

Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse, Band 5

Heinz Rothgang
Stephanie Iwansky
Rolf Müller
Sebastian Sauer
Rainer Unger

BARMER GEK Pflegereport 2010

Schwerpunktthema: Demenz und Pflege

Schwäbisch Gmünd
November 2010

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 5

BARMER GEK Pflegereport 2010

Herausgeber: BARMER GEK

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

Autoren: Heinz Rothgang, Stephanie Iwansky, Rolf Müller, Sebastian Sauer,
Rainer Unger
Zentrum für Sozialpolitik (ZeS),
Abteilung Gesundheitsökonomie, Gesundheitspolitik und Versorgungsforschung
Universität Bremen, Parkallee 39, 28209 Bremen.
<http://www.zes.uni-bremen.de>

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

ISBN: 978-3-537- 44105-8

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

Inhalt

ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS	5
VORWORT	7
1 ZUSAMMENFASSUNG	8
1.1 Institutionelle Weiterentwicklung	8
1.2 Pflege wird immer mehr zum vordringlichen Thema	9
1.3 Deutliche regionale Unterschiede	10
1.4 Demenzerkrankungen verursachen längere Pflegezeiten	12
1.5 Zusätzliche Betreuungsleistungen werden angenommen	14
1.6 Therapie bei Demenz und Pflege	16
2 EINLEITUNG	20
3 DIE WEITERENTWICKLUNG DER PFLEGEVERSICHERUNG 2009/10	22
3.1 Umsetzung des Koalitionsvertrags	22
3.2 Implementation des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes	27
3.3 Ausweitung der Pflegezeit	32
4 PFLEGE IM SPIEGEL AMTLICHER STATISTIKEN UND ANDERER DATENQUELLEN	35
4.1 Datenquellen	36
4.2 Die Entwicklung der Zahl der Pflegebedürftigen	38
4.3 Zahl der Pflegebedürftigen nach Bundesland	43
4.4 Die Prävalenz von Pflegebedürftigkeit nach Bundesland	47
4.5 Begutachtungen des Medizinischen Dienstes	51
4.6 Die Pflegepersonen	59
4.7 Die stationären Pflegeeinrichtungen nach Bundesländern	67
4.8 Heimentgelte nach Bundesländern	71

4.9	Ambulante Pflegedienste nach Bundesländern	74
4.10	Finanzierung der Pflegebedürftigkeit	78
5	EINTRITT, VERLAUF UND WANDEL VON PFLEGEBEDÜRFTIGKEIT	92
5.1	Routinedaten als Basis für die Analyse der Pflegebedürftigkeit	94
5.2	Wer ist pflegebedürftig?	109
5.3	Wer wird pflegebedürftig?	116
5.4	Pflegezeiten – Erwartungswerte, Dauern und Pflegearrangements	127
6	DEMENZ UND PFLEGE	150
6.1	Zur Bedeutung der Demenz	150
6.2	Prävalenz von Demenz und Pflegebedürftigkeit	159
6.3	Inzidenz von Demenz und Pflege – was kommt zuerst?	165
6.4	Wechselspiel von Pflegebedürftigkeit und Demenz	171
6.5	Dauer der Pflegebedürftigkeit nach Demenzstatus	180
6.6	Zusätzliche Betreuungsleistungen nach § 45b SGB XI	187
6.7	Medizinische Versorgung bei Demenz und Pflegebedürftigkeit	194
6.8	Kosten der Demenz	227
6.9	Fazit und Perspektiven	236
7	LITERATUR	242
8	ABBILDUNGSVERZEICHNIS	250
9	TABELLENVERZEICHNIS	254

Abkürzungsverzeichnis

ABDA	Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände
ADL	Activities of Daily-Living (Aktivitäten des täglichen Lebens)
ATC	Anatomisch-therapeutisch-chemische Klassifikation
AV	Allgemeinverfügung
AWMF	Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften
BIBB	Bundesinstitut für Berufsbildung
BMFSFJ	Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
BSG	Bundessozialgericht
BPSD	Behavioural and Psychological Symptoms of Dementia
DDD	daily defined dosis (idealtypische Tagesdosis) Sie gibt die angenommene mittlere Tagesdosis bei Erwachsenen für einen Wirkstoff und deren Hauptindikation an. (WHO 2009)
DEGAM	Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin e.V.
DGN	Deutsche Gesellschaft für Neurologie
DGPPN	Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde
DIMDI	Deutsches Institut für medizinische Dokumentation und Information
GEK	Gmünder ErsatzKasse
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
IADL	Instrumental Activities of Daily-Living (Skala zur Einschätzung instrumenteller Selbstversorgungsfähigkeiten)
ICD	International Classification of Disease (Internationale Klassifikation der Erkrankungen)
IQWiG	Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen
KoV	Kooperationsvereinbarung
LRV	Landesrahmenvertrag
MDK	Medizinischer Dienst der Krankenversicherung
MDS	Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e. V.
MMST	Mini-Mental-Status-Test
MuG	Möglichkeiten und Grenzen selbständiger Lebensführung
NVL	Nationale Versorgungsleitlinie
PEA	Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz

PflegeZG	Pflegezeitgesetz
PFWG	Pflege-Weiterentwicklungsgesetz
PKV	Private Krankenversicherung
PPV	Private Pflegeversicherung
PQsG	Pflege-Qualitätssicherungsgesetz
PSP	Pflegestützpunkt
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.
SÄVIP	Studie zur ärztlichen Versorgung in Pflegeheimen
SGB	Sozialgesetzbuch (V = fünftes Buch; XI = elftes Buch)
SPV	Soziale Pflegeversicherung
WHO	World Health Organization

Vorwort

Mit dem BARMER GEK Pflegereport 2010 legen wir zum dritten Mal eine umfassende Bestandsaufnahme des Geschehens im Bereich Pflege in Deutschland vor, wenn man die in der Verantwortung der Vorgängerkasse GEK erschienenen ersten beiden Pflegereports 2008 und 2009 mitrechnet. Dabei versetzt uns der in diesem Jahr erfolgte Zusammenschluss zur BARMER GEK in die Lage, unsere umfangreichen zusammengefassten Daten zum Versorgungsgeschehen in die Erstellung dieses Reports einzubringen.

Pflege geht uns alle an. Über 2 Millionen Menschen sind pflegebedürftig im Sinne des Sozialgesetzbuches XI. Das sind etwa 2,5% der Bevölkerung in Deutschland. Mehr als jeder Zweite wird irgendwann im Lebensverlauf pflegebedürftig. Um die damit verbundenen Herausforderungen meistern zu können, benötigen Politik, Pflegekassen und Pflegeeinrichtungen Transparenz etwa über die Pflegeverläufe und Defizite in der Pflege. Der BARMER GEK Pflegereport zeigt Versorgungs- und Behandlungsrealitäten auf und ist damit wegweisend in der Pflegeversorgungsforschung.

Bei einer Restlebenserwartung 70-74-jähriger Männer von ca. 13 Jahren zeigen die Analysen in diesem Buch, dass davon im Durchschnitt rund 10% in Pflegebedürftigkeit verbracht werden. Und eine wichtige Ursache von Pflegebedürftigkeit – nicht nur bei Männern natürlich – ist Demenz. Wir haben uns deshalb mit den Autoren entschlossen, das Zusammenwirken von Demenz und Pflegebedürftigkeit zum Schwerpunktthema dieses Reports zu machen.

Auf die Veröffentlichung der bisherigen beiden Pflegereporte hat es zahlreiche Rückmeldungen gegeben. Dieses Interesse belegt die Notwendigkeit der Pflegeversorgungsforschung und ist zugleich Ansporn, unser Engagement als Pflegekasse in diesem Bereich fortzuführen und zu intensivieren.

Der BARMER GEK Pflegereport wird erstellt in Kooperation mit dem Zentrum für Sozialpolitik (ZeS) der Universität Bremen. Unser Dank gilt Herrn Prof. Rothgang und seinen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern Frau Iwansky, Herrn Dr. Müller, Herrn Sauer und Herrn Dr. Unger für die fundierte und sorgfältige Erstellung des Reports.

Wir wünschen allen Lesern eine aufschlussreiche Lektüre.

Berlin, im November 2010

Der Vorstand der BARMER GEK

Dr. jur. Rolf-Ulrich Schlenker

Birgit Fischer

Jürgen Rothmaier

1 Zusammenfassung

Der BARMER GEK Pflegereport umfasst vier Hauptteile:

- einen bewertenden Rückblick auf die Pflegepolitik des letzten Jahres,
- die Aufbereitung und Auswertung allgemein zugängliche Daten insbesondere der amtlichen Statistiken über die Versorgungsleistungen Pflegebedürftiger
- eine Auswertung der Routinedaten der BARMER GEK, insbesondere um die Dynamiken von Pflegeverläufen zu verdeutlichen und so Aussagen zu Versorgungsverläufen zu generieren, die auf Basis der amtlichen Statistiken nicht möglich sind und
- die Behandlung des Schwerpunktthemas Demenz und Pflegebedürftigkeit.

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

1.1 Institutionelle Weiterentwicklung

Ergänzende Kapitaldeckung sollte in der Sozialen Pflegeversicherung erfolgen

Das Pflege-Weiterentwicklungsgesetz hat nur für begrenzte Zeit zu einer Entspannung der Finanzsituation der Sozialen Pflegeversicherung geführt. Werden keine weiteren Maßnahmen ergriffen, droht noch in dieser Legislaturperiode ein Überschuss der laufenden Ausgaben über die Beitragseinnahmen. Die im Koalitionsvertrag geforderte Finanzreform der Sozialen Pflegeversicherung ist daher zu begrüßen. Allerdings ist die geplante ergänzte Kapitaldeckung weder zwingend noch alternativlos. Wird eine ergänzende Kapitaldeckung eingeführt, ist deren *Ausgestaltung* von entscheidender Bedeutung. Im Pflegereport wird diesbezüglich argumentiert, dass eine obligatorische ergänzende Kapitaldeckung mit einkommensbezogenen Beiträgen, die von der Sozialen Pflegeversicherung durchgeführt wird, anderen Optionen vorzuziehen ist.

Zweijährige Familien-Pflegezeit ist für die meisten Pflegepersonen ausreichend

Bundesfamilienministerin Kristina Schröder hat vorgeschlagen, die 2008 eingeführten Regelungen zur Pflegezeit zu einem bis zu zweijährigen Anspruch auf eine Familien-Pflegezeit auszubauen. Diese Regelungen sind überhaupt nur für einen Teil der Pflegepersonen sinnvoll, nämlich für diejenigen, die einer Vollzeiterwerbstätigkeit nachgehen und Schwierigkeiten haben, Arbeit und Pflege zu verein-

baren. Für diese Gruppe stellt sich die Frage, ob eine zweijährige Familienzeit ausreichend ist. Wie Datenanalysen auf Basis der GEK-Routinedaten zeigen, ist eine solche zeitliche Begrenzung für die Mehrzahl der Fälle unproblematisch, da nach 2 Jahren 50 % der Männer und 61 % der Frauen nicht mehr zuhause gepflegt werden. Eine weitere Ausdehnung der Familien-Pflegezeit nutzt dagegen nur einer kleinen Minderheit. Selbst wenn die Familien-Pflegezeit auf 5 Jahre ausgedehnt würde, wäre dies nämlich für rund ein Viertel der Pflegebedürftigen immer noch nicht ausreichend.

1.2 Pflege wird immer mehr zum vordringlichen Thema

Zahl der Pflegebedürftigen auf neuem Rekordhoch

Die Zahl der Pflegebedürftigen in der Sozialen Pflegeversicherung ist seit Einführung der Pflegeversicherung fast kontinuierlich gestiegen. Nach der Einführung der Pflegeversicherung in zwei Etappen in 1995 und 1996 hat sich die Zahl der Pflegebedürftigen schnell auf 1,88 Millionen im Jahr 1999 gesteigert. Bis zum Jahr 2005 gab es dann weitere Steigerungen um durchschnittlich 19 Tausend Pflegebedürftige pro Jahr. Zwischen 2005 und 2007 gab es allerdings eine durchschnittliche Steigerung von 49 Tausend und zwischen 2007 und 2009 sogar eine Steigerung um 85 Tausend pro Jahr. Die Steigerung der Zahl der Pflegebedürftigen fand bis zum Jahr 2007 überproportional im Bereich der vollstationären Pflege statt. Der Anteil der Pflegebedürftigen in stationärer Pflege stieg von 26,8 % in 1999 auf 29,8 % in 2007. In 2008 und 2009 gehen nun erstmals die Anteile der Pflegebedürftigen in stationärer Pflege zurück. Der Anteil liegt für 2009 nun bei 29,0 %. Insgesamt liegt nun im Jahr 2009 die Zahl der Pflegebedürftigen in der Sozialen Pflegeversicherung bei 2,27 Millionen.

Über die Jahre bleibt die altersspezifische Prävalenz relativ stabil

Bei allen Einflussmöglichkeiten, die Organisationsstrukturen auf die Akzeptanz und Inanspruchnahme von Versorgungsleistungen der Pflegeversicherung bieten können, ist der Haupteinflussfaktor für das Ausmaß der Pflegebedürftigkeit die Altersverteilung in der Gesellschaft. Mit steigendem Alter steigt die Wahrscheinlichkeit der Pflegebedürftigkeit. So liegt unter den Versicherten der BARMER GEK im Alter von 75-79 Jahren der Anteil der Pflegebedürftigen bei ca. 8 % und im Alter von 85-89 Jahren der Anteil der pflegebedürftigen Männer bei 26 % und der pflegebedürftigen Frauen bei 37 %. Der Anteil der Pflegebedürftigen je Alters-

kategorie ist zwar in den Jahren 2001 – 2007 etwas zurückgegangen aber aktuell in den Jahren 2008 und 2009 wieder gestiegen, so dass etwa das Niveau von 2001 wieder erreicht wurde.

Gestiegene Gesamtlebenszeitprävalenz

Trotz relativ stabiler altersspezifischer Prävalenzen ist dennoch die *Anzahl* der Pflegebedürftigen gestiegen. Zudem ist auch die Wahrscheinlichkeit gestiegen, jemals im Lebensverlauf pflegebedürftig geworden zu sein. So ist unter den verstorbenen männlichen GEK-Versicherten der Anteil vormals Pflegebedürftiger von 40,3 % im Jahr 2001 auf 47,0 % in 2009 gestiegen. Unter den verstorbenen Frauen entwickelten sich die Anteile von 60,2 % auf 66,7 %. Dies liegt daran, dass die Bevölkerung älter wird und damit auch die Wahrscheinlichkeit steigt, pflegebedürftig zu werden.

Hinzugewonnene Lebensjahre verlängern auch die Zeit in Pflege

Für jedes Alter verlängert sich die Restlebenserwartung. So hatten Männer im Alter von 60–64 Jahren in den Jahren 1999–2003 eine Restlebenserwartung von ca. 20,0 Jahren. In den Jahren 2004–2008 liegt die Restlebenserwartung bei ca. 21,2 Jahren. Hinzugewonnen wurden in geringerem Alter vor allem Zeiten ohne Pflegebedürftigkeit. In der Alterskategorie 60–64 Jahren wurden 1,0 Jahre ohne Pflegebedürftigkeit hinzugewonnen und 0,15 Jahre mit Pflegebedürftigkeit. Je älter die Menschen aber sind, desto höher wird der Anteil der hinzugewonnenen Lebensjahre in Pflegebedürftigkeit. In der Alterskategorie 80–85 Jahre gibt es einen Zugewinn bei den Männern von 0,38 Jahren. Die davon hinzugewonnenen Jahre ohne Pflege sind 0,27 und mit Pflege 0,13. Mit jedem Jahr, das die Bevölkerung an Lebenserwartung gewinnt, gewinnt sie überproportional auch mehr Zeit in Pflege hinzu.

1.3 Deutliche regionale Unterschiede

Viele Pflegebedürftige in Mecklenburg-Vorpommern und Brandenburg

Die nach Bundesländern differenzierte absolute Zahl der Pflegebedürftigen schwankt zwischen 20 Tsd. im kleinsten Bundesland, Bremen, und 485 Tsd. im größten Bundesland, Nordrhein-Westfalen. Aufgrund der Bevölkerungsdynamik, insbesondere durch den Anstieg der Zahl der Hochaltrigen stiegen die Zahlen zwischen 2005 und 2007 vor allem in Ostdeutschland stark an, in Mecklenburg-Vor-

pommern um +11,3 % und in Brandenburg sogar um +14,1 %. Im Bundesdurchschnitt stieg die Zahl der Pflegebedürftigen dagegen „nur“ um +5,6 %.

Versorgung in Pflegeheimen vornehmlich in Schleswig-Holstein

Die Pflege in Heimen hat vor allem im Norden mit Schleswig-Holstein (40,4 %) und im Süden mit Baden-Württemberg (35,5 %) die größte Bedeutung, während sie in der Mitte Deutschlands in Brandenburg, Hessen, Thüringen, Rheinland-Pfalz und Sachsen-Anhalt (ca. 25–30 %) am geringsten verbreitet ist. Die Pflege, an denen ambulante Pflegedienste beteiligt sind, ist dagegen vor allem im Norden (mit Ausnahme von Schleswig-Holstein) und Osten verbreitet. Hier finden sich die höchsten Anteile in Hamburg, Bremen, Brandenburg, Sachsen, Sachsen-Anhalt und Mecklenburg-Vorpommern (ca. 25–30 %). Die ausschließliche Pflege durch Angehörige erfolgt verstärkt in der Mitte Deutschlands, also in Hessen und in Rheinland-Pfalz sowie in Thüringen und Brandenburg (ca. 48–54 %).

Pflegekosten im Osten geringer

Die Kosten für eine Pflege im Heim¹ liegen in Westdeutschland deutlich höher als in Ostdeutschland. Sie setzen sich aus den Pflegesätzen (nach Pflegestufen) und den Kosten für Unterkunft und Verpflegung zusammen. Die höchsten Pflegesätze finden sich in Bayern, Baden-Württemberg, Nordrhein-Westfalen, Berlin und Hamburg, die mit Abstand niedrigsten Pflegesätze in den neuen Bundesländern. Die Kosten für Unterkunft und Verpflegung sind ebenfalls im Westen höher. In Nordrhein-Westfalen liegen sie bei 790 Euro im Monat, in Hamburg bei 699 Euro. In Ostdeutschland liegen die Kosten für Unterkunft und Verpflegung dagegen überwiegend unter 500 Euro im Monat. Im Vergleich der Summen aus Pflegesätzen und Kosten für Unterkunft und Verpflegung sind alle ostdeutschen Länder günstiger als alle westdeutschen Länder. Im Durchschnitt der Länder liegen die Kosten je nach Pflegeklasse im Osten 150–230 Euro unter den Kosten im Westen.

Vollzeit- und Teilzeitbeschäftigung unterschiedlich ausgeprägt

Auch die Beschäftigungsverhältnisse in der Pflege sind regional höchst unterschiedlich. In ostdeutschen Pflegeheimen arbeiten die wenigsten Beschäftigten in Vollzeit. In Mecklenburg-Vorpommern und Sachsen sogar nur ca. 26 %, im Wes-

¹ Ohne Berücksichtigung der Investitionskosten

ten dagegen oft über 40 % (Berlin, Hamburg, Hessen, Saarland, Schleswig-Holstein). Ganz anders stellt sich die Situation in den ambulanten Pflegediensten dar. Hier arbeiten in allen ostdeutschen Bundesländern mindestens 34 % der Beschäftigten in Vollzeit, in Bayern und Baden-Württemberg dagegen nur ca. 20 %.

