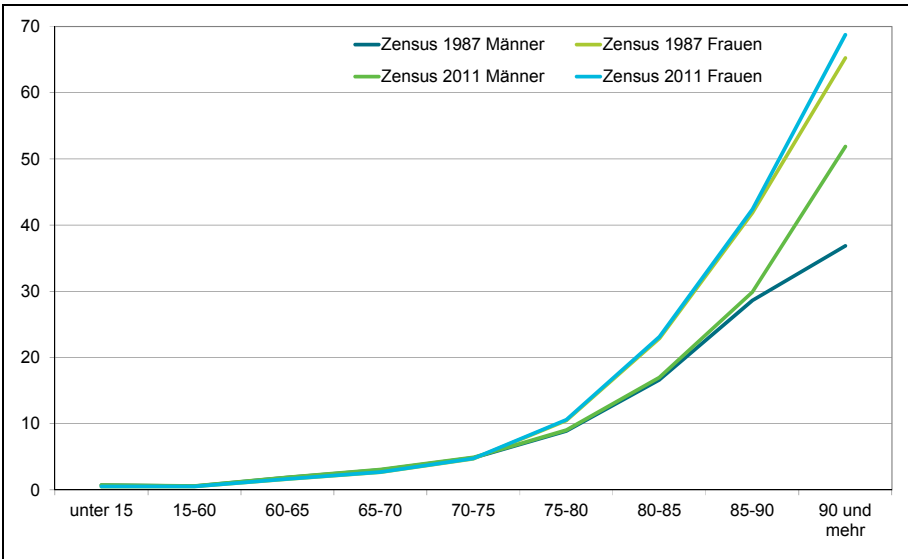
⁸ Wie Analysen mit dem Sozio-ökonomischen Panel gezeigt haben, sind diese Prävalenzunterschiede wiederum zu einem nicht unerheblichen Teil aus der Einkommensposition der Betroffenen zu erklären (Unger & Rothgang 2010).

den meisten Bundesländern nahe am Bundesdurchschnitt von 29,7 % liegt. Die geringste Bedeutung hat sie in Brandenburg (23,2 %), Hessen (24,2 %) und Berlin (25 %). Die Pflege, an denen *ambulante Pflegedienste* beteiligt sind, ist dagegen vor allem in den Stadtstaaten Hamburg und Bremen und im Osten verbreitet. Hier finden sich die höchsten Anteile in Hamburg (28,6 %), Bremen (28,1 %), Brandenburg (29,1 %), Sachsen (27,4 %), Sachsen-Anhalt (25,6 %), während in den verbleibenden westdeutschen Bundesländern die Anteile weitgehend unter dem Bundesdurchschnitt von 23 % liegen. Die *ausschließliche Pflege durch Angehörige* erfolgt verstärkt in der Mitte Deutschlands, also in Hessen (55 %) und in Rheinland-Pfalz (50,9 %) sowie in Berlin (50,5 %). Die regionale Versorgung der pflegebedürftigen Menschen im Jahr 2011 nach Versorgungsarten entspricht damit weitgehend auch der im Jahr 2009 (Rothgang et al. 2012b). Weitere Analysen haben dabei gezeigt, dass regionale Unterschiede des Versorgungsarrangements größtenteils auf Unterschiede in den Angebotsstrukturen zurückgeführt werden können (vgl. Abschnitt 4.3.2.3).

4.2.4 Die Prävalenz von Pflegebedürftigkeit nach Bundesland

Während die absoluten Häufigkeiten der Pflegebedürftigen (Abschnitt 4.2.1-4.2.3) letztlich „nur“ über die quantitative Verbreitung der Inanspruchnahme von Leistungen nach SGB XI informieren, lassen sie keine Aussagen darüber zu, wie hoch die Wahrscheinlichkeit einer Pflegebedürftigkeit ist, bzw. ob sie zwischen den einzelnen Bundesländern unterschiedlich ausfällt. Zur Beantwortung dieser Frage muss die Zahl der Pflegebedürftigen in Relation zur Bevölkerung gebracht werden. Hierzu werden einerseits die Prävalenzen für verschiedene Altersgruppen nach Bundesländern untersucht. Andererseits wird eine Altersstandardisierung vorgenommen, so dass alle Informationen zur Prävalenz auf einen Wert verdichtet werden, der dann verglichen werden kann. Im Folgenden werden daher die *altersabhängigen bzw. altersstandardisierten Prävalenzen* im Jahr 2011 für das Bundesgebiet sowie nach Bundesländern untersucht. Die Analysen werden anhand der Pflegestatistik durchgeführt.

Für die Berechnung dieser altersspezifischen Pflegeprävalenzen wird neben der Zahl der Pflegebedürftigen aus der Pflegestatistik für den Zähler der Pflegeprävalenz, auch der Bevölkerungsbestand aus der amtlichen Bevölkerungsstatistik für den Nenner der Pflegeprävalenz benötigt.



Quelle: (Statistisches Bundesamt 2013a, 2013b, 2014a)

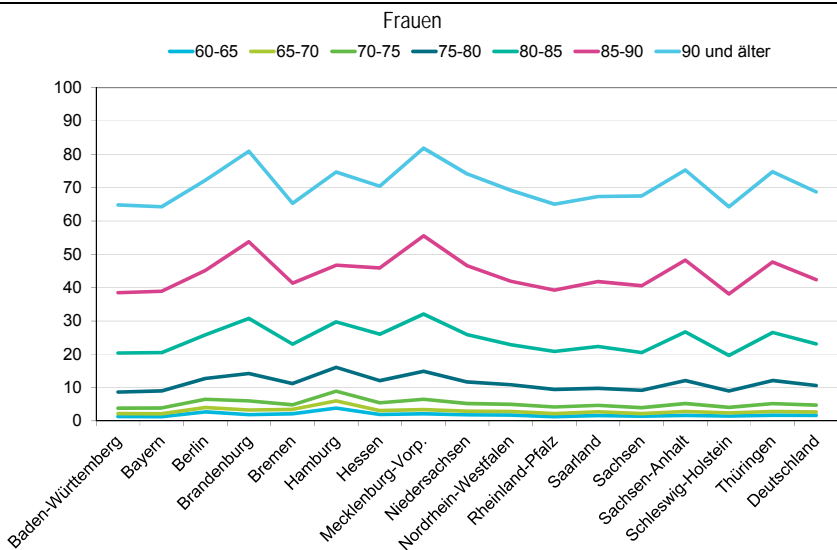
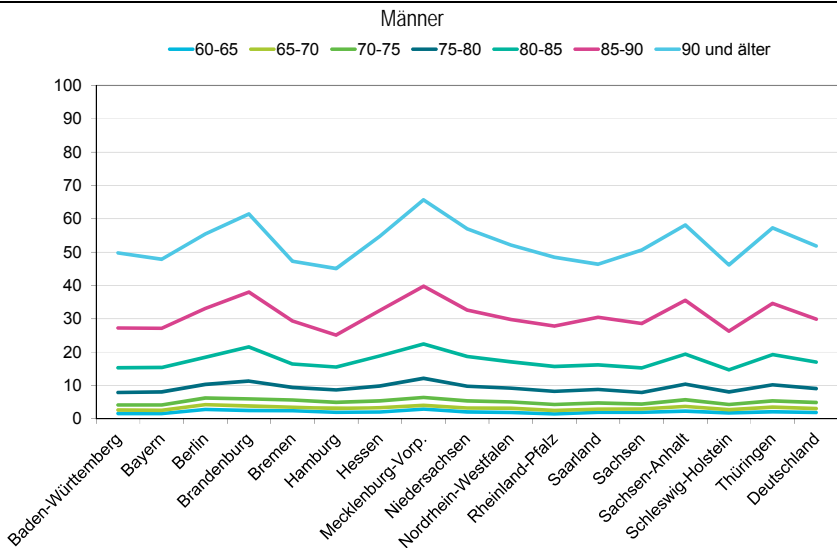
Abbildung 8: Pflegeprävalenzen im Jahr 2011 nach Alter und Geschlecht bezogen auf die Bevölkerungsfortschreibung des Zensus 1987 und auf den Zensus 2011

Dieser Bevölkerungsbestand beruhte bislang auf der Bevölkerungsfortschreibung auf Grundlage der Volkszählung von 1987, der mit zunehmendem Abstand vom Basisjahr, insbesondere in den oberen Altersjahren, immer schwerer zu bestimmen war. So zeigte der *Zensus von 2011*, dass in den oberen Altersjahren z. T. deutlich weniger Menschen leben als bislang angenommen. Bei den Männern lebten beispielsweise im Alter 90 und älter lediglich 123 Tsd. Dies sind fast ein Drittel weniger als die 173 Tsd. Menschen von denen auf Basis der Fortschreibung ausgegangen wurde. Bei den Frauen sind die Abweichungen zwar geringer, aber ebenfalls vorhanden. Hier lebten im Alter 90 und älter 462 Tsd. Dies sind 5 % weniger als die 488 Tsd. Menschen, die die Bevölkerungsfortschreibung angegeben hatte (Statistisches Bundesamt 2014a: S.17). Bei Berücksichtigung einer niedrigeren Bestandsbevölkerung ergibt sich jedoch eine höhere Pflegeprävalenz. In Abbildung 8 sind hierzu erstmals die Pflegeprävalenzen im Jahr 2011, die sich unter Verwendung der Bevölkerungs-

fortschreibungen auf Grundlage des Zensus von 1987 ergeben, denen gegenübergestellt, die sich auf Grundlage des Zensus von 2011 berechnen lassen. Die Pflegeprävalenz auf Grundlage des Zensus 2011 liegt dabei in jeder Altersgruppe über der auf Grundlage der Fortschreibung des Zensus 1987, wobei die Abweichung in der Altersgruppe der über 90-jährigen Männer besonders groß ist. Diese unterschiedlich ermittelten Pflegeprävalenzen haben Auswirkungen auf Projektionen zur Zahl zukünftiger Pflegebedürftiger (siehe Abschnitt 4.2.5).

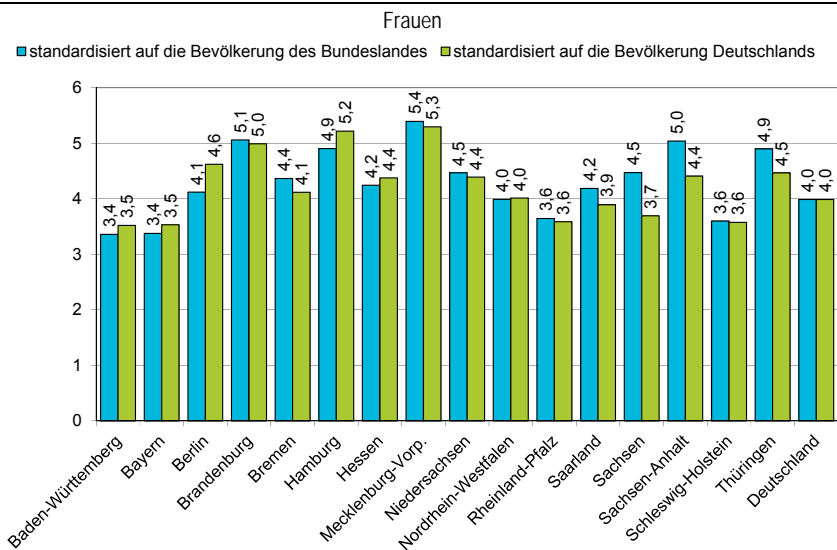
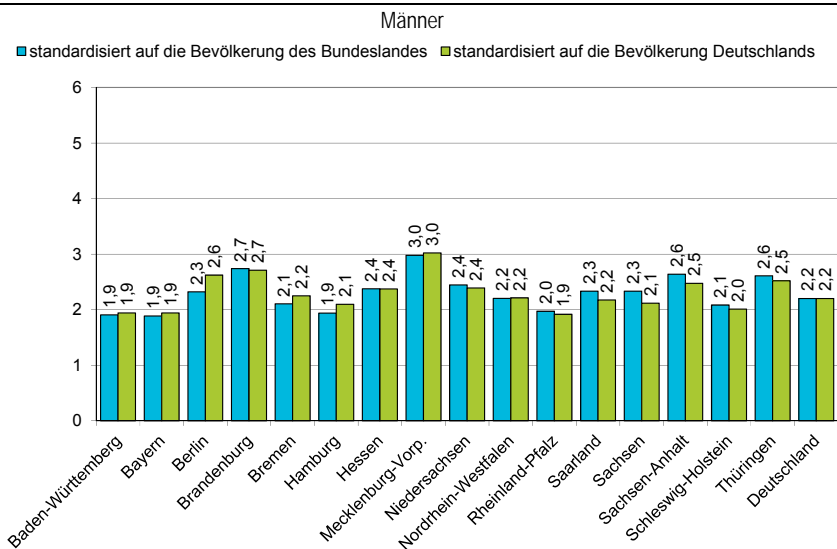
Im Folgenden werden – analog der Pflegeprävalenzen auf Bundesebene – erstmals die Pflegeprävalenzen des Jahres 2011 für Männer und Frauen für die Bundesländer unter Verwendung der neuen Daten des Bevölkerungsbestands des Zensus von 2011 sowie der Pflegestatistik des Jahres 2011 berechnet. Die Darstellung erfolgt in zweierlei Weisen: Zum einen werden die Pflegeprävalenzen in den Bundesländern in 5-Jahres-Altersgruppen aufgeteilt und verglichen. Zum anderen werden die zusammengefassten Pflegeprävalenzen in den Bundesländern auf *zwei* Bevölkerungen bezogen und in *zwei* Maßzahlen präsentiert. Einerseits wird die jeweilige Landesbevölkerung herangezogen. Dadurch wird, ähnlich einem Altenquotienten, ein „Pflegequotient“ ermittelt, der die Pflegebedürftigen zur Landesbevölkerung in Beziehung setzt. Andererseits wird für einen Vergleich zwischen den einzelnen Bundesländern auf die Bundesbevölkerung standardisiert. Bei der resultierenden zusammengefassten Pflegeprävalenz handelt es sich somit um eine hypothetische Pflegeprävalenz die vorliegen würde, wenn jedes Bundesland die Altersverteilung von Deutschland aufweisen würde.

In Abbildung 9 sind zunächst die *Pflegeprävalenzen von Männern bzw. Frauen nach Bundesländern* in 5-Jahres-Altersgruppen wiedergegeben. Für Frauen sind in aller Regel höhere Pflegeprävalenzen zu beobachten als für Männer. Sehr hohe altersspezifische Pflegeprävalenzen sind bei den Männern und Frauen vor allem in Ostdeutschland – außer Sachsen – zu finden. Dabei gibt es überwiegend keine Überkreuzungen in den altersspezifischen Pflegeprävalenzen zwischen den Bundesländern, d. h. in einem Bundesland gehen hohe Pflegeprävalenzen in einer Altersgruppe meist mit hohen Pflegeprävalenzen in den anderen Altersgruppen einher.



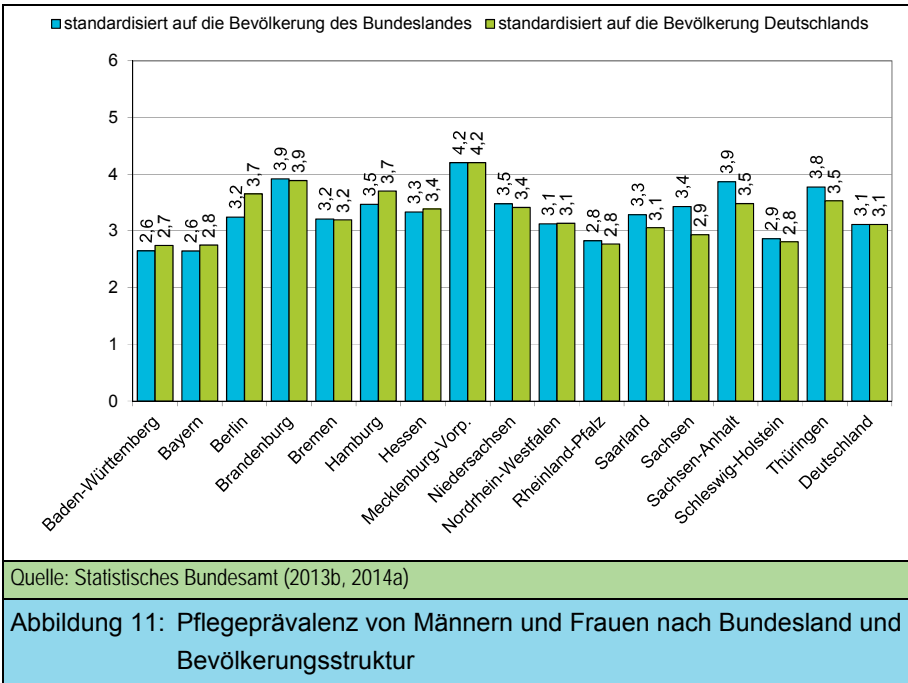
Quelle: Statistisches Bundesamt (2013b; 2014a)

Abbildung 9: Pflegeprävalenzen getrennt für Männer und Frauen ab Alter 60 nach Bundesländern in 5-Jahres-Altersgruppen



Quelle: Statistisches Bundesamt (2013b, 2014a)

Abbildung 10: Pflegeprävalenz getrennt für Männern und Frauen nach Bundesland und Bevölkerungsstruktur



Eine Ausnahme davon ist die für Frauen insgesamt hohe Pflegeprävalenz in Hamburg. Diese beruht vor allem auf den vom Alter 60-80 durchweg höchsten altersspezifischen Pflegeprävalenzen, während ab dem Alter 80 diese wieder deutlich näher am Bundesdurchschnitt liegen. Die niedrigsten Pflegeprävalenzen finden sich bei den Männern in Bayern, Hamburg, dem Saarland und Schleswig-Holstein und bei den Frauen in Baden-Württemberg, Bayern, Rheinland-Pfalz und Schleswig-Holstein.

Auch bei Betrachtung der *standardisierten Prävalenzen* (Abbildung 10), bleibt die Rangfolge der Bundesländer weitgehend erhalten: höhere Pflegeprävalenzen, als Verhältnis von Pflegebedürftigen zur älteren Bevölkerung *in* einem Bundesland, finden sich überwiegend im Osten und niedrigere Pflegeprävalenzen überwiegend im Westen. Auch durch die Standardisierung auf die Bevölkerung in Deutschland – durch die die unterschiedliche Altersstruktur kontrolliert wird – zeigen sich im Wesentlichen kaum Unterschiede in der Höhe der Prävalenzen, was darauf zurückgeführt werden kann, dass die Altersstruktur in

den meisten Bundesländern der der Bevölkerung in Deutschland relativ ähnlich ist. In Abbildung 11 sind die Prävalenzen von Männer und Frauen zusammen berechnet.

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

4.2.5 Die zukünftige Entwicklung der Zahl der Pflegebedürftigen bis zum Jahr 2060 nach Bundesländern

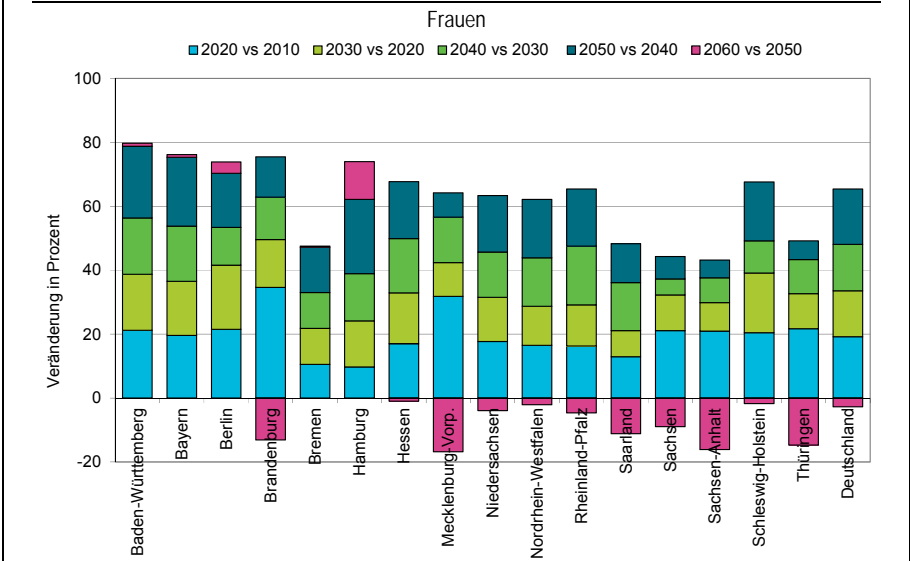
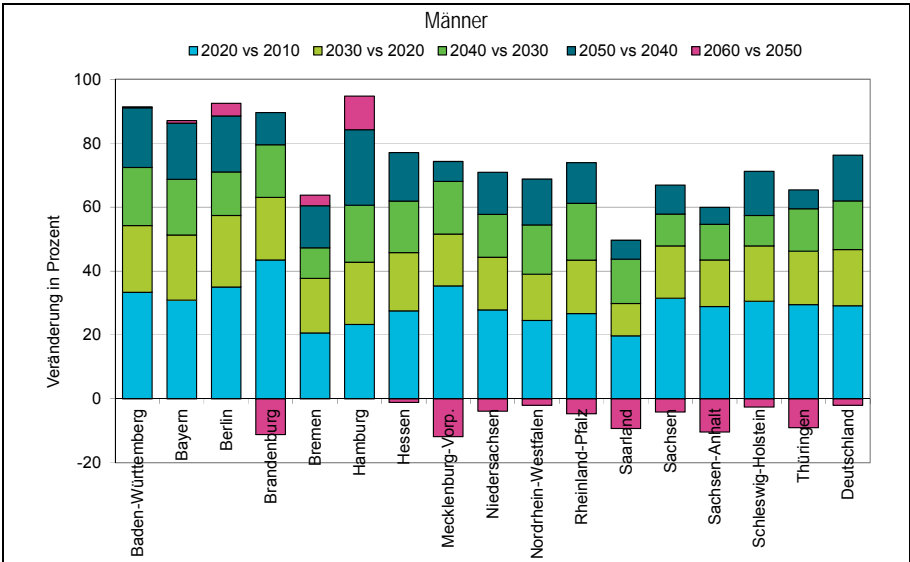
Vor dem Hintergrund bundeslandspezifischer Pflegeprävalenzen (Abschnitt 4.2.4) und unterschiedlicher Geschwindigkeiten der „Alterung“ der Bevölkerung in den einzelnen Bundesländern sind – wie auch für die vergangene Entwicklung bis heute (Abschnitt 4.2.3) – auch für die Zukunft nach Bundesländern differierende Entwicklungen zu erwarten. In Tabelle 10 sind die errechneten zukünftigen Zahlen an Pflegebedürftigen zwischen 2010 und 2060 in den Bundesländern für Männer und Frauen zusammen sowie in Tabelle 11 für Männer und Frauen getrennt wiedergegeben. Die Projektionen beruhen auf der 12. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung sowie auf den altersspezifischen Pflegeprävalenzen der entsprechenden Bundesländer auf Grundlage der neuen Daten des Zensus 2011 (Abschnitt 4.2.4).

Über den gesamten Zeitraum bis 2060 steigt die Zahl der Pflegebedürftigen von 2,483 Mio. im Jahr 2010 auf 4,577 Mio. im Jahr 2060 und damit um 84,3 %. Der Anstieg fällt dabei für die pflegebedürftigen Männer deutlich höher aus. Er steigt von 861 Tsd. im Jahr 2010 auf 1,687 Mio. im Jahr 2060 und damit sogar um 95,9 %, während er bei den Frauen von 1,622 Mio. im Jahr 2010 auf 2,889 Mio. und damit lediglich um 78,1 % ansteigt.

Tabelle 10: Entwicklung der Zahl der pflegebedürftigen Männer und Frauen bis 2060 nach Bundesland						
Land	2010	2020	2030	2040	2050	2060
Baden-Württemberg	281	352	419	493	597	601
Bayern	327	404	477	560	672	677
Berlin	109	137	166	186	218	227
Brandenburg	93	129	150	172	192	168
Bremen	22	25	29	32	36	37
Hamburg	61	69	80	92	114	127
Hessen	199	240	280	327	382	378
Mecklenburg-Vorp.	66	88	99	114	122	104
Niedersachsen	268	325	373	425	492	473
Nordrhein-Westfalen	542	646	730	842	984	963
Rheinland-Pfalz	110	132	151	179	207	197
Saarland	32	37	40	46	51	46
Sachsen	138	172	194	207	223	207
Sachsen-Anhalt	87	108	119	130	137	118
Schleswig-Holstein	79	98	116	127	149	146
Thüringen	81	101	114	127	134	117
Deutschland	2.483	3.045	3.518	4.038	4.693	4.577
Quelle: Statistisches Bundesamt (2009a, 2013b, 2014a)						

Betrachtet man die Veränderungen zwischen den einzelnen Zeitpunkten (Abbildung 13), dann wird deutlich, dass die Veränderungen vor allem im ersten Zeitabschnitt größer ausfallen und anschließend kleiner werden. Beispielsweise erhöht sich die Zahl der Pflegebedürftigen in Deutschland zwischen 2010 und 2020 um 22,6 %, zwischen 2020 und 2030 um 15,5 %, zwischen 2030 und 2040 um 14,8 %, zwischen 2040 und 2050 um 16,2 % und zwischen 2050 und 2060 verringert sie sich schließlich sogar um 2,5 %. Dabei zeigt sich, dass in den einzelnen Bundesländern die maximale Zahl an Pflegebedürftigen zu unterschiedlichen Zeitabschnitten erreicht wird. Während es in den westdeutschen Bundesländern Bayern und Baden-Württemberg sowie in den Städten Berlin, Hamburg und Bremen zwischen 2050 und 2060 noch zu einer Erhöhung der Zahl der Pflegebedürftigen kommt, sind in den ostdeutschen Bundesländern ausnahmslos deutliche Rückgänge in der Zahl der Pflegebedürftigen feststellbar. Beispielsweise -12,4 % in Brandenburg, -15 % in Mecklenburg-Vorpommern und -14 % in Sachsen-Anhalt.

Tabelle 11: Entwicklung der Zahl der pflegebedürftigen Männer und Frauen bis 2060 nach Bundesland							
Männer	2010	2020	2030	2040	2050	2060	
Baden-Württemberg	99	132	160	189	225	225	
Bayern	114	150	180	212	249	251	
Berlin	38	51	63	71	83	87	
Brandenburg	32	46	55	64	70	62	
Bremen	7	9	10	11	13	13	
Hamburg	16	20	24	29	35	39	
Hessen	70	89	105	122	141	139	
Mecklenburg-Vorp.	23	31	36	42	45	40	
Niedersachsen	93	119	138	157	177	171	
Nordrhein-Westfalen	188	234	268	309	353	346	
Rheinland-Pfalz	38	48	56	66	75	71	
Saarland	11	13	15	17	18	16	
Sachsen	46	60	70	77	84	80	
Sachsen-Anhalt	29	37	43	47	50	45	
Schleswig-Holstein	28	37	43	47	54	52	
Thüringen	27	36	41	47	50	45	
Deutschland	861	1.112	1.307	1.506	1.722	1.687	
Frauen	2010	2020	2030	2040	2050	2060	
Baden-Württemberg	182	220	259	304	373	376	
Bayern	212	254	297	348	423	427	
Berlin	71	86	103	115	135	140	
Brandenburg	61	83	95	108	121	105	
Bremen	15	16	18	20	23	23	
Hamburg	44	48	55	64	78	88	
Hessen	129	151	175	204	241	238	
Mecklenburg-Vorp.	43	57	63	72	77	64	
Niedersachsen	175	206	234	268	315	302	
Nordrhein-Westfalen	354	412	463	533	630	617	
Rheinland-Pfalz	72	84	95	112	132	126	
Saarland	21	24	26	30	33	29	
Sachsen	92	112	124	130	140	127	
Sachsen-Anhalt	58	70	77	83	87	73	
Schleswig-Holstein	51	61	73	80	95	93	
Thüringen	53	65	72	80	85	72	
Deutschland	1.622	1.933	2.211	2.532	2.971	2.889	
Quelle: Statistisches Bundesamt (2009a, 2013b, 2014a)							



Quelle: Statistisches Bundesamt (2009a, 2013b, 2014a)

Abbildung 12: Relative Veränderung der Zahl der Pflegebedürftigen zwischen 2010 und 2060 nach Geschlecht in Prozent

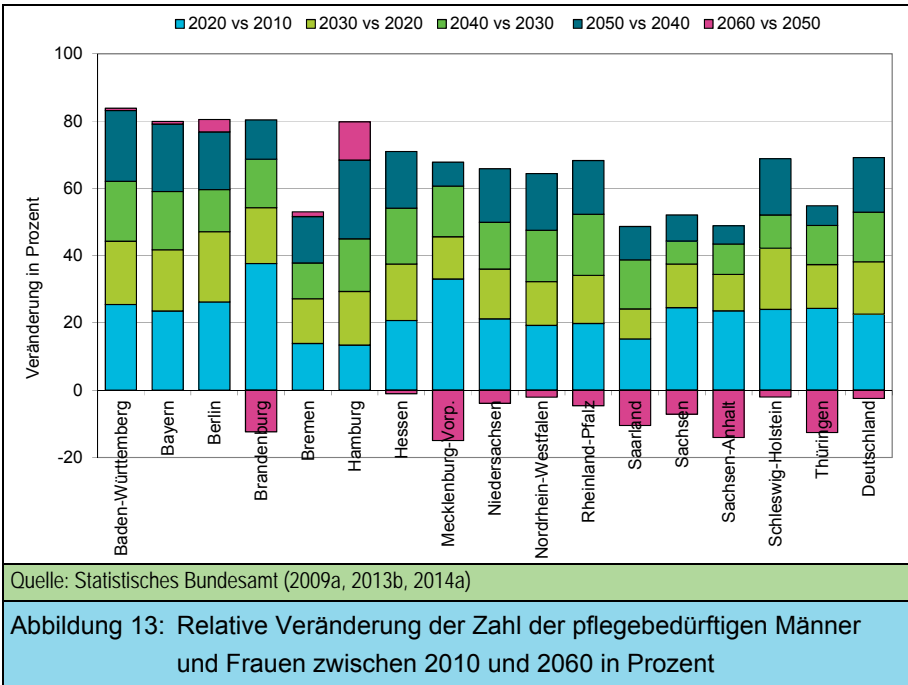


Abbildung 13: Relative Veränderung der Zahl der pflegebedürftigen Männer und Frauen zwischen 2010 und 2060 in Prozent

Bemerkenswert ist auch, dass ausnahmslos in jedem Bundesland die Zuwachsraten für Männer deutlich höher sind als für Frauen (Abbildung 12). Beispielsweise addieren sich die Veränderungsraten zwischen 2010 und 2060 bei den Männern auf 74,3 % und bei den Frauen nur auf 62,7 %. Pflegebedürftigkeit wird somit im Zeitverlauf „männlicher“ als bisher. Kommen auf 100 pflegebedürftige Frauen 2010 53 pflegebedürftige Männer, sind dies 2060 schon 58.

4.2.6 Die Begutachtungen des Medizinischen Dienstes

Die jeweils aktuelle Zahl der Pflegebedürftigen ergibt sich jeweils aus dem „alten Bestand“ (Bestandsgröße) und den Flussgrößen der Zugänge (inzidente Fälle) und den Abgängen (Reversibilität der Pflegebedürftigkeit bzw. Tod). Nachfolgend wird zunächst auf die Zahl der *Begutachtungen insgesamt* eingegangen (Abschnitt 4.2.6.1). Diese werden unterschieden in Erstbegutachtungen und Widerspruchs- und Wiederholungsbegutachtungen, woraus sich die Zugänge in bzw. die Wechsel zwischen den einzelnen Pflegestufen ableiten

lassen.⁹ Anschließend wird die Entwicklung der daraus resultierenden *inzidenten Fälle* nach der Pflegestufe differenziert (Abschnitt 4.2.6.2).¹⁰ Abschließend wird auf die Entwicklung der *zusätzlichen Betreuungsleistungen nach § 45b SGB XI* für Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz (PEA) eingegangen (Abschnitt 4.2.6.3).

Die Daten des MDS liefern Informationen über die Gesamtzahl der Begutachtungen. Differenziert werden dabei insbesondere die Pflegestufen und die Art der Begutachtung (Erstbegutachtung; Wiederholungsbegutachtung). Analysen der Pflegeinzidenzen nach Alter und Geschlecht sind mit diesen Daten nicht möglich.

4.2.6.1 Entwicklung der Zahl der Begutachtungen

Der Medizinische Dienst der Krankenversicherung (MDK) prüft im Auftrag der Pflegekassen, ob die Voraussetzungen von Pflegebedürftigkeit nach SGB XI vorliegen (§ 18 SGB XI). Hierbei sind drei Formen von Begutachtungen zu unterscheiden: Erstbegutachtungen, Wiederholungsbegutachtungen und Widerspruchsgutachten. Erstbegutachtungen liegen vor, wenn der Antragsteller noch keine Leistungen nach dem SGB XI bezieht. Höherstufungs- bzw. Wiederholungsbegutachtungen werden auf Initiative der Versicherten oder der Pflegekassen durchgeführt, wenn z. B. der Versicherte eine Zunahme des Hilfebedarfs vermutet. Widerspruchsgutachten erfolgen, wenn der Versicherte Einspruch gegen den Leistungsbescheid seiner Pflegekasse erhebt.¹¹

⁹ Der Antrag auf Leistungen der Pflegeversicherung wird bei der zuständigen Pflegekasse gestellt, die diesen Antrag bescheidet. Sie folgt dabei aber regelmäßig der Begutachtung des MDK, so dass von einer weitgehenden Übereinstimmung der MDK-Empfehlungen und der Bescheide der zuständigen Pflegekasse ausgegangen werden kann.

¹⁰ Auf eine Differenzierung der Widerspruchs- und Wiederholungsbegutachtungen wird nicht eingegangen, da vom MDS keine Zahlen vorliegen. Hier wird auf den Pflegereport von 2013 verwiesen (Rothgang et al. 2013).

¹¹ Seit Inkrafttreten des Pflege-Qualitätssicherungsgesetzes vom 9.9.2001 (BGBl I S. 2320) zum 1.1.2002 kann der Heimträger einen Heimbewohner verpflichten, einen Höherstufungsantrag zu stellen, wenn „Anhaltspunkte dafür [bestehen], dass der pflegebedürftige Heimbewohner auf Grund der Entwicklung seines Zustandes einer höheren Pflegestufe zuzuordnen ist“ (§ 87a Abs. 2 Satz 1 SGB XI). Hintergrund dieser Norm ist, dass der Heimbewohner selbst (bzw. seine Angehörigen) in der Regel nicht an einer Höherstufung interes-

Tabelle 12: Zahl der Begutachtungen für ambulante und stationäre Leistungen der Sozialen Pflegeversicherung nach Gutachtenart (Anteile in Prozent in Klammern)

	Davon			
	Insgesamt	Erstgutachten	Höherstufungs-/ Wiederholungsgutachten	Widersprüche
1995	1.705.617			nicht verfügbar
1996	1.661.115	1.390.126 (83,7)	180.909 (10,9)	90.080 (5,4)
1997	1.370.409	905.439 (66,1)	371.502 (27,1)	93.468 (6,8)
1998	1.339.749	750.645 (56,0)	495.561 (37,0)	93.543 (7,0)
1999	1.248.282	690.134 (55,3)	481.678 (38,6)	76.470 (6,1)
2000	1.271.580	679.588 (53,4)	512.238 (40,3)	79.754 (6,3)
2001	1.267.989	670.889 (52,9)	519.266 (41,0)	77.833 (6,1)
2002	1.280.718	666.071 (52,0)	543.711 (42,5)	70.936 (5,5)
2003	1.301.025	671.364 (51,6)	552.014 (42,4)	77.647 (6,0)
2004	1.261.544	651.485 (51,6)	529.988 (42,0)	80.071 (6,3)
2005	1.306.653	674.101 (51,6)	543.396 (41,6)	89.156 (6,8)
2006	1.305.745	686.032 (52,5)	531.415 (40,7)	88.289 (6,8)
2007	1.325.774	696.709 (52,6)	538.268 (40,6)	90.797 (6,8)
2008 ¹⁾	1.526.939		nicht verfügbar	
2009	1.517.915	829.685 (54,6)	583.615 (38,4)	106.128 (7,0)
2010	1.456.344	792.964 (54,5)	566.837 (38,9)	96.543 (6,6)
2011	1.466.103	769.852 (52,5)	597.506 (40,8)	98.745 (6,7)
2012	1.589.371	833.494 (52,4)	643.357 (40,5)	112.520 (7,1)
2013	1.646.152	875.637 (53,2)	660.896 (40,1)	109.619 (6,7)

Quelle: (MDS 2006, 2007a, 2007b, 2009, 2010, 2013)

¹⁾ Werte der „Übergangsstatistik“.

Insgesamt hat sich die Zahl der Begutachtungen von anfänglich 1,7 Mio. Gutachten im Jahr 1995 nach nur wenigen Jahren auf 1,3 Mio. verringert und blieb bis zum Jahr 2007 relativ konstant (Tabelle 12). Die Zahl der Erstgutachten lag anfänglich bei 1,4 Mio. im Jahr 1996. Diese Zahl verringerte sich im Zeitraum von 1999 bis 2007 auf durchschnittlich 675 Tsd., wobei auch der Anteil an Erstbegutachtungen in diesem Zeitraum nahezu konstant bei 52 % aller Begutachtungen liegt. Analog dazu nahm der Anteil der Höherstufungs- bzw. Wiederho-

liert ist, da der die Pflegeversicherungsleistungen übersteigende Teil des Pflegesatzes mit der Pflegestufe regelmäßig steigt (vgl. Abschnitt 4.3.2.4).

lungsgutachten, für den sich erst ein Bestand an Pflegebedürftigen aufbauen musste, zu Beginn stark zu und bewegt sich seit 2002 bei absolut 540 Tsd. Personen bzw. bei 41 % der Begutachtungen. Als Grund für eine noch sehr geringe Zahl der Höherstufungs- und Wiederholungsgutachten im Jahr 1996, kann die mittlere Zeit zwischen Erst- und Folgebegutachtung gesehen werden, die auf 2 bis 3 Jahre geschätzt wird (MDS 2006). Die Zahl der Widerspruchsgutachten lag mit durchschnittlich 80 Tsd. bzw. mit durchschnittlich 6,5 % über den gesamten Beobachtungszeitraum deutlich niedriger.¹²

Durch das zum 1.7.2008 in Kraft getretene Pflege-Weiterentwicklungsgesetz (PfWG) haben Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz einen Rechtsanspruch auf zusätzliche Betreuungsleistungen gemäß § 45b SGB XI, und stationäre Pflegeeinrichtungen können zusätzliche Betreuungskräfte für diese Zielgruppen einstellen und abrechnen (§ 87b SGB XI). Da mit dieser Gesetzesänderung der Kreis der Leistungsberechtigten (Versicherte unterhalb Pflegestufe I) erweitert wurde, haben sich in der Folge auch Personen einer Begutachtung unterzogen, die ansonsten keinen Antrag auf Leistungen der Pflegeversicherung (oder keinen Antrag auf Wiederholungsbegutachtung) gestellt hätten. Im Jahr 2008 stieg die Zahl der Begutachtungen daher um ca. 200 Tsd. (15 %) auf ca. 1,5 Mio. gegenüber ca. 1,3 Mio. im Jahr 2007 an. Das hohe Niveau der Zahl der Begutachtungen setzt sich auch in den Jahren 2009-2013 fort, wobei ab dem Jahr 2012 insbesondere die Zahl der Erstbegutachtungen erneut deutlich gestiegen ist. Gründe hierfür dürften zum einen darin liegen, dass immer mehr Menschen in das pflegerelevante Alter vorrücken. Zum anderen hat es wieder eine sozialrechtliche Änderung gegeben. Seit Inkrafttreten der entsprechenden Normen des Pflege-Neuausrichtungsgesetzes vom 23.10.2012 (BGBl I, S. 2246) zum 1.1.2013 werden erstmals auch Pflegegeld und Pflegesachleistungen für Menschen mit eingeschränkter Alltagskompetenz, aber ohne Pflegestufe (sog. Pflegestufe Null) gewährt (§ 123 SGB XI n.F.). Dies hat womöglich wiederum zu einem Anstieg der Zahl der Begutachtungen in den Jahren 2012 und 2013 geführt. Die Anteile, die auf die einzelnen Begutachtungsarten entfallen, schwanken im Zeitverlauf geringfügig (53 %

¹² Die Widerspruchsgutachten werden im Folgenden nicht weiter betrachtet, da sie insgesamt nur ca. 6,5 % der durchgeführten Begutachtungen ausmachen und darüber hinaus in ca. 60 % der Fälle zu keiner Änderung der Pflegestufenempfehlung führen.

entfallen auf Erstbegutachtungen, 40 % auf Höherstufungs- bzw. Wiederholungsgutachten und 7 % auf Widersprüche), sind aber weitgehend stabil.

4.2.6.2 Entwicklung der Erstbegutachtungen nach Pflegestufen

Um die Zugänge zur Pflegebedürftigkeit zu beschreiben, wird im Folgenden auf die Erstbegutachtungen eingegangen. In Tabelle 13 sind die Erstbegutachtungen der Anträge auf ambulante und stationäre Leistungen aufgeführt. Demnach wurden zur Einführung der Pflegeversicherung 1995 ca. 1,7 Mio. Anträge auf ambulante Leistungen begutachtet. Obwohl in den Jahren seit 1996 zusätzlich Anträge auf stationäre Leistungen begutachtet wurden, blieb der Spitzenwert von 1995 in der Folge unerreicht. Bis 2002 nahm die Anzahl der Erstbegutachtungen ab, da die Einführungseffekte ausklangen, von 2005 bis 2007 nahm die Zahl der Erstbegutachtungen dann – demografisch bedingt – wieder leicht zu. Danach sind insbesondere die bereits angesprochenen Effekte der Leistungsausweitungen zu beobachten.

Der Anteil abgelehnter Anträge beläuft sich während des gesamten Zeitraums auf durchschnittlich 29,4 %. Zwischen 1999 und 2007 wurde etwa 475 Tsd. Menschen jährlich im Rahmen der Erstbegutachtung eine Pflegestufe zuerkannt. Im Jahr 2009 kommt es dann – aus den bereits genannten Gründen – zu einem sprunghaften Anstieg der Erstbegutachtungen um 18 % gegenüber 2007. Im Jahr 2010 reduziert sich zwar die Zahl der Erstbegutachtungen um 4,3 % und im Jahr 2011 um weitere 3 %, im Jahr 2012 steigt sie jedoch wieder um 8 % und im Jahr 2013 um 5 % auf zuletzt 875.637 und liegt damit um rund 200 Tsd. höher als in den Jahren zwischen 1999 und 2007. Der Anteil der abgelehnten Anträge beläuft sich für die Jahre 2009–2012 dann auf gut 31 % und liegt damit für diesen Zeitraum nach der Einführung des PfWG über den Anteilen in der Zeit davor. Allerdings ist für das letzte Beobachtungsjahr ein deutlicher Einbruch in der Ablehnungsquote auf 27,5 % zu erkennen, was vermutlich auf einer Neudefinition der Pflegebedürftigkeit in der MDS-Statistik zurückzuführen ist. Knapp 70 Tsd. Personen werden als Pflegebedürftige erfasst, ohne dass ihnen eine Pflegestufe zugeordnet wurde. Dahinter verbergen sich die Leistungsempfänger mit der „Pflegestufe 0“, die doch seit der Einführung des PNG Anspruch auf Pflegeversicherungsleistungen im Rahmen von Pflegegeld und Pflegesachleistungen nach § 123 SGB XI haben.

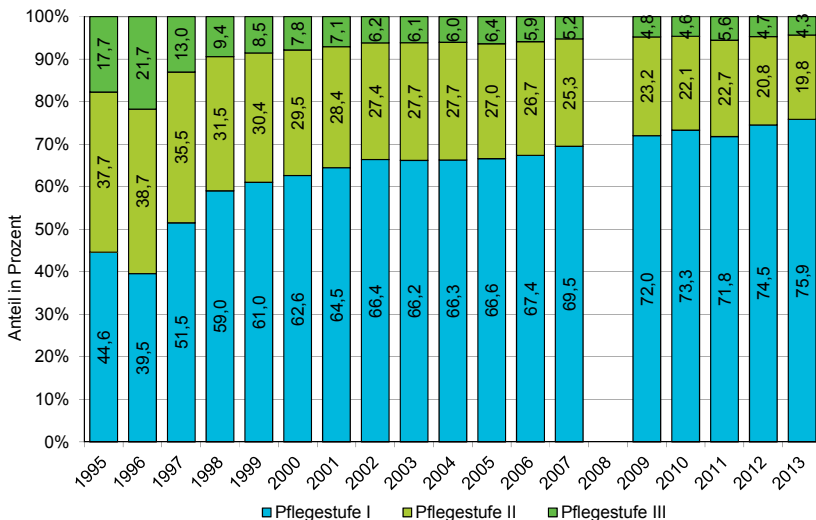
Tabelle 13: Erstbegutachtungen der Anträge auf Zuweisung einer Pflegestufe					
	Davon				
	Erstbegutachtungen	Pflegebedürftige insgesamt	Pflegestufe I	Pflegestufe II	Pflegestufe III
1995 ¹⁾	1.678.792	1.182.398	527.369	445.297	209.732
1996	1.390.126	1.021.974	404.173	395.578	222.223
1997	905.439	655.488	337.752	232.390	85.346
1998	750.645	526.107	310.640	165.907	49.560
1999	690.134	489.691	298.778	149.067	41.846
2000	679.588	475.236	297.642	140.361	37.233
2001	670.889	473.691	305.485	134.758	33.448
2002	666.071	469.377	311.664	128.777	28.936
2003	671.364	470.590	311.499	130.205	28.887
2004	651.485	458.735	304.080	126.960	27.695
2005	674.101	476.589	317.502	128.753	30.335
2006	686.032	487.083	328.609	130.346	28.813
2007	696.704	493.266	342.778	124.710	25.778
2008 ²⁾					
2009	828.989	567.990	408.023	131.581	26.970
2010	792.964	546.352	400.447	120.530	25.375
2011	769.852	526.579	377.998	119.327	29.254
2012	833.494	565.942	421.748	117.523	26.672
2013	875.637	634.837	429.062	112.081	24.518

Quelle: (MDS 2006, 2007a, 2007b, 2009, 2010, 2013)

¹⁾ nur Antragsteller auf ambulante Leistungen

²⁾ Werte für 2008 nicht verfügbar.

In Abbildung 14 ist die Pflegestufenverteilung der Erstbegutachtungen seit 1995 abgetragen, denen eine Pflegestufe zuerkannt wurde. Auffallend ist im Zeitablauf der steigende Anteil der Pflegestufe I und der relative Rückgang der Anteile in den Pflegestufen II und III, der sich seit 1995 ungebrochen fortsetzt. Nicht abgetragen ist die weitere Zahl an Personen ohne Pflegestufe (knapp 70 Tsd.), die seit dem Jahr 2013 ebenfalls Leistungsansprüche haben. Als Gründe für den Anstieg des Anteils mit Pflegestufe I können – insbesondere für die ersten Jahre – Einführungseffekte angesehen werden. Demnach werden anfänglich *alle* Pflegebedürftigen, d. h. auch alle bereits bestehenden Leistungsfälle, erfasst.



Quelle: (MDS 2007a, 2007b, 2009, 2010, 2013)

Anmerkung: Werte für 2008 nicht verfügbar.

Abbildung 14: Verteilung der Pflegestufen bei ambulanten und stationären Erstbegutachtungen nach Jahr

Im Vergleich zu Neufällen erhalten aber bestehende Leistungsfälle durchschnittlich höhere Pflegestufen zugewiesen. Dies resultiert aus der schon längeren „Pflegekarriere“ mit tendenziell ansteigendem Pflegebedarf. Damit lässt sich u. a. der zunächst höhere Anteil in den Pflegestufen II und III in den ersten 3 Jahren der Pflegebegutachtung erklären (MDS 2006). Erst danach werden nur die innerhalb eines Jahres „neu“ hinzukommenden Pflegebedürftigen erfasst (MDS 2006). Des Weiteren führte die Begutachtungspraxis auch dazu, dass Erstantragsteller in Alten-/Pflegeheimen meist im Rahmen eines Kurzgutachtens bei festgestellter Pflegebedürftigkeit in der Statistik als Pflegestufe I ausgewiesen wurden, und erst in der Folgebegutachtung der Grad der Pflegebedürftigkeit ermittelt wurde. Damit wurden sie in den Erstbegutachtungen (z. T. zu niedrig) als Pflegestufe I geführt (MDS 2006).

Wird jedoch der Zeitraum seit 1999 betrachtet, der von diesen Einführungseffekten nicht betroffen ist, lässt sich bei den inzidenten Fällen – entsprechend

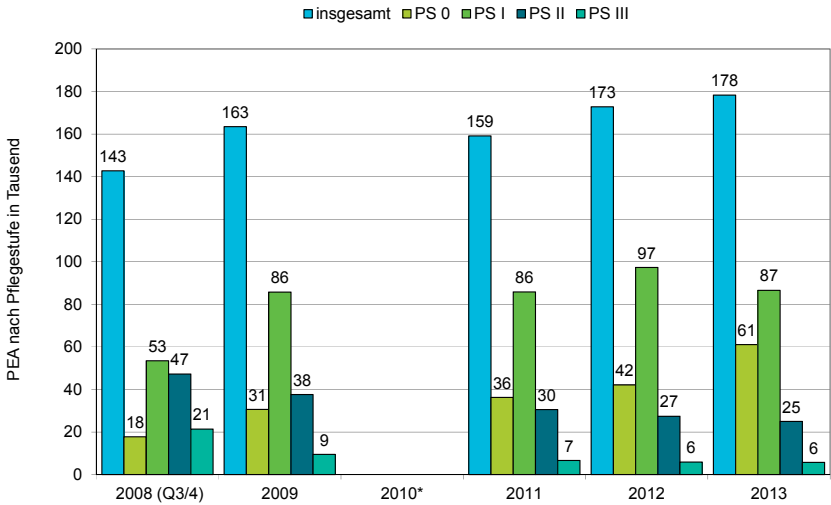
der Zunahme bei den Bestandsgrößen der Pflegebedürftigen (vgl. Abschnitt 4.2.14.2) – ebenfalls eine schleichende Zunahme an Pflegebedürftigen der Pflegestufe I feststellen und eine Abnahme bei den Pflegestufen II und III. Im Beobachtungsjahr 2011 kommt es erstmals zu einem Rückgang des Anteils in Pflegestufe I, wobei sich im Jahr 2012 wieder der langfristige Trend der Vorjahre fortsetzt und mit 75,9 % ein erneuter Höchstwert der Erstbegutachtungen, die in Pflegestufe I eingestuft werden, vorliegt. Ebenfalls setzt sich der langfristige Trend der Abnahme des Anteils der Erstbegutachtungsergebnisse mit Pflegestufe II fort.

Inwieweit die steigende Tendenz auf altersstrukturelle Veränderungen der Bevölkerung oder veränderte altersspezifische Morbidität zurückgeführt werden muss, kann mit den Daten des MDS nicht beurteilt werden. Eine weitere Erklärung für den Anstieg der Anteile mit Pflegestufe I mag auch eine gestiegene Akzeptanz der Pflegebedürftigkeit in der Gesellschaft sein. Dadurch steigt die Bereitschaft, auch schon bei geringerem Grad der Pflegebedürftigkeit eine Einstufung zu beantragen und nicht erst dann, wenn die Pflegebedürftigkeit schon schwer ist.

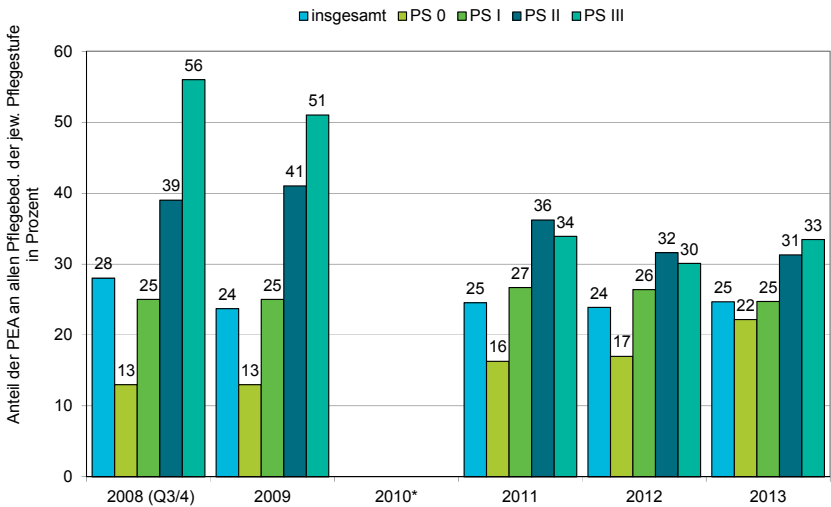
4.2.6.3 Entwicklung der zusätzlichen Betreuungsleistungen nach § 45b SGB XI für Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz (PEA)

In dem zum 1.1.2002 in Kraft getretenen Pflegeleistungs-Ergänzungsgesetz (PflEG) vom 14.12.2001 (BGBl. I S. 2738) wurden für Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz (PEA) erstmals Ansprüche auf zusätzliche Betreuungsleistungen gemäß § 45b SGB XI gewährt, die ab dem 1.4.2002 in Anspruch genommen werden können. In dem zum 1.7.2008 in Kraft getretenen Pflege-Weiterentwicklungsgesetz (PflWG) vom 28.5.2008 (BGBl. I S. 874) wurde nicht nur die Leistungshöhe für die Leistungen nach § 45b SGB XI angehoben und entsprechende Leistungen für den stationären Sektor eingeführt (§ 87b SGB XI), sondern erstmals ein Leistungsanspruch auch für die Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz ausgedehnt, bei denen die Voraussetzungen von Pflegebedürftigkeit nach §§ 14 und 15 SGB XI nicht vorliegen.

Anzahl der Anspruchsberechtigten Personen



Anteil der anspruchsberechtigten Personen an allen Erstbegutachtungen nach Pflegestufe

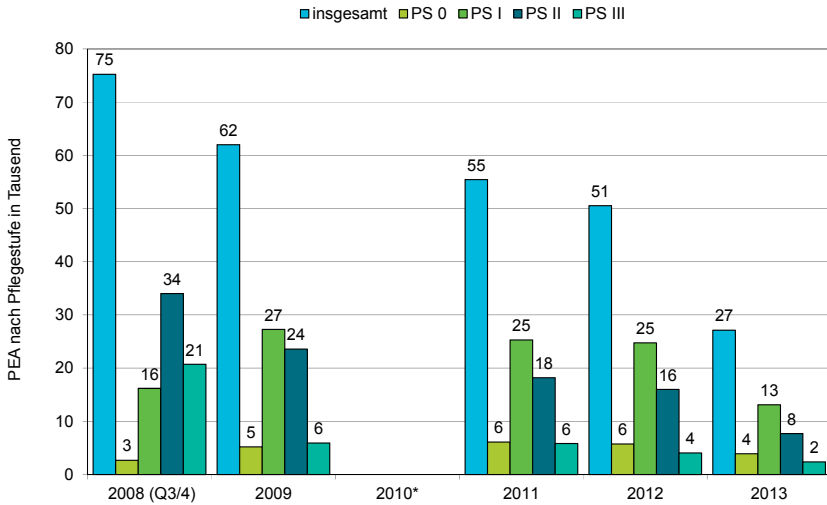


Quelle: (MDS 2007a, 2007b, 2009, 2010, 2013)

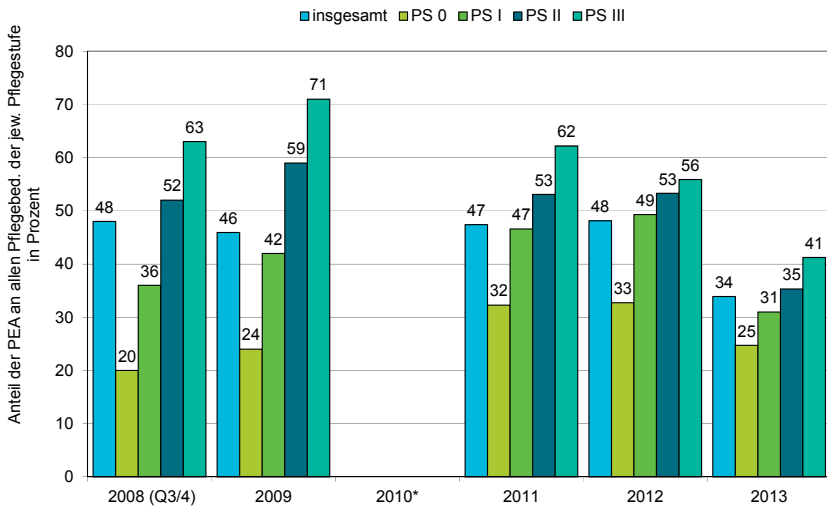
* Werte für 2010 nicht verfügbar.

Abbildung 15: Anspruchsberechtigte PEA bei der Erstbegutachtung zur häuslichen Pflege

Anzahl der anspruchsberechtigten Personen



Anteil der anspruchsberechtigten Personen an allen Erstbegutachtungen nach Pflegestufe



Quelle: (MDS 2007a, 2007b, 2009, 2010, 2013)

* Werte für 2010 nicht verfügbar.

Abbildung 16: Anspruchsberechtigte PEA bei der Erstbegutachtung zur stationären Pflege

In Abbildung 15 ist die Entwicklung der Zahl der Personen, die bei der Begutachtung als PEA im ambulanten Bereich *begutachtet* wurden, also nach § 43a SGB XI anspruchsberechtigt sind, wiedergegeben. Abbildung 16 enthält die entsprechenden Werte für den stationären Bereich. Für diese Personen können die Pflegeheime besondere Betreuungskräfte einstellen, die zusätzlich finanziert werden (§ 87b SGB XI).¹³ Bei den absoluten Werten¹⁴ zeigen sich unterschiedliche Entwicklungen: Während im ambulanten Bereich eine deutliche Zunahme von 143 Tsd. im Jahr 2008 auf 178 Tsd. im Jahr 2013 zu beobachten ist, zeigt sich im stationären Bereich eine deutliche Abnahme von 75 Tsd. im Jahr 2008 auf 27. Tsd. im Jahr 2013. Werden ambulanter und stationärer Bereich zusammen betrachtet, liegt die Zahl derer, denen im Rahmen der Begutachtung Ansprüche auf Leistungen für PEA eingeräumt wurden, im hier betrachteten Zeitraum zwischen 205 und 225 Tsd.

Während in der ambulanten Pflege die Zahl der Personen ohne Pflegestufe (sog. Pflegestufe „0“) und mit Pflegestufe I von 2008 bis 2013 überwiegend ansteigt, nimmt die Zahl der anspruchsberechtigten Personen mit den höheren Pflegestufen II und III tendenziell ab. In der stationären Pflege nimmt dagegen, mit Ausnahme von 2008, die Zahl der Anspruchsberechtigten in allen Pflegestufen ab. Ein Grund für diese Entwicklung liegt in steigenden Anteilen an Anspruchsberechtigten unter den Antragstellern mit den Pflegestufen „0“ und I bzw. in den sinkenden Anteilen an Anspruchsberechtigten unter den Antragstellern mit den Pflegestufen II und III (Abbildung 15 und Abbildung 16, untere Grafik). Ein weiterer Grund ist die Zunahme der Gesamtzahl der Pflegebedürftigen in Stufe I und der Abnahme der Gesamtzahl der Pflegebedürftigen in den Stufen II und III (Abbildung 2).

¹³ Neben den Anträgen auf ambulante bzw. stationäre Leistungen sind noch Anträge auf ausschließliche Leistungen für PEA möglich, für die jedoch keine Quoten auf Anspruchsberechtigung vorliegen. Da die Zahl der so positiv beschiedenen Anträge jedoch äußerst gering ist (ca. 8 Tsd. im Jahr 2009, MDS 2010b), ist ihr Einfluss auf die Gesamtentwicklung eher zu vernachlässigen.

¹⁴ Wiedergegeben sind Inzidenzen, also Anspruchsberechtigte unter den *Erstbegutachtungen*. Für den Bestand kann die Quote entsprechend höher liegen. Davon zu unterscheiden sind die *Leistungsbezieher* der zusätzlichen Betreuungsleistungen, deren Anzahl jedoch nur mit Kassendaten bestimmbar ist.

Tabelle 14: Anspruchsberechtigte im Jahr 2013 gemäß § 45a SGB XI nach Pflegestufe und Pflegearrangement – Ergebnisse der Erstbegutachtung

	ambulant		Stationär		insgesamt	
	in Tsd.	%	in Tsd.	%	In Tsd.	%
Pflegestufe "0"	61	34,1	4	14,8	65	31,6
Pflegestufe I	87	48,6	13	48,1	100	48,5
Pflegestufe II	25	14,0	8	29,6	33	16,0
Pflegestufe III	6	3,4	2	7,4	8	3,9
insgesamt	179	100,0	27	100,0	206	100,0
Quelle: MDS (2010b)						

Betrachtet man *alle* Personen, denen Ansprüche auf Leistungen für Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz zugesprochen wurden (Tabelle 14), dann haben im Jahr 2013 in der ambulanten Pflege 34,1 % und in der stationären Pflege 14,8 % *keine* Pflegestufe. Demnach kommen die Ansprüche auf zusätzliche Betreuungsleistungen ganz überwiegend, nämlich zu fast 70 % Menschen zugute, die bereits pflegebedürftig sind. Im Jahr 2012 kamen dagegen die Ansprüche auf zusätzliche Betreuungsleistungen zu etwa 80 % der Menschen zugute, die bereits pflegebedürftig sind (Rothgang et al. 2013). Damit scheint sich der Kreis der Anspruchsberechtigten in steigendem Maße auf Menschen ohne Pflegebedürftigkeit auszuweiten.

4.2.7 Fazit zur Entwicklung der Zahl der Pflegebedürftigen

Die Zahl der Pflegebedürftigen ist im Jahr 2013 auf knapp 2,5 Mio. und damit um weitere 3,5 % gegenüber dem Vorjahr gestiegen. Der Anstieg vollzieht sich sowohl in der Privaten als auch in der Sozialen Pflegeversicherung, wobei die Steigerungsraten in der Privaten Pflegeversicherung seit Einführung der Pflegeversicherung durchgehend höher sind. Das liegt vor allem an der sehr günstigen Altersstruktur der Privatversicherten, die sich aber im Zeitverlauf immer weiter verschlechtert (Rothgang et al. 2011a). Die Pflegebedürftigen in der Privaten Pflegepflichtversicherung weisen gegenüber der Sozialen Pflegeversicherung insgesamt höhere Pflegestufen und geringfügig höhere Anteile an stationären Leistungen auf. Die Entwicklung ist auf Bundesebene durch eine schleichende Zunahme des Anteils der Pflegebedürftigen in Pflegestufe I und

eine gleichzeitige Abnahme des Anteils der Pflegebedürftigen in den Pflegestufen II und III gekennzeichnet. Als Leistungen dominieren nach wie vor die – allerdings leicht rückläufigen – Geldleistungen sowie die stationären Leistungen, während die formal-ambulante Pflege, an denen ambulante Pflegedienste zumindest mitbeteiligt sind, kontinuierlich weiter an Bedeutung gewinnen. Auch die Leistungen für Personen mit „erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz“ (PEA), die mit dem Pflegeleistungs-Ergänzungsgesetz (PflEG) 2002 eingeführt wurden und seit Inkrafttreten der entsprechenden Regeln des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes im Jahr 2008 auch Menschen mit einbeziehen, bei denen die Voraussetzungen von Pflegebedürftigkeit nach §§ 14 und 15 SGB XI nicht vorliegen, nehmen in der Summe kontinuierlich zu. Hiervon sind insbesondere Menschen mit Demenz betroffen.

Differenziert nach Bundesländern hat die Zahl der Pflegebedürftigen seit 1999 unterschiedlich stark zugenommen. So lagen die Anstiege in Ostdeutschland deutlich über denen in Westdeutschland. Die in Anspruch genommenen Pflegeleistungen variieren ebenfalls deutlich nach den Bundesländern. Während die Heimquote mit wenigen Ausnahmen relativ homogen ausfällt, ist die Pflege unter Berücksichtigung ambulanter Pflegedienste überwiegend in den Stadtstaaten und im Osten Deutschlands stark verbreitet. Die ausschließliche Pflege durch Angehörige erfolgt verstärkt in der Mitte Deutschlands. Als Erklärung für die unterschiedlichen Versorgungsarrangements konnten Angebotsstrukturen identifiziert werden (siehe die nachfolgenden Analysen in Unterkapitel 4.3). So ist der Heimanteil an der Versorgung stark davon abhängig, wie viele Heimplätze pro 100 Pflegebedürftige in einem Bundesland zur Verfügung stehen, wobei höhere Kapazitäten mit höherer Inanspruchnahme einhergehen. Auch hinsichtlich der Pflegeprävalenzen bestehen deutliche Unterschiede zwischen den Bundesländern, wobei die Prävalenzen in Ostdeutschland durchweg höher sind als in Westdeutschland. Eng damit verbunden sind auch die Lebenszeitprävalenzen, die in Ostdeutschland höher sind, also die Wahrscheinlichkeiten jemals im Lebensverlauf pflegebedürftig zu werden (siehe die nachfolgenden Analysen in Abschnitt 5.1).

Für zukünftige Entwicklungen zur Zahl der Pflegebedürftigen in Deutschland sowie für die einzelnen Bundesländer wurden Projektionen anhand verbesser-

ter Berechnungen der Prävalenzen die anhand des Zensus von 2011 durchgeführt. Mittels dieser, im Vergleich zu den bislang verwendeten Werten leicht erhöhten Prävalenzen, muss davon ausgegangen werden, dass die Zahl der Pflegebedürftigen im Jahr 2060 nicht – wie bisher angenommenen – bei 4,298 Mio., sondern bei 4,582 Mio. liegt und damit um 280 Tsd. höher ist als bislang angenommen.

Dabei zeigte sich auch, dass in den einzelnen Bundesländern die maximale Zahl an Pflegebedürftigen zu unterschiedlichen Zeitabschnitten erreicht wird. Während es in den westdeutschen Bundesländern Bayern und Baden-Württemberg sowie in den Städten Berlin, Hamburg und Bremen zwischen 2050 und 2060 noch zu einer Erhöhung der Zahl der Pflegebedürftigen kommt, sind in den ostdeutschen Bundesländern in diesem Zeitraum bereits ausnahmslos deutliche Rückgänge in der Zahl der Pflegebedürftigen feststellbar. Beispielsweise -12,4 % in Brandenburg, -15 % in Mecklenburg-Vorpommern und -14 % in Sachsen-Anhalt.

4.3 Die Versorgungsformen der Pflegebedürftigen

Die folgenden Abschnitte geben einen grundlegenden Überblick über die unterschiedlichen Versorgungsformen der Pflegebedürftigen in Deutschland. Dargestellt wird die Situation der ambulanten Pflegedienste (Abschnitt 4.3.1), der stationären Pflegeeinrichtungen (Abschnitt 4.3.2) und die der Pflegepersonen zur Versorgung der Pflegebedürftigen im häuslichen Umfeld (Abschnitt 4.3.3). Die Verbreitung der ambulanten Pflegedienste und der stationären Pflegeeinrichtungen werden nach den einzelnen Bundesländern differenziert betrachtet.

4.3.1 Die ambulanten Pflegedienste nach Bundesländern

In diesem Abschnitt wird zunächst auf die Trägerschaft der ambulanten Pflegedienste nach Bundesländern im Jahr 2011 eingegangen (Abschnitt 4.3.1.1) Es schließt sich eine Beschreibung des in den Pflegediensten eingesetzten Personals an (Abschnitt 4.3.1.2). Abschließend erfolgt eine Darstellung der regionalen Verteilung der Kapazitäten der ambulanten Pflegedienste in den einzelnen Bundesländern (Abschnitt 4.3.1.3).

4.3.1.1 Die ambulanten Dienste nach Trägern

Tabelle 15: Die ambulanten Pflegedienste nach Art des Trägers in den Bundesländern im Jahr 2011 (Anteile in Prozent in Klammern)				
Land	Anzahl	Träger der Einrichtung in Klammern: Anteilswerte in %		
		Private	Freigemeinnützige	Öffentliche
Baden-Württemberg	1.110	572 (51,5)	502 (45,2)	36 (3,2)
Bayern	1.829	1.022 (55,9)	796 (44,5)	11 (0,6)
Berlin	524	395 (75,4)	127 (24,2)	2 (0,4)
Brandenburg	598	378 (63,2)	216 (36,1)	4 (0,7)
Bremen	109	71 (65,1)	38 (34,9)	-
Hamburg	343	267 (77,8)	76 (22,2)	-
Hessen	1.002	697 (69,6)	260 (25,9)	45 (4,5)
Mecklenburg-Vorp.	438	250 (57,1)	186 (42,5)	2 (0,5)
Niedersachsen	1.189	780 (65,6)	385 (32,4)	24 (2,0)
Nordrhein-Westfalen	2.309	1.474 (63,8)	814 (35,3)	21 (0,9)
Rheinland-Pfalz	446	265 (59,4)	178 (39,9)	3 (0,7)
Saarland	116	79 (68,1)	35 (30,2)	2 (1,7)
Sachsen	1.005	704 (70,0)	295 (29,4)	6 (0,6)
Sachsen-Anhalt	521	358 (68,7)	160 (30,7)	3 (0,6)
Schleswig-Holstein	399	223 (55,9)	169 (42,4)	7 (1,8)
Thüringen	411	237 (57,7)	169 (41,1)	5 (1,2)
Deutschland	12.349	7.772 (62,9)	4.406 (35,7)	171 (1,4)
Quelle: Statistisches Bundesamt (2013c)				

Die Zahl der ambulanten Pflegedienste (Tabelle 15) beläuft sich im Jahr 2011 auf 12.349, wovon sich 7.772 (62,9 %) in privater, 4.406 (35,7 %) in freigemeinnütziger und 171 (1,4 %) in öffentlicher Trägerschaft befinden. Es gibt also annähernd doppelt so viele private wie freigemeinnützige Pflegedienste. Allerdings variiert die Trägerschaft nach dem Bundesland. Während beispielsweise in Hamburg (77,8 %) und Berlin (75,4 %) die weitaus meisten Pflegedienste in privater Trägerschaft sind, sind es in Baden-Württemberg (51,5 %) am wenigsten. Die ambulanten Dienste der übrigen Bundesländer sind mit einem Anteil von 55 %-70 % in privater Trägerschaft. Die Anteile der Pflegedienste in freigemeinnütziger Trägerschaft sind entsprechend in Baden-Württemberg (45,2 %) und Bayern (44,5 %) am höchsten, in Berlin (24,2 %) und Hamburg (22,2 %) dagegen am geringsten. Der Anteil der Pflegedienste in öffentlicher

Trägerschaft ist, ähnlich wie im stationären Sektor, gering und liegt in allen Bundesländern deutlich unter 5 %. Dabei weisen Hessen (4,5 %) und Baden-Württemberg (3,2 %) noch die höchsten Anteile auf. Die Verteilungen nach Trägern im Jahr 2011 sind dabei denen im Jahr 2009 (Rothgang et al. 2010: 75, Werte hier nicht wiedergegeben) recht ähnlich und unterscheiden sich meist nur um 1-2 Prozentpunkte.

4.3.1.2 Das Personal der ambulanten Pflegedienste

Die Zahl der Pflegedienste allein ist jedoch wenig aussagekräftig, weil die Größe der Dienste erheblich variiert. Um einen besseren Überblick über die Kapazitäten ambulanter Pflegedienste zu gewinnen, ist es daher sinnvoll, die Zahl der Beschäftigten zu betrachten. Im Jahr 2011 waren 290.714 Menschen in den ambulanten Pflegediensten beschäftigt (Tabelle 16). Dies entspricht 44 % des Heimpersonals im Jahr 2011. Von den Beschäftigten in ambulanten Pflegediensten waren 27,4 % vollzeitbeschäftigt, 34,6 % waren teilzeitbeschäftigt mit über 50 % der Arbeitszeit, 14,6 % teilzeitbeschäftigt mit bis zu 50 % der Arbeitszeit und 21,2 % geringfügig beschäftigt. Die restlichen Anteile entfallen auf Praktikanten, Schüler, Auszubildende etc. Damit sind die Beschäftigtenquoten in der ambulanten Pflege gegenüber denen in Pflegeheimen bei den Vollzeitbeschäftigten ca. 5 Prozentpunkte niedriger, während die Quoten bei den geringfügig Beschäftigten fast 12 Prozentpunkte höher liegen (siehe Abschnitt 4.3.2.2).