1.4 Demenzerkrankungen verursachen längere Pflegezeiten

Steigende Zahlen der Demenzerkrankungen

Gegenwärtig wird von 1,2 Millionen Demenzkranken in Deutschland ausgegangen. Dies entspricht einem Bevölkerungsanteil von 1,5 %. Die vorliegenden Auswertungen bestätigen diese Schätzungen. Die aktuelle Bevölkerung im Alter über 60 Jahre ist demnach zu 5,2 % an einer Demenz erkrankt. Für die Zukunft wird ein Anstieg des Anteils der älteren Bevölkerung erwartet. Diese zukünftige Bevölkerungsentwicklung führt unter der Annahme einer gleich bleibenden altersspezifischen Prävalenz zu einem deutlichen Anstieg des Anteils der Gesamtbevölkerung mit einer Demenz. Bis zum Jahr 2060 ist dann mit 2,5 Millionen Demenzkranken in Deutschland zu rechnen. Das wären etwa 3,8 % der dann lebenden Bevölkerung. Der Anteil der Dementen an der Bevölkerung verzweieinhalbfacht sich somit.

Ein Drittel der Männer und die Hälfte der Frauen werden im Laufe ihres Lebens dement

Die Demenzerkrankungen beruhen zumeist auf der Alzheimer-Krankheit oder sind vaskuläre Demenzen. Diese beiden und noch einige andere werden als primäre, irreversible Demenzformen bezeichnet. Ein Anteil von weniger als 10 % an allen Demenzen wird als sekundäre Demenz mit der Chance auf Heilung oder Minderung der Symptome angesehen. Demenz taucht in der amtlichen Todesursachenstatistik als Todesursache in den seltensten Fällen auf. Die Analysen der Routinedaten haben aber gezeigt, dass 29 % der Männer und 47 % der Frauen, die 2009 aus der GEK-Population im Alter von über 60 Jahren verstarben, eine Demenzdiagnose hatten. Somit müssen etwa jeder dritte Mann und jede zweite Frau damit rechnen, in ihrem Leben dement zu werden.

Pflegebedürftig heißt nicht dement

Die Demenz ist ein Hauptgrund für die Pflegebedürftigkeit. Dennoch beginnen die Pflegeverläufe weniger als zur Hälfte mit Demenz. Bei den 60-64-Jährigen beträgt der Anteil nur 10 % und auch bei den 85-89-Jährigen liegt er noch unter 40 %. Die

nach Pflegeeintritt festgestellten Demenzen führen auch nicht dazu, Pflegebedürftigkeit mit Demenz gleichsetzen zu können. Hochgerechnet auf die Sterbefälle in Deutschland ergibt sich aus den Routinedatenauswertungen, dass 40 % der pflegebedürftigen Frauen und 54 % der pflegebedürftigen Männer bis zum Tod keine Demenz erlitten hatten.

Demenz führt fast zwangsläufig zur Pflegebedürftigkeit

Verbunden mit einer Demenz ist anders herum aber eine hohe Wahrscheinlichkeit der Pflegebedürftigkeit. Zwar ist eine Demenzerkrankung *nicht sofort* mit einer Pflegebedürftigkeit verbunden, aber nach Feststellung der Demenz ergibt sich in den meisten Fällen in der Folge auch eine Pflegebedürftigkeit. So sind 64 % der männlichen und 56 % der weiblichen Versicherten im Alter von 60 Jahren und mehr, denen in den Jahren 2005 oder 2006 erstmalig eine Demenz diagnostiziert wurde, zu diesem Zeitpunkt (noch) nicht pflegebedürftig. Das Vorliegen der Demenz führt bei den noch nicht pflegebedürftigen dann aber zu einer Vervierfachung des Risikos, im jeweiligen Quartal pflegebedürftig zu werden. Letztlich sind nur ca. 10 % der im Jahr 2009 verstorbenen Dementen ohne Pflegebedürftigkeit geblieben: 86 % der im Jahr 2009 verstorbenen Männer und 94 % der in diesem Jahr verstorbenen Frauen mit Demenzdiagnose waren vor dem Tod auch pflegebedürftig.

Demenz verursacht längere und intensivere Pflegeverläufe

Demenz führt nicht nur zu einer höheren Wahrscheinlichkeit einer Pflegebedürftigkeit, sondern ist auch verbunden mit längeren Pflegeverläufen, höheren Pflegestufen und einer höheren Inanspruchnahme professionell erbrachter Pflegeleistungen. Demente GEK-Versicherte im Alter ab 60 Jahren haben bei Pflegebedürftigkeit zu ca. 20 % die Pflegestufe III. Unter allen pflegebedürftigen ab 60 Jahren liegt der Anteil hingegen nur bei 12 %. Abhängig vom Alter werden zwischen ca. 40 % und 70 % der pflegebedürftigen Dementen in Pflegeheimen versorgt. Von der Gesamtheit der pflegebedürftigen Versicherten sind nur 28 % in vollstationärer Pflege. Und schließlich ist die verbrachte Lebenszeit in Pflegebedürftigkeit bei demenziell Erkrankten deutlich höher als bei pflegebedürftigen ohne Demenz. Nach drei Quartalen ab Pflegebeginn sind von den Männern ohne Demenzdiagnose bereits 36 %, von den Männern mit Demenzdiagnose hingegen erst 22 % verstorben. Von den Frauen ohne Demenz sind dann 24 % verstorben, von denen mit De-

menz hingegen nur 11 %. Diese deutlichen Unterschiede sind auch 3 Jahre nach Pflegebeginn noch erkennbar.

Zeiten der Demenz verursachen erhebliche Kosten

Durch die Demenz entsteht ein großer Aufwand an medizinischer und pflegerischer Versorgung. Der größte Aufwand in Zeit und Geld besteht in der persönlichen Betreuung und Pflege demenziell erkrankter Personen. Verglichen mit den Ausgaben für gleichaltrige, nicht demente Personen liegen die Aufwendungen der Sozialversicherungen² um mindestens 800 Euro monatlich höher. Während für alle anderen ca. 310 Euro entstehen, liegen die Aufwendungen für demente Personen bei ca. 1.150 Euro. Der größte Teil des Mehraufwands entsteht durch die Pflegeleistungen. Demente verursachen im Durchschnitt ca. 550 Euro Kosten für die Pflegekasse und Nicht-Demente im Durchschnitt nur 25 Euro.

1.5 Zusätzliche Betreuungsleistungen werden angenommen

Erhöhte Zahl an Begutachtungen seit 2008

Die Zahl aller Begutachtungen durch den MDK lag vor Inkrafttreten des PflWG im Jahr 2007 bei 1,33 Millionen und ist dann im Jahr 2008 sprunghaft auf 1,53 Millionen angestiegen und liegt auch im Jahr 2009 bei 1,52 Millionen. Die Zahl der Erstbegutachtungen stieg dabei in den Jahren 2007 bis 2009 von 697 Tausend auf 830 Tausend. Die resultierenden Zuweisungen einer Pflegestufe finden sich in erhöhtem Maße insbesondere in der Pflegestufe I. Hier sind im Jahr 2009 65 Tausend Zuweisungen mehr erfolgt als 2007. Die Steigerungen in Pflegestufe II und III nehmen sich mit 7 Tausend und Eintausend sehr bescheiden aus. Dass die Ausweitungen der Rechte auf zusätzliche Betreuungsleistungen auch für Personen ohne Pflegestufe hier einen Effekt auf die Zahl der Begutachtungen und die Zahl der Pflegebedürftigen haben, liegt nahe.

² Einschließlich Krankenhauskosten, vertragsärztliche Leistungen, Hilfsmittel, Heilmittel, Arzneimittel, Rehabilitationsleistungen (auch der Rentenversicherung und anderer Kostenträger), Pflegeleistungen; ohne häusliche Krankenpflege, ohne zahnärztliche Leistungen, ohne ambulante Operationen im Krankenhaus.

Deutliche Steigerung der Inanspruchnahme infolge des PfwG

In den ersten Jahren nach der Einführung von zusätzlichen Betreuungsleistungen durch das PflEG 2002 zeigt sich nur eine geringe Steigerung der Inanspruchnahme der Leistung. Im 4. Quartal 2002 haben 0,06% der weiblichen und 0,04% der männlichen Bevölkerung im Alter von mindestens 60 Jahren zusätzliche Betreuungsleistungen in Anspruch genommen. Ausgehend von dem niedrigen Niveau haben sich die Anteile im Laufe der nächsten fünf Jahre bis Ende 2007 auf 0,12% (Frauen) und auf 0,09% (Männer) verdoppelt. Erst die gesetzlichen Änderungen durch das PfwG (Juli 2008) führen zu einer deutlicheren Mehrinanspruchnahme der Leistungen. Bei den Männern im Alter von mindestens 60 Jahren findet innerhalb eines Jahres nach Einführung des PfwG (3. Quartal 2009) eine Steigerung der Inanspruchnahme von zusätzlichen Betreuungsleistungen um gut 0,2 Prozentpunkte auf 0,35% und bei den Frauen um gut 0,4 Prozentpunkte auf 0,55% statt. Entsprechend haben sich die Ausgaben von 2007 (0,03 Mrd. Euro) nach 2008 (0,06 Mrd. Euro) erhöht. Von 2008 zum Jahr 2009 (0,19 Mrd. Euro) ist sogar eine Steigerungsrate von über 200% zu verzeichnen.

Ausweitung auf den Personenkreis ohne Pflegestufe

Das PfwG sollte aber nicht nur eine allgemeine Mehrinanspruchnahme von zusätzlichen Betreuungsleistungen bewirken, sondern auch für Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz (PEA) ohne Pflegestufe die Möglichkeiten schaffen, diese Leistungen zu beziehen. Im 3. und 4. Quartal 2008 wird bei ca. 140.000 Antragstellern auf ambulante Leistungen keine Pflegebedürftigkeit im Sinne des SGB XI festgestellt. 13% (rund 18 Tsd.) von ihnen wurden aber den PEA zugerechnet, die folglich einen Anspruch auf zusätzliche Betreuungsleistungen haben. Im Jahr 2009 ergibt sich der gleiche Anteil. Demnach besitzen 30 Tsd. Menschen, die zu Hause gepflegt werden und nicht pflegebedürftig im Sinne des SGB XI sind, einen entsprechenden Betreuungsbedarf.

Zusätzliche Inanspruchnahme durch Personen mit Pflegestufe

Anteilig weitaus mehr haben von denjenigen, die mit einer Pflegestufe begutachtet wurden, auch noch eine Empfehlung für zusätzliche Betreuungsleistungen bekommen. Diese erhielten in den Quartalen 3 und 4 des Jahres 2008 25% derjenigen mit Stufe I, 39% derjenigen mit Stufe II und 56% derjenigen mit Stufe III. Die Ausweitung der Leistung geschieht also vornehmlich in Kombination mit der Fest-

stellung einer Pflegestufe. Insgesamt wurden in 2009 73 Tausend mehr Erstbegutachtungen als 2007 mit der Zuweisung einer Pflegestufe abgeschlossen. Dem stehen 30 Tausend zusätzliche Betreuungsleistungen ohne Pflegestufe gegenüber. Die Ausweitung der zusätzlichen Betreuungsleistungen hat somit eine Auswirkung auf die Zahl der angesprochenen Klienten, aber noch deutlich mehr auf das Leistungsvolumen der Klienten, die eine Pflegestufe bekommen oder schon haben. Ähnliches ist dann sicherlich auch nach einer Änderung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs zu erwarten.

Inanspruchnahme durch demenziell Erkrankte gestiegen

Bezogen auf die Demenzzkranken in der Population der GEK-Versicherten ist die Entwicklung der Inanspruchnahme ebenfalls steigend. Vor Inkrafttreten des PfWG lag der Anteil der demenziell Erkrankten, die zusätzlicher Betreuungsleistungen bekommen haben bei 2%. Bis Ende 2009 steigt der Anteil der Dementen mit zusätzlichen Betreuungsleistungen auf etwas über 6% an. Eine Inanspruchnahme durch 6% aller Demenzerkrankter, ist trotz der Steigerung in den letzten 15 Monaten, nicht sehr hoch. Insbesondere für diese Gruppe von Erkrankten sind zusätzliche Betreuungsleistungen geschaffen worden. Es bleibt daher abzuwarten, wie sich die Inanspruchnahme in den kommenden Jahren entwickelt und welche Effekte sie auf die weitere Möglichkeit zur häuslichen Pflege hat.

1.6 Therapie bei Demenz und Pflege

Vergleich der Personen mit Demenz, mit Pflegebedürftigkeit und mit beidem

Nachdem im GEK-Pflegereport 2008 über die medizinische Versorgung bei Pflegebedürftigkeit berichtet wurde und im GEK-Pflegereport 2009 in einer erweiterten Analyse für bestimmter Teilaspekte dieser Versorgung die regionalen Unterschiede herausgearbeitet worden sind, wird im aktuellen BARMER GEK Pflegereport 2010 die medizinische Versorgung speziell im Hinblick auf demenzielle Erkrankungen untersucht. Ausgangsbasen sind die Empfehlungen aus den aktuellen Leitlinien zur medikamentösen und nicht-medikamentösen Behandlung einer Demenz. Thematisiert wird in den Leitlinien nicht nur die direkte Demenztherapie, sondern auch die Therapie der häufigen Co-Morbiditäten. Zur Beurteilung, ob Therapien in Abhängigkeit von dokumentierten Diagnosen oder vom Pflegearrangement und von der Pflegestufe erfolgen, werden nur die Pflegebedürftigen und/oder Dementen betrachtet. „*Pflegebedürftige ohne Demenz*“, „*nicht pflegebedürftige*

Demente“ und „*pflegebedürftige Demente*“ werden vergleichend untersucht. Dazu wird analysiert, welche Unterschiede es bezüglich ausgewählter psychischer Erkrankungen, bezüglich der Behandlungshäufigkeit durch Allgemeinärzte, Neurologen oder Psychiater und anderen Fachärzten, bezüglich der Verordnungen von Analgetika, Psycholeptika oder Antidementiva und bezüglich der Verordnungen für ergotherapeutische oder physiotherapeutische Leistungen gibt. Weiterhin erfolgt eine differenzierte Analyse der medizinischen Versorgung separat für die „*pflegebedürftigen dementen Personen*“ nach den Pflegestufen und dem jeweiligen Pflegearrangement.

Pflegebedürftige Demente mit mehr Behandlungen durch Allgemeinärzte, Neurologen und Psychiater und weniger Behandlungen durch andere Fachärzte

Bei pflegebedürftigen Personen, die zugleich an einer Demenz erkrankt sind, liegt die Behandlungshäufigkeit durch *Neurologen oder Psychiater* mit 0,42 Behandlungsfällen pro Quartal höher als bei Pflegebedürftigen ohne Demenz (0,21), aber auch leicht höher als bei Dementen ohne Pflegestufe (0,40). Dies ist bedingt durch die Demenzerkrankung als solcher, aber auch durch das höhere Maß an wahnhaften Störungen bei pflegebedürftigen Dementen. Behandlungsfälle durch *Allgemeinmediziner* sind ebenfalls für pflegebedürftige Demente am häufigsten (1,00), am zweithäufigsten bei Pflegebedürftigen ohne Demenz (0,88) und seltener bei Dementen ohne Pflegestufe (0,81). Es wird insofern auf die Demenz reagiert, dass Allgemeinmediziner, Neurologen und Psychiater sich deutlich mehr um die betroffenen Personen kümmern als um andere. Behandlungen durch *andere Fachärzte* sind hingegen seltener bei pflegebedürftigen dementen Personen (1,5 Fälle). Wenn nur eine Pflegebedürftigkeit ohne Demenz vorliegt (2,0) oder nur eine Demenz ohne Pflegebedürftigkeit vorliegt (2,2), gibt es mehr Behandlungsfälle durch andere Fachärzte. Hier kann der geringere Grad an Therapiefähigkeit eine Rolle spielen.

Zu gleichen Schlüssen kann man auch kommen, wenn man sich nur die Pflegebedürftigen mit Demenzerkrankung anschaut. Die Behandlungshäufigkeit durch Allgemeinmediziner und Neurologen oder Psychiatern steigt tendenziell mit dem Grad der Pflegebedürftigkeit. Dies zeigt sich in den höheren Fallzahlen mit höherer Pflegestufe und in den höheren Fallzahlen, je mehr professionelle Pflege benötigt wird. In vollstationärer Pflege gibt es mehr Behandlungsfälle als in informeller Pflege. Genau umgekehrt ist dies in der fachärztlichen Versorgung. Je höher das Ausmaß der Pflegebedürftigkeit und der Pflegeleistungen, desto weniger findet

noch eine fachärztliche Versorgung statt. Demente in vollstationärer Pflege haben 1,42 Behandlungsfälle, während in informeller Pflege betreute Personen noch 1,76 Behandlungsfälle je Quartal haben. Demente mit Pflegestufe III haben 1,26 und Demente mit Pflegestufe I 1,71 Behandlungsfälle.

Uneinigkeit in den Therapieempfehlungen spiegelt sich in den Arzneimittelverordnungen wieder

Psycholeptika werden deutlich mehr den pflegebedürftigen Personen, die eine dementielle Erkrankung aufweisen, verordnet (18,2 DDD (= idealtypische Tagesdosen) pro Quartal). Andere Pflegebedürftige bekommen im Durchschnitt 11,4 DDD und Demente ohne Pflegebedürftigkeit 6,8 DDD. Die Verordnungsmenge resultiert also mehr aus dem Interaktionseffekt als aus dem einzelnen Faktor, der Pflegebedürftigkeit oder der Demenz. Insgesamt nimmt das Verordnungsvolumen mit steigendem Alter ab und dem Professionalisierungsgrad für pflegebedürftige demente Personen zu.

In der Arzneimittelgruppe der *Antidementiva* zeigt sich für die *Cholinesterasehemmer*, dass demente Männer im Durchschnitt 3 DDD mehr verordnet bekommen als Frauen. Insgesamt erhalten die nicht pflegebedürftigen dementen Personen mit 12,5 DDD in etwa 3,4 DDD pro Quartal mehr verordnet als die pflegebedürftigen Demenzpatienten. Ohne Vorliegen einer Demenzdiagnose werden auch kaum Cholinesterasehemmer verordnet. Des Weiteren verringert sich die verordnete Menge bei steigender Pflegestufe und bei steigendem Professionalisierungsgrad der Pflege. Diese Zusammenhänge spiegeln sehr gut den Zusammenhang vom Schweregradstadium der Demenz und der unterstellten Wirkung der Medikamente wieder. Entsprechend der durch die Pflegearrangements und Pflegestufen zu vermutenden Schweregrade der Demenz ergeben sich den Leitlinien entsprechende Verordnungsverhalten. Cholinesterasehemmer werden vorwiegend bei vermuteten geringeren und mittleren Schweregraden verordnet. Eine differenzierte Analyse der Demenzformen zeigt zudem, dass bei Vorliegen einer Alzheimer Demenz, die verordnete Menge am größten ist. Genau bei dieser Demenzform ist die Wirkung der Cholinesterasehemmer am besten nachgewiesen.

Das Verordnungsvolumen von *Memantin* ist insgesamt geringer, wobei Demente mit Pflegebedürftigkeit (5,3 DDD) mehr verordnet bekommen als ausschließlich demente Personen (4,6 DDD). Auch beim Memantin ist das Verordnungsvolumen für pflegebedürftige Demente in informeller Pflege (7,8 DDD) höher als in vollsta-

tionärer Pflege (3,7 DDD). Memantin ist umstritten. Wenn es empfohlen wird, dann für mittlere bis schwerere Grade der Demenz. Überraschend erscheint daher, dass bei informeller Pflege mehr verordnet wird als bei vollstationärer Pflege.

Am geringsten sind die Verordnungsmengen für *Ginkgo biloba*. Nicht pflegebedürftige, demente Personen erhalten aber immer noch 1,6 DDD und pflegebedürftige, dementen Personen 0,8 DDD verordnet. Ginkgo biloba ist noch umstrittener als Memantin und wird überwiegend als wirkungslos beurteilt. Möglicherweise wird in den Anfangsphasen aber noch alles versucht – auch wenn es nicht hilft, während in den späteren Phasen der stationären Pflege diese Versuche eingestellt werden.

Heilmittelverordnungen stehen in Zusammenhang mit Pflegebedürftigkeit

Im Falle einer Pflegebedürftigkeit werden *ergotherapeutische* und *physiotherapeutische Leistungen* mehr verordnet, als wenn Demenz ohne Pflegebedürftigkeit vorliegt. Bei beiden Therapieformen nimmt die Verordnungsmenge mit steigendem Alter ab. In der Betrachtung der pflegebedürftigen Dementen zeigt sich eine höhere Menge an ergo- und physiotherapeutischen Verordnungsleistungen mit einer höheren Pflegestufe. Die Verordnungsmenge steigt also eher mit dem Grad der Pflegebedürftigkeit als mit der Demenzerkrankung. Dies erklärt sich insbesondere aus den körperlichen Aktivierungsmaßnahmen, die nicht spezifisch für Demente, sondern für alle Pflegebedürftige in Betracht kommen.

2 Einleitung

Mit dem vorliegenden Report wird die Berichterstattung der GEK-Pflegereporte 2008 und 2009 nun als BARMER GEK Pflegereport fortgesetzt. Zentrales Ziel des Reportes ist und bleibt es, über Pflegebedürftigkeit und die Versorgung Pflegebedürftiger zu berichten. Diese Informationen können Grundlage dafür sein, das Pflegesystem kontinuierlich zu verbessern. Die Berichterstattung beruht dabei zum einen auf öffentlich zugänglichen Daten insbesondere der amtlichen Statistik, zum anderen aber auf der Analyse der Routinedaten der Kranken- und Pflegekasse. Grundlage für die auf Routinedaten beruhenden Berichtsteile sind dabei neben den Daten der ehemaligen Gmünder Ersatzkasse (GEK) erstmals für ausgewählte Fragestellungen auch die Daten der ehemaligen BARMER.

Im Pflegereport 2008 wurde das System der Pflegeversicherung schon kurz skizziert und im Pflegereport 2009 wurde in Teilen über Inhalte des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes (PFWG) berichtet. In Kapitel 3 wird die Weiterentwicklung der Pflegeversicherung im letzten Jahr kommentiert. Dabei wird auf die Umsetzung des Koalitionsvertrags, die Implementation des PFWG und den aktuellen Vorschlag der Familienministerin zur Familien-Pflegezeit eingegangen. In Kapitel 4 werden die Daten der Pflegestatistik nach regionalen Unterschieden analysiert. Zudem stehen die neuesten Zahlen des Bundesministeriums für Gesundheit über die soziale Pflegeversicherung und die Daten des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V. von 2009 zur Verfügung. Auf Basis der Daten der Rentenversicherung und des Sozio-ökonomischen Panels wird die Zahl der Pflegepersonen ermittelt. In Kapitel 5 werden die Routinedaten der BARMER GEK im Hinblick auf die altersspezifische Pflegeprävalenz untersucht. Des Weiteren wird auf Basis der Daten der ehemaligen GEK die Dynamik der Pflegebedürftigkeit beschrieben. Hier geht es um Eintritt, Verlauf und Wandel der Pflegebedürftigkeit. Eine solche Längsschnittperspektive kann nur mit den Kassendaten, nicht aber mit den Querschnitterhebungen der amtlichen Statistik eingenommen werden. Im Zentrum der Analysen stehen dabei die Fragen nach der Erlebenswahrscheinlichkeit im Lebensverlauf und nach der zu erwartenden Dauer der Pflegebedürftigkeit. Im Schwerpunktthema dieses Reports wird das Zusammenwirken von Demenz und Pflegebedürftigkeit untersucht. Es wird die Wahrscheinlichkeit einer Demenz und ihre Auswirkung auf den Pflegeverlauf dargestellt. Dabei wird der Frage nachgegangen, ob sich Pflegedauern, Pflegestufen und Pflegearrangements

anders darstellen, wenn eine Demenz vorliegt. Es wird aufgezeigt, inwieweit die Abkopplung der zusätzlichen Betreuungsleistungen von der Zuweisung einer Pflegestufe die Inanspruchnahme beeinflusst, und die medizinische Versorgung von Dementen wird im Zusammenhang mit der Pflegebedürftigkeit untersucht. Zudem werden die Kosten für die medizinische und pflegerische Versorgung für Personen mit und ohne Demenz verglichen und es wird eine Hochrechnung angestellt, mit wie vielen Demenzerkrankten wir in Zukunft zu rechnen haben. Alle diese Faktoren führen zu einer abschließenden Diskussion über erwartbare Szenarien.

3 Die Weiterentwicklung der Pflegeversicherung 2009/10

Im Koalitionsvertrag vom 26. Oktober 2009 haben die Koalitionsparteien eine Weiterentwicklung der Pflegeversicherung beschlossen, die insbesondere „eine neue, differenziertere Definition der Pflegebedürftigkeit“ sowie eine Reform der Finanzierung umfasst. Ein pflegepolitischer Rückblick auf das Jahr 2009/2010 muss sich daher mit der Frage beschäftigen, inwieweit diese Ziele des Koalitionsvertrags umgesetzt wurden (Abschnitt 3.1). Gleichzeitig sind die Reformen des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes (PfWG) aus dem Jahr 2008 noch nicht vollständig umgesetzt. In Abschnitt 3.2 wird daher die Implementation des PfWG behandelt, während sich Abschnitt 3.3 mit einem neuen Vorhaben beschäftigt, dem Vorstoß der Bundesfamilienministerin Schröder zur Ausweitung der Pflegezeitregelungen.

3.1 Umsetzung des Koalitionsvertrags

Der Koalitionsvertrag sieht auf den Seiten 92-93 mehrere Maßnahmen zur Weiterentwicklung der Pflegeversicherung vor. Die strukturell weitest reichenden sind dabei aber die Finanzreform der Pflegeversicherung (Abschnitt 3.1.1) und die Einführung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs (Abschnitt 3.1.2).

3.1.1 Finanzreform der Pflegeversicherung

Die im Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes (PfWG) beschlossene und zum 1. Juli 2008 in Kraft getretene Beitragssatzerhöhung hat zunächst zu einer Entspannung der Finanzsituation der Pflegeversicherung geführt und der Pflegeversicherung für 2008 und 2009 einen Überschuss beschert. Schon im letztjährigen Pflegereport wurde allerdings argumentiert, dass mit der Reform nur in begrenztem Umfang „Zeit gewonnen“ werde und eine erneute Finanzierungsreform noch in dieser Legislaturperiode notwendig sei (Rothgang et al. 2009: 40f.). Die eingetretene Finanzentwicklung hat diese Einschätzung bestätigt. Auch im Gesetzentwurf zum PfWG wird lediglich behauptet, dass mit der Beitragssatzerhöhung „die Auswirkungen der demografischen Entwicklung sowie die Leistungsverbesserungen *mit Ausnahme der Dynamisierung* dauerhaft finanziert werden können.“ Nun ist die beschlossene Dynamisierung an sich schon unzureichend. Bei ihrer Umsetzung ist die Finanzierung – so die Gesetzesbegründung zum PfWG – aber nicht dauerhaft, sondern nur bis 2014 gesichert. Tabelle 1 enthält Angaben zum Umfang der durch

<i>Tabelle 1: Mehrbelastungen durch Maßnahmen des PfwG in Mrd. € und Beitrags- satzpunkten</i>								
Jahr	2008	2009	2010	2011	2012	2015	2020	2030
Eckpunkte								
Mrd. €	0,83	0,98	1,52	1,71	2,22	3,37	4,94	12,38
Beitragsatzpunkte	0,09	0,09	0,15	0,16	0,2	0,28	0,36	0,68
Gesetzentwurf								
Mrd. €	0,48	1,04	1,53	1,70	2,20			

das PfwG ausgelösten Mehrausgaben, wie sie im Gesetzesentwurf und den ein Jahr vorher verfassten „Eckpunkten“ enthalten sind. Dem stehen Mehreinnahmen durch die Beitragssatzerhöhung von 0,25 Beitragspunkten gegenüber. Wie insbesondere mit Blick auf die Eckpunkte deutlich wird, die die Mehrausgaben nicht nur in Mrd. Euro, sondern auch in Beitragsatzpunkten enthalten, übersteigen die Mehrausgaben bereits 2015 die Mehreinnahmen. Die Aussage, einer gesicherten Finanzierung bis 2014, bezieht sich daher ausschließlich auf die durch das PfwG ausgelösten Mehr- und Mindereinnahmen. Das zuvor bestehende Defizit der Pflegeversicherung wird dabei ebenso ausgeblendet wie zu erwartende Ausgabensteigerungen durch Einführung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs. Zudem wurden die Berechnungen *vor* der Finanzkrise durchgeführt. All dies spricht dafür, dass die Pflegeversicherung bereits vor 2014 defizitär werden dürfte.

Für 2009 wurde nun ein Überschuss von knapp einer Mrd. Euro erwirtschaftet (vgl. Tabelle 18). Gemäß Tabelle 1 wären für dieses Jahr aber Mehrausgaben von 1 Mrd. Euro und Mehreinnahmen von 2,6 Mrd. Euro (aufgrund der Beitragssatzerhöhung) zu erwarten gewesen, so dass sich ein Überschuss von 1,6 Mrd. Euro ergeben müsste. Damit liegt die Finanzentwicklung bereits um rund 600 Mio. Euro „unter Plan“. 2010 ist nun eine weitere Dynamisierungsstufe in Kraft getreten und für 2012 ist die nächste Leistungsdynamisierung im PfwG festgeschrieben. Allein durch diese Maßnahmen auf der Leistungsseite steigen die Ausgaben von 2009 bis 2012 nach den Angaben in Tabelle 1 um rund 1,2 Mrd. Euro, also um mehr als den aktuellen Überschuss des Jahres 2009. Bereits für 2012 ist damit bestenfalls ein ausgeglichenes Ergebnis zu erwarten, und für 2013 droht ein erneutes Defizit. Es besteht daher kein Zweifel an der Notwendigkeit einer weiteren Finanzreform.

Nun sieht der Koalitionsvertrag auf S. 93 „neben dem bestehenden Umlageverfahren eine Ergänzung durch Kapitaldeckung“ vor. Die Sinnhaftigkeit einer solchen ergänzenden Kapitaldeckung kann durchaus kontrovers diskutiert werden (vgl. Rothgang 2009), und Alternativen sind vorhanden (Rothgang 2010b und 2010c; Arnold & Rothgang 2010). Da die Teilkapitaldeckung nun aber beschlossen ist, rückt stattdessen ihre Ausgestaltung in den Vordergrund.

Hierbei sind insbesondere vier Fragen zu beantworten:

1. Soll die ergänzende kapitalgedeckte Pflegezusatzversicherung obligatorisch oder freiwillig sein?
2. Soll es sich um eine kollektive oder um eine individualisierte Kapitaldeckung handeln?
3. Wie soll die Beitragsbemessung erfolgen?
4. Erfolgt die Kapitalakkumulation in der Sozialen Pflegeversicherung oder durch Privatversicherungsunternehmen?

Da derzeit noch keine Angaben über den Planungsstand der Regierung veröffentlicht sind, sondern lediglich bekannt gegeben wurde, dass sich im Koalitionsvertrag angekündigte interministerielle Arbeitsgruppe im Dezember 2010 konstituiert, kann an dieser Stelle nur allgemein über die Vor- und Nachteile der möglichen Antworten auf diese Frage rasoniert werden.

Nach den Erfahrungen mit der freiwilligen „Riester-Rente“, die – trotz erheblicher steuerfinanzierter Anreize – nur von einem Teil der Berechtigten in Anspruch genommen wird, ist alles andere als eine *obligatorische Lösung* in hohem Maße unbefriedigend. Eine bloß freiwillige, womöglich steuerlich geförderte, ergänzende Pflegeversicherung würde dazu führen, dass diese nur von einem Teil der Bevölkerung abgeschlossen würde. Für den Rest entstünden Versorgungslücken, für die dann wieder die Sozialhilfe in letzter Konsequenz eintreten müsste.

Eine Individualisierung des Leistungsanspruchs kann soweit getrieben werden, dass das angesparte Kapital sogar vererbt werden können. In diesem Fall reduziert sich die Kapitalbildung aber auf einen Sparprozess und die Versicherungsfunktion in Bezug auf die Dauer der Pflegebedürftigkeit geht verloren. Da die Dauer einer möglichen Pflegebedürftigkeit unbekannt ist, ist ein individuelles Vorsorgesparen wenig sinnvoll. Diese Form der Vorsorge würde zudem dazu führen, dass sich die späteren Leistungsansprüche an der jeweiligen Sparfähigkeit orientieren und nicht

am Pflegebedarf. Eine Kapitalbildung bei der Pflegesicherung ist daher nur sinnvoll, wenn sie nicht in Form individuellen Sparens, sondern in einer *kollektiven Versicherung* erfolgt, bei der eine ex post-Umverteilung von den Versicherten ohne oder mit kurzer Pflegedauer zu den Versicherten mit längeren Pflegedauern erfolgt. Dies widerspricht nicht dem Gedanken individueller Versichertenkonten, die etwa wichtig sind, wenn erworbene Ansprüche bei einem Wechsel des Versicherungsträgers „mitgenommen“ werden. Allerdings sollte die Höhe des erworbenen Anspruchs für die Angehörigen einer Kohorte gleich sein, damit ein Leistungserwerb nach Sparfähigkeit im obligatorischen System – einschließlich einer kapitalfundierte Zusatzversicherung – ausgeschlossen ist.

Soll eine Umverteilung von unten nach oben verhindert werden, sind einkommensunabhängige Beiträge – wie von Seiten der privaten Krankenversicherer vorgeschlagen – kritisch zu sehen. Dies gilt umso mehr, wenn bei solchen zunächst kleinen Pauschalprämien von einem steuerfinanzierten Solidarausgleich abgesehen würde – wie er etwa bei den Pauschalprämienmodellen in der gesetzlichen Krankenversicherung vorgesehen ist. Auch in einer obligatorischen kapitalgedeckten Pflegezusatzversicherung sollte daher am Prinzip der *einkommensbezogenen Beiträge* festgehalten werden.

Würde eine ergänzende Kapitaldeckung als private Pflegezusatzpflichtversicherung organisiert, erscheint eine einkommensbezogene Beitragszahlung nur schwer realisierbar, da die Privatversicherung derzeit nicht über die notwendigen Informationen zum Einkommen ihrer Versicherten verfügt. Zudem würden mit einer zusätzlichen Versicherung in Trägerschaft der privaten Versicherungswirtschaft eine weitere Verwaltung und neue Schnittstellenprobleme geschaffen. Ein neuer Akteur mit zunächst geringen Ausgaben hätte zudem wenig Interesse an einer Leistungssteuerung, sodass die Einführung einer zusätzlichen Versicherung auch unter Effizienzgesichtspunkten kritisch zu beurteilen ist. Somit ergibt sich als verbleibende Option einer solidarischen Absicherung allein die obligatorische und kollektive Teilkapitalbildung *in der sozialen Pflegeversicherung* mit einkommensabhängigen Beiträgen. Unproblematisch ist allerdings auch diese Lösung nicht. Insbesondere erscheint es schwierig, den entstehenden Kapitalstock juristisch zuverlässig gegen den Zugriff der Politik im Krisenfall abzusichern.

In einem aktuellen im Auftrag des GKV-Spitzenverbandes erstellten Rechtsgutachten zu den „Voraussetzungen und Konsequenzen einer Ergänzung des beste-

henden Finanzierungssystems der sozialen Pflegeversicherung um kapitalgedeckte Elemente“ kommt Christian Rolfs jedoch zu dem Ergebnis, dass der Eigentumschutz des Art. 14 Grundgesetz auch für einen in der Sozialen Pflegeversicherung aufgebauten Kapitalstock gelte, wenn dieser für konkrete Risiken – etwa die stationäre Pflege oder die Leistungsdynamisierung – eingesetzt werde. Diene er hingegen im Sinne einer allgemeinen „Demographiereserve“ einem nicht näher definierten Bedarfsfall, greife dieser grundgesetzliche Eigentumschutz nicht. Allerdings könne die „Mündelsicherheit“ der Kapitalanlage auch dann gewährleistet werden, „indem die Pflegekassen die Beiträge beispielsweise unter Beachtung der §§ 80 ff. SGB IV oder der aufsichtsrechtlich für private Unternehmen der Lebensversicherung geltenden Bestimmungen anzulegen haben.“ Mögliche Eingriffe des späteren Gesetzgebers unterlägen dann auch den Schranken des Art. 14 GG, was tendenziell zur Folge habe, „dass die Inhalts- und Schrankenbestimmung in der Sozialversicherung den gleichen engen Beschränkungen unterliegt wie in der Privatversicherung“ (Rolfs 2010: 21f.). Letztlich gilt aber, dass jede Form einer Kapitalrücklage die Begehrlichkeiten späterer Regierungen erweckt und immer die Gefahr besteht, dass in Zeiten fiskalischer Krisen Mittel und Wege gefunden werden, diese Rücklagen anzugreifen.

3.1.2 Neuer Pflegebedürftigkeitsbegriff

Schon seit mehr als einer Dekade wird beklagt, dass der Pflegebedürftigkeitsbegriff des SGB XI zu eng sei und der Übergang zu einem ganzheitlichen Pflegebedürftigkeitsbegriff gefordert, der auch Betreuungsleistungen, psychische Unterstützung, Kommunikation und sonstige Leistungen zur Bewältigung des Alltags mit einschließt (vgl. Behrens & Rothgang 2000; Döhner & Rothgang 2006; Büscher & Wingenfeld 2009). 2006 hat das Bundesgesundheitsministerium daher einen Beirat zur Überprüfung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs einberufen, der im Februar 2009 seinen Abschlussbericht vorgelegt und – nach entsprechender Beauftragung durch das Ministerium – im Mai 2009 noch einen Umsetzungsbericht nachgelegt hat. In ihrem Koalitionsvertrag hat die Bundesregierung angekündigt, auf Basis dieser Berichte den Begriff der Pflegebedürftigkeit und damit auch die Voraussetzungen für den Bezug von Leistungen nach dem SGB XI neu zu definieren:

„Wir wollen eine neue, differenziertere Definition der Pflegebedürftigkeit. Damit schaffen wir mehr Leistungsgerechtigkeit in der Pflegeversicherung. Es liegen bereits gute Ansätze vor, die Pflegebedürftigkeit so neu zu klassifizieren,

dass nicht nur körperliche Beeinträchtigungen, sondern auch anderweitiger Betreuungsbedarf (z. B. aufgrund von Demenz) berücksichtigt werden können. Wir werden die Auswirkungen dieser Ansätze auf die Gestaltung der Pflegeversicherung und auch die Zusammenhänge mit anderen Leistungssystemen überprüfen (CDU/CSU, FDP 2009: 93).

Dieser Ankündigung sind bislang noch keine Taten gefolgt. Allerdings hat das Ministerium klar gemacht, dass zunächst die Gesundheitsreform beschlossen werden müsse, ehe eine Reform der Pflegeversicherung in Angriff genommen werden könne. Nachdem das GKV-Finanzierungsgesetz nunmehr im Bundestag beschlossen wurde, ist daher zu hoffen, dass es im Laufe des nächsten Jahres tatsächlich zu einem entsprechenden gesetzgeberischen Vorstoß zur Einführung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs kommt.