In den neuen Bundesländern liegt die Vollzeitbeschäftigtenquote durchgängig deutlich über dem Bundesdurchschnitt von 27,4 % und beträgt in Thüringen sogar 42,8 %. In den alten Bundesländern liegen mit Hamburg (28,9 %) und Berlin (37,5 %) nur wenige Bundesländer über dem Bundesdurchschnitt. Die Teilzeitbeschäftigtenquoten mit über 50 % der Arbeitszeit liegen in den neuen Bundesländern zwischen 42,1 % (Thüringen) und 48,2 % (Brandenburg) und fallen damit ebenfalls hoch aus, während sie in den alten Bundesländern z. T. bis zu 25 Prozentpunkte niedriger liegen (z. B. im Saarland mit 21,7 %). Deutliche West-Ost-Unterschiede zeigen sich auch beim Anteil der Teilzeitbeschäftigten mit einer Arbeitszeit bis zu 50 % der Regelarbeitszeit und den geringfügig Beschäftigten. Hier liegen wiederum die Anteile in den neuen Bundesländern deutlich unter dem Bundesdurchschnitt. Im Vergleich zum Jahr 2009 (Roth-

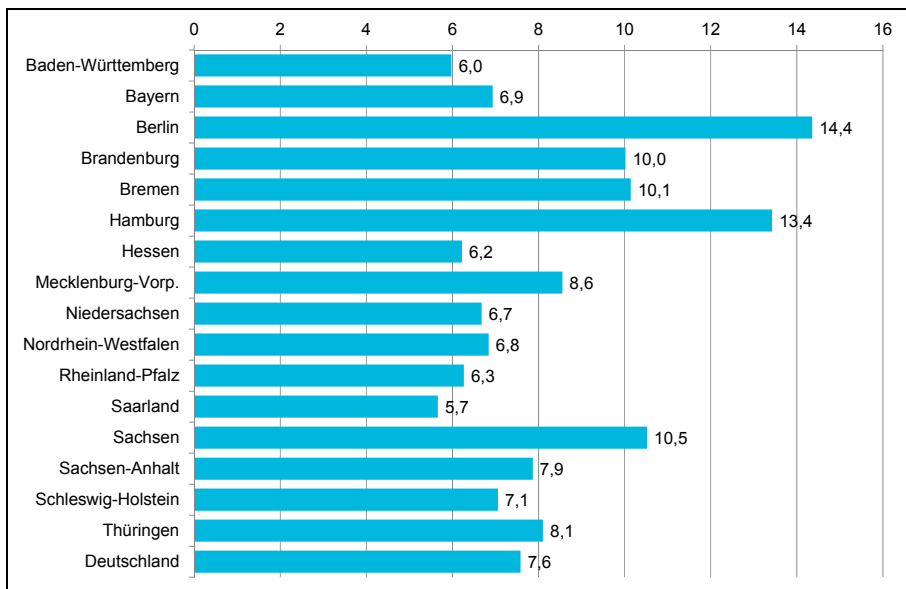
gang et al. 2010: 77, Werte hier nicht wiedergegeben) sind die Verteilungen nach dem Umfang des Beschäftigungsverhältnisses denen des Jahres 2009 recht ähnlich und unterscheiden sich meist nur um 1 Prozentpunkt oder weniger.

Tabelle 16: Personal der ambulanten Pflegedienste nach Beschäftigungsverhältnis in den Bundesländern im Jahr 2011					
	Insgesamt	Vollzeit	Teilzeit über 50 %	Teilzeit bis 50 %	Geringfügig
Land		in %	in %	in %	in %
Baden-Württemberg	28.895	20,5	26,2	23,6	27,2
Bayern	38.594	20,9	30,8	17,6	29,0
Berlin	20.665	37,5	40,9	8,5	11,9
Brandenburg	12.456	36,2	48,2	6,5	7,7
Bremen	3.472	21,5	43,5	10,7	23,4
Hamburg	9.827	28,9	32,3	10,7	26,2
Hessen	19.568	27,4	29,5	18,2	23,1
Mecklenburg-Vorpommern	7.436	38,3	46,4	6,4	7,0
Niedersachsen	29.362	18,9	38,2	19,0	21,6
Nordrhein-Westfalen	59.657	27,5	29,6	14,5	26,4
Rheinland-Pfalz	11.667	26,8	25,8	17,3	26,4
Saarland	3.266	24,8	21,7	15,8	34,6
Sachsen	19.400	35,0	47,3	7,1	6,8
Sachsen-Anhalt	8.752	41,2	44,9	6,6	5,0
Schleswig-Holstein	9.191	19,7	37,2	17,8	24,0
Thüringen	8.506	42,8	42,1	5,7	5,9
Deutschland	290.714	27,4	34,6	14,6	21,2
Quelle: Statistisches Bundesamt (2013c)					
Anmerkung: In Deutschland sind ca. 2% der Beschäftigten in ambulanten Pflegediensten Praktikanten, Schüler, Auszubildende, Helfer im freiwilligen sozialen Jahr, Zivildienstleistende oder Helfer im Bundesfreiwilligendienst. Dadurch ergänzen sich die Beschäftigtenquoten der Vollzeit- und Teilzeitbeschäftigten nicht auf 100%.					

4.3.1.3 Die Kapazitäten der ambulanten Pflegedienste

Da auch die bloße Zahl der in ambulanten Pflegediensten Beschäftigten die Kapazitäten des Sektors nur ungenau angibt, werden zur Darstellung dieser Kapazitäten die Beschäftigten der ambulanten Pflegedienste in Vollzeitäquiva-

lenten¹⁵ umgerechnet und dann in Relation zur pflegebedürftigen Bevölkerung gesetzt (Abbildung 17). Dadurch werden die *Kapazitäten* der ambulanten Pflegedienste bei der aktuellen Versorgung der pflegebedürftigen Bevölkerung erkennbar.

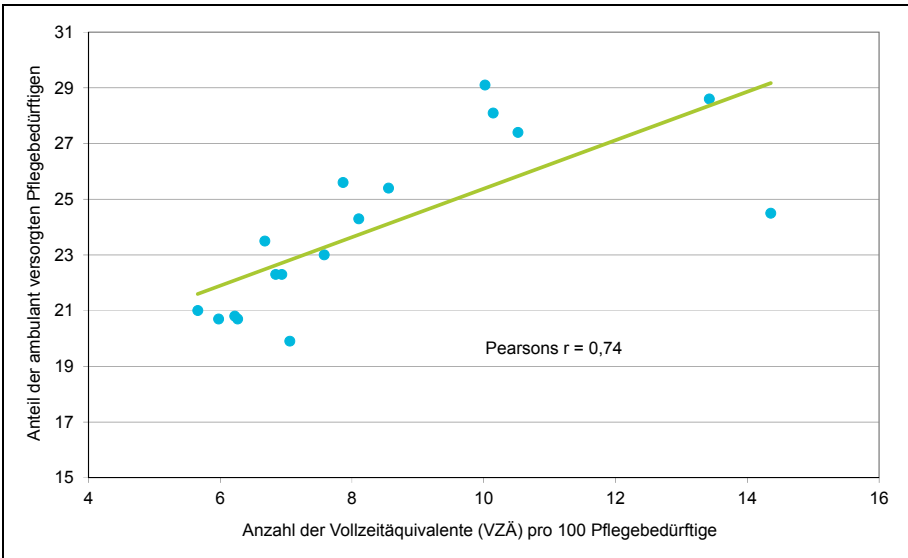


Quelle: Tabelle 16

Abbildung 17: Kapazitäten ambulanter Pflegedienste je 100 Pflegebedürftige nach Bundesland im Jahr 2011 (Vollzeitäquivalente)

Zu beobachten sind deutlich höhere Kapazitäten in den Städten Berlin, Hamburg und Bremen sowie in ganz Ostdeutschland, während in Westdeutschland die Kapazitäten unterhalb des Bundesdurchschnitts von 7,6 Vollzeitäquivalenten in der ambulanten Pflege je 100 Pflegebedürftige liegen.

¹⁵ Durch die Umrechnung in Vollzeitäquivalente lassen sich die unterschiedlichen Beschäftigungsformen vergleichen. Die zur Umrechnung verwendeten Gewichte betragen 0,75 für die Teilzeitbeschäftigten mit über 50 % der Arbeitszeit, 0,45 für die Teilzeitbeschäftigten mit bis zu 50 % der Arbeitszeit (ohne geringfügige Beschäftigung) und 0,25 für die geringfügig Beschäftigten (vgl. Rothgang et al. 2009: 181f.).



Quelle: Tabelle 16; Statistisches Bundesamt (2013c)

Abbildung 18: Kapazitäten ambulanter Pflegedienste je 100 Pflegebedürftige nach dem Anteil der ambulant versorgten Pflegebedürftigen nach Bundesland (Vollzeitäquivalente je 100 Pflegebedürftige)

Die Zahl der Vollzeitäquivalente ergibt sich aus der Zahl der Beschäftigten gewichtet mit der Arbeitszeit der Beschäftigten. Die in Ostdeutschland höher liegenden Arbeitszeiten führen deshalb auch zu höheren Kapazitäten. Auffallend ist die große Variation zwischen den Bundesländern. Beispielsweise sind in Berlin die Kapazitäten in der ambulanten Pflege mehr als zweimal so hoch wie in Baden-Württemberg. Diese regional höchst ungleiche Verteilung der ambulanten Pflegekapazitäten wirft die Frage auf, ob diese Angebotsstrukturen auch eine unterschiedliche Inanspruchnahme der ambulanten Leistungen nach sich ziehen. Zur Beantwortung dieser Frage werden die in Abbildung 17 berichteten Vollzeitäquivalente je 100 Pflegebedürftige zum Anteil der ambulant versorgten Pflegebedürftigen in Beziehung gesetzt. Wie in Abbildung 18 zu sehen ist, besteht ein erkennbarer Zusammenhang: Je höher die Kapazität der ambulanten Pflegedienste in den einzelnen Bundesländern ist, desto höher ist auch der Anteil, zu dem die Pflegebedürftigen ambulante Pflegeleistungen in diesem

Bundesland beziehen. Unterschiede in den Versorgungsarrangements sind somit zu einem erheblichen Anteil auf Unterschiede in den Angebotsstrukturen zurückzuführen, und auch im Pflegebereich scheint sich somit zu zeigen, dass ein Angebot (an ambulanter Pflege) sich auch seine Nachfrage schafft.

4.3.2 Die stationären Pflegeeinrichtungen nach Bundesländern

Der folgende Abschnitt gibt einen Überblick über die stationären Pflegeeinrichtungen nach Bundesländern im Jahr 2011. Dazu wird zuerst die allgemeine Verbreitung der Heime sowie deren Trägerschaft beschrieben (Abschnitt 4.3.2.1). Im Anschluss daran wird auf das Personal in den stationären Einrichtungen (Abschnitt 4.3.2.2) sowie auf die Heimkapazitäten (Abschnitt 4.3.2.3) eingegangen, die mit Bezug auf die Bettenzahl präsentiert werden. Abschließend wird auf die Heimentgelte eingegangen (Abschnitt 4.3.2.4).

4.3.2.1 Die stationären Pflegeeinrichtungen nach Trägern

Die Zahl der Pflegeheime beläuft sich im Jahr 2011 auf 12.354, wovon 6.721 (54,4 %) in freigemeinnütziger, 4.998 (40,5 %) in privater und 6352 (5,1 %) in öffentlicher Trägerschaft sind (Tabelle 17). Freigemeinnützige Träger sind im stationären Bereich also häufiger als private, während es bei den ambulanten Pflegeeinrichtungen umgekehrt ist (vgl. Abschnitt 4.3.1.1). Die Trägerschaft variiert dabei z. T. stark nach Bundesland. Während sich beispielsweise in Schleswig-Holstein (67 %) und in Niedersachsen (58,9 %) die Mehrzahl der Heime in privater Trägerschaft befindet, sind es in Mecklenburg-Vorpommern (30,4 %) und Brandenburg (30,5 %) weniger als ein Drittel. Die Pflegeheime in freigemeinnütziger Trägerschaft sind entsprechend in Brandenburg (66,8 %), Mecklenburg-Vorpommern (67,2 %), dem Saarland (68,0 %) und Nordrhein-Westfalen (63,8 %) anteilmäßig am stärksten verbreitet, während ihr Anteil in Schleswig-Holstein (29,5 %) und Niedersachsen (38,6 %) am geringsten ist. Pflegeheime in öffentlicher Trägerschaft sind selten, aber insgesamt dennoch stärker verbreitet als ambulante Pflegedienste in öffentlicher Trägerschaft. In den Stadtstaaten Hamburg und Bremen gibt es allerdings kein Pflegeheim dieses Trägertyps. Die mit Abstand höchsten Anteile an Heimen öffentlicher Träger finden sich in den südlichen Ländern Bayern (9,7 %), Baden-Württemberg (9,1 %) und Thüringen (8,2 %).

Tabelle 17: Die stationären Pflegeeinrichtungen nach Art des Trägers in den Bundesländern im Jahr 2011 (Anteile in Prozent in Klammern)				
Land	Anzahl	Träger der Einrichtung in Klammern: Anteilswerte in %		
		Private	Freigemeinnützige	Öffentliche
Baden-Württemberg	1.543	491 (31,8)	912 (59,1)	140 (9,1)
Bayern	1.704	577 (33,9)	962 (56,5)	165 (9,7)
Berlin	376	183 (48,7)	184 (48,9)	9 (2,4)
Brandenburg	400	122 (30,5)	267 (66,8)	11 (2,8)
Bremen	99	45 (45,5)	54 (54,5)	-
Hamburg	188	95 (50,5)	93 (49,5)	-
Hessen	783	360 (46,0)	385 (49,2)	38 (4,9)
Mecklenburg-Vorpommern	332	101 (30,4)	223 (67,2)	8 (2,4)
Niedersachsen	1.667	982 (58,9)	644 (38,6)	41 (2,5)
Nordrhein-Westfalen	2.325	727 (31,3)	1.484 (63,8)	114 (4,9)
Rheinland-Pfalz	472	185 (39,2)	277 (58,7)	10 (2,1)
Saarland	147	46 (31,3)	100 (68,0)	1 (0,7)
Sachsen	804	312 (38,8)	461 (57,3)	31 (3,9)
Sachsen-Anhalt	471	202 (42,9)	256 (54,4)	13 (2,8)
Schleswig-Holstein	664	445 (67,0)	196 (29,5)	23 (3,5)
Thüringen	379	125 (33,0)	223 (58,8)	31 (8,2)
Deutschland	12.354	4.998 (40,5)	6.721 (54,4)	635 (5,1)
Quelle: Statistisches Bundesamt (2013e)				

4.3.2.2 Das Personal der stationären Pflegeeinrichtungen

Im Jahr 2011 waren 661.179 Menschen in Heimen beschäftigt waren (Tabelle 18). Davon waren 32,1 % vollzeitbeschäftigt, mit 36,5 % ein ähnlich großer Anteil teilzeitbeschäftigt mit über 50 % der Arbeitszeit, 15,4 % teilzeitbeschäftigt mit bis zu 50 % der Arbeitszeit und 9,4 % geringfügig beschäftigt. Weitere 6,6 % rekrutieren sich aus Praktikanten, Schülern und Auszubildende, Helfer im freiwilligen sozialen Jahr, Zivildienstleistende oder Helfer im Bundesfreiwilligen-dienst. Die Zahl der Beschäftigten im Pflegeheim ist dabei seit 1999 um ca. 50 % gestiegen, wobei gleichzeitig die Vollzeitbeschäftigtenquote von 48 % auf 32,3 % abgenommen hat (Rothgang et al. 2011b: 81).

Tabelle 18: Heimpersonal nach Beschäftigungsverhältnis in den Bundesländern im Jahr 2011

	Insgesamt	Vollzeit	Teilzeit über 50%	Teilzeit bis 50%	Geringfügig
Land		in %	in %	in %	in %
Baden-Württemberg	86.635	29,8	29,8	19,0	11,4
Bayern	94.501	35,4	36,7	15,0	7,3
Berlin	20.110	43,5	40,5	7,5	4,7
Brandenburg	16.429	30,9	54,4	6,7	3,9
Bremen	5478	24,6	49,0	10,0	12,4
Hamburg	12.167	43,0	33,2	8,7	10,3
Hessen	43.857	37,1	29,9	15,6	10,9
Mecklenburg-Vorpommern	13.008	25,5	59,0	8,1	3,4
Niedersachsen	75.691	32,4	34,7	15,3	11,6
Nordrhein-Westfalen	154.859	29,3	32,6	19,0	12,3
Rheinland-Pfalz	30.900	31,2	28,3	21,6	9,5
Saarland	9.050	42,3	21,0	18,7	11,6
Sachsen	33.759	23,3	57,5	9,2	3,2
Sachsen-Anhalt	18.600	31,3	55,1	6,4	2,8
Schleswig-Holstein	29.210	39,0	32,1	14,6	10,0
Thüringen	16.925	28,3	55,9	6,6	3,0
Deutschland	661.179	32,1	36,5	15,4	9,4

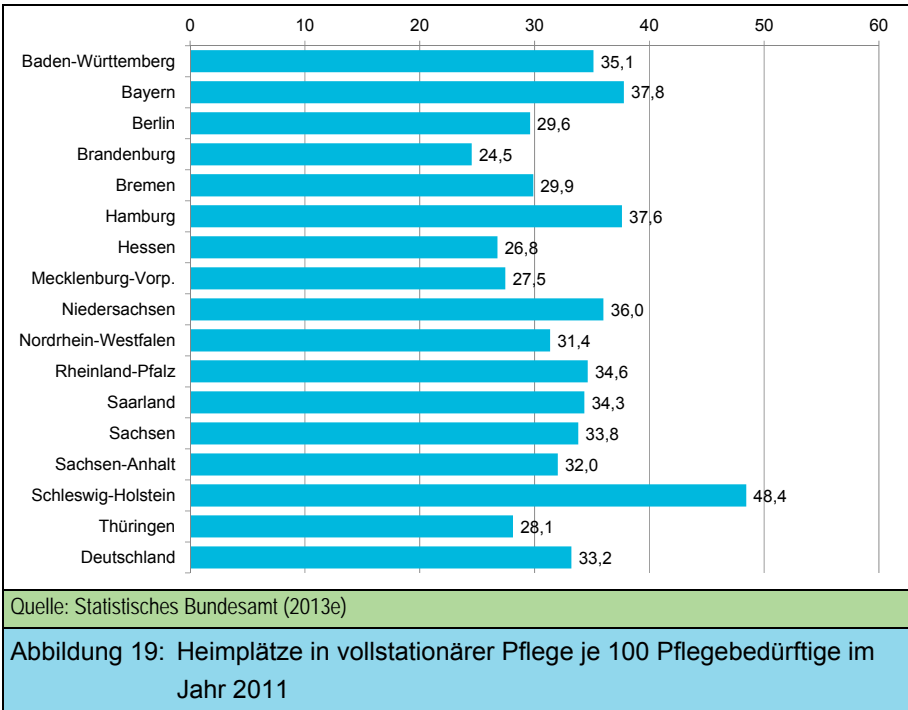
Quelle: Statistisches Bundesamt (2013e)

Anmerkung: In Deutschland sind durchschnittlich ca. 5,6% der Beschäftigten in stationären Pflegeeinrichtungen Praktikanten, Schüler und Auszubildende. Weitere 1% sind Helfer im freiwilligen sozialen Jahr, Zivildienstleistende oder Helfer im Bundesfreiwilligendienst. Dadurch ergänzen sich die Beschäftigtenquoten der Vollzeit- und Teilzeitbeschäftigten nicht auf 100%.

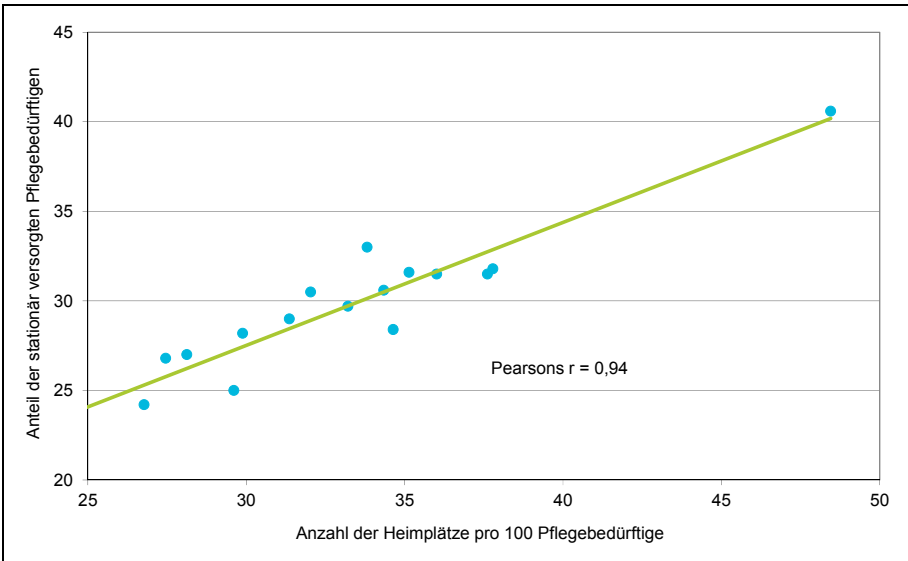
In den neuen Bundesländern liegt die Vollzeitbeschäftigtenquote dabei durchgängig unter dem Bundesdurchschnitt von 32,1 % und beträgt in Sachsen sogar nur 23,3 %. In den alten Bundesländern liegen mit Bremen (24,6 %), Baden-Württemberg (29,8 %), Nordrhein-Westfalen (29,3 %) und Rheinland-Pfalz (31,2 %) nur wenige Bundesländer unter dem Bundesdurchschnitt. Die Teilzeitbeschäftigtenquoten mit über 50 % der Arbeitszeit liegen dagegen in den neuen Bundesländern zwischen 54,4 % (Brandenburg) und 59,0 % (Mecklenburg-Vorpommern) und damit höher als in Westdeutschland, während sie in den alten Bundesländern z. T. sogar über 30 Prozentpunkte niedriger liegen (z. B. im Saarland mit 21 %). Deutliche West-Ost-Unterschiede zeigen sich auch bei

einer Arbeitszeit bis zu 50 % und den geringfügig Beschäftigten. Hier liegen die Anteile in den neuen Bundesländern deutlich unter dem Bundesdurchschnitt. Darüber hinaus sind in Baden-Württemberg und Rheinland-Pfalz (8,8 bzw. 8,5 %) auffallend viele Praktikanten, Schüler oder Auszubildende in Pflegeheimen beschäftigt (nicht in der Tabelle wiedergegeben).

4.3.2.3 Die Kapazitäten in den stationären Pflegeeinrichtungen



In Abbildung 19 ist die Anzahl der Heimplätze für eine vollstationäre Dauerpflege ins Verhältnis zu 100 pflegebedürftigen Menschen im jeweiligen Bundesland gesetzt. Dadurch wird die regionale Verteilung der *Heimkapazitäten* erkennbar, die im Norden und Süden besonders ausgeprägt sind. In Schleswig-Holstein gibt es mit 48,4 Heimplätzen pro 100 Pflegebedürftigen die höchste Kapazität. Zudem weisen im Norden Hamburg (37,6) und Niedersachsen (36) recht hohe Kapazitäten auf, während im Süden vor allem Baden-Württemberg (35,1) und Bayern (37,8) über dem Bundesdurchschnitt von 33,2 liegen.



Quelle: Tabelle 16; Statistisches Bundesamt (2013c)

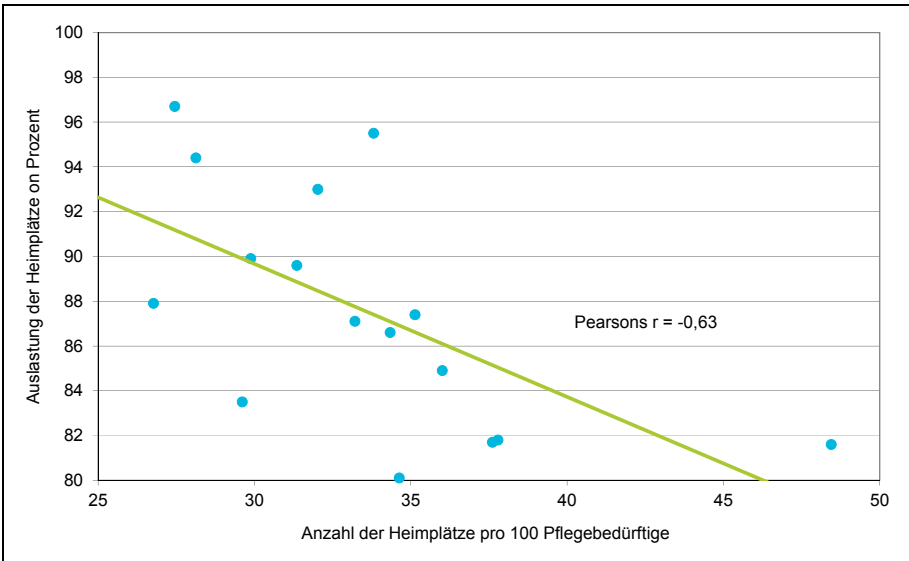
Abbildung 20: Heimplätze in stationärer Pflege je 100 Pflegebedürftige nach dem Anteil der stationär versorgten Pflegebedürftigen nach Bundesland

Die wenigsten Heimplätze pro Altenbevölkerung finden sich in Hessen (26,8). Der nördliche Teil von Deutschland verfügt damit überwiegend über hohe stationäre Pflegekapazitäten. Auffallend ist – verglichen mit der recht hohen Variation der Kapazitäten nach den Bundesländern in der ambulanten Pflege – allerdings die vergleichsweise große Homogenität in den stationären Pflegekapazitäten.

Analog zu den ambulanten Kapazitäten stellt sich die Frage, ob diese regional ungleichen stationären Angebotsstrukturen auch nach den einzelnen Bundesländern unterschiedliche Inanspruchnahmen nach sich ziehen. Dazu werden die Abbildung 19 berichteten Heimplätze je 100 Pflegebedürftige zum Anteil der stationär versorgten Pflegebedürftigen in Beziehung gesetzt. Wie in Abbildung 20 zu sehen ist, besteht ein bemerkenswerter Zusammenhang: Je höher die Kapazität der stationären Pflegeheime in den einzelnen Bundesländern ist, desto höher ist auch der Anteil, zu dem die Pflegebedürftigen stationäre Pflege

leistungen in diesem Bundesland beziehen. Der Zusammenhang ist bei den stationären Leistungen ($r = 0,94$) zudem noch deutlich stärker, als bei den ambulanten Leistungen ($r = 0,74$). Unterschiede in den Versorgungsarrangements sind somit bei den stationären Leistungen in noch stärkerem Ausmaß auf Unterschiede in den Angebotsstrukturen zurückzuführen als bei den ambulanten Leistungen.

Dennoch ist die Auslastung der Heime auch negativ mit dem Angebot korreliert. Wie in Abbildung 21 zu sehen ist, sinkt tendenziell die Auslastung der Pflegeheime, je größer die Anzahl der Heimplätze in diesem Bundesland ist. Allerdings ist dieser Zusammenhang mit $r = -0,63$ am schwächsten ausgeprägt und es gibt zahlreiche abweichende Fälle, wie beispielsweise in Sachsen oder Berlin. Sachsen hat zwar eine hohe Auslastung der Heime, bietet aber gleichzeitig auch überdurchschnittlich viele Heimplätze an. Berlin hat eher eine geringe Auslastung, bietet aber auch nur vergleichsweise wenige Heimplätze an.



Quelle: Tabelle 16; Statistisches Bundesamt (2013c)

Abbildung 21: Auslastung der Heimplätze nach der Anzahl der Heimplätze pro 100 Pflegebedürftige nach Bundesland

4.3.2.4 Die Heimentgelte

Die Gesamtentgelte, die für einen Pflegeplatz in Einrichtungen der stationären Pflege in Rechnung gestellt werden („Gesamtheimentgelte“ nach § 87a SGB XI) bestehen aus

- den Pflegesätzen, also den „Entgelte[n] der Heimbewohner oder ihrer Kostenträger für die teil- oder vollstationären Pflegeleistungen des Pflegeheims sowie für die soziale Betreuung und, soweit kein Anspruch auf Krankenpflege nach § 37 des Fünften Buches besteht, für die medizinische Behandlungspflege“ (§ 84 Abs. 1 SGB XI),
- den Entgelten für Unterkunft und Verpflegung, den so genannten „Hotelkosten“, sowie
- den gesondert in Rechnung gestellten Investitionskosten, soweit sie nicht bereits öffentlich gefördert wurden (Rothgang et al. 2009: 35f.).¹⁶

Die Leistungen der Pflegeversicherung sind dabei deutlich geringer als die durchschnittlichen Pflegesätze. Da zudem die Hotelkosten und die gesondert in Rechnung gestellten Investitionskosten vom Pflegebedürftigen getragen werden müssen, decken die Pflegeversicherungsleistungen deutlich weniger als die Hälfte des Gesamtheimentgelts ab (Rothgang et al. 2013: 121ff.).

Hieraus ergibt sich dann eine Leistungspflicht der *Sozialhilfeträger*: Ein Teil der Pflegebedürftigen in stationärer Pflege ist nämlich nicht in der Lage, die Gesamtkosten des Heimaufenthalts aus eigenem Einkommen (und Vermögen) zu finanzieren und daher auf Hilfe zur Pflege als SGB XII-Leistung angewiesen; dies ist tendenziell umso eher der Fall, je höher die Pflegestufe ist. Erhöht sich nun die Zahl der Leistungsempfänger, entstehen – ceteris paribus – auch höhere Ausgaben beim Sozialhilfeträger. Ein höherer Anteil von Pflegebedürftigen in Pflegestufe I wirkt für die Sozialhilfeträger dagegen – ceteris paribus – tendenziell ausgabensenkend.

¹⁶ Die den Bewohnern in Rechnung gestellten *Investitionskosten* müssen bei der Auswertung der Pflegestatistik vernachlässigt werden, da sie nicht erhoben werden. Diese belaufen sich auf durchschnittlich 11,57 Euro pro Tag (Augurzky et al. 2007: 25) bzw. 13 Euro pro Tag im Jahr 2010 (Schmidt & Schneekloth 2011: 157). Weiterhin werden *Zusatzleistungen* in Form von besonderen Komfortleistungen und die *Ausbildungsumlage* ebenfalls wegen fehlender Erfassung im Folgenden nicht berücksichtigt.

Wie hoch die individuellen Entgelte für die Pflege sowie für Unterkunft und Verpflegung insgesamt in den einzelnen Bundesländern sind, wird nachfolgend beschrieben. Die Höhe der Pflegesätze (=Vergütung für allgemeine Pflegeleistungen und soziale Betreuung) richtet sich nach den einzelnen Pflegeklassen (denen die Pflegestufen entsprechen): Im Jahr 2011 belaufen sich die (bundes)durchschnittlichen Pflegesätze bei Pflegestufe I auf 45,03€, bei Pflegestufe II auf 59,57€ und bei Pflegestufe III auf 74,92€ pro Tag. Zusätzlich sind Entgelte für Unterkunft und Verpflegung zu zahlen, die für alle Pflegestufen einheitlich sind und die sich 2011 im (Bundes)Durchschnitt auf 20,69€ pro Tag belaufen. Von jedem Pflegebedürftigen im Heim der Pflegestufe I, der 2011 eine vollstationäre Dauerpflege beansprucht, sind also durchschnittlich zusammen 65,72€ pro Tag für Pflege sowie für Unterkunft und Verpflegung an das Heim zu entrichten. Das sind bei durchschnittlich 30,4 Tagessätzen 1.998€ pro Monat. Bei Pflegestufe II ergeben sich Monatsbeträge von 2.440€ und bei Pflegestufe III von 2.907.¹⁷

Dass die Höhe dieser Entgelte regional höchst unterschiedlich ausfällt, ist in Tabelle 19 dokumentiert. Dabei ist zu beachten, dass die in den Rahmenverträgen auf Landesebene gemäß § 75 SGB XI vorgenommene Abgrenzung zwischen den allgemeinen Pflegeleistungen und den Leistungen bei Unterkunft und Verpflegung in den einzelnen Bundesländern höchst unterschiedlich geregelt ist (Augurzky et al. 2008: 25ff.).¹⁸ So nimmt Nordrhein-Westfalen hier einen deutlichen Spitzenplatz ein: Die Hotelkosten liegen um annähernd 160€ höher als in Hamburg, dem Land mit den zweithöchsten Hotelkosten. Ein Vergleich der Pflegesätze ohne Berücksichtigung der „Hotelkosten“ kann daher zu erheblichen Verzerrungen führen, denen entgegengetreten werden kann, indem – wie in Tabelle 19 – in jeder Pflegeklasse die Summe aus Pflegeentgelten sowie Entgelten für Unterkunft und Verpflegung angegeben wird. Die reinen Hotelkosten sind weiterhin nachrichtlich enthalten. Neben den Entgelten enthält die Tabelle auch die Ränge der Länder in einem Ranking der Entgelte.

¹⁷ Zu berücksichtigen sind hier noch weitere Kosten (vgl. Fußnote 16).

¹⁸ Hierbei geht es insbesondere um Aufwendungen aus den Bereichen Betriebsverwaltung, Steuern, Abgaben, Versicherung, Energieaufwand, Wasserver- und -entsorgung, Abfallentsorgung, Wäschereinigung, Gebäudereinigung, Wirtschaftsbedarf und allgemeiner Materialaufwand.

Tabelle 19: Vergütung der vollstationären Dauerpflege in den Bundesländern im Jahr 2011							
Land	Pflegesatz nach Pflegeklasse zuzüglich Hotelkosten						Nachrichtlich: Entgelt für Unterkunft & Verpflegung
	I		II		III		
	Entgelt	Rang	Entgelt	Rang	Entgelt	Rang	
Baden-Württemberg	2.186	2	2.623	3	3.163	4	647
Bayern	2.144	3	2.531	6	2.818	10	556
Berlin	2.028	5	2.568	5	2.956	6	511
Brandenburg	1.717	13	2.036	13	2.548	13	516
Bremen	1.769	12	2.424	9	2.860	9	669
Hamburg	2.010	7	2.589	4	3.173	3	699
Hessen	1.927	10	2.436	8	2.944	7	556
Mecklenburg-Vorpommern	1.660	14	2.026	14	2.468	14	485
Niedersachsen	1.815	11	2.204	12	2.603	12	518
Nordrhein-Westfalen	2.235	1	2.785	1	3.357	1	857
Rheinland-Pfalz	2.029	5	2.424	10	3.082	5	693
Saarland	2.136	4	2.665	2	3.187	2	700
Sachsen	1.544	17	1.882	17	2.375	16	456
Sachsen-Anhalt	1.639	15	2.005	15	2.297	17	488
Schleswig-Holstein	1.967	9	2.329	11	2.696	11	635
Thüringen	1.622	16	2.000	16	2.454	15	576
Deutschland	1.998	8	2.440	7	2.907	9	629

Quelle: Statistisches Bundesamt (2013e)

Wie die Tabelle zeigt, weist Nordrhein-Westfalen in allen Pflegestufen (die sich eins-zu-eins in den Pflegeklassen spiegeln) die höchsten Entgelte auf. Hohe Entgelte finden sich auch in Baden-Württemberg und im Saarland. Niedrige Entgelte sind dagegen regelmäßig in Ostdeutschland zu finden: Sachsen, Sachsen-Anhalt und Thüringen weisen in allen Pflegestufen (in wechselnder Reihenfolge) jeweils die niedrigsten Entgelte auf, während Mecklenburg-Vorpommern in allen Pflegestufen das viertniedrigste Entgelt hat.

4.3.3 Die Zahl der Pflegepersonen

Ein zentrales Anliegen der Pflegeversicherung ist die Stärkung der häuslichen Pflege. So besagt § 3 SGB XI ausdrücklich: „Die Pflegeversicherung soll mit ihren Leistungen vorrangig die häusliche Pflege und die Pflegebereitschaft der Angehörigen und Nachbarn unterstützen, damit die Pflegebedürftigen möglichst lange in ihrer häuslichen Umgebung bleiben können. Leistungen der teilstationären Pflege und der Kurzzeitpflege gehen den Leistungen der vollstationären Pflege vor.“ Um die Entwicklung der Familienpflege genauer bewerten zu können, ist eine Bestimmung der Zahl der Pflegepersonen erforderlich. Einen ersten Anhaltspunkt für die Anzahl von Pflegepersonen bietet die Zahl der Leistungsempfänger von Pflegegeld und Sachleistungen (vgl. Abschnitt 4.2.2). Hier wird deutlich, dass die Zahl der Pflegegeldempfänger und mehr noch die Zahl der häuslich gepflegten Pflegebedürftigen kontinuierlich steigen. Demnach wäre eine stetige Erhöhung der Zahl der Pflegepersonen zu erwarten. Die Anzahl der an der häuslichen Pflege beteiligten Personen ist aber deutlich höher als die Anzahl der Pflegebedürftigen, u. a., weil sich mehrere Personen die Pflege aufteilen können. So werden gemäß einer Repräsentativerhebung von Infratest im Jahr 2010 zwar 30 % aller Pflegebedürftigen von einer Hauptpflegeperson gepflegt. Dem stehen aber 26 % der Pflegebedürftigen gegenüber, die von zwei, 17 % die von drei Pflegepersonen und 20 % die von vier und mehr privaten Pflegepersonen versorgt werden (Schmidt & Schneekloth 2011: 26).

Es können zwar einige Untersuchungen gestützt auf kleinere Befragtengruppen von pflegenden Angehörigen angeführt werden, die deren spezifische Situation darstellen,¹⁹ Informationen über die Entwicklung der Zahl der Pflegepersonen im Zeitverlauf liegen bislang jedoch nur vereinzelt vor.²⁰ Die Gründe liegen vor allem darin, dass repräsentative Erhebungen zur Anzahl von Pflegepersonen

¹⁹ Zu nennen ist hier insbesondere die EUROFAMCARE-Studie, bei der in sechs Ländern (Deutschland, Griechenland, Italien, Polen, Schweden, Vereinigtes Königreich) jeweils ca. 1.000 pflegende Angehörige älterer Menschen ab 65 Jahren befragt wurden (vgl. Döhner et al. 2007).

²⁰ Auch die MUG I und die MUG III-Studie erlaubt zwar einen Vergleich von Merkmalen der Hauptpflegepersonen über eine Dekade hinweg, jedoch nur zu zwei Zeitpunkten.

und zum Ausmaß von Pflege Tätigkeiten fehlen. Um diese Lücke zu schließen, wird in diesem Abschnitt die Entwicklung der Zahl der Pflegepersonen, also der Personen, die eine nichterwerbsbezogene Pflege Tätigkeit ausüben, auf Grundlage zweier Datenquellen untersucht: Zum einen werden die prozessproduzierten Daten der Rentenversicherung (Abschnitt 4.3.3.1) für die Bestimmung der Zahl der Pflegepersonen mit einer engeren Definition von Pflege Tätigkeiten genutzt (mindestens 2 Stunden Pflege pro Tag) und zum anderen das Sozio-ökonomische Panel (SOEP) (Abschnitt 4.3.3.2) für die Bestimmung der Zahl der Pflegepersonen mit einer weiteren Definition (mindestens 1 Stunde Pflege pro Tag).

4.3.3.1 Pflegepersonen in den Daten der Deutschen Rentenversicherung (DRV Bund)

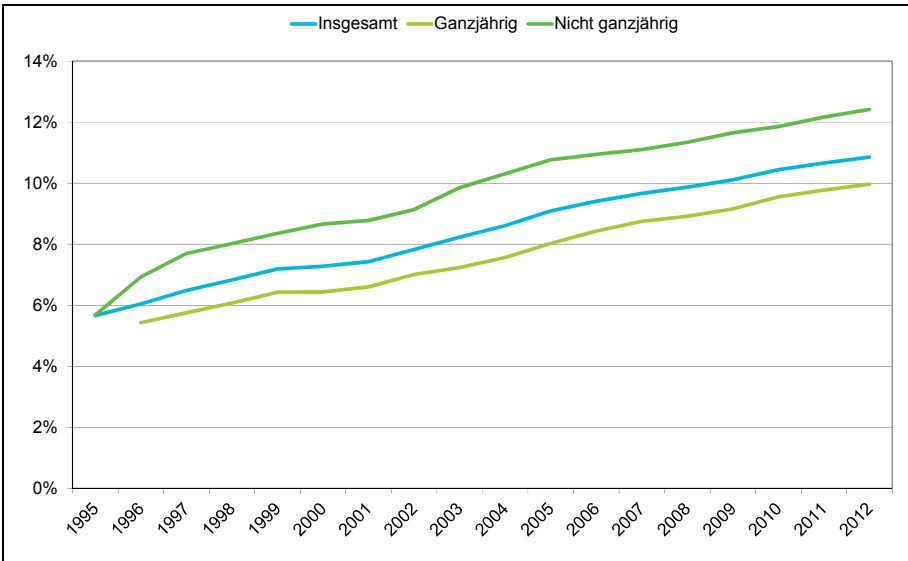
Die Daten der Deutschen Rentenversicherung lassen Rückschlüsse auf den pflegenden Personenkreis zu, da innerhalb der Rentenversicherung – bei nichterwerbsbezogener Pflege – Rentenansprüche erworben werden können. Des Weiteren bieten die Scientific-Use-Files (SUF) der Rentenversicherung auch die Möglichkeit, die Versichertenbiografien auszuwerten, um beispielsweise die Dauer von Pflege Tätigkeiten zu bestimmen. Allerdings sind die Anspruchsvoraussetzungen für Rentenversicherungsleistungen hoch (s. u.). Betrachtet wird hier also nur *ein Teil* aller Pflegepersonen.

Zu den Leistungen der Pflegeversicherung gehört die Übernahme der Beiträge an die Rentenversicherung für "Pflegepersonen" im Sinne des § 19 SGB XI. Seit dem 1.4.1995 besteht für diese Personen in der gesetzlichen Rentenversicherung Versicherungspflicht (d. h. die Pflicht der Pflegeversicherung, für diese Personen Beiträge an die Rentenversicherung abzuführen), wenn sie einen pflegebedürftigen Menschen nicht erwerbsmäßig mindestens 14 Stunden wöchentlich in seiner häuslichen Umgebung pflegen und dieser Anspruch auf Leistungen aus der Sozialen oder Privaten Pflegeversicherung hat. Darüber hinaus darf der Umfang der Erwerbstätigkeit der Pflegepersonen 30 Std. in der Woche nicht übersteigen, und diese dürfen selbst noch keine Altersrente beziehen (vgl. Rothgang 1997: 254f.). Dabei richtet sich die Höhe der Beiträge nach dem Schweregrad (Pflegestufe) der Pflegebedürftigkeit und nach dem vom Medizinischen Dienst festgestellten zeitlichen Umfang der Pflege Tätigkeit.

Tabelle 20: Pflegepersonen bis zum Rentenalter nach Pflegedauer und Jahr							
	Männer			Frauen			Insgesamt
	Insgesamt	Ganzjährig	Nicht ganzjährig	Insgesamt	Ganzjährig	Nicht ganzjährig	
1995	11.204	147	11.057	186.705	3.211	183.494	197.909
1996	24.657	13.067	11.590	383.456	227.643	155.813	408.113
1997	33.445	18.450	14.995	482.310	302.370	179.940	515.755
1998	36.463	19.808	16.655	497.674	306.650	191.024	534.137
1999	36.788	19.844	16.944	474.886	289.014	185.872	511.674
2000	38.404	21.090	17.314	489.290	306.634	182.656	527.694
2001	37.520	20.747	16.773	467.804	293.520	174.284	505.324
2002	37.156	20.484	16.672	437.768	271.897	165.871	474.924
2003	38.085	20.751	17.334	424.684	266.094	158.590	462.769
2004	37.931	20.616	17.315	402.681	251.963	150.718	440.612
2005	39.533	21.351	18.182	395.435	244.735	150.700	434.968
2006	39.367	21.605	17.762	379.307	234.716	144.591	418.674
2007	39.498	21.829	17.669	369.211	227.739	141.472	408.709
2008	39.891	21.910	17.981	364.425	223.852	140.573	404.316
2009	40.577	22.764	17.813	360.915	225.811	135.104	401.492
2010	39.699	22.309	17.390	340.562	211.277	129.285	380.261
2011	41.025	23.712	17.313	343.901	218.884	125.017	384.926
2012	42.617	24.995	17.622	350.043	225.736	124.307	392.660
Quelle: (DRV (1995-2013))							

Die Beiträge sollen dabei durch ihre entsprechende Höhe²¹ das Potenzial haben, nennenswert zu den Rentenanwartschaften beizutragen, die familiäre Pflege anzuerkennen, die Pflegepersonen besser abzusichern und somit dazu beitragen, dass auch weiterhin häuslich gepflegt wird (vgl. Stegmann & Mika 2007: 772).

²¹ Beispielsweise werden in Pflegestufe I bei einem Pflegeumfang von 14 Std./Woche 0,266 Entgeltpunkte gutgeschrieben, während in Pflegestufe III und einem Pflegeumfang von 28 Std./Woche 0,8 Entgeltpunkte gutgeschrieben werden (vgl. Stegmann & Mika 2007: 780) Ein Entgeltpunkt entspricht dabei den Beitragszahlungen, die ein gesetzlich Rentenversicherter mit durchschnittlichem versicherungspflichtigen Entgelt im Laufe eines Jahres ein-zahlt.



Quelle: Tabelle 20

Abbildung 22: Anteil der männlichen Pflegepersonen, für die Beiträge zur Rentenversicherung gezahlt werden

In Tabelle 20 ist die Zahl der Pflegepersonen wiedergegeben, für die während eines Jahres entweder ganzjährig oder für einen Teil des Jahres Beiträge in die Rentenversicherung eingezahlt wurden. In diesem Zusammenhang ist darauf zu verweisen, dass anhand der Versichertenkonten natürlich nur „jüngere“ Altersgruppen bis zum Rentenalter untersucht werden können und damit in erster Linie die Pflege durch die Kindergeneration abgebildet wird.

Zunächst fällt auf, dass die Zahl der Pflegepersonen (insbesondere derer, die ganzjährig pflegen) in den ersten Jahren ansteigt. Die Gründe hierfür liegen vermutlich – analog zu dem Anstieg der Zahl der Pflegebedürftigen in den ersten Jahren seit Einführung der Pflegeversicherung (vgl. Abschnitt 4.2) – in Einführungseffekten. Hierzu zählen beispielsweise der zunehmende Bekanntheitsgrad der Pflegeversicherung (mit daraus resultierender ansteigender Zahl der Leistung beziehenden Pflegebedürftigen) und der Leistungen zur sozialen Absicherung der Pflegepersonen nach § 44 SGB XI. Nachdem im Jahr 2000 mit 528 Tsd. Leistungsempfängern ein Maximum erreicht wurde, ist die Zahl der

Leistungsempfänge nach §44 SGB XI wieder deutlich zurückgegangen auf weniger als 400 Tsd. und scheint sich in diesem Bereich zu stabilisieren.

Interessant ist weiterhin die separate Betrachtung von pflegenden Männern und Frauen: War die Zahl der weiblichen Pflegepersonen im Sinne der Rentenversicherungsleistungen anfänglich 16,7mal so hoch wie die der Männer, sind es 2012 nur noch 8,2mal so viele Frauen wie Männer. Der Anteil der männlichen Pflegepersonen ist somit kontinuierlich von 5,7 % auf 10,9 % gestiegen (Abbildung 22). Dabei ist der Anteil der Männer bei der nicht ganzjährigen Pflege regelmäßig höher als bei der ganzjährigen Pflege. Dies kann ein Indiz dafür sein, dass langjährige familiäre Pflege noch in einem stärkeren Maße durch Frauen erfolgt. Die Entwicklung zum höheren Männeranteil resultiert insgesamt aus einer vergleichsweise konstanten Zahl an männlichen Pflegepersonen und einer seit Anfang der 2000er Jahre abnehmenden Zahl an weiblichen Pflegepersonen. Während bereits nach wenigen Jahren die Zahl der Männer, für die Beiträge gezahlt werden, bei durchschnittlich 38 Tsd. liegt und dann lange Zeit im Wesentlichen konstant bleibt, nimmt die entsprechende (deutlich höhere) Zahl der Frauen von 482 Tsd. im Jahr 1997 auf 343 Tsd. im Jahr 2011 ab und steigt seit 2012 erstmals wieder leicht an auf 350 Tsd. im Jahr 2013. Von dieser drastischen Abnahme um mehr als ein Viertel in den Jahren 2000 bis heute ist dabei gleichermaßen die durchgehend ganzjährige Pflege als auch die nicht ganzjährige Pflege betroffen. Insgesamt zeigt sich damit eine *rückläufige Tendenz der intergenerativen Pflege*, die durch einen Rückgang der Zahl der pflegenden Frauen im erwerbsfähigen Alter ausgelöst ist.

Die Daten der Rentenversicherung erlauben über die eben durchgeführte jahresweise Betrachtung der Entwicklung der Zahl der Pflegepersonen hinaus auch die Beantwortung der Frage, ob eine Person *jemals* im Lebensverlauf gepflegt hat oder nicht. Für die empirische Analyse werden daher in einem zweiten Schritt die Rentenzugänge der Jahre 2000–2012 herangezogen und überprüft, welcher *Anteil* dieser Jahrgänge Rentenansprüche aus geleisteter Pflege erworben hat.²² In diesem Zusammenhang ist darauf zu verweisen, dass anhand der Rentenzugänge nur ältere Geburtsjahrgänge mit abgeschlossenen Erwerbsverläufen betrachtet und folglich auch keine Aussagen zum

²² Für die Rentenzugangsjahre vor 2000 werden die Pflegepersonen nicht ausgewiesen.

Pflegeverhalten oberhalb der Altersjahre des Altersrentenbeginns (von ca. 60–65 Jahren) gemacht werden können. In Tabelle 21 sind hierzu die Altersrenten gemeinsam für Männer und Frauen nach Geburtsjahren bzw. Rentenzugangsjahr wiedergegeben, da die Rentenzugangstatistik in der Differenzierung nach Pflegepersonen nicht separat für Männer und Frauen ausgewiesen ist.

Tabelle 21: Pflegepersonen bis zum Rentenalter nach Geburtsjahren (Rentenzugangsjahren)				
Geburtsjahre	Rentenzugangsjahr	Altersrenten	Pflegepersonen	Anteil (in %)
1935–40	2000	587.380	12.461	2,12
1936–41	2001	532.706	11.920	2,24
1937–42	2002	491.282	11.343	2,31
1938–43	2003	513.439	12.245	2,38
1939–44	2004	494.292	11.175	2,26
1940–45	2005	449.490	10.345	2,30
1941–46	2006	429.194	12.022	2,80
1942–47	2007	450.538	11.079	2,46
1943–48	2008	461.235	11.337	2,60
1944–49	2009	444.319	11.560	2,46
1945–50	2010	427.010	10.701	2,51
1946–51	2011	452.275	11.132	2,46
1947–52	2012	411.811	8.989	2,18
Quelle: (DRV (1995-2013a))				

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

Es haben also 2,1–2,8 % aller Personen, die in den Jahren 2000–2012 erstmalig eine Altersrente bezogen haben, jemals in ihrem Leben vor ihrer Verrentung gepflegt. Dabei ist jedoch zu bedenken, dass im hier betrachteten Zeitraum die älteren im Vergleich zu den jüngeren Kohorten weniger Zeit hatten – nach Einführung der Pflegeversicherung 1995 – Berücksichtigungszeiten aus geleisteter Pflege zurückzulegen: Während für die Rentenzugangskohorte 2000 ein Zeitraum von maximal 5 Jahren zur Verfügung stand, betrug dieser für die Renten-

zugangskohorte 2012 schon 17 Jahre. Dass dennoch – und bei steigender Zahl der Pflegebedürftigen – kein eindeutiger Anstieg der Quote festzustellen ist, spricht wiederum eher für *abnehmende* familiäre Pflegekapazitäten im Bereich der intergenerativen Pflege oder aber dafür, dass die Pflegelast auf mehrere Schultern verteilt wurde oder die Pflegestufe zu gering ist und dadurch die Grenze von mindestens 14 Stunden nicht mehr erreicht wurde. So ist die Mindestvoraussetzung für die Gewährung der Pflegestufe I ein täglicher Pflegebedarf von 90 Minuten bzw. 10,5 Stunden in der Woche. Die Zeitwerte beziehen sich dabei auf eine durchschnittliche nicht erwerbsmäßig pflegende Pflegeperson. Leistungsvoraussetzung für Rentenversicherungsansprüche sind allerdings Mindestpflegeleistungen von 14 Stunden pro Woche. Selbst wenn nur eine Hauptpflegeperson vorhanden ist, ist es daher durchaus möglich, dass die Pflegeleistungen bei einem Pflegebedürftigen in Pflegestufe I nicht ausreichen, um Rentenversicherungsansprüche zu begründen. Da der Anteil der Pflegebedürftigen in Pflegestufe I im Zeitverlauf aber zunimmt (Abschnitt 4.2.1), kann auch dies zur Erklärung der sinkenden Zahl der Pflegepersonen in den Daten der Rentenversicherung beitragen.

4.3.3.2 Pflegepersonen in den Daten des Sozio-ökonomischen Panel

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

Betrachtet man die Entwicklung in Tabelle 22, zeigt sich, dass den 1,59 Mio. Pflegebedürftigen im Jahr 2012 (vgl. Abschnitt 4.2), die zu Hause gepflegt werden (also Pflegegeld, Pflegesachleistung oder Kombinationsleistungen beziehen), ca. 4 Mio. und damit mehr als zweimal so viele Pflegenden gegenüberstehen.

Tabelle 22: Pflegepersonen über 16 Jahren nach Jahr und Geschlecht und Anteil an der Bevölkerung					
	Insgesamt	Männer	Anteil an der männlichen Bevölkerung	Frauen	Anteil an der weiblichen Bevölkerung
2001	3.080.518	1.132.017	3,99	1.948.501	6,55
2002	3.436.189	1.337.055	4,53	2.099.134	6,74
2003	3.640.397	1.393.981	4,58	2.246.416	7,04
2004	3.843.752	1.508.762	4,92	2.334.990	7,17
2005	3.570.973	1.346.465	4,30	2.224.508	6,70
2006	3.810.519	1.409.761	4,55	2.400.758	7,34
2007	3.906.336	1.471.616	4,72	2.434.720	7,44
2008	4.159.417	1.550.858	4,95	2.608.559	7,98
2009	3.757.732	1.340.251	4,25	2.417.481	7,34
2010	4.239.847	1.467.269	4,66	2.772.578	8,52
2011	3.506.675	1.342.958	4,23	2.163.717	6,54
2012	4.089.326	1.610.109	5,08	2.479.217	7,52

Quelle: SOEP v29, gewichtet

Anmerkung: Abweichungen gegenüber früheren Pflegereporten (beispielsweise Rothgang et al. 2013) begründen sich durch überarbeitete Querschnittsgewichte in den Daten des SOEP.

Die Entwicklung ist dabei überwiegend nicht nur von einem absoluten, sondern auch von einem *relativen Anstieg* der Zahl der Pflegenden gekennzeichnet: Während 2001 ca. 3,08 Mio. Pflegenden an der häuslichen Pflege beteiligt waren, stieg die Anzahl bis 2012 auf 4,09 Mio. und damit um 33 %, während sich die Zahl der häuslich versorgten Pflegebedürftigen in diesem Zeitraum nur um rund 20 %, von 1,33 Mio. auf 1,59 Mio. erhöht hat.²³

Der Anteil der an der Pflege beteiligten Männer belief sich während des Zeitraums auf nahezu konstant 38 %. Auf zehn pflegende Männer kommen damit siebzehn pflegende Frauen. Ein Vergleich der MUG I-Studie mit der MUG III-Studie zeigt hingegen einen Anstieg des Anteils pflegender Männer von 17 % im Jahr 1991 auf 27 % im Jahr 2002 (Schneekloth & Wahl 2005b: 77). Hierbei

²³ Zu bedenken ist, dass es neben den hier betrachteten Personenkreisen noch weitere Personen gibt, die unterhalb des Niveaus von einer Stunde täglich pflegen und selbst bei Heimbewohnern, die im SOEP nicht enthalten sind, teilweise erhebliche Pflegeleistungen durch Angehörige vorgenommen werden.

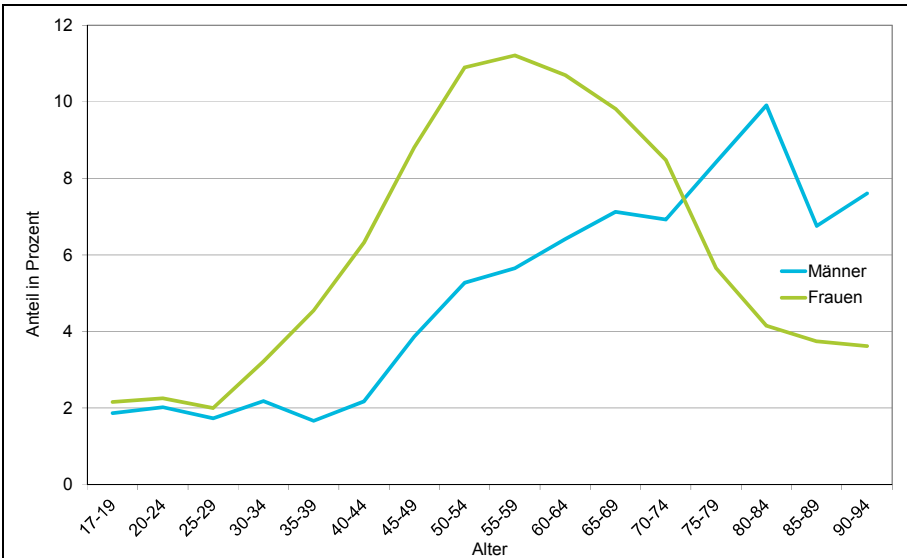
muss jedoch berücksichtigt werden, dass im SOEP – im Gegensatz zu den MUG-Studien – nicht nur die „Hauptpflegepersonen“, sondern alle an der Pflege beteiligten Personen erfasst werden.

Dass die Häufigkeit einer Übernahme von Pflegeleistungen sich im Lebenszyklus bei Männern und Frauen unterschiedlich darstellt, zeigt Abbildung 23. Demnach ist der Anteil pflegender Frauen im Alter von 50–69 Jahren am höchsten, während der Anteil pflegender Männer mit dem Alter immer weiter ansteigt. Dies entspricht auch den Ergebnissen von (Schupp & Künemund 2004).

Gründe für diese stärkere Verbreitung der Pflegeleistungen in jüngeren Jahren bei den Frauen könnten darin liegen, dass beim Tod des ersten Elternteils meist die weibliche Kindergeneration die Verantwortung für den verbliebenen Elternteil übernimmt (Stein et al. 1998). Der höhere Anteil an pflegenden Männern in den höheren Altersjahren ist vermutlich darauf zurückzuführen, dass Männer – bei gleichem Alter – seltener verwitwet sind als Frauen und dadurch auch häufiger ihre Partnerinnen pflegen. Der deutlich niedrigere Anteil bei den älteren Frauen resultiert entsprechend daraus, dass sie häufiger verwitwet sind und somit keinen Partner mehr pflegen können. Insgesamt kann damit sowohl von intergenerativer Pflege (vor allem bei den weiblichen Pflegepersonen) als auch von intragenerativer Pflege (vor allem bei den männlichen Pflegepersonen) gesprochen werden.²⁴

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

²⁴ Kritisch anzumerken ist, dass den Auswertungen, insbesondere in den höheren Altersjahren, z. T. geringe absolute Fallzahlen an Pflegepersonen zugrunde liegen.



Quelle: SOEP v29, gewichtet

Abbildung 23: Pflegepersonen nach Alter und Geschlecht

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

Dass ein Anreiz zur Aufnahme einer Pflegetätigkeit verstärkt in den unteren Einkommensgruppen besteht, konnte auch in der Untersuchung von Rothgang & Unger (2013) mit den Daten der deutschen Rentenversicherung nachgewiesen werden. Demnach liegt das Alterssicherungsniveau von Frauen, die eine Pflegetätigkeit eingehen um etwa 4 Entgeltpunkte niedriger als bei Frauen gleichen Alters, die nicht pflegen.

4.3.4 Fazit zu den Versorgungsstrukturen

Pflegebedürftige Menschen werden entweder durch Angehörige im häuslichen Umfeld alleine gepflegt, im häuslichen Umfeld durch ambulante Pflegedienste (mit-)versorgt oder in stationären Pflegeeinrichtungen gepflegt.

Die Mehrzahl der *ambulanten Pflegedienste* ist in privater Trägerschaft, wobei nur weniger als ein Drittel des Personals vollzeitbeschäftigt ist. In Ostdeutschland ist der Anteil der Vollzeitbeschäftigten dagegen deutlich höher als in Westdeutschland. Entsprechend sind die Kapazitäten in der ambulanten Pflege (Vollzeitäquivalente in Relation zur pflegebedürftigen Bevölkerung) in den Städten Berlin, Hamburg und Bremen sowie in ganz Ostdeutschland deutlich höher, während in Westdeutschland die Kapazitäten unterhalb des Bundesdurchschnitts liegen. Dabei hat sich auch gezeigt, dass der Anteil, zu dem die Pflegebedürftigen ambulante Pflegeleistungen in diesem Bundesland beziehen desto höher ist, je höher die Kapazität der ambulanten Pflegedienste in den einzelnen Bundesländern ist. Unterschiede in den Versorgungsarrangements sind somit in erheblichem Umfang auf Unterschiede in den Angebotsstrukturen zurückzuführen, und im ambulanten Pflegebereich scheint sich somit zu zeigen, dass ein Angebot (an ambulanter Pflege in Ostdeutschland) sich auch seine Nachfrage (an mehr ambulanten Leistungen) schafft.

Im Unterschied zu den ambulanten Pflegeeinrichtungen ist mehr als die Hälfte der *Pflegeheime* in freigemeinnütziger Trägerschaft. Auch die Beschäftigungsverhältnisse in den stationären Pflegeeinrichtungen sind von denen der ambulanten Pflegedienste etwas verschieden. So sind zwar mehr als ein Drittel der Beschäftigten in Vollzeit erwerbstätig, in Ostdeutschland jedoch deutlich weniger als in Westdeutschland. Die Kapazitäten der stationären Pflege sind im Norden und Süden Deutschlands besonders hoch, wobei sich die entsprechenden Kapazitäten zwischen den Bundesländern weniger stark unterscheiden als bei den ambulanten Pflegediensten. Analog zu den ambulanten Kapazitäten besteht auch im stationären Bereich ein nach den einzelnen Bundesländern unterschiedliches Inanspruchnahmeverhalten. Je höher die Kapazität der stationären Pflegeheime in den einzelnen Bundesländern ist, desto höher ist auch der Anteil, zu dem die Pflegebedürftigen stationäre Pflegeleistungen in diesem Bundesland beziehen. Der Zusammenhang zwischen Angebot und

Nachfrage ist bei den stationären Leistungen noch deutlich stärker, als bei den ambulanten Leistungen. Auch hier kann davon ausgegangen werden, dass sich das Angebot seine Nachfrage zum Teil selbst schafft, aber nicht vollständig. Daher sind die Auslastungsquoten auch dort tendenziell niedriger, wo das Angebot besonders hoch ist, jedoch ist der Zusammenhang deutlich schwächer.

Die *Heimkosten*, also die Kosten, die für eine stationäre Unterbringung (ohne Berücksichtigung der Investitionskosten) zu tragen sind, unterscheiden sich deutlich nach den einzelnen Bundesländern und sind in Ostdeutschland erheblich niedriger als in Westdeutschland. So liegt die durchschnittliche monatliche Differenz zwischen Nordrhein-Westfalen, das in allen Pflegestufen die höchsten Entgelte für Pflege sowie Unterkunft und Verpflegung aufweist, und Sachsen, das in den Pflegestufe I und II die niedrigsten und in Pflegestufe III die zweitniedrigsten Vergütungssätze hat, bei 691 Euro (Pflegestufe I), 904 Euro (Pflegestufe II) und 982 Euro (Pflegestufe III).

Bei den *Pflegepersonen* zeigt sich insgesamt eine rückläufige Tendenz der intergenerativen Pflege, die durch einen Rückgang der Zahl der pflegenden Frauen im erwerbsfähigen Alter ausgelöst ist. Gründe hierfür liegen vor allem in der schwierigen Vereinbarkeit von Beruf und Pflege. Der Männeranteil an der häuslichen Pflege hat dagegen kontinuierlich zugenommen.

4.4 Finanzierung der Pflegebedürftigkeit

Die Kosten, die durch Pflegebedürftigkeit entstehen, werden zum Teil durch die Pflegeversicherung abgedeckt. Darüber hinaus tragen aber auch andere Träger zur Finanzierung von Pflegebedürftigkeit bei, z. B. die Kriegsopferversorgung. Trotzdem können weitere Deckungslücken entstehen – insbesondere im Bereich der stationären Pflege: So kann es zu Finanzierungsproblemen kommen, wenn der Pflegebedürftige bzw. seine unterhaltspflichtigen Angehörigen nicht in der Lage sind, den Teil der Heimentgelte, der die Leistungen der Pflegeversicherung übersteigt, zu tragen. In diesen Fällen können Leistungen der Sozialhilfe (bzw. der Kriegsopferfürsorge) in Anspruch genommen werden. Der folgende Abschnitt gibt einen Überblick über die mit der Pflegebedürftigkeit in Zusammenhang stehenden Einnahmen und Ausgaben. Dabei wird die Finanz-

entwicklung der quantitativ bedeutendsten Träger der Finanzierung von Pflegebedürftigkeit, der Sozialen und Privaten Pflegeversicherung (Abschnitt 4.4.1 und Abschnitt 4.4.2), der Sozialhilfe (Abschnitt 4.4.3) und der Kriegsopferversorgung (Abschnitt 4.4.4) dargestellt. Das Kapitel endet mit einem Überblick über die Gesamtausgaben zur Finanzierung von Langzeitpflege (Abschnitt 4.4.5).

4.4.1 Die Finanzentwicklung der Sozialen Pflegeversicherung

Pflegebedürftigkeit wird wesentlich durch die Soziale Pflegeversicherung finanziert. Deren *Einnahmen* resultieren dabei fast ausschließlich aus Beiträgen, die im Umlageverfahren aufgebracht werden. Wie in Tabelle 23 zu sehen ist, stiegen die Einnahmen von 1995 bis 1997 von zunächst 8,41 Mrd. auf 15,94 Mrd. € an. Dieser sprunghafte Anstieg ist auf die Anhebung des Beitragssatzes von 1,0% auf 1,7% im Juli 1996 zurückzuführen, die bereits bei Einführung der Pflegeversicherung im Pflege-Versicherungsgesetz festgelegt worden war und der Finanzierung der erst ab Juli 1996 gewährten Leistungen bei stationärer Pflege dienen sollte. Bis 2008 war der allgemeine Beitragssatz dann konstant, allerdings wurde mit dem Kinder-Berücksichtigungsgesetz vom 15.12.2004 (BGBl I, S. 3448) ab 1.1.2005 ein Zusatzbeitragssatz für Kinderlose in Höhe von 0,25 Beitragssatzpunkten eingeführt. Im Rahmen des PfWG wurde der Beitragssatz zum 1.7.2008 um 0,25 Prozentpunkte von 1,70% auf 1,95% erhöht. Für Kinderlose stieg der Beitragssatz ebenfalls um 0,25 Prozentpunkte auf 2,20%. Seit dem 1.1.2013 liegt der Beitragssatz bei 2,05 Prozent (für Kinderlose bei 2,3 Prozent).

Insgesamt sind die jährlichen Einnahmen von 1997 bis 2013 um 7,1 Mrd. € auf 24,69 Mrd. € gestiegen. Sie waren dabei in den Jahren 2003 und 2007 sogar rückläufig. Der Rückgang im Jahr 2007 ist dabei ein Artefakt der Vorverlegung der Fälligkeit des Gesamtsozialversicherungsbeitrags im Rahmen des Gesetzes zur Änderung des Vierten und Sechsten Buches Sozialgesetzbuch vom 3.8.2005, die dazu geführt hat, dass 2006 für die Beschäftigten 13 Monatsbeiträge abgeführt wurden. Damit wurden die Einnahmen 2006 künstlich erhöht, so dass 2007 nur wieder auf den „normalen“ Pfad zurückgekehrt wird (Rothgang & Dräther 2009: 42). Von 1997 bis 2013 sind damit die Einnahmen um durchschnittlich 2,8% pro Jahr gewachsen (geometrisches Mittel). Aller-

dings gehen hierbei sowohl die Einführung des Zusatzbeitrags für Kinderlose als auch die Beitragsanhebungen 2008 und 2013 ein. Wird deshalb auf die Grundlohnsumme, also die Summe aller beitragspflichtigen Einnahmen, abgestellt, ergibt sich von 1997 bis 2012 ein jährliches Wachstum von 1,5 % pro Jahr (geometrisches Mittel).

Bei den *Ausgaben* handelt es sich überwiegend um Leistungsausgaben – der Anteil der Verwaltungskosten lag 2013 bei lediglich 3,4 % der Gesamtausgaben. Selbst wenn die Kosten des MDK hinzugerechnet werden, liegt der Ausgabenanteil, der nicht für Leistungen verwendet wird, immer noch (geringfügig) unter 5 %. Von den Leistungsausgaben entfallen etwa 43 % auf die Leistungen bei vollstationärer Pflege. Die Ausgaben für Pflegegeld betragen 25 % und für Pflegesachleistungen im ambulanten Bereich 15 % der Gesamtausgaben. Von 1997 bis 2013 lagen die durchschnittlichen jährlichen Gesamtausgabensteigerungen bei 3 % (geometrisches Mittel), allerdings anfänglich mit einer deutlich abnehmenden Tendenz. So lagen die Ausgabensteigerungen nach den Jahren 1998 (4,9 %), 1999 (3,0 %) und 2000 (2,0 %) zwischen 2004 und 2006 sogar unter einem Prozent. Im Jahr 2007 erhöhte sich die Ausgabensteigerung wieder auf 1,7 % und in den Jahren 2008, 2009 und 2010 sogar auf 4,3 %, 6,2 %, bzw. 5,5 %, woraufhin sie im Jahr 2011 auf „nur“ 2,3 % fiel. In den Jahren 2012 und 2013 erhöhte sie sich wiederum auf 4,6 %, bzw. sogar auf 6,1 %. Diese jüngsten Erhöhungen in den Jahren 2008 bis 2013 sind allerdings vor allem auf die Anhebung der Leistungssätze zum 1.7.2008, zum 1.1.2010 und zum 1.1.2012 sowie der Leistungsausdehnung (2008) bzw. der Schaffung neuer Leistungstatbestände (2013) für Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz zurückzuführen. Da die erste Anhebung erst in der Jahresmitte 2008 erfolgte, sind die Ausgaben von 2008 zu 2009 ebenfalls deutlich gestiegen. Lediglich 2011 ist nicht von einer weiteren Anhebung der Leistungssätze geprägt; entsprechend niedrig liegt die Ausgabensteigerung.

Die Leistungsanpassungen betreffen vor allem den ambulanten Bereich. Dies schlägt sich in den *nach Leistungsart differenzierten Ausgabensteigerungen* nieder. So stiegen die Ausgaben für Pflegegeld zwischen den Jahren 2008 und 2013 um 34 % auf 5,69 Mrd. € und die für Pflegesachleistungen um 30 % auf 3,37 Mrd. €, während die Ausgaben für Leistungen der vollstationären Pflege

nur um 11 % auf 10,06 Mrd. € angestiegen sind. Letzteres ist darauf zurückzuführen, dass die Leistungssätze für vollstationäre Pflege in den Stufen I und II nicht erhöht wurden, sondern lediglich die in der am geringsten besetzten Pflegestufe III.

Einen insgesamt geringen Anteil an allen Ausgaben – jedoch mit der höchsten Zuwachsrate von 100 % im Jahr 2008, 217 % im Jahr 2009 und 47 % im Jahr 2010 – stellen die (meist demenzbedingten) *zusätzliche Betreuungsleistungen nach § 45b SGB XI* dar. Diese Ausgaben sind gestiegen, nachdem Antragstellern im PFWG ab 1.7.2008 auch ohne Pflegestufe ein Rechtsanspruch auf zusätzliche Betreuungsleistungen zugebilligt wurde und gleichzeitig die Leistungsbeträge für die zusätzlichen Betreuungsleistungen deutlich erhöht wurden (Rothgang et al. 2011b für eine vertiefte Analyse). In den Jahren 2011 bis 2013 beliefen sich die Ausgabensteigerungen für diese Leistungen dann „nur noch“ auf 18 %, 15 % und 16 %. Es ist daher davon auszugehen, dass die Einführungseffekte hier langsam ausklingen und die Leistung inzwischen bei den Nutzern „angekommen“ ist. Allerdings dürfte die im 1. Pflegestärkungsgesetz beschlossene Ausweitung des Kreises der Antragsberechtigten auch auf Personen ohne eingeschränkte Alltagskompetenz in den nächsten Jahren zu wiederum steigenden Fallzahlen führen.

Ebenfalls einen geringen Anteil an allen Ausgaben, jedoch mit hohen Zuwachsraten, zeigen die *stationären Vergütungszuschläge* gemäß § 87b SGB XI und die Ausgaben für Pflegeberatung. Die Ausgaben für die Vergütungszuschläge sind von 0,21 Mrd. € im Jahr 2009 auf 0,58 Mrd. € im Jahr 2013 gestiegen, die Ausgaben für *Pflegeberatung* von 0,03 Mrd. € im Jahr 2009 auf 0,07 Mrd. € im Jahr 2013.

Die Einnahmen der Pflegeversicherung lagen im ersten Jahr ihrer Existenz deutlich über den Ausgaben. Das ist in erster Linie darauf zurückzuführen, dass von Januar bis März 1995 zwar bereits Beiträge abgeführt, aber noch keine Leistungen gewährt wurden. Auch für die Folgejahre hatte die Pflegeversicherung zunächst einen *Überschuss* der Einnahmen über die Ausgaben zu verzeichnen, der allerdings jedes Jahr geringer wurde. 1999 hat die Pflegeversicherung erstmals mit einem negativen Saldo abgeschlossen und auch 2000 und 2001 wurde ein *Defizit* realisiert. 2002 war das Defizit erstmals erheblich,

wurde allerdings durch die Rückzahlung des dem Bund 1995 gewährten Darlehens sogar überkompensiert, so dass die Mittelbestände der Pflegeversicherung am Ende des Jahres 2002 in etwa denen des Jahres 1999 entsprachen. 2003 hingegen wurde wiederum ein erhebliches Defizit realisiert, das erstmals zu einem merklichen Abschmelzen der Liquidität geführt hat.

Nachdem die Pflegeversicherung 2004 mit dem höchsten Defizit ihrer noch jungen Geschichte abgeschlossen hat, wurden ihr durch die Einführung des Zusatzbeitrags für Kinderlose im Kinder-Berücksichtigungsgesetz zusätzliche Einnahmen zugeführt. Dennoch schloss die Pflegeversicherung 2005 mit einem Defizit von rund 360 Mio. €, das ohne die Zusatzeinnahmen allerdings bei etwa 1 Mrd. € gelegen hätte. Die Vorverlegung der Fälligkeit der Sozialversicherungsbeiträge – durch die von den Beschäftigten (einmalig) 13 Beiträge eingegangen sind – hat 2006 zu Mehreinnahmen geführt, die dann zu einem Überschuss geführt haben. Ohne diesen Einmaleffekt hätte die Pflegeversicherung auch 2006 mit einem Defizit in dreistelliger Millionenhöhe abgeschlossen. Im Jahr 2007 wurde wieder ein Defizit in etwa der Höhe des Defizits von 2005 erreicht, und in den Jahren 2008, 2009 und 2010 führte vor allem die Anhebung der Beitragssätze zum 1.7.2008, durch die die Einnahmen um 9,7 % (2008) bzw. 7,8 % (2009) anstiegen, zu einem erneuten Überschuss. Der Einnahmewachstum um 2,2 % im Jahr 2010 ist dann vor allem der Überwindung der Finanzkrise aus den Vorjahren geschuldet. Im Jahr 2011 stiegen die Einnahmen mit 2,1 % in ähnlicher Höhe wie 2010 und im Jahr 2012 erhöhten sie sich wieder um 3,6 %, insbesondere aufgrund der guten Konjunktur. Der Anstieg des Überschusses im Jahr 2013 ist auf die Beitragssatzerhöhung zum 1.1.2013 um 0,1 Beitragssatzpunkte zurückzuführen.

Seit Mitte der 2000er Jahre konnte ein nachhaltiges Defizit somit nur durch Beitragssatzanstiege (und den Zusatzbeitragssatz für Kinderlose) verhindert werden. Ursächlich hierfür sind Entwicklungen der Einnahmen- und Ausgaben-seite. Zunächst ist die *Zahl der Leistungsempfänger* stark gestiegen (vgl. Abschnitt 4.2). Hierdurch ist es aber zu entsprechenden Ausgabeneffekten gekommen, die durch den *Trend zur – für die Pflegeversicherung ausgabenintensiveren – professionellen Pflege* noch verstärkt wurden.

Tabelle 23: Finanzentwicklung der Sozialen Pflegeversicherung (in Mrd. €)										
	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Einnahmen										
Beitragseinnahmen	8,31	11,90	15,77	15,80	16,13	16,31	16,56	16,76	16,61	16,64
Sonstige Einnahmen	0,09	0,14	0,17	0,20	0,19	0,23	0,25	0,22	0,25	0,23
Einnahme insgesamt	8,41	12,04	15,94	16,00	16,32	16,54	16,81	16,98	16,86	16,87
Ausgaben										
Leistungsausgaben	4,42	10,25	14,34	15,07	15,55	15,86	16,03	16,47	16,64	16,77
Davon										
Geldleistung	3,04	4,44	4,32	4,28	4,24	4,18	4,11	4,18	4,11	4,08
Pflegesachleistung	0,69	1,54	1,77	1,99	2,13	2,23	2,29	2,37	2,38	2,37
Pflegeurlaub	0,13	0,13	0,05	0,06	0,07	0,10	0,11	0,13	0,16	0,17
Tages-/Nachtpflege	0,01	0,03	0,04	0,05	0,05	0,06	0,07	0,08	0,08	0,08
Zusätzl.										
Betreuungsleistung	-	-	-	-	-	-	-	0,00	0,01	0,02
Kurzzeitpflege	0,05	0,09	0,10	0,11	0,12	0,14	0,15	0,16	0,16	0,20
Soziale Sicherung der Pflegeperson										
Pflegemittel/techn. Hilf.	0,20	0,39	0,33	0,37	0,42	0,40	0,35	0,38	0,36	0,34
Vollstationäre Pflege	0,00	2,69	6,41	6,84	7,18	7,48	7,75	8,00	8,20	8,35
Vollstationäre Pflege in Behindertenheimen	0,00	0,01	0,13	0,22	0,20	0,21	0,21	0,21	0,23	0,23
Stat. Verg.-Zuschläge	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Pflegeberatung	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Verwaltungskosten	0,32	0,36	0,55	0,56	0,55	0,56	0,57	0,58	0,59	0,58
Kostenanteil für MDK	0,23	0,24	0,23	0,24	0,24	0,24	0,25	0,26	0,26	0,27
Sonstige Kosten	0,00	0,01	0,01	0,02	0,01	0,02	0,02	0,01	0,06	0,07
Ausgaben insgesamt	4,97	10,86	15,14	15,88	16,35	16,67	16,87	17,36	17,56	17,69
Liquidität										
Überschuss	3,44	1,18	0,80	0,13	-0,03	-0,13	-0,06	-0,38	-0,69	-0,82
Investitionsdarlehen an den Bund	-0,56	-	-	-	-	-	-	0,56	-	-
Mittelbestand	2,87	4,05	4,86	4,99	4,95	4,82	4,76	4,93	4,24	3,42
In Monatsausgaben lt. Haushaltsplan	3,93	2,96	3,77	3,70	3,61	3,37	3,27	3,34	2,82	2,27
Quelle: (BMG 2014a)										

Tabelle 23: Finanzentwicklung der Sozialen Pflegeversicherung (in Mrd. €)									
	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Einnahmen									
Beitragseinnahmen	17,38	18,36	17,86	19,61	21,19	21,64	22,13	22,92	24,86
Sonstige Einnahmen	0,12	0,13	0,16	0,16	0,12	0,14	0,11	0,13	0,09
Einnahme insgesamt	17,49	18,49	18,02	19,77	21,31	21,78	22,24	23,04	24,69
Ausgaben									
Leistungsausgaben	16,98	17,14	17,45	18,20	19,33	20,43	20,89	21,85	23,17
Davon									
Geldleistung	4,05	4,02	4,03	4,24	4,47	4,67	4,74	5,08	5,69
Pflegesachleistung	2,40	2,42	2,47	2,60	2,75	2,91	2,98	3,11	3,37
Pflegeurlaub	0,19	0,21	0,24	0,29	0,34	0,40	0,44	0,50	0,59
Tages-/Nachtpflege	0,08	0,09	0,09	0,11	0,15	0,18	0,21	0,25	0,28
Zusätzl.									
Betreuungsleistung	0,02	0,03	0,03	0,06	0,19	0,28	0,33	0,38	0,44
Kurzzeitpflege	0,21	0,23	0,24	0,27	0,31	0,34	0,35	0,38	0,41
Soziale Sicherung der Pflegeperson									
Pflegemittel/techn. Hilf.	0,38	0,38	0,41	0,46	0,44	0,44	0,41	0,44	0,55
Vollstationäre Pflege	8,52	8,67	8,83	9,05	9,29	9,56	9,71	9,96	10,06
Vollstationäre Pflege in Behindertenheimen									
Stat. Verg.-Zuschläge	–	–	–	0,00	0,21	0,45	0,50	0,54	0,58
Pflegeberatung	–	–	–	0,01	0,03	0,07	0,08	0,07	0,07
Verwaltungskosten	0,59	0,62	0,62	0,65	0,68	0,71	0,71	0,75	0,79
Kostenanteil für MDK	0,28	0,27	0,27	0,28	0,31	0,30	0,32	0,34	0,36
Sonstige Kosten	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Ausgaben insgesamt	17,86	18,03	18,34	19,14	20,33	21,45	21,92	22,94	24,33
Liquidität									
Überschuss	-0,36	0,45	-0,32	0,63	0,99	0,34	0,31	0,10	0,63
Investitionsdarlehen an den Bund									
Mittelbestand	3,05	3,50	3,18	3,81	4,80	5,13	5,45	5,55	6,17
In Monatsausgaben lt. Haushaltsplan	2,01	2,29	2,06	2,33	2,78	2,87	2,93	2,86	3,0
Quelle: (BMG 2014a)									

Gleichzeitig leidet die Pflegeversicherung – ebenso wie die gesetzliche Krankenversicherung – unter einer anhaltenden *strukturellen Einnahmeschwäche*, die sich in dem geringen Wachstum der Gesamtsumme der Beitragspflichtigen

Einnahmen (Grundlohnsumme) zeigt. So ist das Bruttoinlandsprodukt (BIP) von 1993²⁵ bis 2011 um insgesamt 51,5 % gestiegen, die Grundlohnsumme hingegen nur um 31,2 Prozent. Dies entspricht jährlichen durchschnittlichen (geometrisches Mittel) Wachstumsraten von 2,3 % (BIP) bzw. 1,5 % (Grundlohnsumme). Die Grundlohnsummenentwicklung ist demnach jährlich um 0,8 % hinter der Entwicklung des Bruttoinlandsprodukts zurückgeblieben (Rothgang & Götze 2013). Dazu kommen sozialpolitische Eingriffe, mit denen der Gesetzgeber selbst die Einnahmehasis der Pflegeversicherung geschwächt hat. So beruht das Defizit des Jahres 2000 vor allem auf einer gesetzlichen Absenkung der Beitragszahlung für Arbeitslose, die zu Mindereinnahmen der Pflegeversicherung von rund 200 Mio. € geführt hat. Ohne diesen Eingriff des Gesetzgebers hätte die Pflegeversicherung demnach 2000 mit einem positiven Saldo abgeschlossen. Ebenso ist in Zukunft damit zu rechnen, dass der Pflegeversicherung durch eine steigende Inanspruchnahme der Möglichkeit von Gehaltsumwandlungen in Beiträge zu einer betrieblichen Altersversorgung weitere Beiträge entzogen werden.

4.4.2 Die Finanzierung von Pflegebedürftigkeit durch die private Pflegeversicherung

Die Private Pflegepflichtversicherung umfasst im Jahr 2012 einen Versichertenbestand von 9,619 Mio. Menschen gegenüber 69.726 Mio. Menschen in der Sozialen Pflegeversicherung. Etwa 12 % der Versicherten sind damit privat pflegepflichtversichert.²⁶ Die Versicherungsprämien werden, wie in der privaten Krankenversicherung, unabhängig vom Einkommen des Versicherten kalkuliert (Rothgang et al. 2007 für Details). Wegen der unterschiedlichen Finanzierungsverfahren von Sozialer (Umlageverfahren) und Privater Pflegepflichtversicherung (Kapitaldeckungsverfahren) ist ein Vergleich der beiden Versicherungszweige nur eingeschränkt möglich. Im Folgenden werden daher nur wenige zentrale Kennzahlen der Privaten Pflegeversicherung beschrieben.

²⁵ 1993 ist als Basisjahr gewählt, um größere wiedervereinigungsbedingte Sprünge auszugleichen.

²⁶ Zusätzlich sind noch einige Menschen anderweitig versichert, wie beispielsweise durch die freie Heilsfürsorge für Polizei, Feuerwehr oder Bundeswehr.

Tabelle 24: Finanzentwicklung der privaten Pflegeversicherung (in Mio. €)				
Jahr	Beitragseinnahmen	Versicherungsleistungen	Überschuss	Altersrückstellungen
1995	1.253,0	92,8	1.160,2	521,5
1996	1.697,0	300,8	1.396,2	1.356,9
1997	2.166,5	446,8	1.719,7	2.543,2
1998	2.149,1	449,8	1.699,3	3.486,0
1999	1.974,5	462,9	1.511,6	5.316,4
2000	2.008,6	471,1	1.537,5	6.532,6
2001	1.955,1	486,1	1.469,0	8.585,8
2002	1.985,2	496,9	1.488,3	9.889,5
2003	1.847,9	517,9	1.330,0	11.797,7
2004	1.871,4	528,5	1.342,9	12.956,7
2005	1.867,5	549,8	1.317,7	14.623,2
2006	1.871,3	563,8	1.307,5	15.871,4
2007	1.882,9	578,1	1.304,8	17.150,5
2008	1.970,2	617,7	1.352,5	19.188,2
2009	2.074,2	667,7	1.406,5	20.401,2
2010	2.096,0	698,8	1.397,2	22.534,0
2011	2.105,1	720,5	1.384,6	24.022,8
2012	2.010,7	779,3	1.231,4	25.708,3
Quelle: (PKV 2006, 2007, 2008, 2009, 2011a, 2012, 2013)				

Die jährlichen *Einnahmen* der Privaten Pflegeversicherung erreichten nach einem Anstieg in den ersten Jahren nach Einführung der Pflegeversicherung im Jahr 1997 und 1998 mit 2,16 Mrd. € ihren Höhepunkt, gingen anschließend bis 2003 zurück und lagen bis 2007 nahezu konstant bei 1,87 Mrd. € (Tabelle 24). Diese Entwicklung ist insbesondere durch Prämienreduktionen in der Privatversicherung bei steigender Versichertenzahl verursacht. Ab dem Jahr 2008 kam es bei geringfügigen Schwankungen zu einem Anstieg auf ca. 2 Mrd. €.

Demgegenüber sind die *Versicherungsleistungen* anfänglich stark gestiegen auf 450 Mio. € in den Jahren 1997 und 1998 und haben sich bis 2007 kontinuierlich erhöht. In den letzten Jahren erfolgten sprunghafte Anstiege der *Leistungsansgaben* von 618 Mio. € (2008) über 720 Mio. € (2011) auf 779 Mio. € (2012). Hier zeichnet sich die demografische Alterung des Versichertenbestands der Privaten Pflegeversicherung ab, die nach vorliegenden Vorausrechnungen dazu führen wird, dass sich die Zahl der Leistungsempfänger in

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

Aus den Beitragseinnahmen und Ausgaben einschließlich der Altersrückstellungen resultiert ein *Überschuss*, der sich von 1997 bis 2007 von 1,7 Mrd. € auf 1,3 Mrd. € pro Jahr verringert hat, 2008 und 2009 aber wieder um jeweils 50 Mio. € gestiegen und in 2010 und 2011 konstant geblieben ist. Im Jahr 2012 ist der Überschuss durch den Anstieg der Versicherungsleistungen erstmals wieder erheblich zurückgegangen. Seit Beginn der Pflegeversicherung wurden insgesamt 25.708 Mrd. € an Altersrückstellungen angesammelt.

Kritisch zu sehen ist allerdings, dass die Private und die Soziale Pflegeversicherung höchst ungleich verteilte *Pflegerisiken* aufweisen (Rothgang 2010); Rothgang et al. 2013). Während die Leistungsausgaben bei der Sozialen Pflegeversicherung je Versichertem 2011 rund 300 Euro pro Jahr betragen, beliefen sich die Leistungsausgaben in der Privaten Pflegeversicherung in diesem Jahr auf 75 Euro pro Jahr. Selbst wenn für die Beihilfeberechtigten noch geschätzte Beihilfezahlungen hinzuaddiert werden, ergibt sich ein Betrag von gut 100 Euro pro Jahr (Rothgang et al. 2013: 55). Weiterhin sind die Privatversicherten deutlich einkommensstärker. Berechnungen zeigen, dass das nach den Regeln der GKV berechnete beitragspflichtige Einkommen der Privatvollversicherten um gut 60 Prozent über dem der GKV-Versicherten liegt (Leinert (2006); Arnold & Rothgang (2010)).²⁷ Ein Finanzausgleich zwischen Privater und Sozialer Pflegeversicherung würde daher zu einer Entlastung der Sozialen Pflegeversicherung in Höhe von bis zu 2 Mrd. € führen (Arnold & Rothgang 2010).

²⁷ Während Leinert mit Daten des Sozio-ökonomischen Panels rechnet, benutzen Arnold & Rothgang die Einkommens- und Verbrauchsstichprobe des Statistischen Bundesamtes (EVS) – jeweils aus dem Jahr 2003. Die übereinstimmenden Ergebnisse zeigen die Robustheit dieses Wertes.

4.4.3 Die Finanzierung von Pflegebedürftigkeit durch die Sozialhilfe

Insoweit die Leistungen der Pflegeversicherung nicht ausreichen, um den Pflegebedarf abzudecken, sind von den Pflegebedürftigen eigene Finanzierungsleistungen zu erbringen. Verfügt der Pflegebedürftige (bzw. die unterhaltspflichtige(n) Person(en)) dabei nicht über genügend Mittel, um die verbleibenden Aufwendungen zu tragen, können ergänzende Leistungen der Sozialhilfe in Anspruch genommen werden.²⁸

Tabelle 25: Empfänger von Hilfe zur Pflege am Jahresende			
	Insgesamt	Ambulant	Stationär
1994	453.613	189.254	268.382
1995	372.828	85.092	288.199
1996	285.340	66.387	219.136
1997	250.911	64.396	186.672
1998	222.231	62.202	160.238
1999	247.333	56.616	190.868
2000	261.404	58.797	202.734
2001	255.883	60.514	195.531
2002	246.212	59.801	186.591
2003	242.066	55.405	186.867
2004	246.372	55.233	191.324
2005	261.316	59.771	202.361
2006	273.063	60.492	213.348
2007	266.701	64.067	203.584
2008	284.899	67.544	218.406
2009	299.321	76.801	223.600
2010	317.670	83.509	235.245
2011	330.400	90.213	241.420
2012	339.392	94.872	245.868
Quelle: Statistisches Bundesamt (2014c)			

²⁸ Bei Vorliegen der individuellen Voraussetzungen wird stattdessen Kriegsofopferfürsorge in Anspruch genommen. Vgl. hierzu Abschnitt 4.4.4.

Tabelle 26: Netto-Ausgaben der Sozialhilfe für Hilfe zur Pflege (in Tsd. €)			
Jahr	Insgesamt	Ambulant	Stationär
1994	6.599.240	803.366	5.795.873
1995	6.263.896	509.492	5.754.404
1996	4.823.045	370.420	4.452.625
1997	2.508.574	375.471	2.133.103
1998	2.284.230	390.280	1.893.949
1999	2.319.851	396.850	1.923.000
2000	2.307.817	421.231	1.895.586
2001	2.349.025	439.419	1.909.605
2002	2.421.293	473.638	1.947.654
2003	2.420.352	514.889	1.905.463
2004	2.513.250	525.181	1.988.069
2005	2.610.673	546.963	2.063.709
2006	2.529.942	600.989	1.928.953
2007	2.666.213	623.611	2.042.602
2008	2.751.300	666.684	2.084.615
2009	2.878.313	714.033	2.164.280
2010	2.966.927	763.163	2.203.763
2011	3.104.107	801.913	2.302.194
2012	3.245.100	850.000	2.394.500
Quelle: Statistisches Bundesamt (2014c)			

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

Tabelle 25 gibt zunächst einen Überblick über die Entwicklung der Zahl der Empfänger von „Hilfe zur Pflege“. Diese hat sich seit Einführung der Pflegeversicherung innerhalb weniger Jahre halbiert: von 453 Tsd. im Jahr 1994 (ein Jahr vor Einführung der Pflegeversicherung) auf 222 Tsd. im Jahr 1998.²⁹ In

²⁹ Vgl. Roth & Rothgang (2001) für eine vertiefende Analyse.

den Folgejahren stieg die Empfängerzahl wieder, insbesondere seit dem niedrigsten Wert im Jahr 2003, und liegt zuletzt im Jahr 2012 bei 339 Tsd.

Betrachtet man die Empfängerzahlen im ambulanten und stationären Bereich separat, dann zeigt sich, dass im *ambulanten Bereich* zunächst ein drastischer Rückgang um Zweidrittel der Empfängerzahlen, von 189 Tsd. im Jahr 1994 auf 57 Tsd. im Jahr 1999 zu verzeichnen ist. Nachdem die Empfängerzahlen nachfolgend zwischen 55 Tsd. und 60 Tsd. schwanken, steigen sie seit 2007 wieder deutlich an. Insgesamt ist die Hilfe zur Pflege im ambulanten Bereich jedoch nur wenig verbreitet. So stehen den 94 Tsd. Empfängern von Hilfe zur Pflege außerhalb von Einrichtungen im Jahr 2012 ca. 1,6 Mio. Leistungsempfänger der Pflegeversicherung im ambulanten Bereich gegenüber. Damit kommen auf einen Empfänger von Hilfe zur Pflege außerhalb von Einrichtungen nahezu 20 Empfänger von Pflegeversicherungsleistungen bei häuslicher Pflege.

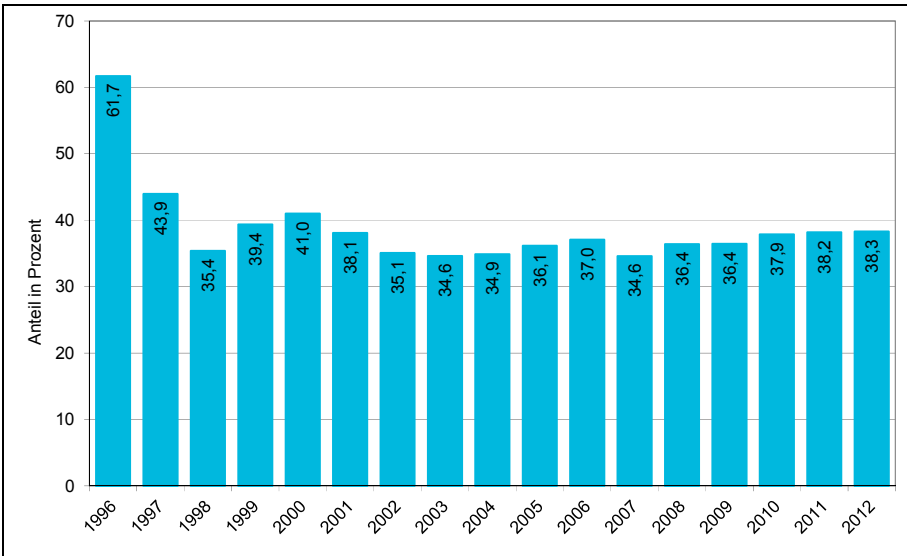
Im *stationären Bereich* ist die Zahl der Empfänger von Hilfe zur Pflege deutlich höher, was im Wesentlichen auf die Höhe der Heimentgelte zurückzuführen ist und auf die Schwierigkeiten, die erforderlichen erheblichen Eigenanteile zu tragen. Hier war die Entwicklung seit 1996 durch einen Rückgang auf 160 Tsd. im Jahr 1998 gekennzeichnet (vgl. Roth & Rothgang 2001 für Details). Anschließend kam es wieder zu einem Anstieg bis auf 203 Tsd. im Jahr 2000, einem Rückgang auf 186 Tsd. im Jahr 2002 und seitdem zu einem kontinuierlichen Anstieg bis auf 214 Tsd. im Jahr 2006. 2007 ging die Zahl der Empfänger von Hilfe zur Pflege erneut auf 204 Tsd. zurück und stieg in den Jahren ab 2008 wieder kontinuierlich an, auf zuletzt 246 Tsd. im Jahr 2012. Im Jahr 2012 kommen auf einen Empfänger von Hilfe zur Pflege im stationären Bereich im Vergleich nur 2,8 Pflegebedürftige im Pflegeheim.

Welche finanziellen Auswirkungen die Entwicklung der Zahl der Empfänger von Hilfe zur Pflege auf die Sozialhilfeausgaben (Netto-Ausgaben³⁰) hat, ist in Tabelle 26 wiedergegeben. Demnach sind die gesamten (Netto-)Ausgaben für Hilfe zur Pflege von rund 6,6 Mrd. € im Jahr 1994 auf 2,3 Mrd. € im Jahr 2000 und damit um 65 % zurückgegangen. Anschließend sind sie dann bis 2012

³⁰ Im Unterschied zur Kriegsopferfürsorge werden die Sozialhilfeausgaben in Brutto- und Nettoausgaben separiert. Zu den „Einnahmen“ werden beispielsweise Unterhaltsansprüche gegen Unterhaltsverpflichtete, oder Leistungen von Sozialhilfeträgern gezählt.

wieder auf 3,2 Mrd. € gestiegen. Diese Entwicklung ist vor allem durch einen deutlichen Ausgabenrückgang im stationären Bereich von 5,8 Mrd. im Jahr 1994 auf 1,9 Mrd. im Jahr 1998 bedingt. In den Folgejahren schwankten die Ausgaben überwiegend zwischen 1,9 und 2,0 Mrd. bei zuletzt steigender Tendenz. Im ambulanten Bereich ist ebenfalls ein deutlicher Rückgang der Ausgaben von 803 Mio. im Jahr 1994 auf 370 Mio. im Jahr 1996 zu verzeichnen. Bis zum Jahr 2012 ist die Summe schließlich auf 850 Mio. gestiegen (vgl. Tabelle 26). Pro Leistungsempfänger gab es insbesondere in den ersten Jahren bis 2003 größere Anstiege der Leistungssummen. Nachdem im Jahr 1994 im Durchschnitt 4.245 € je Leistungsempfänger und Jahr gezahlt wurden, betrug die durchschnittliche Leistungssumme je Leistungsempfänger im Jahr 2003 bereits 9.293 €. Mit geringen Schwankungen erreicht die durchschnittliche jährliche Leistungssumme im Jahr 2012 einen Wert von 8.959 €. Im Bereich der stationären Pflege betragen die jährlichen Sozialhilfeausgaben je Leistungsbezieher im Pflegeheim um 20 Tsd. €. Im Jahr 1997 und 1998 lag dieser Betrag bei über 11 Tsd. € und seither schwankt der Betrag um 10 Tsd. € pro Leistungsbezieher und Jahr.

Angesichts des drastischen Anstiegs der Ausgaben der Hilfe zur Pflege um 4,5 % im Jahr 2012 auf 3,25 Mrd. € bzw. des Anstiegs der Zahl der Empfänger von Hilfe zur Pflege um 2,7 % im Jahr 2012 auf 339 Tsd. stellt sich die Frage, ob der *Anteil der sozialhilfebedürftigen Pflegebedürftigen an den Pflegebedürftigen* insgesamt zugenommen hat. Hierzu wird in Abbildung 24 für den Bereich der stationären Pflege der Anteil der Empfänger von Hilfe zur Pflege an allen Pflegebedürftigen in den stationären Einrichtungen abgetragen. Nach anfänglich hohen Anteilen von Sozialhilfeempfängern pendelte sich der Anteil bereits Ende der 1990er Jahre zwischen 35 und 40 % ein, wo er bis heute liegt. Eine deutliche Ausweitung des Sozialhilfebezugs von Pflegebedürftigen liegt insofern nicht vor, allerdings steigt der Anteilswert der Empfänger von Hilfe zur Pflege in Pflegeheimen in den letzten fünf Jahren doch wieder kontinuierlich an.



Quelle: Tabelle 7 und Tabelle 25

Abbildung 24: Anteil der Empfänger von Hilfe zur Pflege in stationären Einrichtungen an Pflegebedürftigen in stationären Einrichtungen insgesamt

4.4.4 Die Finanzierung von Pflegebedürftigkeit durch die Kriegsopferfürsorge

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

terbliebene(r) Hinterbliebenenrente oder Witwen- oder Waisenbeihilfe erhält. Die Kriegsopferfürsorge (KOF) umfasst für Berechtigte nach dem Bundesversorgungsgesetz Hilfen zur beruflichen Rehabilitation (§§ 26 und 26a), Krankenhilfe (§ 26b), Hilfe zur Pflege (§ 26c), Hilfe zur Weiterführung des Haushalts (§ 26d), Altenhilfe (§ 26e), Erziehungshilfe (§ 27), ergänzende Hilfe zum Lebensunterhalt (§ 27a), Erholungshilfe (§ 27b), Wohnungshilfe (§ 27c) und Hilfen in besonderen Lebenslagen (§ 27d).

Leistungen der KOF werden gewährt, soweit die Beschädigten infolge der Schädigung und die Hinterbliebenen infolge des Verlustes des Ehegatten, Elternteils, Kindes oder Enkelkindes nicht in der Lage sind, ihren anzuerkennenden Bedarf aus den Versorgungsleistungen sowie ihrem sonstigen Einkommen und Vermögen zu decken.

In Tabelle 27 sind die Zahl der Leistungsempfänger und die Bruttoausgaben für laufende Ausgaben insgesamt ausgewiesen sowie die Ausgaben für die Leistungsempfänger, die Hilfe zur Pflege als Teil der Kriegsopferfürsorge erhalten. Seit Einführung der Pflegeversicherung hat sich die Zahl der Leistungsempfänger von 149 Tsd. im Jahr 1995 auf 34 Tsd. im Jahr 2012 reduziert. Die Zahl der Empfänger von Hilfen zur Pflege hat dabei von 58 Tsd. (39 % aller Leistungsempfänger) auf 13 Tsd. (37 % aller Leistungsempfänger) abgenommen, ihr Anteil an allen Empfängern von Leistungen der Kriegsopferfürsorge ist damit im Wesentlichen gleich geblieben. Die Bruttoausgaben haben sich von ca. 1.354 Mio. € auf 430 Mio. € verringert. Dass die Ausgaben für die Hilfe zur Pflege den größten Anteil an allen Leistungsausgaben der Kriegsopferfürsorge stellen, wird vor allem in den ersten Jahren nach Einführung der Pflegeversicherung deutlich: Während ihr Anteil 1995 noch 75 % betrug, reduzierte er sich auf 47 % im Jahr 2012. Insgesamt zeigt sich aber, dass die Kriegsopferfürsorge, die bei Einführung der Pflegeversicherung noch einen beachtlichen Anteil der Pflegekosten getragen hat, inzwischen deutlich an Bedeutung verliert. Das ist im Wesentlichen darauf zurückzuführen, dass die Kriegsgeneration, deren Mitglieder aufgrund von im 2. Weltkrieg erlittenen Schäden Ansprüche gegen die Kriegsopferfürsorge hatten, zunehmend verstirbt.

Tabelle 27: Leistungsempfänger und Bruttoausgaben der Kriegsofopferfürsorge für laufende Leistungen				
Jahr	Leistungsempfänger der Kriegsofopferfürsorge		Bruttoausgaben in Mio. €	
	Insgesamt	Hilfe zur Pflege	Insgesamt	Hilfe zur Pflege
1995	149.281	58.347	1.354	1.014
1996	132.587	47.619	1.195	871
1997	117.403	37.238	765	459
1998	106.617	32.333	689	400
1999	98.876	29.823	649	370
2000 ¹⁾	97.488	28.822	630	370
2002	84.911	28.333	591	342
2004	76.055	24.704	588	349
2006	59.849	20.532	531	295
2008	46.256	17.867	472	280
2010	42.001	15.277	476	227
2012	34.268	12.552	430	201

Quelle: Statistisches Bundesamt (2013f)

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

4.4.5 Die Finanzierung von Pflegebedürftigkeit im Überblick

Der folgende Abschnitt gibt abschließend einen Überblick über die zuvor genannten Ausgaben für Pflegebedürftigkeit im Jahr 2012. Es handelt sich hierbei nur um die Ausgaben für Pflegebedürftigkeit und nicht um die Ausgaben für die Pflegebedürftigen. Ausgaben, die etwa in der Krankenversicherung für Pflegebedürftige anfallen, werden hier nicht berücksichtigt. Differenziert wird zwischen öffentlichen und privaten Ausgaben. Die Private Pflegepflichtversicherung wird für den Zweck dieser Übersicht dem öffentlichen Sektor zugerechnet, da auch sie per Gesetz gegründet wurde und ihre Mitglieder einer Versicherungspflicht unterliegen.

Die öffentlichen Ausgaben können den Berichterstattungen aus den jeweiligen Organisationen (Pflegeversicherung, Sozialhilfe, Kriegsofopferversorgung) entnommen werden. Für die privaten Ausgaben für Pflege im Pflegeheim wurden die Leistungsempfänger (entsprechend ihrer Pflegestufe) mit dem pro Kopf zu tragenden Anteil an den Heimentgelten, die nicht von der Pflegeversicherung

getragen werden, multipliziert. Von den privaten Gesamtaufwendungen für die stationäre Pflege wurden anschließend die Nettoausgaben der Sozialhilfe für Hilfe zur Pflege innerhalb von Einrichtungen abgezogen. Die Schätzungen für die häuslichen Pflegeaufwendungen beruhen auf Angaben zu privaten Ausgaben aus den Daten des SOEP. Für die privaten Ausgaben für die häusliche Pflege wurden die Leistungsempfänger mit den selbst getragenen Kosten pro Kopf in der jeweiligen Pflegestufe multipliziert.³¹

Wie in Tabelle 28 zu sehen ist, wird etwas mehr als ein Drittel der Ausgaben privat finanziert. Hiervon entfallen etwa ein Drittel (= 10,3 % der Gesamtkosten) auf den häuslichen und zwei Drittel (= 25 % der Gesamtkosten) auf den stationären Bereich. Bei den öffentlichen Ausgaben wird mit 84,5 % der bei Weitem größte Teil von der Sozialen Pflegeversicherung abgedeckt, während auf die Sozialhilfe 12 % entfallen. Demgegenüber ist der Anteil der öffentlichen Ausgaben, der jeweils von der Privaten Pflegeversicherung und der Kriegsopferversorgung getragen wird, mit 2,9 % bzw. 0,7 % relativ gering. Insgesamt entfallen auf die Soziale Pflegeversicherung 54,7 % aller Ausgaben, auf die privat getragene stationäre Pflege 25 %, auf die privat getragene häusliche Pflege 10,3 %, auf die Sozialhilfe 7,7 % und auf die Private Pflegeversicherung 1,9 % sowie auf die Kriegsopferfürsorge 0,5 %. Die Soziale Pflegeversicherung ist damit der wichtigste Kostenträger, der auch damit das gesamte Pflegesicherungssystem prägt. Gleichzeitig deckt die Soziale Pflegeversicherung aber nur gut die Hälfte der entstehenden Kosten und Ausgaben (ohne die Opportunitätskosten der familialen Pflege zu berücksichtigen) ab. Gemeinsam finanzieren beide Zweige der Pflegeversicherung, also Soziale Pflegeversicherung und Private Pflegeversicherung, 56,6 % der hier betrachteten Ausgaben. Damit zeigt sich der Teilversicherungscharakter der Pflegeversicherung sehr deutlich.

³¹ Bei diesem institutionellen Zugang werden damit auch die Ausgaben für Pflegegeld berücksichtigt. Die Opportunitätskosten der familialen Pflege, die insbesondere auf Einkommensausfällen für aufgebene oder reduzierte Erwerbstätigkeit beruhen, werden dagegen nicht berücksichtigt. Würden derartige indirekte Kosten und intangible Kosten berücksichtigt, würden noch deutlich höhere Kosten ermittelt.

Tabelle 28: Ausgaben für Pflegebedürftigkeit nach Finanzierungsquelle in 2012

Ausgabenquelle	In Mrd. €	Als % der öffentl./priv. Ausgaben	Als % aller Ausgaben
Öffentliche Ausgaben		100	64,8
Soziale Pflegeversicherung	22,94	84,5	54,7
Private Pflegeversicherung	0,78	2,9	1,9
Sozialhilfe	3,25	12,0	7,7
Kriegsopferfürsorge	0,20	0,7	0,5
Private Ausgaben*	14,79	100	35,2
Pflegeheim ¹⁾	10,48	70,9	25,0
häusliche Pflege ²⁾	4,31	29,1	10,3
Insgesamt	41,96	---	100

Quelle: BMG (2014a); PKV (2012); Statistisches Bundesamt (2013f, 2014c)

* Schätzungen

¹⁾ Die verwendeten Heimentgelte stammen aus der Pflegestatistik 2011.

²⁾ Die monatlichen privat getragenen Pflegekosten in der häuslichen Pflege betragen für Pflegestufe I (II, III) 154 (309, 350) Euro (SOEP, Wellen 2010-2012).

5 Pflegebedürftigkeit im Spiegel der Routinedaten

Das vorangegangene Kapitel hat die Zahl der Pflegebedürftigen und das Versorgungsangebot auf Basis der amtlichen Statistiken beschrieben. Allerdings ist es nicht möglich, mit diesen Daten auch die Prozesshaftigkeit von Pflegebedürftigkeit darzustellen. Abfolgen von Pflegeleistungen oder von Einstufungen über mehrere Jahre oder auch die Dauer von Pflegebedürftigkeit können nicht beschrieben werden. Ebenso ist es nicht möglich, Sektor übergreifende medizinische und pflegerische Versorgung abzubilden oder den Zusammenhang von Rehabilitation und Pflegebedürftigkeit zu untersuchen. Für derartige Fragestellungen bieten sich die *Routinedaten* der Kranken- und Pflegekassen an. In diesem Kapitel wird daher auf Basis der Routinedaten der BARMER GEK einer Reihe derartiger Fragestellungen nachgegangen.

Die Beschreibung und die Auswertung der Routinedaten orientiert sich dabei an der „Guten Praxis Sekundärdatenanalyse“ (AGENS 2008). Dazu wird im Anhang in Abschnitt 7 die verwendete Datenbasis beschrieben.

In Abschnitt 5.1 werden zunächst die *Lebenszeitprävalenzen* für Pflegebedürftigkeit dargestellt. Hierbei handelt es sich um eine zentrale Kennziffer für die Bedeutung des Pflegerisikos, die aus der amtlichen Statistik nicht abgelesen werden kann. Abschnitt 5.2 widmet sich dann einigen im PNG vom 23.10.2012 neu eingeführten Regelungen zur Förderung von *Wohnformen für Pflegebedürftige jenseits des Heims*. Auch die differenzierte Inanspruchnahme dieser Leistungen kann der amtlichen Statistik nicht entnommen werden. Weitere Leistungen, die erst später eingeführt wurden, sind die zusätzlichen Betreuungsleistungen für Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz gemäß § 45b SGB XI. In Abschnitt 5.3 wird ihre Inanspruchnahme sowie ihre Wirksamkeit untersucht.

Grundsätzlich führen drei Wege in die Pflege: Der erste Weg in die Pflegebedürftigkeit sind angeborene Beeinträchtigungen. Im Lebensverlauf selber kann dann ein akutes Ereignis, wie eine Fraktur, Herzinfarkt oder Schlaganfall ursächlich für die Pflegebedürftigkeit sein oder aber ein allmähliches Nachlassen der Selbstversorgungspotentiale. In Abschnitt 5.4 werden die akuten und die sukzessiven „*Wege in die Pflege*“ und die jeweiligen Versichertengruppen nä-

her beleuchtet. Bei den auf dem sukzessiven Weg in die Pflege gelangenden Versicherten handelt es sich oft um *geriatrische Patienten*. Gerade geriatrische Patienten stehen im Fokus des Abschnitt 5.5, in dem die Rehabilitation zur Vermeidung von Pflegebedürftigkeit betrachtet wird.

5.1 Lebenszeitprävalenzen

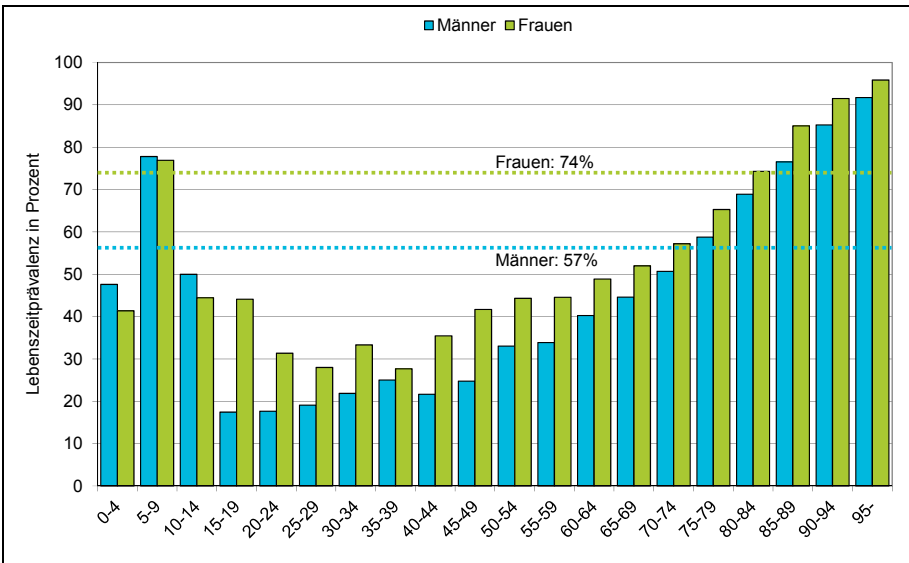
Die individuelle und gesellschaftliche Bedeutung des Pflegerisikos wird besonders deutlich, wenn die Wahrscheinlichkeit betrachtet wird, *überhaupt jemals* im Leben pflegebedürftig zu werden (Lebenszeitprävalenz). Reine Querschnittsbetrachtungen können demgegenüber leicht dazu führen, das Pflegerisiko zu unterschätzen. So sind derzeit nur 3 % der Bevölkerung pflegebedürftig. Um die Bedeutung des Pflegerisikos realistisch abschätzen zu können, ist es dagegen notwendig, die Frage zu beantworten, wie groß das Risiko insgesamt ist, *jemals im Laufe seines Lebens* pflegebedürftig zu werden. Die Antwort auf diese Frage gibt die *Gesamtlebenszeitprävalenz*, die damit die gesellschaftliche Bedeutung des Pflegerisikos unterstreicht.

Um die Gesamtlebenszeit zu ermitteln, wurden die Todesfälle der BARMER³² retrospektiv in Bezug auf die Frage ausgewertet, ob die betreffenden Versicherten jemals vor ihrem Tod ambulante oder stationäre Pflegeleistungen in Anspruch genommen haben. Im Unterschied zu früheren Untersuchungen (Rothgang et al. 2013; Rothgang et al. 2012b) wurden *alle* Altersjahre sowie die *Mitversicherten* in die Berechnung mit einbezogen, wodurch auch die Lebenszeitprävalenz bei einem Versterben in den unteren Altersjahren ermittelt werden kann.

Wie hoch die Lebenszeitprävalenz insgesamt ist, hängt insbesondere davon ab, in welchem Alter gestorben wird. Abbildung 25 zeigt zunächst eine deutlich höhere Lebenszeitprävalenz, wenn bereits in jungen Altersjahren gestorben wird: Menschen, die beispielsweise zwischen 5 und 9 Altersjahren versterben,

³² Berücksichtigt werden hier nur die Versicherten der BARMER GEK, die dem Versichertenbestand der BARMER entstammen. Die ist notwendig, weil die Daten der ehemals BARMER und ehemals GEK-Versicherten für eine kombinierte Auswertung noch nicht in geeigneter Form zur Verfügung stehen. Zudem erlauben nur die hohen Fallzahlen der Daten der BARMER eine nach Bundesländern differenzierte Berechnung.

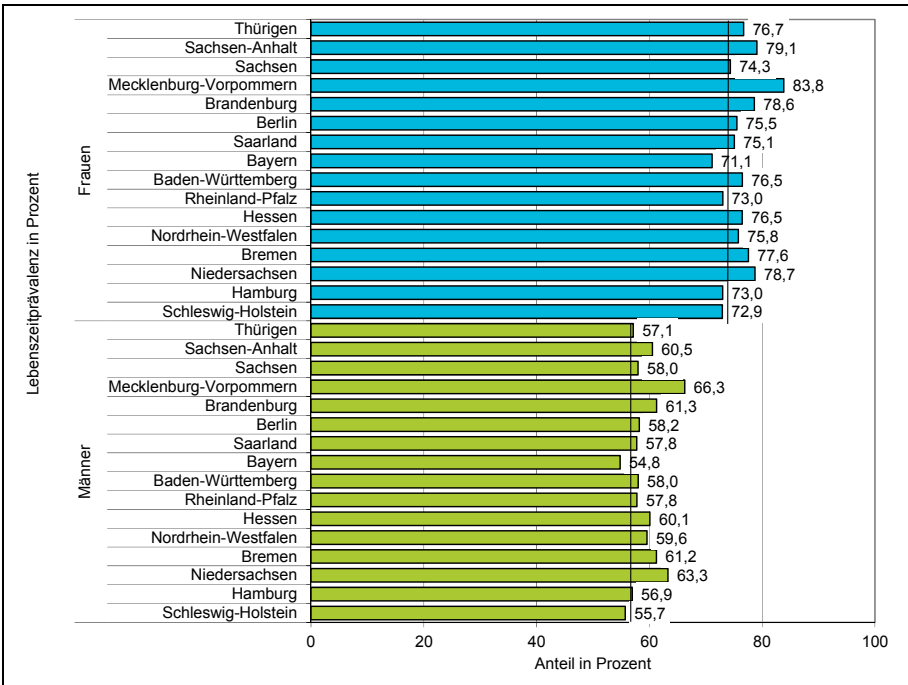
waren zu nahezu 80 % pflegebedürftig. Mit steigendem Alter zum Todeszeitpunkt nimmt die Lebenszeitprävalenz dann deutlich ab und beträgt im erwerbsfähigen Alter zwischen 20 % und 40 % bei Männern und zwischen 30 % und 50 % bei Frauen. Beim Versterben in diesem Altersabschnitt sind die Unterschiede zwischen Frauen und Männern besonders ausgeprägt. Beim Versterben im Rentenalter steigt die Lebenszeitprävalenz deutlich an und erreicht in der Altersgruppe der 95-Jährigen und Älteren sogar Werte bis zu 95 %, wobei die Unterschiede zwischen Männern und Frauen nun deutlich geringer ausfallen. Mit Erreichen eines sehr hohen Lebensalters (90 und darüber) ist also *nahezu immer* von einer Pflegebedürftigkeit vor dem Tod auszugehen, wobei dies allerdings auch kurze Pflegedauern mit einschließt. Wie groß die Wahrscheinlichkeit ist, *jemals* im Leben pflegebedürftig gewesen zu sein, ist damit in erster Linie vom erreichten Lebensalter abhängig.



Quelle: Barmer Routinedaten

Anmerkung: Für die Durchschnittswerte wurden die altersspezifischen Lebenszeitprävalenzen nach dem Alter der Todesfälle in Deutschland standardisiert.

Abbildung 25: Lebenszeitprävalenz der Todesfälle nach Altersgruppen im Jahr 2013



Quelle: Barmer Routinedaten

Anmerkung: Für die Durchschnittswerte wurden die altersspezifischen Lebenszeitprävalenzen nach dem Alter der Todesfälle in Deutschland standardisiert.

Abbildung 26: Lebenszeitprävalenz der Todesfälle ab Alter 50 nach Bundesländern im Jahr 2013

Letztlich ist die *durchschnittliche Lebenszeitprävalenz* über alle Sterbealter damit in erheblichem Maße auch von der Altersverteilung der Sterbefälle abhängig. Bundesweit beträgt die durchschnittliche Lebenszeitprävalenz für Pflegebedürftigkeit im Sinne des SGB XI 56 % für Männer und 74 % für Frauen (Abbildung 25). Diese Werte ergeben sich, wenn die hier betrachteten Verstorbene der BARMER nach der Altersverteilung der Sterbefälle in Deutschland im Jahr 2011 standardisiert werden.³³ Dadurch wird das unterschiedliche Alter

³³ Geringfügige Abweichungen gegenüber früheren Berechnungen (z.B. Rothgang et al. 2013) beruhen auf unterschiedlichen Datenquellen, Alterseingrenzungen sowie unterschiedlichen Referenzpopulationen zur Altersstandardisierung.

der Versicherten und damit verbunden auch der Sterbefälle in den Routinedaten der BARMER kontrolliert. Die Durchschnittswerte geben Aufschluss über die Wahrscheinlichkeit *jema*ls im Leben in Deutschland pflegebedürftig zu werden, bezogen auf die Verstorbenenkohorte 2011.

In Abbildung 26 sind die durchschnittlichen Lebenszeitprävalenzen nach den einzelnen Bundesländern wiedergegeben. Dabei wurde, wie zuvor, nach der Altersverteilung der Sterbefälle in Deutschland im Jahr 2011 standardisiert, um die jeweilige Altersverteilungen in den einzelnen Bundesländern zu kontrollieren und dadurch die Lebenszeitprävalenzen in den einzelnen Bundesländern überhaupt erst vergleichbar zu machen.³⁴

Insgesamt sind die Lebenszeitprävalenzen recht homogen und reichen bei den Männern von 54,8 % (in Bayern) bis 66,3 % (in Mecklenburg-Vorpommern) und bei den Frauen von 71,1 % (wiederum in Bayern) bis 83,8 % (wiederum in Mecklenburg-Vorpommern). In Ostdeutschland liegen die Lebenszeitprävalenzen für beide Geschlechter jeweils über dem (geschlechtsspezifischen) Bundesdurchschnitt, während in Westdeutschland bei Männern und Frauen lediglich in Niedersachsen, Bremen, Nordrhein-Westfalen und Hessen deutlich über dem Durchschnitt liegende Werte zu beobachten sind.

Gründe für die höheren Lebenszeitprävalenzen, die vor allem in Ostdeutschland auftreten, finden sich in den insgesamt höheren Pflegeprävalenzen in Ostdeutschland (vgl. Abschnitt 4.2.4).

5.2 Wohnen jenseits des Heims

Nach § 3 SGB XI soll die Pflegeversicherung mit ihren Leistungen vorrangig die häusliche Pflege unterstützen. Um das selbstständige Wohnen zu erleichtern bzw. zu ermöglichen, gibt es spezielle Leistungen der Pflegeversicherung. Dazu gehören die wohnumfeldverbessernden Maßnahmen (§ 40 SGB XI) und die zusätzlichen Leistungen für Pflegebedürftige in ambulant betreuten Wohn-

³⁴ Die berichteten Lebenszeitprävalenzen nach Bundesländern beziehen sich nur auf die Altersjahre ab Alter 50. Für niedrigere Altersjahre sind die Fallzahlen zu gering um verlässliche Angaben machen zu können.

gruppen (§ 38a SGB XI sowie die Gründungsförderung ambulanter Wohngruppen (§ 45e SGB XI).

Bei *wohnumfeldverbessernden Maßnahmen* handelt es sich um finanzielle Zuschüsse, z. B. für technische Hilfen im Haushalt, wenn dadurch die häusliche Pflege ermöglicht oder erheblich erleichtert wird. Die Höhe des Zuschusses beträgt pro Maßnahme 2.557 €. Hierbei handelt es sich um eine Maßnahme, die – in gleicher Höhe – bereits seit Einführung der Pflegeversicherung finanziert wurde. Leben mehrere Pflegebedürftige in einer gemeinsamen Wohnung, kann – seit Inkrafttreten der einschlägigen Regelungen des Pflege-Neuausrichtungsgesetzes (PNG) vom 23.10.2012 (BGBl I, S. 2246) – jeder diesen Zuschuss erhalten. Der Gesamtbetrag ist jedoch auf 10.228 € pro Maßnahme begrenzt (§ 40 Abs. 4 SGB XI).

Bei den *zusätzlichen Leistungen* für Pflegebedürftige in ambulant betreuten Wohngruppen handelt es sich um einen pauschalen Zuschlag in Höhe von 200 € monatlich. Damit dieser gewährt wird, müssen verschiedene Bedingungen erfüllt sein: Der Pflegebedürftige muss in einer ambulant betreuten Wohnung mit häuslicher pflegerischer Versorgung leben, Pflegesachleistungen, Pflegegeld oder Kombi-Leistungen beziehen, in der Wohngruppe muss eine Pflegekraft tätig sein, die organisatorische, verwaltende oder pflegerische Tätigkeiten verrichtet, und regelmäßig müssen mindestens drei Pflegebedürftige in der gemeinsamen Wohnung leben (§ 38a Abs. 1 SGB XI). Auch diese Regelung wurde mit dem PNG eingeführt.

Zur Gründungsförderung *ambulant betreuter Wohngruppen* gewährt die Pflegeversicherung – ebenfalls seit Inkrafttreten der einschlägigen Regelungen des PNG – bis zum 31.12.2015 eine zusätzliche Leistung (§ 45e SGB XI). Bei dieser Anschubfinanzierung handelt es sich um einen einmaligen Betrag von bis zu 2.500 € pro Pflegebedürftigen zur altersgerechten oder barrierearmen Umgestaltung der Wohnung, wobei der Gesamtbetrag je Wohngruppe auf 10.000 € begrenzt ist (§ 45e Abs. 1 SGB XI).

Für jede dieser Maßnahmen wird nachstehend dargestellt, in welchem Umfang sie in Anspruch genommen wird.

5.2.1 Wohnumfeldverbessernde Maßnahmen nach § 40 SGB XI

Im Jahr 2013 haben 2,8 % (70.312) der Pflegebedürftigen insgesamt 71.862 Maßnahmen zur Verbesserung des individuellen Wohnumfeldes erhalten.³⁵ Bezogen auf die Zahl der Pflegebedürftigen im häuslichen Bereich sind das 3,8 %.

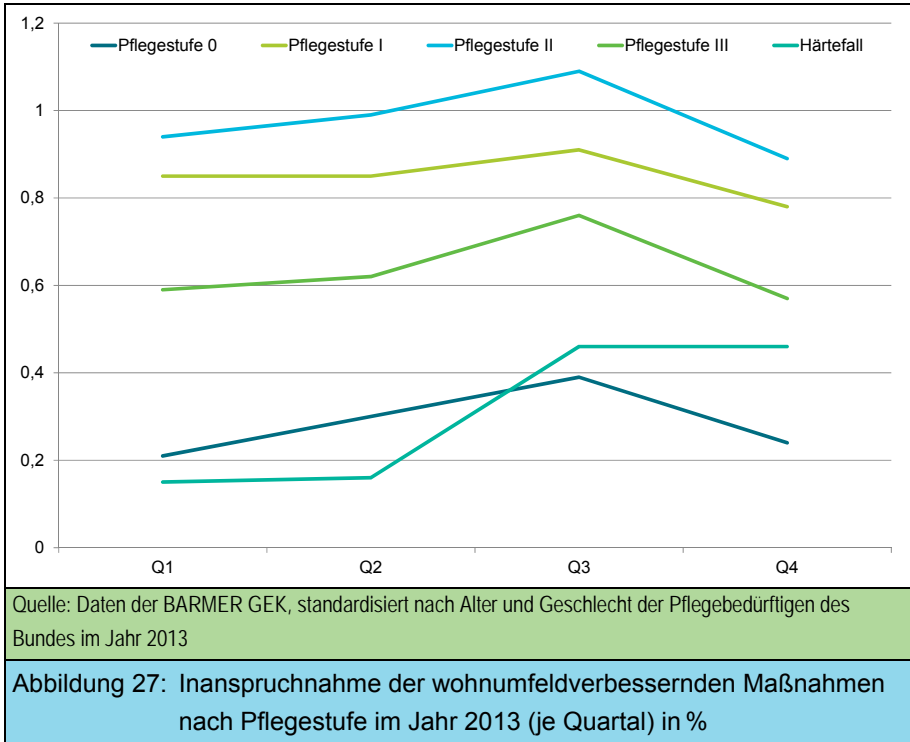


Abbildung 27 zeigt, dass wohnumfeldverbessernde Maßnahmen im Jahr 2013 am häufigsten von Personen mit Pflegestufe II in Anspruch genommen wurden, gefolgt von Pflegebedürftigen der Stufe I. Mit Ausnahme der Pflegebedürftigen, die als Härtefall eingruppiert wurden, erfolgte die Inanspruchnahme der woh-

³⁵ Dieses Ergebnis beruht auf Daten der BARMER GEK, hochgerechnet auf die Pflegebedürftigen in Deutschland im Jahr 2013 anhand der Bevölkerungsvorausberechnungen der Bertelsmann Stiftung (Rothgang et al. 2012a).

numfeldverbessernden Maßnahmen über das Jahr 2013 hinweg relativ konstant. Die Nutzung der wohnumfeldverbessernden Maßnahmen erfolgt dabei gleichermaßen von Personen, die Geld- bzw. Sachleistungen beziehen (hier nicht dargestellt). Erkennbar ist die nach Pflegestufen unterschiedliche Inanspruchnahme: Die höchste Inanspruchnahme ist bei Pflegestufe I und II zu erkennen, die geringste bei Pflegestufe 0 und bei den Härtefällen. Dies erscheint durchaus bedarfsgerecht, da wohnumfeldverbessernde Maßnahmen in Pflegestufe 0 womöglich noch nicht notwendig sind und Pflegebedürftige in Pflegestufe III (sowie Härtefälle) die notwendigen Maßnahmen zum Teil bereits in Anspruch genommen haben, als sie noch eine niedrigere Pflegestufe hatten.

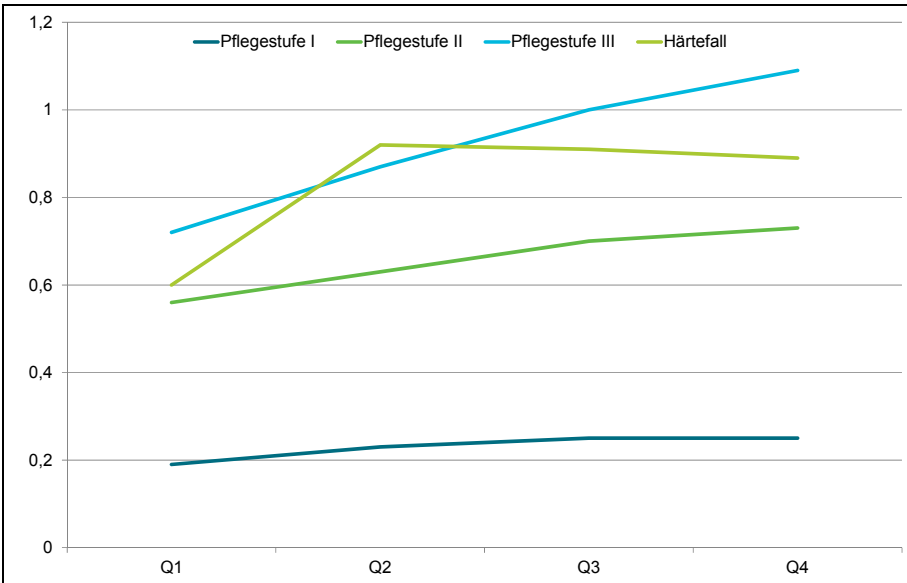
5.2.2 Wohngruppen nach § 38a SGB XI

Im Jahr 2013 haben 0,48 % (12.134) der Pflegebedürftigen Leistungen nach § 38a SGB XI erhalten, leben demnach also in einer ambulant betreuten Wohngruppe.³⁶ Bezogen auf die Pflegebedürftigen in häuslicher Umgebung beträgt der Anteil 0,66 %. Die Inanspruchnahme ist damit deutlich geringer als bei den wohnumfeldverbessernden Maßnahmen. Allerdings ist die Wohngruppenförderung noch neu, so dass Einführungseffekte zu berücksichtigen sind und ein Anstieg der Inanspruchnahme zu erwarten ist.

Die Wohngruppen sollen es Pflegebedürftigen ermöglichen, in einem privaten Bereich zu leben und den Heimeintritt zu vermeiden oder zu verzögern. Dies gelingt in den höheren Pflegestufen häufiger als in den niedrigeren: Die höchste Inanspruchnahme der zusätzlichen Leistungen für ambulant betreute Wohngruppen ist in Pflegestufe III und bei den Härtefällen zu beobachten, die niedrigste bei Pflegebedürftigen mit Pflegestufe I. Eine Begründung hierfür könnte darin liegen, dass die Eigenanteile im Heim und damit die Opportunitätskosten der Heimversorgung mit der Pflegestufe steigen.

Bei allen Pflegestufen ist ein leichter Aufwärtstrend über das Jahr 2013 zu erkennen. Diese Wohnform scheint sich somit langsam zu etablieren.

³⁶ Dieses Ergebnis beruht auf Daten der BARMER GEK, hochgerechnet auf die Pflegebedürftigen in Deutschland im Jahr 2013 anhand der Bevölkerungsvorausrechnungen der Bertelsmann Stiftung (Rothgang et al. 2012a).



Quelle: Daten der BARMER GEK, standardisiert nach Alter und Geschlecht der Pflegebedürftigen des Bundes im Jahr 2013

Abbildung 28: Inanspruchnahme der Leistungen für ambulant betreute Wohngruppen nach Pflegestufe im Jahr 2013 (je Quartal) in %

5.2.3 Anschubfinanzierung nach § 45e SGB XI

Hochgerechnet nur 36 Pflegebedürftige erhielten im Jahr 2013 die Anschubfinanzierung nach § 45e SGB XI zur Gründung von ambulant betreuten Wohngruppen.³⁷ Aufgrund dieser geringen Anzahl muss an dieser Stelle auf weitere Analysen verzichtet werden. Die geringe Inanspruchnahme macht aber deutlich, dass private Initiativen zur Gründung von Wohngemeinschaften Seltenheitswert haben. Soll die Zahl der Wohngemeinschaften erhöht werden, ist dies daher augenscheinlich nur möglich, wenn die Gründung der Wohngemeinschaft von Pflegeeinrichtungen organisiert wird.

³⁷ Dieses Ergebnis beruht auf Daten der BARMER GEK, hochgerechnet auf die Pflegebedürftigen in Deutschland im Jahr 2013 anhand der Bevölkerungsvorausberechnungen der Bertelsmann Stiftung (Rothgang et al. 2012a).

5.3 Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz

Gemäß § 45a SGB XI zählen Menschen mit demenzbedingten Fähigkeitsstörungen, geistiger Behinderung oder psychischer Erkrankung, die – unabhängig von bestehender Pflegebedürftigkeit im Sinne des SGB XI – einen erheblich allgemeinen Betreuungs- und Beobachtungsbedarf aufweisen, zu den Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz (kurz: PEA). Werden die Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz im häuslichen Umfeld gepflegt, haben sie Anspruch auf die zusätzlichen Betreuungsleistungen nach § 45b SGB XI. Dabei handelt es sich um zweckgebundene Geldleistungen zur Inanspruchnahme von Tages- bzw. Nachtpflege, Kurzzeitpflege, Angeboten zugelassener Pflegedienste zur allgemeinen Anleitung und Betreuung oder von niedrigschwelligen Betreuungsangeboten. Diese Leistungen wurden mit dem Pflegeleistungsergänzungsgesetz (PflEG) im Jahr 2002 eingeführt und im Rahmen des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes 2008 weiter ausgebaut, mit dem Ziel, die pflegenden Angehörigen zu entlasten und dadurch einen Heimeintritt hinauszuzögern oder zu verhindern (Deutscher Bundestag 2001: 11-12).³⁸

Ob die angestrebten Hauptziele – Entlastung der pflegenden Angehörigen und verspäteter Heimeintritt – durch die zusätzlichen Betreuungsleistungen erreicht werden, wurde bislang nicht untersucht.³⁹ Weiterhin ist nicht bekannt, welche personenbezogenen Faktoren – sowohl der PEA als auch der pflegenden Angehörigen – eine Inanspruchnahme der zusätzlichen Betreuungsleistungen begünstigen oder wie diese Leistungen von den Anspruchsberechtigten bewertet werden. Darüber hinaus wird vermutet, dass manche pflegenden Angehörigen Kurzzeit-, Tages- oder Nachtpflege nicht nutzen, da sie Bedenken haben, die Leistungen könnten negative Auswirkungen auf den Pflegebedürftigen haben und somit die positiven Aspekte wieder aufheben (Maayan et al. 2014). Informationen zu diesen Punkten zu erhalten, ist notwendig, um die zusätzlichen Betreuungsleistungen im Sinne eines kontinuierlichen Verbesse-

³⁸ Für weitere Details zu den zusätzlichen Betreuungsleistungen siehe (Rothgang et al. 2011b).

³⁹ Im Rahmen ihrer Evaluation zu den Wirkungen des PflEG untersuchen Schmidt & Schneekloth (2011: 41f.) lediglich die Inanspruchnahme der zusätzlichen Betreuungsleistungen.

rungsprozesses optimieren und an die Bedarfe der Anspruchsberechtigten anpassen zu können.

Zur Untersuchung dieser Fragen wurden Anspruchsberechtigte in Zusammenarbeit des ZeS mit der BARMER GEK im Abstand von 22 Monaten zwei Mal befragt. Die Ergebnisse der Wiederholungsbefragung werden nachfolgend anhand von fünf Fragen dargestellt:

- a. Welche Determinanten der Inanspruchnahme zusätzlicher Betreuungsleistungen sind erkennbar?
- b. Welche Wirkung hat die Inanspruchnahme auf den Gesundheitszustand der Pflegebedürftigen?
- c. Inwieweit trägt die Inanspruchnahme dieser Leistungen zur Entlastung der pflegenden Angehörigen – gemessen mit zwei Variablen zum Gesundheitszustand – bei?
- d. Hat die Inanspruchnahme zusätzlicher Betreuungsleistungen einen Einfluss auf die Heimeintrittswahrscheinlichkeit der PEA?
- e. Wie bewerten die Befragten selbst die zusätzlichen Betreuungsleistungen?

Dazu wird zunächst kurz auf die Methodik der Befragung eingegangen (Abschnitt 5.3.1), bevor in Abschnitt 5.3.2 die Determinanten vorgestellt werden, welche die Inanspruchnahme zusätzlicher Betreuungsleistungen beeinflussen. In Abschnitt 5.3.3 wird auf die Wirkung der zusätzlichen Betreuungsleistungen hinsichtlich des Gesundheitszustandes der PEA und der pflegenden Angehörigen eingegangen. Die Untersuchung der Frage, ob ein Heimeintritt durch die Inanspruchnahme von zusätzlichen Betreuungsleistungen hinausgezögert wird – kann durch die Verbindung mit den Routinedaten erfolgen und wird in Abschnitt 5.3.4 dargestellt. Abschließend wird in Abschnitt 5.3.5 auf die Bewertung der zusätzlichen Betreuungsleistungen durch die Befragten eingegangen.

5.3.1 Versichertenbefragungen 2011 und 2013

Nachdem zunächst die Methodik der Befragung skizziert wird (Abschnitt 5.3.1.1), werden in den Abschnitten 5.3.1.2 und 5.3.1.3 die soziodemografischen und gesundheitlichen Merkmale der PEA und ihrer pflegenden Angehörigen verglichen. Die Charakterisierung dieser beiden Personengruppen soll dazu beitragen, Unterschiede innerhalb der großen Gruppe der PEA und ihrer

pflegenden Angehörigen aufzudecken, um diese in den statistischen Analysen kontrollieren zu können. Eine Unterscheidung der Pflegebedürftigen in die, die nach 2011 in ein Heim kamen, verstarben oder sich noch in häuslicher Pflege befinden, ist dabei von Bedeutung, um die große Gruppe der PEA differenzierter betrachten zu können, somit eindeutiger Erklärungsansätze zuzulassen und letztendlich Unterschiede in der Inanspruchnahme abbilden zu können.

5.3.1.1 Befragungsdesign

Die Befragungen wurden in Kooperation des ZeS mit der BARMER GEK im Sommer 2011 und im Frühjahr 2013 durchgeführt. Es wurden Versicherte angeschrieben, die einen Anspruch auf zusätzliche Betreuungsleistungen haben.⁴⁰ Da mehr als die Hälfte der anspruchsberechtigten Personen in den Kreis der Demenzerkrankten fallen und diese Erkrankung meist erst im höheren Alter eintritt, wurde eine Fokussierung auf die Pflegebedürftigen ab einem Alter von 60 Jahren vorgenommen.

Die Fragebögen sind an die pflegenden Angehörigen gerichtet. Diese wurden gebeten, Auskunft über sich als Pflegeperson, aber auch über die pflegebedürftige Person zu geben. Der Fokus der Befragungen lag auf Angaben zum Gesundheitszustand und zu soziodemografischen Merkmalen der pflegenden Angehörigen und der PEA. Details zum Fragebogen der ersten Welle können Rothgang et al. (2011b: 222) entnommen werden. Beim Fragebogen der zweiten Welle handelt es sich um eine Kurzversion des ursprünglichen Fragebogens.⁴¹

In der ersten Befragung wurden 10.142 Personen von der BARMER GEK angeschrieben, von denen 2.876 (28,4 %) den Fragebogen zurückschickten. Unter diesen 2.876 Fragebögen befinden sich jedoch auch einige, die unausgefüllt zurückgeschickt wurden.

⁴⁰ Der Anspruchsberechtigung liegt ein Begutachtungsverfahren durch den MDK zugrunde. Für Details zu diesem Verfahren siehe MDS & GKV-Spitzenverband (2009) und vgl. Abschnitt 4.2.6.3.

⁴¹ Die Fragebögen können per Email bei den Autoren bestellt werden. Die Autoren bedanken sich auch im Namen der BARMER GEK bei allen Teilnehmenden der Befragung.

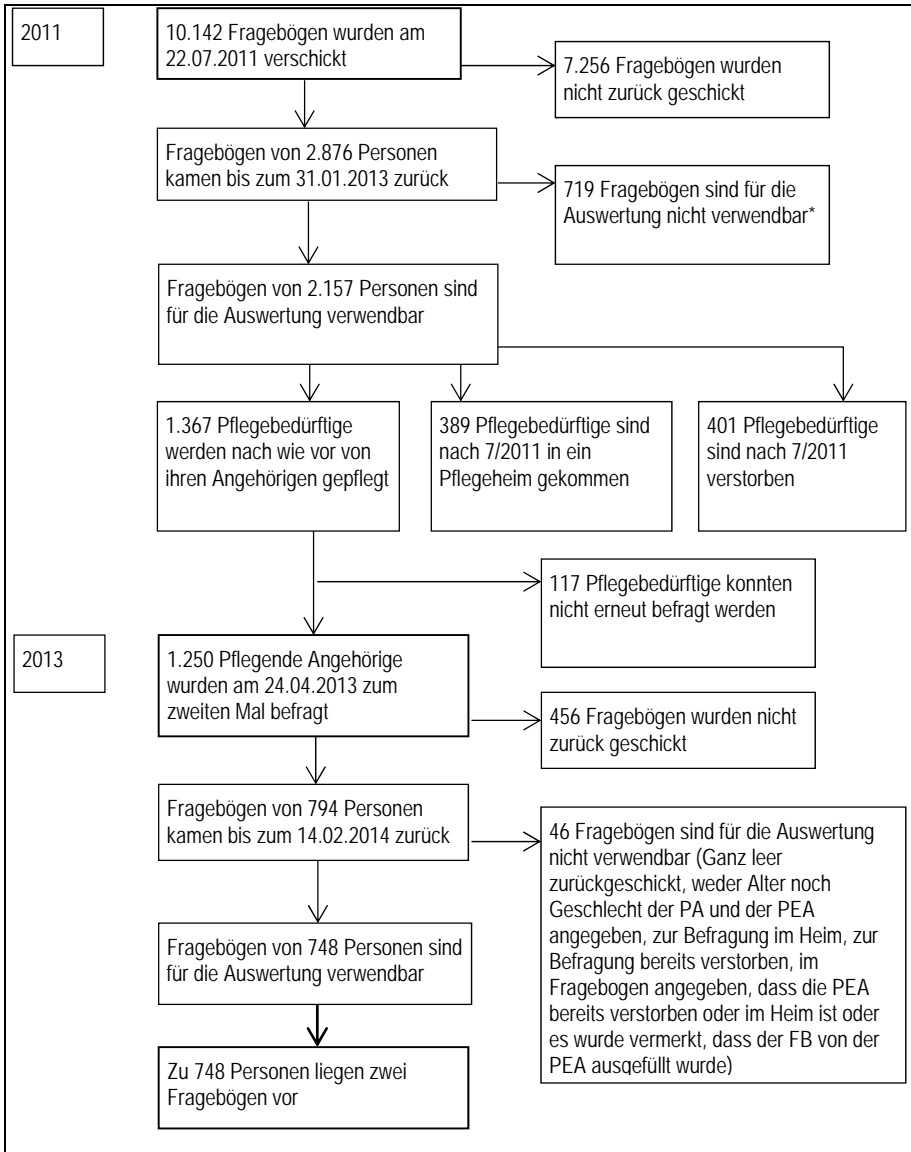


Abbildung 29: Flussdiagramm zur Response der Befragungen 2011 und 2013

Zudem wurden andere ausgefüllt zurückgeschickt, obwohl die pflegebedürftige Person im Heim gepflegt wird. Diese Personen haben per Definition keinen Anspruch auf die zusätzlichen Betreuungsleistungen nach § 45b SGB XI, so dass diese Fragebögen neben denen, die leer zurückgeschickt wurden, von der weiteren Analyse ausgeschlossen wurden. Auf diese Weise ergibt sich eine Netto-Stichprobe von 2.157 Fragebögen. Nach weiterem Ausschluss derer, die nach 2011 in ein Heim gekommen oder verstorben sind, verblieben 1.367 Personen als potenzielle Teilnehmer für die zweite Befragung. Davon wurden insgesamt 1.250 Pflegebedürftige von der BARMER GEK angeschrieben, mit der Bitte, an der zweiten Befragung teilzunehmen. Insgesamt 794 (63,5 %) Fragebögen wurden an das ZeS zurückgeschickt. Nach Ausschluss der Fragebögen, die leer zurückgeschickt wurden, ergibt sich eine Netto-Stichprobe von 748 Fragebögen, die alle in die Auswertung einfließen (siehe Abbildung 29).