Hierbei ist es zu begrüßen, wenn dieser Reformvorstoß in den Kontext der Finanzierungsreform gestellt wird. Im Bericht des Beirats werden zwar auch (annähernd) kostenneutrale Szenarien vorgestellt. Allerdings ist für eine Übergangszeit, in der Bestandsschutzregelungen greifen, auf alle Fälle mit Mehrausgaben durch Einführung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff zu rechnen, und auch für die mittel- und langfristige Betrachtung ist schwer vorstellbar, dass die Umsetzung tatsächlich kostenneutral erfolgt. Dies würde nämlich implizieren, dass Leistungsausweitungen insbesondere für einen Teil der Versicherten – insbesondere die mit kognitiven und psychischen Problemlagen – durch entsprechende Leistungskürzungen bei den rein somatisch Beeinträchtigten kompensiert würden. Wird realistischerweise davon ausgegangen, dass ein Reformvorschlag derartige Leistungskürzungen vermeiden will, so sind Mehrausgaben durch die bessere Berücksichtigung der kognitiven und psychischen Problemlagen unvermeidbar. Aus diesem Grund sollten die Finanzreform und die Einführung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs gemeinsam diskutiert werden.

3.2 Implementation des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes

Das Pflege-Weiterentwicklungsgesetz von 2008 sieht eine Fülle von Maßnahmen vor, von denen nachfolgend nur drei einer kurzen Erörterung unterzogen werden sollen: die Intensivierung des Qualitätswettbewerbs durch die Veröffentlichung der Prüfberichte des MDK (Abschnitt 3.2.1), die Pflegestützpunkte (Abschnitt 3.2.2)

und die Ausweitung der besonderen Betreuungsleistungen für Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz (Abschnitt 3.2.3).

3.2.1 Pflege-TÜV und Qualitätswettbewerb

Gemäß § 115 Abs. 1a SGB XI in der Fassung des PfWG sollen die Prüfberichte des MDK, die bislang für Pflegebedürftige und ihre Angehörigen nicht zugänglich waren, nunmehr in „geeigneter Form“ veröffentlicht werden. Diese Veröffentlichungen dienen dazu, den *Qualitätswettbewerb* der Einrichtungen zu intensivieren. Dieser kann nur funktionieren, wenn die Pflegebedürftigen und ihre Angehörigen Zugriff auf verlässliche, verständliche und vergleichbare Informationen über die verschiedenen Pflegeeinrichtungen haben. Mit der Vorgabe der Veröffentlichung dieser Berichte wurde daher ein wichtiger Schritt in Richtung Qualitätswettbewerb getan: Mit den veröffentlichten Prüfberichten wird den potentiellen und tatsächlichen Pflegeheimbewohnern ein Instrumentarium des Leistungsvergleichs an die Hand gegeben. Die hohen Zuzahlungsquoten in der stationären Altenpflege (vgl. Rothgang et al. 2009: 33ff.) führen zu einem genuinen Interesse der Heimbewohner an Qualitäts- und Preisvergleichsmöglichkeiten. Wie bei anderen Neuerungen hängt die Wirksamkeit dieser Innovation aber von deren *Umsetzung ab*. Insbesondere ist dabei sicherzustellen, dass die Einrichtungen zwar die Möglichkeit haben, sich vor Veröffentlichung des Berichts diesbezüglich zu äußern, letztlich aber auf die Veröffentlichung selbst keinen Einfluss nehmen können. Für die Etablierung eines leistungsfähigen Qualitätswettbewerbs wird letztlich aber mehr Transparenz benötigt, als die reine Veröffentlichung der Prüfberichte herstellen kann. Die Weiterentwicklung dieser Veröffentlichung von Prüfberichten zu einem umfassenden Berichts- und Informationssystem ist daher eine der wichtigen zentralen zukünftigen Herausforderungen.

Im Berichtszeitraum war die Umsetzung des sogenannten „Pflege-TÜV“ von vielfältigen rechtlichen Auseinandersetzungen begleitet. Immer wieder haben Einrichtungen gegen die Veröffentlichung von Prüfberichten und wertende Darstellungen z. B. auf den Seiten der AOK – mit wechselhaftem Erfolg – geklagt. Die Klagen richten sich dabei regelmäßig auf Mängel in den Prüfberichten bzw. dem zugrunde liegenden Bewertungsraster, das in den Transparenzvereinbarungen zwischen Kostenträgern und Einrichtungsträgern verabredet wurde. Diese Pflege-Transparenzvereinbarungen für den ambulanten und stationären Bereich sind inzwischen einer wissenschaftlichen Evaluation unterzogen worden (Hasseler & Os-

termann 2010). In ihrem Gutachten identifizieren Hasseler & Ostermann „Optimierungsbedarfe“ und sprechen sich dafür aus, die Bewertungssystematik weiterzuentwickeln. Der Beirat zur Evaluation der Pflege-Transparenzvereinbarungen hat den Vertragspartner daraufhin empfohlen, die Empfehlungen der Gutachterinnen umzusetzen. Es kommt daher für die Zukunft darauf an, aufbauend auf den gemachten Erfahrungen die enormen Potentiale der Veröffentlichung der Prüfberichte für den Qualitätswettbewerb zu nutzen und die Transparenzvereinbarungen nicht nur einmalig zu optimieren, sondern als ein „lernendes System“ zu begreifen, das einem kontinuierlichen Optimierungsprozessen unterliegt.

3.2.2 Pflegestützpunkte

Immer noch fühlen sich Pflegebedürftige und ihre Angehörigen unzureichend über die vorhandenen Möglichkeiten zur Gestaltung einer Langzeitpflege informiert. Diese unzureichenden Informationen stehen einer individuellen Optimierung des jeweiligen Pflegearrangements entgegen. Um dem abzuhelpfen, wurde im PfWG die Einführung von Pflegestützpunkten vorgesehen (§ 92c SGB XI). Pflegestützpunkte sollen Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen eine wohnortnahe Anlaufstelle bieten, bei der sich diese umfassend informieren können und zeitnah ein auf sie und ihre Situation abgestimmtes individuelles Hilfsangebot erhalten (vgl. Pogadl & Pohlmann 2008, Michell-Auli 2009). Dabei sollen in den Pflegestützpunkten so genannte „Pflegeberater“ zur Verfügung stehen, die die Aufgaben von Case Managern übernehmen. Die Aufgabe zum Aufbau der Pflegestützpunkte obliegt allerdings den Ländern, die dem in unterschiedlichem Ausmaß nachkommen. Tabelle 2 zeigt die Zahl der geplanten Stützpunkte und den Stand der Umsetzung. Im Vergleich zum letztjährigen Pflegereport ist ein weiterer Ausbau erkennbar, der aber nach wie vor eher schleppend verläuft. Dabei zeigt sich eine erhebliche Varianz zwischen den Bundesländern, sowohl in der Zahl der geplanten Stützpunkte als auch im derzeitigen Umsetzungsstand und in der Konzeption der Pflegestützpunkte.

Einige Bundesländer (u. a. Bremen, Hamburg und Nordrhein-Westfalen) haben eine Evaluation der Pflegestützpunkte in Auftrag gegeben, deren Ergebnisse aber noch nicht vorliegen. Die Stiftung Warentest hat einen deutschlandweiten Test in den Stützpunkten vorgenommen und dabei erhebliche Unterschiede in der Qualität der Beratung entdeckt. Vor allem hat das Kuratorium Deutsche Altershilfe (KDA) die ursprünglichen Pilotstützpunkte weiter begleitet und im Auftrag des Bundesge-

Tabelle 2: Übersicht Pflegestützpunkte in Deutschland

Bundesland	geplante PSP*	aktuell** tätige PSP	Einwohner (Ende 2008)	Bewohner/ gepl. PSP	Einw. 75+/ gepl. PSP
Baden-Württemberg	50	14(0)	10.749.506	214.990	17.796
Bayern	60	0(0)	12.519.728	208.662	17.365
Berlin	36	25(24)	3.431.675	95.324	6.730
Brandenburg	18	16(3)	2.522.493	132.763	11.597
Bremen	3	3(3)	661.866	220.622	20.402
Hamburg	8	8(2)	1.772.100	221.513	17.717
Hessen	26	8(0)	6.064.953	233.267	19.965
Mecklenburg-Vorp.	18	0(0)	1.664.356	92.464	7.736
Niedersachsen	46	17(0)	7.947.244	172.766	15.110
Nordrhein-Westfalen	162	14(0)	17.933.064	110.698	9.605
Rheinland-Pfalz	135	135(135)	4.028.351	29.840	2.707
Saarland	8	7(4)	1.030.324	128.791	12.340
Sachsen	keine	Keine	4.192.801	--	
Sachsen-Anhalt	keine	Keine	2.381.872	--	
Schleswig-Holstein	15	8(8)	2.834.260	188.951	16.076
Thüringen	4	0(0)	2.267.763	566.941	51.744
* PSP = Pflegestützpunkt					
** Stand: April 2010, ohne Modellpflegestützpunkte ; in Klammern Stand August 2009					
Quelle: Eigene Darstellung auf Basis von Daten des statistischen Bundesamtes und Auskünfte der Landesregierungen					

sundheitsministeriums evaluiert (Michell-Auli 2010). Das KDA kommt dabei zu einem positiven Ergebnis. Allerdings führen Zufriedenheitsbefragungen, wie sie vom KDA vorgenommen wurden, regelmäßig zu positiven Ergebnisse. Weiterhin beziehen sich die Bewertungen auf die Personen, die die Stützpunkte aufsuchen, während es offen bleiben muss, wie groß der Anteil derjenigen ist, die der Beratung bedürfen, aber nicht den Weg in den Stützpunkt finden. Letztlich muss deshalb abgewartet werden, welche Ergebnisse die Evaluation erbringt, die aktuell vom Spitzenverband der Pflegekassen ausgeschrieben ist.

3.2.3 Zusätzliche Betreuungsleistungen für Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz

Ursächlich für die Einführung der zusätzlichen Betreuungsleistungen war die Kritik, dass der etablierte sozialrechtliche Pflegebedürftigkeitsbegriff Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz ansonsten nur unzureichend erfasse. Der Pflegebedürftigkeitsbegriff nach § 14 SGB XI schließt nur die verrichtungsbezogene Beaufsichtigung ein, während psychosozialer Hilfebedarf und somit die nicht verrichtungsbezogene Betreuung nicht berücksichtigt wird (Döhner & Rothgang 2006; Sauer 2007a: 15; Udsching 2009: 69). Dies führt laut Sonntag und Angermeyer (2000) zu einer unzureichenden Versorgung Demenzzkranker im Rahmen der Pflegeversicherung und zeichnet sich insbesondere durch eine nicht adäquate Pflegebedürftigkeitseinstufung aus (BMG 2009). Auch das Bundessozialgericht spricht von einer Gerechtigkeitsproblematik bei diesem Personenkreis (BSG, 1998).

Mit dem Pflegeleistungs-Ergänzungsgesetz (PflEG) wurde das Ziel verfolgt, Angehörige von Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz zu entlasten, den betroffenen Personen eine aktivierende und qualitätsgesicherte Betreuung anzubieten und somit auch einen längeren Verbleib im häuslichen Umfeld zu gewährleisten (Deutscher Bundestag, 2001). Die eingeführten zusätzlichen Betreuungsleistungen sind zweckgebundene Geldleistungen zur Inanspruchnahme von Tages- bzw. Nachtpflege, Kurzzeitpflege, Angeboten zugelassener Pflegedienste zur allgemeinen Anleitung und Betreuung oder niedrigschwelliger Betreuungsangebote (§ 45b SGB XI). Sie richten sich an Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz (PEA), hierzu zählen laut § 45a SGB XI Pflegebedürftige im Sinne des SGB XI mit demenzbedingten Fähigkeitsstörungen, geistiger Behinderung oder psychischer Erkrankung, die einen erheblich allgemeinen Betreuungs- und Beobachtungsbedarf haben. Mit dem Pflege-Weiterentwicklungsgesetz (PfWG) 2008 ist eine Ausweitung des Personenkreises erfolgt. Nun können auch Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz, deren Hilfebedarf im Bereich der Grundpflege und hauswirtschaftlichen Versorgung für eine Pflegebedürftigkeitseinstufung nicht ausreichend ist – „Pflegestufe 0“ – diese Leistungen in Anspruch nehmen. Neben der Erweiterung des Personenkreises sind im PfWG die jährlichen Geldleistungen erhöht worden – von 460 Euro auf 1.200 Euro (Grundbetrag) bzw. 2.400 Euro (erhöhter Betrag). Diese Maßnahmen führen, wie in Abschnitt 6.6 gezeigt wird, zu einer größeren Akzeptanz und einer vermehrten Inanspruchnahme.

3.3 Ausweitung der Pflegezeit

Als Teil des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes wurde 2008 das Pflegezeitgesetz (PflegeZG) eingeführt. Das PflegeZG regelt die Möglichkeit von Arbeitnehmern, zugunsten der Pflege eines nahen Angehörigen zeitweise der Arbeit fern zu bleiben. Zum einen wird Arbeitnehmern das Recht eingeräumt, „bis zu 10 Arbeitstagen der Arbeit fernzubleiben, wenn dies erforderlich ist, um für einen pflegebedürftigen nahen Angehörigen in einer akut aufgetretenen Pflegesituation eine bedarfsgerechte Pflege zu organisieren oder eine pflegerische Versorgung in dieser Zeit sicherzustellen“ (§ 2 Abs. 1 PflegeZG). Zu einer Lohnfortzahlung ist der Arbeitgeber dabei nur aufgrund von (idR tarifvertraglichen) Vereinbarungen oder aufgrund anderer gesetzlicher Normen verpflichtet, im Regelfall also nicht. Diese kurzfristige Arbeitsverhinderung ist dem Arbeitgeber unverzüglich anzuzeigen, der die Bescheinigung der Pflegebedürftigkeit des Angehörigen durch ein ärztliches Attest verlangen kann.

Pflegt ein Arbeitnehmer einen nahen Angehörigen selbst in häuslicher Umgebung, so kann er zum anderen bis zu sechs Monaten vollständig von der Arbeitsleistung freigestellt werden. Diese – unbezahlte – Arbeitsfreistellung wird in Anlehnung an die „Elternzeit“ als „Pflegezeit“ bezeichnet (§ 3 PflegeZG). Dies gilt jedoch nur für Arbeitgeber mit mehr als 15 Beschäftigten. Außerdem hat der Beschäftigte sein Vorhaben mindestens zehn Arbeitstage vor geplanten Beginn bei seinem Arbeitgeber anzukündigen und ihn über die geplante Dauer und Arbeitsleistungsverringerung zu unterrichten (§ 3 PflegeZG). Die teilweise Freistellung darf vom Arbeitgeber nur auf Grund dringender betrieblicher Belange verweigert werden (§ 4 PflegeZG). Für Personen, die aufgrund der Pflegezeit ihrer regulären Beschäftigung nicht mehr nachgehen können, sieht das PFWG zusätzliche Leistungen vor. Zwar wurde das ursprünglich geplante Pflegeunterstützungsgeld nicht eingeführt, es werden jedoch Leistungen zur Sozialversicherung durch die Pflegeversicherung übernommen. Hierzu zählen Leistungen zur Arbeitslosenversicherung und auf Antrag Zuschüsse zur Kranken- und Pflegeversicherung (§ 44a SGB XI n. F.).

Familienministerin Schröder hat nun angekündigt, diese Regelungen auszubauen und einen Rechtsanspruch auf eine bis zu zweijährige Familien-Pflegezeit einzuführen. In dieser Zeit sollen pflegende Angehörige ihre Arbeitszeit auf bis zu 50 % der Regelarbeitszeit reduzieren, aber auf Basis einer 75 %-Stelle entlohnt werden. Danach sollen sie wieder in Vollzeit arbeiten, dabei aber nur Lohn und Gehalt be-

ziehen, das auf Basis einer 75 %-Stelle errechnet wird, bis die zuvor erhaltenen Mehrverdienste wieder ausgeglichen sind (BMFSFJ 2010a; Bundesregierung 2010; Schröder 2010).

Wie in der Debatte um diesen Vorschlag zu recht immer wieder hervorgehoben wird, ist dieser Vorschlag für die Mehrheit der Pflegepersonen irrelevant. Hierbei handelt es sich insbesondere um die Pflegepersonen, die bei Auftreten der Pflegebedürftigkeit des nahen Angehörigen nicht vollzeiterwerbstätig sind. Hierzu zählen alle Pflegepersonen, die selbst bereits das Rentenalter erreicht haben. Auf der anderen Seite kann nicht geleugnet werden, dass es Pflegepersonen gibt, für die die Vereinbarkeit von (Vollzeit) Erwerbstätigkeit und Pflege das zentrale Problem bei der Übernahme der Pflege ist. Diesen Personen könnte durch den Vorschlag geholfen werden.

Eine Frage – neben vielen anderen Fragen der Ausgestaltung eines solchen Vorschlags – ist, ob die vorgeschlagene Zeit von zwei Jahren angemessen ist. Im Interview der Familienministerin durch die FAZ vom 3.3.2010 wird z. B. von einer durchschnittlichen Pflegedauer bei älteren Menschen von acht Jahren ausgegangen. Angesichts dessen erscheint die vorgeschlagene Zweijahresfrist als zu gering. Wie in Abschnitt 5.4.2 gezeigt, sind ca. 50 % der Pflegebedürftigen aber schon nach zwei Jahren verstorben. Allerdings bezieht sich die Familien-Pflegezeit auf die Pflegebedürftigen in häuslicher Pflege. Relevanter zur Beurteilung der Angemessenheit der vorgeschlagenen Dauer der Familien-Pflegezeit ist daher die Frage, wie lange die Pflegebedürftigkeit in häuslicher Pflege andauert. Diesbezüglich haben Berechnungen von Müller et al. (2010: 236) ergeben, dass nach 2 Jahren 50 % der Männer und 61 % der Frauen nicht mehr zuhause gepflegt werden.

Die Begrenzung der Familien-Pflegezeit auf zwei Jahre ist somit für die Mehrzahl der Fälle *nicht* problematisch, die typischen Pflegeverläufe sind kürzer. Gleichzeitig gibt es Fälle, bei denen die Pflegebedürftigkeit in häuslicher Pflege deutlich länger andauert. Eine weitere Ausdehnung der Familien-Pflegezeit ist hier aber nur bedingt zielführend. Selbst eine Ausdehnung auf 5 Jahre würde für rund ein Viertel der Pflegebedürftigen immer noch nicht ausreichen. Dies liegt an der nach dem Ablauf von 2 Jahren schon vergleichsweise geringen Mortalität. Hinter den Fällen mit lang anhaltender Pflegedauer verbergen sich unter anderem jüngere Behinderte mit sehr langen Überlebenszeiten, die aber auch eine ganz andere Lebenslage aufweisen.

Insgesamt muss daher beachtet werden, dass die Familien-Pflegezeit nur eine *Teil-*lösung für ein *Teilsegment* der Pflegebedürftigen sein kann und kein Patentrezept für alle. Wird dies konzediert, dann erscheint auch eine Begrenzung auf 2 Jahre als weniger problematisch, da dieser Zeitraum für die Mehrzahl der Fälle ausreichend ist und die Ausdehnung des Modells auf alle Betroffenen aus vielerlei Gründen nicht zielführend ist.