5.3.1.2 Soziodemographische und gesundheitliche Merkmale der befragten Pflegebedürftigen

Zur Charakterisierung der befragten Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz wird zunächst auf soziodemographische Merkmale und die Versorgungssituation, dann auf den Gesundheitszustand und abschließend auf die Höhe des Betreuungsanspruchs eingegangen.

5.3.1.2.1 Soziodemographische Merkmale und Versorgungssituation

Um einen Überblick über die *soziodemografischen Merkmale* der PEA zu schaffen, zeigt Tabelle 29 diese Merkmale der Pflegebedürftigen vergleichend für beide Befragungswellen. Für die Teilnehmer des Jahres 2011 wird aufgeführt, wer zwischen 2011 und 2013 in ein Heim gekommen oder verstorben ist und wer weiterhin im häuslichen Umfeld gepflegt wurde. Nur die letztgenannte Teilgruppe kam als potentielle Teilnehmer der Befragung 2013 in Frage. Diese detaillierte Aufstellung soll dazu dienen, Unterschiede zwischen den einzelnen Gruppen zu verdeutlichen, um so eine möglichst genaue Interpretation noch folgender Ergebnisse zu ermöglichen. Die voneinander abweichenden Beobachtungszahlen (N) je nach Merkmal resultieren daraus, dass manche Fragen teilweise nicht beantwortet wurden oder die Personen keine Pflegestufe haben und auch keine Pflegeleistung beziehen.

Tabelle 29: Soziodemografische Merkmale der Pflegebedürftigen (Spaltenprozent)

		2011	Davon bis 2013...			2013
		Verwendbare Fragebögen (N=2157)	im Heim (N=389)	tot* (N=401)	Weder im Heim noch tot (N=1367)	Verwendbare Fragebögen (N=748)
Alter zum Befragungszeitpunkt ¹⁾	60-64	4,5	1,6	1,9	6,2	4,1
	65-69	6,8	3,9	4,9	8,3	6,4
	70-74	14,6	12,7	10,8	16,3	12,8
	75-79	19,5	15,9	19,8	20,3	20,8
	80-84	24,1	28,1	22,9	23,3	22,8
	85-89	20,0	26,8	24,9	16,6	18,6
	90-94	8,1	9,2	9,9	7,2	11,7
	95+	2,4	1,8	4,9	1,8	2,8
Geschlecht (aus den Routinedaten)	Mann	46,9	42,6	56,4	45,4	48,7
	Frau	53,1	57,4	43,6	54,6	51,3
Haushaltseinkommen in Euro zum Befragungszeitpunkt (Netto) ²⁾		N=1954	N=322	N=325	N=1127	N=675
	<500	8,2	9,7	11,6	9,5	7,1
	500 bis <1000	19,9	19,3	14,7	18,0	20,0
	1000 bis < 1500	33,6	22,7	22,1	23,1	31,8
	1500 bis < 2000	19,9	16,5	17,3	20,7	22,3
	2000 bis < 2500	9,4	13,3	13,9	12,7	11,7
	2500 bis < 3000	3,5	5,2	8,1	6,4	3,2
	3000+	2,7	9,0	7,7	6,4	1,6
Weiß nicht	2,8	4,3	4,6	3,2	2,3	
Pflegestufe zum Befragungszeitpunkt ¹⁾		N=1965	N=363	N=387	N=1215	N=731
	0 ³⁾	-	-	-	-	3,6
	I	46,5	52,9	31,3	49,5	30,5
	II	37,4	38,9	41,8	35,6	40,8
	III	16,0	8,2	26,6	14,9	25,0
Härtefall	0,1	-	0,3	-	0,1	
Pflegearrangement zum Befragungszeitpunkt ¹⁾		N=1965	N=363	N=387	N=1215	N=731
	Angehörige	47,5	36,4	43,9	52,2	45,7
	Pflegedienst	52,5	63,6	56,1	47,8	54,3

Quelle: Befragungsdaten und Routinedaten der BARMER GEK

Anmerkung: ¹⁾ aus den Routinedaten; ²⁾ aus der Befragung; ³⁾ Die „Pflegestufe 0“ existiert seit 2008. In den Routinedaten erfolgt die offizielle Ausweisung dieser Pflegestufe jedoch erst im Jahr 2013

Es zeigt sich, dass die Personen, die nach der Befragung 2011 in ein Heim gekommen oder verstorben sind – erwartungsgemäß – *älter* sind als diejenigen Befragungsteilnehmer, die weiterhin im häuslichen Umfeld gepflegt wurden. Bezüglich der *Geschlechterverteilung* ist auffällig, dass nur in der Gruppe der nach 2011 Verstorbenen mehr Männer sind als Frauen. In den übrigen Gruppen überwiegt der Anteil der weiblichen Pflegebedürftigen. Das *Haushaltsnettoeinkommen* lag zur ersten Befragung bei denjenigen, die nicht an der zweiten Befragung teilnehmen konnten, etwas höher als bei denjenigen, die sowohl an der ersten als auch an der zweiten Befragung teilgenommen haben. Eine höhere *Pflegestufe* weisen im Vergleich zu denjenigen, die durchgängig im häuslichen Umfeld gepflegt wurden und sowohl 2011 als auch 2013 an der Befragung teilnahmen, die PEA auf, die nach 2011 verstorben sind. Die PEA, die nach 2011 in ein Heim gekommen sind, sind deutlich häufiger als die übrigen Gruppen in Pflegestufe I, annähernd gleich häufig in Pflegestufe II und deutlich seltener in Pflegestufe III. Bezogen auf das *Pflegearrangement* ist auffällig, dass die PEA, die durchgängig im häuslichen Umfeld gepflegt wurden, 2011 häufiger (52,2 %) nur durch Angehörige gepflegt wurden, während die Teilnehmer der zweiten Befragungswelle häufiger (54,3 %) mit Unterstützung durch einen Pflegedienst gepflegt wurden. Dieser Trend zeigt sich auch bei den PEA, die nach 2011 verstorben sind. Von diesen bezogen zum Befragungszeitpunkt 2011 bereits 56,1 % Pflegesachleistungen. Noch deutlicher zeigt sich dieser Effekt bei denjenigen, die nach 2011 in ein Heim gingen: Hier waren es sogar 63,6 %, die 2011 Pflegesachleistungen bezogen haben.

Die Veränderungen, die sich bei den Personen, die potentiell an der zweiten Befragung hätten teilnehmen können und es zum Teil auch taten, eingestellt haben, können möglicherweise durch einen Alters- oder einen Selektionseffekt⁴² erklärt werden. Um das zu untersuchen, ist es von Interesse zu erfahren, wie sich die 748 Befragungsteilnehmer der zweiten Welle von der ersten zur zweiten Befragung verändert haben (hier nicht tabellarisch dargestellt). Bei der Mehrheit der 748 Befragten hat sich zwischen den beiden Befragungen keine Änderung der *Pflegestufe* ergeben. Eine Höherstufung von Pflegestufe I auf II,

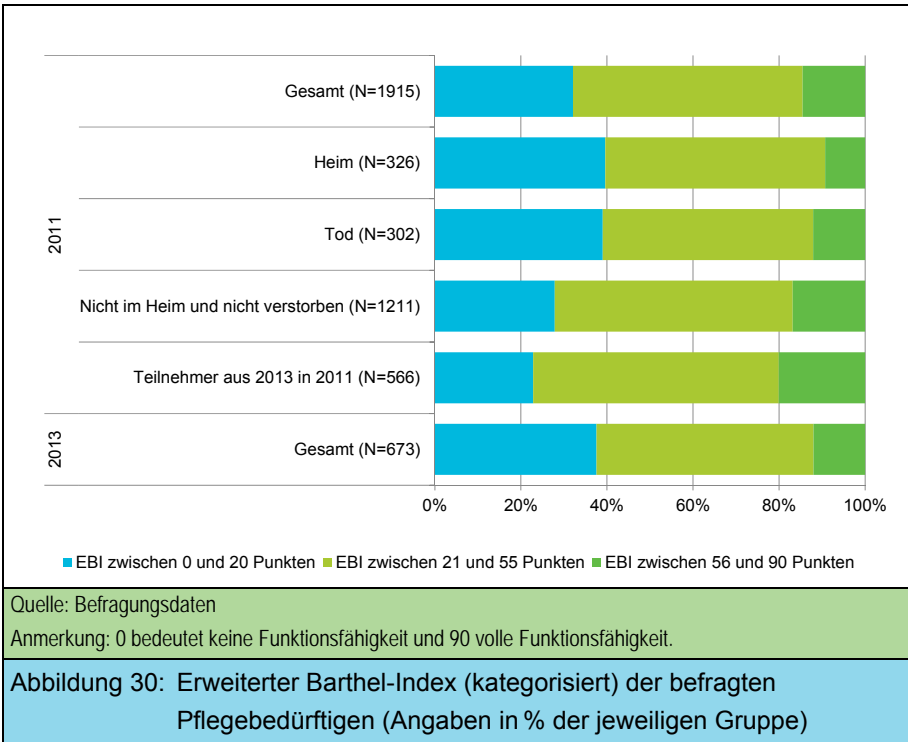
⁴² Alterseffekt: Die Veränderung ist durch den Alterungsprozess der Teilnehmer zu erklären;
Selektionseffekt: Die Veränderung ist durch einen systematischen Unterschied zwischen Antwortenden und Nicht-Antwortenden der zweiten Befragung zu erklären.

bzw. von II auf III hat sich insgesamt bei annähernd 25 % der Befragten ergeben. Ähnlich verhält es sich auch bei den *Pflegearrangements*: Bei ca. 70 % der Befragten hat sich das Pflegearrangement zwischen 2011 und 2013 nicht verändert. 10 % der Befragten erhielten 2011 noch keine Pflege, davon wurden 2013 6 % von Angehörigen und 3 % durch ambulante Pflegedienste gepflegt. 1 % der Befragten erhält nach wie vor kein Pflegearrangement. Hinsichtlich der *Einkommensverteilung* hat sich zwischen 2011 und 2013 nichts verändert. Das häufigste monatliche *Haushaltsnettoeinkommen* lag zu beiden Befragungswelten zwischen 1000 € und 1.500 €. Aufgrund der überwiegenden Übereinstimmung hinsichtlich der Pflegestufe und des Pflegearrangements und im Besonderen dadurch, dass die Einkommens- und Geschlechterverteilung annähernd stabil geblieben sind, kann die Veränderung eher auf einen Selektionseffekt als auf einen Alterseffekt zurückgeführt werden. 2013 haben also vermehrt die pflegenden Angehörigen an der Befragung teilgenommen, deren Pflegebedürftige eine höhere Pflegestufe und eher Pflegesachleistungen beziehen.

5.3.1.2.2 Gesundheitlicher Zustand und Alltagskompetenz

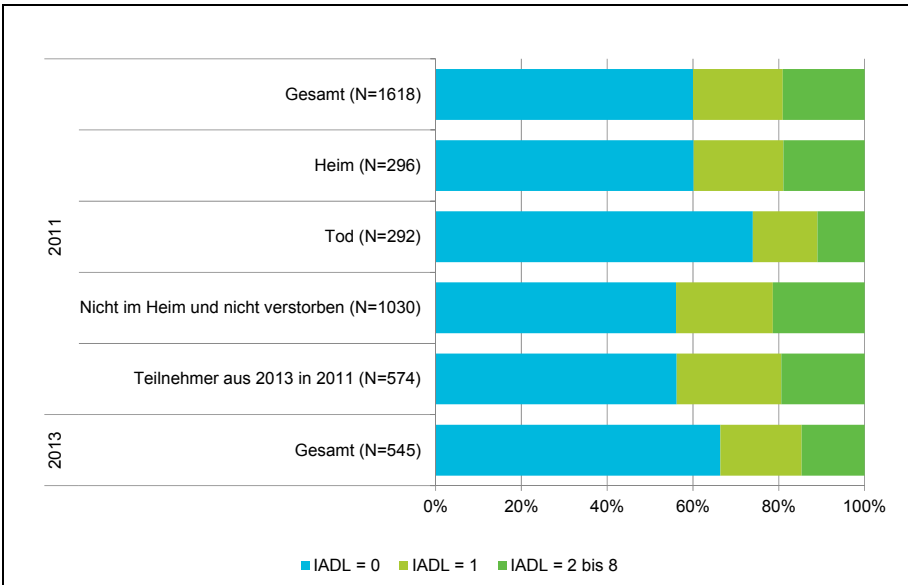
Nachdem die soziodemografischen Merkmale der Befragungsteilnehmer, getrennt für verschiedene Personengruppen, dargestellt wurden, soll es in diesem Abschnitt um die Beschreibung des gesundheitlichen Zustands der PEA gehen. Da zu vermuten ist, dass sich der Gesundheitszustand derer, die nach 2011 in ein Heim gekommen oder verstorben sind, von denjenigen unterscheidet, die nicht im Heim und nicht verstorben sind, wird analog zur obigen Darstellung gezeigt, wie sich die verschiedenen Untergruppen der PEA voneinander unterscheiden.

Der Gesundheitszustand wurde in beiden Befragungen anhand des erweiterten Barthel-Index (EBI) und anhand der instrumentellen Aktivitäten des täglichen Lebens (IADL) gemessen. Zielt der EBI eher auf kognitive Bereiche, wie zum Beispiel „Gedächtnis, Lernen und Orientierung“, „Verstehen“ oder „Sich verständlich machen“ ab, geht es bei den IADL um das Beherrschen konkreter Alltagshandlungen, wie zum Beispiel „Telefonieren“, „Einkaufen“ oder „Medikamente einnehmen“ (Lawton & Brody 1969; Prosiegel et al. 1996). Je höher der gemessene Wert, desto größer ist die verbliebene kognitive Fähigkeit bzw. die verbliebene Alltagskompetenz.



In der ersten Befragungswelle lagen die kognitive Fähigkeiten (EBI) für rund 30 % der gesamten Pflegebedürftigen im Skalenbereich von 0-20 des EBI (Abbildung 30). Dieser Wert liegt höher bei denjenigen, die wegen Heimeintritt oder Tod nicht mehr an der zweiten Welle teilnehmen konnten. Diejenigen, die potentiell an der zweiten Befragung hätten teilnehmen können und es zum Teil auch taten, erscheinen gesünder – zumal sie auch einen höheren Anteilswert in der Gruppe derer mit hohen Skalenwerten (56-90) aufweisen.

Allerdings ist die kognitive Fähigkeit bei den Pflegebedürftigen, die an der zweiten Welle teilgenommen haben, zum zweiten Befragungszeitpunkt deutlich geringer als zum ersten. Betrachtet man diese Teilgruppe zum ersten Befragungszeitpunkt (Teilnehmer aus 2013 in 2011) so wird deutlich, dass sich bezüglich der kognitiven Fähigkeiten in den 22 Monaten zwischen den Befragungen deutliche Verschlechterungen ergeben haben.



Quelle: Befragungsdaten

Anmerkung: IADL=0 bedeutet keine Kompetenz und IADL=8 bedeutet volle Kompetenz.

Abbildung 31: IADL (kategorisiert) der befragten Pflegebedürftigen

Insgesamt finden wir somit sowohl einen *Selektionseffekt* – die Teilnehmer der Wiederholungsbefragung waren 2011 gesünder als die übrigen Befragten – als auch einen *Alterseffekt*: die Teilnehmer der Wiederholungsbefragung sind 2013 in einem schlechteren Gesundheitszustand als 2011. Werden die Befragten 2011 und 2013 insgesamt verglichen zeigt sich, dass der Alterseffekt überwiegt. Die Befragungsteilnehmer 2013 sind insgesamt in einem schlechteren Gesundheitszustand als die Befragungsteilnehmer 2011. Bezüglich der IADL zeigt sich das gleiche Ergebnis (Abbildung 31): Diejenigen, die wegen eines Heimeintritts nicht mehr an der zweiten Welle teilnehmen konnten, und mehr noch diejenigen, die zwischen erster und zweiter Befragungswelle verstarben, hatten im Jahr 2011 geringere Alltagskompetenzen als diejenigen, die noch für die Befragung im Jahr 2013 zur Verfügung standen (Selektionseffekt). Gleichzeitig hat sich der Gesundheitszustand der Teilnehmer an der Wiederholungsbefragung von 2011 bis 2013 verschlechtert (Alterseffekt). Auch hier überwiegt

der Alterseffekt, so dass die 2013 Befragten insgesamt schlechtere Werte auf der IADL-Skala aufweisen als die Befragungsteilnehmer des Jahres 2011.

5.3.1.2.3 Höhe des Anspruchs auf zusätzliche Betreuungsleistungen

Neben den kognitiven Fähigkeiten und der Alltagskompetenz sind die PEA auch durch die Höhe der Ansprüche nach §45b SGB XI charakterisiert, da diese einen weiteren Hinweis sowohl für das Ausmaß der kognitiven Beeinträchtigung als auch für die Einschränkung der Alltagskompetenz bietet. Alle Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz haben nämlich Anspruch auf zusätzliche Betreuungsleistungen im Wert von 100 Euro monatlich. Bei Personen mit in erhöhtem Maße eingeschränkter Alltagskompetenz liegt die Anspruchshöhe dagegen bei 200 Euro monatlich (§ 45b SGB XI).

Gemäß den Befragungsergebnissen hatten 2011 33% der Befragten einen Anspruch auf Leistungen von 100 Euro pro Monat und 35 % einen Anspruch auf die erhöhte Leistung von 200 Euro pro Monat. Die beiden Leistungshöhen hielten sich also die Waage. Demgegenüber hatten 2013 nur noch 23 % der Befragten Anspruch auf die niedrigeren Leistungen aber schon 40 % der Befragten (und damit fast doppelt so viele) Anspruch auf die erhöhten Leistungen von 200 Euro pro Monat. Auch dies zeigt, dass sich die Alltagskompetenz der Pflegebedürftigen im Zeitverlauf durchschnittlich verschlechtert hat.

Jeweils rund ein Drittel der pflegenden Angehörigen (31,5% bei der ersten und 35,5% bei der zweiten Befragung) gaben an, nicht zu wissen wie hoch ihre Leistungsansprüche sind.

5.3.1.3 Soziodemographische und gesundheitliche Merkmale der befragten Pflegepersonen

Um in Erfahrung zu bringen, ob die pflegenden Angehörigen durch die Inanspruchnahme zusätzlicher Betreuungsleistungen entlastet werden, enthielten beide Befragungswellen auch Fragenkomplexe die Pflegepersonen betreffend – zum einen zu soziodemografischen Merkmalen und zum anderen zum Gesundheitszustand.

5.3.1.3.1 Soziodemographische Merkmale der Pflegeperson

Tabelle 30: Soziodemografische Merkmale der pflegenden Angehörigen (Spaltenprozente)						
		2011	Davon bis 2013...		2013	
		Gesamt	im Heim	verstorben	weder im Heim noch tot	Gesamt
Alter (zum Befragungszeitpunkt)		N=2066	N=367	N=389	N=1310	N=728
	Bis 39	1,1	1,1	0,5	1,3	1,2
	40-44	2,6	3,0	1,3	2,7	1,1
	45-49	4,8	4,4	4,4	5,0	3,7
	50-54	6,0	7,1	5,4	5,8	6,5
	55-59	8,6	7,1	9,4	8,8	8,1
	60-64	11,8	12,0	11,0	12,3	11,3
	65-69	10,4	7,1	7,7	12,1	12,1
	70-74	16,7	12,0	17,8	17,8	16,6
	75-79	16,7	15,5	18,2	16,6	19,1
	80-84	13,6	18,8	14,6	11,9	12,8
	85-89	5,9	9,2	7,4	4,4	6,2
	90-94	1,6	2,7	1,5	1,2	1,2
95+	0,2	-	0,8	0,1	0,1	
Geschlecht		N=2111	N=379	N=399	N=1333	N=742
	Männlich	33,1	33,3	28,8	34,4	32,9
	Weiblich	66,9	66,7	71,2	65,6	67,1
Haushaltseinkommen (Netto – zum Befragungszeitpunkt)		N=1774	N=322	N=325	N=1127	N=575
	<500	9,9	9,7	11,7	9,5	8,0
	500 bis <1000	17,7	19,3	14,8	18,0	15,0
	1000 bis < 1500	22,7	22,6	22,2	23,1	24,4
	1500 bis < 2000	19,4	16,5	17,2	20,7	21,4
	2000 bis < 2500	13,1	13,3	13,8	12,8	16,2
	2500 bis < 3000	6,4	5,3	8,0	6,3	6,6
	3000+	7,2	9,0	7,7	6,5	6,3
Weiß nicht	3,6	4,3	4,6	3,1	2,1	

Quelle: Befragungsdaten

Tabelle 30 zeigt zentrale soziodemografische Merkmale der befragten Pflegepersonen. Die jeweils voneinander abweichenden Beobachtungszahlen (N) der einzelnen Items ergeben sich durch die fehlenden Werte – also daraus, dass die pflegenden Angehörigen Fragen teilweise nicht beantwortet haben.

Die *Altersverteilungen* der Pflegepersonen sind über die verschiedenen Gruppen annähernd gleich. Rund ein Drittel der Pflegepersonen ist im erwerbsfähigen Alter, zwei Drittel hingegen im Rentenalter. Ebenso sind zwei Drittel der Pflegepersonen Partner und Partnerinnen der pflegebedürftigen Personen. Der hohe Anteil der Partnerpflege schlägt sich auch in der Geschlechterverteilung nieder: Rund ein Drittel der Pflegepersonen sind männlich – und zwar sowohl bei der ersten als auch bei der zweiten Befragungswelle. Auch die *Einkommensverteilung* ist über alle Gruppen sehr ähnlich. Das häufigste Haushaltsnettoeinkommen beträgt demnach zwischen 1.000 € und 1.500 €.

5.3.1.3.2 Gesundheitszustand der Pflegeperson

Die Fragen zum *Gesundheitszustand* wurden mittels eines standardisierten Fragebogens (SF-12) erhoben. Dieser Fragebogen besteht aus zwölf Fragen, die insgesamt acht Skalen zugeordnet sind. Diese acht Skalen lassen sich zu zwei Dimensionen, der physischen und der mentalen zusammenfassen (Ware et al. 2002). Die Skalenwerte werden jeweils aus den Antworten mehrerer einzelner Fragen gebildet.⁴³ Anhand der SOEP-Stichprobe von 2004 wurden die Skalen mit Hilfe der z-Transformation normiert, um mit den Ergebnissen anderer Studien vergleichbar zu sein (Nübling et al. 2006). Die Normstichprobe (SOEP Stichprobe) weist in beiden Skalen einen Mittelwert von 50 und eine Standardabweichung von 10 auf. Mittelwerte und Standardabweichungen der Befragungsstichprobe sind in Tabelle 31 dargestellt. Zeigt sich für die mentale Gesundheit zwischen 2011 und 2013 sogar eine leichte Verbesserung, ist für die physische Gesundheit eine leichte Verschlechterung zu verzeichnen.

Tabelle 31: Verteilungseigenschaften der SF-12 Skalen (pflegende Angehörige) – Mittelwert (Standardabweichung)				
	2011 (N=2.157)		2013 (N=748)	
Physische Gesundheit (PCS)	43,93	(8,82)	43,20	(8,69)
Mentale Gesundheit (MCS)	41,38	(11,52)	42,36	(11,45)
Skala PCS und MCS: 0 - 100, wobei 100 den perfekten Gesundheitszustand anzeigt.				

⁴³ Da der Skalenwert nicht gebildet werden kann, wenn mindestens eine der dazugehörigen Fragen unbeantwortet geblieben ist, wurden fehlende Werte einer Frage anhand der Mittelwerte der jeweiligen Variablen ersetzt.

Tabelle 32: Gesundheitszustand der pflegenden Angehörigen - Mittelwerte							
	Alter	Norm- stichprobe	2011 Gesamt	Davon bis 2013...			2013 Gesamt
				im Heim	verstorben	weder im Heim noch verstorben	
Physische Gesundheit (PCS)	35-44 (SD)	52,95 (8,0) N=4441	52,3 (6,0) N=67	53,0 (5,3) N=15	53,1 (2,7) N=6	52,0 (6,6) N=46	48,9 (7,9) N=12
	45-54 (SD)	50,28 (8,9) N=4000	50,3 (7,6) N=223	50,0 (8,5) N=42	50,8 (6,0) N=38	50,2 (7,8) N=143	48,7 (8,8) N=74
	55-64 (SD)	46,29 (9,8) N=3267	47,0 (8,2) N=422	48,7 (8,2) N=70	46,9 (8,5) N=79	46,6 (8,2) N=273	45,2 (8,4) N=141
	65-74 (SD)	42,73 (9,6) N=2590	43,6 (8,1) N=561	42,7 (7,1) N=70	43,4 (7,9) N=99	43,8 (8,3) N=392	44,1 (8,7) N=209
	75+ (SD)	38,28 (9,7) N=1377	40,0 (8,0) N=785	39,4 (8,1) N=170	40,4 (7,4) N=166	40,1 (8,2) N=449	39,9 (7,6) N=287
Mentale Gesundheit (MCS)	35-44 (SD)	49,27 (9,67) N=4441	43,1 (11,8) N=67	47,3 (10,4) N=15	34,0 (9,7) N=6	42,9 (11,9) N=46	42,2 (15,6) N=12
	45-54 (SD)	49,57 (9,79) N=4000	40,2 (11,8) N=223	39,8 (11,5) N=42	41,3 (12,4) N=38	40,1 (11,8) N=143	41,4 (12,7) N=74
	55-64 (SD)	51,18 (10,14) N=3267	42,8 (12,6) N=422	41,4 (11,4) N=70	43,5 (12,6) N=79	43,0 (12,9) N=273	41,8 (12,4) N=141
	65-74 (SD)	51,99 (10,43) N=2590	41,7 (11,4) N=561	38,2 (11,3) N=70	42,0 (11,1) N=99	42,3 (11,4) N=392	43,1 (11,3) N=209
	75+ (SD)	49,46 (11,82) N=1377	40,4 (10,9) N=785	38,9 (10,5) N=170	39,9 (10,6) N=166	41,2 (11,0) N=449	42,2 (10,7) N=287

Skala PCS und MCS: 0 - 100, wobei 100 den perfekten Gesundheitszustand anzeigt.

Dieses Ergebnis spiegelt sich auch in der Beantwortung der Frage nach dem allgemeinen Gesundheitszustand wider (erste Frage des SF-12, 5-stufige Skala von ausgezeichnet bis schlecht). In der ersten Befragung gaben 47,3% und

in der zweiten Befragung 50 % der pflegenden Angehörigen an, dass sie ihren Gesundheitszustand im Allgemeinen als weniger gut beschreiben würden, während 39,4 % (2011) und 35,9 % (2013) ihren Gesundheitszustand als gut bezeichneten. Somit hat sich der allgemeine, subjektiv empfundene Gesundheitszustand zwischen 2011 und 2013 etwas verschlechtert.

Nun ist die Frage berechtigt, ob und wenn ja inwieweit sich die physische und mentale Gesundheit pflegender Angehöriger von der Normalbevölkerung unterscheidet. Da der SF-12 weit verbreitet ist und häufig eingesetzt wird, kann diese Frage gut beantwortet werden. Zum Vergleich wurden die Ergebnisse der SOEP-Stichprobe von 2004 herangezogen. Dabei ist jedoch darauf hinzuweisen, dass die Altersgruppen der Befragung von der Altersverteilung der Normstichprobe abweichen. Zum Vergleich der Stichproben (Norm- und Befragungsstichprobe) können Tabelle 32 die Skalenmittelwerte der jeweiligen Altersklasse – sowohl für die Norm- als auch für die Befragungsstichprobe – entnommen werden.

Zum Zeitpunkt der ersten Befragung zeigen sich die pflegenden Angehörigen ähnlich *physisch* gesund wie der altersgleiche Bundesdurchschnitt. Zur zweiten Befragung stellen sich die Befragten je Altersklasse allerdings etwas kränker dar. Bezüglich der *mental*en Gesundheit sind die Unterschiede zwischen dem Bundesdurchschnitt und den pflegenden Angehörigen größer und auch schon in der ersten Befragungswelle deutlich erkennbar: Die Pflegepersonen weisen über alle Altersklassen eine schlechtere mentale Gesundheit auf als die Vergleichspersonen der Normstichprobe. Die Pflegepersonen der ersten und der zweiten Befragungswelle ähneln sich bezüglich ihrer mentalen Gesundheit sehr. Die pflegenden Angehörigen derer, die zwischen 2011 und 2013 ins Heim gehen, haben 2011 zumeist eine etwas geringere mentale Gesundheit.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass die soziodemografischen Merkmale der Pflegepersonen sowohl über die Gruppen als auch über die Befragungswellen hinweg annähernd konstant geblieben sind. Hinsichtlich des Gesundheitszustandes ist festzuhalten, dass sich die physische Gesundheit und der allgemeine, subjektiv empfundene Gesundheitszustand etwas verschlechtert haben, wohingegen die mentale Gesundheit weitgehend gleich geblieben ist bzw. sich in einzelnen Altersgruppen sogar leicht verbessert hat. Ein Unter-

schied im Gesundheitszustand zwischen den pflegenden Angehörigen dieser Befragung und der altersgleichen Bevölkerung ist besonders deutlich im Bereich der mentalen Gesundheit erkennbar. Im Bereich der physischen Gesundheit fallen die Unterschiede zwischen den Stichproben erheblich geringer aus.

5.3.2 Determinanten der Inanspruchnahme zusätzlicher Betreuungsleistungen

Vorstehend wurden die soziodemografischen und gesundheitlichen Merkmale sowohl der PEA als auch der pflegenden Angehörigen vorgestellt. Hierauf aufbauend geht es nun darum, Determinanten zu ermitteln, welche die Inanspruchnahme der zusätzlichen Betreuungsleistungen begünstigen oder hemmen. Anhand dieser Analyse können mögliche Zugangsproblematiken erkannt werden und daraus Hinweise zu deren Beseitigung abgeleitet werden.

Für diese Analysen müssen die Anspruchsberechtigten nach denjenigen unterschieden werden, die die Leistungen in Anspruch nehmen und denjenigen, die dies nicht tun.⁴⁴ Dazu werden in Tabelle 33 zunächst die Nutzer von den Nicht-Nutzern nach verschiedenen Merkmalen differenziert betrachtet. Angegeben ist jeweils, welcher Anteil der Subgruppe die Leistungen nutzt. Im Anschluss daran erfolgt eine multivariate Analyse mittels einer logistischen Regression, um die Faktoren zu identifizieren, die auf die Inanspruchnahme der zusätzlichen Betreuungsleistungen einen statistisch signifikanten Einfluss haben.

68 % der 2.157 Pflegebedürftigen aus der ersten Befragung haben jemals in den Jahren 2011 bis 2013 zusätzliche Betreuungsleistungen in Anspruch genommen. Mit 70,9 % (2011) und 91,1 % (2013) wurden die Leistungen nach § 45b SGB XI am häufigsten von der Altersgruppe der 65 bis 69 Jährigen genutzt. In beiden Jahren nehmen die pflegebedürftigen Frauen mehr die Leistungen in Anspruch als die Männer. Unabhängig von Alter und Geschlecht nehmen Teilnehmer der Befragung im Jahr 2013 häufiger zusätzliche Betreuungsleistungen in Anspruch als diejenigen, die nur an der ersten Befragung teilgenommen haben.

⁴⁴ Alle Personen, die angeschrieben wurden, um an diesen zwei Befragungen teilzunehmen, sind PEA im Sinne des § 45a SGB XI und haben Anspruch auf die zusätzlichen Betreuungsleistungen nach § 45b SGB XI.

Tabelle 33: Inanspruchnahme der zusätzlichen Betreuungsleistungen in % (jemals in 2011 bis 2013)						
		2011			2013	
		Gesamt	Davon bis 2013....			Gesamt
			im Heim	verstorben	weder im Heim noch verstorben	
Gesamt		68,0 N=2157	65,0 N=389	55,1 N=401	72,6 N=1367	83,3 N=748
Alter der Pflege- bedürftigen	60 bis 64	53,1 N=96	33,3 N=6	14,3 N=7	57,8 N=83	63,0 N=46
	65 bis 69	70,9 N=148	86,7 N=15	60,0 N=20	70,8 N=113	91,1 N=56
	70 bis 74	68,5 N=314	57,1 N=49	59,5 N=42	72,6 N=223	81,6 N=125
	75 bis 79	69,5 N=420	79,0 N=62	47,5 N=80	73,7 N=278	82,7 N=168
	80 bis 84	71,7 N=520	68,2 N=110	64,1 N=92	75,2 N=318	87,7 N=171
	85 bis 89	69,0 N=432	60,6 N=104	56,0 N=100	78,5 N=228	85,2 N=115
	90 bis 94	58,3 N=175	52,8 N=36	55,0 N=40	61,6 N=99	79,2 N=53
	95 und älter	59,6 N=52	57,1 N=7	40,0 N=20	76,0 N=25	85,7 N=14
Geschlecht der Pflege- bedürftigen	Mann	66,1 N=1012	63,9 N=166	54,4 N=226	71,0 N=620	81,6 N=364
	Frau	69,7 N=1145	65,9 N=223	56,0 N=175	74,0 N=747	84,9 N=384
Prozent der Inanspruchnahme (Ja) pro Teilgruppe: Gesamt 2011/ Heim / Verstorben / Nicht im Heim oder verstorben / Gesamt 2013 (N=Gesamtzahl pro Gruppe)						

Als Begründung kommen mindestens zwei Aspekte in Frage. Erstens verbleibt für diejenigen, die ins Heim umziehen oder im Beobachtungszeitraum versterben weniger Zeit, um die Leistung zu nutzen. Dennoch unterscheiden sich auch diejenigen, die potentiell als Befragte in der zweiten Welle in Frage kamen von denjenigen, die dann geantwortet haben. Hier lässt sich somit zweitens auch noch ein Selektionseffekt vermuten, der darin besteht, dass vermehrt diejenigen antworten, die etwas mit dem Begriff "zusätzlicher Betreuungsleistungen" anfangen können – eben weil sie diese Leistungen nutzen.

Tabelle 34: Einfluss auf die Inanspruchnahme der zusätzlichen Betreuungsleistungen (logistische Regression) – Odds ratios					
	Modell 1	Modell 2	Modell 3	Modell 4	Modell 5
Pflegebedürftige:					
Alter (in Klassen)	1,0	1,0	1,0	1,1	1,1 *
Frau	1,1	1,2	1,2	1,3	1,5 *
Keine Pflegestufe	1,7 *	1,9 **	1,9 **	2,2 **	2,1 **
Pflegestufe II	1,0	0,9	0,9	1,0	1,0
Pflegestufe III	0,7 *	0,5 ***	0,5 ***	0,7 *	0,7 *
Äquivalenzeinkommen (Skala von 0-3)	1,1	1,2	1,2	1,2	1,2
Nach 2011 in ein Heim gekommen		0,8 *	0,8	0,8	0,8
Nach 2011 verstorben		0,5 ***	0,5 ***	0,5 ***	0,5 ***
EBI (2011) (Skala von 0-9)		0,2 ***	0,2 ***	0,3 ***	0,3 ***
IADL (2011) (Skala von 0-8)		0,9 **	0,9 **	0,8 ***	0,8 ***
Pflegepersonen:					
Tochter /Sohn			1,0		0,6
Schwester / Bruder			1,4		1,2
Onkel / Tante			1,3		0,5
Mutter / Vater			0,9		0,6
Schwiegertochter / -sohn			1,3		1,0
Cousin			0,4		13,5
Neffe			2,5		0,6
Nachbar			0,6		0,8
Sonstige			0,7		0,6
Alter (in Klassen)				1,0	0,9
Geschlecht - Frau				1,1	1,1
Allgemeiner Gesundheitszustand (1-Schlecht bis 5 - Ausgezeichnet)				1,1	1,2
Physische Gesundheit (Skala von 0-1)				0,2	0,3
Mentale Gesundheit (Skala von 0-1)				1,6	1,7
Qualität der Unterstützung (Skala von 4-19)				1,1 *	1,0 *
Negative Auswirkungen der Pflege (Skala von 7-30)				1,0	1,0
Positive Aspekte der Pflege (Skala von 4- 16)				0,9 **	0,9 **
***p<0,1% **p<1% *p<5%; (N=2157); Referenz: Mann, Pflegestufe I, Ehepartner/in Das Einkommen ist auf einer Skala von 0-3 anstatt von 0 bis 3000 € in das Modell einbezogen Altersklassen 0-8 (Unter 60, 60-64, 65-69, 70-74, 75-79, 80-84, 85-89, 90-94, 95 und älter)					

Um herauszufinden, welche Faktoren die Inanspruchnahme zusätzlicher Betreuungsleistungen beeinflussen, wurden mit Hilfe der logistischen Regression fünf verschiedene Modelle gerechnet. Als Grundlage der logistischen Regression dienen die Befragungsdaten aus dem Jahr 2011 (und den entsprechenden Routinedaten). Die 2011er Daten wurden aus mehreren Gründen herangezogen: Zum einen sollten die Faktoren abgebildet werden, die bereits zu Beginn des Untersuchungszeitraumes die Inanspruchnahme beeinflussten. Zum anderen sollte die Inanspruchnahme derer, die nach 2011 ins Heim gekommen oder verstorben sind, mitberücksichtigt werden. Darüber hinaus weist die Befragung aus dem Jahr 2011 eine größere Fallzahl auf.⁴⁵

Anhand der fünf Modelle soll die Stärke des Einflusses einiger Variablen unter Kontrolle anderer Variablen untersucht werden. Die Ergebnisse der logistischen Regression sind in Tabelle 34 dargestellt. Modell 1 berücksichtigt dabei nur die soziodemographischen Merkmale als Erklärungsvariablen. In Modell 2 wird zudem berücksichtigt, ob die PEA nach der ersten Befragungswelle verstorben oder ins Heim umgezogen ist und ob sie andernfalls für die Nachbefragung zur Verfügung standen. Weiterhin geht auch der Gesundheitszustand in das Modell mit ein. In Modell 3 wird ergänzend untersucht, ob die Beziehung zwischen PEA und Pflegeperson die Inanspruchnahme ebenfalls beeinflusst. Das vierte Modell untersucht ergänzend zu Modell 3 den Einfluss der personenbezogenen Merkmale der pflegenden Angehörigen, schließt jedoch die Variablen zu den Pflegepersonen aus. In Modell 5 wurde abschließend das Zusammenwirken der Variablen aus Modell 3 und 4 untersucht.

Modell 2 zeigt, dass Personen ohne Pflegestufe zusätzliche Betreuungsleistungen häufiger (1,9**) in Anspruch nehmen als Personen mit Pflegestufe I. Im Vergleich dazu nehmen Personen mit Pflegestufe III die Leistungen seltener (0,5***) in Anspruch. Ebenso nehmen auch die Personen, die nach 2011 verstorben sind, die zusätzlichen Betreuungsleistungen seltener in Anspruch als die Personen, die zwischen den Befragungszeitpunkten nicht verstorben sind. Das könnte jedoch darauf zurückzuführen sein, dass die Verstorbenen weniger

⁴⁵ Eine Ergänzung um Daten aus dem Jahr 2013 könnte aufgrund der Zeit, die zwischen den Befragungen liegt, zu Verzerrungen führen, und ist daher methodisch als problematisch zu bewerten.

Zeit hatten, die Leistungen zu nutzen (methodisches Problem). Bezüglich der Fähigkeiten der PEA ist auffällig, dass diejenigen mit einem hohen EBI und hohen IADL, also die Gesünderen, die zusätzlichen Betreuungsleistungen signifikant seltener in Anspruch nehmen als PEA mit geringeren Punktwerten. Höhere EBI-Punktwerte verringern dabei mehr die Inanspruchnahme als höhere IADL-Punktwerte. Modell 4 und 5 zeigen, dass im Gegensatz zum Zustand der PEA der Gesundheitszustand der pflegenden Angehörigen keinen signifikanten Einfluss auf die Inanspruchnahme der zusätzlichen Betreuungsleistungen hat. Bewerten die pflegenden Angehörigen die positiven Aspekte, die mit der Pflege einhergehen (anhand des COPE-Index gemessen), als ausgeprägt, geht damit eine leicht reduzierte Inanspruchnahme (auf dem 1 % Niveau signifikant) einher. Wird die Qualität der erhaltenen (formellen und informellen) Unterstützung ebenfalls als hoch bewertet, werden die § 45b SGB XI Leistungen tendenziell etwas häufiger in Anspruch genommen (Modell 4). Die Beziehung zwischen der Pflegeperson und der PEA hat keinen signifikanten Einfluss auf die Inanspruchnahme der zusätzlichen Betreuungsleistungen (Modell 3 und 5).

Die Ergebnisse dieser logistischen Regression lassen den Rückschluss zu, dass in Zukunft verstärkt darauf hingewirkt werden sollte, dass auch Anspruchsberechtigte mit besseren kognitiven Fähigkeiten und einer höheren Alltagskompetenz zusätzliche Betreuungsleistungen nutzen. Ebenso könnten auch pflegende Angehörige, welche die Aspekte, die mit der Pflege einhergehen, als positiv bewerten, verstärkt auf die Möglichkeit der zusätzlichen Betreuungsleistungen hingewiesen werden. Auf diese Weise könnte sichergestellt werden, dass diese Aspekte auch zukünftig als positiv bewertet werden.

5.3.3 Effekte der Inanspruchnahme der zusätzlichen Betreuungsleistungen nach § 45b SGB XI auf den Gesundheitszustand der Pflegebedürftigen und der pflegenden Angehörigen

In den vorstehenden Abschnitten wurde ausführlich auf die Beschreibung der soziodemografischen Merkmale und des Gesundheitszustandes sowie auf die Faktoren, welche die Inanspruchnahme zusätzlicher Betreuungsleistungen

begünstigen, eingegangen. Nunmehr soll gefragt werden, inwieweit die Veränderung des Gesundheitszustands von PEA und Pflegeperson zwischen den zwei Befragungszeitpunkten mit der Inanspruchnahme zusätzlicher Betreuungsleistungen assoziiert ist. Diese Fragestellung wird zum einen deskriptiv und zum anderen multivariat untersucht. Dazu wird in Abschnitt 5.3.3.1 die Methodik beider Untersuchungsvarianten beschrieben bevor die Ergebnisse dieser Analysen für die PEA in Abschnitt 5.3.3.2 und für die pflegenden Angehörigen in Abschnitt 5.3.3.3 vorgestellt werden. Abschließend wird in Abschnitt 5.3.3.4 ein Zwischenfazit gezogen.

5.3.3.1 Methodik

Grundgedanke der nachstehenden Untersuchung, inwieweit die Veränderung des Gesundheitszustands von PEA und Pflegeperson zwischen den zwei Befragungszeitpunkten mit der Inanspruchnahme zusätzlicher Betreuungsleistungen assoziiert ist, ist, dass sich die Personenkreise, die die zusätzlichen Betreuungsleistungen 2011 in Anspruch genommen haben, zwar unterscheiden, sich diese Unterschiede aber in den Ausgangswerten 2011 in Bezug auf den Gesundheitszustand niederschlagen und den weiteren Verlauf der Gesundheitsstatusänderung nicht mehr signifikant beeinflussen. Ein Vergleich der Veränderungen seit 2011 ergibt dann Hinweise auf den Kausaleffekt der Inanspruchnahme (difference-in-difference Ansatz siehe Legewie 2012). Für diese Untersuchung werden gültige Fälle zu zwei Messzeitpunkten benötigt, um Veränderungen abbilden zu können. Deshalb können für die folgenden Analysen nur die Daten der 748 Teilnehmer herangezogen werden, die an beiden Befragungen teilgenommen haben. Nutzer sind definiert als diejenigen Pflegebedürftigen, die jemals in den Jahren 2011 bis 2013 zusätzliche Betreuungsleistungen nach § 45b SGB XI in Anspruch genommen haben. Demgegenüber sind Nicht-Nutzer definiert als diejenigen Pflegebedürftigen, die in den Jahren 2011 bis 2013 keine zusätzlichen Betreuungsleistungen nach § 45b SGB XI in Anspruch genommen haben.

Die Frage, inwieweit die Veränderung des Gesundheitszustands von PEA und Pflegeperson zwischen den zwei Befragungszeitpunkten mit der Inanspruchnahme zusätzlicher Betreuungsleistungen assoziiert ist, wird zunächst *deskriptiv*, mittels Vergleich der Veränderung der Mittelwerte, und darauf aufbauend

mittels *multivariater Analysen* untersucht, um die Stärke des Effektes zu erfahren und den möglichen Einfluss weiterer Variablen zu kontrollieren. Ob sich der Zustand hinsichtlich der kognitiven Fähigkeiten oder der instrumentellen Aktivitäten des täglichen Lebens einer PEA oder bezüglich der physischen oder mentalen Gesundheit eines pflegenden Angehörigen verbessert oder verschlechtert hat, wurde ermittelt, indem geprüft wurde, ob ein vorher festgelegter Schwellenwert über- oder unterschritten wurde. Nicht verändert hat sich der Zustand einer Person demnach dann, wenn der Schwellenwert weder über- noch unterschritten wurde. Die Schwellenwerte wurden nach der Inaugenscheinnahme der Veränderungsverteilung unter Berücksichtigung der jeweiligen Fallzahl für die physische Gesundheit (PCS) und die mentale Gesundheit (MCS) auf 45 (pflegende Angehörige), für den erweiterten Barthel-Index (EBI) auf 30 und für die instrumentellen Aktivitäten des täglichen Lebens (IADL) auf 1 festgelegt (PEA). Ein besonderes Augenmerk wurde bei der Festlegung der Schwellenwerte darauf gelegt, die Personen mit schlechtem Gesundheitszustand und daraus folgend die Verbesserung (2011 unterhalb des Schwellenwertes; 2013 oberhalb des Schwellenwertes) gut abbilden zu können. Dazu durfte der Schwellenwert nicht zu tief angesetzt werden, da sonst zu wenige Personen unterhalb des Schwellenwertes gewesen wären, bzw. nicht zu hoch, da sonst auch moderatere bzw. bessere Gesundheitszustände in die Analyse einbezogen würden. Darüber hinaus haben weitergehende (hier nicht dokumentierte) Analysen gezeigt, dass leichte Veränderungen der Schwellenwerte in beide Richtungen nur die Stärke, nicht aber die Richtung des Effektes ändern würden. Die abhängige Variable ist jeweils das Überschreiten der Schwellenwerte (1) im Vergleich zu denjenigen, die unterhalb des Schwellenwertes geblieben sind (0) bzw. das Unterschreiten des Schwellenwertes (1) im Vergleich zu denjenigen, die oberhalb des Schwellenwertes geblieben sind (0).

Im Folgenden werden diese Analysen zunächst für die Pflegebedürftigen (Abschnitt 5.3.3.2) und im Anschluss für die pflegenden Angehörigen (Abschnitt 5.3.3.3) dargestellt.

5.3.3.2 Veränderung des Gesundheitszustands der Pflegebedürftigen

Tabelle 35: Veränderung des erweiterten Barthel-Index und der IADL der Pflegebedürftigen von 2011 zu 2013 (Mittelwerte)						
	Nutzer in 2011 bis 2013 (N=623)			Nicht-Nutzer in 2011 bis 2013 (N=125)		
	2011	2013	Differenz	2011	2013	Differenz
EBI (Mittelwert)	35,2	27,8	-7,4	47,1	43,6	-3,5
IADL (Mittelwert)	0,8	0,5	-0,3	1,2	1,2	0
Der EBI kann Werte zwischen 0 und 90 und die IADL zwischen 0 und 8 annehmen. In beiden Fällen steht „0“ für das schlechteste Ereignis und „8“ bzw. „90“ für das beste Ereignis.						

Wie Tabelle 35 zeigt, verschlechtert sich der EBI für die *Pflegebedürftigen* sowohl bei den Nutzern als auch bei den Nicht-Nutzern. Der EBI der Nutzer der Leistungen nach § 45b SGB XI verschlechtert sich um 7,4 Punkte, während der durchschnittliche EBI-Punktwert bei den Nicht-Nutzern um 3,5 Punkte abnahm. Die Veränderung der IADL zeigt ähnliche Tendenzen. Nahmen die IADL-Werte bei den Nutzern durchschnittlich um 0,3 Punkte ab, änderte sich der Durchschnittswert bei den Nicht-Nutzern nicht. Die Nutzer haben also nicht nur 2011 bereits einen schlechteren Gesundheitszustand, vielmehr ist auch die Verschlechterung des Gesundheitszustands in den beiden Folgejahren ausgeprägter. Dies könnte ein Effekt der Inanspruchnahme der zusätzlichen Betreuungsleistungen sein. Wahrscheinlicher ist aber auch hier die „reversed causality“: Weil der Gesundheitszustand der Pflegebedürftigen schlechter ist und sich auch schneller verschlechtert, werden die zusätzlichen Betreuungsleistungen in Anspruch genommen. Die Tendenz zur Gesundheitszustandsverschlechterung wäre dann kausal für die Inanspruchnahme verantwortlich und nicht umgekehrt.

Wie stellt sich das nun in den multivariaten Analysen dar? Tabelle 36 zeigt, dass die Inanspruchnahme zusätzlicher Betreuungsleistungen auf die *Verbesserung der kognitiven Fähigkeiten* (EBI) über den Schwellenwert hinaus einen positiven Einfluss hat, wenn die kognitiven Fähigkeiten 2011 gut – aber noch unterhalb des Schwellenwertes – waren und die Variablen Alter, Geschlecht, Pflegestufe und Äquivalenzeinkommen kontrolliert werden (Modell 3). In Modell 1 und 2 wurde diese Fragestellung anhand unterschiedlicher Erklärungsvariablen untersucht, jedoch kein Effekt gefunden.

Tabelle 36: Logistische Regression zur Verbesserung des EBI der PEA			
	Modell 1 (OR)	Modell 2 (OR)	Modell 3 (OR)
45b-Leistungen in Anspruch genommen	0,152	0,134	0,077
Interaktion: 45b-Leistungen und EBI 2011	1,089	1,103	1,176 *
EBI 2011 (Skala von 0-9)	1,008	1,006	0,965
Altersklassen		0,952	0,965
Frau		1,009	0,638
Pflegestufe 2011		1,138	1,110
Äquivalenzeinkommen PEA 2011 (Skala von 0-3)			1,129
***p<0,1% **p<1% *p<5%; Referenz: 45b-Leistungen nicht in Anspruch genommen, Mann Das Einkommen ist auf einer Skala von 0-3 anstatt von 0 bis 3000 € in das Modell einbezogen Altersklassen 0-8 (Unter 60, 60-64, 65-69, 70-74, 75-79, 80-84, 85-89, 90-94, 95 und älter)			

Weitere (hier nicht dokumentierte) Analysen zeigten, dass die Inanspruchnahme der zusätzlichen Betreuungsleistungen keinen Einfluss auf die Verschlechterung der kognitiven Fähigkeiten aufweist.

Eine Untersuchung der Wirkung der zusätzlichen Betreuungsleistungen auf die Veränderung der *instrumentellen Aktivitäten des täglichen Lebens* (hier ebenfalls nicht dargestellt) hat gar keine signifikanten Ergebnisse erbracht. Die multivariaten Analysen deuten also darauf hin, dass die zusätzlichen Betreuungsleistungen somit eher helfen, die verbliebenen kognitiven Fähigkeiten als die funktionale Alltagskompetenz der Pflegebedürftigen zu steigern.

5.3.3.3 Veränderung des Gesundheitszustands der Angehörigen

Deskriptiv betrachtet, hat sich der Gesundheitszustand der *pflegenden Angehörigen* von 2011 auf 2013 kaum verändert (vgl. Tabelle 37). Der allgemeine Gesundheitszustand der pflegenden Angehörigen ist für Angehörige von Nutzern und Nicht-Nutzern gleich – und ändert sich auch in gleichem Umfang. Ebenso sind die physischen Gesundheitszustände sehr ähnlich. Die mentale Gesundheit der pflegenden Angehörigen von Nicht-Nutzern war allerdings etwas besser als die der Angehörigen der Nutzer. Da die Betreuungsleistungen auch gerade solche Leistungen umfassen, in denen die Angehörigen nicht physisch sondern eher mental entlastet werden, scheint sich der Bedarf hier

auch in Nutzung niederschlagen. Die Veränderungsraten der pflegenden Angehörigen von Nutzern und Nie-Nutzern ähneln sich aber sehr, so dass kausale Effekte anhand dieser Untersuchungen nicht erkennbar sind.

Tabelle 37: Veränderung des subjektiven Gesundheitsempfindens der pflegenden Angehörigen von 2011 zu 2013						
	Nutzer in 2011 bis 2013 (N=623)			Nie-Nutzer in 2011 bis 2013 (N=125)		
	2011	2013	Differenz	2011	2013	Differenz
Allgemeiner Gesundheitszustand	2,5	2,4	-0,1	2,5	2,4	-0,1
Physische Gesundheit (PCS) (Mittelwert)	44,3	43,4	-0,9	43,8	42,6	-1,2
Mentale Gesundheit (MCS) (Mittelwert)	41,5	41,8	+0,3	43,6	44,1	+0,5
Skala zum allgemeinen Gesundheitszustand: 5: Ausgezeichnet; 4: Sehr gut; 3: Gut; 2: Weniger gut; 1: Schlecht; Die Skala zur physischen und mentalen Gesundheit reicht von 0 bis 100, wobei 100 den perfekten Gesundheitszustand anzeigt.						

Auch für die pflegenden Angehörigen wurden logistische Regressionen zur Beantwortung der Fragestellung, inwieweit die Inanspruchnahme zusätzlicher Betreuungsleistungen positive Effekte auf den Gesundheitszustand hat, durchgeführt, um die Stärke des Effektes zu ermitteln und weitere mögliche Einflussvariablen zu kontrollieren. Analog zu den Pflegebedürftigen wurde auch diese Gruppe anhand eines Schwellenwertes geteilt (Erläuterungen zum Schwellenwert siehe Abschnitt 5.3.3.1). Die unterhalb des Schwellenwertes liegen, können sich über den Schwellenwert verbessern, und die über dem Schwellenwert liegen, können unter den Schwellenwert zurückfallen. Statistisch signifikante Effekte der Inanspruchnahme der zusätzlichen Betreuungsleistungen auf die Veränderung der *physischen Gesundheit* von pflegenden Angehörigen zeigen sich anhand der logistischen Regression (Tabelle 38) nur in Richtung der Verbesserung der physischen Gesundheit (Modell 1-3). Dieser Effekt ist jedoch abhängig von den IADL der Pflegebedürftigen (Interaktion): Weisen die PEA eine bessere Alltagskompetenz auf (im Jahr 2011) und nehmen gleichzeitig die zusätzlichen Betreuungsleistungen in Anspruch (jemals in 2011 bis 2013), ist die Chance, dass sich die physische Gesundheit der pflegenden Angehörigen über den Schwellenwert hinaus verbessert, statistisch signifikant erhöht. Mit anderen Worten: Die zusätzlichen Betreuungsleistungen haben einen umso

besseren Effekt auf die Gesundheit der Pflegenden, je weniger stark die Pflegebedürftigen körperlich eingeschränkt sind. Hinsichtlich der Verschlechterung der physischen Gesundheit – also dem Unterschreiten des Schwellenwertes – zeigen die zusätzlichen Betreuungsleistungen hingegen keinen signifikanten Effekt (hier nicht dargestellt).

Tabelle 38: Logistische Regression zur Verbesserung der physischen Gesundheit der pflegenden Angehörigen			
	Modell 1 (OR)	Modell 2 (OR)	Modell 3 (OR)
45b Leistungen in Anspruch genommen	3,7	2,31	2,31
Interaktion: 45b-Leistungen und PCS 2011	1,0	1,0	1,0
Interaktion: 45b-Leistungen und IADL 2011	2,2 *	2,1 *	2,1 *
Interaktion: 45b-Leistungen und EBI 2011	1,0	1,0	1,0
Geschlecht der Pflegeperson - Frau	1,0	1,1	1,1
Altersklassen der Pflegeperson	1,0	0,9	0,9
EBI 2011 (Skala von 0-9)	1,0 *	1,0	1,0
IADL 2011 (Skala von 0-8)	0,6	0,6	0,6
Physische Gesundheit 2011 (Skala von 0-1)	1,0	1,0	1,0
Äquivalenzeinkommen der Pflegeperson 2011 (Skala von 0-3)		1,3	1,3
Pflegestufe 2011			0,9
Qualität der Unterstützung (Skala von 4-19)			1,0
Negative Auswirkungen der Pflege (Skala von 7-30)			0,9
Positive Aspekte der Pflege (Skala von 4-16)			1,0
***p<0,1% **p<1% *p<5%; Referenz: 45b-Leistungen nicht in Anspruch genommen, Pflegeperson – Mann Das Einkommen ist auf einer Skala von 0-3 anstatt von 0 bis 3000 € in das Modell einbezogen Altersklassen 0-8 (Unter 60, 60-64, 65-69, 70-74, 75-79, 80-84, 85-89, 90-94, 95 und älter)			

Die *mentale Gesundheit* der pflegenden Angehörigen wird ebenfalls durch die Inanspruchnahme der zusätzlichen Betreuungsleistungen mit beeinflusst (hier jedoch nicht dargestellt, da sich die Ergebnisse ähnlich zu den bereits dargestellten Modellen der physischen Gesundheit verhalten). Weist ein pflegender Angehöriger 2011 für die mentale Gesundheit einen Wert knapp unterhalb des Schwellenwertes auf, wird dieser sehr wahrscheinlich bis 2013 auch überschritten. Weist eine Person für die mentale Gesundheit einen Wert auf, der (im Jahr 2011) weit oberhalb des Schwellenwertes liegt, wird dieser mit hoher Wahrscheinlichkeit nicht unterschritten. Dies klingt trivial, ist es aber nicht, da die eben beschriebenen Effekte nur bei denjenigen auftreten, die die zusätzlichen Betreuungsleistungen in Anspruch nehmen. Zusammenfassend lässt sich also festhalten, dass die zusätzlichen Betreuungsleistungen die Veränderung der physischen und mentalen Gesundheit zwar positiv beeinflussen können, aber nur unter bestimmten Voraussetzungen bzw. in bestimmten Konstellationen.

5.3.3.4 Zwischenfazit

Um es den Pflegebedürftigen zu ermöglichen, möglichst lange in häuslicher Umgebung zu leben, ist es wichtig, den Gesundheitszustand der Pflegenden im Fokus zu haben. Die Auswertungen der Wirkungen der zusätzlichen Betreuungsleistungen auf die Gesundheit der pflegenden Angehörigen geben hier wichtige Hinweise, da auch Grenzen der Wirksamkeit der zusätzlichen Betreuungsleistungen aufgezeigt werden konnten: diese setzen eine zumindest moderate bis gute funktionale Gesundheit der Pflegebedürftigen voraus. Unter bestimmten Voraussetzungen können die zusätzlichen Betreuungsleistungen jedoch zur Entlastung der pflegenden Angehörigen beitragen. Dabei haben die zusätzlichen Betreuungsleistungen – anders als von manchen pflegenden Angehörigen vermutet – keine negativen Auswirkungen auf die Pflegebedürftigen.

5.3.4 Heimeintrittswahrscheinlichkeit der Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz

In den vorherigen Abschnitten konnte gezeigt werden, dass zusätzliche Betreuungsleistungen zumindest teilweise einen Beitrag sowohl zur physischen und mentalen Gesundheit der pflegenden Angehörigen als auch zur Gesund-

heit der Pflegebedürftigen leisten. Vor dem Hintergrund dieser Befunde ist zu vermuten, dass die zusätzlichen Betreuungsleistungen ebenfalls einen positiven Einfluss auf einen Heimeintritt ausüben und diesen evtl. hinauszögern helfen – was bei der Einführung der zusätzlichen Betreuungsleistungen als weiteres Ziel formuliert wurde.

Bislang gibt es keine quantitativen Aussagen, inwieweit professionelle Unterstützung der pflegenden Angehörigen durch Entlastungsangebote wie z. B. Kurzzeit- oder Verhinderungspflege zum erhöhten oder verminderten Heimeintritt führt (Maayan et al. 2014). Dem gegenüber konnte jedoch bereits gezeigt werden, dass der Heimeintritt eines an Demenz erkrankten Pflegebedürftigen durch psychosoziale Unterstützung der pflegenden Angehörigen herausgezögert werden kann (Vernooij-Dassen et al. 2011). Mittelman et al. (2006) berichten von einer Verringerung der Heimeintrittswahrscheinlichkeit von 28,3%, wenn der pflegende Ehepartner professionelle Unterstützung durch Beratung erhielt. Deutsche Untersuchungen zu diesem Thema liegen bislang jedoch noch nicht vor und internationale Erfahrungen sind angesichts der spezifischen institutionellen Regelungen in verschiedenen Ländern kaum übertragbar.

Anhand der Versichertenbefragung der BARMER GEK kann auch dieser Fragestellung nachgegangen werden. Dazu wurden vier Cox-Regressionsmodelle durchgeführt, deren Ergebnisse zeigen, welche Faktoren auf den Heimeintritt signifikanten Einfluss nehmen. Die vier Modelle unterscheiden sich jeweils hinsichtlich der hinzugezogenen Kontrollvariablen. Während Modell 1 neben der Frage nach der Inanspruchnahme nur die soziodemografischen Angaben der PEA aufweist, werden in Modell 2 und 3 auch mögliche Interaktionseffekte zwischen der Inanspruchnahme der zusätzlichen Betreuungsleistungen und den kognitiven Fähigkeiten bzw. der Alltagskompetenz unter Hinzunahme der Pflegestufe untersucht. In Modell 4 werden die Variablen aus Modell 2 und 3 zusammengefügt und ergänzt um die Variablen zu den Pflegepersonen.

Das Ergebnis der Cox-Regression zeigt zunächst im Modell 1 in der Tabelle 39 keinen signifikanten Unterschied bezüglich des Heimeintritts zwischen Nutzern und Nicht-Nutzern der 45b-Leistungen. Das relative Risiko eines Heimeintritts pro Quartal im Jahr 2012 wird mit 1,3 angegeben (=30% erhöhte Wahrscheinlichkeit), ist aber nicht signifikant.

Tabelle 39: Cox-Regression zum Heimeintritt im Jahr 2012 (in Quartalen) – Relative Risiken (RR)				
	Modell 1	Modell 2	Modell 3	Modell 4
Pflegerbedürftige/r				
Betreuungsleistungen 2011 in Anspruch genommen	1,3	2,4 **	1,6 **	2,3 *
Interaktion: Inanspruchnahme 2011 und EBI (Werte 0–9)		0,2 *		0,3
Interaktion: Inanspruchnahme 2011 und IADL (Werte 0–8)			0,7 *	0,8
Alter in Klassen	1,2 ***	1,2 **	1,2 **	1,2 **
Pflegerbedürftige Frau	1,1	1,2	1,2	1,2
Äquivalenzeinkommen in Klassen	1,0	1,1	1,1	1,0
EBI (Skala umgerechnet in Werte von 0-9)		0,4	0,2 ***	0,5
IADL (Skala 0-8)		1,1	1,2 **	1,2
Pflegestufe		0,7 **	0,7 **	0,7 **
Pflegerbedürftige/r Angehörige/r				
Alter in Klassen				1,0
Pflegerbedürftige – Frau				1,0
Allgemeiner Gesundheitszustand PA (1-Schlecht bis 5 - Ausgezeichnet)				1,1
Physische Gesundheit (Skala umgerechnet in Werte von 0-1)				0,8
Mentale Gesundheit (Skala umgerechnet in Werte von 0-1)				1,1
Qualität der Unterstützung (Skala 4-19)				1,0
Negative Aspekte der Pflege (Skala 7-30)				1,0
Positive Aspekte der Pflege (Skala 4-16)				0,9
***p<0,1% **p<1% *p<5%; Referenz: Pflegerbedürftiger Mann; Ehepartner(in); pflegender Angehöriger – Mann; (N=1511)				
Einkommensklassen 0-5 für 0-<500, 500-<1000, 1000-<1500, 1500-<2000, 2000-<2500, 2500-<				
Altersklassen 0-8 (Unter 60, 60-64, 65-69, 70-74, 75-79, 80-84, 85-89, 90-94, 95 und älter)				

Werden aber zusätzlich die kognitiven Fähigkeiten, die Alltagskompetenz und die Interaktionseffekte dieser beiden Merkmale mit der Inanspruchnahme der 45b-Leistungen berücksichtigt, dann ändert sich das Bild (Tabelle 39, Modelle 2–4). Das relative Risiko wird in diesen drei Modellen mit signifikanten Werten größer als 1 wiedergegeben. In den differenzierteren Modellen liegen die ge-

fundenen relativen Risiken bei 2,4, 1,6 bzw. 2,3. Das heißt, das Risiko innerhalb eines Quartals ins Pflegeheim umzuziehen, liegt bei den Beziehern von Betreuungsleistungen ca. doppelt so hoch wie bei denjenigen, die die Leistung nicht in Anspruch nehmen (jeweils unter Kontrolle der weiteren Variablen). In den differenzierten Modellen sind aber auch Interaktionseffekte der Inanspruchnahme zusätzlicher Betreuungsleistungen mit den kognitiven Fähigkeiten (EBI) sowie mit der Alltagskompetenz (IADL) berücksichtigt. Diese Interaktionseffekte zeigen, dass Personen mit guten kognitiven Fähigkeiten bei Nutzung der Leistungen nach § 45b SGB XI seltener in ein Heim kommen als ohne Nutzung der Leistungen (Modell 2). Dieser Effekt tritt etwas schwächer auch bei den IADL auf (Modell 3). Im Haupteffekt wirkt der IADL relativ neutral (1,1; 1,2**; 1,2). Der Haupteffekt der EBI wirkt ausgeprägter, auch wenn die Effekte überwiegend nicht signifikant sind (0,4; 0,2***; 0,5). Im Zusammenwirken der Haupteffekte (Inanspruchnahme und EBI bzw. IADL) mit den Interaktionseffekten (Inanspruchnahme zusammen mit EBI bzw. zusammen mit IADL) wird somit mit besseren kognitiven Fähigkeiten und mit besserer Alltagskompetenz eine Verminderung des Heimeintritts deutlich. Multipliziert sich beispielsweise die Inanspruchnahme mit einer um den Wert 1 gesteigerten kognitiven Fähigkeit (EBI-Punktwert), dann ergibt sich ein relatives Risiko von $2,4 \cdot 0,2 \cdot 0,4 = 0,192$ aus Modell 2. In anderen Worten: Je höher die Kompetenz noch ist, desto wirkungsvoller ist die zusätzliche Betreuungsleistung hinsichtlich der Vermeidung des Heimeintritts. Sind Alltagskompetenz und kognitive Fähigkeiten schon am geringsten Niveau angekommen (EBI=0 und IADL=0), dann wird die Inanspruchnahme von zusätzlichen Betreuungsleistungen sogar von einem zügigen Übergang ins Pflegeheim begleitet.

Darüber hinaus zeigen die Regressionsmodelle, dass die Heimeintrittswahrscheinlichkeit der PEA – wie erwartet – vom Alter abhängig ist. Pflegebedürftige mit steigender Pflegestufe kommen hingegen seltener in ein Heim (Modell 2-4). Die Charakterisierung der Pflegebedürftigen in Abschnitt 5.3.1.2 hat schon gezeigt, dass von den 363 Personen, die nach 2011 in ein Heim gekommen sind, 52,9 % Pflegestufe I, 38,9 % Pflegestufe II und nur 8,2 % Pflegestufe III hatten. Dieses Ergebnis lässt vermuten, dass das familiäre Umfeld der Pflegebedürftigen, die mit Pflegestufe II oder III in der Häuslichkeit gepflegt werden, bereits an die besonderen Bedarfe der Pflegebedürftigen angepasst ist

und so seltener ein Wechsel in ein Heim stattfindet. Im Gegensatz dazu gibt es Familien, die die Pflege zwar zu Beginn der Pflegekarriere, aber nicht langfristig bewältigen können, sodass die pflegebedürftige Person dann eher in einem Heim untergebracht wird. In weiteren Modellen (hier nicht dokumentiert) wurde untersucht, ob die Beziehung zwischen Pflegeperson und PEA ebenfalls einen Einfluss auf die Heimeintrittswahrscheinlichkeit hat. Diese Vermutung konnte jedoch nicht bestätigt werden.

Modell 4 zeigt, dass eine gute physische Gesundheit der pflegenden Angehörigen auf eine verminderte Heimeintrittswahrscheinlichkeit hindeutet, wenn auch nicht statistisch signifikant. Ebenso verhält es sich, wenn die positiven Aspekte, die mit der Pflege einhergehen (gemessen anhand des COPE-Index) als hoch bewertet werden. Darüber hinaus zeigt Modell 4, dass der Heimeintritt eher auf den Zustand der PEA denn auf die physische oder mentale Gesundheit bzw. auf das Belastungsempfinden der pflegenden Angehörigen zurückzuführen ist. Der Heimeintritt kann folglich eher dann durch die zusätzlichen Betreuungsleistungen hinausgezögert werden, wenn die PEA eine gute kognitive Fähigkeit bzw. eine hohe Alltagskompetenz aufweisen.

5.3.5 Bewertung der zusätzlichen Betreuungsleistungen

Abschließend geht es um die Bewertung zusätzlicher Betreuungsleistungen durch die Betroffenen und die Veränderung, die sich diesbezüglich von 2011 bis 2013 ergeben haben. Diese Bewertung lässt Hinweise darauf zu, warum die Leistungen nicht in Anspruch genommen werden und bietet Ansatzpunkte für zukünftige Verbesserungen der Leistungen und ihrer Vermarktung.

Die Bewertung der zusätzlichen Betreuungsleistungen wird zum einen quantitativ anhand einer standardisierten Frage (Abschnitt 5.3.5.1) und zum anderen qualitativ anhand einer offenen, freitextlich zu beantwortenden Frage (Abschnitt 5.3.5.2) dargestellt.

5.3.5.1 Quantitative Auswertung

Um die Veränderung der Bewertung abbilden zu können, werden gültige Fälle zu zwei Messzeitpunkten benötigt. Deshalb können für die folgende Analyse nur die Daten der 748 Teilnehmer herangezogen werden, die an beiden Befra-

gungen teilgenommen haben. Nutzer sind definiert als diejenigen Pflegebedürftigen, die jemals in den Jahren 2011 bis 2013 zusätzliche Betreuungsleistungen nach § 45b SGB XI in Anspruch genommen haben. Demgegenüber sind Nicht-Nutzer definiert als diejenigen Pflegebedürftigen, die in den Jahren 2011 bis 2013 keine zusätzlichen Betreuungsleistungen nach § 45b SGB XI in Anspruch genommen haben.

Tabelle 40 zeigt die Ergebnisse der standardisierten Frage zur Bewertung der zusätzlichen Betreuungsleistungen als Mittelwerte getrennt für die Nutzer und Nicht-Nutzer der zusätzlichen Betreuungsleistungen. Die pflegenden Angehörigen konnten die zu bewertende Aussage auf einer Skala von 1 (trifft voll zu) bis 7 (trifft gar nicht zu) beantworten – je kleiner also der Mittelwert umso mehr wird der Aussage zugestimmt und umgekehrt.