4 Pflege im Spiegel amtlicher Statistiken und anderer Datenquellen

Mit der Pflegebedürftigkeit von Menschen wird eine Vielzahl von Aspekten berührt, die für ein umfassendes Verständnis des Komplexes „Pflege“ nötig sind. So ist beispielsweise neben den grundlegenden Entwicklungen der Zahl der Pflegebedürftigen, der Art ihres Leistungsbezugs und der Höhe ihrer Pflegestufe auch wichtig, inwieweit diese Entwicklungen auf Veränderungen des Gesundheitszustands der Bevölkerung und der (auch) damit verbundenen Inanspruchnahme der Leistungen der Pflegeversicherung in Zusammenhang stehen. Hier ergeben sich Fragen bezüglich Veränderungen in den Häufigkeiten (Prävalenzen) und Veränderungen im Beginn (Inzidenzen) des Leistungsbezugs. Weiterhin wirft die Pflege, vor allem im häuslichen Bereich, auch die Frage nach den pflegenden Menschen, also den Pflegepersonen auf: Steht zukünftig ein ausreichendes familiäres Pflegepotential zur Verfügung, oder ist von einer Erosion dieses Potentials auszugehen? Im Bereich der stationären Pflege stellt sich dagegen die Frage, welche Kosten hier auf den Pflegebedürftigen zukommen und in welchem Ausmaß gegebenenfalls die Sozialhilfe Kosten abdecken muss, die die Pflegebedürftigen selbst nicht aufbringen können. Damit rückt neben Fragen zur Finanzentwicklung der Pflegeversicherung auch die Frage nach der finanziellen Belastung der Kommunen in den Fokus. Zwar gibt es zu allen genannten Fragen zahlreiche Statistiken, jedoch liegt bis zum gegenwärtigen Zeitpunkt noch keine umfassende Darstellung dieser angesprochenen Entwicklungen vor. Diese Lücke soll mit diesem Kapitel geschlossen werden, in dem die vorhandenen Informationen zu den angesprochenen Fragen bzw. Themen zusammengefasst werden.

Zunächst wird dabei auf die diesem Kapitel zugrunde liegenden Statistiken eingegangen, d. h. vor allem auf die *Statistik der Pflegekassen* und die vom Statistischen Bundesamt in Zusammenarbeit mit den Statistischen Landesämtern durchgeführte *Pflegestatistik*. Anschließend wird die *Entwicklung der Zahl der Pflegebedürftigen* (Abschnitt 4.2) beschrieben, sowie auf deren Differenzierung nach *Bundesländern* eingegangen (Abschnitt 4.3). Ebenfalls auf Ebene der Bundesländer werden die *Prävalenzen* (Abschnitt 4.4) präsentiert. Es folgt eine Darstellung der *Begutachtungen des Medizinischen Dienstes* (Abschnitt 4.5) und der *Pflegepersonen* (Abschnitt 4.6). Des Weiteren wird auf die *stationären Pflegeeinrichtungen* (Abschnitt 4.7) und die entsprechenden *Heimentgelte* (Abschnitt 4.8) sowie auf die *ambulant*

Pflegedienste (Abschnitt 4.9) eingegangen. Abschließend wird die *Finanzierung der Pflege* thematisiert (Abschnitt 4.10). Die einzelnen Merkmale werden, soweit möglich, als Zeitreihe bis zum jeweils aktuell verfügbaren Berichtsjahr, hier 2009, dargestellt.

4.1 Datenquellen

Die amtliche Statistik stellt zwei Datengrundlagen zur Pflegesituation zur Verfügung: Die Daten der sozialen Pflegeversicherung und die Pflegestatistik. Die Daten der sozialen Pflegeversicherung basieren auf den Geschäfts- und Rechnungsergebnissen der Pflegekassen nach § 79 SGB IV. Diese Daten liefern Informationen darüber, welche Leistungen durch die *soziale Pflegeversicherung* für die häusliche und stationäre Pflege erbracht werden. Die Daten werden dem Bundesgesundheitsministerium (BMG) von den Kassen zur Verfügung gestellt und von diesem aufbereitet und veröffentlicht. Die *Pflegestatistik* nach § 109 SGB XI beruht auf zwei Datenquellen: einer Erhebung bei den Leistungsanbietern (ambulante und stationäre Pflegeeinrichtungen) über ihre Leistungen und ihre Ausstattung und einer Erhebung bei den Kostenträgern (dem Spitzenverband der Pflegekassen und dem Verband der privaten Krankenversicherung) über die Leistungen 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 Datenquellen verknüpft sind, verfolgen damit auch unterschiedliche Zielsetzungen: Während die Pflegestatistik vor allem dazu dient, die Situation in den stationären Heimen und den ambulanten Diensten zu beschreiben (Statistisches Bundesamt 2008), stehen bei den Daten der sozialen Pflegeversicherung vor allem Fragen der Ausgabenentwicklung und der Finanzierung im Vordergrund.

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

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

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

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

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

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

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

Eine weitere Datenquelle ist das *Sozio-ökonomischen Panel (SOEP)*. Das SOEP ist eine seit 1984 laufende jährliche Wiederholungsbefragung von Deutschen, Ausländern und Zuwanderern in den alten und neuen Bundesländern. Die Stichprobe umfasste im Erhebungsjahr 2008 knapp über 11 Tsd. Haushalte mit knapp 20 Tsd. Personen. Themenschwerpunkte sind unter anderem Haushaltszusammensetzung, Erwerbs- und Familienbiographie, Einkommensverläufe, Gesundheit und Lebenszufriedenheit. Im Rahmen der Erfragung der heutigen Lebenssituation wurde dabei auch die Frage nach Pflegetätigkeiten gestellt.

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

4.2 Die Entwicklung der Zahl der Pflegebedürftigen

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

4.2.1 Die Zahl der Pflegebedürftigen nach Leistungsarten

Die Entwicklung der Zahl der Pflegebedürftigen in Deutschland wird anhand der oben beschriebenen Daten der *sozialen Pflegeversicherung* nachgezeichnet.⁴ Wie in Tabelle 3 dargestellt, ist die Zahl der gesetzlich versicherten Pflegebedürftigen seit Einführung der Pflegeversicherung 1995 von anfänglich ca. 1,07 Mio. innerhalb von vier Jahren auf ca. 1,89 Mio. angestiegen. Dabei ist zu berücksichtigen, dass im ersten Jahr der Pflegeversicherung noch keine stationären Leistungen gewährt wurden. Ab dem Jahr 2000 führten die jährlichen Zuwachsraten von durchschnittlich 1,27% (geometrisches Mittel, absolut durchschnittlich ca. 25 Tsd.) zu einem Anstieg der Pflegebedürftigen auf 2 Mio. im Jahr 2005. Seitdem erfolgten deutliche Zuwächse in den Jahren 2006 bis 2009 mit jeweils ca. 56 Tsd., 42 Tsd., 73 Tsd. bzw. 96 Tsd. zusätzlichen Pflegebedürftigen. 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 deutliche Anstieg ab 2006 ist im Wesentlichen Ausdruck der demografischen Alterung, wonach die Zahl der Personen, die besonders dem Risiko von Pflegebedürftigkeit ausgesetzt sind, stark ansteigt (vgl. Abschnitt 5.2.2). Ein Teil des jüngsten Anstiegs im Jahr

⁴ Leistungsarten wie Tages- und Nachtpflege bzw. Kurzzeitpflege sind in der Pflegestatistik in den stationären Leistungen und häusliche Pflege bei Verhinderung der Pflegeperson in den Pflegesachleistungen bzw. in den Kombinationsleistungen enthalten. In der Kassenstatistik werden diese Leistungen dagegen getrennt ausgewiesen. Sie werden im Folgenden jedoch vernachlässigt, da sie insgesamt sehr gering (meist mit weniger als 1%) vertreten sind und bei gleichzeitigem Bezug mehrerer Leistungen sonst Doppelzählungen resultieren würden.

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

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

1) Die Anzahl der Pflegebedürftigen ist aus Leistungstagen errechnet.

2) Differenzen zu den Fallzahlen insgesamt ergeben sich daraus, dass die Leistungen der Tages-, Nacht- und Kurzzeitpflege sowie die häusliche Pflege bei Verhinderung der Pflegeperson nicht einzeln aufgeführt werden (siehe Fußnote 4).

3) ausschließlicher Bezug

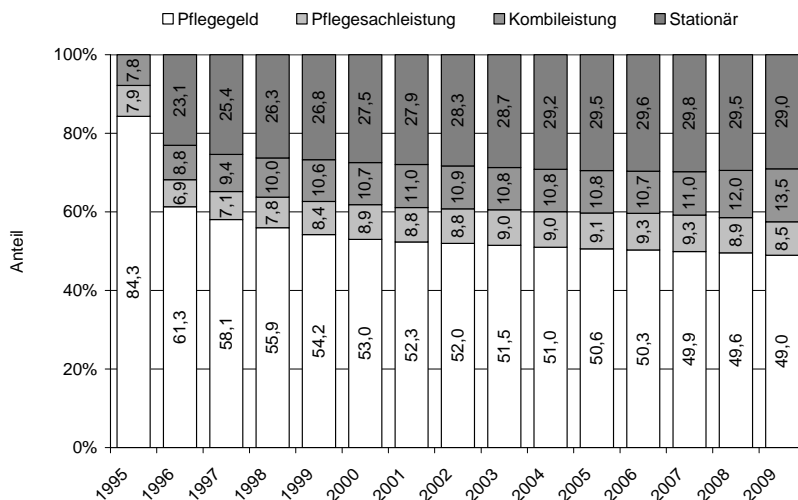
Quelle: BMG, soziale Pflegeversicherung

2009 ist darüber hinaus darauf zurückzuführen, dass es im ambulanten Bereich aus erhebungstechnischen Gründen zu einer Überzeichnung um mehrere 10 Tsd. Pflegebedürftige gekommen ist.⁵

Von besonderer Bedeutung bei der Pflegeversicherung sind – nicht zuletzt aus Kostengründen – neben den Pflegestufen die Leistungsarten. Hierbei sind insbe-

⁵ Vgl. BMG (2010), Fußnote 1.

Abbildung 1: Verteilung der Leistungsarten in der Sozialen Pflegeversicherung nach Jahr



Quelle: BMG, soziale Pflegeversicherung

sondere die Hauptleistungsarten Pflegegeld, Pflegesachleistungen, Kombileistungen sowie Leistungen bei stationärer Pflege zu unterscheiden. Nach den Daten der *sozialen Pflegeversicherung* (Tabelle 3 und Abbildung 1) werden im Jahr 2009 mehr als zwei Drittel (1,5 Mio. bzw. 71 %) der Pflegebedürftigen zu Hause versorgt. Hiervon erhalten ca. 1,03 Mio. (49 %) 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 ca. 464 Tsd. Menschen in Privathaushalten durch ambulante Pflegedienste betreut, wobei ca. 179 Tsd. (8,5 %) Pflegesachleistungen beziehen, also ausschließlich ambulante Pflegedienste und ca. 284 Tsd. (13,5 %)

Kombileistungen beziehen, also sowohl Pflegedienste als auch Angehörige für die Pflege bezahlt werden.

Bezogen auf alle Leistungsempfänger hat die Verbreitung des Pflegegelds von 61,3 % im Jahr 1996 auf 49 % im Jahr 2009 abgenommen, wobei der jährliche Rückgang des Anteilswertes nur anfänglich stärker ausgeprägt war und seit 2002 weniger als 1 % des jeweiligen Ausgangswertes beträgt. Der Anteil der Nutzer von Pflegesachleistungen nimmt dagegen von 6,9 % im Jahr 1996 auf 9,3 % im Jahr 2007 zu und anschließend wieder auf zuletzt 8,5 % im Jahr 2009 ab. Der Anteil der Nutzer von Kombileistungen ist vor allem in den ersten Jahren der Pflegeversicherung angestiegen und liegt zwischen 2001 und 2007 etwa konstant bei ca. 11 %. In den Jahren 2008 ist er auf 12 % und im Jahr 2009 sogar auf das bisher höchste Niveau von 13,5 % angestiegen. Jedoch müssen auch hier mögliche Überzeichnungen im ambulanten Bereich berücksichtigt werden.⁶ Der Anteil der Bezieher von stationären Leistungen weist demgegenüber mit 23,1 % im Jahr 1996 ein deutlich höheres Niveau auf, das sich jedoch von 1999 bis 2007 ebenfalls „nur noch“ um ca. 1–2 % pro Jahr gegenüber dem Vorgängerwert erhöht und im Jahr 2008 und 2009 sogar wieder rückläufig ist.

Insgesamt sind damit die Entwicklungen in der Vergangenheit überwiegend durch „schleichende“ Veränderungen gekennzeichnet. Die markanteste Entwicklung in der jüngsten Vergangenheit weisen die Kombileistungen auf, die seit 2007 um fast 23 % auf 13,5 % im Jahr 2009 angestiegen sind.

4.2.2 Die Zahl der Pflegebedürftigen nach Pflegestufen

Die Entwicklung der Zahl der Pflegebedürftigen nach Pflegestufen und deren Verteilung im Zeitraum von 1996-2009 ist in Tabelle 4 bzw. Abbildung 2 wiedergegeben. Die entsprechenden Werte liegen etwas unter den Werten, die für die Leistungsarten berichtet wurden (vgl. Kapitel 4.2.1), da diese sich als Durchschnittswerte der Leistungstage auf das gesamte jeweilige Kalenderjahr beziehen, während hier die Verteilungen am Jahresende berichtet werden.

Die Entwicklung der *Verteilungen* der Pflegestufen im Zeitraum von 1996 bis 2009 (Abbildung 2) zeigt, dass sich die Anteile der Pflegestufen vor allem bis 2000 deut-

⁶ Vgl. Fußnote 5.

Tabelle 4: Entwicklung der Zahl der Pflegebedürftigen in der Sozialen Pflegeversicherung am Jahresende nach Pflegestufe

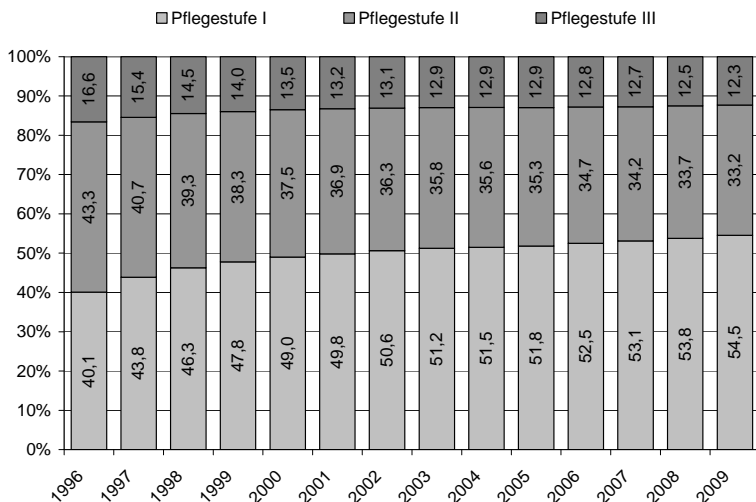
	Anzahl der Pflegebedürftigen			
	Insgesamt	Pflegestufe I	Pflegestufe II	Pflegestufe III
1995	1.061.418	-	-	-
1996	1.546.746	620.318	670.147	256.281
1997	1.659.948	727.864	675.965	256.119
1998	1.738.118	804.356	682.431	251.331
1999	1.826.362	872.264	698.846	255.252
2000	1.822.169	892.583	683.266	246.320
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	712.624	264.364
2009	2.240.077	1.221.231	746.220	275.626

Quelle: BMG, soziale Pflegeversicherung

lich 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.

In den Folgejahren erhöhte sich dieser Anteil nur noch geringfügig um weniger als einen Prozentpunkt pro Jahr auf zuletzt 54,5 % im Jahr 2009. Demgegenüber war der Anteil der Pflegebedürftigen in Pflegestufe II und III rückläufig. Besonders drastisch war der Rückgang zwischen 1996 und 2000: Der Anteil der Pflegebedürftigen in Pflegestufe II belief sich 1996 auf 43,4 %, gegenüber 37,5 % im Jahr 2000 und zuletzt 33,2 % im Jahr 2009, während der Anteil der Pflegebedürftigen in Pflegestufe III von 16,6 % (1996), über 13,5 % (2000) auf zuletzt 12,3 % (2009) zurück ging. Auch hier sind für die 1990er Jahre Einführungseffekte zu beachten. So wurden die Personen, die bei Einführung der Pflegeversicherung Pflegeleistungen

Abbildung 2: Verteilungen der Pflegestufen in der Sozialen Pflegeversicherung am Jahresende nach Jahr



Quelle: BMG, soziale Pflegeversicherung

nach §§ 53–57 SGB V erhalten haben, automatisch in Pflegestufe II eingestuft, was zu einem im Vergleich zur normalen Begutachtung womöglich zu hohen Anteil der Pflegebedürftigen in Stufe II und einem zu niedrigen Anteil in Pflegestufe I geführt haben mag. Aber auch die jüngere Entwicklung nach 2000 ist durch eine – schleichende – Zunahme des Anteils der Pflegebedürftigen in Pflegestufe I und eine gleichzeitige Abnahme des Anteils der Pflegebedürftigen in den Pflegestufen II und III gekennzeichnet.

4.3 Zahl der Pflegebedürftigen nach Bundesland

Wurden in den vorangegangenen Kapiteln die Zahl der Pflegebedürftigen nach Pflegestufen und nach Leistungsarten in ihrer jeweiligen Entwicklung betrachtet, so wird im folgenden Abschnitt die Entwicklung der Zahl der Pflegebedürftigen nach Bundesländern sowie die regionale Verteilung der Pflegearrangements dargestellt. Dabei können für die *jüngere* Entwicklung anhand der Daten der *Pflegestatistik* – nur in ihr sind die dafür notwendigen Differenzierungen enthalten – die Er-

<i>Tabelle 5: Pflegebedürftige nach Jahr im Ländervergleich</i>			
Land	2005	2007	Veränderung
Baden-Württemberg	225.367	236.998	+5,2
Bayern	302.706	314.282	+3,8
Berlin	96.134	95.870	-0,3
Brandenburg	74.600	85.129	+14,1
Bremen	20.306	20.686	+1,9
Hamburg	41.416	43.140	+4,2
Hessen	163.291	175.836	+7,7
Mecklenburg-Vorpommern	51.168	56.939	+11,3
Niedersachsen	227.923	242.196	+6,3
Nordrhein-Westfalen	458.433	484.801	+5,8
Rheinland-Pfalz	97.882	102.441	+4,7
Saarland	28.406	29.402	+3,5
Sachsen	119.905	127.064	+6,0
Sachsen-Anhalt	75.614	80.751	+6,8
Schleswig-Holstein	77.503	79.081	+2,0
Thüringen	67.027	72.213	+7,7
Deutschland	2.128.550	2.246.829	+5,6

gebnisse erst ab 2005 nachgezeichnet werden, da erst ab diesem Jahr die entsprechenden Zahlen vorliegen.⁷

Wie in Tabelle 5 zu sehen ist, waren im Jahr 2007 insgesamt 2.246.829 Menschen pflegebedürftig, wovon ca. 20 Tsd. im kleinsten Bundesland Bremen und ca. 458 Tsd. im bevölkerungsreichsten Bundesland Nordrhein-Westfalen wohnten. Die Pflegebedürftigen verteilen sich insgesamt primär entsprechend der Bevölkerungsgröße in den einzelnen Bundesländern, wobei die Anteile in den Ländern dabei zwischen 2,2% in Baden-Württemberg und 3,39% in Mecklenburg-Vorpommern schwanken (siehe auch Kapitel 4.4).

⁷ Die Daten der Pflegestatistik gehen zwar bis zum Jahr 1999 zurück, die regionale Gliederung ist jedoch erst ab dem Jahr 2005 verfügbar.