Tabelle 40: Bewertung der zusätzlichen Betreuungsleistungen nach § 45n SGB XI nach Inanspruchnahme (Mittelwerte)						
Zu bewertende Aussage	Nutzer 2011–2013 (N=623)			Nicht-Nutzer 2011–2013 (N=125)		
	2011	2013	Diff.	2011	2013	Diff.
Ich kenne genügend Anbieter von Betreuungsleistungen.	3,44	3,16	-0,28	4,19	3,41	-0,78
Ich weiß, wie man die Betreuungsleistungen bei der Pflegekasse beantragt.	2,53	2,24	-0,29	3,85	2,72	-1,13
Die angebotenen Zeiten der Betreuung passen gut in unseren Tagesplan.	2,58	2,94	0,36	4,35	4,12	-0,23
Der Zeitaufwand ist zu hoch, um die Leistungen zu organisieren.	5,15	5,00	-0,15	3,65	4,63	0,98
Es gibt zu viel Bürokratie mit der Abrechnung.	4,53	4,46	-0,07	2,17	3,11	0,94
Wir brauchen niemanden, der uns bei der Betreuung hilft.	5,60	5,60	0,00	4,38	4,30	-0,08
Mir ist es lieber, wenn ich die Betreuung übernehme.	4,11	4,10	-0,01	2,29	2,51	0,22
Skala: 1: Trifft voll zu bis 7: Trifft gar nicht zu						

Angehörige von Nutzern kennen sich insgesamt besser mit den Angeboten aus. So gibt es mehr Kenntnisse über die Anbieter von Betreuungsleistungen und mehr Erfahrungen bei der Beantragung von Betreuungsleistungen. Dies zeigt sich in den Einschätzungen zu den Aussagen „Es gibt zu viel Bürokratie mit der Abrechnung“ und „Der Zeitaufwand ist zu hoch, um die Leistungen zu

organisieren“. Nutzer können zudem die Angebote auch besser in ihren Tagesablauf einpassen. Umgekehrt sehen sich Nicht-Nutzer einerseits durch den Organisationsaufwand überfordert, haben aber andererseits auch keinen so großen Bedarf. Dieser Aspekt bietet einen Ansatzpunkt für zukünftige Optimierungen, indem z. B. Nicht-Nutzer besser über den tatsächlichen Organisationsaufwand und das Abrechnungsverfahren aufgeklärt werden.

Darüber hinaus ist auffällig, dass die Bewertung der zusätzlichen Betreuungsleistungen 2013 durchschnittlich besser ausfällt als noch 2011. Es kann also davon ausgegangen werden, dass die Leistungen und ihr Nutzen im Laufe der Zeit bekannter geworden sind.

5.3.5.2 Qualitative Auswertung

Die Pflegepersonen hatten jeweils am Ende der Befragung zu den Pflege- und Betreuungsleistungen die Möglichkeit, in einem Freitext individuelle Ideen, Gedanken, Erfahrungen, Vorschläge sowie Kommentare mitzuteilen, insbesondere im Zusammenhang mit den zusätzlichen Betreuungsleistungen nach § 45b SGB XI. Methodisch wurde die qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring angewendet, um die in den Freitexten am häufigsten genannten Inhalte der befragten Pflegepersonen erfassen zu können. Diese Inhalte konnten sechs Kategorien⁴⁶ zugeordnet werden.

5.3.5.2.1 Lebensumstände in der Pflegesituation und die mit der Pflege einhergehenden physischen und psychischen Belastungen der Pflegepersonen

Die Pflegepersonen befinden sich mit der häuslichen Pflege zumeist in einer schwierigen und belastenden Situation. Gerade zu Beginn besteht Ungewissheit und Angst, wie dieser Umstand ohne fremde Hilfe zu schaffen ist. Im Laufe der Zeit jedoch „kommt die Erfahrung: Man wächst an seinen Aufgaben!“ (453). Insbesondere die (partielle) Unterstützung und der soziale Rückhalt durch die

⁴⁶ Es ist zu beachten, dass sich die Kategorien teilweise reziprok bedingen. Dabei werden in der Analyse einige sprachlich gut formulierte Textteile der Pflegepersonen in zitierter Form dargestellt, die entweder einen vielfach genannten Sachverhalt oder eine andere thematisch interessante und relevante Äußerung beinhalten. Diese Zitate werden in Klammern mit der Fragebogennummer gekennzeichnet, die sich durch die jeweilige Reihenfolge der Dateneingabe ergab.

Familie, Freunde oder Nachbarn werden als sehr hilfreich und wichtig empfunden, um die häusliche Pflege überhaupt dauerhaft gewährleisten zu können.

Aufgrund der permanenten Pflege und Betreuung haben die Pflegepersonen selten bis nie eigene freie Zeit zur Verfügung. Durch die fehlende Zeit und Spontaneität können die eigenen sozialen Kontakte nur noch mit großer Schwierigkeit aufrechterhalten werden, sodass diese mit fortschreitender Pflegedauer kaum bis gar nicht mehr vorhanden sind. Zu diesen Belastungen kommen auch berufliche und finanzielle Einschränkungen, da zumeist der Beruf aufgrund der schwierigen Vereinbarkeit mit der häuslichen Pflege aufgegeben wird. Außerdem verfügen die pflegebedürftigen Personen meistens nur über eine kleine Rente, wodurch sich der finanzielle Spielraum weiter verringert.

Mit diesen einschränkenden Lebensumständen gehen physische und psychische Belastungen der Pflegepersonen einher. Häufig ist der körperliche Gesundheitszustand der Pflegepersonen entweder nur temporär oder auch dauerhaft angegriffen, was die Pflegesituation erschwert. Dazu kommt, dass die Pflege psychisch anstrengend und belastend ist und als stressig wahrgenommen wird, da die Pflegepersonen trotz Unterstützung zumeist auf sich alleine gestellt sind und die Angst vorherrscht, durch Krankheit oder Überforderung plötzlich auszufallen. Teilweise wird von den Befragten auch geäußert, dass durch „schroffes, (...) bösesartiges Verhalten“, „Egoismus“ (545) sowie „Aggressionen“ (222) seitens der pflegebedürftigen Personen mit Demenz, der Umgang und somit die Pflege zusätzlich physisch belasten.

5.3.5.2.2 Gesellschaftliche Akzeptanz der häuslichen Pflege von Angehörigen

Im Allgemeinen handelt es sich bei der pflegebedürftigen Person um einen verwandten oder eng vertrauten Menschen, wodurch es als selbstverständlich gilt, die Pflege zu übernehmen. Folglich „spielt in der Pflege die Sympathie zum Pflegebedürftigen eine große Rolle“ (453). Diese Pflegebereitschaft liegt auch in der positiven Wahrnehmung und guten Beurteilung von häuslicher Pflege, besonders für demenziell erkrankte Pflegebedürftige, weil „eine intensive Betreuung in der gewohnten Umgebung besser für demente Personen ist“ (284), „da sie sich dort noch zurechtfinden“ (527) sowie die vertrauten Bezugsperso-

nen bewahrt bleiben können. Ebenso sind finanzielle Überlegungen einer potenziellen Heimunterbringung und die in den Pflegeheimen als mangelhaft beurteilten Zustände Anlass für eine Pflege im häuslichen Umfeld. Trotz ihrer positiven Beurteilung für häusliche Pflege wird aus Perspektive der befragten Personen die damit einhergehende Pflegetätigkeit gesellschaftlich nicht ausreichend akzeptiert.

5.3.5.2.3 Der Informiertheitsgrad und die Beurteilung der Befragten über die zur Verfügung stehenden allgemeinen Leistungen

Der Großteil aller Befragten ist über die zur Verfügung stehenden allgemeinen Leistungen gut informiert. Dieser Informiertheitsgrad wird jedoch im Laufe der Pflegetätigkeit von den Pflegepersonen selbständig erreicht. Bei der Kranken- und Pflegekasse, den Ärzten, Krankenhäusern, Pflegediensten und dem MDK „wird erst auf Anfrage beraten“ (531), und somit fordern die Pflegepersonen eine größere aktive Informationsbereitschaft seitens der genannten Institutionen. Mit den zu Beginn einer Pflegebedürftigkeit erhaltenen Informationen können die Befragten wenig anfangen. Erst „nach mehreren Jahren [wird] das ‚System Pflege‘ besser durchschaut“ (754).

Mit den allgemeinen Leistungen sind die Befragten grundsätzlich zufrieden, wobei sich teilweise eine finanzielle Erhöhung, größere Angebotsstruktur, insbesondere in den Abendstunden, am Wochenende und in ländlicheren Regionen, sowie flexiblere Handhabung gewünscht wird. Bei der Beurteilung wird vor allem die Tagespflege als größte Hilfe und Entlastung angesehen. Ebenso wird die Kurzzeit- und Verhinderungspflege als Entlastung empfunden. Diesbezüglich „werden zu wenig Plätze (...) bereitgestellt“ (407), sodass „oft nur nach wochen- bzw. monatelanger Voranmeldung und mit viel Bürokratie“ (753) die Leistung in Anspruch genommen werden kann. Außerdem wird die pflegerische Versorgung in diesen Institutionen als defizitär beschrieben. Häufig könnten die Pflegepersonen allgemeine Leistungen auch nicht nutzen, obwohl der Anspruch besteht, da die pflegebedürftigen Personen bedingt durch ihr Krankheitsbild Leistungen außerhalb ihres häuslichen Umfeldes nicht akzeptieren.

5.3.5.2.4 Der Informiertheitsgrad und die Beurteilung der Befragten über die zusätzlichen Betreuungsleistungen nach § 45b SGB XI

Einerseits kennt ein Großteil die Leistungen nach § 45b SGB XI und scheint ausreichend darüber informiert zu sein. Andererseits haben einige auch nur wenige bis gar keine Kenntnisse über sie und sind entsprechend schlecht informiert. Zusätzlich haben Befragte, die von sich aus angaben, gut informiert zu sein, falsche Kenntnisse über die zusätzlichen Betreuungsleistungen nach § 45b SGB XI. Diese falschen Informationen betreffen vor allem den jeweiligen finanziellen Anspruch, die Abrechnungsform der Leistungen, die Unabhängigkeit von den anerkannten Pflegestufen und den bereits beanspruchten Leistungen, die Möglichkeit der Betreuung im häuslichen Umfeld sowie den Einsatz ehrenamtlicher, geschulter Helfer.

Nur ein Bruchteil der Pflegepersonen ist mit der Leistung nach § 45b SGB XI ausnahmslos zufrieden. Vielfach werden sie jedoch von den Befragten als „zu gering bezuschusst“ (380) bewertet, wodurch sie „für eine häufige Betreuung nicht ausreichen“ (498) und somit keine „echte Entlastung“ (226) darstellen.

5.3.5.2.5 Die Beurteilung der Qualität der Pflegekasse

Die Pflegekasse wird von den Pflegepersonen durchaus positiv beurteilt. Dieses Lob bezieht sich vor allem auf die gute „Zusammenarbeit mit der BARMER GEK“ (109), die „sofortige, kompetente Klärung von Anfragen“ (223) sowie die schnelle „Bearbeitung [von Pflegeleistungen] durch die Pflegekasse“ (161). Unzufriedenheit bezieht sich besonders auf die Unterstützung der Pflegekasse in Bezug auf die Beratung und Aufklärung in der Pflegesituation sowie über alle zur Verfügung stehenden Pflegeleistungen, auf den erheblichen bürokratischen Aufwand und auf die Bewilligung und Bezuschussung von Pflegehilfsmitteln. Die Befragten wünschen sich, dass es „schriftliche Infos und Merkblätter für den Versicherungsnehmer/Pflegenden [gibt], in dem [!] die Leistungen verständlich erläutert werden“ (134) sowie „eine umfassende Beratung“ (491), die durch die BARMER GEK gewährleistet wird. Des Weiteren wird der hohe bürokratische Aufwand beschrieben: „Die Bürokratie für Pflegegeld, Pflegehilfsmittel, ärztliche Versorgungen usw. ist umfänglich und belastet die pflegenden Angehörigen zusätzlich zu der eigentlichen Pflege“ (716). In Bezug auf die

Pflegehilfsmittel wird beschrieben, dass diese immer weniger bezuschusst werden, insbesondere Inkontinenzprodukte, und sich die Qualität der Hilfsmittel in den letzten Jahren verschlechtert hat.

5.3.5.2.6 Qualitative Versorgung der Pflegebedürftigen durch Ärzte und Pflegedienste sowie die Bewertung der Einstufung und Begutachtung der Pflegestufe durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK)

In Bezug auf die Versorgung durch Ärzte wird in einigen Fällen bemängelt, dass diese häufig erst auf Nachfrage Therapie- und Hilfeleistungen verordnen. Bei der Beurteilung der qualitativen Versorgung durch Pflegedienste zeigt sich ein stark differenziertes Bild: Auf der einen Seite ist ein Teil der Befragten zufrieden mit ihrem Pflegedienst, da „eine gute Zusammenarbeit“ (757) besteht und er die pflegenden Angehörigen „bei Bedarf jederzeit unterstützt“ (618). Außerdem ist dieser „pünktlich und zuverlässig und es ist bewundernswürdig [,] mit wie viel Zuwendung die Aufgaben erfüllt werden“ (365). Auf der anderen Seite wird der Pflegedienst als unzureichend beschrieben, da er „fachlich besser und pünktlicher sein“ (4) könnte, zu „teuer“ (320) ist und das Personal „zu wenig Zeit“ hat (213), wodurch „leider nur die notwendigen Arbeiten“ (441) durchgeführt werden. Darüber hinaus „wechseln zu oft die Arbeitskräfte“ (213). Die Pflegebegutachtung durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) wird von den Befragten negativ bewertet. Hier wird „der Zeitfaktor (...) im alltäglichen Ablauf komplett unterbewertet“ (770) und „oft nur die körperliche Verfassung des Pflegebedürftigen gewertet“ (232).

5.3.5.2.7 Vergleich der freiformulierten Erfahrungswerte der pflegenden Angehörigen zwischen der Befragung aus dem Jahre 2011 und 2013

Die belastenden Lebensumstände in der Pflege werden von den Pflegepersonen sowohl 2011 als auch 2013 als enorm hoch empfunden. In beiden Erhebungen ist der Großteil der Befragten gut über die zur Verfügung stehenden allgemeinen Leistungen informiert. Sowohl 2011 als auch 2013 werden diese Informationen eigenständig eingeholt. Außerdem werden unverändert der niedrige finanzielle Anspruch, die geringe Flexibilität, die hohe Bürokratie sowie das Fehlen adäquater Angebote der § 45b-Leistungen bemängelt. Bezüglich der § 45b-Leistungen zeigte sich 2013, dass die Befragten teilweise von nicht aus-

reichend über gar nicht bis völlig falsch informiert sind. Ferner wird im Jahre 2013 die Pflegekasse in Bezug auf ihre gegebene Informationsleistung, ihren bürokratischen Aufwand und im Umgang mit Pflegehilfsmitteln vermehrt negativ bewertet. Im Unterschied zu 2011 wird in der Befragung von 2013 erstmals die geringe bis beinahe fehlende gesellschaftliche Akzeptanz der häuslichen Pflegetätigkeit von Angehörigen genannt.

5.4 Wege in die Pflege bzw. Typen von Pflegebedürftigen

Pflegebedürftige unterscheiden sich – und zwar nicht nur nach Alter und Geschlecht, sondern auch nach der zugrundeliegenden Erkrankung, nach Pflegestufe und Pflegearrangements, nicht zuletzt auch durch den Weg, den sie in die Pflege genommen haben. Je nach Weg in die Pflege ist dann auch von anderen Pflegeverläufen auszugehen. Eine Typisierung kann daher helfen, die spezifischen Bedarfe für Gruppen von Pflegebedürftigen besser zu bestimmen.

Als pflegebegründende Diagnosen sind oftmals psychische und Verhaltensstörungen, Krebserkrankungen, Krankheiten des Kreislaufsystems sowie Symptome und abnormale klinische und Laborbefunde genannt (MDS 2013). Für junge Menschen erfolgt der Eintritt in die Pflegebedürftigkeit oftmals wegen größerer Entwicklungsstörungen, Down-Syndrom oder Krebs. Im mittleren Alter sind es ebenfalls oft Krebs, aber auch das Parkinson-Syndrom oder die Multiple Sklerose, die zur Pflegebedürftigkeit führen. Mit höherem Alter steigt dann die Bedeutung von Demenz (Rothgang et al. 2013). Über diese verschiedenartigen Zugänge zur Pflegebedürftigkeit lassen sich auch unterschiedliche nachfolgend Pflegeverläufe vermuten. So ist anzunehmen, dass *akute Erkrankungen* einen anderen Pflegeverlauf nach sich ziehen als ein *langsames Altern mit steigender Gebrechlichkeit*. Es ist zu vermuten, dass sowohl die Einordnung in die Pflegestufen als auch die Auswahl der Pflegearrangements sich unterscheiden werden. Angehörige stehen je nach Ausgangslage vor unterschiedlichen Konsequenzen, die eine häusliche Pflege oder eine Heimunterbringung nach sich ziehen. Die erwartete Dauer der Pflegebedürftigkeit und der Pflegeaufwand sind jeweils unterschiedlich einzuschätzen. Auf relativ plötzliche schwere Erkrankungen könnte von Angehörigen anders reagiert werden als auf eine schleichende Steigerung der Gebrechlichkeit und auf chronisch degenerative Erkrankungen. Aus diesen Überlegungen heraus erscheint es sinnvoll, die

Pflegeverläufe von Pflegebedürftigen, die nach akuten Erkrankungen pflegebedürftig werden, mit den Pflegeverläufen zu vergleichen, die aus einem schleichenden Alterungsprozess entstehen.

Um zu diesen Überlegungen entsprechend Typen von Pflegebedürftigen zu bilden, sollen zunächst die inzident Pflegebedürftigen des Jahres 2011 danach betrachtet werden, ob es sich bei den zugrundeliegenden Erkrankungen eher um akute Ereignisse handelt oder ob man von geriatrischen Patienten sprechen kann. Frühkindliche und angeborene Erkrankungen und Störungen werden hier nicht weiter betrachtet, da die Zahl der inzidenten Fälle zu gering ist, um diese weiter zu differenzieren. Um typische Zugänge und Verläufe zu beschreiben, bedarf es einer ausreichenden Häufigkeit der Ereignisse. Die sind erst ab einem Alter um 65 Jahre gegeben. Daher werden die nachfolgenden Untersuchungen für Pflegebedürftige ab einem Pflegeeintrittsalter von 65 Jahren durchgeführt. Für die Zuordnung zu den akut erkrankten Patienten und den geriatrischen Patienten werden dabei folgende Diagnosestellungen verwendet:

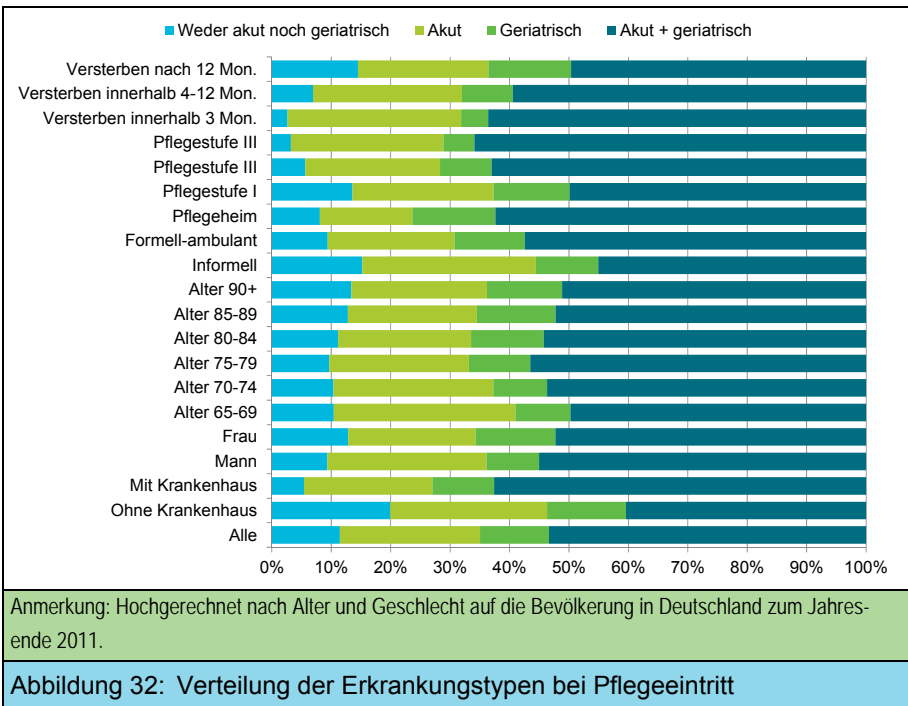
Patienten werden als *geriatrische Patienten* eingestuft, wenn mindestens drei der folgenden geriatritypischen Merkmale (weitere Definition in Abschnitt 7.3) für einen Patienten im Laufe von 4 Quartalen auftreten: Immobilität, Sturzneigung und Schwindel, Demenz, Harninkontinenz, Stuhlinkontinenz, Dekubitalulcera, Fehl- und Mangelernährung, Störungen im Flüssigkeits- und Elektrolythaushalt, Depression oder Angststörung, Schmerz, Sensibilitätsstörungen, herabgesetzte Belastbarkeit oder Gebrechlichkeit, starke Seh- oder Hörbehinderung, Medikationsprobleme, hohes Komplikationsrisiko und als letztes Merkmal die verzögerte Rekonvaleszenz.

Als Patient mit *akuten Erkrankungen* werden Patienten mit mindestens einer der folgenden Diagnosen in den zurückliegenden vier Quartalen gefasst: Lähmungen, Parkinson, Krebs, Multiple Sklerose, Herzinsuffizienz, Schlaganfall, Herzinfarkt, hüftgelenksnahe Fraktur, Kniegelenks- oder Hüftgelenksarthrose.

Die Typisierung der erstmalig pflegebedürftigen Personen kann dabei nicht so trennscharf sein, dass eine eindeutige Zuordnung in jeweils nur eine der beiden Kategorien "akute Erkrankungen" (A) oder "geriatrische Patienten" (G) erfolgen kann. Es ist auch möglich, dass Pflegebedürftige beiden (A+G) oder auch kei-

ner Kategorie (0) zugeordnet werden können. Als Typen von Pflegebedürftigen kommen daher theoretisch 4 Gruppen in Betracht:

- Keine Zuordnung möglich (0)
- Nur akute Erkrankungen (A)
- Nur geriatrischer Patient (G)
- Akute Erkrankungen + geriatrischer Patient (A+G)



Gut 53 % der erstmalig Pflegebedürftigen im Jahr 2011 sind zugleich als geriatrische Patienten erkannt und haben eine akute Erkrankung diagnostiziert bekommen (Abbildung 32). Fast 12 % sind als geriatrische Patienten ohne akute Erkrankungen klassifiziert, fast 24 % haben akute Erkrankungen, sind aber keine geriatrischen Patienten, und knapp 12 % haben weder eine der genannten akuten Erkrankungen noch sind sie als geriatrische Patienten erkennbar. Insgesamt sind somit 65 % der Pflegebedürftigen als geriatrische Patienten erkannt und fast 77 % von ihnen haben eine akute Erkrankung.

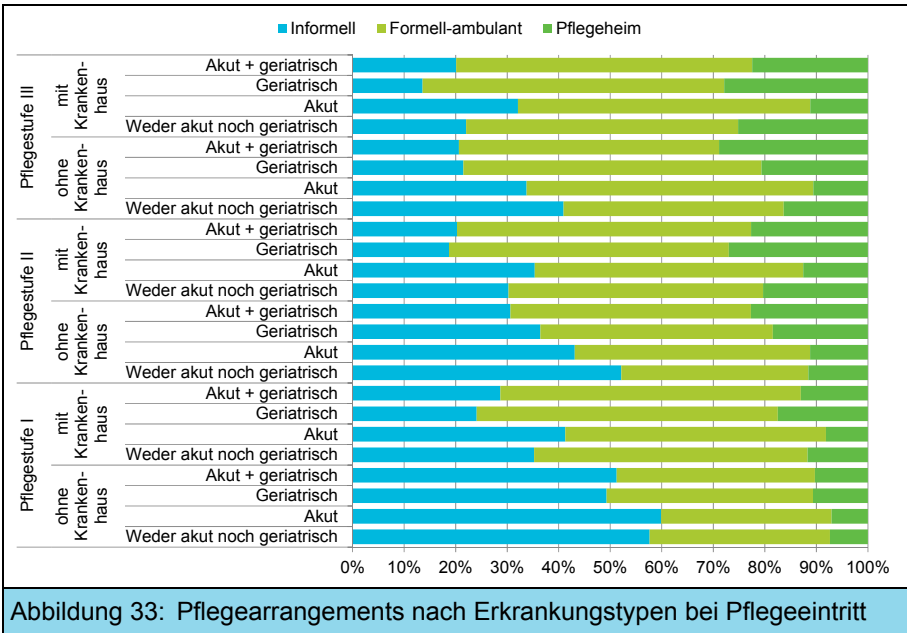


Abbildung 33: Pflegearrangements nach Erkrankungstypen bei Pflegeeintritt

Diejenigen, die im Monat des Pflegezugangs oder im Monat zuvor im Krankenhaus behandelt wurden, sind häufiger als geriatrische Patienten klassifiziert (73 % vs. 54 %), haben aber auch häufiger eine akute Erkrankung (84 % vs. 67 %). Überproportional viele akute Erkrankungen sind außerdem zu verzeichnen bei Männern (84 %) gegenüber Frauen (74 %) und in den jüngeren Altersklassen der 65-79-Jährigen (gut 80 %). Mit einem akuten Ereignis sind zudem eine höhere Pflegestufe und eine höhere Sterbewahrscheinlichkeit in den ersten drei Monaten oder den darauffolgenden 9 Monaten verbunden. Die Pflegebedürftigen, die sofort mit Pflegestufe III eingestuft werden, haben zu 92 % eine akute Erkrankung; diejenigen, die Pflegestufe II erhalten haben, haben zu 85 % eine akute Erkrankung. Diejenigen die schon in den ersten drei Monaten versterben, hatten zu 93 % eine akute Erkrankung, und diejenigen, die in den darauffolgenden 9 Monaten verstorben sind, hatten zu 85 % eine akute Erkrankung. Frauen sind häufiger als Männer als geriatrische Patienten klassifiziert, was auch mit dem höheren Alter zusammenhängt, in dem Frauen im Durchschnitt pflegebedürftig werden. Geriatrische Patienten finden sich weniger bei

den durch Angehörige gepflegten Pflegebedürftigen (56 %). Im Pflegeheim ist ihr Anteil wesentlich höher (76 %). Mit Pflegestufe I ist ihr Anteil (63 %) ebenfalls geringer als mit Pflegestufe II (68 %) oder III (69 %). Diejenigen, die länger überleben, sind seltener (64 %) als geriatrische Patienten erkannt als diejenigen, die im ersten Jahr der Pflegebedürftigkeit versterben (68 %). Die Diagnosenstellungen (akute Erkrankungen oder/und geriatrische Patienten) zeigen schon an, dass es eine unterschiedliche zu erwartende Pflegedauer gibt (siehe Abbildung 34).

Neben diesen Unterscheidungsmerkmalen gibt es aber noch zwei andere, die Indikatoren für das Ausmaß an Einschränkungen und Erkrankung sind. Das sind zum einen die Pflegestufe und zum anderen der Krankenhausbesuch. Aus der Kombination der drei Merkmale lassen sich vertiefende Einblicke in das weitere Versorgungsgeschehen gewinnen. Es zeigen sich nämlich für die unterschiedlichen Kombinationen von Gesundheitsindikatoren deutliche Unterschiede in der nachfolgenden pflegerischen Versorgung (Abbildung 33). Mit Pflegebeginn mit Pflegestufe III und auch mit Pflegebeginn nach einem Krankenhausaufenthalt ergibt sich über alle Subkategorien eine höhere Wahrscheinlichkeit des Heimeintritts. Sind die Pflegebedürftigen allerdings keine geriatrischen Patienten, sondern haben eine der akuten Erkrankungen, dann ist der Heimeintritt über alle Subkategorien deutlich weniger wahrscheinlich. Die geriatrischen Patienten werden eher durch formell-ambulante Pflege oder im Pflegeheim versorgt. Die Pflegebedürftigen, die nicht als geriatrische Patienten definiert sind, aber akute Erkrankungen haben, werden häufiger informell gepflegt. Dies trifft ebenso auf die Pflegebedürftigen zu, die weder als geriatrische Patienten definiert sind noch eine der akuten Erkrankungen aufweisen. Bei Auftreten von Pflegebedürftigkeit stehen die Angehörigen vor der Frage, wie sie die Pflege organisieren wollen. Zwei Aspekte können für die Übernahme der Pflege von großer Bedeutung sein. Das sind zum einen der tägliche Pflegeaufwand, der aus der Pflegestufe abgelesen werden kann, und die Pflegedauer, die aus der Überlebenszeit abgelesen werden kann.

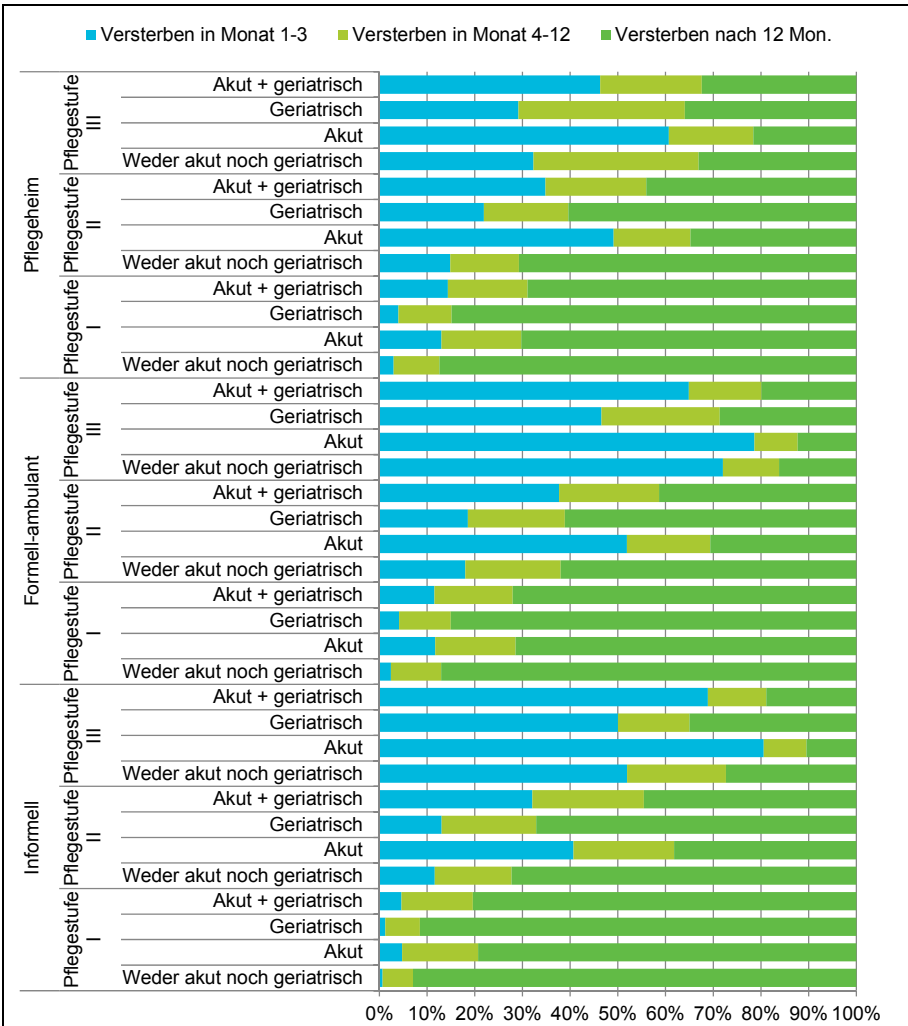


Abbildung 34: Sterblichkeit nach Erkrankungstypen, Pflegestufen und Pflegearrangement bei Pflegeeintritt

In Abbildung 33 wurde schon dargestellt, dass mit höherer Pflegestufe die Heimeintrittswahrscheinlichkeit steigt, aber akute Erkrankungen verringern diese. Abbildung 34 zeigt nun, in welchem Zusammenhang Pflegearrangement, Pflegestufe und die Zuordnung zu geriatrischen Patienten oder das Vor-

liegen akuter Erkrankungen mit der *Überlebensdauer* stehen. Besonders häufig sind kurze Überlebenszeiten zu beobachten, wenn die Pflegebedürftigkeit in Pflegestufe III beginnt. Überproportional hoch ist eine kurze Überlebenszeit, wenn ausschließlich akute Erkrankungen vorliegen. Und schließlich sind bei sonst gleicher Konstellation in der häuslichen Pflege häufiger kurze Überlebenszeiten festzustellen als bei Heimbewohnern. Geriatrische Patienten mit akuten Erkrankungen haben über die verglichenen Konstellationen regelmäßig die zweithäufigsten kurzen Überlebenszeiten. Die akuten Erkrankungen sind also in sehr viel häufiger mit kürzeren Überlebenszeiten verbunden als die geriatrischen Erkrankungen. Vor diesem Hintergrund erscheint es verständlich, dass diese Pflegebedürftigen häufiger in der häuslichen Umgebung gepflegt werden. Eine absehbar längere Pflegebedürftigkeit bei geriatrischen Patienten und ein höherer Pflegeaufwand (höhere Pflegestufe) führen aber vermehrt zum Übergang ins Pflegeheim. Während kurze, wenn auch aufwändige Pflege, und längere Pflege mit geringerem Aufwand in der eigenen Häuslichkeit übernommen werden, sind absehbar längerfristige Pflegeverläufe mit höherem Aufwand oft schon frühzeitig den Pflegeheimen übertragen.

5.5 Geriatrische Reha vor und zur Verhinderung von Pflegebedürftigkeit

Der Vorrang von Prävention und Rehabilitation ist bereits seit Einführung der Pflegeversicherung in § 5 SGB XI festgeschrieben. Dennoch besteht weitgehender Konsens in der pflegepolitischen Debatte, dass die Rehabilitation weiter gestärkt werden müsse. In diesem Abschnitt wird daher untersucht, in welchem Umfang Rehabilitation unmittelbar vor Eintritt der Pflegebedürftigkeit und unmittelbar danach stattfindet (Abschnitt 5.5.1) und inwiefern sie wirkt. Die Ermittlung der Wirksamkeit von Rehabilitation ist allerdings schwierig, so dass zunächst auf die vorliegende Evidenz und die möglichen Methoden zur Wirksamkeitserfassung eingegangen wird (Abschnitt 5.5.2). Dabei zeigt sich das hochwertige Studien in diesem Bereich nicht vorliegen und randomisierte kontrollierte Studien, die allein in der Lage wären, Wirksamkeit zu erfassen, für bestehende Leistungsansprüche nicht durchgeführt werden können. Eine Möglichkeit, die Effektivität von Rehabilitation zu messen, ergibt sich allerdings durch einen Vergleich von Bundesländern mit unterschiedlichen rehabilitativen

Versorgungsstrukturen. In Abschnitt 5.5.3 wird daher die Versorgungsstruktur nach Bundesländern und in Abschnitt 5.5.4 die Inanspruchnahme nach Bundesländern untersucht. Dies ermöglicht es, in Abschnitt 5.5.5 Aussagen zur Wirksamkeit abzuleiten. Abschnitt 5.5.6 diskutiert dann die Ergebnisse noch einmal kritisch.

5.5.1 Rehabilitative Maßnahmen im Zeitraum um den Pflegeeintritt

Im BARMER GEK Pflegereport 2013 wurde bereits ausführlich dargestellt, wie viele Monate vor dem Pflegeeintritt zuletzt eine Rehabilitation durchgeführt wurde und wie viele Monate nach Pflegeeintritt die nächste Rehabilitation folgt (Rothgang et al. 2013). Darin nicht enthalten sind geriatrische Frührehabilitation im Krankenhaus, teilstationäre geriatrische Komplexbehandlung und Heilmittel. Gerade zwischen Heilmitteln und Rehabilitation bestehen aber teilweise Substitutionsbeziehungen: Bei einer ausreichenden Versorgung mit Heilmitteln kann womöglich auf eine Empfehlung zur Rehabilitation verzichtet werden.

Um ein Gesamtbild der rehabilitativen Versorgung⁴⁷ der Pflegebedürftigen um den Zeitraum des Pflegeeintritts zu beschreiben, werden nachfolgend alle genannten Therapieformen dargestellt. Ergänzend werden zudem noch Krankenhausbehandlungen berücksichtigt. Diese Analysen werden durchgeführt für

- a. alle Pflegebedürftigen
- b. pflegebedürftige, geriatrische Patienten (Definition in Abschnitt 7.3 im Anhang) und
- c. pflegebedürftige, geriatrische Patienten ohne eine der definierten akuten Ereignisse (Definition in Abschnitt 7.3 im Anhang) im Zeitraum von vier Quartalen.

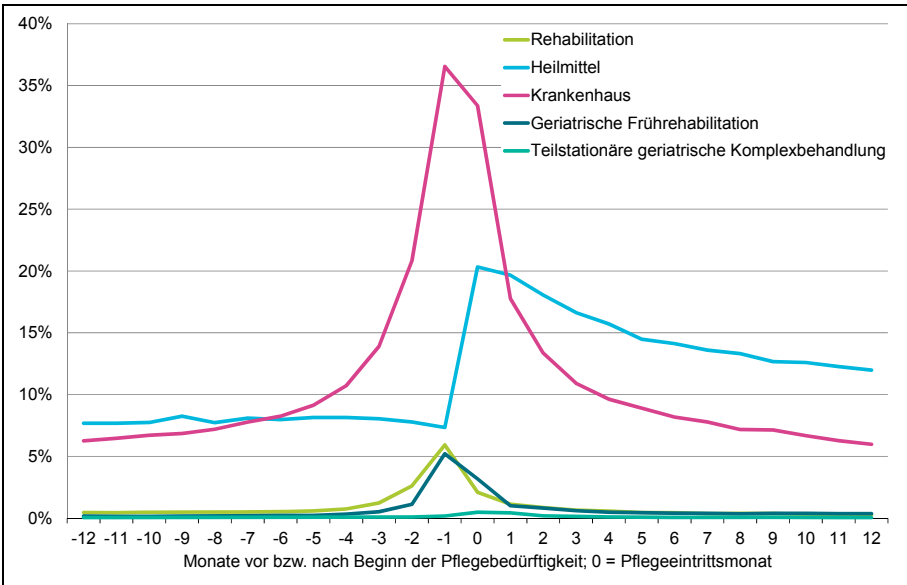
Die letztgenannte Gruppe wird betrachtet, um festzustellen, inwieweit geriatrischen Patienten auch ohne akute Ereignisse rehabilitative Maßnahmen erhalten. Durch Vergleich der unter b) und c) genannten Gruppen kann geschlussfolgert werden, inwieweit Rehabilitation Folge eines definierten akuten Ereignis-

⁴⁷ Unter "rehabilitativen Maßnahmen" bzw. "rehabilitativer Versorgung" werden im Folgenden die Gesamtheit aus Rehabilitation (Komplexbehandlung), geriatrische Frührehabilitation im Krankenhaus, teilstationäre geriatrische Komplexbehandlung und Heilmittel gefasst. "Rehabilitation" meint dagegen nur die Komplexbehandlung.

nisses ist oder auch ohne spezifischen Anlass zur Vermeidung von Pflegebedürftigkeit eingesetzt wird.

Abbildung 35 zeigt zunächst für alle Pflegebedürftigen die Verteilung der Maßnahmen um den Zeitpunkt des Pflegeeintritts herum. Für jeden Monat nach und vor dem Pflegeeintritt ist dargestellt, ob eine Maßnahme (Krankenhaus, geriatrische Frührehabilitation im Krankenhaus, teilstationäre geriatrische Komplexbehandlung und Rehabilitation) begonnen wurde oder eine Verordnung stattgefunden hat (Heilmittel). Der Monat des Pflegeeintritts ist mit 0 beschrieben. Die nachfolgenden Monate werden von 1 bis 12 gezählt. Die Monate vor dem Pflegeeintritt sind mit -1 bis -12 dargestellt.

Vor Eintritt in die Pflegebedürftigkeit wird recht konstant 8 % der Patienten mindestens ein *Heilmittel* im Monat verordnet. Mit Eintritt in die Pflegebedürftigkeit steigt der Anteil sprunghaft auf 20 % an, um dann wieder auf monatliche Anteile von rund 12 % zu sinken. Auch *Krankenhausbehandlungen* sind rund um den Pflegeeintritt sehr häufig. Insbesondere in den zwei bis drei Monaten zuvor und im Monat nach Pflegebeginn kommt es zu einer Häufung von Krankenhausaufenthalten. Der Spitzenwert liegt im Monat vor Pflegeeintritt bei 36,5 %. 12 Monate vorher und 12 Monate hinterher liegt der Anteil bei rund 6 %. *Rehabilitation* und *geriatrische Frührehabilitation* finden vorwiegend ganz kurz vor dem Eintritt in die Pflegebedürftigkeit statt. Im Monat vor Pflegeeintritt liegen die Anteile jeweils bei ca. 5 %. In allen Monaten weisen die Patienten mehr Krankenhausaufenthalte und Heilmittelverordnungen als Rehabilitationen oder Frührehabilitationen auf. Eine geriatrische Frührehabilitation kann nur im Zusammenhang mit einem Krankenhausaufenthalt stattfinden. Entsprechend ist der Anteil der Patienten mit geriatrischer Frührehabilitation auch durchweg geringer als der Anteil der Patienten im Krankenhaus. Dies betrifft ebenso die *teilstationäre geriatrische Komplexbehandlung*. Insgesamt ist das Volumen der geriatrischen Behandlungen im Krankenhaus etwas geringer als das Volumen der Rehabilitationen. Eine geringe Häufung von teilstationären geriatrischen Komplexbehandlungen findet sich ausschließlich in den ersten beiden Monaten der Pflegebedürftigkeit.

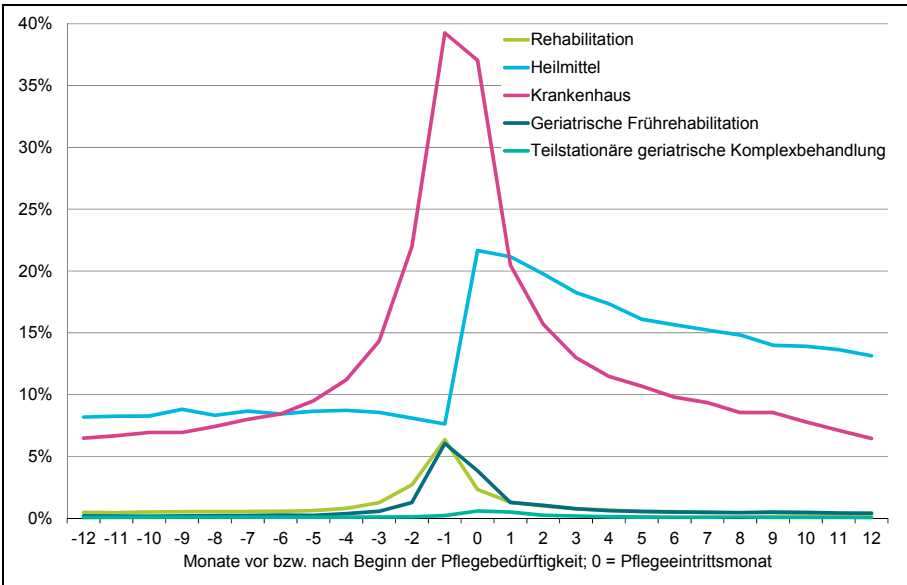


Quelle: Routinedaten der BARMER GEK; eigene Berechnungen

Abbildung 35: Anteile der Pflegebedürftigen mit medizinischer Leistung im jeweiligen Monat – Alle Pflegebedürftigen

Wie sind diese Ergebnisse zu interpretieren? Der *Krankenhausaufenthalt* kurz vor Eintritt der Pflegebedürftigkeit dürfte insbesondere Ausdruck einer schweren Erkrankung sein, die dann zur Pflegebedürftigkeit führt. Weiterhin kann die während oder nach dem Krankenhausaufenthalt erfolgte Antragstellung auf Pflegeversicherungsleistungen auch Ergebnis des Kontaktes mit dem Versorgungssystem sein, da vorhandene Pflegebedürftigkeit hier erkannt wird und dann auf eine Antragstellung – auch in Form von Aufklärung der Angehörigen – hingewirkt wird.

Die Häufung der *geriatrischen Frührehabilitation* und der *Rehabilitation* kurz vor Eintritt der Pflegebedürftigkeit können als letzte Versuche angesehen werden, die Pflegebedürftigkeit noch abzuwenden. Teilweise sind dies aber auch lediglich die Behandlungsschritte, die sich an den Krankenhausaufenthalt anschließen.

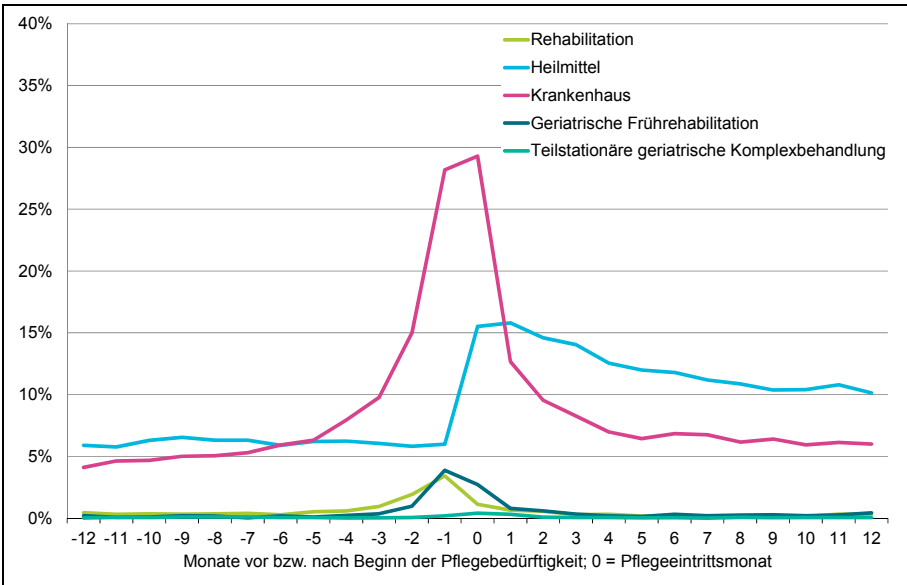


Quelle: Routinedaten der BARMER GEK; eigene Berechnungen

Abbildung 36: Anteile der Pflegebedürftigen mit medizinischer Leistung im jeweiligen Monat – Nur geriatrische Patienten

Mit Eintritt in die Pflegebedürftigkeit wandelt sich der Fokus und es geht nunmehr verstärkt darum, den Grad der Pflegebedürftigkeit zu verringern bzw. eine Verschlimmerung zu verhindern. Dieser Perspektivwandel zeigt sich auch in Abbildung 35. Nach Eintritt der Pflegebedürftigkeit reduziert sich die Zahl der Krankenhausbehandlungen und der Rehabilitationen, und die Heilmittel werden zur häufigen Therapieform, um die Pflegebedürftigkeit zu verringern.

Unterscheidet sich die Verteilung der rehabilitativen Maßnahmen nun danach, ob der Pflegebedürftige ein geriatrischer Patient ist oder nicht? Werden nur die Pflegeeintritte von geriatrischen Patienten und deren Versorgungsleistungen um den Zeitpunkt des Pflegeeintritts herum betrachtet (Abbildung 36), dann fällt kein besonderer Unterschied zur Gesamtheit der Pflegebedürftigen auf. Die Summe der Versorgungsleistungen ist zu fast jedem Zeitpunkt bei allen Leistungsarten höher als bei der Gesamtheit der Pflegebedürftigen.



Quelle: Routinedaten der BARMER GEK; eigene Berechnungen

Abbildung 37: Anteile der Pflegebedürftigen mit medizinischer Leistung im jeweiligen Monat – Nur geriatrische Patienten ohne definierte akute Ereignisse

Geriatrische Patienten bekommen also in der Summe zunächst mehr rehabilitative und sonstige medizinische Leistungen, die Verläufe ähneln sich aber sehr stark. Werden allerdings die definierten akuten Ereignisse ausgeblendet, dann wird deutlich, dass die Leistungen doch zu einem großen Teil wegen dieser akuten Ereignisse erbracht werden. So liegt der Anteil der geriatrischen Patienten, die im Monat vor Pflegebeginn eine Rehabilitation oder eine geriatrische Akuterehabilitation erhielten, jeweils nur noch bei ca. 4% und die Heilmittelverordnungen je Monat überschreiten im Monat nach Pflegeeintritt auch nur noch knapp 15%, wenn Patienten mit Akutereignissen aus der Betrachtung herausgenommen werden (Abbildung 37). Dies scheint ein deutliches Zeichen dafür zu sein, dass akute Ereignisse erheblichen Einfluss auf das Ausmaß der Therapie haben.

Die Betrachtung der Versorgungslage hat damit insgesamt gezeigt, dass ein einseitiger Blick auf nur einen Versorgungssektor irreführend sein kann. So zeigt die alleinige Betrachtung der Rehabilitation, der Heilmittel oder der Frührehabilitation deutlich schwankende Versorgungslagen z. B. in Abhängigkeit von der Pflegebedürftigkeit. In der Gesamtansicht werden aber Verschiebungen zwischen den Sektoren sichtbar, die für eine gute Versorgung sinnvoll sein können. So ist die stationäre Rehabilitation bei pflegebedürftigen Personen oftmals nicht angezeigt, wenn die Heilmittelversorgung ein sinnvoller Ersatz sein kann.

5.5.2 Vorliegende Evidenz und Methoden zur Ermittlung der Wirksamkeit von rehabilitativen Maßnahmen

Pflegekassen und Leistungserbringer haben darauf hinzuwirken, dass „Leistungen der Prävention, der Krankenbehandlung und zur medizinischen Rehabilitation eingeleitet werden, um den Eintritt von Pflegebedürftigkeit zu vermeiden“ (§ 5 Abs. 1 SGB XI), und auch im Fall der Pflegebedürftigkeit darauf hinzuwirken, „die Pflegebedürftigkeit zu überwinden, zu mindern sowie eine Verschlimmerung zu verhindern“ (§ 5 Abs. 2 SGB XI). Im Zuge der Einführung der Pflegeversicherung ist dadurch auch die „geriatrische Rehabilitation ... deutlich gestärkt worden“ (Becker & van den Heuvel 2013). Allerdings zeigen sich zwei Hauptfaktoren, die dem flächendeckenden und nachhaltigen Aufbau der geriatrischen Rehabilitation im Wege stehen: Fehlanreize des Finanzierungssystems und unzureichende Evidenzen der geriatrischen Rehabilitation hinsichtlich der proklamierten Zielgröße, der Verminderung der Pflegebedürftigkeit.

Der zentrale *Fehlanreiz im Finanzierungssystem* liegt darin, dass die Kosten der geriatrischen Rehabilitation von der Krankenkasse getragen werden, die mit anderen Kassen in Wettbewerb steht. Wirkt sich eine erfolgreiche Therapie entlastend auf die Pflegebedürftigkeit und die Versicherungsleistungen bei Pflegebedürftigkeit aus, ist dies für die Kasse aber irrelevant, weil die Pflegekassen nicht in Wettbewerb miteinander stehen, sondern – bei identischem Leistungsumfang, einheitlichen Verträgen mit Leistungserbringern, identischem Beitragssatz und vollständigem Finanzausgleich – einer Einheitskasse entsprechen. Die Ausgaben für Rehabilitation sind für die Kasse daher beitrags-

satzrelevant, etwaige resultierende Einsparungen bei der Pflege aber nicht. Wettbewerblich denkende Kassen haben daher keinen Anreiz, Rehabilitation zur Beeinflussung von Pflegebedürftigkeit zu fördern, sondern im Gegenteil jeden Anreiz, dies nicht zu tun (Rothgang 2014b). Ein Indiz für die Auswirkungen dieser Fehlanreize ist das fast vollständige Fehlen von Versorgungsverträgen zur ambulanten mobilen geriatrischen Rehabilitation in Deutschland.

Das zweite Hindernis, das einem weiteren Ausbau der Rehabilitation entgegensteht, sind die *fehlenden Belege für deren Wirksamkeit*. Zwar gibt es Studien, die eine generelle *Wirksamkeit von Rehabilitation* belegen (Meier-Baumgartner et al. 1992; Meier-Baumgartner et al. 2002) und auch Wirksamkeitsstudien für die Rehabilitation von Patienten mit Demenz (Korczak et al. 2012). Studien, die eine Verringerung der Heimeinweisungsquote, eine Verbesserung hinsichtlich der Stufe der Pflegebedürftigkeit oder eine Verzögerung des Eintritts in die Pflegebedürftigkeit belegen, sind indes rar. Dies liegt u. a. daran, dass Wirksamkeit, Nutzen und Schaden komplexer Interventionen schwer zu erschließen sind (Lübke 2014: 4). Eine Metaanalyse aus dem Jahr 2010 beschreibt beispielsweise nur anhand nicht-deutscher Versorgungssysteme die Auswirkungen von Rehabilitationsleistungen in geriatrischen Rehabilitationseinrichtungen (Bachmann et al. 2010). Dabei werden Rehabilitationsleistungen nach Hüftgelenksfrakturen, nach sonstigen akuten chirurgischen Eingriffen oder nach anderen akuten medizinischen Ereignissen betrachtet. Obwohl die einzelnen Studien der Metaanalyse meistens wenige bis gar keine signifikanten Ergebnisse liefern, werden in der Summe moderat verringerte Heimeinweisungsquoten aufgeführt. Allerdings sind Rehabilitationsleistungen ohne akute Ereignisse und Rehabilitationsleistungen im deutschen Versorgungssystem damit noch nicht bewertet. Auch ein Vergleich der Versorgungspfade mit und ohne geriatrischer Frührehabilitation und mit und ohne Rehabilitation hat noch nicht stattgefunden. Insgesamt wird die Studienlage zur Wirksamkeit und zum Nutzen geriatrischer Rehabilitationen daher zurecht noch als unzureichend bewertet (Lübke 2014).

Insbesondere fehlen *randomisiert kontrollierte Studien*, die allein in der Lage wären, die Wirksamkeit rehabilitativer Maßnahmen zu ermitteln. Allerdings können solche Studiendesigns nicht für Leistungen eingesetzt werden, auf die

bereits ein Rechtsanspruch der Versicherten besteht. Die Probanden der Kontrollgruppe würden dann nämlich in Bezug auf ihre Ansprüche schlechter gestellt als sie es derzeit sind. Dies widerspricht dem geltenden Sozialrecht und ist auch ethisch nicht vertretbar, solange eine Wirksamkeit der Maßnahme mit guten Gründen vermutet werden kann.

Wenn Interventionsstudien nicht möglich sind, muss auf *Beobachtungsstudien* zurückgegriffen werden. Hierzu sind Routinedaten grundsätzlich geeignet. Während eine Beschreibung von Inanspruchnahmen und Verläufen mit diesen Daten sehr gut möglich ist, ist es jedoch zweifelhaft, dass damit kausale Effekte einer Therapie ermittelt werden können. Werden diejenigen, die eine Therapie erhalten, und diejenigen die diese nicht erhalten, miteinander verglichen, kommt es regelmäßig zu einer Selektionsverzerrung (selection bias), die dazu führt, dass Interventions- und Kontrollgruppe nicht strukturgleich sind. Es gibt nämlich regelmäßig einen Grund dafür, dass der eine Versicherte die Leistung erhält, der andere hingegen nicht. Daher stoßen auch Korrekturen durch Einführung von Kontrollvariablen in entsprechenden Regressionsmodellen oder im Vorfeld durchgeführte matching-Verfahren auf enge Grenzen. Würden alle Unterschiede zwischen den beiden Gruppen perfekt berücksichtigt, dürften die Probanden nämlich nicht in verschiedenen Gruppen (Interventions- und Kontrollgruppe) sein. Bei einem imperfekten matching hingegen wird anschließend nicht die reine Wirkung der Intervention ermittelt, sondern ein zusammengesetzter Effekt aus Intervention und nicht kontrollierter Heterogenität in den beiden Populationen. Die Wirkung einer Intervention durch den Vergleich einer Versichertengruppe, die diese Intervention erhalten hat, mit einer Versicherten-Gruppe, die diese Intervention nicht erhalten hat, zu ermitteln, kann über matching oder Kontrollen daher nur funktionieren, wenn unterstellt wird, dass das Versorgungssystem, diese Leistung letztlich – bei Berücksichtigung der kontrollierten Merkmale – rein zufällig zuweist. Genau davon ist aber nicht auszugehen. Diese Unmöglichkeit, die entscheidenden Störgrößen (confounder) zu kontrollieren, gilt dabei gleichermaßen für prospektive (nicht randomisierte) kontrollierte Studien, wie für retrospektive Fall-Kontroll-Studien.

Eine verbleibende Möglichkeit zur Erfassung der Wirksamkeit einer Intervention mittels Beobachtungsstudien besteht allerdings dann, wenn regional unter-

schiedliche Versorgungsstrukturen zu beobachten sind und gleichzeitig eine regionale Inanspruchnahme unterstellt werden kann. Insbesondere wenn eine Leistung nur in Region A, nicht aber in Region B verfügbar ist, kann nämlich unterstellt werden, dass die Nutzer in Region A und eine gematchte Populationen in Region B tatsächlich strukturgleich sind. Da die Leistung in Region B nicht verfügbar ist, kann es hier nicht zu einem selection bias kommen.

Im Bereich der geriatrischen Versorgung gibt es erhebliche regionale Unterschiede. In einigen Bundesländern gibt es ausgeprägte geriatrische Rehabilitationsstrukturen und in anderen Ländern eher eine ausgeprägte geriatrische Versorgung im Krankenhaus. Ausgehend davon, dass die Versorgung in der Regel in der Nähe des Wohnortes stattfindet, können mithilfe eines Bundesländervergleichs die Effekte unterschiedlicher rehabilitativer Versorgung auf die Pflegeeintrittswahrscheinlichkeit untersucht werden, um so doch Aussagen zum Versorgungserfolg abzuleiten.

5.5.3 Rehabilitative Versorgungsstrukturen in den Bundesländern

Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen werden im SGB V in den §§ 23 (medizinische Vorsorgeleistung), 24 (medizinische Vorsorge für Mütter und Väter), 40 (Leistungen zur medizinischen Rehabilitation), 41 (medizinische Rehabilitation für Mütter und Väter) und 43 (ergänzende Leistungen zur Rehabilitation) definiert. Für die geriatrischen Patienten sind davon eher die Leistungen nach §§ 23, 40 und 43 SGB V relevant. Die (geriatrische) Rehabilitation lässt sich dabei noch unterscheiden in vollstationäre, ambulante und mobile Rehabilitation. Die Kostenträger für eine Rehabilitation von Versicherten der GKV sind im Wesentlichen die Deutsche Rentenversicherung (DRV), die GKV und im untergeordneten Ausmaß die Unfallversicherung. Die Rentenversicherung und die Unfallversicherung übernehmen hauptsächlich die Kosten für die Personen mit Bezug zum Arbeitsmarkt und die GKV für Mitversicherte und Personen im Rentenalter. Geriatrische Patienten fallen somit in aller Regel in den Erstattungsbereich der GKV.

Tabelle 41: Entwicklung in der stationären geriatrischen Versorgung 2002-2012							
	Fachabteilungen Anzahl	Betten Anzahl	Betten je 100.000 Einwohner	Fallzahl	Berechnungs- /Belegungstage	Nutzungsgrad in Prozent	durchschnittl. Verweildauer in Tagen
Geriatric							
2002	171	9.700		171.392	2.943.568	83,1	17,2
2003	171	9.597		174.311	2.882.328	82,3	16,5
2004	180	9.784		183.822	3.283.106	91,9	17,9
2005	190	10.354		194.882	3.200.170	84,7	16,4
2006	193	10.561		201.797	3.307.301	85,8	16,4
2007	193	10.599	12,9	211.270	3.421.207	88,4	16,2
2008	209	11.233	13,7	227.838	3.668.309	89,2	16,1
2009	217	11.733	14,3	238.660	3.854.898	90,0	16,2
2010	226	12.128	14,8	246.529	4.011.692	90,6	16,3
2011	251	12.925	15,8	265.139	4.287.068	90,9	16,2
2012	260	13.445	16,4	284.548	4.560.170	92,7	16,0
Geriatrische Rehabilitation							
2002	73	4.041		52.918	1.280.002	86,8	24,2
2003	76	4.269		54.122	1.317.532	84,6	24,3
2004	100	5.309		67.328	1.619.257	83,6	24,1
2005	106	5.605		70.607	1.677.824	82,0	23,8
2006	118	5.977		75.032	1.748.751	80,2	23,3
2007	130	6.512	7,9	88.644	2.023.977	85,2	22,8
2008	140	6.940	8,5	97.182	2.190.221	86,2	22,5
2009	143	7.233	8,8	102.983	2.300.323	87,1	22,3
2010	147	7.348	9,0	103.271	2.276.928	84,9	22,0
2011	150	7.489	9,2	105.318	2.302.842	84,2	21,9
2012	148	7.429	9,1	106.658	2.325.722	85,5	21,8
Quelle: Bundesverband Geriatric e.V. (2010: 67ff.); Destatis Auskunftstabelle 2007-2012 auf Basis der Krankenhausstatistik - Grunddaten, Statistisches Bundesamt, Zweigstelle Bonn							

Stationäre rehabilitative Leistungen werden durch Krankenhäuser gemäß § 107 Abs. 1 SGB V und durch Rehabilitationseinrichtungen gemäß § 107 Abs. 2 SGB V angeboten. Während in Krankenhäusern geriatrische Frührehabilitationen und teilstationäre geriatrische Komplexbehandlungen, aber auch akutgeriatrische Behandlungen angeboten werden können, werden in geriatrischen Rehabilitationseinrichtungen medizinische Leistungen zur Vorsorge (§ 23 Abs.

4 SGB V) und der medizinischen Rehabilitation einschließlich der Anschlussrehabilitation (§ 40 SGB V) erbracht. Die unterschiedlichen Verfahren sind zudem auch mit unterschiedlichem bürokratischen Aufwand und unterschiedlichen Abrechnungswegen verbunden (vgl. Bundesverband Geriatrie e.V. 2010: 94ff.).

Die Zahl der geriatrischen Betten in Krankenhäusern und in Reha-Kliniken ist in Deutschland im 21. Jahrhundert deutlich gestiegen (Tabelle 41). Parallel dazu stiegen auch die Fallzahlen sowie Berechnungs- und Belegungstage bei leicht rückläufigen Verweildauern. Die Entwicklung in der Geriatrie im Krankenhaus ist dabei bis ins Jahr 2012 steigend, während sich bei der geriatrischen Rehabilitation eine Stagnation abzeichnet. Dies macht sich auch im Nutzungsgrad fest, der im Krankenhaus steigt und in der geriatrischen Rehabilitation stabil bleibt. Zu beachten ist bei der Entwicklung der Zahl der geriatrischen Betten in Krankenhäusern und in Rehabilitationseinrichtungen, dass die Krankenhausbetten keine Eins-zu-Eins-Substitution der Betten in Rehabilitationseinrichtungen darstellen. In den geriatrischen Fachabteilungen werden hauptsächlich auch akute geriatrische Therapien vorgenommen. Ein Bett in der geriatrischen Fachabteilung im Krankenhaus ist somit nicht gleichbedeutend mit einem Bett in der Rehabilitationseinrichtung mit Schwerpunkt Geriatrie.

Auf Ebene der Bundesländer hat sich die Etablierung der geriatrischen Versorgung deutlich unterschiedlich entwickelt (Bundesverband Geriatrie e.V. 2010; KCG 2014). Während in einzelnen Bundesländern (Bremen, Hamburg, Schleswig-Holstein, Thüringen) gar keine geriatrischen Rehabilitationseinrichtungen anzutreffen sind (Bundesverband Geriatrie e.V. 2010: 31), hat z. B. Baden-Württemberg ein sehr umfassendes Konzept der geriatrischen Rehabilitation entwickelt (Sozialministerium Baden-Württemberg 2001). Allerdings liegt die Zahl der Geriatrie-Betten in Krankenhäusern in den Ländern ohne eigene geriatrische Reha-Einrichtungen ausnahmslos über dem Bundesdurchschnitt. Offensichtlich kommt es hier zu Substitutionsprozessen.

Tabelle 42: Ländervergleich geriatrischer Versorgungsstrukturen im Jahr 2007							
	Vorsorge- und Reha-Einrichtungen mit Schwerpunkt Geriatrie			Geriatrische Fachabteilungen im Krankenhaus			Schema Akut vs. Reha
	Anzahl	Betten	Betten je 100.000 Einw. im Alter 65+	Anzahl	Betten	Betten je 100.000 Einw. im Alter 65+	
Schleswig-Holstein	0	0	0	11	569	96	Akut
Hamburg	0	0	0	8	749	227	Akut
Niedersachsen	10	504	31	13	523	32	Reha/Akut
Bremen	0	0	0	4	245	175	Akut
Nordrhein-Westfalen	18	1.124	31	70	3.863	108	Akut
Hessen	1	40	3	30	1.515	128	Akut
Rheinland-Pfalz	6	365	44	3	163	20	Reha
Baden-Württemberg	43	1.929	94	10	486	24	Reha
Bayern	67	2.956	123	8	332	14	Reha
Saarland	6	310	137	3	156	69	Reha
Berlin	1	108	17	13	1.102	176	Akut
Brandenburg	1	70	13	12	674	125	Akut
Mecklenburg-Vorpommern	4	204	57	1	18	5	Reha
Sachsen	5	388	39	7	209	21	Reha/Akut
Sachsen-Anhalt	1	33	6	15	452	81	Akut
Thüringen	0	0	0	6	411	81	Akut
Deutschland	163	8.031	49	214	11.467	69	

Quelle: (Bundesverband Geriatrie e.V. 2010: 24ff.; Statistisches Bundesamt 2014b)

Anmerkung: Die Werte beruhen auf Zahlen des Statistischen Bundesamtes, die durch den Bundesverband Geriatrie ergänzt wurden. So sind bspw. vom Statistischen Bundesamt 127 Vorsorge- und Reha-Einrichtungen ausgewiesen; die korrigierten Zahlen belaufen sich aber auf 163.

Die fett markierten Zeilen beschreiben die Bundesländer, in denen es mehr als doppelt so viele Geriatrie-Betten in Vorsorge- und Reha-Einrichtungen gibt wie Geriatrie-Betten im Krankenhaus (=Reha in der letzten Spalte). Mit "Akut" sind die Bundesländer beschrieben, in denen mehr als doppelt so viele Betten im Krankenhaus wie in den Vorsorge- und Reha-Einrichtungen zu finden sind. Sachsen und Bremen sind ausgeglichener (Reha/Akut).

In der Tabelle fett hervorgehoben, sind die fünf Bundesländer mit ausgeprägter geriatrischer Rehabilitationsstruktur. Dies sind Baden-Württemberg, Bayern, Mecklenburg-Vorpommern, Rheinland-Pfalz und Saarland. In diesen Ländern

ist die Zahl der geriatrischen Betten in Vorsorge- und Reha-Einrichtungen mindestens doppelt so hoch wie die Zahl der Betten in geriatrischen Fachabteilungen im Krankenhaus, so dass die geriatrischen Versorgungsschwerpunkte dieser Länder eindeutig auf Rehabilitationseinrichtungen und nicht auf Krankenhäusern liegen. Die höchste Anzahl an geriatrischen Vorsorge- und Reha-Einrichtungen findet sich in Bayern, die höchste Anzahl an geriatrischen Reha-Betten je Einwohner über 65 Jahre allerdings im Saarland. In Niedersachsen und Sachsen ist die Zahl der geriatrischen Betten im Krankenhaus und in den Vorsorge- und Reha-Einrichtungen eher ausgeglichen, während die geriatrische Versorgung in den neun anderen Bundesländern mehrheitlich im Krankenhaus stattfindet.

Angesichts dieser unterschiedlichen Versorgungsstrukturen stellt sich nun die Frage, inwieweit diese auch die Inanspruchnahme prägen.

5.5.4 Inanspruchnahme von Rehabilitation

In Tabelle 43 sind für das Jahr 2011⁴⁸ die Zahl der jeweils ersten Rehabilitationen, Frührehabilitationen im Krankenhaus, geriatrischen Frührehabilitationen (als Teil der Frührehabilitation), teilstationären geriatrischen Komplexbehandlungen sowie Heilmittelverordnungen angegeben. Die Tabelle zeigt weiterhin, inwieweit die rehabilitativen Leistungen durch geriatrische Patienten oder andere Patienten in Anspruch genommen werden. Bei 93 % der (geriatrischen) Frührehabilitationen und 91 % der teilstationären geriatrischen Komplexbehandlungen handelt es sich um geriatrische Patienten im Sinne der hier vorgenommenen Definition. Dies bestätigt, dass geriatrische Versorgungsleistungen tatsächlich fast ausschließlich von geriatrischen Patienten in der hier verwendeten Definition genutzt werden.

Wie im vorstehenden Abschnitt 5.5.3 ausgeführt, unterscheiden sich Niveau und Struktur der geriatrischen rehabilitativen Versorgungskapazitäten. Tabelle 44 zeigt nun, wie hoch der Anteil der Versicherten ist, die im Januar 2011 eine rehabilitative Therapie beginnen bzw. eine Heilmittelverordnung bekommen.

⁴⁸ Die ist das letzte Jahr, für das die entsprechenden Daten zur Rehabilitation zur Verfügung stehen.

Tabelle 43: Anzahl rehabilitativer Leistungen für alle und für geriatrische Patienten im Jahr 2011					
	Rehabilitation in Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen	Früh- rehabilitation im Krankenhaus	Darunter: Geriatrische Früh- rehabilitation im Krankenhaus	Teilstationäre geriatrische Komplex- behandlung	Heilmittel
Gesamtzahl (hochgerechnet)	661.117	200.358	185.535	27.543	5.412.390
Anteil geriatrischer Patienten	66%	93%	93%	91%	57%
Anzahl geriatrischer Patienten	435.204	186.989	173.233	25.097	3.061.348
Quelle: BARMER GEK Routinedaten					
Anmerkung: Jeweils erste derartige Therapieform im Jahr 2011; Hochgerechnet auf Deutschland. Geriatrische Frührehabilitation im Krankenhaus ist eine Teilmenge der Frührehabilitation im Krankenhaus.					

Die Bundesländer mit ausgeprägter geriatrischer Rehabilitationslandschaft sind fett markiert (RP, BW, BY, SL, MV). Die Tabelle zeigt zum einen die Anteile für nicht pflegebedürftige und zum anderen für pflegebedürftige geriatrische Patienten.

Auf der Bundesebene zeigt sich im *Vergleich von Pflegebedürftigen und Nicht-Pflegebedürftigen*, dass die erstgenannten deutlich mehr (geriatrische) Frührehabilitation, teilstationäre geriatrische Komplexbehandlungen und Heilmittel erhalten als die Letztgenannten. Nicht-Pflegebedürftigen nehmen mehr die Rehabilitationen in Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen in Anspruch. Dieses Muster zeigt sich auch in allen Bundesländern. Lediglich in Baden-Württemberg und Bayern unterscheidet sich die Inanspruchnahme von Rehabilitation nicht zwischen Pflegebedürftigen und Nicht-Pflegebedürftigen, und bei der teilstationären geriatrischen Komplexbehandlung sind die Fallzahlen auf Länderebene so gering, dass bei 8 Bundesländern bis auf die erste Nachkommastelle hin gleiche Werte für Pflegebedürftige und Nicht-Pflegebedürftige vorzufinden sind. Insgesamt werden Heilmittel um ein Vielfaches öfter verordnet als Rehabilitationen. Diese wiederum werden bei Nicht-Pflegebedürftigen dreimal so oft durchgeführt wie Frührehabilitationen.

Tabelle 44: Behandlungs- und Verordnungsquote rehabilitativer Leistungen für geriatrische Patienten nach Pflegebedürftigkeit und Bundesland oder Therapiebeginn im Januar 2011) in %										
	Nicht pflegebedürftige Personen					Pflegebedürftige Personen				
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)
	Rehabilitation in Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen	Frührehabilitation im Krankenhaus	Geriatrische Frührehabilitation (Teil von (2))	Teilstationäre geriatrische Komplexbehandlung	Heilmittel	Rehabilitation in Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen	Frührehabilitation im Krankenhaus	Geriatrische Frührehabilitation (Teil von (2))	Teilstationäre geriatrische Komplexbehandlung	Heilmittel
Schleswig-Holstein	0,4	0,5	0,5	0,2	13,6	0,1	0,9	0,9	0,3	28,1
Hamburg	0,5	0,4	0,4	0,1	12,9	0,1	1,9	1,9	0,2	28,1
Niedersachsen	0,6	0,1	0,1	0,0	12,0	0,4	0,4	0,4	0,0	25,0
Bremen	0,5	0,1	0,1	0,1	9,2	0,3	1,2	1,2	0,1	18,5
Nordrhein-Westfalen	0,6	0,2	0,2	0,0	9,8	0,4	0,9	0,9	0,1	22,1
Hessen	0,5	0,3	0,2	0,0	11,0	0,2	1,1	1,0	0,2	21,1
Rheinland-Pfalz	0,6	0,1	0,1	0,0	12,6	0,5	0,3	0,3	0,0	25,5
Baden-Württemberg	0,7	0,1	0,0	0,0	14,0	0,7	0,3	0,2	0,0	26,1
Bayern	0,8	0,1	0,0	0,0	11,8	0,8	0,2	0,1	0,0	22,8
Saarland	0,6	0,2	0,1	0,1	10,7	0,4	0,5	0,3	0,1	25,5
Berlin	0,4	0,3	0,3	0,1	15,5	0,3	1,2	1,2	0,2	31,2
Brandenburg	0,5	0,1	0,1	0,0	13,7	0,2	0,8	0,8	0,1	24,5
Mecklenburg-Vorpommern	0,6	0,0	0,0	0,0	13,1	0,4	0,2	0,2	0,0	24,7
Sachsen	0,6	0,0	0,0	0,0	17,1	0,4	0,2	0,2	0,0	30,3
Sachsen-Anhalt	0,4	0,1	0,1	0,0	14,9	0,3	0,6	0,6	0,2	26,0
Thüringen	0,4	0,2	0,1	0,0	13,7	0,2	0,7	0,6	0,2	25,3
Deutschland	0,6	0,2	0,1	0,0	12,4	0,4	0,7	0,7	0,1	24,3
Quelle: Routinedaten der BARMER GEK; Selektion: Geriatrische Patienten im Alter 65+										

Bei Pflegebedürftigen wiederum ist die Frührehabilitation deutlich häufiger vertreten als die Rehabilitation. Bemerkenswert ist auch, dass fast ein Viertel der pflegebedürftigen geriatrischen Patienten eine Heilmittelverordnung erhält.

„Reha bei Pflege“ findet vor allem in Form von Heilmitteln und weniger in Form einer komplexen Rehabilitation statt.

Im *Ländervergleich* fällt auf, dass die Reha-Wahrscheinlichkeit sowohl für Nicht-Pflegebedürftige als auch für Pflegebedürftige in den Bundesländern, in denen auch das Angebot an geriatrischer Rehabilitation besonders ausgeprägt ist, tendenziell höher und die Frührehabilitation hingegen erkennbar seltener als im Bundesdurchschnitt ist. Die Heilmittelversorgung scheint davon wenig berührt.

Um zu kontrollieren, inwieweit die Länderunterschiede durch andere Faktoren oder Zufall bedingt sind, werden in den Regressionsmodellen der Tabelle 45 und Tabelle 46 die Unterschiede zwischen den Bundesländern statistisch bewertet. Dabei werden Alter, Geschlecht und eine Vielzahl an Erkrankungen, die mit Rehabilitation oder Pflegebedürftigkeit im Zusammenhang stehen, berücksichtigt.

Die Modelle zeigen für die pflegebedürftigen geriatrischen Patienten eine erhöhte Rehabilitationswahrscheinlichkeit in den fünf Reha-Bundesländern. Das trifft insbesondere auf Bayern und Baden-Württemberg zu. Die Reha-Wahrscheinlichkeit in diesen Ländern liegt beim Anderthalbfachen (Nicht-Pflegebedürftige) bzw. beim Dreifachen (Pflegebedürftige) der Wahrscheinlichkeit im Referenzbundesland Hessen⁴⁹. So, wie sich in den fünf Reha-Bundesländern eine – im Vergleich zu Hessen – durchgehend erhöhte Rehabilitationswahrscheinlichkeit zeigt, so wird in diesen Bundesländern auch eine deutlich geringere Wahrscheinlichkeit bei (geriatrischer) Frührehabilitation und teilstationärer geriatrischer Komplexbehandlung deutlich. Dies betrifft Pflegebedürftige wiederum ebenso und nicht pflegebedürftige geriatrische Patienten. Die Angebotsstruktur schafft sich somit auch seine Inanspruchnahme. Patienten nehmen somit überwiegend das in Anspruch, was regional angeboten wird.

⁴⁹ Hessen repräsentiert als Flächenland ohne Angrenzung an Stadtstaaten mitten in Deutschland in vielen Bereichen bundesdurchschnittliche Werte. Im Bereich der hier untersuchten rehabilitativen geriatrischen Versorgung bildet Hessen aber eher einen gut besetzten Extempol, der die ausgeprägte geriatrische Behandlung im Krankenhaus bei geringer Ausstattung im Bereich der geriatrischen Rehabilitation darstellt.

Tabelle 45: 'Relatives Risiko' rehabilitativer Maßnahmen für nicht pflegebedürftige geriatrische Patienten im Januar 2011 (Cox)

	Rehabilitation	Frühreha.	Geriatrische Frühreha.	teilstat. ger. Komplexbeh.	Heilmittel
Schleswig-Holstein	0,9	1,8 ***	1,8 ***	3,5 ***	1,3 ***
Hamburg	1,1	1,7 **	1,8 **	2,2 *	1,2 ***
Niedersachsen	1,4 ***	0,6 **	0,5 ***	0,2 **	1,1 ***
Bremen	1,0	0,6	0,6	1,9	0,9
Nordrhein-Westfalen	1,2 *	0,9	1,0	0,9	0,9 ***
Rheinland-Pfalz	1,2	0,2 ***	0,2 ***	0,1 *	1,2 ***
Baden-Württemberg	1,6 ***	0,2 ***	0,2 ***	0,0	1,3 ***
Bayern	1,7 ***	0,2 ***	0,1 ***	0,3 **	1,1 **
Saarland	1,2	0,6	0,6	1,0	1,0
Berlin	1,0	1,4	1,4 *	1,7	1,3 ***
Brandenburg	1,1	0,7	0,8	1,1	1,1 ***
Mecklenburg-Vorp.	1,3 *	0,2 **	0,1 **	0,0	1,1 ***
Sachsen	1,3 *	0,1 ***	0,1 ***	0,2 *	1,4 ***
Sachsen-Anhalt	0,9	0,8	0,9	0,2	1,2 ***
Thüringen	1,0	1,0	0,8	0,6	1,1 ***
Frau	0,9	1,3 ***	1,4 ***	1,4 *	1,2 ***
Alter 70-74	1,0	1,7 **	2,0 **	2,5 *	1,0 **
Alter 75-79	1,0	2,7 ***	3,9 ***	4,0 **	0,9 ***
Alter 80-84	0,9 *	3,8 ***	5,5 ***	6,3 ***	0,8 ***
Alter 85-89	0,7 ***	4,7 ***	7,1 ***	5,1 ***	0,6 ***
Alter 90+	0,6 ***	5,4 ***	8,4 ***	5,5 ***	0,5 ***
Lähmung	2,7 ***	3,7 ***	2,4 ***	3,3 ***	1,4 ***
Parkinson	1,1	1,8 ***	1,9 ***	2,8 ***	1,8 ***
Krebs	0,8 ***	0,9	0,9	1,0	1,1 ***
Multiple Sklerose	0,5	1,7	1,3	3,4	1,7 ***
Herzinsuffizienz	1,6 ***	2,1 ***	2,3 ***	1,6 **	1,0
Schlaganfall	1,9 ***	1,9 ***	1,7 ***	1,4	1,1 ***
Hüftgelenksnahe Fraktur	3,9 ***	5,7 ***	6,1 ***	3,8 ***	1,2 ***
Herzinfarkt	2,2 ***	1,7 ***	1,8 ***	1,2	1,0
Rückenbeschwerden	0,8 ***	0,6 ***	0,6 ***	0,8	1,7 ***
Arthrose	1,7 ***	0,8 **	0,8 *	1,0	1,3 ***
Sonst. Muskel-Skeletterk.	1,1 *	0,9	0,9	1,1	1,6 ***
Personen	603.905	603.905	603.905	603.905	603.905
Ereignisse	3.432	1.008	897	208	76.186

Anmerkung: ***: p<0,001, **: p<0,01, *: p<0,05 ; Ref.: Hessen, Mann, Alter 65-69

Tabelle 46: 'Relatives Risiko' rehabilitativer Maßnahmen für pflegebedürftige geriatrische Patienten im Januar 2011 (Cox-Regression)

	Rehabilitation	Frühreha.	Geriatrische Frühreha.	teilstat. ger. Komplexbeh.	Heilmittel
Schleswig-Holstein	0,5	0,9	0,8	1,6	1,3 ***
Hamburg	0,3	1,7 ***	1,8 ***	1,2	1,3 ***
Niedersachsen	1,7 *	0,4 ***	0,3 ***	0,0 **	1,2 ***
Bremen	1,2	1,1	1,1	0,7	0,9
Nordrhein-Westfalen	1,6 *	0,9	0,9	0,6	1,0
Rheinland-Pfalz	2,1 **	0,3 ***	0,3 ***	0,1 *	1,2 ***
Baden-Württemberg	2,9 ***	0,2 ***	0,2 ***	0,0	1,3 ***
Bayern	3,1 ***	0,1 ***	0,1 ***	0,2 ***	1,1 *
Saarland	1,7	0,4 *	0,3 *	0,6	1,1
Berlin	1,1	1,1	1,1	0,8	1,3 ***
Brandenburg	0,9	0,8	0,8	0,6	1,0
Mecklenburg-Vorp.	1,6	0,2 **	0,2 **	0,0	1,0
Sachsen	1,6	0,2 ***	0,2 ***	0,0	1,2 ***
Sachsen-Anhalt	1,1	0,5 *	0,6 *	0,9	1,0
Thüringen	0,9	0,7	0,6	0,7	1,0
Frau	1,3 *	0,9	0,9	0,7	1,0
Alter 70-74	0,8	1,4	1,5	0,9	1,0
Alter 75-79	0,7 *	1,4	1,6	0,9	0,9 ***
Alter 80-84	0,5 **	1,6 *	1,8 *	0,8	0,8 ***
Alter 85-89	0,4 ***	1,6 *	1,9 **	0,7	0,6 ***
Alter 90+	0,2 ***	1,4	1,6 *	0,4 *	0,5 ***
Lähmung	1,7 ***	1,5 ***	1,3 **	1,1	1,7 ***
Parkinson	0,8	1,2	1,2 *	1,1	1,5 ***
Krebs	1,0	1,0	1,1	0,8	1,0
Multiple Sklerose	1,2	1,2	0,5	0,0	1,6 ***
Herzinsuffizienz	1,2 *	1,9 ***	1,9 ***	1,2	1,0
Schlaganfall	1,5 ***	1,2 *	1,2 *	1,5	1,2 ***
Hüftgelenksnahe Fraktur	4,2 ***	2,8 ***	2,9 ***	1,9 **	1,2 ***
Herzinfarkt	2,2 ***	1,3	1,3	2,1 *	0,9 *
Rückenbeschwerden	1,2	1,0	1,0	1,2	1,1 ***
Arthrose	1,3 *	1,0	1,0	1,9 **	1,1 ***
Sonst. Muskel-Skeletterk.	1,4 **	1,2	1,2	1,3	1,1 ***
Personen	144.189	144.189	144.189	144.189	144.189
Ereignisse	611	985	949	140	34.501
Anmerkung: ***: p<0,001, **: p<0,01, *: p<0,05 ; Ref.: Hessen, Mann, Alter 65-69					

Als Nebenergebnis ist noch festzuhalten, dass die Unterscheidung zwischen Männern und Frauen bei der Kontrolle von Alter und Krankheit keine bedeutende Rolle spielt. Bei den kontrollierten Erkrankungen sind es vor allem die hüftgelenksnahen Frakturen, die die Wahrscheinlichkeit der Maßnahmen nach oben treiben. Dies betrifft besonders die Rehabilitation. Aber auch der Herzinfarkt ist für die Rehabilitation bedeutender als für die anderen Maßnahmen. Auffällig ist zudem, dass mit fortschreitendem Alter die Wahrscheinlichkeit einer Rehabilitation sinkt. Dies trifft in einem verminderten Maße auch für die teilstationäre geriatrische Komplexbehandlung und für die Heilmittelverordnung zu. Die Wahrscheinlichkeit einer Frührehabilitation steigt hingegen mit dem Alter und wird erst im höchsten Alter wieder etwas geringer.

5.5.5 Wirksamkeit von Rehabilitation

Die regionalen Versorgungsunterschiede erlauben nun Rückschlüsse darauf, inwieweit die verschiedenen Konzepte erfolgreich sind im Hinblick auf die Zielsetzung, das Auftreten von Pflegebedürftigkeit zu vermeiden, Pflegebedürftigkeit zu beseitigen, zu mindern oder ihre Verschlimmerung zu verhüten. Relevante diesbezügliche Endpunkte sind insbesondere die Pflegeinzidenzraten sowie – bei vorhandener Pflegebedürftigkeit – die Veränderung der Pflegestufe. Nachfolgend wird auf die Übergangsrate in die Pflegebedürftigkeit abgestellt. Hierzu wird untersucht, inwieweit geriatrische Patienten im Allgemeinen und nach einem akuten Krankenhausaufenthalt wegen eines Bruchs des Oberschenkelknochens (Femur)⁵⁰ nachfolgend pflegebedürftig werden.

5.5.5.1 Allgemeine Übergangsraten in die Pflegebedürftigkeit

In Tabelle 47 werden verschiedene Regressionsmodelle dargestellt, die für noch nicht pflegebedürftige geriatrische Patienten den allgemeinen Unterschied zwischen den Bundesländern bezüglich der Pflegeeintrittswahrscheinlichkeit je Monat analysieren. Zunächst wird dabei in Modell 1 nur nach Bundesländern, Geschlecht und Alter unterschieden. Hier wird implizit unterstellt, die Krankheitslast wäre über die Bundesländer zufällig verteilt.

⁵⁰ Die Diagnose „Fraktur des Femurs“ wird herangezogen, da diese bei geriatrischen Patienten besonders häufig auftritt und auch in allen untersuchten rehabilitativen Maßnahmen zu einer der häufigsten Diagnosen gehört.

Tabelle 47: Relatives Risiko des Pflegeeintritts für geriatrische Patienten		
	Model 1	Model 2
Schleswig-Holstein	0,92 ***	0,87 ***
Hamburg	0,94 *	0,94 *
Niedersachsen	1,10 ***	1,09 ***
Bremen	1,18 **	1,22 ***
Nordrhein-Westfalen	1,03 *	1,03
Rheinland-Pfalz	0,93 ***	0,89 ***
Baden-Württemberg	0,90 ***	0,91 ***
Bayern	0,81 ***	0,80 ***
Saarland	0,85 ***	0,80 ***
Berlin	0,82 ***	0,86 ***
Brandenburg	0,92 **	0,97
Mecklenburg-Vorpommern	0,98	1,04
Sachsen	0,80 ***	0,84 ***
Sachsen-Anhalt	0,87 ***	0,89 ***
Thüringen	0,88 ***	0,87 ***
Frau	0,83 ***	1,02 *
Alter 70-74	1,40 ***	1,32 ***
Alter 75-79	2,35 ***	2,05 ***
Alter 80-84	4,51 ***	3,58 ***
Alter 85-89	8,28 ***	6,03 ***
Alter 90+	14,32 ***	9,45 ***
Lähmung		2,56 ***
Parkinson		2,73 ***
Krebs		1,41 ***
Multiple Sklerose		1,53 ***
Herzinsuffizienz		1,74 ***
Schlaganfall		1,47 ***
Hüftgelenksnahe Fraktur		2,24 ***
Herzinfarkt		1,23 ***
Rückenbeschwerden		0,64 ***
Arthrose		0,91 ***
Sonst. Muskel-Skeletterk.		0,81 ***
Anzahl der Ereignisse	80.843	80.843
Quelle: Routinedaten der BARMER GEK; Anmerkung: ***: p<0,001, **: p<0,01, *: p<0,05 ; Ref.: Hessen, Mann, Alter 65-69; Startzeitpunkt und Zustände zum Jan. 2011; Beobachtungsende Dez. 2011		

Deutlich wird, dass die Pflegeeintrittswahrscheinlichkeit im Vergleich zu Hessen in vier der fünf Reha-Bundesländer verringert ist. Von den fünf Reha-Ländern unterscheidet sich einzig Mecklenburg-Vorpommern nicht signifikant von Hessen. Es sind aber nicht nur die vier der fünf Reha-Bundesländer, in denen sich eine geringere Pflegeeintrittswahrscheinlichkeit als in Hessen zeigt; auch noch sieben weitere Bundesländer unterscheiden sich in der gleichen Richtung von Hessen. Somit ist zwar in den fünf Reha-Ländern ein Unterschied zu Hessen gegeben, aber nicht unbedingt zum Bundesdurchschnitt. Auffällig ist jedoch, dass mit Bayern und Saarland die beiden Reha-Länder die niedrigste Übergangsrate haben, in denen auch die höchste Bettenzahl in geriatrischen Reha-Einrichtungen vorgehalten werden. Unter den Vergleichsländern sind Sachsen mit ebenfalls einer hohen Zahl an geriatrischen Reha-Betten und Berlin mit der höchsten Zahl an geriatrischen Betten im Krankenhaus vertreten, die insgesamt eine geringe Übergangsrate in die Pflegebedürftigkeit aufweisen.

In Modell 2 wird der Versuch unternommen, die Krankheitslast zu kontrollieren. Auffällig ist beim Vergleich der Bundesländer, dass die beiden Länder mit der höchsten Bettenzahl in der geriatrischen Reha (Bayern und Saarland) nun eindeutig die geringste Übergangsrate in die Pflegebedürftigkeit aufweisen.

Zusammenfassend ergeben sich Hinweise darauf, dass die geriatrische Rehabilitation einen dämpfenden Effekt auf die Wahrscheinlichkeit des Pflegeeintritts hat. Dies wird auch untermauert mit hier nicht dargestellten Modellen, in denen statt der Bundesländer die Anzahl der geriatrischen Reha-Betten je Einwohner über 65 Jahre eingesetzt wurden. Gleiche Effekte ergaben sich auch beim Einsetzen der Relation von geriatrischen Reha-Betten zu Betten in geriatrischen Fachabteilungen im Krankenhaus.

5.5.5.2 Pflegeeintrittswahrscheinlichkeit nach Bruch des Femurs

Der Gesamtblick auf alle geriatrischen Patienten und ihre Versorgungsverläufe kann spezielle Zusammenhänge verwischen, da die Krankheitslagen und die Versorgungssituationen insgesamt sehr komplex sind. Daher wird im Folgenden der Versuch unternommen, mit dem Fokus auf eine spezielle Behandlungsnotwendigkeit (Fraktur des Femurs) die Auswirkungen der Versorgungsstrukturen auf die Pflegeeintrittswahrscheinlichkeit noch präziser abzuschätzen.

Tabelle 48: Übergang in die Pflegebedürftigkeit nach Fraktur des Femurs - Cox-Regression

	Model 1	Model 2
Schleswig-Holstein	0,81	0,81
Hamburg	1,08	1,20
Niedersachsen	0,91	0,94
Bremen	0,45	0,50
Nordrhein-Westfalen	0,96	0,97
Rheinland-Pfalz	0,72 **	0,72 **
Baden-Württemberg	0,91	0,95
Bayern	0,73 ***	0,73 ***
Saarland	0,87	0,79
Berlin	0,71 *	0,74 *
Brandenburg	0,79	0,81
Mecklenburg-Vorpommern	1,03	1,10
Sachsen	0,77	0,83
Sachsen-Anhalt	0,82	0,84
Thüringen	0,84	0,93
Frau	0,92	1,04
Alter 70-74	1,38	1,33
Alter 75-79	1,70 ***	1,60 **
Alter 80-84	2,78 ***	2,57 ***
Alter 85-89	3,80 ***	3,40 ***
Alter 90+	5,20 ***	4,43 ***
Lähmung		1,29 **
Parkinson		1,79 ***
Krebs		1,13 *
Multiple Sklerose		2,47 **
Herzinsuffizienz		1,35 ***
Schlaganfall		1,24 **
Herzinfarkt		1,05
Rückenbeschwerden		0,77 ***
Arthrose		0,86 **
Sonst. Muskel-Skeletterk.		0,93
Anzahl Frakturen	5.710	5.710
Anzahl Pflegeeintritte		
Quelle: Routinedaten der BARMER GEK		
Anmerkung: ***: p<0,001, **: p<0,01, *: p<0,05 ; Ref.: Hessen, Mann, Alter 65-69; Fraktur im Jahr 2011, Pflegeübergang innerhalb von 12 Monaten		

Ausgangspunkt ist die Diagnose mit Krankenhausbehandlung. Untersucht wird, ob sich in den verschiedenen Bundesländern mit den verschiedenen geriatrischen Reha-Konzepten unterschiedliche Wahrscheinlichkeiten zeigen, pflegebedürftig zu werden. Als Fälle sind diejenigen Patienten ausgewählt, die im Jahr 2011 einen Krankenhausaufenthalt mit der Hauptdiagnose S72 (Fraktur des Femurs) hatten, aber nicht im Jahr 2010, und zudem als geriatrische Patienten identifiziert sind. 13.661 solcher Patienten, zu denen auch in den Kontrollvariablen gültige Werte vorliegen, konnten in den Daten identifiziert werden. Da der Übergang in die Pflegebedürftigkeit betrachtet werden soll und für die rehabilitativen Maßnahmen ein gewisser Zeitrahmen eingeräumt werden muss, wurden für die Analyse alle diejenigen Fälle ausgeschlossen, in denen die Patienten schon im Monat des Krankenhausaufenthalts pflegebedürftig sind. Für die Analyse verbleiben 5.710 Fälle, für die nun ermittelt wird, inwieweit nach dem Krankenhausaufenthalt die Pflegebedürftigkeit einsetzt und welche Ländereffekte dabei erkennbar sind.

Tabelle 48 zeigt drei verschiedene Cox-Regressionsmodelle nur für geriatrische Patienten. Als Vergleichsbundesland ist auch hier Hessen gewählt. Im Vergleich zu Hessen tritt im Modell 1 für die beiden Reha-Bundesländer Rheinland-Pfalz und Bayern eine verminderte Pflegeeintrittswahrscheinlichkeit auf. Die Unterschiede zwischen den Bundesländern werden durch die Hereinnahme der Erkrankungen in das Modell 2 nur unwesentlich beeinflusst. Die Effekte für Rheinland-Pfalz und Bayern bleiben stabil. Kontrolliert nach Bundesländern, Alter, Geschlecht und den weiteren Erkrankungen erscheinen insbesondere Bayern und Rheinland-Pfalz als Reha-Bundesländer mit signifikant verringerter Pflegeeintrittswahrscheinlichkeit. Dies könnte ein Zeichen dafür sein, dass die geriatrischen Reha-Strukturen, die gerade in Bayern besonders ausgeprägt sind, auch nach Bruch des Femurs förderlich zur Vermeidung der Pflegebedürftigkeit wären.

5.5.6 Diskussion der Ergebnisse

Die einzelnen Bundesländer unterscheiden sich in ihren Versorgungsstrukturen erkennbar. Rheinland-Pfalz, Baden-Württemberg, Bayern, Saarland und Mecklenburg-Vorpommern sind Länder mit überproportional vielen geriatrischen Reha-Einrichtungen. Genau in diesen Bundesländern erhalten geriatrische

Patienten auch überdurchschnittlich viele Rehabilitationen. Allerdings werden in diesen Bundesländern weniger Frührehabilitationen im Krankenhaus durchgeführt.

Um zu ermitteln, ob diese unterschiedlichen Versorgungsstrukturen auch zu unterschiedlichen Outcomes führen, wurde in verschiedenen Analysen verglichen, ob entweder die mehrheitliche Versorgung mit Rehabilitation oder die mehrheitliche Versorgung mit Frührehabilitation eher in der Lage ist, den Pflegeeintritt zu verhindern oder zu verzögern. Sowohl eine höhere Zahl an geriatrischen Reha-Betten als auch eine hohe Relation von geriatrischen Reha-Betten zu geriatrischen Krankenhausbetten verringerten im Allgemeinen die Wahrscheinlichkeit des Pflegeeintritts. Dies zeigt sich darin, dass die Bundesländer mit hohen Kapazitäten an Reha-Einrichtungen, geringere Pflegeeintrittswahrscheinlichkeiten aufweisen. Entsprechende Ergebnisse konnte im Allgemeinen, aber auch im speziellen Fall der Fraktur des Femurs gefunden werden. Der Ländervergleich gibt somit Hinweise darauf, dass geriatrische Rehabilitation den Pflegeeintritt vermindern kann.

6 Zahnärztliche Versorgung Pflegebedürftiger

Vielfach wird die schlechte Mundgesundheit von behinderten Menschen, Pflegebedürftigen oder Senioren beklagt (Amberg 2009; Geiger 2011; Heilf 2008; Jäger 2009; Manojlovic 2010; Meissner 2002; Töpfer 1999). Zudem wird auch eine geringe Inanspruchnahme zahnärztlicher Leistungen festgestellt. Tatsächlich liegen hierzu aber nur wenig verlässliche, repräsentative Zahlen zur Mundgesundheit Pflegebedürftiger vor (siehe hierzu Abschnitt 6.1.1). Nachfolgend werden daher die zahnmedizinische Versorgungslage Pflegebedürftiger, die Ursachen für etwaige Unterversorgung und bereits durchgeführte sowie diskutierte diesbezügliche Reformen untersucht. Die Daten zur Beschreibung der Situation beziehen sich dabei überwiegend auf das Jahr 2012 und können die Effekte der seitdem in Kraft getretenen rechtlichen Veränderungen noch nicht erfassen. Die Bewertung dieser Reformschritte kann daher nur vor dem Hintergrund der zuvor festgestellten Reformnotwendigkeiten qualitativ erfolgen.

In Abschnitt 6.1 werden dazu zunächst allgemeine Kennziffern zur Finanzierung und zur gesamten Versorgungssituation dargestellt sowie die speziellen Versorgungsbedarfe Pflegebedürftiger benannt. Dabei wird sowohl auf vorhandene Leitlinien eingegangen als auch auf Studien zur Mundgesundheit. In den Abschnitten 6.2 bis 6.4 wird dann auf Basis der BARMER GEK Routinedaten ein umfassenderer Einblick in die Versorgung Pflegebedürftiger gegeben. Die sich dabei zeigenden Unterschiede in der Versorgung von Pflegebedürftigen und Nicht-Pflegebedürftigen weisen auf Versorgungsdefizite hin. In Abschnitt 6.5 wird daher dargelegt, welche Reformschritte seit 2012 bereits unternommen wurden und vor diesem Hintergrund diskutiert, welche weiteren Reformschritte notwendig sind.

6.1 Grundlagen

Um einen Überblick über die Versorgungslage zu schaffen, wird zunächst auf die Studienlage zur Mundgesundheit und Versorgung von Pflegebedürftigen eingegangen (Abschnitt 6.1.1). Sollen diese Befunde bewertet werden, ist dazu ein Bewertungsmaßstab notwendig. Dieser könnte in einschlägigen Leitlinien liegen. In Abschnitten 6.1.2 wird daher geprüft, inwieweit diese Leitlinien auf die besondere Lage von Pflegebedürftigen eingehen. Abschließend werden die

Finanzierungsregelungen dargestellt (Abschnitt 6.1.3), die erheblichen Einfluss auf Art und Ausmaß der Versorgung haben.

6.1.1 Studienlage zur Mundgesundheit und zur zahnärztlichen Versorgung Pflegebedürftiger

Die *allgemeine medizinische* Versorgung Pflegebedürftiger ist schon vielfach kritisch in den Fokus gerückt worden (z. B. Becker et al. 1999; Bockenheimer-Lucius 2007; Garms-Homolová 1998; Kaffenberger 2009; Rothgang et al. 2008; Rothgang et al. 2009; Sauerbrey 2008, 2011; Schmidt 2000). Schon lange wird auch die unzureichende Mundhygiene, die *unzureichende zahnärztliche Versorgung* von Pflegeheimbewohnern und der *unbefriedigende Mundgesundheitszustand* beklagt (z. B. Benz et al. 1993; Stark 1992). Die Datengrundlage für die zahnmedizinische Versorgungslage ist aber eher schwach. Nitschke et al. (2012) haben in einem systematischen Review nur wenige Veröffentlichungen gefunden, die die Mundgesundheit und die zahnärztliche Versorgung zusammen beschreiben. So stellen sie fest, dass es in Deutschland keine verwertbaren Studien zur Mundgesundheitsituation und zum zahnärztlichen Versorgungsgrad von Pflegebedürftigen im ambulanten Setting gibt (Nitschke et al. 2012: 5). Allein die Studie von Krüger (2008) beschreibt die Situation von Senioren in häuslicher Pflege. Für den Veröffentlichungszeitraum von Januar 2000 bis März 2012 fanden sie nur 7 publizierte Arbeiten (Amberg 2009; Geiger 2011; Heilf 2008; Jäger 2009; Manojlovic 2010; Meissner 2002; Töpfer 1999) und 3 Datensätze aus ihrer eigenen Studie „Gesund im Alter – auch im Mund“, die in adäquater Weise zugleich den Gesundheitszustand und den Versorgungsgrad in Pflegeheimen darstellen. Zusätzlich fanden sie noch 12 Studien, die sich auch mit der Mundgesundheit von Senioren beschäftigten, aber die für die Überblicksarbeit selbst gestellten Einschlusskriterien nicht erfüllten.

Als Gründe für eine geringere Mundgesundheit werden sowohl die Probleme bei der Durchführung der täglichen Zahnpflege als auch die geringere Inanspruchnahme zahnärztlicher Leistungen genannt. Die geringere Inanspruchnahme zahnärztlicher Leistungen wird dabei auf häufig auftretende mangelnde Behandlungskooperativität, eine erschwerte Mobilität, den Kontaktverlust zum

bisherigen Zahnarzt, einen allgemein schlechten Gesundheitszustand, Angst vor der Behandlung und fehlende Akzeptanz für Zahnersatz sowie auf Informationsdefizite zurückzuführen. Hinzu kommen erschwerte oder eingeschränkte Therapiebedingungen, subjektive Kosten-Nutzenabwägungen auch bei Angehörigen hinsichtlich der Eigenfinanzierungsanteile sowie eine unzureichende Aufklärung des Pflegepersonals, das schlechte Zahngesundheit hinnimmt und durch angepasstes Nahrungsangebot in Form von Breien kompensiert (Bertelsen 2012; Hilbert & Mittermeier 2013; Klasen & Hilbert 2007; Uhlich 2013). Daraus resultiert eine oftmals nur beschwerdeorientierte Inanspruchnahme. Beispielsweise ist in einer Bremer Studie für knapp 75 % der Heimbewohner, für die ein Befund erhoben werden konnte, eine Behandlung indiziert gewesen, aber zu dem Zeitpunkt noch nicht eingeleitet worden (Klasen & Hilbert 2007). In einer anderen Bremer Studie wird berichtet, dass in 3 von 55 antwortenden Altenpflegeheimen nie ein Zahnarzt ins Haus kommt (Hilbert & Mittermeier 2013). Meistens erfolgen die Hausbesuche auf Anforderung (37 von 55) und nur in 19 von 55 Pflegeheimen gibt es einen regelmäßigen Turnus von Hausbesuchen durch Zahnärzte. Ein Kontakt zum Zahnarzt wird in aller Regel durch das Pflegeheim hergestellt, wenn die Notwendigkeit erkannt wird; dennoch findet sich bei einem Großteil der Pflegebedürftigen ein akuter Behandlungsbedarf (Hilbert & Mittermeier 2013).

Zur Beschreibung der Mundgesundheit werden u. a. folgende Faktoren verwendet: Der Anteil der zahnlosen Personen, die Anzahl der noch vorhandenen eigenen Zähne, die Kariesprävalenz, Parodontitis und der prothetische Versorgungsgrad.

In ihre systematische Übersichtsarbeit konnten Nitschke et al. (2012) 10 Studien mit insgesamt 1.240 Studienteilnehmern einschließen, die Informationen zu einigen der genannten Indikatoren der Mundgesundheit beinhalten. Dabei ergeben sich folgende Befunde:

- Die Zahnlosigkeit wird aus 8 Studien ermittelt. Sie beträgt 54,3 % (SD: $\pm 14,3$). Die durchschnittliche Zahnzahl pro Studienteilnehmer (6 Studien) beträgt 4,18 Zähne (SD: $\pm 1,96$). Bezogen auf alle bezahnten Studienteilnehmer sind es 9,76 Zähne (SD: $\pm 2,84$).

- Durch Karies befallene oder wegen Karies behandelte oder entfernte Zähne werden über den DMFT-Index⁵¹ angegeben. Ein Wert von 0 bedeutet dabei vollständige Gesundheit aller Zähne. Ein Wert von 28 bedeutet hingegen die Schädigungen bei jedem einzelnen Zahn (Weisheitszähne werden nicht eingeschlossen). Bei den Pflegebedürftigen ergab sich ein Mittelwert von 25,3 (SD: ±2,27) bei 7 eingeschlossenen Studien. Im Durchschnitt sind somit mehr als 25 der 28 Zähne kariös gewesen und/oder entfernt.
- Der letzte Zahnarztbesuch liegt für einige Pflegebedürftige schon Jahrzehnte zurück. Der mittlere Median aus 5 berücksichtigten Studien liegt bei 21,9 Monaten. Der letzte Zahnarztbesuch liegt somit für 50 % der Pflegebedürftigen schon knapp 2 Jahre oder länger zurück.

Aus dem Befund, dass mit höherem Alter die durchschnittliche Zahl der verbliebenen Zähne sinkt und entsprechend der Anteil der zahnlosen Personen steigt, darf nicht geschlossen werden, dass ältere Menschen keinen Zahnarzt mehr benötigen. Die Versorgungsbedarfe ändern sich lediglich. So liegt der Behandlungsbedarf häufig in der Prothesenanpassung, in der Extraktion kariöser Zähne und der professionellen Reinigung von Gebiss und Prothesen (Hilbert & Mittermeier 2013). Letztgenanntes muss regelmäßig geschehen, da sich Zahnstein auch im Gebiss und in Prothesen ablagert und damit ursächlich für Parodontopathien sein kann.

Andere regionale Studien kommen bei vergleichbaren Altersverteilungen zu noch höheren Anteilen zahnloser Seniorenheim-, Altenheim- oder Altenpflegeheimbewohnern. In der älteren Studie von Nitschke et al. (2003) wird dabei zudem ein schlechterer Mundgesundheitszustand bei den Bewohnern in ländlichen Einrichtungen festgestellt.

Die Gesamtbevölkerung hat weniger fehlende oder (ehemals) kariöse Zähne als Pflegebedürftige im Pflegeheim. Der DMFT-Index beträgt in Deutschland bei 35-44-jährigen 14,5 und bei 65-74-jährigen 22,1 (Stand 2005) (BZÄK 2013). Ebenso ist der Anteil der zahnlosen Personen in der Gesamtbevölkerung ge-

⁵¹ D = decayed (kariös), M = missing (fehlend auf Grund von Karies), F = filled (gefüllt), T (teeth) Zähne; der Wert kann minimal bei 0 liegen, wenn keine Zähne geschädigt sind oder bei maximal 28, wenn alle bleibenden Zähne betroffen sind – Weisheitszähne werden nicht gezählt.

ringer als bei den Heimbewohnern. So sind nur 22,6 % der zu Hause lebenden Menschen im Alter von 65-74 Jahren zahnlos (Micheelis 2006). Unter den Pflegeheimbewohnern ist es über die Hälfte. Diese Unterschiede sind aber nicht zuletzt auf das deutlich höhere Alter der Pflegebedürftigen zurückzuführen.

Probleme mit den Zähnen sind generell alters- bzw. kohortenabhängig. So findet sich eine deutlich höhere Prävalenz eingeschränkter Mundgesundheit bei älteren Menschen (John & Micheelis 2003; Mack et al. 2004; Mack et al. 2005). Unabhängig vom Alter ist sie aber auch assoziiert mit niedriger Schulbildung, niedrigem Einkommen, Rauchen und Alkoholmissbrauch (Mack et al. 2004). Eine Verschlechterung der Mundhygiene ist nicht nur direkt altersabhängig, sondern kann auch aus den Umständen des Alters resultieren. So werden beispielsweise Verschlechterungen der Mundhygiene bei Krankenhausaufenthalten berichtet, die aber bei gezielter Betreuung nicht nötig wären (Benz et al. 1996; Wefers et al. 2006). Zudem werden Zahnarztbesuche von älteren Menschen häufig vernachlässigt (Born et al. 2006; Nitschke et al. 2001).

Aus dem Studienüberblick geht hervor, dass repräsentative Studien Mangelware sind und die Studien die Mundgesundheit und die Inanspruchnahme von zahnmedizinischen Leistungen unzureichend abbilden, insbesondere weil es keine geeigneten Vergleichsgruppen gibt. Auch das Statistische Bundesamt verfügt nicht über bessere Zahlen. Als Überblicksstatistik über den Mundgesundheitszustand im Allgemeinen und über zahnärztliche Leistungen liegt das Statistische Jahrbuch der Bundeszahnärztekammer vor (BZÄK 2013), das auf Ergebnissen der Vierten Deutschen Mundgesundheitsstudie (Micheelis 2006) basiert. Die Vierte Deutsche Mundgesundheitsstudie basiert auf Untersuchungs- und Befragungsdaten von 4.631 Personen in vier Alterskategorien (12-Jährige, 15-Jährige, 35-44-Jährige und 65-75-Jährige). Auch damit ist somit kein vollständiger Überblick gegeben. Das Alter, in dem sich Pflegebedürftige im Allgemeinen und Heimbewohner im Besonderen üblicherweise befinden, ist gar nicht berücksichtigt. Den besten Gesamtüberblick über zahnärztliche Versorgungsleistungen liefern daher die BARMER GEK Zahnberichte (Rädel et al. 2014; Schäfer et al. 2013; Schäfer et al. 2012; Schäfer et al. 2011). Auch darin ist die Mundgesundheit der Pflegebedürftigen allerdings nicht gesondert dargestellt.

6.1.2 Leitlinien

Zur Beurteilung der Angemessenheit der zahnärztlichen Versorgung Pflegebedürftiger sind die Bewertungsmaßstäbe notwendig. Grundlage der Bewertung kann zum einen der Vergleich mit Nicht-Pflegebedürftigen sein. Sachlich nicht begründete Unterschiede weisen dann auf Über- oder Unterversorgung hin, wobei aber zunächst nicht feststellbar ist, ob die eine Gruppe über- oder die andere unterversorgt ist. Ein idealer Bewertungsmaßstab, der auch die Richtung der Abweichung benennen würde, wäre dagegen eine hochwertige Leitlinie, die die Idealversorgung beschreibt. In den Leitlinien zur zahnärztlichen Versorgung werden ältere, pflegebedürftige Menschen aber nicht gesondert berücksichtigt. Auch häufige psychische Störungen – insbesondere Demenz – werden nicht erwähnt. Zwar gibt es Leitlinien zur (zahn-)ärztlichen Therapie mit Bezug zu psychischen Störungen; diese betreffen aber vornehmlich die Depressionen und Suizidalität (AWMF 2012). Die *Leitlinie zur Operation der Weisheitszähne* erwähnt zumindest „schwerwiegende Co-Morbiditäten“ und das „hohe Alter“ als Risikofaktoren (DGZMK 2013b: 5). Zumindest erwähnt diese Leitlinie (DGZMK 2013b: 9) wie auch die *Leitlinie zur Wurzelspitzenresektion* (DGZMK 2009: 7), dass sich die Art und der Umfang der Behandlung auch an der „Mitarbeit des Patienten“ orientieren soll. Diese ist gerade bei pflegebedürftigen Menschen oftmals – auch durch Kommunikationsprobleme – deutlich eingeschränkt. Nähere Ausführungen hierzu finden sich auch in dieser Leitlinie nicht. In anderen Fällen wird die Behandlungsempfehlung auch von der Zustimmung der Patienten abhängig gemacht. So verlangt die *Leitlinie zur implantatprothetischen Versorgung des zahnlosen Oberkiefers* eine gemeinsame Entscheidungsfindung mit dem Patienten und eine Aufklärung des Patienten über Vor- und Nachteile der Therapieformen (DGZMK 2013a: 18). Je nach Prothetik werden unterschiedliche Anforderungen an den Patienten gestellt, selbstständig und regelmäßig die Mundhygiene und die Hygiene der Prothesen zu übernehmen. Diesen Anforderungen können pflegebedürftige Menschen sehr häufig allein nicht mehr gerecht werden. Gänzlich ohne Bezug zur besonderen Situation älterer oder/und pflegebedürftiger Menschen bleiben die *Empfehlungen zum festsitzenden Zahnersatz für zahnbegrenzte Lücken* (DGZMK 2012). Darin wird mit keinem Wort „Alter“, „Demenz“ oder „Pflegebedürftigkeit“ erwähnt, und auch die Mitarbeit und etwaige damit verbundene Probleme wer-

den nicht thematisiert. Insgesamt sind somit keine expliziten Hinweise gegeben, wie eine optimale Versorgung Pflegebedürftiger auszusehen hat und zu realisieren ist. Allein der Hinweis darauf, der Pflegezustand sei ein Risiko oder sei zu berücksichtigen, ist wenig hilfreich. Für die Bewertung der vorgefundenen Versorgungssituation Pflegebedürftiger können Leitlinien also keinen wichtigen Beitrag leisten.

6.1.3 Finanzierung zahnärztlicher Leistungen: Der Einheitliche Bewertungsmaßstab für zahnärztliche Leistungen – BEMA

Die Abrechnung der zahnärztlichen Leistungen mit der GKV basiert auf dem einheitlichen Bewertungsmaßstab für zahnärztliche Leistungen (BEMA). Dieser wird nach § 87 Abs. 2 und 2h SGB V als Anlage zum Bundesmantelvertrag und Ersatzkassenvertrag der Zahnärzte erstellt. Der Bewertungsausschuss, der den BEMA festlegt, setzt sich zu gleichen Teilen aus der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung und dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen zusammen. Die Entscheidung über die Bewertung der Leistungen erfolgt also gemeinschaftlich durch Kostenträger und Leistungserbringer.

Der BEMA definiert die abrechnungsfähigen zahnärztlichen Leistungen für gesetzlich krankenversicherte Personen (KZBV 2014b), während die Leistungen für Privatversicherte in der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) geregelt werden (BZÄK 2011). Der Wert einer jeweiligen Leistung wird sowohl im BEMA als auch in der Gebührenordnung in *Punkten* abgebildet. Anhand dieser Punktzahl wird neben dem Wert der Leistung auch das wertmäßige Verhältnis der Leistungen zueinander (relative Preise) deutlich. Die Punktwerte für die Leistungen des BEMA werden in Verträgen nach den §§ 71 Abs. 1, 82 Abs. 2, 83 und 85 SGB V mit den Kassenzahnärztlichen Vereinigungen jährlich neu festgelegt.

Leistungen, die nicht im Bewertungsmaßstab enthalten sind, werden nach der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) bewertet. Zur Ermittlung der Bewertungszahl ist für 9 GOÄ-Punkte 1 BEMA-Punkt anzusetzen. Die besonderen Leistungen, die im Zusammenhang mit Pflegebedürftigkeit stehen können, sind u. a. Wegegelder und Reiseentschädigungen. Diese sind auch im Jahr 2012 noch nach den geltenden §§ 8 und 9 der GOÄ abrechenbar. Demnach erhält

ein Zahnarzt ein Wegegeld zwischen 4,30 € (pro Besuch, innerhalb eines Radius um die Zahnarztpraxis bis zu 2 km) bis hin zu 18,40 € (pro Besuch, bei einem Radius zwischen 10 und 25 km). Bei Nacht gelten entsprechend höhere Sätze zwischen 8,60 € und 30,70 €. Bei Besuchen, die mehr als 25 km von der Zahnarztpraxis entfernt liegen, wird eine Reiseentschädigung an den Zahnarzt gezahlt. Diese beträgt 0,42 € pro km bei Nutzung des eigenen KFZ. Werden mehrere Personen in derselben häuslichen Gemeinschaft in unmittelbarem zeitlichen Zusammenhang besucht, kann das Wegegeld nur einmal abgerechnet werden (vgl. BZÄK 2011: 7-8). Im BEMA in der Version vom 1.1.2012 waren Pflegebedürftige, behinderte Menschen oder Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz noch nicht explizit erwähnt (KZBV 2012b).

Die zahnärztlichen Leistungen werden nach dem BEMA in 5 Kategorien unterteilt:

- Teil 1: Konservierende und chirurgische Leistungen und Röntgenleistungen
- Teil 2: Behandlungen von Verletzungen des Gesichtsschädels (Kieferbruch), Kiefergelenkserkrankungen (Aufbissbehelfe)
- Teil 3: Kieferorthopädische Behandlung
- Teil 4 Systematische Behandlung von Parodontopathien
- Teil 5 Versorgung mit Zahnersatz und Zahnkronen.

In den verwendbaren Routinedaten für diesen Bericht stehen prinzipiell aber nur die Daten der BEMA-Teile 1, 4 und 5 in getrennten Datensätzen zur Verfügung. Der wesentliche und auch die weiteren Teile bestimmende BEMA-Teil ist aber der Teil 1. Die alters- und geschlechtsspezifischen Raten der Inanspruchnahmen sind quasi identisch bei Berücksichtigung nur des BEMA-Teils 1 oder der Teile 1, 4 und 5 zusammen (Rädel et al. 2014: 27 und 125).

6.2 BEMA Teil 1: Konservierende und chirurgische Leistungen und Röntgenleistungen

Wie eingangs berichtet, wird in vielen Studien auf einen schlechteren Mundgesundheitszustand und einen geringeren zahnärztlichen Versorgungsgrad von Pflegebedürftigen hingewiesen. Die Ergebnisse basieren in der Regel auf einzelnen regionalen (Fall-)Studien. Auf Basis der Routinedaten der BARMER

GEK wird im Folgenden nun dargestellt, wie sich die Inanspruchnahme zahnärztlicher Leistungen⁵² von Pflegebedürftigen insgesamt in Deutschland für den BEMA-Teil 1 darstellt.⁵³

Im BEMA-Teil 1 enthalten sind neben den im Titel des Teil 1 genannten Leistungen (Konservierende und chirurgische Leistungen und Röntgenleistungen) auch Leistungen wie die „Beratung eines Kranken, auch fernmündlich“ und „Eingehende Untersuchung zur Feststellung von Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten einschließlich Beratung“. Die Berücksichtigung allein des BEMA-Teil 1 bildet somit sehr gut die Inanspruchnahme der zahnärztlichen Leistung insgesamt ab.

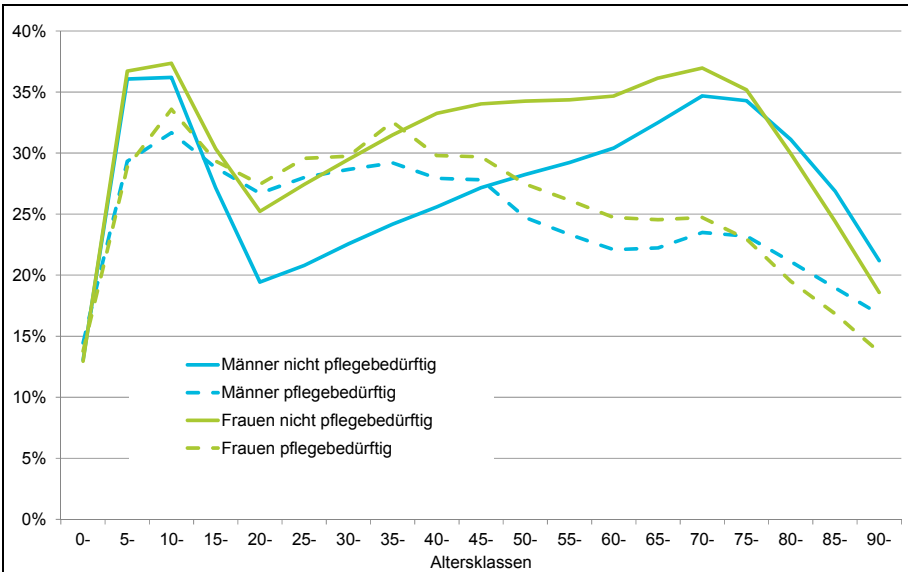
Die Darstellung erfolgt zunächst durch Vergleiche von Pflegebedürftigen und Nicht-Pflegebedürftigen (Abschnitt 6.2.1) sowie von Pflegebedürftigen verschiedener Pflegestufe (Abschnitt 6.2.2) und Pflegearrangements (Abschnitt 6.2.3). In Abschnitt 6.2.4 wird dann multivariat analysiert, wie sich die gefundenen Unterschiede erklären lassen.

6.2.1 Vergleich Pflegebedürftige vs. Nicht-Pflegebedürftige

Einmal im Jahr sollen Versicherte einen Zahnarzt für eine Vorsorgeuntersuchung aufsuchen. Mit der Befolgung dieser Empfehlung verbunden ist auch eine Zuzahlung der Krankenkassen im Fall von Zahnersatzleistungen. Diese mindestens einmalige Behandlung wird von ca. 70 % der Versicherten erreicht (Rädel et al. 2014: 30). Allerdings unterscheidet sich diese Quote nach Alter und Geschlecht. Neugeborene haben naturgemäß noch keinen Zahnarztkontakt. Bei Kindern- und Jugendlichen liegt die Quote bei 80 %, sinkt dann für erwachsene Frauen unter 70 % und für Männer unter 60 %, um schließlich bis zum Alter von rund 70 Jahren wieder kontinuierlich auf rund 80 % anzusteigen. In höherem Alter verringern sich dann wieder die Behandlungsquoten.

⁵² Die Mundgesundheit ist mit den Routedaten leider nicht überprüfbar, da die Informationen nur für diejenigen vorliegen, die auch Zahnersatz bekommen.

⁵³ Daten zu zahnärztlichen Versorgungsleistungen aus Schleswig-Holstein liegen in den Auswertungsdaten nicht vor. Die Versicherten aus Schleswig-Holstein sind daher nicht berücksichtigt.



Quelle: Routinedaten BARMER GEK

Anmerkung: ohne Schleswig-Holstein und ohne Versicherte im Ausland

Abbildung 38: Anteil der Versicherten mit Inanspruchnahme vertragszahnärztlicher Leistungen des BEMA-Teils 1 nach Alter, Geschlecht und Pflegebedürftigkeit je Quartal im Jahr 2012

Die Pflegebedürftigkeit ist ein variabler Zustand, der sich deutlich schneller als im Jahresrhythmus ändern kann. Daher ist eine jahresweise Zuordnung von medizinischen Leistungen zu den Pflegebedürftigen nur eingeschränkt möglich. Im einen Quartal sind die Menschen noch nicht pflegebedürftig und im nächsten sind sie es und im übernächsten sind sie womöglich schon gestorben. Im Folgenden werden daher für die Pflegebedürftigen die *Behandlungsquoten je Quartal* abgebildet. Da auch in mehreren Quartalen im Jahr der Zahnarzt aufgesucht werden kann, liegt die zu erwartende Behandlungsquote nicht bei einem Viertel der 70 % jährlichen Behandlungsquote, sondern etwas höher. Die Behandlungsquote im Quartal liegt bei den Versicherten der BARMER GEK bei durchschnittlich 30,4 %. Für die Pflegebedürftigen ergibt sich allerdings nur eine Behandlungsquote von 20,6 %. Bekanntermaßen sind Pflegebedürftige im Durchschnitt älter und häufiger Frauen. Daher könnte die unterschiedliche

Verteilung nach Alter und Geschlecht teilweise die Unterschiede in der Behandlungshäufigkeit erklären. Abbildung 38 zeigt für alle Altersklassen differenziert für Männer und Frauen und für Pflegebedürftige und Nicht-Pflegebedürftige die Quoten der Inanspruchnahme zahnärztlicher Leistungen je Quartal im Jahr 2012.

Für die Nicht-Pflegebedürftigen zeigt sich die geringste Rate bei den Allergüngsten. In der Kindheit wird die Quote aufgrund der empfohlenen häufigeren Untersuchungsbesuche und der bekannten Häufung von Korrekturen der Zahnstellungen größer. Im jungen Erwachsenenalter ist die Quote niedrig, steigt dann aber in der Erwerbsphase mit dem Alter wieder an. Die Höchstwerte werden neben dem Kindesalter in der Altersklasse der 70-74-Jährigen erreicht. Anschließend fällt die Rate wieder deutlich ab. Auffällig ist dabei der Unterschied von Frauen und Männern im Erwerbssalter. Hier nehmen Frauen häufiger die zahnärztliche Untersuchung oder auch Therapie wahr. Anders sieht es bei den Pflegebedürftigen aus. Bis ins mittlere Alter unterscheiden sich die Quoten der Pflegebedürftigen kaum von denen der nicht-pflegebedürftigen Frauen. Vielfach werden diese Pflegebedürftigen noch ganz oder teilweise von ihren Eltern versorgt werden. Erst ab dem Alter von Mitte 30 zeigen sich dann rückläufige Quoten der Inanspruchnahme zahnärztlicher Versorgung, und der Unterschied zu Nicht-Pflegebedürftigen vergrößert sich kontinuierlich. Auffällig ist bei den Pflegebedürftigen, dass sich der Unterschied zwischen Männern und Frauen nicht im selben Umfang zeigt wie bei Nicht-Pflegebedürftigen. Der Pflegestatus ist hier offensichtlich von größerer Bedeutung als das Geschlecht.

Allerdings erhalten Pflegebedürftige nicht in allen Bereichen niedrigere Leistungen. In Tabelle 49 sind die Abrechnungspositionen aufgeführt, die in der Gesamtheit aller zahnärztlicher Patienten mindestens bei jedem 100sten mindestens einmal innerhalb des Quartals vorkamen und damit relevant sind, und bei denen sich die Inanspruchnahme zudem deutlich zwischen pflegebedürftigen und nicht pflegebedürftigen zahnärztlichen Patienten unterscheiden (relevanter Unterschied). Von letzterem wird ausgegangen, wenn die eine Gruppe eine um mindestens 50 % höhere Inanspruchnahme als die andere aufweist. Als Vergleichswert ist zudem die Position "01" (Eingehende Untersuchung) mit aufgeführt, die regelmäßig zu erwarten ist.

Tabelle 49: Zahnärztlicher Patienten mit verschiedenen Versorgungsinhalten aus BEMA Teil 1				
BEMA	Leistungen, die für pflegebedürftige und nicht pflegebedürftige Patienten in unterschiedlichem Anteil abgerechnet wurden	pflegebedürftig		Verhältnis
		ja	nein	
01	Eingehende Untersuchung zur Feststellung von Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten einschließlich Beratung	11,1%	12,7%	0,87 : 1
10	Behandlung überempfindlicher Zähne, für jede Sitzung	1,2%	1,8%	0,64 : 1
105	Lokale medikamentöse Behandlung von Schleimhauterkrankungen, Aufbringung von auf der Mundschleimhaut haftenden Medikamenten oder Behandlung von Prothesendruckstellen, je Sitzung	6,7%	4,3%	1,55 : 1
106	Beseitigen scharfer Zahnkanten oder störender Prothesenränder oder Ähnliches, je Sitzung	5,7%	3,3%	1,73 : 1
12	Besondere Maßnahmen beim Präparieren oder Füllen (Separieren, Beseitigen störenden Zahnfleisches, Anlegen von Spanngummi, Stillung einer übermäßigen Papillenblutung), je Sitzung, je Kieferhälfte oder Frontzahnbereich	3,0%	4,7%	0,65 : 1
13a	Präparieren einer Kavität, Füllen mit plastischem Füllmaterial einschließlich Unterfüllung, Anlegen einer Matrize oder die Benutzung anderer Hilfsmittel zur Formung der Füllung und Polieren a) einflächig	2,0%	3,1%	0,64 : 1
13b	b) zweiflächig	3,0%	4,5%	0,66 : 1
25	Indirekte Überkappung zur Erhaltung der gefährdeten Pulpa, ggf. einschließlich des provisorischen oder temporären Verschlusses der Kavität	1,6%	2,5%	0,66 : 1
34	Medikamentöse Einlage in Verbindung mit Maßnahmen nach den Nrn. 28, 29 und 32, ggf. einschließlich eines provisorischen Verschlusses, je Zahn und Sitzung	0,7%	1,4%	0,54 : 1
8	Sensibilitätsprüfung der Zähne	3,1%	4,9%	0,62 : 1
IP1	Mundhygienestatus	0,4%	1,4%	0,28 : 1
IP2	Mundgesundheitsaufklärung bei Kindern und Jugendlichen	0,4%	1,4%	0,29 : 1
IP4	Lokale Fluoridierung der Zähne	0,4%	1,5%	0,29 : 1
IP5	Versiegelung von kariesfreien Fissuren und Grübchen der bleibenden Molaren (Zähne 6 und 7) mit aushärtenden Kunststoffen, je Zahn	0,4%	1,6%	0,23 : 1
Ä925a	Röntgendiagnostik der Zähne a) bis zwei Aufnahmen	2,5%	4,0%	0,64 : 1
Ä935d	Teilaufnahme des Schädels (auch in Spezialprojektion), auch Nebenhöhlen, Unterkiefer, Panoramaaufnahme der Zähne eines Kiefers bzw. der Zähne des Ober- und Unterkiefers derselben Seite d) Orthopantomogramm sowie Panoramaaufnahmen oder Halbseitenaufnahmen aller Zähne des Ober- und Unterkiefers	0,9%	1,4%	0,66 : 1
Quelle: Routinedaten BARMER GEK				
Anmerkung: ohne Schleswig-Holstein und ohne Versicherte im Ausland				

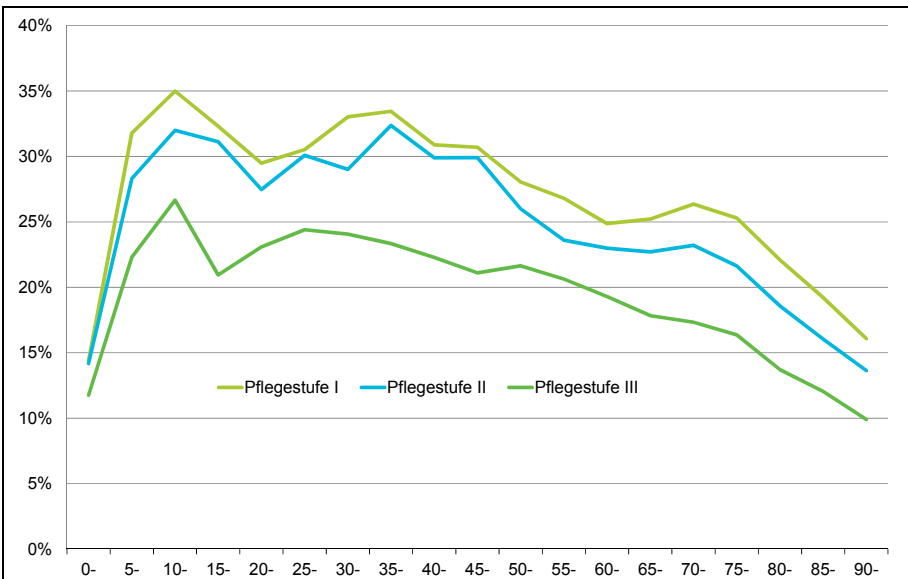
Unter Berücksichtigung dieser beiden Kriterien einer relevanten Häufigkeit und eines relevanten Unterschieds verbleiben insgesamt 15 Abrechnungspositionen. Nur zwei Prozeduren fallen durch eine relevante überdurchschnittliche Häufigkeit für Pflegebedürftige auf – das sind die Abrechnungspositionen 105 und 106 (Tabelle 49, mit fett hervorgehobenen Werten). Dahinter verbergen sich die „lokale medikamentöse Behandlung von Schleimhauterkrankungen, Aufbringung von auf der Mundschleimhaut haftenden Medikamenten oder Behandlung von Prothesendruckstellen“ sowie die „Beseitigung scharfer Zahnkanten oder störender Prothesenränder oder Ähnliches“. Die verbleibenden 13 Prozeduren sind – zum Teil deutlich – seltener bei Pflegebedürftigen durchgeführt worden.

Allerdings ist diese Aufstellung – anders als Abbildung 38 – nicht altersdifferenziert. So handelt es sich bei den Positionen IP1 bis IP5 zur Feststellung der Mundhygiene und zur Prophylaxe um Maßnahmen, die vornehmlich im Kindes- und Jugendalter durchgeführt werden. Da Pflegebedürftige in der Regel älter sind, ist zu erwarten, dass sie diese Leistungen weniger in Anspruch nehmen. Bei den anderen Leistungen, die von Pflegebedürftigen deutlich weniger in Anspruch genommen werden, lassen sich solch einfache Erklärungen nicht finden. Die hier beobachtbare geringe Inanspruchnahme deutet eher auf eine Unterversorgung hin.

Gestörte Reflexe der Patienten können eine Ursache dafür sein, dass bestimmte Prozeduren nicht durchgeführt werden. Die beiden überproportional vorkommenden Prozeduren sind wenig durch gestörte Reflexe des Patienten beeinflusst. Anders sieht es aber mit den verbleibenden Leistungen aus. Pflegebedürftige haben schon insgesamt weniger Behandlungsfälle als nicht pflegebedürftige Personen und erhalten weniger der weiteren in Tabelle 49 aufgeführten Behandlungen, wenn sie dann doch zahnärztliche Patienten werden.

6.2.2 Unterschiede nach Pflegestufen

Je höher die Pflegestufe der Pflegebedürftigen ist, desto geringer ist – bei Kontrolle des Alters – die zahnärztliche Behandlungsquote (Abbildung 39). Pflegebedürftigkeit ist also nicht nur an sich ein hemmender Faktor der Inanspruchnahme, vielmehr reduziert auch ein stärkeres Ausmaß an Pflegebedürftigkeit die Inanspruchnahme zahnärztlicher Leistungen. Die Unterschiede zwischen pflegebedürftigen Männern und Frauen bleiben auch bei der Differenzierung nach Pflegestufen relativ gering (hier nicht dargestellt). Das Alter trägt hier mehr zur Erklärung von Unterschieden bei.



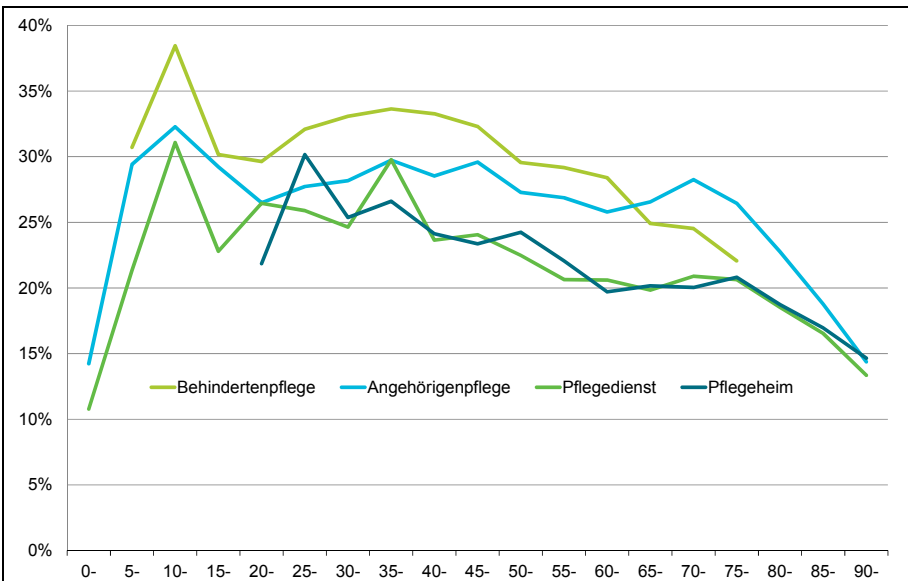
Quelle: Routinedaten BARMER GEK

Anmerkung: ohne Schleswig-Holstein und ohne Versicherte im Ausland; auf eine gesonderte Darstellung differenziert nach Geschlecht wurde verzichtet, da sich kaum Unterschiede zeigten.

Abbildung 39: Anteil der Versicherten mit Inanspruchnahme vertragszahnärztlicher Leistungen des BEMA-Teils 1 nach Alter und Pflegestufen je Quartal im Jahr 2012

6.2.3 Unterschiede nach Pflegearrangements

Diejenigen, die ausschließlich Pflegegeld empfangen, und diejenigen, die in Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen untergebracht sind, kommen noch häufiger zu einem Zahnarztbesuch (Abbildung 40). Dies entspricht auch den Befunden einer Bremer Studie zur gesundheitlichen Versorgung in Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen und Pflegeheimen (Hilbert & Mittermeier 2013). Der Gesamttrend ist aber gleichlaufend – wie auch bei der Differenzierung nach Pflegestufen: Mit steigendem Alter wird die Behandlungsquote in einer Pflegestufen oder in einem gegebenen Pflegearrangements tendenziell immer geringer. Für Pflegegeldempfänger bleibt die zahnärztliche Versorgung noch relativ hoch bis in die Altersklasse der 70-74-Jährigen.



Quelle: Routinedaten BARMER GEK

Anmerkung: Anteile, die auf weniger als 100 Versicherten beruhen, sind nicht dargestellt. ohne Schleswig-Holstein und ohne Versicherte im Ausland; auf eine gesonderte Darstellung differenziert nach Geschlecht wurde verzichtet, da sich kaum Unterschiede zeigen.

Abbildung 40: Anteil der Versicherten mit Inanspruchnahme vertragszahnärztlicher Leistungen des BEMA-Teils 1 nach Alter und Pflegearrangement je Quartal im Jahr 2012

6.2.4 Multivariate Analysen zur Behandlungsquote

In den Abschnitten 6.2.1 bis 6.2.3 wurde gezeigt, in welchem Maße sich die Quoten der Inanspruchnahme vertragszahnärztlicher Leistungen unterscheiden. In diesem Abschnitt soll nun geklärt werden, inwieweit diese Unterschiede auch statistisch signifikant sind und ggf. durch andere Faktoren beeinflusst sind. Dazu werden in Tabelle 50 verschiedene lineare Regressionsmodelle dargestellt, in denen der Zusammenhang der erklärenden Variablen (Pflegebedürftigkeit, Geschlecht, Alter, Bundesland, Diagnosen) mit der abhängigen Variablen (Quote der Inanspruchnahme vertragszahnärztlicher Leistungen) statistisch bewertet wird. Die Konstante gibt in den Modellen jeweils den Wert für die Referenzkategorie wieder.

Tabelle 50: Lineare Regressionsmodelle zum %-Anteil der Versicherten mit Inanspruchnahme vertragszahnärztlicher Leistungen je Quartal im Jahr 2012 - BEMA Teil 1			
	Modell 1	Modell 2	Modell 3
Konstante	30,4 ***	30,4 ***	28,0 ***
Pflegebedürftig	-9,8 ***	-5,1 ***	-5,5 ***
... mit Pflegestufe II		-2,1 ***	-2,2 ***
... mit Pflegestufe III		-5,9 ***	-6,2 ***
... Hilfe für behinderte Menschen		7,6 ***	8,9 ***
... mit formell ambulanter Pflege		-6,0 ***	-4,8 ***
... im Pflegeheim		-5,5 ***	-3,2 ***
Frau			4,0 ***
Alter 00-04 Jahre			-17,9 ***
Alter 05-19 Jahre			3,0 ***
Alter 20-39 Jahre			-6,0 ***
Alter 65-79 Jahre			2,7 ***
Alter 80-84 Jahre			-2,0 ***
Alter 85 Jahre und höher			-7,6 ***
Bundesland kontrolliert			ja
Erkrankungen kontrolliert			ja
Quelle: Routinedaten BARMER GEK			
Signifikanzniveau: ***: p<0,001, **: p<0,01, *: p<0,05			
Referenz: Nicht pflegebedürftig (informelle Pflege, Pflegestufe I), Mann, Alter 40-64, Hessen; ohne Schleswig-Holstein und ohne Versicherte im Ausland			
Gesamtmodelle auf Anfrage bei den Autoren			

Modell 1 berücksichtigt nur die Pflegebedürftigkeit. Werden für nicht pflegebedürftige Personen (Referenzkategorie) Behandlungsquoten von 30,4 % (Konstante) ausgewiesen, reduziert sich dieser Anteilswert für Pflegebedürftige um 9,8 Prozentpunkte. Für sie ergibt sich somit eine Behandlungsquote von 20,6 %: Jeder dritte Nicht-Pflegebedürftige, aber nur jeder fünfte Pflegebedürftige weist also pro Quartal mindestens einen Zahnarztkontakt auf.

Im *Modell 2* lässt sich die Einflussstärke von Pflegestufen und Pflegearrangements ablesen. Pflegebedürftige mit Pflegestufe I, die zuhause durch Angehörige gepflegt werden (informelle Pflege) haben im Vergleich zu Nicht-Pflegebedürftigen eine um 5,1 Prozentpunkte geringere Behandlungsquote. Bei informell gepflegte Pflegebedürftige mit Pflegestufe II verringert sich die Behandlungsquote um weitere 2,1 Prozentpunkte und liegt dann bei 7,2 Prozentpunkten, während sie bei Pflegebedürftigen mit Pflegestufe III sogar um 11,0 Prozentpunkten niedriger liegt als bei Nicht-Pflegebedürftigen ($-5,1 - 5,9 = -11,0$). Wird die pflegebedürftige Person mit Pflegestufe I nicht informell zuhause gepflegt, sondern in Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen, sieht es besser aus. Dann ergibt sich im Vergleich zu Nicht-Pflegebedürftigen Personen sogar eine um 2,5 Prozentpunkte höhere Behandlungsquote. Für Pflegebedürftige in Pflegestufe I mit formell-ambulanter Pflege ($-11,1$) oder im Pflegeheim ($-10,6$) ergeben sich deutlich geringere Behandlungsquoten. Kommt noch eine höhere Pflegestufe hinzu, verringert sich die Behandlungsquote noch mehr. Die geringste Behandlungsquote ergibt sich für Pflegebedürftige mit formell-ambulanter Pflege in Pflegestufe III ($-17,0$). Die grafisch schon sichtbaren Unterschiede nach Pflegestufen und Pflegearrangement bleiben also auch im gemeinsamen Modell erhalten. Mit höherer Pflegestufe und bei der Notwendigkeit formeller Pflegeleistungen außerhalb der Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen verringern sich die Behandlungshäufigkeiten.

Modell 3 untersucht den Zusammenhang zwischen Pflegebedürftigkeit und zahnärztlicher Versorgung unter Kontrolle von Alter, Geschlecht, Bundesland und einer Reihe an Diagnosen. Dabei bleiben die signifikanten Effekte von Pflegebedürftigkeit, Pflegestufe und Pflegearrangement bestehen, auch wenn sich die Koeffizienten teilweise verringern, da diese Merkmale insbesondere mit dem Alter korrelieren.

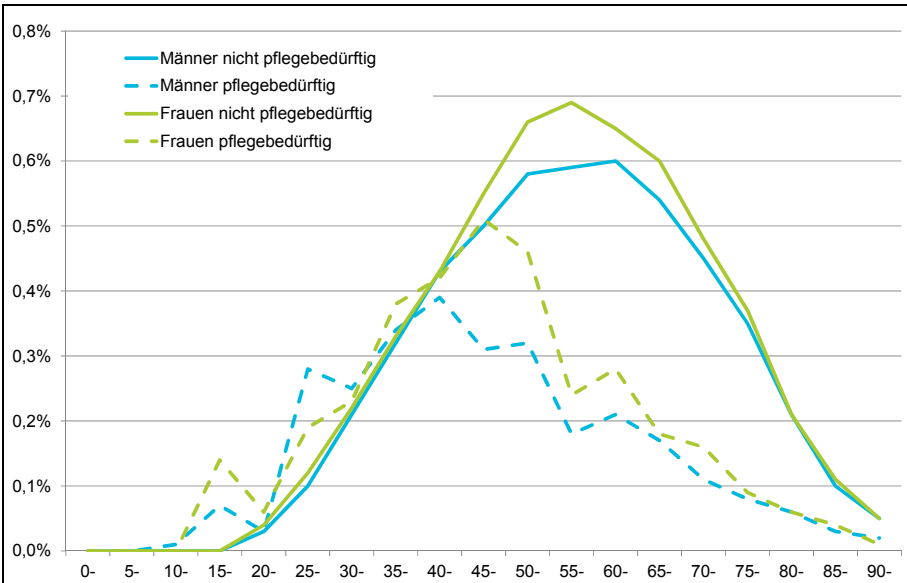
Festzuhalten bleibt also, dass Pflegebedürftige – bei Kontrolle von Alter, Geschlecht, Bundesland und Vorliegen von Erkrankungen, die die Inanspruchnahme hemmen (z. B. Stuhlinkontinenz, Dekubitus, Herzinfarkt, Herzinsuffizienz) – weniger Leistungen erhalten als Nicht-Pflegebedürftige. Dieser Effekt wächst zudem mit der Pflegestufe und ist in formellen Pflegearrangements stärker ausgeprägt als in informellen.

6.3 BEMA Teil 4: Parodontopathien

Parodontopathie bezeichnet die Erkrankung des Zahnhalteapparates, also von Zahnfleisch, Wurzelhaut, Wurzelzement und Alveolarknochen mit unterschiedlichen Ursachen. Im höheren Alter – wenn auch nicht im höchsten Alter – sind weitaus mehr Menschen von schweren Formen der Parodontitis betroffen als im jüngeren Erwachsenenalter (KZBV 2012a: 16), so dass Behandlungen von Parodontopathien auch für Pflegebedürftige von Bedeutung sein könnte. Nachstehend wird daher untersucht, inwieweit sich die Behandlungsquote von Pflegebedürftigen und Nicht-Pflegebedürftigen unterscheidet, in welchem Umfang Pflegestufe und -arrangement Einfluss auf die Behandlungsquote nehmen und ob die sich die entsprechenden Effekte auch bei multivariater Betrachtung zeigen.