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

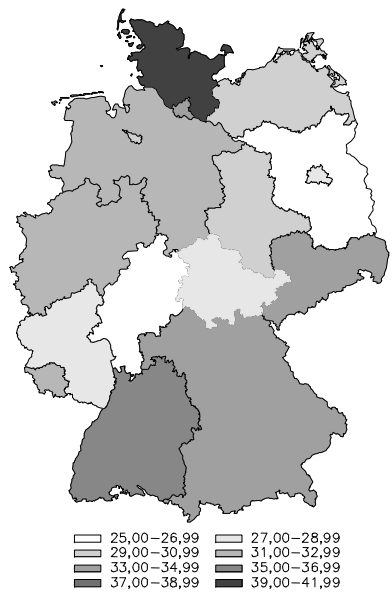
Dieser höhere Anstieg kann zumindest teilweise auf die ausgeprägte Hochaltrigkeit in Ostdeutschland zurückgeführt werden. So ist der Anteil der Menschen über 80 Jahren zwischen 2005 und 2007 im Bundesdurchschnitt um 6,4 % angestiegen, in Brandenburg jedoch um 9,1 % und in Mecklenburg-Vorpommern sogar um 10,2 %. Auch in Thüringen (8,1 %), Sachsen-Anhalt (7,1 %) und Sachsen (6,8 %) ist der Anteil der Hochaltrigen stärker als im Bundesdurchschnitt angestiegen. Als weiterer Erklärungsfaktor muss jedoch auch bedacht werden, dass die Wahrscheinlichkeit einer Pflegebedürftigkeit in Ostdeutschland – bei gleichem Alter – generell höher ist, als in Westdeutschland und damit den Anstieg der Zahl der Pflegebedürftigen zusätzlich begünstigt (siehe Kapitel 4.4).

In der Abbildung 3 ist schließlich die regionale Verteilung des Pflegearrangements wiedergegeben. Auch hier zeigen sich deutliche Unterschiede nach den einzelnen Bundesländern. So hat die Pflege in Heimen vor allem im Norden mit Schleswig-Holstein (40,4 %) und im Süden mit Baden-Württemberg (35,5 %) die größte Bedeutung, während sie in der Mitte Deutschlands in Brandenburg (25,1 %), Hessen (25,4 %), Thüringen (27,8 %), Rheinland-Pfalz (28,9 %) und Sachsen-Anhalt (29,6 %) weit geringer ausgeprägt ist. Die Pflege, an denen ambulante Pflegedienste beteiligt sind, ist dagegen vor allem im Norden (mit Ausnahme von Schleswig-Holstein) und Osten verbreitet. Hier finden sich die höchsten Anteile in Hamburg (29,5 %), Bremen (28,7 %), Brandenburg (26,6 %), Sachsen (25,8 %), Sachsen-Anhalt (24,3 %) und Mecklenburg-Vorpommern (24,3 %). Die ausschließliche Pflege durch Angehörige erfolgt verstärkt in der Mitte Deutschlands, also in Hessen (54,3 %) und in Rheinland-Pfalz (51,6 %) sowie in Thüringen (49,1 %) und Brandenburg (48,3 %).

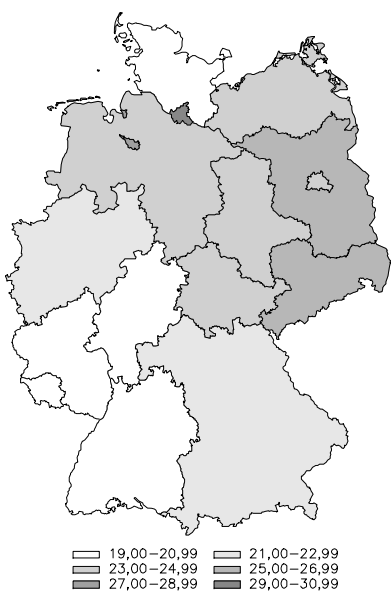
Abbildung 3: Anteil der Pflegebedürftigen nach Pflegearrangement in Prozent

Quelle: Pflegestatistik 2007

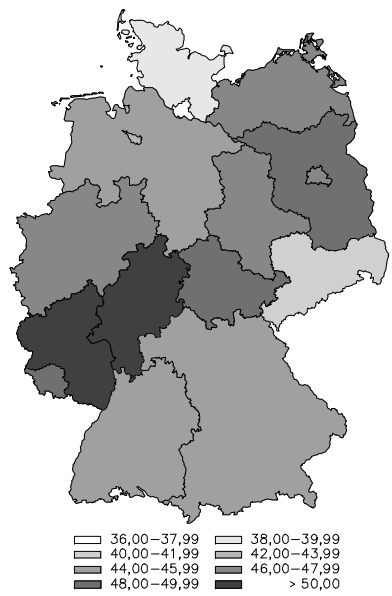
Pflegebedürftige in Heimen



Pflegebedürftige in ambulanter Versorgung



Versorgung ausschließlich durch Angehörige



4.4 Die Prävalenz von Pflegebedürftigkeit nach Bundesland

Während die Entwicklungen der absoluten Häufigkeiten der Pflegebedürftigen (Abschnitt 4.2 und 4.3) über die quantitative Verbreitung der Inanspruchnahme von Leistungen nach SGB XI informieren, lassen sie *keine* Aussagen darüber zu, wie hoch der Anteil der Pflegebedürftigen an der Bevölkerung (Prävalenz) ist. Im Folgenden werden daher die *Prävalenzen* im Jahr 2007 nach Bundesländern untersucht (Abschnitt 4.4.1). Hierbei wird zunächst auf alle Altersjahre und anschließend auf die Altenbevölkerung, d.h. über 75 Altersjahre – da diese besonders dem Risiko einer Pflegebedürftigkeit ausgesetzt sind – Bezug genommen. Ergänzt wird die Betrachtung um die Analyse des zeitlichen Wandels. Hierzu wird die Entwicklung der Pflege-Prävalenzen für die einzelnen Bundesländer im Vergleich der Jahre 2005 und 2007 nachgezeichnet (Abschnitt 4.4.2).

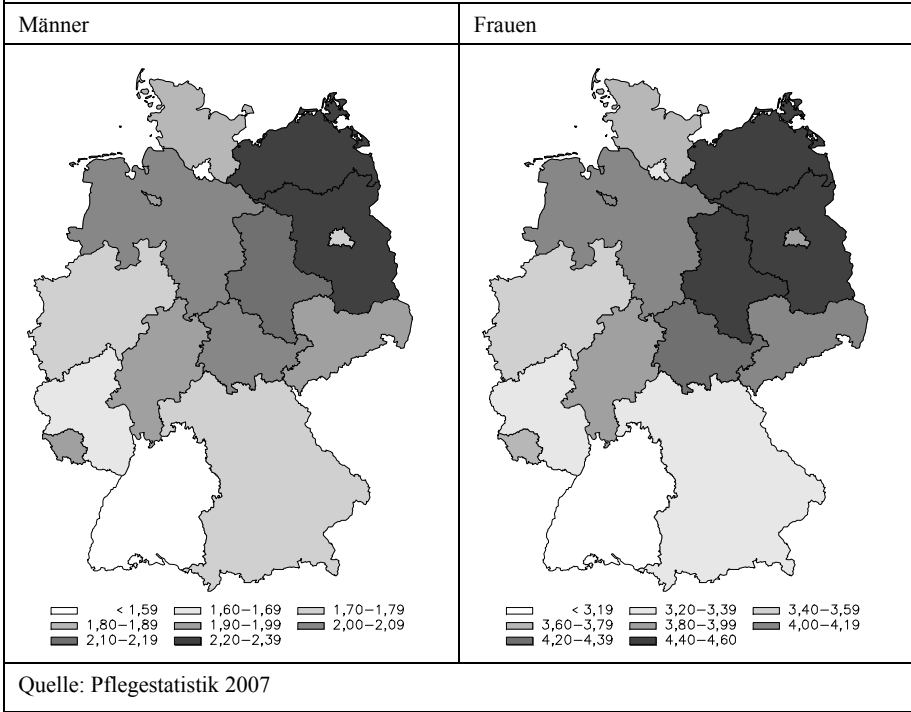
4.4.1 Die Pflege-Prävalenzen nach Bundesland

Für eine gegebene Population kann die Zahl der Pflegebedürftigen zur Zahl der Mitglieder der Gesamtpopulation ins Verhältnis gesetzt werden. Dieser Quotient gibt die „Prävalenz“ des interessierenden Zustands, hier also der Pflegebedürftigkeit an und kann selbst wieder nach Teilpopulationen (in diesem Fall insbesondere nach Alter und Geschlecht) differenziert werden (vgl. Kreienbrock & Schach 2005: S.10).⁸

In Abbildung 6 sind zunächst die Prävalenzen von Pflegebedürftigkeit nach Bundesländern für die Gesamtbevölkerung (alle Altersjahre) wiedergegeben. Wie zu sehen ist, sind die höchsten Anteile bei den Männern in Ostdeutschland, insbesondere in Mecklenburg-Vorpommern (2,34 %), Brandenburg (2,22 %) und Sachsen-Anhalt (2,19 %), während die geringsten Anteile in Baden-Württemberg (1,49 %) und Hamburg (1,54 %) vorzufinden sind. Bei den Frauen ist der Anteil der Pflegebedürftigen an der Gesamtbevölkerung in Ostdeutschland noch ausgeprägter. Hier sind die Anteilswerte in Brandenburg (4,48 %), Sachsen-Anhalt (4,45 %), Mecklenburg-Vorpommern (4,42 %), Thüringen (4,21 %) und Sachsen (4,04 %) am höchsten. In Westdeutschland erreichen lediglich Bremen (4,19 %) und Niedersachsen ähnlich hohe Prävalenzen wie in Ostdeutschland. Die niedrigsten Präva-

⁸ Innerhalb der Berichte zur Pflegestatistik des Statistischen Bundesamtes wird synonym die Bezeichnung „Pflegequote“ verwendet.

Abbildung 4: Prävalenz der Pflegebedürftigkeit nach Bundesland (in %)

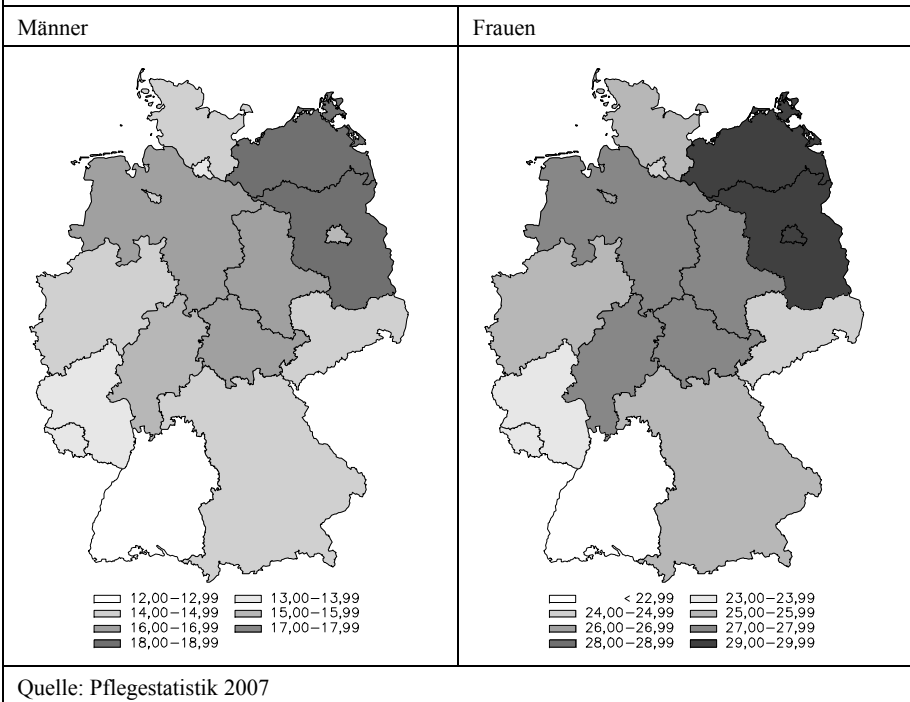


lenzen sind mit Baden-Württemberg (2,90 %) und Bayern (3,28 %) im Süden Deutschlands sowie in Hamburg (3,29 %) vorzufinden.

Dadurch, dass sich die Prävalenzen auf die gesamte Bevölkerung beziehen, sind sie in erster Linie auch von der Altersverteilung und insbesondere vom Anteil der Hochaltrigen abhängig. Um eine von der Altersstruktur weitgehend unabhängige Darstellung der Prävalenzen zu erhalten, wird die Zahl der Pflegebedürftigen in Abbildung 5 auf die *Altenbevölkerung* bezogen, d. h. auf Personen ab dem Alter 75⁹. Gegenüber den Prävalenzen, die sich auf die Gesamtbevölkerung beziehen, zeigen sich Anteilswerte in Ostdeutschland nun weniger stark erhöht. Bei den

⁹ Allerdings ist aufgrund der starken Altersabhängigkeit des Pflegerisikos und der Altersstrukturverschiebungen die zusammengefassten Prävalenzen bezogen auf die über 75-jährigen auch nur eingeschränkt interpretierbar.

Abbildung 5: Prävalenz der Pflegebedürftigkeit je Altenbevölkerung nach Bundesland (älter 75 Jahre) (in %)



Männern weisen nur Mecklenburg-Vorpommern (18,34%) und Brandenburg (18,27%) erhöhte Werte auf, während bei den Frauen vor allem Brandenburg (31,59%), Mecklenburg-Vorpommern (29,84%) und Berlin (29,82%) betroffen sind. Die niedrigsten Prävalenzen finden sich sowohl bei den Männern als auch bei den Frauen in Baden-Württemberg (12,65% bzw. 21,75%). Ein Großteil der höheren Prävalenzen in Ostdeutschland lässt sich daher auf den dort vorfindbaren höheren Altenanteil zurückführen (vgl. hierzu auch Unger & Rothgang 2010). Bezogen auf die Altenbevölkerung liegen die höchsten Prävalenzen aber in Mecklenburg-Vorpommern und Brandenburg sowie – bei den Frauen – Berlin.

4.4.2 Die Entwicklung der Prävalenzen nach Bundesland

In Bezug auf die deutlichen Unterschiede der Prävalenzen nach den einzelnen Bundesländern stellt sich auch die Frage, welchen *Entwicklungen* diese zwischen

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

Land	Männer			Frauen		
	2005	2007	Veränderung in %	2005	2007	Veränderung in %
Baden-Württemberg	12,5	12,7	+0,9	21,1	21,7	+2,9
Bayern	14,4	14,6	+2,0	24,0	25,8	+7,5
Berlin	17,1	16,0	-6,7	30,6	29,8	-2,6
Brandenburg	17,0	18,3	+7,7	29,2	31,6	+8,1
Bremen	14,7	14,9	+1,2	26,2	26,8	+2,4
Hamburg	13,5	13,8	+2,5	23,2	24,1	+3,9
Hessen	15,0	15,8	+5,7	25,6	27,4	+6,8
Mecklenburg-Vorpommern	17,7	18,3	+3,6	28,2	29,8	+5,7
Niedersachsen	15,8	16,5	+4,6	26,8	28,0	+4,2
Nordrhein-Westfalen	14,0	14,5	+3,6	24,3	25,2	+3,6
Rheinland-Pfalz	13,5	13,7	+1,6	22,9	23,6	+3,2
Saarland	13,9	13,9	+0,6	23,5	23,7	+0,9
Sachsen	13,6	14,2	+4,1	23,3	24,1	+3,8
Sachsen-Anhalt	16,1	16,8	+4,4	26,5	27,7	+4,4
Schleswig-Holstein	15,0	14,6	-2,8	25,7	25,7	+0,2
Thüringen	15,7	16,5	+5,1	25,6	27,1	+5,9
Deutschland	15,0	15,3	+2,4	25,4	26,4	+3,8

den Jahren 2005 und 2007 unterworfen sind. Sind die Prävalenzen für einzelne Bundesländer angestiegen bzw. haben sie sich im Zeitverlauf sogar verringert? In Tabelle 6 sind hierzu die Prävalenzen, bezogen auf die Altenbevölkerung über 75 Jahre, wiedergegeben.

Wie der Tabelle zu entnehmen ist, haben sich die Prävalenzen für Männer in Deutschland um 2,4% und für Frauen um 3,8% erhöht. Hierbei ist jedoch zu berücksichtigen, dass die Prävalenzen insgesamt über den Zeitraum von 1999 bis 2007 weitgehend konstant geblieben sind, zwischen den Erhebungswellen der Pflegestatistik jedoch meist geringfügig schwanken. Im Vergleich der Jahre 2005

und 2007 zeigt sich dabei bislang die größte Abweichung (vgl Rothgang et al. 2009: 66ff.). Auffallend ist, dass für die Männer die Prävalenzen in Ostdeutschland angestiegen sind. Die Veränderungen belaufen sich für Brandenburg auf +7,7%, für Thüringen auf +5,1%, für Sachsen-Anhalt auf +4,4%, für Sachsen auf +4,1% und für Mecklenburg-Vorpommern auf +3,6%. In Westdeutschland weisen lediglich Niedersachsen (+4,6%) und Hessen (+5,7%) einen ähnlich hohen Anstieg auf. In Berlin sind die Pflegeprävalenzen dagegen sogar rückläufig (-6,7%). Betrachtet man die Veränderung bei den Frauen, dann liegen ebenfalls alle neuen Bundesländer über dem Bundesdurchschnitt. In den alten Bundesländern sind hiervon nur die Bundesländer Bayern (+7,5%), Hessen (+6,8%), Niedersachsen (+4,2%) und Hamburg (+3,9%) betroffen.

4.5 Begutachtungen des Medizinischen Dienstes

Die Bestandsgrößen der Pflegebedürftigen ergeben sich jeweils aus dem „alten Bestand“ (Bestandsgröße) und den Flussgrößen der Zugänge (Inzidenzen¹⁰) und den Abgängen (Reversibilität der Pflegebedürftigkeit und Tod).

Im Folgenden werden zunächst die *Zugänge* in die Pflegebedürftigkeit, anhand der Begutachtungen in den Daten des Medizinischen Dienstes der Spitzenverbände der Krankenkassen e. V. (MDS), dargestellt (Abschnitt 4.5.1) eingegangen, da sich die Zugänge in bzw. die Wechsel zwischen den einzelnen Pflegestufen aus unterschiedlichen Arten von Begutachtungen ergeben. Anschließend wird die Entwicklung der daraus resultierenden inzidenten Fälle und die Reversibilität (wiederum als Inzidenzen) in der Pflegebiographie thematisiert (Abschnitt 4.5.2).¹¹

Die *Verweildauer* in der Pflegebedürftigkeit – die zentrale Größe zwischen Ein- und Austritt aus der Pflege – kann dagegen bislang nicht mit amtlichen Daten analysiert werden. Das gleiche gilt für die Beendigung von Pflegebedürftigkeit durch

¹⁰ Inzidenzen werden in diesem Pflegereport – analog der Prävalenzen – als *Anteile*, bezogen auf eine Risikopopulation, verstanden (Kreienbrock & Schach 2005).

¹¹ Da die Daten des MDS nur *absolute* Fallzahlen beinhalten, die zudem nicht nach Alter differenziert sind, kann nicht abschließend geklärt werden, ob sich der Pflegebeginn im Zeitverlauf geändert hat oder gleich geblieben ist. Diese Analysen sind jedoch mit GEK-Daten möglich und werden in Abschnitt 5.3.2 durchgeführt. Sie sind auch geeignet, das Risiko, pflegebedürftig zu werden, altersspezifisch und für beide Geschlechter getrennt auszuweisen.

den *Tod*. Entsprechende Untersuchungen werden deshalb mit GEK-Daten durchgeführt (Kapitel 5).

4.5.1 Entwicklung der Zahl der Begutachtungen

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

Insgesamt hat sich die Zahl der Begutachtungen von anfänglich 1,7 Mio. Gutachten im Jahr 1995 nach nur wenigen Jahren auf ca. 1,3 Mio. verringert und blieb dann relativ konstant (Tabelle 7). Die Zahl der Erstgutachten lag anfänglich bei ca. 1,4 Mio. im Jahr 1996. Diese Zahl verringerte sich auf durchschnittlich ca. 675 Tsd. im Zeitraum von 1999 bis 2007, wobei auch der Anteil an Erstbegutachtungen in diesem Zeitraum nahezu konstant bei ca. 52 % aller Begutachtungen liegt. Analog dazu nahm der Anteil der Höherstufungs- bzw. Wiederholungsgutachten, für den sich erst ein Bestand an Pflegebedürftigen aufbauen musste, zu Beginn stark zu und bewegt sich seit 2002 bei absolut ca. 540 Tsd. Personen, bzw. bei ca. 41 % der Begutachtungen. Als Grund dafür, dass die Zahl der Höherstufungs- und Wiederholungsgutachten 1996 noch sehr gering ist und in den Jahren 1997 und 1998 deutlich ansteigt, kann in der mittleren Zeit zwischen Erst- und Folgebegutachtung gesehen werden, die auf 2 bis 3 Jahre geschätzt werden kann (MDS 2004: 8). Die Zahl der Widerspruchsgutachten lag mit durchschnittlich ca. 80 Tsd. bzw. mit durchschnittlich ca. 6,5 % über den gesamten Beobachtungszeitraum deutlich niedriger.¹²

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

Im Jahr 2008 ist, aufgrund der Gesetzesänderungen im SGB XI, ein deutlicher Anstieg der Zahl der Begutachtungen auf ca. 1,5 Mio. gegenüber ca. 1,3 Mio. im Jahr 2007 und damit um ca. 200 Tsd. (15 %) zu verzeichnen. Durch das zum 1.7.2008 in Kraft getretene Pflege-Weiterentwicklungsgesetz (PfWG), haben Antragsteller mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz einen Rechtsanspruch auf zusätzliche Betreuungsleistungen gemäß § 45b SGB XI, auch wenn die Voraussetzungen von Pflegebedürftigkeit nach §§ 14 und 15 SGB XI nicht vorliegen.¹³ Erste Auswertungen hierzu haben gezeigt, dass im 3. und 4. Quartal 2008 von den 509 Tsd. Begutachtungen für ambulante Leistungen 28 % zum Personenkreis mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz gehören und damit einen Anspruch auf zusätzliche Betreuungsleistungen haben. Die Anteile der Empfehlungen für zusätzliche Betreuungsleistungen steigen dabei mit dem Umfang der Pflegebedürftigkeit: Während sie für Antragsteller ohne Pflegestufe lediglich 13 % betragen, belaufen sie sich in Pflegestufe I (II, III) auf 25 % (39 %, 56 %). Unter den in der zweiten Jahreshälfte 2008 Begutachteten befanden sich damit 18 Tsd. Personen, denen der Anspruch auf Betreuungsleistungen zugesprochen wurde, ohne dass sie pflegebedürftig im Sinne des SGB XI sind (MDS 2009: 12).¹⁴

Das hohe Niveau der Zahl der Begutachtungen setzt sich auch 2009 mit ca. 1,5 Mio. fort, wobei ca. 830 Tsd. auf die Erstbegutachtungen, ca. 584 Tsd. auf die Höherstufungs- bzw. Wiederholungsgutachten und ca. 106 Tsd. auf die Widersprüche entfallen. Die Anteile haben sich dabei nur geringfügig (2 Prozentpunkte gegenüber 2007) in Richtung der Erstgutachten verschoben. 2009 hat sich die Anzahl der Menschen, die zusätzliche Betreuungsleistungen erhalten, gegenüber 2008 deutlich erhöht. Demnach besitzen 30 Tsd. Menschen, die zu Hause gepflegt werden und nicht pflegebedürftig im Sinne des SGB XI sind, einen entsprechenden Betreuungsbedarf (MDS: 2010: 10). Die Anteile der Empfehlungen für zusätzliche Betreuungsleistungen bei den Begutachtungen für ambulante Leistungen sind denen des Jahres 2008 recht ähnlich: Während sie für die nicht pflegebedürftigen le-

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

¹⁴ Die Anteile der Empfehlungen für zusätzliche Betreuungsleistungen bei stationären Leistungen fallen mit 48 % deutlich höher aus, als der Anteil von 28 % für pflegebedürftige im ambulanten Bereich (MDS 2009: 12).

Tabelle 7: Begutachtungen für ambulante und stationäre Leistungen der Sozialen Pflegeversicherung nach Gutachtenart (Anteile in Prozent in Klammer)

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

1) Werte der „Übergangsst Statistik“ (siehe Fußnote 13). Trennung nach Begutachtungsarten ab 2009 (MDS 2009: 5).
Quelle: MDS

diglich 13 % betragen, belaufen sie sich in Pflegestufe I (II, III) auf 25 % (41 %, 51 %).

4.5.2 Differenzierung nach Pflegestufen

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

Tabelle 8: Erstbegutachtungen der Anträge auf Zuweisung einer Pflegestufe

	Erstbegutachtungen	Pflegebedürftige insgesamt	Davon		
			Pflegestufe I	Pflegestufe II	Pflegestufe III
* 1995	1.678.792	1.182.398	527.369	445.297	209.732
1996	1.390.126	1.021.974	404.173	395.578	222.223
1997	905.439	655.488	337.752	232.390	85.346
1998	750.645	526.107	310.640	165.907	49.560
1999	690.134	489.691	298.778	149.067	41.846
2000	679.588	475.236	297.642	140.361	37.233
2001	670.889	473.691	305.485	134.758	33.448
2002	666.071	469.377	311.664	128.777	28.936
2003	671.364	470.590	311.499	130.205	28.887
2004	651.485	458.735	304.080	126.960	27.695
2005	674.101	476.589	317.502	128.753	30.335
2006	686.032	487.083	328.609	130.346	28.813
2007	696.704	493.266	342.778	124.710	25.778
2008 ¹⁾					
2009 ²⁾	828.989	567.990	408.023	131.581	26.970

* nur Antragsteller auf ambulante Leistungen

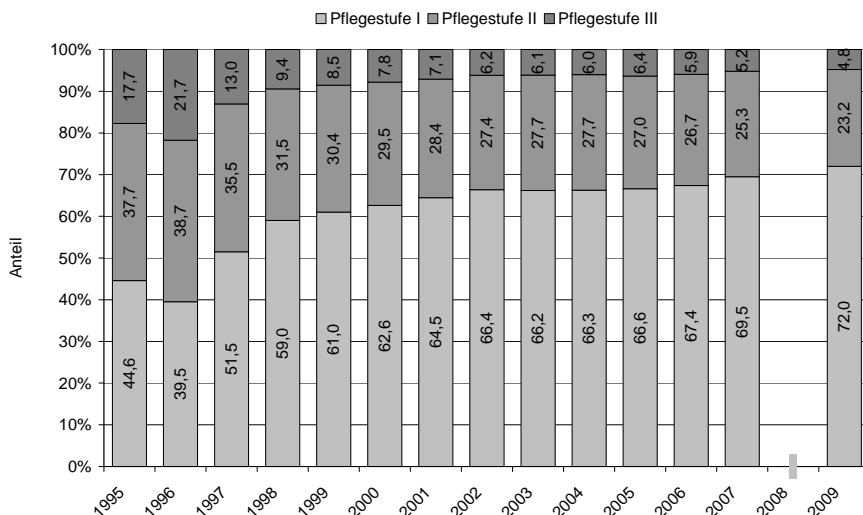
1) Werte für 2008 nicht verfügbar (siehe Fußnote 13).

2) Unter den Erstbegutachtungen im Jahr 2009 sind insgesamt ca. 225 Tsd. Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz, darunter ca. 36 Tsd. ohne Pflegestufe, ca. 113 Tsd. mit Pflegestufe I, ca. 61 Tsd. mit Pflegestufe II und ca. 15 Tsd. mit Pflegestufe III.

Quelle: MDS

In Tabelle 8 sind zunächst 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 und in den Jahren ab 1996 wurden zusätzlich Anträge auf stationäre Leistungen begutachtet. Bis 2002 zeigt sich eine abnehmende Anzahl an Erstbegutachtungen, d. h. immer weniger Menschen beantragen erstmalig Leistungen aus der Pflegeversicherung, während ab 2005 die Zahl der Erstbegutachtungen leicht zunimmt. Der Anteil der abgelehnten Anträge beläuft sich während des gesamten Zeitraums auf etwa 30 %. Ab 1999 wird – bei steigender Tendenz – bei durchschnittlich ca. 475 Tsd. Menschen

Abbildung 6: Verteilung der Pflegestufen bei ambulanten und stationären Erstbegutachtungen nach Jahr



Werte für 2008 nicht verfügbar.

Quelle: MDS

jährlich im Rahmen der Erstbegutachtung eine Pflegestufe zuerkannt. Im Jahr 2009 kommt es zu einem sprunghaften Anstieg der Begutachtungen von ca. 15 % gegenüber 2007 durch die Feststellung eines zusätzlichen Betreuungsbedarfs bei den Nicht-Pflegebedürftigen im Sinne des SGB XI.

In Abbildung 6 ist die Pflegestufenverteilung der Erstbegutachtungen seit 1995 abgetragen. Auffallend ist im Zeitablauf insbesondere die vermehrte Zuweisung der Pflegestufe I und der relative Rückgang in der Zuweisung der Pflegestufen II und III. Als Gründe hierfür werden u. a. sog. Einführungseffekte genannt. Demnach werden anfänglich – auch bei Betrachtung von inzidenten Fällen – *alle* Pflegebedürftigen, d. h. auch alle bereits bestehenden Leistungsfälle erfasst, die – im Vergleich zu Neufällen – einen höheren durchschnittlichen Pflegegrad beanspruchen, weil sie schon eine längere „Pflegekarriere“ mit tendenziell ansteigendem Pflegebedarf aufweisen. Damit lässt sich u. a. der zunächst höhere Anteil an Begutachtungen der Pflegestufe II und III in den ersten 3 Jahren der Pflegebegutachtung

erklären (MDS 2004: 11). Erst danach werden nur die innerhalb eines Jahres „neu“ hinzukommenden Pflegebedürftigen erfasst (vgl. MDS 2004: 11). Darüber hinaus wurde bei Einführung der Pflegeversicherung festgelegt, dass die Bezieher von Pflegeleistungen nach § 53ff. SGB V, also der Pflegebedürftigen im Sinne der damaligen GKV-Leistungen, ohne vorherige Begutachtung der Pflegestufe II zugeordnet wurden. Des Weiteren führte die Begutachtungspraxis auch dazu, dass Erstantragsteller in Alten-/Pfleheimen meist im Rahmen eines Kurzgutachtens bei festgestellter Pflegebedürftigkeit in der Statistik als Pflegestufe I ausgewiesen wurden und erst in der Folgebegutachtung der Grad der Pflegebedürftigkeit ermittelt wurde. Damit wurden sie in den Erstbegutachtungen (z. T. zu niedrig) als Pflegestufe I geführt (vgl. ausführlicher MDS 2004: 11). Betrachtet man jedoch den jüngeren Zeitraum ab 1999, der von den Änderungen nicht betroffen ist, dann lässt sich bei den inzidenten Fällen – entsprechend der Zunahme bei den Bestandsgrößen der Pflegebedürftigen (vgl. Abschnitt 4.2) – ebenfalls eine schleichende Zunahme an Pflegebedürftigen der Pflegestufe I feststellen und eine Abnahme bei den Pflegestufen II und III.¹⁵

Inwieweit die steigende Tendenz auf altersstrukturelle Veränderungen der Bevölkerung oder veränderte altersspezifische Morbidität zurückgeführt werden muss, kann mit den Daten des MDS nicht beurteilt werden. Entsprechende Analysen zu Veränderungen im (altersabhängigen) Pflegebeginn werden jedoch mit GEK-Daten in Abschnitt 5.3.2 durchgeführt.

Die zweite Form der Begutachtung, die den Bestand an Pflegebedürftigen beeinflusst, sind die Höherstufungs- bzw. Wiederholungsbegutachtungen. Diese werden von ca. 2002–2007 bei durchschnittlich ca. 540 Tsd. Personen, bzw. bei ca. 41 % der Begutachtungen durchgeführt, bzw. im Jahr 2009 bei ca. 584 Tsd. (vgl. Tabelle 7). Damit werden ca. $\frac{1}{4}$ – $\frac{1}{3}$ aller Leistungsempfänger der Pflegeversicherung pro Jahr wiederholt begutachtet. Hier wird geprüft, ob sich die festgestellten Pflegestufen verändert haben oder gleich geblieben sind. Damit führen die Neubegutachtungen z. T. zu Veränderungen in der Pflegestufe und damit ebenfalls zu (Neu-)Zugängen in den entsprechenden Pflegestufen. In Tabelle 9 ist diese „Mobilität“ zwischen den Pflegestufen bei ambulanten Leistungen näher aufgeführt. Demnach ist

¹⁵ Ein Überblick über die Änderungen der Begutachtungs-Richtlinien findet sich bei BMG (2008).

Tabelle 9: Einstufungen nach Höherstufungs-/Wiederholungsbegutachtungen bei ambulanten Leistungen nach Pflegestufe und Jahr (Anteile in %)

	Pflegestufe I			Pflegestufe II			Pflegestufe III	
	niedriger	gleich	höher	niedriger	gleich	höher	niedriger	gleich
1996 ¹⁾								
1997 ¹⁾								
1998	8,6	41,3	50,2	13,2	48,7	38,1	28,1	71,9
1999 ¹⁾								
2000	8,0	45,3	46,7	11,6	53,6	34,8	21,5	78,5
2001 ¹⁾								
2002	7,7	46,3	46,0	10,4	54,2	35,4	17,3	82,7
2003	8,0	46,8	45,1	11,1	54,5	34,4	18,4	81,6
2004	8,2	46,0	45,8	11,1	54,8	34,1	17,8	82,2
2005	7,9	45,2	46,9	10,2	52,9	36,9	15,8	84,2
2006	8,1	46,1	45,8	10,2	53,2	36,6	17,0	83
2007	7,6	46,8	45,6	9,9	52,5	37,6	15,6	84,4
2008 ¹⁾								
2009	6,2	44,3	49,5	8,1	50,7	41,1	14,0	86,0

1) Werte nicht verfügbar

Werte für 2008 nicht verfügbar (siehe Fußnote 13).

Quelle: MDS

der Verlauf von Pflegebedürftigkeit *im Lebensverlauf der Pflegebedürftigen* vor allem durch eine Zunahme des Hilfebedarfs gekennzeichnet: Während ca. 45 % der Antragsteller in Pflegestufe I keine Veränderung in der Einstufung erfahren, werden ebenfalls ca. 45–49 % in einer höheren Pflegestufe eingestuft. Bei ca. 6–8 % gibt es eine gegenläufige Bewegung, indem sie bei der Folgebegutachtung als nicht mehr pflegebedürftig im Sinne des SGB XI eingestuft werden und damit keine Leistungen mehr aus der Pflegeversicherung beziehen.

In den höheren Pflegestufen fallen die Höherstufungsanteile geringer und die Niedrigerstufungsanteile höher aus: Während in Pflegestufe II ca. 35–40 % höher eingestuft werden, werden gleichzeitig ca. 8–13 % (aus Pflegestufe III: 14–18 %) niedri-

ger eingestuft.¹⁶ Insgesamt zeigen die Befunde damit vor allem, dass Pflegebedürftigkeit kein statischer Zustand ist und erwartungsgemäß in vielen Fällen im Lebensverlauf zunimmt. Die Befunde zeigen jedoch auch, dass Pflegebedürftigkeit abnehmen kann, und zwar je nach Pflegestufe in ca. 6–18 % der Begutachtungen.

Betrachtet man die zeitliche Entwicklung der Höherstufungs- und Wiederholungsbegutachtungen, dann wird vor allem deutlich, dass die Veränderungsquoten über den gesamten Zeitraum, besonders aber seit 2000 nahezu konstant geblieben sind. Welchen Anteil die Höherstufungs- und Wiederholungsbegutachtungen und damit die Wechsel zwischen den einzelnen Pflegestufen insgesamt an der Entwicklung der Pflegestufen – insbesondere an der Ausweitung der Pflegestufe I – haben, kann anhand der Daten des MDS nicht abschließend geklärt werden. Insbesondere eine Altersdifferenzierung bei den Wechseln zwischen den einzelnen Pflegestufen ist hierfür nötig. Diese Auswertungen sind jedoch Teil der Analysen, die anhand der GEK-Daten durchgeführt werden können (vgl. Abschnitt 5.4).

4.6 Die Pflegepersonen

Ein zentrales Anliegen der Pflegeversicherung ist – gemäß dem Grundsatz „Vorrang der häuslichen Pflege“ – die Stärkung der häuslichen Pflege. So besagt § 3 SGB XI ausdrücklich: *„Die Pflegeversicherung soll mit ihren Leistungen vorrangig die häusliche Pflege und die Pflegebereitschaft der Angehörigen und Nachbarn unterstützen, damit die Pflegebedürftigen möglichst lange in ihrer häuslichen Umgebung bleiben können. Leistungen der teilstationären Pflege und der Kurzzeitpflege gehen den Leistungen der vollstationären Pflege vor.“* Gegenwärtig belegen die Daten zu den Pflegeleistungen die Bedeutung der häuslichen Pflege: So werden im Jahr 2009 ca. 1,03 Mio. Pflegebedürftige als Pflegegeldempfänger ohne Hinzuziehung zugelassener Pflegeeinrichtungen und weitere ca. 285 Tsd. sowohl von privaten Pflegepersonen als auch von professionellen Pflegediensten zu Hause gepflegt (Kombileistungsempfänger, vgl. Abschnitt 4.2). Angesichts der soziodemographischen Veränderungen, insbesondere durch sinkende Geburtenzahlen, einem

¹⁶ Die Höherstufungsquoten sind dabei im stationären Bereich deutlich stärker ausgeprägt. Hier haben im Jahr 2006 ca. 70 % aller Leistungsbezieher der Pflegestufe I und ca. 56 % aller Leistungsbezieher der Pflegestufe II einen Hilfebedarf der meist jeweils nächst höheren Pflegestufe (MDS 2007: 11)

Rückgang der Eheschließungen und steigenden Scheidungsraten sowie steigender Frauenerwerbstätigkeit, zunehmender Mobilität und damit geringeren räumlichen Nähe von Familienangehörigen und des zunehmenden Anteils von Single-Haushalten stellt sich allerdings die Frage, ob sich das familiäre Pflegepotential in Zukunft weiter aufrecht erhalten lässt. Gleichzeitig ist auch mit einem Sinken der Pflegebereitschaft zu rechnen, da die Pflege zunehmend weniger als Familienpflicht, sondern eher als „gesamtgesellschaftliche Aufgabe“ (§ 8 Abs. 1 SGB XI) wahrgenommen wird. Die Milieus mit ausgeprägter Pflegebereitschaft verlieren zudem quantitativ an Bedeutung (Blinkert & Klie 1999 und 2000). So zeigen die Daten zur Entwicklung der Inanspruchnahme von Pflegeversicherungsleistungen auch, dass der Anteil zu Hause gepflegter Pflegebedürftiger an allen Pflegebedürftigen von 73,2% im Jahr 1999 kontinuierlich auf 70,2% im Jahr 2007 zurückgegangen ist. Seitdem scheint der Anteil der zu Hause gepflegten Pflegebedürftigen wieder leicht anzusteigen, zuletzt auf 71,0% im Jahr 2009 (vgl. Abschnitt 4.2).

Um das Pflegepotenzial in der häuslichen Pflege genauer bewerten zu können, ist daher die Bestimmung der Zahl der Pflegepersonen erforderlich. Einen ersten Anhaltspunkt über die Anzahl von Pflegepersonen bieten die Leistungsempfänger des Pflegegeldes und der Kombileistungen. Diese Leistungen werden von den Pflegekassen für die Sicherstellung der häuslichen Pflege an die Pflegebedürftigen ausbezahlt. Diese Leistung bezogen im Jahr 2009 ca. 1,32 Mio. Pflegebedürftige. Die Anzahl der an der häuslichen Pflege beteiligten Personen kann jedoch auch deutlich höher liegen, beispielsweise, wenn sich mehrere Personen die Pflege aufteilen. So werden zwar 36% aller Pflegebedürftigen von einer Person gepflegt, denen aber 29% der Pflegebedürftigen gegenüber stehen, die von zwei Personen gepflegt werden, und 27% aller Pflegebedürftigen werden sogar von drei und mehr Personen gepflegt (Meyer et al. 2007: 17).