6.3.1 Parodontopathien: Pflegebedürftige vs. Nicht-Pflegebedürftige

Abbildung 41 zeigt die Quoten der Inanspruchnahme zahnärztlicher Leistungen je Quartal im Jahr 2012 für alle Altersklassen differenziert nach Geschlecht für Pflegebedürftige und Nicht-Pflegebedürftige. Die Behandlung von Parodontopathien ist für Kinder eher die Ausnahme. Für Nicht-Pflegebedürftige steigt die Inanspruchnahme dann mit dem Alter an bis sie bei einem Alter von 55-65 ihr Maximum erreicht, um dann wieder abzunehmen. Bis zum Alter von 35-39 (Männer) bzw. 45-49 Jahren (Frauen) ist für Pflegebedürftige und Nicht-Pflegebedürftige kaum ein Unterschied feststellbar. Anschließend liegt die Quote für die Pflegebedürftigen aber bei kaum noch bei der Hälfte, die sich für Nicht-Pflegebedürftige zeigt. Männer und Frauen unterscheiden sich innerhalb der beiden Gruppen nur unmerklich voneinander.



Quelle: Routinedaten BARMER GEK

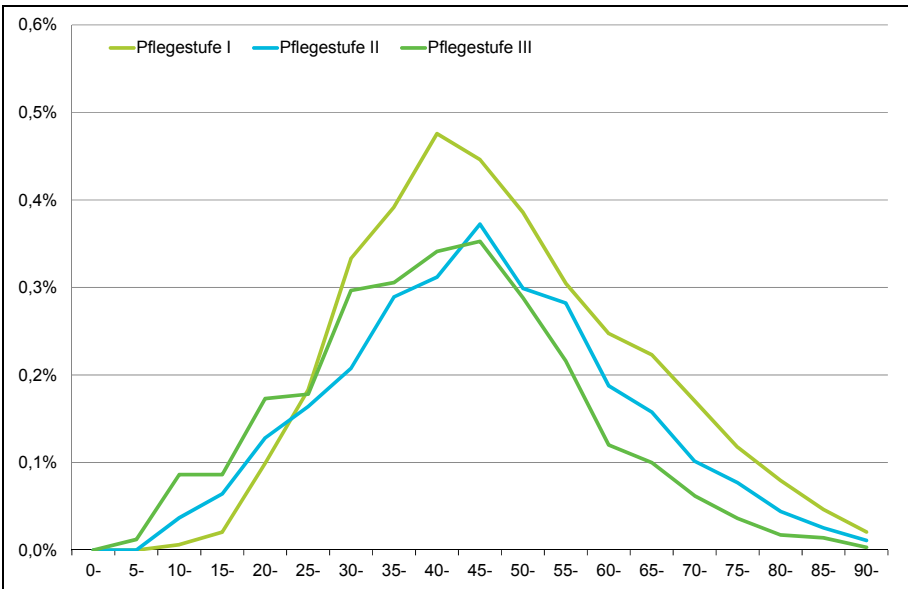
Anmerkung: ohne Schleswig-Holstein und ohne Versicherte im Ausland

Abbildung 41: Anteil der Versicherten mit Inanspruchnahme vertragszahnärztlicher Leistungen des BEMA-Teils 4 nach Alter, Geschlecht und Pflegebedürftigkeit je Quartal im Jahr 2012

Werden die zahnärztlichen *Patienten* nach Pflegebedürftigen und Nicht-Pflegebedürftigen unterschieden, dann lassen sich in den einzelnen Behandlungsprozeduren (hier nicht dargestellt) keine Unterschiede in der Verteilung erkennen. Die insgesamt nur sieben dokumentierten Prozeduren in diesem Versorgungsegment verteilen sich für pflegebedürftige und nicht pflegebedürftige Patienten in ähnlicher Weise. Die geringere Versorgung Pflegebedürftiger im Bereich der Parodontopathien resultiert aus der insgesamt geringeren Inanspruchnahme der zahnärztlichen Leistung.

6.3.2 Parodontopathien: Unterschiede nach Pflegestufen

Je höher die Pflegestufe der Pflegebedürftigen ist, desto geringer ist auch die Rate der Inanspruchnahme zahnärztlicher Behandlungen in Bezug auf Parodontopathien (Abbildung 42). Diese Unterschiede werden insbesondere in den höheren Altersklassen sichtbar, in denen die Pflegebedürftigen vermehrt vertreten sind. Das Alter trägt mehr zur Erklärung von Unterschieden bei als das Geschlecht (hier nicht dargestellt).



Quelle: Routinedaten BARMER GEK

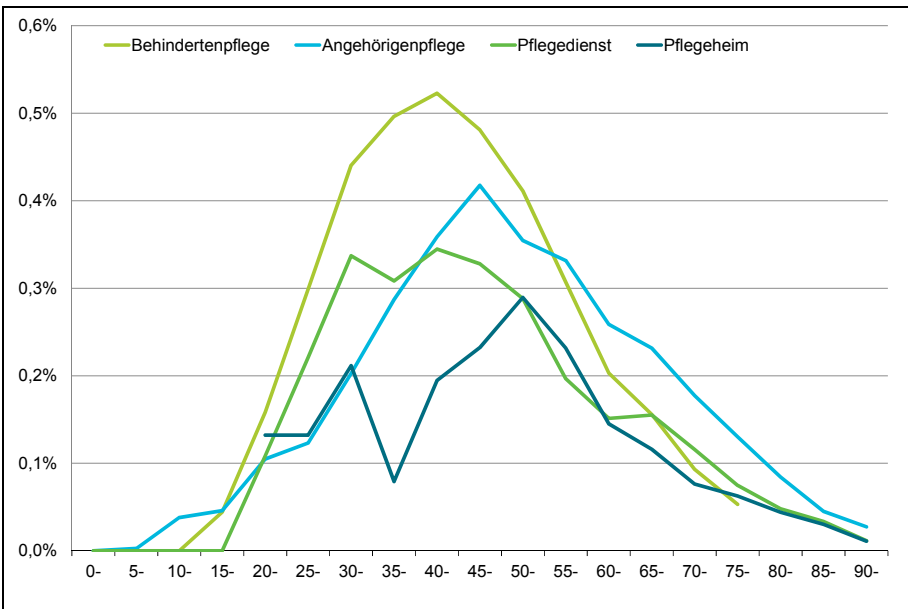
Anmerkung: ohne Schleswig-Holstein und ohne Versicherte im Ausland

Gleitender Durchschnitt über drei Alterskategorien

Abbildung 42: Anteil der Versicherten mit Inanspruchnahme vertragszahnärztlicher Leistungen des BEMA-Teils 4 nach Alter und Pflegestufen je Quartal im Jahr 2012

6.3.3 Parodontopathien: Unterschiede nach Pflegearrangements

Ebenso wie bei der Betrachtung der BEMA-Positionen Teil 1 zeigt eine Differenzierung der Pflegebedürftigen nach Pflegearrangements auch im Bereich der Parodontopathien, dass Pflegegeldempfänger und Pflegebedürftige in Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen öfter behandelt werden als Pflegesachleistungsempfänger oder Pflegebedürftige in vollstationärer Pflege. Im höheren Alter sinkt die Versorgungsrate aber für alle Pflegebedürftigen (Abbildung 43). Auch hierbei ist eine Unterscheidung nach Geschlecht nicht von Bedeutung.



Quelle: Routinedaten BARMER GEK

Anmerkung: Anteile, die auf weniger als 100 Versicherten beruhen, sind nicht dargestellt.

ohne Schleswig-Holstein und ohne Versicherte im Ausland

Gleitender Durchschnitt über drei Alterskategorien

Abbildung 43: Anteil der Versicherten mit Inanspruchnahme vertragszahnärztlicher Leistungen des BEMA-Teils 4 nach Alter und Pflegearrangement je Quartal im Jahr 2012

6.3.4 Parodontopathien: Multivariate Analysen zur Behandlungsquote

Auch für die Parodontopathien gilt es zu klären, ob die festgestellten Unterschiede statistisch belastbar sind oder noch durch andere Faktoren wie Region oder Diagnosestellung beeinflusst sind. Dazu werden in Tabelle 51 wieder verschiedene lineare Regressionsmodelle dargestellt, in denen der Zusammenhang der erklärenden Variablen (Pflegebedürftigkeit, Geschlecht, Alter, Bundesland, Diagnosestellung) mit der abhängigen Variablen (Quote der Inanspruchnahme vertragszahnärztlicher Leistungen) statistisch bewertet wird.

Tabelle 51: Lineare Regressionsmodelle zum %-Anteil der Versicherten mit Inanspruchnahme vertragszahnärztlicher Leistungen je Quartal im Jahr 2012 - BEMA Teil 4			
	Modell 1	Modell 2	Modell 3
Konstante	0,35 ***	0,35 ***	0,60 ***
Pflegebedürftig	-0,25 ***	-0,21 ***	-0,14 ***
... mit Pflegestufe II		-0,02	-0,01
... mit Pflegestufe III		-0,02	0,00
... Hilfe für behinderte Menschen		0,23 ***	0,14 ***
... mit formell ambulanter Pflege		-0,07 ***	-0,02
... im Pflegeheim		-0,08 ***	0,00
Frau			0,03 ***
Alter 00-04 Jahre			-0,57 ***
Alter 05-19 Jahre			-0,57 ***
Alter 20-39 Jahre			-0,41 ***
Alter 65-79 Jahre			-0,10 ***
Alter 80-84 Jahre			-0,34 ***
Alter 85 Jahre und höher			-0,41 ***
Bundesland kontrolliert			ja
Erkrankungen kontrolliert			ja
Quelle: Routinedaten BARMER GEK			
Signifikanzniveau: ***: p<0,001, **: p<0,01, *: p<0,05			
Referenz: Nicht pflegebedürftig (informelle Pflege, Pflegestufe I), Mann, Alter 40-64, Hessen ohne Schleswig-Holstein und ohne Versicherte im Ausland			
Gesamtmodelle auf Anfrage bei den Autoren			

Von den nicht pflegebedürftigen Personen erhalten im Durchschnitt pro Quartal 0,35 % eine Behandlung wegen Parodontopathien (*Modell 1*). Pflegebedürftige haben demgegenüber eine um 0,25 Prozentpunkte verringerte Behandlungsquote. Für sie ergibt sich somit eine Quote von 0,1 %. Die Quote beträgt also nicht einmal ein Drittel der Quote für Nicht-Pflegebedürftige.

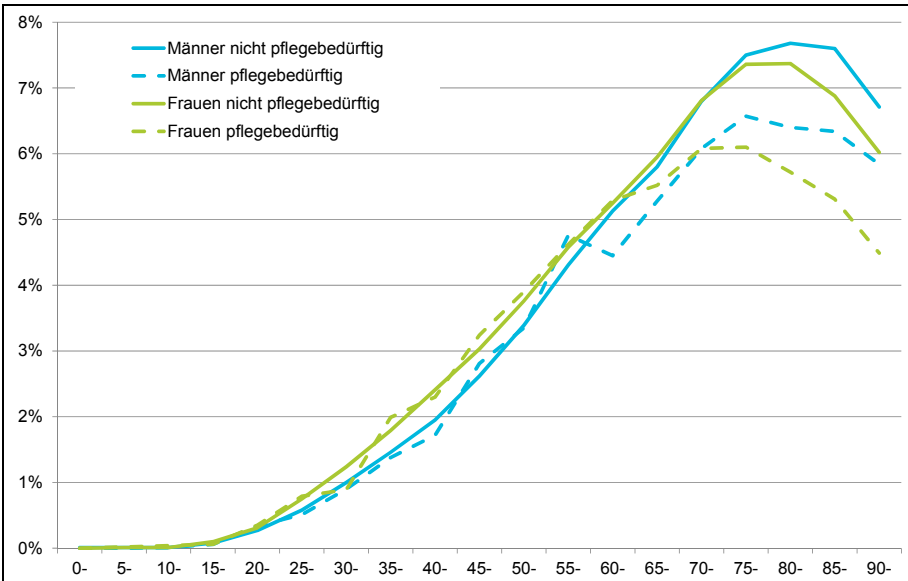
Modell 2 unterscheidet die Pflegebedürftigen noch weiter nach den Pflegestufen und den Pflegearrangements. Die Pflegestufe beeinflusst den Versorgungsgrad dabei nicht signifikant, die Pflegearrangements hingegen schon. Pflegebedürftige in Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen werden in ähnlichem Umfang versorgt wie Nicht-Pflegebedürftige. Pflegebedürftige in formeller Pflege hingegen haben noch geringere Behandlungsquoten als Pflegegeldempfänger, die selbst nur ein gutes Drittel der Behandlungsquote der Nicht-Pflegebedürftigen aufweisen.

In *Modell 3* wird aber deutlich, dass die Unterschiede in der Versorgung zwischen Pflegebedürftigen mit unterschiedlicher Pflegestufe oder unterschiedlichem Pflegearrangement – mit Ausnahme des Effektes für die Pflegedürftigen in Einrichtungen der Behindertenhilfe – durch die weiteren kontrollierten Merkmale hervorgerufen werden. Unter Kontrolle von Alter, Geschlecht, Bundesland und einschlägigen Vorerkrankungen wird für Pflegebedürftige insgesamt eine um 0,14 Prozentpunkte verringerte Behandlungsquote von 0,21 Prozentpunkten errechnet. Dies entspricht einer Reduktion der Behandlungsquote der Nicht-Pflegebedürftigen von 0,35 (in *Modell 1*) um 40 %.

6.4 BEMA Teil 5: Zahnersatz und Zahnkronen

Zu den BEMA-Positionsnummern im Teil 5 zählen sowohl Abrechnungsziffern zur Versorgung mit Zahnersatz als auch mit Zahnkronen. Mit steigendem Alter sinkt im Durchschnitt die Zahl der verbliebenen Zähne und die Notwendigkeit von Prothetik erhöht sich somit. Entsprechend sind auch ältere Menschen in erhöhtem Maße mit Totalprothesen versorgt als jüngere Menschen (Mack et al. 2004). Wiederum wird nachstehend geprüft, inwieweit sich die Versorgung von Pflegebedürftigen und Nicht-Pflegebedürftigen unterscheidet.

6.4.1 Zahnersatz und Zahnkronen: Pflegebedürftige vs. Nicht-Pflegebedürftige



Quelle: Routinedaten BARMER GEK

Anmerkung: ohne Schleswig-Holstein und ohne Versicherte im Ausland

Abbildung 44: Anteil der Versicherten mit Inanspruchnahme vertragszahnärztlicher Leistungen des BEMA-Teils 5 nach Alter, Geschlecht und Pflegebedürftigkeit je Quartal im Jahr 2012

Die Beschreibung der Versorgungssituation beginnt wieder mit der Darstellung der Behandlungsquoten⁵⁴ nach Altersklassen, Geschlecht und Pflegebedürftigkeit (Abbildung 44). Wiederum ist eine Altersabhängigkeit der Inanspruchnahme gegeben, wenn auch mit zum Teil anderen Vorzeichen: Bei Kindern und

⁵⁴ Nicht zu allen Zahnersatz-Fällen liegen auch entsprechende BEMA-Leistungsdaten vor.

Dies führt zu einer gewissen Unterschätzung der gesamten Behandlungsquote. Da die Untererfassung aber unabhängig von der Pflegebedürftigkeit ist, wird dadurch die Relation in der Versorgung von Pflegebedürftigen zu Nicht-Pflegebedürftigen nicht beeinflusst.

Die Zahnersatzbehandlungen sind in der Messung dem Quartal zugeordnet worden, in dem die Behandlung abgeschlossen wurde

Jugendlichen findet keine bzw. kaum Behandlung statt. Danach steigt die Behandlungsquote aber stetig an bis sie im Alter von 75-89 Jahren ihr Maximum erreicht. Wann genau dieses Maximum zu verorten ist, hängt von Pflegebedürftigkeit und Geschlecht ab. Männer werden im mittleren Alter etwas weniger behandelt als Frauen. Dies gilt für Pflegebedürftige ebenso wie für Nicht-Pflegebedürftige. Lediglich bei Hochaltrigen kehrt sich dieses Verhältnis um. Pflegebedürftige unterscheiden sich bis ins Rentenalter hinsichtlich ihrer Behandlungsquote praktisch nicht von Nicht-Pflegebedürftigen. Danach liegt ihre Quote aber unterhalb der Behandlungsquote für Nicht-Pflegebedürftige.

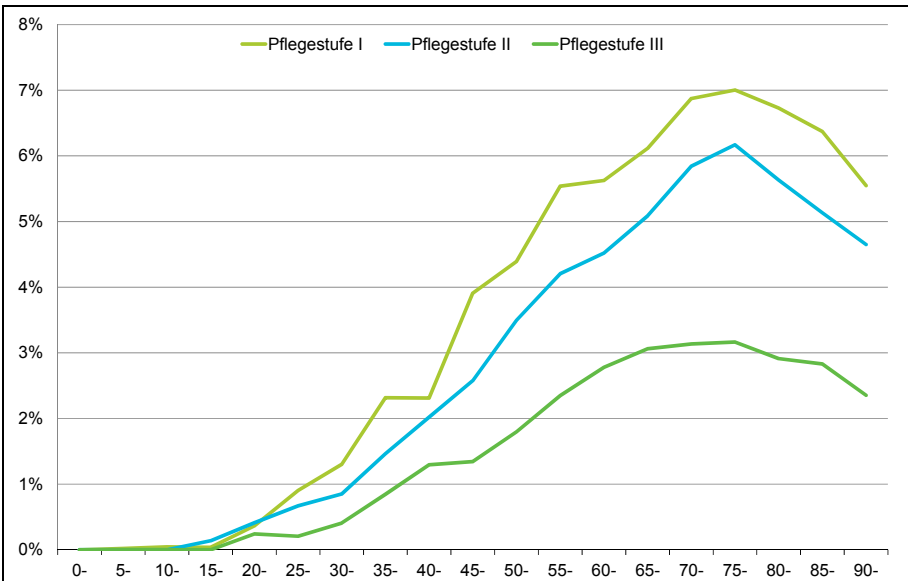
Leistungen, die in relevantem Ausmaß durchgeführt werden, und, bei denen sich ein deutlicher Unterschied bei den pflegebedürftigen und nicht pflegebedürftigen Patienten im Behandlungsanteil zeigt, sind in Tabelle 52 aufgeführt.

Für pflegebedürftige Patienten häufiger abgerechnet (fett hervorgehoben) werden Leistungen nach Nr. 97a, 98b, 100a, 100e und 100f, weniger abgerechnet werden die Leistungen 18, 19, 20b, 24, 24c, 95a, 95d. Bei der Bewertung der Unterschiede sind wiederum Alterseffekte zu berücksichtigen: Leistungen nach Nr. 98b sind bei zahnlosem Kiefer und bei stark reduziertem Restgebiss – in der Regel bis zu drei Zähnen – abrechnungsfähig (KZBV 2012b: 48). Ebenso spiegeln die Leistungen nach 97a und die 100er BEMA eine geringe Zahl an verbliebenen Zähnen wieder, die mit steigendem Alter häufiger vorkommen. Zahnlosigkeit ist somit ein Grund dafür, dass die Wiederherstellung von Zähnen mittels Kronen weniger durchgeführt wird. Stattdessen kommt das Einsetzen und Reparieren von Prothesen häufiger bei pflegebedürftigen Patienten vor, wenn sie denn in Behandlung kommen. Entsprechend sind Leistungen wie eine Zahnreparatur oder eine Brückenkonstruktion bei pflegebedürftigen Patienten seltener.

Tabelle 52: Zahnärztlicher Patienten mit verschiedenen Versorgungsinhalten aus BEMA Teil 5				
BEMA	Leistungen, die für pflegebedürftige und nicht pflegebedürftige Patienten in unterschiedlichem Anteil abgerechnet wurden	pflegebedürftig		Verhältnis
		ja	nein	
18a	Vorbereiten eines endodontisch behandelten Zahnes zur Aufnahme einer Krone, mit Verankerung im Wurzelkanal a) durch einen konfektionierten Stift- oder Schraubenaufbau, einzeitig	1,4%	2,7%	0,52 : 1
19	Schutz eines beschliffenen Zahnes und Sicherung der Kaufunktion durch eine provisorische Krone oder provisorischer Ersatz eines fehlenden Zahnes durch ein Brückenglied	3,2%	8,3%	0,39 : 1
20b	Versorgung eines Einzelzahnes durch b) eine vestibulär verblendete Verblendkrone	0,7%	1,1%	0,66 : 1
24a	Maßnahmen zur Wiederherstellung der Funktion von Kronen a) Wiedereinsetzen einer Krone oder dergleichen	6,3%	11,7%	0,54 : 1
24b	b) Erneuerung oder Wiedereinsetzen einer Facette, einer Verblendschale oder dergleichen	2,0%	3,1%	0,64 : 1
24c	c) Abnahme und Wiederbefestigung einer provisorischen Krone nach der Nr. 19 oder 21	3,6%	9,4%	0,38 : 1
95a	Maßnahmen zum Wiederherstellen der Funktion von Brücken und provisorischen Brücken a) Wiedereinsetzen einer Brücke mit 2 Ankern	0,7%	1,9%	0,35 : 1
95d	d) Abnahme und Wiedereinsetzen einer provisorischen Brücke	0,8%	2,8%	0,27 : 1
97a	Totale Prothese/Cover-Denture-Prothese im Oberkiefer	1,8%	1,0%	1,85 : 1
98b	Funktionsabformung mit individuellem Löffel, Oberkiefer	1,9%	1,0%	1,87 : 1
100a	Maßnahmen zum Wiederherstellen der Funktion oder zur Erweiterung einer abnehmbaren Prothese a) kleinen Umfanges (ohne Abformung)	15,1%	9,2%	1,64 : 1
100e	e) Vollständige Unterfütterung einer Prothese im indirekten Verfahren einschließlich funktioneller Randgestaltung im Oberkiefer	8,7%	3,9%	2,23 : 1
100f	f) Vollständige Unterfütterung einer Prothese im indirekten Verfahren einschließlich funktioneller Randgestaltung im Unterkiefer	7,5%	2,7%	2,79 : 1

6.4.2 Zahnersatz und Zahnkronen: Unterschiede nach Pflegestufen

Je höher die Pflegestufe der Pflegebedürftigen ist, desto geringer ist die Rate der Inanspruchnahme zahnärztlicher Behandlungen (Abbildung 45). Dies zeigt sich bei Zahnersatz und Zahnkronen noch mehr als bei konservierenden und chirurgischen Leistungen sowie Röntgenleistungen oder bei der Behandlung von Parodontopathien. Die Unterschiede liegen für Zahnersatz und Zahnkronen bei bis zu 4 Prozentpunkten bei einer maximalen Höhe der Behandlungsquote von rund 7 % in der Altersklasse der 75-79-Jährigen.



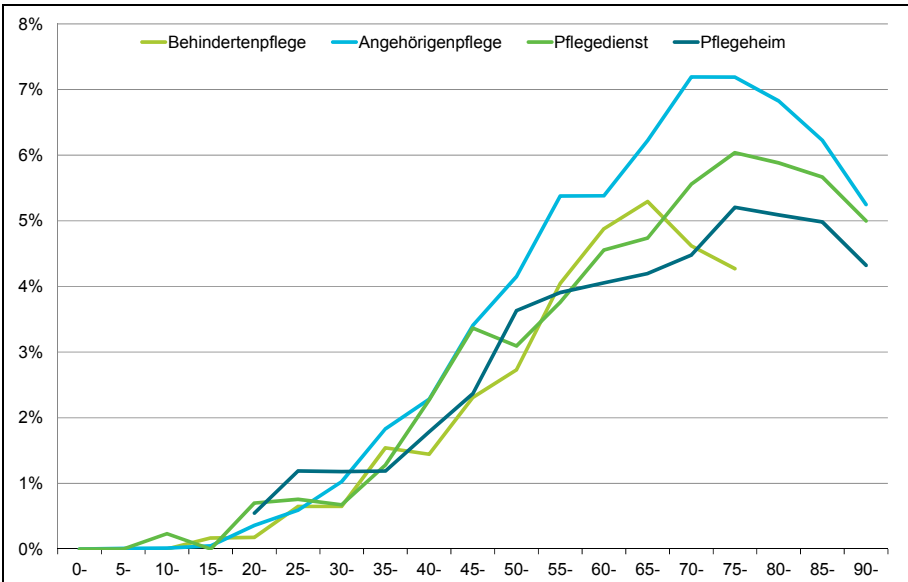
Quelle: Routinedaten BARMER GEK

Anmerkung: ohne Schleswig-Holstein und ohne Versicherte im Ausland

Abbildung 45: Anteil der Versicherten mit Inanspruchnahme vertragszahnärztlicher Leistungen des BEMA-Teils 5 nach Alter und Pflegestufen je Quartal im Jahr 2012

6.4.3 Zahnersatz und Zahnkronen: Unterschiede nach Pflegearrangements

Bei Differenzierung nach Pflegearrangements zeigt sich für die Pflegegeldempfänger die höchste Behandlungsquote. Diejenigen, die in Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen untergebracht sind, weisen demgegenüber – ebenso wie die Bezieher von Pflegesachleistungen oder vollstationärer Pflege – eine geringere Rate für eine Zahnersatztherapie auf (Abbildung 46).



Quelle: Routinedaten BARMER GEK

Anmerkung: Anteile, die auf weniger als 100 Versicherten beruhen, sind nicht dargestellt.
ohne Schleswig-Holstein und ohne Versicherte im Ausland

Abbildung 46: Anteil der Versicherten mit Inanspruchnahme vertragszahnärztlicher Leistungen des BEMA-Teils 5 nach Alter und Pflegearrangement je Quartal im Jahr 2012

6.4.4 Zahnersatz und Zahnkronen: Multivariate Analysen zur Behandlungsquote

Für die multivariaten Analysen werden wieder die bereits aus den Abschnitten 6.2.4 und 6.3.4 bekannten Modelle verwendet.

Tabelle 53: Lineare Regressionsmodelle zum %-Anteil der Versicherten mit Inanspruchnahme vertragszahnärztlicher Leistungen je Quartal im Jahr 2012 - BEMA Teil 5			
	Modell 1	Modell 2	Modell 3
Konstante	3,2 ***	3,2 ***	3,5 ***
Pflegebedürftig	1,8 ***	2,6 ***	0,0
... mit Pflegestufe II		-1,1 ***	-0,9 ***
... mit Pflegestufe III		-3,5 ***	-2,8 ***
... Hilfe für behinderte Menschen		-2,8 ***	-0,1
... mit formell ambulanter Pflege		0,4 ***	-1,0 ***
... im Pflegeheim		0,2 ***	-1,4 ***
Frau			0,1 ***
Alter 00-04 Jahre			-3,5 ***
Alter 05-19 Jahre			-3,5 ***
Alter 20-39 Jahre			-2,7 ***
Alter 65-79 Jahre			2,8 ***
Alter 80-84 Jahre			3,5 ***
Alter 85 Jahre und höher			2,8 ***
Bundesland kontrolliert			ja
Erkrankungen kontrolliert			ja
Quelle: Routinedaten BARMER GEK			
Signifikanzniveau: ***: p<0,001, **: p<0,01, *: p<0,05			
Referenz: Nicht pflegebedürftig (informelle Pflege, Pflegestufe I), Mann, Alter 40-64, Hessen ohne Schleswig-Holstein und ohne Versicherte im Ausland			
Gesamtmodelle auf Anfrage bei den Autoren			

Modell 1 zeigt zunächst ein von den bisherigen Analysen abweichendes Ergebnis: Pflegebedürftige werden im Bereich von Zahnersatz und Zahnkronen *häufiger* behandelt als Nicht-Pflegebedürftige. Mit höherer Pflegestufe sinkt allerdings die Behandlungsquote, und Pflegebedürftige in Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen haben geringere Versorgungsquoten (*Modell 2*). Die höheren Behandlungsquoten für Pflegebedürftige sind aber vollständig

darauf zurückzuführen, dass Pflegebedürftige älter sind, eine Vielzahl an Erkrankungen haben und sich so von den Nicht-Pflegebedürftigen unterscheiden. Werden diese Faktoren sowie Geschlecht und die Region nämlich kontrolliert (*Modell 3*), dann ist der positive Effekt von Pflegebedürftigkeit auf die Behandlungshäufigkeit verschwunden. Pflegegeldempfänger der Pflegestufe I weisen die gleiche Behandlungsquote auf wie Nicht-Pflegebedürftige. Für alle anderen Gruppen von Pflegebedürftigen zeigen sich niedrigere Quoten als für Nicht-Pflegebedürftige. Abgesehen von den Pflegebedürftigen in Einrichtung der Behindertenhilfe sind die Effekte zudem durchgängig signifikant.

6.5 Aktuelle Reformen und verbleibende Reformbedarfe der zahnärztlichen Versorgung Pflegebedürftiger

Reformbedarfe in der Versorgung weisen regelmäßig auf Defizite der bestehenden Versorgung hin. In Abschnitt 6.5.1 wird daher zunächst noch einmal auf die Versorgungsdefizite bei der zahnärztlichen Versorgung Pflegebedürftiger eingegangen, die sich insbesondere aus den vorstehenden Analysen ergeben. Welche Reformschritte in der jüngsten Vergangenheit bereits unternommen wurden, ist dann Gegenstand des Abschnitts 6.5.2, während sich Abschnitt 6.5.3 mit den dennoch verbleibenden Reformbedarfen beschäftigt.

6.5.1 Versorgungsdefizite bei der zahnärztlichen Versorgung Pflegebedürftiger

Bereits 2009 wurde im Sachverständigengutachten „Koordination und Integration – Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens“ auf die Bedeutung angemessener zahnmedizinischer Versorgung Pflegebedürftiger hingewiesen (SVR-Gesundheit 2009: 634ff.). Auch die kassenzahnärztliche Bundesvereinigung hat sich zusammen mit der Bundeszahnärztekammer 2010 diesem Thema gewidmet und ein Konzept zur vertragsärztlichen Versorgung von Pflegebedürftigen und Menschen mit Behinderungen „Mundgesundheit trotz Handicap und hohem Alter“ herausgebracht. In diesem Konzept wird insbesondere auf die Versorgungslücke hingewiesen, die bei Pflegebedürftigen und Menschen mit Behinderungen hinsichtlich der zahnärztlichen Versorgung besteht (KZBV & BZÄK 2010).

Diese potentielle Versorgungslücke wurde in den vorstehenden Abschnitten mittels der Routinedaten der BARMER GEK empirisch untersucht. Dabei wurde deutlich, dass Pflegebedürftige weniger Versorgungsleistung in Anspruch nehmen als vergleichbare Nicht-Pflegebedürftige. Dieser Befund bleibt auch bei Kontrolle möglicher erklärender Variablen wie Alter, Geschlecht, Region und relevanter Vorerkrankungen bestehen und trifft auf die Leistungen des Teils 1 (Konservierende und chirurgische Leistungen und Röntgenleistungen) des Bewertungsmaßstabs für zahnärztliche Leistungen (BEMA) ebenso zu wie auf Leistungen des Teil 4 (Parodontopathien) und Teil 5 (Zahnersatz und Zahnkronen). Da eine Überversorgung der Nicht-Pflegebedürftigen mit diesen Leistungen insgesamt nicht erkennbar ist, muss dieser Befund eines massiven Unterschieds als *Unterversorgung* der zahnärztlichen Versorgung von Pflegebedürftigen gewertet werden. Pflegebedürftige in Heimen weisen dabei – bei Kontrolle von Drittvariablen – durchgängig die geringsten Versorgungsquoten und damit auch die höchste Unterversorgung auf. Es gibt also tatsächlich eine Versorgungslücke, über deren Schließung debattiert werden muss.

6.5.2 Aktuelle Reformen

Zur Schließung dieser Versorgungslücke wurden im GKV-Versorgungsstrukturgesetz von 2011 und im Pflege-Neuausrichtungsgesetz von 2012 bereits einige Reformschritte eingeleitet. Nachstehend werden zunächst diese Gesetzesänderungen (Abschnitt 6.5.2.1) und die darauf beruhenden untergesetzlichen Änderungen (Abschnitte 6.5.2.2 und 6.5.2.3) dargestellt und dann kurz bewertet (Abschnitt 6.5.2.4).

6.5.2.1 Gesetzesänderungen

Im Rahmen des *GKV-Versorgungsstrukturgesetz* vom 22.12.2011 wurde der § 87 Abs. 2i SGB V ergänzt: Nach dem neu geschaffenen § 87 Abs. 2i SGB V sind im einheitlichen Bewertungsmaßstab für zahnärztliche Leistungen seitdem zusätzliche Leistungen für den Hausbesuch von Pflegebedürftigen und Personen, die Eingliederungshilfe erhalten, vorzusehen (§ 87 Abs. 2i SGB V).

Mit dem *Pflege-Neuausrichtungsgesetz* vom 23.10.2012 wurden drei weitere Änderungen beschlossen, die die Versorgungslücke schließen sollten:

- Die Geltung des im GKV-Versorgungsstrukturgesetz eingeführten § 87 Abs. 2i SGB V wurde auf Personen ausgedehnt, die aufgrund ihrer eingeschränkten Alltagskompetenz nach § 45a SGB XI die Zahnarztpraxis nicht oder nur mit hohem Aufwand aufsuchen können, auch wenn sie keine Pflegestufe nach § 15 SGB XI haben, ohne die Leistungen selbst zu verändern (vgl. KZBV 2014a: 22ff)
- § 119b SGB V wurde um einen zweiten und dritten Absatz ergänzt. Nach dem zweiten Absatz haben die kassenzahnärztliche Bundesvereinigung sowie der GKV-Spitzenverband eine Rahmenvereinbarung zur kooperativen und koordinierten zahnärztlichen und pflegerischen Versorgung von stationär Pflegebedürftigen zu formulieren, die als Basis der Kooperationsverträge zwischen Zahnärzten und Pflegeeinrichtungen nach § 119b Abs. 1 SGB V dienen soll. Zur Sicherstellung der Vergütung der im Rahmen eines solchen Vertrages erbrachten Leistungen wurde im PNG weiterhin der § 87 SGB V um den Abs. 2j ergänzt. In diesem wurde festgelegt, dass der einheitliche Bewertungsmaßstab dementsprechend angepasst werden muss.
- In einer weiteren, erst am 1. Januar 2014 wirksam gewordene Regelung des PNG wurden vollstationäre Pflegeeinrichtungen verpflichtet, die Landesverbände der Pflegekassen unmittelbar nach einer Regelprüfung darüber zu informieren, wie die ärztliche, fachärztliche und zahnärztliche Versorgung sowie die Arzneimittelversorgung in den Einrichtungen geregelt sind. Sie sollen insbesondere auf den Abschluss und den Inhalt von Kooperationsverträgen oder die Einbindung der Einrichtung in Ärztenetze sowie den Abschluss von Vereinbarungen mit Apotheken hinweisen. Ob und welche Regelungen ein Pflegeheim hinsichtlich der ärztlichen, fachärztlichen und zahnärztlichen Versorgung sowie der Arzneimittelversorgung getroffen hat, kann ein wichtiges Auswahlkriterium bei der Suche nach einer Pflegeeinrichtung sein. Die Pflegekassen haben daher sicherzustellen, dass diese Informationen für die Pflegebedürftigen und ihre Angehörigen verständlich, übersichtlich und vergleichbar – sowohl im Internet als auch in anderer geeigneter Form – kostenfrei zur Verfügung gestellt werden (BMG 2013b).

Auf dieser Basis hat es im BEMA und im Rahmenvertrag entsprechende Anpassungen gegeben, auf die nachstehend eingegangen wird.

6.5.2.2 Zusätzliche Leistungen für Hausbesuche im BEMA

Am 17.12.2012 legte der Bewertungsausschuss fest, welche zusätzlichen Leistungen, zu welcher Punktzahl ab dem 1.4.2013 abgerechnet werden können (KZBV 2013a):

- Ergänzend zu dem Wegegeld bzw. der Reiseentschädigung können Zahnärzte seit dem 01.04.2013, Besuche in der eigenen Häuslichkeit, unabhängig davon, ob eine Person pflegebedürftig ist oder nicht, inklusive Beratung und eingehender Untersuchung nach BEMA-Nr. 151 mit (bzw. nach BEMA-Nr. 152 für jeden weiteren Versicherten in derselben häuslichen Gemeinschaft in unmittelbarem zeitlichen Zusammenhang) abrechnen. Darüber hinaus können Besuche eines Versicherten auf einer Pflegestation zur vorher vereinbarten Zeit und bei regelmäßiger Tätigkeit des Vertragszahnarztes im Pflegeheim abgerechnet werden (BEMA-Nr. 153). Es gab allerdings auch vor der BEMA-Änderung grundsätzlich die Möglichkeit, Besuchsleistungen und Wegegelder im Rahmen des BEMA über die GOÄ abzurechnen.
- Unter bestimmten Voraussetzungen, wie z. B. bei an Sonn- und Feiertagen oder zwischen 22 und 6 Uhr durchgeführten Besuche, kann der Zahnarzt für dringend erforderliche und unverzüglich durchgeführte Besuche einen ergänzenden Zuschlag geltend machen (BEMA-Nr. 161). BEMA-Nr. 162 legt weitere, allerdings verringerte Zuschläge für Besuche weiterer Versicherter in derselben häuslichen Gemeinschaft in unmittelbarem zeitlichem Zusammenhang fest.
- Beim Besuch eines Kindes bis zum vollendeten vierten Lebensjahr kann der Zahnarzt einen weiteren, zusätzlichen Zuschlag geltend machen (BEMA-Nr. 165, vgl. KZBV 2013a: 22-24).
- Einen weiteren Zuschlag erhält der Zahnarzt darüber hinaus für das Aufsuchen von Versicherten, die pflegebedürftig sind, eine Behinderung oder eine eingeschränkte Alltagskompetenz aufweisen, unabhängig davon, ob die Person in der eigenen Häuslichkeit oder in einer stationären Einrichtung gepflegt wird (BEMA-Nr. 171a und 171b, vgl. KZBV 2013a: 24).

6.5.2.3 Kooperationsverträge zwischen Zahnärzten und Pflegeeinrichtungen

Zur Sicherstellung einer ausreichenden ärztlichen Versorgung der Pflegebedürftigen in stationären Einrichtungen konnten Pflegeheime schon vor der Einführung des GKV-VStG Kooperationsverträge mit niedergelassenen Ärzten schließen (§ 119b Abs. 1 SGB V). Im Rahmen des PNG wurde zur Verbesserung der Versorgungsqualität ergänzend festgelegt, dass die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung und der GKV-Spitzenverband eine Rahmenvereinbarung festlegen, welche die Zusammenarbeit der pflegerischen und ärztlichen Versorgung im Pflegeheim regelt (§ 119b Abs. 2 SGB V). Diese wurde am 18.03.2014 vom GKV-Spitzenverband und der Kassenzahnärztlichen Vereinigung unterzeichnet (KZBV & GKV-Spitzenverband 2014). Die darin zu verfolgenden Qualitäts- und Versorgungsziele (§ 2 der Rahmenvereinbarung) sind insbesondere:

- Erhalt und Verbesserung der Mundgesundheit einschließlich des Mund- und Prothesenhygienestandards und damit Verbesserung der mundgesundheitsbezogenen Lebensqualität (unter anderem Schmerzfreiheit, Essen, Sprechen, soziale Teilhabe)
- Vermeiden, frühzeitiges Erkennen und Behandeln von Erkrankungen des Zahn-, Mund- und Kieferbereichs
- Regelmäßige Kontroll- und Bonusuntersuchungen
- Zeitnahe, den Lebensumständen des Pflegebedürftigen Rechnung tragende Behandlung bzw. Hinwirken auf eine solche Behandlung
- Verminderung der beschwerdeorientierten Inanspruchnahme, Vermeiden von zahnmedizinisch bedingten Krankentransporten und Krankenhausaufenthalten
- Stärkung der Zusammenarbeit und Verbesserung des Informationsaustauschs zwischen den an der Pflege sowie der medizinischen und zahnmedizinischen Versorgung der Bewohner beteiligten Berufsgruppen, den Bewohnern / gesetzlichen Vertretern sowie deren Angehörigen (KZBV & GKV-Spitzenverband 2014).

§ 87 Abs. 2j SGB V legt seit Inkrafttreten der entsprechenden Regelung des PNG fest, dass die Bewertung der Leistungen für Zahnärzte mit einem Koope-

rationsvertrag nach § 119 Abs. 1 SGB V über der Bewertung für Zahnärzte ohne einen solchen Vertrag liegt. Dementsprechend hat der Bewertungsausschuss am 13.11.2013 mit der Wirkung zum 01.04.2014 im BEMA festgelegt, dass *Zahnärzte mit einem solchen Kooperationsvertrag* – im Gegensatz zu Zahnärzten ohne Kooperationsvertrag nach § 119b Abs. 1 SGB V – seit dem 01.04.2014 auch nachfolgend gelistete Leistungen abrechnen können:

- Die Beurteilung des zahnärztlichen Behandlungsbedarfs, des Pflegezustands der Zähne, der Mundschleimhaut sowie der Prothesen, aber auch das Einbringen von versichertenbezogenen Vorschlägen für Maßnahmen zum Erhalt und zur Verbesserung der Mundgesundheit (BEMA-Nr. 172c),
- die Unterstützung und ggf. praktische Anleitung des Pflegepersonals bei der Durchführung der Maßnahmen zum Erhalt und zur Verbesserung der Mundgesundheit (BEMA-Nr. 172d),
- das Aufsuchen eines pflegebedürftigen Versicherten in einer stationären Pflegeeinrichtung (BEMA-Nr. 172a) und
- das Aufsuchen jedes weiteren Versicherten in derselben stationären Pflegeeinrichtung in unmittelbarem zeitlichen Zusammenhang (BEMA-Nr. 172b) (vgl. KZBV 2014b: 22ff).

Mit der Einführung der Rahmenvereinbarung nach § 119b Abs. 2 SGB V mussten für Zahnärzte mit einem Kooperationsvertrag nach § 119 Abs. 1 SGB V zusätzlich zwei neue Ziffern eingeführt werden, nach denen der Besuch eines pflegebedürftigen Versicherten in einer stationären Pflegeeinrichtung, einschließlich Beratung und eingehender Untersuchung abgerechnet werden kann. Dieses kann nun nach der Ziffer 154 erfolgen. Bei dem Besuch weiterer Versicherter in unmittelbarem zeitlichem Zusammenhang erhält der Zahnarzt eine geringfügig reduzierte Punktzahl (Ziffer 155). Ebenfalls neu eingeführt wurde zum 01.04.2014, dass konsiliarische Erörterungen mit Ärzten und Zahnärzten, unabhängig vom Abschluss eines Kooperationsvertrages nach § 119b SGB V abgerechnet werden können (Ziffern 181 und 182; vgl. KZBV 2014b: 22ff).

6.5.2.4 Zwischenfazit

Insgesamt ist somit in vielen Bereichen ein finanzieller Anreiz für Zahnärzte implementiert worden, die Pflegebedürftigen aufzusuchen, zu untersuchen und zu behandeln. Die Neuregelungen sind eine „Verbesserung für alle Versicherten, die aufgrund von Alter, Krankheit oder Behinderung nicht in die Praxis kommen können“ (KZBV 2013b). Die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung schließt daher: „Eine Versorgungslücke wurde erkannt und geschlossen“ (KZBV 2013b). Das BMG geht davon aus, dass schon allein die 2013 eingeführte Leistungserweiterung mit Mehrausgaben für die GKV in Höhe von 20 Mio. € verbunden ist, aber auch ein Anstieg von 700.000 aufsuchenden Versorgungsfällen auf 1,5 Mio. aufsuchenden Versorgungsfällen erreicht wird (BMG 2013c).

6.5.3 Verbleibende Reformbedarfe

Wie Abschnitt 6.5.2 zeigt, sind in jüngster Vergangenheit einige Anstrengungen unternommen worden, die erkannten Versorgungsdefizite bei der zahnärztlichen Versorgung Pflegebedürftiger (Abschnitt 6.5.1) auszugleichen. Eine datengestützte Bewertung dieser Reformansätze ist derzeit noch nicht möglich, weil sich die Veränderungen erst in nächster Zukunft in den Daten niederschlagen werden. Verbleibende Reformbedarfe können daher derzeit vor allem anhand qualitativer Überlegungen identifiziert werden. Ausgangspunkt hierfür sind die beiden exemplarischen Problembeschreibungen aus zahnärztlicher Sicht und aus Sicht der Kassenzahnärztlichen Vereinigung im Lande Bremen.

Exemplarische Problembeschreibung aus zahnärztlicher Sicht

Dr. med. dent. Hans-Werner Bertelsen, Zahnarzt in Bremen

Die eingeführte Honorierung der Hausbesuche von Pflegebedürftigen war überfällig. Sie führt aber keineswegs dazu, dass diese Hausbesuche nun lukrativer sind als die Versorgung in der Praxis. Als Zahnarzt verarmt man zwar nicht bei den Hausbesuchen, bequemere Arbeitsbedingungen finden sich aber in der Praxis.

Problematischer als die Honorierung sind aber die Arbeitsbedingungen, unter denen Untersuchungen und Behandlungen stattfinden sollen. Hier sind einer-

seits technische Mängel zu monieren, aber andererseits bedarf es auch viel Zeit und Aufwand wegen der vorherrschenden Organisationsmängel.

Wünschenswert wäre alle Male ein Behandlungsstuhl. Dieser müsste gar kein Luxusmodell wie in der Zahnarztpraxis sein. Er müsste aber verstellbar sein und eine Kopfstütze haben. Solche Behandlungsstühle könnten auch von anderen Ärzten genutzt werden. Patienten auf einem Schreibtischstuhl zu untersuchen oder gar zu therapieren ist deutlich suboptimal.

Ständig stellen sich die Fragen nach den Zuständigkeiten, nach Patientenakten, nach Versichertenkarten oder nach der Medikation. Wenn die Pflegebedürftigen nicht selber entscheiden können, bedarf es der Kontaktaufnahme mit den Angehörigen. Die Unterstützungsleistungen durch das Heimpersonal sind in aller Regel limitiert, da dem Personal oft die Berechtigung fehlt, Entscheidungen zu treffen, oder sie auch anderweitig in der Pflege und Betreuung der Bewohner so sehr eingebunden sind, dass die Zeit für die Begleitung fehlt.

Da viele Pflegebedürftige sich nicht selber um ihre zahnärztliche Versorgung kümmern können und auch die Angehörigen und Pflegekräfte mit der Organisation des Kontaktes zum Zahnarzt vielfach überfordert sind, ist eine regelmäßige zahnärztliche Visite dringend zu empfehlen. Sie sollte rechtzeitig im Voraus angekündigt sein, damit Pflegebedürftige, Angehörige oder Pflegepersonal die Möglichkeit erhalten, den Termin zur Beratung und Untersuchung zu organisieren.

Sollte eine Behandlungsnotwendigkeit festgestellt werden, dann treten in der Regel mindestens zwei Probleme auf: Das eine ist, wie kommt der Patient in die Praxis, und das andere, wer übernimmt im Zweifel die selbst zu tragenden Eigenanteile der Behandlung.

Patienten, die einigermaßen mobil sind, sollten auf eine regelmäßige Untersuchung in einer Praxis Wert legen, weil eine aussagekräftige und komplette Diagnostik inklusive Röntgen nur in den Praxisräumen gewährleistet ist. Implantatgestützte Konstruktionen gehören i. d. R. zu den prophylaxeintensiven Konstruktionen. Eine Intensivprophylaxe ist bis dato unter Heimbedingungen nicht durchführbar. Eine für den Erhalt einer implantatgestützten Konstruktion sehr wichtige Prophylaxe kann bis dato ausschließlich in professioneller Um-

gebung durchgeführt werden. Weil die Häufigkeit implantatgestützter Konstruktionen seit Jahren stark zunimmt, ist eine Ausstattung der Heime mit einem Behandlungsstuhl notwendig und daher folgerichtig.

Patienten, die wenig bis gar nicht mobil aber therapiefähig sind, sollten ihre Restmobilität nutzen und eine zahnärztliche Untersuchung vorrangig in einer Praxis durchführen zu lassen, um die volle Bandbreite der Diagnostik zu nutzen. Bei zunehmender Immobilität ist verstärkt darauf zu achten, dass die Mundverhältnisse „saniiert“ sind. Limitierte Mobilität ist stets mit einem Verzicht auf Diagnostik verbunden und sollte daher idealerweise nur synchronisiert mit sanierten Mundverhältnissen eintreten.

Bei stark pflegebedürftigen Patienten, die sich in den meisten Fällen durch Reflexarmut auszeichnen, ist nur eine sehr eingeschränkte zahnärztliche Therapie möglich, weil sich – bedingt durch eine starke Risikozunahme bei invasiven Eingriffen (z. B. Extraktionen) – das „Therapiefenster“ stark verkleinert. Diesen Zustand gilt es zu vermeiden durch rechtzeitige und diagnostikgestützte Intervention. Idealerweise VOR einer Heimeinweisung!

Wenn die Art und Organisation der Therapie geregelt ist, kann es trotzdem noch zu Konflikten zwischen Angehörigen und Zahnärzten und Patienten über notwendige oder empfehlenswerte Behandlungen einerseits und der Finanzierung andererseits kommen.

Als Lösung böte sich für solche Fälle eine Härtefallregelung für Heimbewohner an, die vom Gesetzgeber installiert werden müsste. Durch eine Härtefallregelung für Heimbewohner kämen die oftmals beschämenden Situationen nicht zustande. Die Kosten für die Solidargemeinschaft wären zu vernachlässigen. Der Nutzen für die lobbylosen Alten indes wäre hoch. Als Nebeneffekt wären Kolleginnen und Kollegen im Heimeinsatz vor unangenehmen, überflüssigen und entwürdigenden Telefonaten gefeit.

Stellungnahme zur bisherigen Entwicklung und zur Erwartung an die Zukunft hinsichtlich der Versorgung von pflegebedürftigen Patienten

Dr. med. dent. Dirk Mittermeier, Vorsitzender der Kassenzahnärztlichen Vereinigung im Lande Bremen

Die defizitäre Versorgung von Pflegebedürftigen ist vielfach belegt. Eine verbesserte Versorgung sollte dringend angestrebt werden, wobei konzeptionelle Vorarbeit bereits von zahnärztlicher Seite geleistet wurde (KZBV & BZÄK 2010). Der Gesetzgeber hat durch Ergänzungen im § 87 SGB V erstmals Möglichkeiten für eine Betreuung Pflegebedürftiger auf Anforderung (§ 87 Abs. 2i SGB V) und für eine Betreuung von Pflegeeinrichtungen im Zusammenhang mit einem Kooperationsvertrag (§ 87 Abs. 2j SGB V) im Gesetz verankert.

Für die zahnmedizinische Betreuung in Pflegeheimen ist eine gute Kooperation zwischen den Einrichtungen und den Zahnärzten notwendig. Die Erhebung eines Mundbefundes im zeitlichen Zusammenhang mit der Aufnahme in eine Einrichtung und ggf. die Ermittlung des vorbehandelnden Zahnarztes gibt der Pflegeeinrichtung wichtige Hinweise auf den täglichen Pflegebedarf. Regelmäßige Routineuntersuchungen im Pflegeheim nach Absprache sind Bestandteil der Kooperationsverträge. Ebenso sind hier Schulungen des Pflegepersonals hinsichtlich der notwendigen Mundhygienemaßnahmen vorgesehen. Es ist das Ziel, durch regelmäßige Kontrollen ggf. vorhandene prothetische Versorgungen langfristig funktionsfähig zu erhalten.

Für den größeren Bereich der Pflegebedürftigen in häuslicher/ambulanter Pflege ist die Betreuung logistisch ungleich schwieriger zu organisieren, da es sich um eine Einzelbetreuungen handelt. Hier können Hausbesuche auf Anforderung stattfinden, Ansprechpartner ist der jeweilige Hauszahnarzt. Wünschenswert wäre auch hier eine regelmäßige Betreuung, um den Gesundheitszustand der Patienten zu ermitteln und ggf. frühzeitig therapieren zu können.

Der Gesetzgeber hat in Richtung der Schaffung von Transparenz mit dem PNG reagiert, indem Pflegeeinrichtungen verpflichtet werden, die Pflegekassen über die Regelungen der zahnärztlichen Versorgung zu informieren. Damit haben mögliche Kunden für die Wahl eines Pflegeheims ein weiteres Qualitätskriterium an der Hand. Besser wäre aber eine verbindliche, regelmäßige Routine-

untersuchung im Pflegeheim.

Einer altersgerechten Versorgung der pflegebedürftigen Patienten stehen häufig Kostenargumente im Weg. Dies betrifft zum einen die Eigenanteile insbesondere bei der Zahnprothetik und zum anderen die Patiententransporte zur zahnärztlichen Praxis. Bei den prothetischen Leistungen, bei denen Eigenanteile meistens anfallen, handelt es sich überwiegend um Wiederherstellungsmaßnahmen, die nur einen geringen finanziellen Aufwand erfordern. Dennoch müssen in Fällen, in denen dem Pflegebedürftigen ein Betreuer zur Seite gestellt wurde, die Verwaltungswege mit Zeitaufwand gegangen werden, so dass eine Sofortversorgung oftmals nicht vorgenommen werden kann. Teilweise kommt aus diesen Gründen eine Behandlung gar nicht zum Tragen. Hier wäre ein mit den Krankenkassen abgestimmtes unbürokratisches Verfahren sinnvoll. Krankentransporte in die Zahnarztpraxis sind kostspielig, die Therapiefähigkeit ist bei dem Patientenkreis oftmals stark eingeschränkt, so dass keine umfassenden Maßnahmen „en bloc“ stattfinden können, sondern die Behandlung sich auf mehrere Termine verteilen muss. Umso wichtiger ist es, durch eine frühzeitige prophylaktische Betreuung den Sanierungsbedarf möglichst gering zu halten und damit ggf. sogar eine Reduzierung von Krankentransporten zu erreichen.

Demenz und Immobilität sind zwei wesentliche patientenbezogene Faktoren, die hinderlich auf eine Therapie wirken können. Für beide Patientenkreise ist eine prophylaktische, der individuellen Therapiefähigkeit angepasste Betreuung notwendig und möglich.

Der Einsatz mobiler Geräte zur zahnärztlichen Versorgung macht Sinn bei immobilen Patienten, deren Therapiefähigkeit nicht eingeschränkt ist, und, die kooperationsfähig sind. In einzelnen Fällen ist aber nur eine Therapie in der Praxis möglich, weil die Patienten nicht mehr kooperationsfähig sind und in Narkose behandelt werden müssen. Erstrebenswert ist daher auch eine Ausweitung von rollstuhl- und behindertengerechten, barrierearmen Praxen und Regelungen zur Behandlung in Narkose.

Für behinderte und pflegebedürftige Patienten im Allgemeinen, aber insbesondere für Pflegebedürftige mit eingeschränkter Fähigkeit zur eigenständigen

Mundhygiene ist es dringend erforderlich, dass eine regelmäßige Mundhygiene durch das Pflegepersonal und zudem auch eine regelmäßige zahnärztliche Kontrolle und auch eine Prophylaxe erfolgen (Entfernen der Zahnbeläge, Entfernen von Belägen von Prothesen, lokale Fluoridierung, Versiegelung von Fissuren u. a.).

In der Zahnärzteschaft bestand auch vor der Einführung der neuen Leistungsinhalte eine große Sensibilität für die Belange von behinderten und pflegebedürftigen Menschen (Hilbert & Mittermeier 2013) und hat sich seitdem noch erhöht. Dies wird in verstärkten Fortbildungsaktivitäten der Zahnärzte deutlich, auch in Qualitätszirkeln werden die Erfahrungen bei der Betreuung dieses Patientenkreises innerprofessionell ausgetauscht.

Und last, but not least, sollte die Betreuung eine angemessene Honorierung erfahren. Die Behandlung von behinderten und pflegebedürftigen Menschen ist gekennzeichnet durch

- „einen höheren Zeitaufwand
- kleinere Behandlungsintervalle
- einen deutlich höheren Personalaufwand
- oft notwendige medikamentöse Vorbehandlung
- ggf. Behandlung in Allgemeinanästhesie und Sedation
- besondere Planungsgrundsätze, die nicht immer mit den Vorgaben der gesetzlichen Krankenkassen vereinbar sind und
- die fehlende Finanzierung zahnärztlicher Prophylaxe bei erwachsenen GKV-Versicherten.“ (KZBV & BZÄK 2010)

Empfehlenswert wäre, in weitergehenden Modellprojekten zu evaluieren, unter welchen Bedingungen eine Versorgung sowohl im medizinischen als auch im wirtschaftlichen Sinne adäquat zu gestalten ist. Es besteht auch weiterhin politischer Handlungsbedarf, um die Versorgungssituation Pflegebedürftiger zu verbessern. Mit Spannung kann deshalb auch die neue DMS V („Deutsche Mundgesundheitsstudie V“) des IDZ („Institut der Deutschen Zahnärzte“) erwartet werden, die sich unter anderem besonders mit der Gesundheitssituation der Senioren beschäftigen wird.

Angesprochen sind in diesen Äußerungen viele Aspekte. So wird über *Konflikte zwischen Angehörigen und Patienten* berichtet, die auftreten können, wenn etwa die Notwendigkeit eines Zahnersatzes diskutiert wird, der dann mit erheblichen Eigenanteilen verbunden ist (Bertelsen 2012). Hierbei handelt es sich jedoch um allgemeine Probleme, die immer auftauchen, wenn Stellvertreterregelungen notwendig sind. In der Langzeitpflege treten diese insbesondere auch auf, wenn über die Pflegeform oder die Auswahl eines Pflegeheims entschieden werden muss. Unter rechtlichen Gesichtspunkten werden derartige Fragen im Betreuungsrecht diskutiert. Es handelt sich also nicht um eine spezifische Problemlage der Mundgesundheit Pflegebedürftiger und kann in diesem Kontext auch nicht gelöst werden. Der geforderte Rückgriff auf die Solidargemeinschaft als Ausfallbürger ist ordnungspolitisch sicherlich nicht angezeigt und auch nicht mit dem Subsidiaritätsprinzip vereinbar.

Weiterhin wird der Wunsch geäußert, dass der Heimeinzug „idealerweise nur ... mit *sanierten Mundverhältnissen*“ erfolgen solle. Wenn immer möglich, ist das sicherlich empfehlenswert. Allerdings können weder der Eintritt von Pflegebedürftigkeit noch die Notwendigkeit von Heimpflege regelmäßig so präzise vorausgesagt werden, dass diese Wunschvorstellung realisiert werden kann (vgl. Abschnitt 5.4). Vielmehr müssen Strukturen geschaffen werden, die eine zufriedenstellende zahnmedizinische Versorgung Pflegebedürftiger und insbesondere Heimbewohner ermöglichen, auch wenn deren Mundverhältnisse zuvor nicht optimiert wurden. Diesbezüglich zeigen sich Verbesserungsmöglichkeiten in mehreren Bereichen (Abschnitt 6.5.3.1 bis 6.5.3.5).

6.5.3.1 Förderung der Mundgesundheit durch die Pflegeeinrichtung

Ein erster Ansatzpunkt zur Verbesserung der Mundgesundheit vollstationär versorgter Pflegebedürftiger liegt in der Ergänzung der *Ausbildung des Pflegepersonals* um zahnmedizinischen Lehrinhalten, ein besseres Wissen um die Gefahren einer schlechten Mundhygiene und eine Sensibilisierung und Qualifizierung für den Bereich des Mundes und der Mundgesundheitsgesundheit (Uhlich 2013). Vom SVR-Gesundheit (2009: 122f.) wird daher empfohlen, Mundhygieneschulungen durch Zahnärzte durchführen zu lassen und dafür auch entsprechende Entgeltpunkte zu definieren. Entsprechende Kenntnisse des Pflegepersonals sind auch notwendig, damit sich Pflegepersonal und Zahnärzte über

Behandlungsnotwendigkeiten, Prophylaxemöglichkeiten und tägliche Pflege austauschen können. Entsprechend ausgebildetes Personal erkennt zahnmedizinische Behandlungsnotwendigkeiten besser und kann dann Zahnarztkontakte anbahnen.

6.5.3.2 Zahnärztliche Behandlung im Heim

Die Qualität der zahnärztlichen Behandlung im Pflegeheim leidet an unzureichenden technischen Möglichkeiten. Die verfügbaren Behandlungskoffer für Hausbesuche beinhalten zwar einige Instrumente, regelmäßig fehlt aber ein *Behandlungsstuhl*. Ohne einen solchen Behandlungsstuhl ist aber eine Untersuchung nicht nur – für Patient und Zahnarzt – unangenehm, sondern teilweise auch gefährlich. Für größere Heime wäre daher die Anschaffung eines Behandlungsstuhls die ideale Problemlösung. Ist dies nicht möglich, kann auf eine mobile Therapieeinheit zurückgegriffen werden. Damit lässt sich allerdings nicht der gleiche Behandlungsstandard wie in der Praxis herstellen. Sinnvoll erscheint es daher, wenn zahnärztliche Besuche in Pflegeheimen auch als *Screening* betrachtet werden: Durch den Besuch wird der Behandlungsbedarf identifiziert. Ist dieser groß und ist eine hinreichende Mobilität des Heimbewohners gegeben, erfolgt die Behandlung dann in der Praxis.

6.5.3.3 Zahnärztliche Behandlung Pflegebedürftiger in zahnärztlichen Praxen

Pflegebedürftige Patienten sind in vielfacher Hinsicht eingeschränkt. Die Kooperationsfähigkeit kann vermindert sein, das Schmerzempfinden ist gestört, Reflexe fehlen oder die Kommunikationsfähigkeit ist eingeschränkt. Alle diese Faktoren beeinflussen die Therapiefähigkeit der Patienten. Für eine adäquate Behandlung von Pflegebedürftigen und Menschen mit Behinderungen brauchen Zahnärzte daher eine entsprechende Ausstattung und Kompetenz. Dazu gehören zum einen eine besondere räumliche, instrumentelle und personelle *Ausstattung* und zum anderen eine ausreichende fachliche *Kompetenz und Ausbildung* (Uhlich 2013). Qualifikationen im Umgang mit behinderten oder pflegebedürftigen Menschen fehlen aber noch vielfach in den Praxen (Hilbert & Mittermeier 2013). Die Gründung des Lehrstuhls für behindertenorientierte Zahnmedizin in der Universität Witten/Herdecke zeigt an, dass hier Aus- und

Weiterbildungsbedarf besteht, ist zugleich aber als ein Schritt zu werten, diese benötigte Kompetenz zu fördern.

Vielfach sind es einfach auch technische Hindernisse, die eine adäquate Versorgung Pflegebedürftiger in der Zahnarztpraxis verhindern. So ist z. B. die *Barrierefreiheit* in den Arztpraxen vielfach nicht gegeben (ohne Autor 2013a). Da Reflexe und Kommunikationsfähigkeit bei Pflegebedürftigen häufig eingeschränkt sind, kann es häufiger zur Behandlung unter Narkose kommen. Dabei stellen sich die Fragen nach einem Anästhesisten und nach einem Aufwachraum (Uhlich 2013).

In den bisherigen *Leitlinien* der zahnärztlichen Diagnostik und Therapie fehlt die Berücksichtigung der pflegebedürftigen Menschen zudem weitgehend. Zwar ist die Berücksichtigung der besonderen Umstände von älteren Patienten in Leitlinien teilweise gefordert, eine umsetzbare Handlungsanweisung ist damit aber nicht verbunden. Es besteht somit durchaus Bedarf, Verfahren zu diskutieren oder/und Richtlinien zu erstellen, wie behinderte und pflegebedürftige Patienten optimal versorgt werden können.

6.5.3.4 Kooperation, Koordination und Information

Eine zufriedenstellende zahnmedizinische Versorgung pflegebedürftiger Heimbewohner kann nur in enger *Kooperation von Pflegeheim und Zahnarzt* gelingen. Mit der Möglichkeit der Kooperationsverträge hat der Gesetzgeber den Rahmen geschaffen, solche Kooperationen institutionell abzusichern (vgl. Abschnitt 6.5.2.3). Ziel einer solchen Kooperation muss es zunächst sein, einen regelmäßigen Besuch des kooperierenden Zahnarztes im Heim zu etablieren. Soweit möglich können notwendige Behandlungen dann im Heim erfolgen. Ist eine angemessene Behandlung nur in der Praxis möglich, sind Transporte in solche Praxen zu organisieren, die selbst personell, organisatorisch und räumlich auf die Behandlung Pflegebedürftige eingestellt sind.

Eine entscheidende Rolle bei Koordination und Information haben aber auch die *Pflegekassen* inne. Im PNG haben die Kassen den Auftrag erhalten, ihre Versicherten über die Versorgungssituation in den Pflegeheimen zu informieren. Die einzelnen Landes Zahnärztekammern liefern hierzu in unterschiedlichem Umfang Informationen. Umfangreich sind beispielsweise die Informatio-

nen der Landeszahnärztekammer Brandenburg (LZKB 2014) und die Informationsliste in Bremen (ZAEK-HB 2014). Die Landeszahnärztekammer in Sachsen liefert immerhin Hinweise dazu, ob die Praxis barrierefrei ist (LZKS 2014), andere Landeszahnärztekammern sind noch nicht so weit. Diese Informationen müssen die Pflegekassen aufbereiten und sie ihren Versicherten in verständlicher Form zur Verfügung stellen. Je patientenorientierter diese Informationen dargestellt werden, desto mehr *Transparenz* wird für die Versicherten geschaffen.

Die Schaffung von Transparenz ist dabei sicherlich wichtig. Kooperationsverträge, die regelmäßige Zahnarztbesuche in Pflegeheimen vorsehen, sind aber der noch weitergehende nächste Schritt.

6.5.3.5 Vergütung und Kostenträgerschaft

Niedergelassene Zahnärzte werden die erforderlichen Hausbesuche bei Pflegebedürftigen nur durchführen, wenn diese hinreichend honoriert werden. Mit der in Abschnitt 6.5.2 beschriebenen Änderung des BEMA sind inzwischen entsprechende Anreize gesetzt worden. Neben Wegekostenpauschalen sind nun auch die Hausbesuche selbst abrechenbar, wobei für die zahnärztliche Versorgung Pflegebedürftiger höhere Punktzahlen vorgesehen sind als für die Besuche bei Nicht-Pflegebedürftigen. Es bleibt abzuwarten, wie sich diese Veränderungen in den nächsten Jahren in der Inanspruchnahme niederschlagen. Allerdings sind noch verbleibende Lücken erkennbar: So werden *Prophylaxe-Programme* als wichtige Maßnahmen auch für Pflegebedürftige benannt (ohne Autor 2013a; SVR-Gesundheit 2009: 122f.) Diese Programme und die dazugehörigen Schulungen sind (noch) nicht im BEMA-Katalog abgedeckt.

Die *Festlegung der Punktzahlen* für die Behandlung von Pflegebedürftigen soll den (Mehr)aufwand widerspiegeln, der mit der Behandlung dieser Patienten verbunden ist. Wie auch bei den DRGs im Krankenhaussystem und den Punktzahlen für die ambulante ärztliche Vergütung im Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) ist nicht davon auszugehen, dass die nunmehr getroffenen Setzungen den tatsächlichen Aufwand sofort richtig abbilden. Im Bewertungsausschuss wird daher auch in Zukunft zu diskutieren sein, welche Leistungen über-

und welche unterbewertet sind. Entsprechende Anpassungen können dann ein „Rosinenpicken“ verhindern.

Dabei ist zu beachten, dass im BEMA nur die „relativen Preise“ festgelegt werden. Durch die Punktrelationen werden nur die Vergütungsrelationen zwischen verschiedenen Leistungen festgelegt, nicht die absoluten Vergütungshöhen, die sich erst durch die Multiplikation der Punktzahl mit einem an anderer Stelle festgesetzten Punktwert ergeben. Durch das *zweistufige Verfahren* können daher Dispute zwischen Leistungsanbietern und Kostenträgern über die Gesamtvergütung von denen über die relative Bewertung einzelner Leistungen getrennt werden. Es ist daher zu hoffen, dass die gemeinsame Selbstverwaltung durch kluge zukünftige *Festsetzung der Punktzahlen* für die Versorgung Pflegebedürftiger die richtigen Anreize für die zahnärztliche Versorgung von Pflegebedürftigen setzt und diese Anreize anhand der dann vorliegenden Erfahrungen nachjustiert – wohl wissend, dass dadurch nicht automatisch die Höhe der Gesamtvergütung festgelegt wird.

7 Anhang: Routinedaten als Basis für die Analyse der Pflegebedürftigkeit

Prozessproduzierte Routinedaten der Krankenkassen haben ein großes Potential für die Versorgungsforschung (Müller & Braun 2006; Swart & Ihle 2005; von Ferber & Behrens 1997), insbesondere weil sie *tagesgenaue Informationen* zum Leistungsgeschehen *sehr großer Populationen* enthalten. Bei der BARMER GEK sind rund 8,6 Mio. Menschen versichert (Bitzer et al. 2014). Das sind mehr als 10 % der Bundesbevölkerung bzw. 12,3 % aller GKV-Versicherten, deren prozessproduzierte Routinedaten zur Auswertung zur Verfügung stehen. Eine Primärdatenerhebung in diesem Umfang würde immense Kosten verursachen. Eine weitere Stärke besteht darin, dass alle Leistungen und Diagnosen des Versorgungssystems sowie sie zahlungsrelevant sind valide aufgezeichnet werden – ohne einen recall bias, der beispielsweise bei Befragungen zu beachten ist.

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

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

Auch hinsichtlich der Pflegeprävalenzen gibt es leichte Unterschiede zwischen der hier betrachteten Versichertenpopulation und der Gesamtbevölkerung. Diese bestehen darin, dass die BARMER GEK-Versicherten tendenziell gesünder sind und eine etwas niedrigere Pflegeprävalenz aufweisen als die übrigen Versicherten der SPV, andererseits aber die SPV-Versicherten insgesamt eine deutlich höhere Prävalenz aufweisen als die PPV-Versicherten (Rothgang 2010). Insgesamt liegen die alters- und geschlechtsspezifischen Pflegeprävalenzen der BARMER GEK-Versicherten etwas unter denen der Pflegestatistik (Rothgang et al. 2011b: 118f.). Dieser Unterschied wird in den Hochrechnungen nicht korrigiert, so dass sich in der Hochrechnung etwas niedrigere Fallzahlen als in der Pflegestatistik ergeben. Aus diesem Grund wird nachstehend in der Regel darauf verzichtet, die absoluten Fallzahlen auszuweisen, die sich aus der Hochrechnung ergeben und stattdessen auf die entsprechenden Verteilungen abgestellt, die von dieser Unterschätzung im Niveau nicht betroffen sind.

Nachfolgend werden in Abschnitt 7.1 die verwendeten Routinedaten der BARMER GEK beschrieben und in Abschnitt 7.2 die Variablenkonstruktionen, Selektionen und Gewichtungen vorgestellt.

7.1 Beschreibung der BARMER GEK Routinedaten

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

Für die zurückliegenden Jahre sind die Datenbestände zu den Pflegeleistungen der ehemaligen Kassen GEK und BARMER getrennt gehalten und unterscheiden sich in einzelnen Inhalten und in der Länge der beobachteten Zeit. Erst für die Jahre 2012 und 2013 liegen gemeinsame Daten in gleicher Form für die Versicherten beider Ursprungskassen vor. Aus diesen Gründen werden die

Routinedatenanalysen teilweise nur für Versicherte der ehemaligen GEK oder nur für Versicherte der ehemaligen BARMER durchgeführt und andere Analysen auch für Versicherte der ehemaligen BARMER und der ehemaligen GEK zusammen erfolgen. Für die langfristige Verlaufsdarstellung werden in der Regel die Daten der ehemaligen GEK-Versicherten genutzt. Diese können einen Beobachtungszeitraum für die Pflegedaten seit dem Jahr 1998 abbilden.

Für die bearbeiteten Fragestellungen wurde auf mehrere Teildatensätze zurückgegriffen:

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

7.2 Zur Definition von Pflegebedürftigkeit, Versorgungsart und Pflegearrangement

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

- Pflegesachleistung (§ 36 SGB XI): Pflege durch ambulante Pflegedienste,
- Pflegegeld (§ 37 SGB XI): für selbst beschaffte Pflegehilfen,
- Verhinderungspflege (§ 39 SGB XI): häusliche Pflege bei Verhinderung der Pflegeperson; wird auch Urlaubspflege genannt,

- Tages- und Nachtpflege (§ 41 SGB XI): stationäre Pflege als Ergänzung zur häuslichen Pflege; wird auch teilstationäre Pflege genannt,
- Kurzzeitpflege (§ 42 SGB XI): vorübergehende stationäre Pflege,
- Vollstationäre Pflege (§ 43 SGB XI): dauerhafte vollstationäre Pflege,
- Zuschuss für stationäre Pflege (§ 43 Abs. 4 SGB XI): vollstationäre Pflege trotz gegenteiliger Empfehlung der Pflegekasse,
- Kostenerstattung an Vertragseinrichtung ohne Vertragsvereinbarung (§ 91 SGB XI): Leistungen an Pflegeheime oder ambulante Pflegedienste ohne Vertragsvereinbarung nach §§ 85 oder 89 SGB XI,
- Pflege in vollstationären Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen (§ 43a SGB XI).
- Zur langfristigen Verlaufsdarstellung werden zudem Zeiten berücksichtigt mit
- Ruhen der Leistungsansprüche (§ 34 SGB XI) für Zeiten, in denen beispielsweise wegen stationärer, medizinischer Behandlung oder wegen Auslandsaufenthalt (noch) keine Pflegeleistungen gewährt werden).

Als *pflegebedürftig* gelten in der Konvention der Pflegestatistik prinzipiell die Versicherten, die Pflegegeld beziehen oder Pflegeleistungen durch ambulante Pflegedienste oder stationäre Pflegeeinrichtungen (ohne Pflege in Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen) erhalten. Im vorliegenden Pflegereport werden davon abweichend auch die Personen mitgezählt, die ausschließlich in Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen gepflegt werden und keine weiteren Leistungen erhalten.

Versorgungsarten im Sinne der Pflegestatistik des Statistischen Bundesamtes: Zur Bestimmung der Pflegeprävalenzen (Pflegequote) berücksichtigt das Statistische Bundesamt folgende Leistungen nach SGB XI: die Pflegesachleistungen, das Pflegegeld, die Verhinderungspflege, die Tages- und Nachtpflege, die Kurzzeitpflege und die vollstationäre Pflege. Diese Leistungen werden in der Pflegestatistik wie folgt zusammengefasst:

- In Heimen versorgt: vollstationäre Pflege, Kurzzeitpflege, bis zum Bericht 2007 auch Tages- und Nachtpflege, ab 2009 ohne Tages- und Nachtpflege, um Doppeltzählungen zu vermeiden,

- zu Hause versorgt unter Mitwirkung von Pflegediensten: Pflegesachleistungen, Kombinationsleistung, Verhinderungspflege,
- zu Hause versorgt durch Angehörige: ausschließlich Pflegegeld.

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

- Informelle Pflege: Die Pflegebedürftigen werden prinzipiell nur von nicht professionellen Pflegepersonen, in der Regel Angehörigen, zu Hause gepflegt und nur im Verhinderungsfall wird eine professionelle Hilfe in Anspruch genommen (Pflegegeld; Verhinderungspflege).
- Formell-ambulante Pflege: Die Pflegebedürftigen werden prinzipiell zu Hause gepflegt. Dabei wird regelmäßig ein Pflegedienst in Anspruch genommen (Sachleistungen; Kombinationsleistung; teilstationäre Pflege; Kurzzeitpflege; Kostenerstattungen an Vertragseinrichtung ohne Vertragsvereinbarung). Auch die Kurzzeitpflege ist hier gefasst, weil die Orientierung meist auf die Überbrückung kürzerer Zeiten ausgerichtet ist, in der die häusliche Pflege organisiert werden soll oder die Pflegepersonen Urlaub machen wollen.
- Vollstationäre Pflege: Die Pflegebedürftigen werden dauerhaft im Heim versorgt (dauerhafte vollstationäre Heimpflege; Zuschüsse für stationäre Pflege).
- Pflege in vollstationären Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen: Diese Leistung wird in den Analysen nur dann ausgewiesen, wenn sie ausschließlich geleistet wird und nicht im gleichen Monat beispielsweise noch Pflegegeld gezahlt wird. Viele der Pflegebedürftigen in Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen sind aber zugleich auch Bezieher von Pflegegeld und werden dann in der Kategorie der informellen Pflege gefasst.

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

Zeitliche Zuordnung: Die Erfassung des Status der Pflegebedürftigkeit erfolgt in der Regel monatsgenau oder quartalsweise. Die Erfassung auf Monatebene ist dem Umstand geschuldet, dass das Verständnis für Pflegearrangements sich nicht auf einen Tag bezieht, sondern auf längere zeitliche Einheiten. Wenn beispielsweise neben dem Pflegegeld einmal in der Woche auch Tagespflege in Anspruch genommen wird, ist dies ein über längere Zeit andauerndes Pflegearrangement häuslicher Pflege mit Unterstützung durch Pflegeeinrichtungen. Bei tagesgenauer Betrachtung würde diese Situation als permanenter Wechsel des Pflegearrangements kodiert. Eine monatliche Betrachtung erfasst das Arrangement am zuverlässigsten und entspricht außerdem dem Umstand, dass die Abrechnungen für die Leistungen in der Regel monatlich erfolgen. Eine quartalsweise Betrachtung übersieht zwar manchmal Veränderungen in Pflegearrangements oder in Pflegestufen, sie wird aber dann angewendet, wenn Diagnosedaten oder Leistungsdaten, die nur quartalsweise vorliegen, mit dem Zustand der Pflegebedürftigkeit verglichen werden sollen.

Die Zuordnung der Pflegestufe und der Pflegearrangements erfolgt hierarchisch: Liegen für die Zeit zwei unterschiedliche Meldungen zur Pflegestufe vor, überschreibt die höhere Pflegestufe die niedrigere. Liegen für die Zeit unterschiedliche Pflegearrangements vor, dann überschreibt die vollstationäre Pflege die formell-ambulante Pflege und diese wiederum die informelle Pflege. Die Pflege in vollstationären Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen wird nur als solche erfasst, wenn keine der anderen drei Pflegearrangements in der gleichen Zeit auftreten. Dies unterschätzt aber den Anteil der Pflegebedürftigen in Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen.

7.3 Variablenkonstruktion, Selektionen, Gewichtung

Für die Auswertungen wurden, wenn nicht anders ausgewiesen, *keine Altersbeschränkungen* vorgenommen. Eine Selektion wurde aber durchweg hinsichtlich der *Versicherenzzeit* vorgenommen. Damit geprüft werden kann, ob Pflegebedürftigkeit oder eine Diagnose erstmalig auftritt, muss vor dem Berichtsjahr mindestens ein zurückliegendes Beobachtungsfenster von 12 Monaten vorliegen (Ausnahme 0-1-Jährige).

Im Einzelnen wurden für die Analysen folgende Variablen verwendet:

Erkrankungen: Zur Messung der Erkrankungen wurde auf die dokumentierten Diagnosen aus den ambulanten und stationären Daten zurückgegriffen. In Deutschland wird zur Verschlüsselung von Diagnosen in der medizinischen Versorgung die ICD-10-GM angewendet, die durch das Deutsche Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI 2011) ins Deutsche übersetzt und ergänzt wird. Die Übersetzung basiert auf der Klassifikation der Erkrankungen, wie sie von der WHO (2010) vorgenommen wird.

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

- ICD10: A00, A01 ... Z99.

Zum anderen wird u. a. für die Untersuchung der geriatrischen Rehabilitation Patienten ggf. als geriatrische Patienten eingestuft, wenn mindestens drei der folgenden geriatrietypischen Merkmale (weitere Definition siehe Rothgang et al 2013) für einen Patienten im Laufe von 4 Quartalen auftreten:

- Immobilität (inkl. protrazierter Mobilisierungsverlauf)
- Sturzneigung und Schwindel
- Demenz
- Harninkontinenz
- Stuhlinkontinenz
- Dekubitalulcera
- Fehl- und Mangelernährung
- Störungen im Flüssigkeits- und Elektrolythaushalt
- Depression, Angststörung
- Schmerz
- Sensibilitätsstörungen
- Herabgesetzte Belastbarkeit, Gebrechlichkeit
- Starke Seh- und Hörbehinderung
- Medikationsprobleme
- Hohes Komplikationsrisiko
- Verzögerte Rekonvaleszenz

Als Patient mit akuten Erkrankungen werden Patienten mit folgenden Erkrankungen gefasst:

- Lähmungen
- Parkinson
- Krebs
- Multiple Sklerose
- Herzinsuffizienz
- Schlaganfall
- Herzinfarkt
- Hüftgelenksnahe Fraktur
- Kniegelenks- oder Hüftgelenksarthrose

Geschlecht: Frauen werden mit Männern verglichen.

Alter: Das Alter wurde durch die Subtraktion des Geburtsjahres vom jeweiligen Beobachtungsjahr ermittelt. In der Regel werden 5-Jahres-Alterskategorien gebildet oder Altersklassifikationen wie in der Pflegestatistik (z. B. Statistisches Bundesamt 2013b) vorgenommen.

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

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

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

8 Literatur

- AGENS, [= Arbeitsgruppe Erhebung und Nutzung von Sekundärdaten] (2008): GPS - Gute Praxis Sekundärdatenanalyse: Revision nach grundlegender Überarbeitung. In: *Das Gesundheitswesen*, 70, 54-60.
- Amberg, Birgit (2009): *Die aktuelle Situation der Mundgesundheit und zahnmedizinischen Betreuung von pflegebedürftigen, alten Patienten im Großraum München. Dissertation.* (Dr. med. dent. Dissertation), Ludwig-Maximilians-Universität zu München, München. URL: http://edoc.ub.uni-muenchen.de/10168/1/Amberg_Birgit.pdf
- Arnold, Robert; Rothgang, Heinz (2010): Finanzausgleich zwischen Sozialer Pflegeversicherung und Privater Pflegeversicherung. In welchem Umfang ist ein Finanzausgleich aus Gründen der Gleichbehandlung notwendig? In Gröprath, Dirk; Greß, Stefan; Jacobs, Klaus; Wasem, Jürgen (Hrsg.): *Jahrbuch Risikostrukturausgleich 2009/2010. Von der Selektion zur Manipulation?* (S. 61-92). Heidelberg: Medhochzwei.
- Augurzky, Boris; Borchert, Lars; Deppisch, Rebecca; Krolop, Sebastian; Mennicken, Roman; Preuss, Maïke; Rothgang, Heinz; Stocker-Müller, Melanie; Wasem, Jürgen (2007): Gründe für die Höhe der Heimentgelte in den stationären Pflegeeinrichtungen in Nordrhein-Westfalen. *Wissenschaftliches Gutachten im Auftrag des Ministeriums für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen.* Essen: RWI. URL: http://www.rwi-essen.de/media/content/pages/publikationen/rwi-projektberichte/PB_Heimentgelte-NRW.pdf (aktuell am 01.04.2014)
- AWMF, [Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften] (2012): Umgang mit Patienten mit nicht-spezifischen, funktionellen und somatoformen Körperbeschwerden. S 3 Leitlinie. Langfassung. URL: http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/051-001l_S3_Nicht-spezifische_funktionelle_somatoforme_Koerperbeschwerden_2012-04.pdf (aktuell am 16.01.2014)
- Bachmann, Stefan; Finger, Christoph; Huss, Anke; Matthias, Egger; Stuck, Andreas E.; Clough-Gorr, Kerri-M. (2010): Inpatient rehabilitation specifically designed for geriatric patients: systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. In: *British Medical Journal*. doi: 10.1136/bmj.c1718
- Backhaus-Maul, Holger; Olk, Thomas (1994): Von Subsidiarität zu 'outcontracting': Zum Wandel der Beziehungen von Staat und Wohlfahrtsverbänden in der Sozialpolitik. Opladen: Westdeutscher Verlag
- Baumol, W.J.; Oates, W.E. (1972): The Cost Disease of the Personal Services and the Quality of Life. In: *Skandinaviska Enskilda Banken Quartely Review*(1), 44-54.

- Baumol, William J. (1967): Macroeconomics of Unbalanced Growth: The Anatomy of Urban Crisis. In: *American Economic Review*, 57, 415-426.
- Becker, C.; Walter-Jung, B.; Kapfer, E.; Scheppach, B.; Nikolaus, T. (1999): Medizin im Pflegeheim - Problemanalyse und Zielsetzung. In: *MMW - Fortschritte der Medizin*, 26, 36-40.
- Becker, Clemens; van den Heuvel, Dirk (2013): Geriatrische Rehabilitation. Ein Modell ohne Zukunft? In: *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 46, 489-490. doi: 10.1007/s00391-013-0529-1
- Benz, C.; Engelmann, A.; Benz, B.; Hickel, R. (1996): Lässt sich das Mundhygiene-Verhalten älterer Menschen verbessern? In: *Deutsche Zahnärztliche Zeitschrift*, 51(11), 698-700.
- Benz, C.; Schwarz, P.; Medl, B.; Bauer, C. (1993): Studie zur Zahngesundheit von Pflegeheim-Bewohnern in München. In: *Deutsche Zahnärztliche Zeitschrift*, 48(10), 634-636.
- Bertelsen, Hans-Werner (2012): Wenn die Zahnfee altern sollte... In: *dentalspiegel*(5), 24-26.
- Bitzer, Eva Maria; Bohm, Steffen; Hartmann, Andrea; Priess, H.-W. (2014): BARMER GEK Report Krankenhaus 2014. Schwerpunktthema: Trends in der koronaren Revaskularisation. Siegburg: Asgard-Verlagsservice GmbH. URL: <http://presse.barmer-gek.de/barmer/web/Portale/Presseportal/Subportal/Presseinformationen/Aktuelle-Pressemitteilungen/140722-Report-Krankenhaus/PDF-Report-Krankenhaus-2014.property=Data.pdf> (aktuell am 21.08.2014)
- Blank, Florian (2011): Die Riester-Rente: Ihre Verbreitung, Förderung und Nutzung. In: *Soziale Sicherheit*(12), 414f.
- BMG, [= Bundesministerium für Gesundheit] (2009): Umsetzungsbericht des Beirats zur Überprüfung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs. Berlin: Bundesministerium für Gesundheit. URL: http://bmg.bund.de/fileadmin/dateien/Publikationen/Pflege/Berichte/Umsetzung_sbericht_des_Beirats_zur_Ueberpruefung_des_Pflegebeduerftigkeitsbegriffs.pdf (aktuell am 11.11.2014)
- BMG, [= Bundesministerium für Gesundheit] (2013a): Bericht des Expertenbeirats zur konkreten Ausgestaltung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs. URL: http://www.bmg.bund.de/fileadmin/dateien/Publikationen/Pflege/Berichte/Bericht_Pflegebegriff_RZ_Ansicht.pdf (aktuell am 30.09.2014)
- BMG, [= Bundesministerium für Gesundheit] (2013b): Pressemitteilung: Neuregelungen im Jahr 2014 im Bereich Gesundheit und Pflege. URL: http://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/dateien/Pressemitteilungen/2013/2013_04/131205_PM_BMG_Aenderungen_2014.pdf (aktuell am 02.04.2014)

- BMG, [= Bundesministerium für Gesundheit] (2013c): Pressemitteilung: Verbesserung der zahnärztlichen Versorgung von immobilen Pflegebedürftigen und Menschen mit Behinderungen ab 1. April. URL: http://www.bmg.bund.de/fileadmin/dateien/Pressemitteilungen/2013/2013_01/130326__PM_Verbesserung_der_zahnaerztlichen_Versorgung_pflegebeduerftiger_und_behinderter__Menschen.pdf (aktuell am 11.09.2013)
- BMG, [= Bundesministerium für Gesundheit] (2014a): Die Finanzentwicklung der Sozialen Pflegeversicherung. Ist-Ergebnisse ohne Rechnungsabgrenzung. URL: http://www.bmg.bund.de/fileadmin/dateien/Downloads/Statistiken/Pflegeversicherung/Finanzentwicklung_Pflegeversicherung_xls/1995-2013-Finanzentwicklung-der-sozialen-Pflegeversicherung.pdf (aktuell am 27.08..2014)
- BMG, [= Bundesministerium für Gesundheit] (2014b): Leistungsempfänger der sozialen Pflegeversicherung (Zeitreihen 1995 bis 2013) am Jahresende nach Pflegestufen. URL: http://www.bmg.bund.de/fileadmin/dateien/Downloads/Statistiken/Pflegeversicherung/Leistungsempfaenger_Pflegestufen/1995-2013_Leistungsempfaenger-der-sozialen-PV-nach-Pflegestufen.pdf (aktuell am 27.08.2014)
- BMG, [= Bundesministerium für Gesundheit] (2014c): Leistungsempfänger der sozialen Pflegeversicherung (Zeitreihen 1995 bis 2013) im Jahresdurchschnitt nach Leistungsarten. URL: http://www.bmg.bund.de/fileadmin/dateien/Downloads/Statistiken/Pflegeversicherung/Leistungsempfaenger_Leistungsarten/1995-2013_Leistungsempfaenger-der-sozialen-PV-nach-Leistungsarten.pdf (aktuell am 27.08.2014)
- BMG, [= Bundesministerium für Gesundheit] (2014d): Soziale Pflegeversicherung. Leistungsempfänger nach Leistungsarten und Pflegestufen im Jahresdurchschnitt 2013. URL: http://www.bmg.bund.de/fileadmin/dateien/Downloads/Statistiken/Pflegeversicherung/Leistungsempfaenger_Art_Pflegestufen/2013_Leistungsempfaenger-nach-Leistungsarten-und-Pflegestufen.pdf (aktuell am 27.08.2014)
- BMGS, [= Bundesministerium für Gesundheit und soziale Sicherheit] (Hrsg.) (2003): Nachhaltigkeit in der Finanzierung der sozialen Sicherungssysteme. Bericht der Kommission. Berlin: Eigenverlag.
- Bockenheimer-Lucius, Gisela (2007): Psychopharmakaverordnung im Altenpflegeheim - Eine interdisziplinäre Aufgabe mit medizinischen, pflegerischen, rechtlichen und ethischen Herausforderungen. In: *Ethik in der Medizin*, 4, 255-257.

- Born, Gabriele; Baumeister, S. E.; Sauer, S.; Hensel, E.; Kocher, T.; John, U. (2006): Merkmale von Risikogruppen einer unzureichenden Inanspruchnahme zahnmedizinischer Leistungen - Ergebnisse der Study of Health in Pomerania (SHIP). In: *Das Gesundheitswesen*, 68(4), 257-264.
- Bundesamt, Statistisches (2014): Verbraucherpreise. Monatswerte. Verbraucherpreisindex für Deutschland. 2010 = 100. URL: https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesamtwirtschaftUmwelt/Preise/Verbraucherpreisindizes/Tabellen/_VerbraucherpreiseKategorien.html (aktuell am 11.11.2014)
- Bundestagsausschuss für Gesundheit (2012): *Ausschuss-Drs. 17(14)287 vom 12.06.2012 (Änderungsantrag 18 zum Entwurf eines Gesetzes zur Neuausrichtung der Pflegeversicherung)*.
- Bundesverband Geriatrie e.V. (2010): Weißbuch Geriatrie. Die Versorgung geriatrischer Patienten: Strukturen und Bedarf - Status Quo und Weiterentwicklung. Stuttgart: W. Kohlhammer
- BZÄK, [= Bundeszahnärztekammer] (2011): Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ). Stand 5. Dezember 2011. URL: http://www.bzaek.de/fileadmin/PDFs/goz/gebuehrenordnung_fuer_zahnaerzte_2012.pdf (aktuell am 12.09.2014)
- BZÄK, [= Bundeszahnärztekammer] (2013): Statistisches Jahrbuch 12/13. Berlin: BZÄK
- CDU; CSU; SPD (2013): Deutschlands Zukunft gestalten. Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und SPD. 18. Legislaturperiode. URL: http://www.spd.de/linkableblob/112790/data/20131127_koalitionsvertrag.pdf (aktuell am 27.11.2013)
- Deutscher Bundestag Drucksache 14/5395 vom 23. 02. 2001. Gesetzentwurf der Bundesregierung. Entwurf eines Gesetzes zur Qualitätssicherung und zur Stärkung des Verbraucherschutzes in der Pflege (Pflege-Qualitätssicherungsgesetz – PQsG) (2001).
- DGZMK, [= Deutsche Gesellschaft für Zahn- Mund- und Kieferheilkunde] (2009): Wurzelspitzenresektion. S2-Leitlinie.Langversion. URL: http://www.dgzmk.de/uploads/tx_szdgzmkdocuments/Wurzelspitzenresektion_Langversion_ZAE.pdf (aktuell am 16.01.2014)
- DGZMK, [= Deutsche Gesellschaft für Zahn- Mund- und Kieferheilkunde] (2012): Festsitzender Zahnersatz für zahnbegrenzte Lücken. S1-Empfehlung. URL: http://www.dgzmk.de/uploads/tx_szdgzmkdocuments/20120913_LL_Festsitzender_Zahnersatz_fuer_zahnbegrenzte_Luecken.pdf (aktuell am 16.01.2014)

- DGZMK, [= Deutsche Gesellschaft für Zahn- Mund- und Kieferheilkunde] (2013a): Implantatprothetische Versorgung des zahnlosen Oberkiefers. S3-Leitlinie.Langversion. URL: http://www.dgzmk.de/uploads/tx_szdgzmkdocuments/LL_Implantatproth._Versorgg._d._zahnlosen_OK.pdf (aktuell am 16.01.2014)
- DGZMK, [= Deutsche Gesellschaft für Zahn- Mund- und Kieferheilkunde] (2013b): Operative Entfernung von Weisheitszähnen. Langversion. S2K-Leitlinie. URL: http://www.dgzmk.de/uploads/tx_szdgzmkdocuments/Leitlinie_Weisheitszahn_S2K_2013_DGZMK.pdf (aktuell am 16.01.2014)
- DIMDI, [= Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information] (2011): ICD-10-GM Version 2012 (OID 1.2.276.0.76.5.409). Systematisches Verzeichnis. URL: <http://www.dimdi.de/dynamic/de/klassi/downloadcenter/icd-10-gm/version2012/systematik/x1gbp2012.zip> (aktuell am 01.11.2011)
- Döhner, Hanneli; Kohler, Susanne; Lüdecke, Daniel (2007): Pflege durch Angehörige - Ergebnisse und Schlussfolgerungen aus der europäischen Untersuchung EUROFAMCARE. In: *informationsdienst altersfragen*, 34(03), 9-14.
- DRV, [= Deutsche Rentenversicherung Bund] (2013a): Rentenzugang 2012. Berlin: Deutsche Rentenversicherung Bund. URL: http://www.deutsche-rentenversicherung.de/cae/servlet/contentblob/238812/publicationFile/58385/27_statistikband_rentenzugang.pdf (aktuell am 27.02.2014)
- DRV, [= Deutsche Rentenversicherung Bund] (2013b): Versicherte 2012. Berlin: Deutsche Rentenversicherung Bund. URL: http://www.deutsche-rentenversicherung.de/cae/servlet/contentblob/238826/publicationFile/53634/29_statistikband_versicherte_2012.pdf (aktuell am 27.02.2014)
- Engelmann, Dirk; Gohde, Jürgen; Künzel, Gerd; Schmidt, Severin (2013): Gute Pflege vor Ort : das Recht auf eigenständiges Leben im Alter ; Positionspapier im Auftrag der Abteilung Wirtschafts- und Sozialpolitik der Friedrich-Eber-Stiftung. URL: <http://library.fes.de/pdf-files/wiso/10170.pdf> (aktuell am 19.11.2013)
- Garms-Homolová, Vjenka (1998): Kooperation von Medizin und Pflege. Realisierbare Notwendigkeit oder unrealistischer Anspruch. In Garms-Homolová, Vjenka; Schaeffer, Doris (Hrsg.): *Medizin und Pflege. Kooperation in der ambulanten Versorgung.* (S. 7-40). Wiesbaden: Ullstein Medical.
- Geiger, Simone (2011): *Die Mundgesundheit und deren Beeinflussung durch regelmäßige zahnmedizinische Betreuung institutionalisierter Senioren im Großraum München.* (Dr. med. dent. Dissertation), Ludwig-Maximilians-Universität zu München, München. URL: http://edoc.ub.uni-muenchen.de/12987/1/Geiger_Simone.pdf

- Hagen, Kornelia; Kleinlein, Axel (2011): Zehn Jahre Riester-Rente: Kein Grund zum Feiern. In: *DIW-Wochenbericht*(47), 3-14.
- Heilf, Tanja (2008): *Zur Wirkung individueller oralhygienischer Unterweisung auf die Prothesenhygiene von Patienten in Alten- und Pflegeheimen.* (Dr. med. dent. Dissertation), Westfälische Wilhelms-Universität Münster, Münster. URL: http://miami.uni-muenster.de/servlets/DerivateServlet/Derivate-4441/diss_heilf_tanja.pdf
- Hilbert, Thomas; Mittermeier, Dirk (2013): Die zahnärztliche Versorgung von Heimbewohner(innen) in Bremen - eine Befragung. In: *Monitor Versorgungsforschung*, 6(5), 45-51.
- Hoberg, Rolf; Klie, Thomas; Künzel, Gerd (2013): Strukturreform Pflege und Teilhabe. URL: http://agp-freiburg.de/downloads/pflege-teilhabe/Reformpaket_Strukturreform_PFLEGE_TEILHABE_Langfassung.pdf (aktuell am 22.10.2013)
- IGES; Igl, Gerhard; Wasem, Jürgen (2001): *Potentiale und Grenzen der Integration von Gesetzlicher Krankenversicherung (SGB V) und Sozialer Pflegeversicherung (SGB XI). Expertise im Auftrag der Enquête-Kommission Demographischer Wandel des Deutschen Bundestages.* Berlin.
- Jacobs, Klaus (1995): Zur Kohärenz von gesetzlicher Pflegeversicherung und anderen Zweigen der Sozialversicherung. In Fachinger, Uwe; Rothgang, Heinz (Hrsg.): *Die Wirkungen des Pflege-Versicherungsgesetzes* (S. 245-262). Berlin: Duncker & Humblot.
- Jacobs, Klaus; Rothgang, Heinz (2014): Pferdefuß bei Pflegefonds. In: *G+G Gesundheit und Gesellschaft*, 6(17), 26-29.
- Jäger, Susanne (2009): *Mundhygiene und Mundgesundheit bei Bewohnern von Altenpflegeheimen Auswirkungen eines Trainingsprogramms für Pflegekräfte auf die Mundgesundheit der Bewohner.* (Dr. med. dent. Dissertation), Rheinische Friedrich-Wilhelms-Universität Bonn, Bonn. URL: <http://hss.ulb.uni-bonn.de/2009/1870/1870.pdf>
- John, Mike; Micheelis, Wolfgang (2003): Mundgesundheitsbezogene Lebensqualität in der Bevölkerung: Grundlagen und Ergebnisse des Oral Health Impact Profile (OHIP) aus einer repräsentativen Stichprobe in Deutschland. In: *IDZ-Information*(01), 1-28.
- Kaffenberger, Jens (2009): Medizinische Versorgung in Pflegeheimen dringend optimieren. In Füsgen, Ingo (Hrsg.): *GEK-Pflegereport: Wie kann die medizinische Versorgung von Demenzkranken in Pflegeheimen verbessert werden?* (S. 57-60). Frankfurt am Main: Zukunftsforum Demenz.

- KCG, [= Kompetenz Centrum Geriatrie] (2012): Operationalisierung geriatritypischer Merkmalskomplexe gemäß ICD-10-GM Version 2008/2009: (KCG: Stand 30.07.2012). URL: http://www.kcgeriatrie.de/downloads/120730_kcg_geriatritypischen%20Merkmalskomplexe.pdf (aktuell am 26.09.2012)
- KCG, [= Kompetenz Centrum Geriatrie] (2014): INFO – Service des KCG – Geriatriekonzepte /-pläne der Bundesländer. URL: <http://www.kcgeriatrie.de/geriatriekonzepte.htm> (aktuell am 17.04.2014)
- KDA, [= Kuratorium Deutsche Altershilfe] (Hrsg.) (1974): Gutachten über die stationäre Behandlung von Krankheiten im Alter und über die Kostenübernahme durch die gesetzlichen Krankenkassen. Köln: Eigenverlag.
- Klasen, Brigitta; Hilbert, Thomas (2007): Mundgesundheit und zahnärztliche Versorgung in Bremer Alten- und Pflegeheimen URL: http://www.gesundheitsamt.bremen.de/sixcms/media.php/13/2_Mundgesundh%20und%20zahn%E4rztliche%20Versorgung%20in%20Bremer%20Altenpflegeheimen.pdf (aktuell am 06.10.2014)
- Kleinlein, Axel (2011): Zehn Jahre „Riester-Rente“: Bestandsaufnahme und Effizienzanalyse. WISO Diskurs. Bonn: Friedrich-Ebert-Stiftung. URL: <http://library.fes.de/pdf-files/wiso/08683.pdf> (aktuell am 11.11.2014)
- Korczak, Dieter; Steinhauser, Gerlinde; Kuczera, Carmen (2012): Effektivität der ambulanten und stationären geriatrischen Rehabilitation bei Patienten mit der Nebendiagnose Demenz. Köln: DIMDI. URL: http://portal.dimdi.de/de/hta/hta_berichte/hta331_bericht_de.pdf (aktuell am 15.01.2013)
- Krüger, Katja (2008): *Mundgesundheit und prothetischer Versorgungsgrad von Senioren in häuslicher Pflege in der Stadt Greifswald* (Dr. med. dent. Dissertation), Ernst-Moritz-Arndt-Universität Greifswald Greifswald. URL: http://ub-ed.ub.uni-greifswald.de/opus/volltexte/2009/641/pdf/Promotion_Katja_Krueger.pdf
- KZBV, [= Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung] (2012a): Agenda Mundgesundheit. Grundsätze und Strategien für eine präventionsorientierte vertragszahnärztliche Versorgung. URL: <http://www.kzbv.de/konzept-mundgesund.download.08b5be6f8cc0fdedac2297fa1219037b.pdf> (aktuell am 13.01.2014)
- KZBV, [= Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung] (2012b): Einheitlicher Bewertungsmaßstab für zahnärztliche Leistungen gemäß § 87 Abs. 2 und 2d SGB V. BEMA. Stand 01.01.2012. URL: <http://www.kzbv.de/index.download.260b0e146c5d86c40fcc2c279a954509.pdf> (aktuell am 12.09.2014)

- KZBV, [= Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung] (2013a): Einheitlicher Bewertungsmaßstab für zahnärztliche Leistungen gemäß § 87 Abs. 2 und 2h SGB V. BEMA. Stand 01.04.2013. URL: <http://www.kzbv.de/bema20130401.download.a0b80918581a43322bf53d43bd2f5314.pdf> (aktuell am 12.09.2014)
- KZBV, [= Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung] (2013b): Pressemitteilung: Bessere zahnmedizinische Versorgung für 2,3 Millionen Patienten. URL: <http://www.kzbv.de/pm-20130326-aub.download.c9d8c2793bea577414c9030042d3d3ac.pdf> (aktuell am 09.04.2013)
- KZBV, [= Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung] (2014a): Einheitlicher Bewertungsmaßstab für zahnärztliche Leistungen gemäß § 87 Abs. 2 und 2h SGB V. BEMA. Stand 01.01.2014. URL: [http://www.mds-sindbad.de/infomed/sindbad.nsf/0/96733cbd0471af37c1257ca7003ffd0b/\\$FILE/BEMA_140101.pdf](http://www.mds-sindbad.de/infomed/sindbad.nsf/0/96733cbd0471af37c1257ca7003ffd0b/$FILE/BEMA_140101.pdf) (aktuell am 12.09.2014)
- KZBV, [= Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung] (2014b): Einheitlicher Bewertungsmaßstab für zahnärztliche Leistungen gemäß § 87 Abs. 2 und 2h SGB V. BEMA. Stand 01.04.2014. URL: [http://www.mds-sindbad.de/infomed/sindbad.nsf/0/96733cbd0471af37c1257ca7003ffd0b/\\$FILE/BEMA_140401.pdf](http://www.mds-sindbad.de/infomed/sindbad.nsf/0/96733cbd0471af37c1257ca7003ffd0b/$FILE/BEMA_140401.pdf) (aktuell am 12.09.2014)
- KZBV, [= Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung]; BZÄK, [= Bundeszahnärztekammer] (2010): Mundgesundheit trotz Handicap und hohem Alter. Konzept zur vertragsärztlichen Versorgung von Pflegebedürftigen und Menschen mit Behinderungen. URL: <http://www.kzbv.de/konzept-mundgesund.download.08b5be6f8cc0fdedac2297fa1219037b.pdf> (aktuell am 13.01.2014)
- KZBV, [= Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung]; GKV-Spitzenverband (2014): Rahmenvereinbarung kooperative und koordinierte zahnärztliche und pflegerische Versorgung von stationär Pflegebedürftigen. URL: <http://www.kzbv.de/rahmenvereinbarung-versorgung-stat.download.d9681690379cc31e9eb10c13d6474a7d.pdf> (aktuell am 12.09.2014)
- Lawton, M.P.; Brody, E.M. (1969): Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. In: *Gerontologist*, 1969(9), 179-186.
- Legewie, Joscha (2012): Die Schätzung von kausalen Effekten: Überlegungen zu Methoden der Kausalanalyse anhand von Kontexteffekten in der Schule. In: *Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie*, 64, 123-153.
- Leinert, Johannes (2006): Einkommensselektion und ihre Folgen. In Jacobs, Klaus (Hrsg.): *Fairer Wettbewerb oder Risikoselektion? Analysen zur gesetzlichen und privaten Krankenversicherung* (S. 31-48). Bonn: Wido.

- Lübke, Norbert (2014): Ergebnisse aus dem G3-Gutachten. Systematische Bewertung der Wirksamkeit und des Nutzens von Leistungen mit rehabilitativer Zielsetzung für eine Zielgruppe, die in wesentlichen Merkmalen mit der Gruppe der Antragsteller der Pflegeversicherung übereinstimmt (Fokus: geriatrische Patienten). Präsentation. Ergebnisse des Projekts Reha XI, Berlin.
- Lutter, Inge (1996): Die Pflegeversicherung aus sozialpolitischer Sicht. In Farny, Dieter; Lütke-Bornefeld, Peter; Zellenberg, Gertrud (Hrsg.): Lebenssituation älterer Menschen: Beschreibung und Prognose aus interdisziplinärer Sicht (S. 347-358). Berlin: Duncker & Humblot.
- LZKB, [= Landeszahnärztekammer Brandenburg] (2014): Zahnarzt-Suchdienst. URL: <http://www.lzkb.de/zahnarztsuche> (aktuell am 07.10.2014)
- LZKS, [= Landeszahnärztekammer Sachsen] (2014): Zahnarztsuche. URL: <https://www.zahnaerzte-in-sachsen.de/app/patienten/zahnarztsuche/suche> (aktuell am 07.10.2014)
- Maayan, Nicola; Soares-Weiser, Karla; Lee, Helen (2014): Respite care for people with dementia and their carers. URL: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD004396.pub3/pdf> (aktuell am 09.09.2014)
- Mack, F.; Mundt, T.; Budtz-Jørgensen, E.; Mojon, P.; Schwahn, C.; Bernhardt, O.; Gesch, D.; John, U.; Kocher, T.; Biffar, R. (2004): Die prothetische Versorgung älterer Menschen in Vorpommern (Ergebnisse aus SHIP). In: *Deutsche Zahnärztliche Zeitschrift*, 59(5), 270-275.
- Mack, F.; Mundt, T.; Mojon, P.; Kocher, T.; Splieth, C.; Schwahn, C.; Bernhardt, O.; John, U.; Biffar, R. (2005): Kronen- und Wurzelkaries bei Männern und Frauen im Alter von 60 bis 79 Jahren. Ergebnisse aus SHIP-0 (Study of Health in Pomerania). In: *Deutsche Zahnärztliche Zeitschrift*, 60(9), 529-533.
- Manojlovic, Slavica (2010): *Mundgesundheit bei Bewohnern in Altenpflegeheimen in Grevenbroich*. (Dr. med. dent. Dissertation), Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf, Düsseldorf. URL: http://docserv.uni-duesseldorf.de/servlets/DerivateServlet/Derivate-17410/Diss_Fertig_20101005_PDFa.pdf
- MDS, [= Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen e.V.] (2006): Pflegebericht des Medizinischen Dienstes 2004. Essen: MDS
- MDS, [= Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen e.V.] (2007a): Pflegebericht des Medizinischen Dienstes 2005. Essen: MDS
- MDS, [= Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen e.V.] (2007b): Pflegebericht des Medizinischen Dienstes 2006. Essen: MDS
- MDS, [= Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V.] (2009): Pflegebericht des Medizinischen Dienstes 2007-2008. Essen: MDS

- MDS, [= Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V.] (2010): Begutachtungen des Medizinischen Dienstes für die Pflegeversicherung 2009. Essen: MDS. URL: [http://infomed.mds-ev.de/sindbad.nsf/05abb98a3b032c6ac125735900420e8a/eed270a5b04a69b bc12577620042c681/\\$FILE/Pflegebericht%202009.pdf](http://infomed.mds-ev.de/sindbad.nsf/05abb98a3b032c6ac125735900420e8a/eed270a5b04a69b bc12577620042c681/$FILE/Pflegebericht%202009.pdf) (aktuell am 03.07.2010)
- MDS, [= Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V.] (2013): Begutachtungen des Medizinischen Dienstes für die Pflegeversicherung. Pflegebericht 2011/2012. Essen: MDS
- MDS, [= Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V.]; GKV-Spitzenverband (2009): Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes zur Begutachtung von Pflegebedürftigkeit nach dem XI. Buch des Sozialgesetzbuches. Essen: MDS. URL: http://www.mds-ev.de/media/pdf/BRi_Pflege_090608.pdf (aktuell am 04.11.2010)
- Meier-Baumgartner, Hans Peter; Nerenheim-Duscha, I.; Görres, Stefan (1992): Die Effektivität von Rehabilitation bei älteren Menschen unter der besonderen Berücksichtigung psychosozialer Komponenten bei ambulanter, teilstationärer und stationärer Betreuung. Literaturrecherche im Auftrag des BMFS. Stuttgart: Kohlhammer
- Meier-Baumgartner, Hans Peter; Pientka, L.; Anders, J.; Heer, J.; Friedrich, C. (2002): Die Effektivität der postakuten Behandlung und Rehabilitation älterer Menschen nach einem Schlaganfall oder einer hüftgelenknahen Fraktur. Arbeitspapier. Stuttgart: Verlag W. Kohlhammer
- Meissner, Grit (2002): *Gerostomatologische Vergleichsstudie in Alten- und Pflegeheimen der Stadt Leipzig und des sächsischen Landkreises Riesa-Großenhain*. (Dissertation), Universität Leipzig, Leipzig.
- Micheelis, Wolfgang (2006): Vierte Deutsche Mundgesundheitsstudie (DMS IV). Zusammenfassung. URL: [http://www3.idz-koeln.de/idzpubl3.nsf/2198122eff73a0dfc12573370033fc72/2ed7971b6e15f6bec1257332003eabc0/\\$FILE/DMS-IV_Auszug_Zusammenfassung.pdf](http://www3.idz-koeln.de/idzpubl3.nsf/2198122eff73a0dfc12573370033fc72/2ed7971b6e15f6bec1257332003eabc0/$FILE/DMS-IV_Auszug_Zusammenfassung.pdf) (aktuell am 14.01.2014)
- Mittelman, Mary S.; Haley, William E.; Clay, Olivio J.; Roth, David L. (2006): Improving caregiver well-being delays nursing home placement of patients with Alzheimer disease. In: *Neurology*, 67(9), 1592-1599.
- Müller, Rolf; Braun, Bernard (Hrsg.) (2006): Vom Quer- zum Längsschnitt. Möglichkeiten der Analysen mit GKV-Daten. St. Augustin: Asgard-Verlag.
- Nitschke, Ina; Hopfenmüller, Julian; Hopfenmüller, Werner (2012): Systematisches Review zur Frage der Mundgesundheit und des zahnmedizinischen Versorgungsgrades (stationäres Setting) bei pflegebedürftigen Menschen in Deutschland. In: *IDZ-Information*(03), 4-21.

- Nitschke, Ina; Ilgner, A.; Meissner, G.; Reiber, T. H. (2003): Zahngesundheit von Bewohnern in ländlichen und städtischen Senioreneinrichtungen. In: *Deutsche Zahnärztliche Zeitschrift*, 58(8), 457-462.
- Nitschke, Ina; Müller, Frauke; Hopfenmüller, Werner (2001): The uptake of dental services by elderly Germans. In: *Gerodontology*, 18(2), 114-120. doi: 10.1111/j.1741-2358.2001.00114.x
- Nübling, Matthias; Andersen, Hanfried; Mühlbacher, Axel (2006): Entwicklung eines Verfahrens zur Berechnung der körperlichen und psychischen Summenskalen auf Basis der SOEP - Version des SF 12 (Algorithmus). Data Documentation 16. Berlin: DIW.
- ohne Autor (2013a, 09.04.2013): Es sollen noch mehr Zahnärzte in der aufsuchenden Betreuung aktiv werden, *DZW Die Zahnarzt Woche*. URL: <http://www.dzw.de/printpdf/2359>
- ohne Autor (2013b, 21.11.2013): Interesse am Pflege-Bahr steigt, *Ärztezeitung*. URL: http://www.aerztezeitung.de/politik_gesellschaft/pflege/article/849994/umfrage-zeigt-interesse-pflege-bahr-steigt.html?sh=1&h=2083426491
- ohne Autor (2014a, 07.04.2014): Koalition lässt "Pflege-Bahr" weiterlaufen, *Ärztezeitung*. URL: http://www.aerztezeitung.de/politik_gesellschaft/pflege/article/858405/linke-scheitern-koalition-laesst-pflege-bahr-weiterlaufen.html?sh=1&h=-1999623587
- ohne Autor (2014b, 11.03.2014): Mehr Personal und höhere Beiträge - "Pflege-Bahr" immer beliebter, *Ärztezeitung*. URL: http://www.aerztezeitung.de/politik_gesellschaft/pflege/article/856949/pflege-plaene-personal-hoehere-beitraege.html?sh=4&h=955669449
- Pabst, Stefan; Rothgang, Heinz (2000): Die Einführung der Pflegeversicherung. Frankfurt/M., New York: Campus
- Paquet, Robert; Jacobs, Klaus (2015): Pflegeversicherung und organisatorischen Rahmenbedingungen. In: *Sozialer Fortschritt*(1).
- PKV, [= Verband der privaten Krankenversicherung] (2006): Zahlenbericht der Privaten Krankenversicherung 2005/2006. Köln, Berlin: PKV. URL: http://www.pkv.de/publikationen/rechenschafts_und_zahlenberichte/archiv_der_pkv_zahlenberichte/zahlenbericht_2005_2006.pdf (aktuell am 31.10.2012)
- PKV, [= Verband der privaten Krankenversicherung] (2007): Zahlenbericht der Privaten Krankenversicherung 2006/2007. Köln, Berlin: PKV. URL: http://www.pkv.de/publikationen/rechenschafts_und_zahlenberichte/archiv_der_pkv_zahlenberichte/zahlenbericht_2006_2007.pdf (aktuell am 31.10.2012)

- PKV, [= Verband der privaten Krankenversicherung] (2008): Zahlenbericht der Privaten Krankenversicherung 2007/2008. Köln, Berlin: PKV. URL: http://www.pkv.de/publikationen/rechenschafts_und_zahlenberichte/archiv_der_pkv_zahlenberichte/zahlenbericht_2007_2008.pdf (aktuell am 31.10.2012)
- PKV, [= Verband der privaten Krankenversicherung] (2009): Zahlenbericht der Privaten Krankenversicherung 2008/2009. Köln, Berlin: PKV. URL: http://www.pkv.de/publikationen/rechenschafts_und_zahlenberichte/archiv_der_pkv_zahlenberichte/zahlenbericht-2008-2009.pdf (aktuell am 31.10.2012)
- PKV, [= Verband der privaten Krankenversicherung] (2011a): Zahlenbericht der Privaten Krankenversicherung 2009/2010. Korrigierte Version [Stand Januar 2011]. Köln, Berlin: PKV. URL: http://www.pkv.de/publikationen/rechenschafts_und_zahlenberichte/archiv_der_pkv_zahlenberichte/zahlenbericht-2009-2010.pdf (aktuell am 31.10.2012)
- PKV, [= Verband der privaten Krankenversicherung] (2011b): Zahlenbericht der Privaten Krankenversicherung 2010/2011. Köln, Berlin: PKV. URL: http://www.pkv.de/publikationen/rechenschafts_und_zahlenberichte/archiv_der_pkv_zahlenberichte/zahlenbericht-2010-2011.pdf (aktuell am 31.10.2012)
- PKV, [= Verband der Privaten Krankenversicherung] (2012): Zahlenbericht der Privaten Krankenversicherung 2011/2012. Köln: PKV. URL: https://bestellungen.pkv.de/w/files/shop_zahlenberichte/zahlenbericht_2011_2012.pdf (aktuell am 10.06.2013)
- PKV, [= Verband der Privaten Krankenversicherung] (2013): Zahlenbericht der Privaten Krankenversicherung 2012. Köln: PKV. URL: <http://www.pkv.de/service/broschueren/daten-und-zahlen/zahlenbericht-2012.pdb.pdf> (aktuell am 29.08.2014)
- Prosiegel, M.; Böttger, S.; Schenk, T.; König, N.; Marolf, M.; Vaney, C.; al., et (1996): Der Erweiterte Barthel-Index (EBI) – eine neue Skala zur Erfassung von Fähigkeitsstörungen bei neurologischen Patienten. In: *Neurologie & Rehabilitation*, 2, 7-13.
- Rädel, Michael; Walter, Michael; Bohm, Steffen; Hartmann, Andrea (2014): Barmer GEK Zahnreport 2014. Auswertungen von Daten des Jahres 2012 mit Schwerpunkt Wurzelbehandlungen. Siegburg: Asgard Verlagsservice GmbH
- Roth, G.; Rothgang, H. (2001): Sozialhilfe und Pflegebedürftigkeit: Analyse der Zielerreichung und Zielverfehlung der Gesetzlichen Pflegeversicherung nach fünf Jahren. In: *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 34(4), 292-305.
- Rothgang, Heinz (1997): Ziele und Wirkungen der Pflegeversicherung. Eine ökonomische Analyse. Frankfurt a.M.: Campus

- Rothgang, Heinz (2008): *Stellungnahme zum Gesetzentwurf der Bundesregierung „Entwurf eines Gesetzes zur strukturellen Weiterentwicklung der Pflegeversicherung (Pflege-Weiterentwicklungsgesetz) (BT-Drs. 16/7439) anlässlich der Anhörung des Ausschusses für Gesundheit des Deutschen Bundestages am 23. Januar 2008. Bundestags-Ausschussdrucksache 16(14)0327(72neu).*
- Rothgang, Heinz (2010): Gerechtigkeit im Verhältnis von Sozialer Pflegeversicherung und Privater Pflegeversicherung. In: *Das Gesundheitswesen*, 72, 154-160.
- Rothgang, Heinz (2011): Solidarität in der Pflegeversicherung: Das Verhältnis von Sozialer Pflegeversicherung und Privater Pflegeversicherung. In: *Sozialer Fortschritt*(4-5), 81-87.
- Rothgang, Heinz (2014a): Nachhaltige Finanzierung der Kranken- und Pflegeversicherung durch eine Bürgerversicherung. In Fink, Ulf; Kücking, Monika; Walzik, Eva; Zerth, Jürgen (Hrsg.): *Solidarität und Effizienz im Gesundheitswesen – ein Suchprozess. Festschrift für Herbert Rebscher* (S. 437-448). Heidelberg: medhochzwei.
- Rothgang, Heinz (2014b): „Pflegeversicherung folgt Krankenversicherung“ - fundamentale Fehlentscheidung oder zukunftsträchtiges Modell? In: *Sozialer Fortschritt*(12).
- Rothgang, Heinz (2015): „Pflegeversicherung folgt Krankenversicherung“ - fundamentale Fehlentscheidung oder zukunftsträchtiges Modell? In: *Sozialer Fortschritt*(1).
- Rothgang, Heinz; Arnold, Robert; Wendland, Katharina; Sauer, Sebastian; Wolter, Annika (2011a): Berechnungen der finanziellen Wirkungen verschiedener Varianten einer Pflegebürgerversicherung. Gutachten aus dem Zentrum für Sozialpolitik im Auftrag der Bundestagsfraktion Bündnis 90/Die Grünen. Bremen: ZeS. URL: http://www.gruene-bundestag.de/fileadmin/media/gruenebundestag_de/themen_az/pflege/solidaritaet_wirkt/gutachten_pflegebuergerversicherung.pdf (aktuell am 31.03.2014)
- Rothgang, Heinz; Borchert, Lars; Müller, Rolf; Unger, Rainer (2008): GEK-Pflegereport 2008. Schwerpunktthema: Medizinische Versorgung in Pflegeheimen. St. Augustin: Asgard-Verlag. URL: <http://presse.barmergek.de/barmer/web/Portale/Presseportal/Subportal/Infothek/Studien-und-Reports/GEK-Schriftenreihe-Gesundheitsanalyse/Pflege/PDF-Pflegereport-2008,property=Data.pdf> (aktuell am 28.08.2013)
- Rothgang, Heinz; Dräther, Hendrik (2009): Zur aktuellen Diskussion über die Finanzierungsreform der Sozialen Pflegeversicherung. In Dräther, Hendrik; Jacobs, Klaus; Rothgang, Heinz (Hrsg.): *Fokus Pflegeversicherung. Nach der Reform ist vor der Reform.* (S. 41-69). Berlin: KomPart.

- Rothgang, Heinz; Götze, Ralf (2013): Perspektiven der solidarischen Finanzierung. In Jacobs, Klaus; Schulze, Sabine (Hrsg.): Die Krankenversicherung der Zukunft – Anforderungen an ein leistungsfähiges System (S. 127-175). Berlin: KomPart-Verlag.
- Rothgang, Heinz; Höppner, Karin; Borchert, Lars; Becker, Roland; Glaeske, Gerd (2007): Differenzierung privater Krankenversicherungstarife nach Geschlecht: Bestandsaufnahme, Probleme, Optionen. Baden-Baden: Nomos
- Rothgang, Heinz; Iwansky, Stephanie; Müller, Rolf; Sauer, Sebastian; Unger, Rainer (2010): BARMER GEK Pflegereport 2010. Schwerpunktthema: Demenz und Pflege. St. Augustin: Asgard. URL: <http://presse.barmer-gek.de/barmer/web/Portale/Presseportal/Subportal/Presseinformationen/Archiv/2010/1011130-Pflegereport/PDF-Pflegereport-2010,property=Data.pdf> (aktuell am 28.08.2013)
- Rothgang, Heinz; Iwansky, Stephanie; Müller, Rolf; Sauer, Sebastian; Unger, Rainer (2011b): BARMER GEK Pflegereport 2011. Schwerpunktthema: Zusätzliche Betreuungsleistungen für Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz. St. Augustin: Asgard. URL: <http://presse.barmer-gek.de/barmer/web/Portale/Presseportal/Subportal/Presseinformationen/Archiv/2011/1111129-Pflegereport-2011/PDF-Pflegereport-2011,property=Data.pdf> (aktuell am 28.08.2013)
- Rothgang, Heinz; Jacobs, Klaus (2011): Substanziell und solidarisch - Zur Zukunft der Pflegeversicherung. In: *Gesundheits- und Sozialpolitik*(4), 9-19.
- Rothgang, Heinz; Kulik, Dawid; Müller, Rolf; Unger, Rainer (2009): GEK-Pflegereport 2009. Schwerpunktthema: Regionale Unterschiede in der pflegerischen Versorgung. St. Augustin: Asgard-Verlag. URL: <http://presse.barmer-gek.de/barmer/web/Portale/Presseportal/Subportal/Infothek/Studien-und-Reports/GEK-Schriftenreihe-Gesundheitsanalyse/Pflege/PDF-Pflege-Report-2009,property=Data.pdf> (aktuell am 28.08.2013)
- Rothgang, Heinz; Müller, Rolf (2013): Ökonomische Expertise. Verlagerung der Finanzierungskompetenz für Medizinische Behandlungspflege in Pflegeheimen von der Pflege- in die Krankenversicherung. URL: http://agp-freiburg.de/downloads/pflege-teilhabe/Reformpaket_Oekonomische_Expertise_Rothgang.pdf (aktuell am 22.10.2013)
- Rothgang, Heinz; Müller, Rolf; Unger, Rainer (2012a): Themenreport Pflege 2030. Was ist zu erwarten - was ist zu tun. Gütersloh: Bertelsmann Stiftung. URL: http://www.bertelsmann-stiftung.de/cps/rde/xbcr/SID-6A4E9366-8E3173B1/bst/xcms_bst_dms_36923_39057_2.pdf (aktuell am 08.09.2014)

- Rothgang, Heinz; Müller, Rolf; Unger, Rainer (2013): BARMER GEK Pflegereport 2013. Schwerpunktthema: Rehabilitation und Pflege. Siegburg: Asgard-Verlagsservice. URL: <http://presse.barmer-gek.de/barmer/web/Portale/Presseportal/Subportal/Presseinformationen/Archiv/2013/131218-Pflegereport/PDF-Pflegereport-2013.property=Data.pdf> (aktuell am 08.09.2014)
- Rothgang, Heinz; Müller, Rolf; Unger, Rainer; Weiß, Christian; Wolter, Annika (2012b): BARMER GEK Pflegereport 2012. Schwerpunktthema: Kosten bei Pflegebedürftigkeit. Siegburg: Asgard-Verlagsservice. URL: <http://presse.barmer-gek.de/barmer/web/Portale/Presseportal/Subportal/Presseinformationen/Archiv/2012/121127-Pflegereport-2012/pdf-Pflegereport-2012.property=Data.pdf> (aktuell am 28.08.2013)
- Rothgang, Heinz; Unger, Rainer (2013): Forschungsbericht zum FNA-Projekt „Auswirkungen einer informellen Pfl egetätigkeit auf das Alterssicherungsniveau von Frauen“. In: *FNA-Journal*(4), 1-40.
- Rothgang, Heinz; Vogler, Anke (1998): Was soll mit den Pflegeversicherungsüberschüssen geschehen? In: *Wirtschaftsdienst*, 78(3), 157-163.
- Runde, Peter; Giese, Reinhard; Stierle, Claudia (2003): *Einstellungen und Verhalten zur häuslichen Pflege und zur Pflegeversicherung unter den Bedingungen gesellschaftlichen Wandels. Analysen und Empfehlungen auf der Basis von repräsentativen Befragungen bei AOK-Leistungsempfängern der Pflegeversicherung* (Präventionsforschung, Arbeitsstelle Rehabilitations- und Ed.). Hamburg: Universität Hamburg.
- Sauerbrey, Günther (2008): Die medizinische Versorgung in Pflegeheimen. Herausforderungen aus medizinischer und ökonomischer Sicht. Bayreuth: P.C.O Bayreuth
- Sauerbrey, Günther (2011): Defizite der medizinischen Versorgung in stationären Pflegeeinrichtungen unter besonderer Berücksichtigung dementieller Erkrankungen. Bayreuth: P.C.O.
- Schäfer, Thomas; Hartmann, A.; Hussein, R.; Bitzer, E. M.; Schwartz, Friedrich Wilhelm (2013): Barmer GEK Zahnreport 2013. Schwerpunkt: Zahnersatz und Zahnkronen. Auswertungen von Daten des Jahres 2011 sowie eine Verlaufsanalyse von Zahnersatzdaten 2001 bis 2009. Siegburg: Asgard Verlagsservice GmbH
- Schäfer, Thomas; Schneider, Andrea; Hussein, Rugzan; Schwartz, Friedrich-Wilhelm (2012): BARMER GEK Zahnreport 2012. Siegburg: Asgard Verlagsservice

- Schäfer, Thomas; Schneider, Andrea; Mieth, Ingeborg (2011): BARMER GEK Zahnreport 2011: Auswertungen von Daten des Jahres 2009. Sankt Augustin: Asgard
- Schmidt, Manuela; Schneekloth, Ulrich (2011): Abschlussbericht zur Studie „Wirkungen des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes“. Bericht zu den Repräsentativerhebungen im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit. Berlin: BMG. URL: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/dateien/Publikationen/Pflege/Berichte/Abschlussbericht_zur_Studie_Wirkungen_des_Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes.pdf (aktuell am 18.06.2012)
- Schmidt, Roland (2000): Ältere Menschen im Spannungsfeld zwischen medizinischer Versorgung und Pflegesystem. In Hartmannbund, Der Arbeiterwohlfahrt und das (Hrsg.): "Würzburger Thesen" der Arbeiterwohlfahrt und des Hartmannbundes (S. 21-29).
- Schneekloth, Ulrich; Wahl, Hans Werner (2005a): Möglichkeiten und Grenzen selbständiger Lebensführung in Privathaushalten im Lichte der Ergebnisse von MuG III. In Schneekloth, Ulrich; Wahl, Hans Werner (Hrsg.): Möglichkeiten und Grenzen selbständiger Lebensführung in privaten Haushalten (MuG III). Repräsentativbefunde und Vertiefungsstudien zu häuslichen Pflegearrangements, Demenz und professionellen Versorgungsangeboten. (S. 227-240). München: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend.
- Schneekloth, Ulrich; Wahl, Hans Werner (Hrsg.) (2005b): Möglichkeiten und Grenzen selbständiger Lebensführung in privaten Haushalten (MuG III). Repräsentativbefunde und Vertiefungsstudien zu häuslichen Pflegearrangements, Demenz und professionellen Versorgungsangeboten. München: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend.
- Schneider, Thorsten; Drobnič, Sonja; Blossfeld, Hans-Peter (2001): Pflegebedürftige Personen im Haushalt und das Erwerbsverhalten verheirateter Frauen. In: *Zeitschrift für Soziologie*, 30(5), 362-383.
- Schupp, Jürgen; Künemund, Harald (2004): Private Versorgung und Betreuung von Pflegebedürftigen in Deutschland. In: *DIW-Wochenbericht*, 71(20), 289-294.
- Sozialministerium Baden-Württemberg (2001): Geriatriekonzept Baden-Württemberg 2001. Grundsätze und Ziele zur Verbesserung der Versorgung alter, kranker Menschen sowie Bestand und Fortschreibung des Geriatriekonzepts aus dem Jahre 1989. URL: http://www.grn.de/fileadmin/user_upload/Rehakliniken/gk_baden-wuerttemberg.pdf (aktuell am 23.09.2013)
- Stark, H. (1992): Untersuchungen zur zahnmedizinischen Betreuung in den Heimen der Altenhilfe in Bayern. In: *Deutsche Zahnärztliche Zeitschrift*, 48(2), 124-126.

- Statistisches Bundesamt (2001): Pflegestatistik 1999 - Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung - Ländervergleich - Pflegebedürftige. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt. URL: https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Gesundheit/Pflege/LaenderPflegebeduerftige5224002999004.pdf?__blob=publicationFile (aktuell am 23.04.2013)
- Statistisches Bundesamt (2003): 2. Bericht: Pflegestatistik 2001. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. Ländervergleich: Pflegebedürftige. Bonn
- Statistisches Bundesamt (2005): 2. Bericht: Pflegestatistik 2003. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. Ländervergleich: Pflegebedürftige. Bonn
- Statistisches Bundesamt (2007): Pflegestatistik 2005 - Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. 2. Bericht: Ländervergleich - Pflegebedürftige. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt. URL: https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Gesundheit/Pflege/LaenderPflegebeduerftige5224002059004.pdf?__blob=publicationFile (aktuell am 27.03.2014)
- Statistisches Bundesamt (2008): Pflegestatistik 2007. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. Deutschlandergebnisse. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt
- Statistisches Bundesamt (2009a): Bevölkerung Deutschlands bis 2060. Ergebnisse der 12. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt. URL: <https://www-ec.destatis.de/csp/shop/sfg/bpm.html.cms.cBroker.cls?cmspath=struktur,Warenkorb.csp&action=basketadd&id=1024891> (aktuell am 25.10.2010)
- Statistisches Bundesamt (2009b): Pflegestatistik 2007 - Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. 2. Bericht: Ländervergleich - Pflegebedürftige. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt. URL: <https://www-ec.destatis.de/csp/shop/sfg/bpm.html.cms.cBroker.cls?cmspath=struktur,Warenkorb.csp&action=basketadd&id=1023651> (aktuell am 23.03.2010)
- Statistisches Bundesamt (2011a): Pflegestatistik 2009 - Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung - Deutschlandergebnisse. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt. URL: <https://www-ec.destatis.de/csp/shop/sfg/bpm.html.cms.cBroker.cls?cmspath=struktur,vollanzeige.csp&ID=1026840> (aktuell am 21.02.2011)
- Statistisches Bundesamt (2011b): Pflegestatistik 2009 - Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung - Ländervergleich - Pflegebedürftige. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt. URL: <http://www.destatis.de/jetspeed/portal/cms/Sites/destatis/Internet/DE/Content/Publikationen/Fachveroeffentlichungen/Sozialleistungen/Pflege/LaenderPflegebeduerftige5224002099004.property=file.pdf> (aktuell am 11.04.2011)

Statistisches Bundesamt (2013a): Bevölkerung und Erwerbstätigkeit.

Bevölkerungsfortschreibung auf Grundlage der Volkszählung 1987 (Westen) bzw. 1990 (Osten) - Fachserie 1 Reihe 1.3 - 2011. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt. URL:

https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Bevoelkerung/Bevoelkerungsstand/Bevoelkerungsfortschreibung2010130117004.pdf?__blob=publicationFile (aktuell am 07.06.2013)

Statistisches Bundesamt (2013b): Pflegestatistik 2011 - Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung - Deutschlandergebnisse. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt. URL:

https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Gesundheit/Pflege/PflegeDeutschlandergebnisse5224001119004.pdf?__blob=publicationFile (aktuell am 15.03.2013)

Statistisches Bundesamt (2013c): Pflegestatistik 2011 - Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung - Ländervergleich - Ambulante Pflegedienste. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt. URL:

https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Gesundheit/Pflege/LaenderAmbulantePflegedienste5224101119004.pdf?__blob=publicationFile (aktuell am 15.03.2013)

Statistisches Bundesamt (2013d): Pflegestatistik 2011 - Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung - Ländervergleich - Pflegebedürftige. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt. URL:

https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Gesundheit/Pflege/LaenderPflegebeduerftige5224002119004.pdf?__blob=publicationFile (aktuell am 15.03.2013)

Statistisches Bundesamt (2013e): Pflegestatistik 2011 - Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung - Ländervergleich - Pflegeheime. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt. URL:

https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Gesundheit/Pflege/LaenderPflegeheime5224102119004.pdf?__blob=publicationFile (aktuell am 15.03.2013)

Statistisches Bundesamt (2013f): Statistik der Kriegsopferfürsorge. Ausgaben und Einnahmen - Empfänger und Empfängerinnen. Kurzbericht. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt. URL:

https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Soziales/Kriegsopfer/Kriegsopferfuersorge5227301129004.pdf?__blob=publicationFile (aktuell am 28.03.2014)

Statistisches Bundesamt (2014a): Bevölkerung und Erwerbstätigkeit. Vorläufige Ergebnisse der Bevölkerungsfortschreibung auf Grundlage des Zensus 2011 (Zensusdaten mit dem Stand vom 10.4.2014). Wiesbaden: Statistisches Bundesamt

- Statistisches Bundesamt (2014b): Genesis-Online Datenbank. Fortschreibung des Bevölkerungsstandes. Statistik 12411-0011: Bevölkerung: Bundesländer, Stichtag, Altersjahre. URL: https://www-genesis.destatis.de/genesis/online/data;jsessionid=F5A06BFA0EC01E5290886FCE50C60631.tomcat_GO_1_2?operation=abrufabelleAbrufen&selectionname=12411-0011&levelindex=1&levelid=1406535532354&index=11 (aktuell am 28.07.2014)
- Statistisches Bundesamt (2014c): Statistik der Sozialhilfe. Hilfe zur Pflege 2011. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt. URL: https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Soziales/Sozialhilfe/Hilfe_zur_Pflege5221020117004.pdf?__blob=publicationFile (aktuell am 28.03.2014)
- Stegmann, Michael; Mika, Tatjana (2007): Ehrenamtliche Pflege in den Versichertenbiografien. In: *Deutsche Rentenversicherung*(11-12), 771-789.
- Stein, Catherine H.; Wemmerus, Virginia; Ward, Marcia; Gaines, Michelle E.; Freeberg, Andrew L.; Jewel, Thomas C. (1998): "Because They're My Parents": An Intergenerational Study of Felt Obligation and Parental Caregiving. In: *Journal of Marriage and Family*, 60(3), 611-622.
- Sünderkamp, Susanne; Weiß, Christian; Rothgang, Heinz (2014): Analyse der ambulanten und stationären Pflegenoten hinsichtlich der Nützlichkeit für den Verbraucher. In: *Pflege*, 27(5), 325-336. doi: 10.1024/1012-5302/a000379
- SVR-Gesundheit, [Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen] (2009): Koordination und Integration - Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des Längeren Lebens. Sondergutachten 2009. Langfassung. URL: <http://www.svr-gesundheit.de/Gutachten/Gutacht09/GA2009-LF.pdf> (aktuell am 12.05.2010)
- Swart, Enno; Ihle, Peter (Hrsg.) (2005): Routinedaten im Gesundheitswesen. Handbuch Sekundärdatenanalyse: Grundlagen, Methoden und Perspektiven. Bern: Hans Huber.
- Töpfer, Jörg (1999): *Oraler Gesundheitszustand von Altenheimbewohnern*. (Dissertation), Universität Leipzig, Leipzig.
- Uhlich, Wilfried (2013): Zahn- und Mundhygiene für Menschen mit Behinderungen. Präsentation. 3. Geriatrie-Fachtag „Gute Ernährung in der Geriatrie – Lebensqualität fördern“, Malteser-Krankenhaus, Pillkaller Allee 1, 14055 Berlin.
- Unger, Rainer; Rothgang, Heinz (2010): Häusliche Hilfe- und Pflegebedürftigkeit in Ost- und Westdeutschland : die Bedeutung des Einkommens bei der Erklärung von Strukturunterschieden. In Krause, Peter; Ostner, Ilona (Hrsg.): *Leben in Ost- und Westdeutschland : eine sozialwissenschaftliche Bilanz der deutschen Einheit 1990-2010* (S. 617-631). Frankfurt a. M.: Campus.

- Vernooij-Dassen, Myrra; Draskovic, Irena; McCleery, Jenny; Downs, Murna (2011): Cognitive reframing for carers of people with dementia. (aktuell am 09.09.2014)
- von Ferber, Liselotte; Behrens, Johann (Hrsg.) (1997): Public Health Forschung mit Gesundheits- und Sozialdaten - Stand und Perspektiven. Memorandum zur Analyse und Nutzung von Gesundheits- und Sozialdaten. Sankt Augustin: Asgard.
- Ware, J.E.; Kosinski, M.; Turner-Bowker, D.M.; Gandek, B. (2002): How to Score Version 2 of the SF-12® Health Survey (With a Supplement Documenting Version 1). Lincoln, RI: QualityMetric Incorporated
- Wefers, K. P.; Moldenhauer, F.; Küpper, H. (2006): Zur Beeinflussbarkeit der Mundhygiene älterer Personen in Krankenhäusern. In: *Deutsche Zahnärztliche Zeitschrift*, 61(7), 377-381.
- WHO, [=World Health Organization] (2010): International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10th Revision. Version:2010 URL: <http://apps.who.int/classifications/icd10/browse/2010/en> (aktuell am 02.04.2014)
- ZAEK-HB, [= Zahnärztekammer Bremen] (2014): Praxissuche. URL: <http://www.zaek-hb.de/de/praxis-suchen.html> (aktuell am 08.10.2014)
- Zok, Klaus (2011): Erwartungen an eine Pflegereform. Ergebnisse einer Repräsentativerhebung. In: *WldO-monitor*, 2, 1-8.

In der BARMER GEK Edition, Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse, sind bisher erschienen:

Band 1:	Grobe, T.G., Dörning, H., Schwartz, F.W.: BARMER GEK Arztreport. 2010 ISBN 978-3-537-44101-0	Euro 14,90
Band 2:	Glaeske, G., Schick Tanz, C.: BARMER GEK Arzneimittel-Report 2010. 2010 ISBN 978-3-537-44102-7	Euro 14,90
Band 3:	Bitzer, E.M., Grobe, T.G., Dörning, H., Schwartz, F.W.: BARMER GEK Report Krankenhaus 2010. 2010 ISBN 978-3-537-44103-4	Euro 14,90
Band 4:	Sauer, K., Kemper, C., Kaboth, K., Glaeske, G.: BARMER GEK Heil- und Hilfsmittel-Report 2010. 2010 ISBN 978-3-537-44104-1	Euro 14,90
Band 5:	Rothgang, H., Iwansky, S., Müller, R., Sauer, S., Unger, R.: BARMER GEK Pflegereport 2010. 2010 ISBN 978-3-537-44105-8	Euro 14,90
Band 6:	Grobe, T.G., Dörning, H., Schwartz, F.W.: BARMER GEK Arztreport 2011. 2011 ISBN 978-3-537-44106-5	Euro 14,90
Band 7:	Schäfer, T., Schneider, A., Mieth, I.: BARMER GEK Zahnreport 2011. 2011 ISBN 978-3-537-44107-2	Euro 14,90
Band 8:	Glaeske, G., Schick Tanz, C.: BARMER GEK Arzneimittelreport 2011. 2011 ISBN 978-3-537-44108-9	Euro 14,90
Band 9:	Bitzer, E.M., Grobe, T.G., Neusser, S., Mieth, I., Schwartz, F.W.: BARMER GEK Report Krankenhaus 2011. 2011 ISBN 978-3-537-44109-6	Euro 14,90

Band 10:	Sauer, K., Kemper, C., Glaeske, G.: BARMER GEK Heil- und Hilfsmittelreport 2011. 2011 ISBN 978-3-537-44110-2	Euro 14,90
Band 11:	Rothgang, H., Iwansky, S., Müller, R., Sauer, S., Unger, R.: BARMER GEK Pflegereport 2011. 2011 ISBN 978-3-537-44111-9	Euro 14,90
Band 12:	Grobe, T.G., Dörning, H., Schwartz, F.W.: BARMER GEK Arztreport 2012. 2012 ISBN 978-3-537-44112-6	Euro 14,90
Band 13:	Schäfer, T., Schneider, A., Hussein, R., Schwartz, F.W.: BARMER GEK Zahnreport 2012. 2012 ISBN 978-3-943-74478-1	Euro 14,90
Band 14:	Glaeske, G., Schick Tanz, C.: BARMER GEK Arzneimittelreport 2012. 2012 ISBN 978-3-943-74479-8	Euro 14,90
Band 15:	Bitzer, E.M., Grobe, T.G., Neusser, S., Lorenz, C.: BARMER GEK Report Krankenhaus 2012. 2012 ISBN 978-3-943-74480-4	Euro 14,90
Band 16:	Kemper, C., Sauer, K., Glaeske, G.: BARMER GEK Heil- und Hilfsmittelreport 2012. 2012 ISBN 978-3-943-74481-1	Euro 14,90
Band 17:	Rothgang, H., Müller, R., Unger, R., Weiß, C., Wolter, A.: BARMER GEK Pflegereport 2012. ISBN 978-3-943-74482-8	Euro 14,90
Band 18:	Grobe, T.G., Bitzer, E.M., Schwartz, F.W.: BARMER GEK Arztreport 2013. ISBN 978-3-943-74483-5	Euro 14,90
Band 19:	Schäfer, T., Schneider, A., Hussein, R., Bitzer, E.M.: BARMER GEK Zahnreport 2013. ISBN 978-3-943-74484-2	Euro 14,90

Band 20:	Glaeske, G., Schick Tanz, C.: BARMER GEK Arzneimittelreport 2013. ISBN 978-3-943-74485-9	Euro 14,90
Band 21:	Bitzer, E.M., Grobe, T.G., Neusser, S., Lorenz, C.: BARMER GEK Report Krankenhaus 2013. ISBN 978-3-943-74486-6	Euro 14,90
Band 22:	Sauer, K., Kemper, C., Schulze, J., Glaeske, G.: BARMER GEK Heil- und Hilfsmittelreport 2013. ISBN 978-3-943-74487-3	Euro 14,90
Band 23:	Rothgang, H., Müller, R., Unger, R.: BARMER GEK Pflegereport 2013. ISBN 978-3-943-74488-0	Euro 14,90
Band 24:	Grobe, T.G., Heller, G., Szecsenyi, J.: BARMER GEK Arztreport 2014. ISBN 978-3-943-74489-7	Euro 14,90
Band 25:	Rädel, M., Hartmann, A., Bohm, S., Walter, M.: BARMER GEK Zahnreport 2014. ISBN 978-3-943-74490-3	Euro 14,90
Band 26:	Glaeske, G., Schick Tanz, C.: BARMER GEK Arzneimittelreport 2014. ISBN 978-3-943-74491-0	Euro 14,90
Band 27:	Bitzer, E. M., Bohm, S., Hartmann, A., Priess, H.-W.: BARMER GEK Report Krankenhaus 2014. ISBN 978-3-943-74492-7	Euro 14,90
Band 28:	Sauer, K., Rothgang, H., Glaeske, G.: BARMER GEK Heil- und Hilfsmittelreport 2014. ISBN 978-3-943-74493-4	Euro 14,90