Informationen über die Entwicklung der Zahl der Pflegepersonen im Zeitverlauf liegen bislang jedoch nur sehr vereinzelt vor.¹⁷ Die Gründe liegen vor allem darin, dass repräsentative Erhebungen zur Anzahl von Pflegepersonen und zum Ausmaß von Pfl egetätigkeiten generell kaum vorliegen, während hingegen einige Untersu-

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

chungen angeführt werden können, die, gestützt auf kleinere Befragtengruppen von pflegenden Angehörigen, deren spezifische Situation darstellen.¹⁸ Um diese Lücke zu schließen, wird in diesem Abschnitt die Entwicklung der Pflegepersonen, also der Personen die eine nichterwerbsbezogene Pfllegetätigkeit ausüben, im Zeitverlauf untersucht. Eine hierfür geeignete und kaum genutzte Datengrundlage sind die prozessproduzierten Daten der Rentenversicherung.¹⁹ Diese lassen Rückschlüsse auf den pflegenden Personenkreis zu, da innerhalb der Rentenversicherung – bei nichterwerbsbezogener Pflege – Rentenansprüche erworben werden können. Darüber hinaus kann auf repräsentative Survey-Daten wie die des Sozio-ökonomischen Panels (SOEP) vom Deutschen Institut für Wirtschaftsforschung (DIW) zurückgegriffen werden, die ebenfalls Informationen zu geleisteter Pflege enthalten. Die Charakterisierung als „Pflegeperson“ orientiert sich dabei vor allem an den in den betrachteten Datengrundlagen verwendeten Definitionen und Erhebungskonzepten von geleisteter Pflege.

4.6.1 Pflegepersonen in den Daten der deutschen Rentenversicherung

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

¹⁸ 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).

¹⁹ Lediglich von Stegmann und Mika (2007) wurde die ehrenamtliche Pflege in den Versichertenbiographien der gesetzlichen Rentenversicherung analysiert. Jedoch konzentriert sich auch ihre Untersuchung auf die Gruppe der Pflegepersonen und vernachlässigt die Verbreitung der Pflegepersonen insgesamt.

Tabelle 10: Pflegepersonen bis zum Rentenalter nach Pflegedauer und Jahr

	Männer			Frauen		
	Insgesamt	Ganzjährig	Nicht ganzjährig	Insgesamt	Ganzjährig	Nicht ganzjährig
1995	11.204	147	11.057	186.705	3.211	183.494
1996	24.657	13.067	11.590	383.456	227.643	155.813
1997	33.445	18.450	14.995	482.310	302.370	179.940
1998	36.463	19.808	16.655	497.674	306.650	191.024
1999	36.788	19.844	16.944	474.886	289.014	185.872
2000	38.404	21.090	17.314	489.290	306.634	182.656
2001	37.520	20.747	16.773	467.804	293.520	174.284
2002	37.156	20.484	16.672	437.768	271.897	165.871
2003	38.085	20.751	17.334	424.684	266.094	158.590
2004	37.931	20.616	17.315	402.681	251.963	150.718
2005	39.533	21.351	18.182	395.435	244.735	150.700
2006	39.367	21.605	17.762	379.307	234.716	144.591
2007	39.498	21.829	17.669	369.211	227.739	141.472
2008	39.891	21.910	17.981	364.425	223.852	140.573

Quelle: Deutsche Rentenversicherung, Versicherte 1995-2008

zeitlichen Umfang der Pflgetätigkeit. Die Beiträge sollen dabei, durch ihre entsprechende Höhe²⁰, das Potenzial haben, nennenswert zu den Rentenanwartschaften beizutragen und so die familiäre Pflege anzuerkennen und die Pflegepersonen besser abzusichern und damit dazu beizutragen, dass auch weiterhin häuslich gepflegt wird (vgl. Stegmann & Mika 2007: 772).

In Tabelle 10 ist hierzu die Zahl der Pflegepersonen in der Rentenversicherung wiedergegeben, für die während eines Jahres entweder ganzjährig oder einen Teil

²⁰ Beispielsweise werden in Pflegestufe I bei einem Pflegeumfang von 14 Std./Woche 0,266 Entgeltpunkte gutgeschrieben, während in Pflegestufe III und einem Pflegeumfang von 28 Std./Woche 0,8 Entgeltpunkte gutgeschrieben werden (vgl. Stegmann & Mika 2007: 780). Ein Entgeltpunkt entspricht dabei den Beitragszahlungen, die ein gesetzlich Rentenversicherter mit durchschnittlichem versicherungspflichtigem Entgelt im Laufe eines Jahres einzahl.

des Jahres Beiträge gezahlt wurden. In diesem Zusammenhang ist darauf zu verweisen, dass anhand der Versichertenkonten natürlich nur „jüngere“ Altersgruppen bis zum Rentenalter untersucht werden können und damit in erster Linie die Pflege durch die Kindergeneration abgebildet wird.

Zunächst fällt auf, dass die Zahl der Pflegepersonen (insbesondere derer, die ganzjährig pflegen) in den ersten Jahren ansteigt. Die Gründe hierfür liegen vermutlich darin, dass – analog des Anstiegs der Zahl der Pflegebedürftigen in den ersten Jahren seit Einführung der Pflegeversicherung (vgl. Abschnitt 4.2) – Einführungseffekte verantwortlich sind. Diese sind beispielsweise der zunehmende Bekanntheitsgrad der Pflegeversicherung und der Leistungen zur sozialen Absicherung der Pflegepersonen nach § 44 SGB XI. Interessant ist weiterhin vor allem die separate Betrachtung von pflegenden Männern und Frauen. Während bereits nach wenigen Jahren die Zahl der Männer, für die Beiträge gezahlt werden bei durchschnittlich 38 Tsd. und seit 2005 etwa konstant bei 39 Tsd. liegt, nimmt die entsprechende (deutlich höhere) Zahl der Frauen von ca. 482 Tsd. im Jahr 1997 auf ca. 364 Tsd. im Jahr 2008 ab. Von dieser drastischen Abnahme um ca. $\frac{1}{4}$ ist dabei gleichermaßen die durchgehend ganzjährige Pflege als auch die nicht ganzjährige Pflege betroffen. Insgesamt zeigt sich damit eine rückläufige Tendenz der intergenerativen Pflege, die durch einen Rückgang der Zahl der pflegenden Frauen im erwerbsfähigen Alter ausgelöst ist.

Die Daten der Rentenversicherung erlauben über die eben durchgeführte jahresweise Betrachtung der Entwicklung der Pflegepersonen hinaus auch die Beantwortung der Frage, ob eine Person *jemals* im Lebensverlauf gepflegt hat *oder nicht*. Für die empirische Analyse werden daher in einem zweiten Schritt die Rentenzugänge der Jahre 2000-2009 herangezogen und überprüft, welcher *Anteil* dieser Jahrgänge Rentenansprüche aus geleisteter Pflege erworben hat.²¹ In diesem Zusammenhang ist darauf zu verweisen, dass anhand der Rentenzugänge natürlich nur ältere Geburtsjahrgänge mit abgeschlossenen Erwerbsverläufen betrachtet werden können und folglich auch keine Aussagen zum Pflegeverhalten oberhalb des hier betrachteten Beginns der Altersrenten (von ca. 60-65 Jahren) gemacht werden können. In Tabelle 11 sind hierzu die Altersrenten gemeinsam für Männer

²¹ Für die Rentenzugangsjahre vor 2000 werden die Pflegepersonen nicht ausgewiesen.

Tabelle 11: Pflegepersonen bis zum Rentenalter nach Geburtsjahren (Rentenzugangsjahren)

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

Quelle: Deutsche Rentenversicherung, Rentenzugänge 2000-2009

und Frauen nach Geburtsjahren bzw. Rentenzugangsjahr wiedergegeben, da die Rentenzugangstatistik nicht separat für Männer und Frauen ausgewiesen ist.

Demnach beziehen im Jahr 2000 erstmals 587.380 Personen eine Altersrente. Von diesen haben 12.461 Personen und damit 2,12% Rentenansprüche aus geleisteter Pflege erworben. In den nachfolgenden Jahren (mit Ausnahme von 2006) ändert sich der Anteil von Pflegepersonen an den Altersrentenzugängen nur geringfügig. Es haben also ca. 2,1-2,4% aller Personen, die in den Jahren 2000-2009 erstmalig eine Altersrente bezogen haben, jemals in ihrem Leben vor ihrer Verrentung gepflegt. Dabei ist jedoch auch zu bedenken, dass im hier betrachteten Zeitraum die älteren im Vergleich zu den jüngeren Kohorten weniger Zeit hatten – nach Einführung der Pflegeversicherung 1995 – Berücksichtigungszeiten aus geleisteter Pflege zurückzulegen: Während für die Rentenzugangskohorte 2000 ein Zeitraum von maximal 5 Jahren zur Verfügung stand, betrug dieser für die Rentenzugangskohorte 2009 schon 14 Jahre. Dass dennoch kein eindeutiger Anstieg der Quote festzustellen ist, spricht wiederum eher für abnehmende familiäre Pflegekapazitäten im Bereich der intergenerativen Pflege oder aber dafür, dass die Pflegelast auf mehrere Schultern verteilt wurde und somit die Grenze von mindestens 14 Stunden nicht mehr erreicht wurde.

Tabelle 12: Pflegepersonen über 16 Jahren nach Jahr und Geschlecht und Anteil an der Bevölkerung

	Insgesamt	Männer	Quote	Frauen	Quote
2001	3.092.214	1.138.355	3,86	1.953.860	6,17
2002	3.442.990	1.337.276	4,34	2.105.715	6,34
2003	3.637.950	1.387.148	4,35	2.250.802	6,59
2004	3.833.708	1.494.558	4,64	2.339.150	6,70
2005	3.568.070	1.334.672	4,09	2.233.398	6,31
2006	3.794.445	1.400.564	4,33	2.393.881	6,81
2007	3.849.260	1.462.132	4,48	2.387.128	6,79
2008	4.156.721	1.555.631	4,73	2.601.090	7,38

Quelle: SOEP (2001-2008), gewichtet

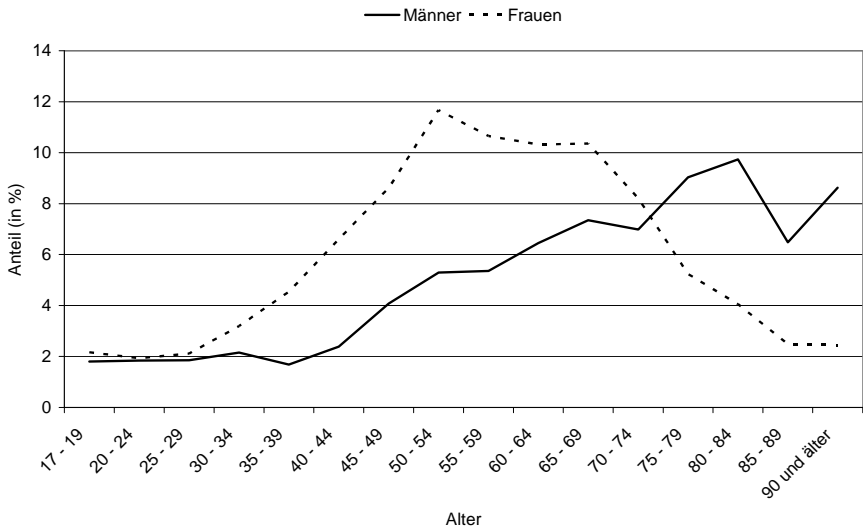
4.6.2 Pflegepersonen in den Daten des Sozio-ökonomischen Panel

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

Betrachtet man die Entwicklung in Tabelle 12 dann zeigt sich, dass den ca. 1,3 Mio. Pflegebedürftigen in 2009 (vgl. Abschnitt 4.2), die informell zu Hause gepflegt werden (also Pflegegeld oder Kombileistungen beziehen), ca. 4,16 Mio. und damit mehr als dreimal so viele Pflegenden gegenüberstehen.²² Die Entwicklung ist dabei von einem *Anstieg* der Zahl der Pflegenden gekennzeichnet: Während 2001 ca. 3,09 Mio. Pflegenden an der häuslichen Pflege beteiligt waren, stieg die Anzahl bis 2008 auf 4,16 Mio. und damit um ca. 35 % an. Der Anteil der an der Pflege beteiligten Männer belief sich während des Zeitraums auf nahezu konstant 35 %. Auf

²² Die etwas höheren Werte gegenüber dem GEK-Pflegereport 2009 (Rothgang et al. 2009) sind darauf zurückzuführen, das mit dem Erhebungsjahr 2008 die Querschnittshochrechnungsfaktoren für alle Jahre neu angepasst wurden.

Abbildung 7: Pflegepersonen nach Alter und Geschlecht



Quelle: SOEP (2001-2008), gewichtet

einen pflegenden Mann kommen damit zwei pflegende Frauen. Ein Vergleich der MUG I und der MUG III-Studie zeigt hingegen einen Anstieg des Anteils pflegender Männer von 17% im Jahr 1991 auf 27% im Jahr 2002 (Schneekloth & Wahl 2005: 77). Hierbei muss jedoch auch berücksichtigt werden, dass im SOEP – im Gegensatz zu den MuG-Studien – nicht nur die „Hauptpflegepersonen“, sondern alle an der Pflege beteiligten erfasst werden.

Darüber hinausgehende Berechnungen mit dem SOEP haben gezeigt, dass der Anteil der Pflegepersonen im Alter über 60 Jahren zwischen 2001 und 2008 bei den Männern (Frauen) von 53% (42%) auf 49% (36%) abgenommen hat. Dies spricht dafür, dass die abnehmende Zahl der pflegenden Frauen in den Daten der Rentenversicherung (vgl. Tabelle 10) *nicht* darauf zurückzuführen ist, dass diese aufgrund ihres Alters schon eine Altersrente beziehen und damit lediglich nicht mehr in der *Versichertenstatistik* erscheinen. Vielmehr ist davon auszugehen, dass die Zahl der weiblichen Pflegepersonen tatsächlich rückläufig ist.

Dass die Gruppe der Pflegenden dabei auch über den bestehenden Geschlechterunterschied hinaus heterogen ist, zeigt Abbildung 7. Demnach pflegen Frauen im Alter von 50-69 Jahren am häufigsten, während Männer erst in höheren Altersjahren pflegen (vgl. Schupp & Künemund 2004). Insgesamt üben ca. 51 % der Männer und 39 % der Frauen über 60 Jahren eine Pfllegetätigkeit aus. Gründe für diese stärkere Verbreitung der Pfllegetätigkeiten in jüngeren Jahren bei den Frauen könnten darin liegen, dass beim Tod des ersten Elternteils meist die weibliche Kindergeneration die Verantwortung für den verbliebenen Elternteil übernimmt (Stein et al. 1998). Der höhere Anteil an pflegenden Männern in den höheren Altersjahren ist vermutlich darauf zurückzuführen, dass Männer – bei gleichem Alter – seltener verwitwet sind als Frauen und dadurch auch häufiger ihre Partnerinnen pflegen. Insgesamt kann damit sowohl von intergenerativer Pflege (vor allem bei den weiblichen Pflegepersonen) als auch von intragenerativer Pflege (vor allem bei den männlichen Pflegepersonen) gesprochen werden.²³

Gründe für die insgesamt stärkere Verbreitung von Pfllegetätigkeiten bei den Frauen können auch in der schwierigen Vereinbarkeit von Pflege und Erwerbstätigkeit liegen. So konnten Schneider et al. (2001) zeigen, dass Frauen bei einem Pflegefall im Haushalt auch 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 und damit auch ihr Einkommensausfall – bei einer Pfllegetätigkeit – unter dem der Männer liegt.

4.7 Die stationären Pflegeeinrichtungen nach Bundesländern

Der folgende Abschnitt gibt einen Überblick über die stationären Pflegeeinrichtungen nach Bundesländern im Jahr 2007. Dazu wird zuerst die allgemeine Verbreitung der Heime sowie die Art des Trägers der Einrichtung beschrieben. Danach wird auf die Heimkapazitäten eingegangen. Abschließend werden Struktur und Tätigkeitsbereich der Beschäftigten dargestellt.

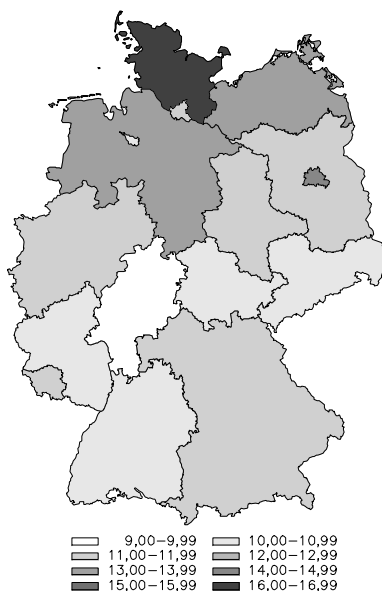
²³ Kritisch anzumerken ist, dass den auf die Bevölkerung der BRD hochgerechneten Auswertungen, insbesondere in den oberen Altersjahren, z. T. geringe absolute Fallzahlen an Pflegepersonen zugrunde liegen.

Tabelle 13: Die stationären Pflegeeinrichtungen nach Art des Trägers in den Bundesländern im Jahr 2007 (Anteile in Klammer)

Land	Anzahl	Träger der Einrichtung		
		Private	Frei-gemeinnützige	Öffentliche
Baden-Württemberg	1.384	468 (33,8%)	793 (57,3%)	123 (8,9%)
Bayern	1.574	498 (31,6%)	894 (56,8%)	182 (11,6%)
Berlin	364	171 (47,0%)	183 (50,3%)	10 (2,7%)
Brandenburg	339	93 (27,4%)	234 (69,0%)	12 (3,5%)
Bremen	90	32 (35,6%)	58 (64,4%)	0 (0,0%)
Hamburg	177	84 (47,5%)	92 (52,0%)	1 (0,6%)
Hessen	672	307 (45,7%)	324 (48,2%)	41 (6,1%)
Mecklenburg-Vorpommern	268	70 (26,1%)	186 (69,4%)	12 (4,5%)
Niedersachsen	1.394	824 (59,1%)	528 (37,9%)	42 (3,0%)
Nordrhein-Westfalen	2.138	625 (29,2%)	1431 (66,9%)	82 (3,8%)
Rheinland-Pfalz	435	164 (37,7%)	264 (60,7%)	7 (1,6%)
Saarland	134	42 (31,3%)	90 (67,2%)	2 (1,5%)
Sachsen	698	249 (35,7%)	407 (58,3%)	42 (6,0%)
Sachsen-Anhalt	407	159 (39,1%)	228 (56,0%)	20 (4,9%)
Schleswig-Holstein	651	444 (68,2%)	177 (27,2%)	30 (4,6%)
Thüringen	304	92 (30,3%)	183 (60,2%)	29 (9,5%)
Deutschland	11029	4322 (39,2%)	6072 (55,1%)	635 (5,8%)

Die Zahl der Pflegeheime (Tabelle 13) beläuft sich im Jahr 2007 auf 11.029, wovon 6.072 (55,1%) in freigemeinnütziger, 4.322 (39,2%) in privater und 635 (5,8%) in öffentlicher Trägerschaft sind. Die Art der Trägerschaft variiert dabei z. T stark nach Bundesland. Während sich beispielsweise in Schleswig-Holstein (68,2%) und Niedersachsen (59,1%) die Mehrzahl der Heime in privater Trägerschaft befindet, fallen in Mecklenburg-Vorpommern (26,1%) und Brandenburg (27,4%) die Anteile privater Träger bedeutend geringer aus. Die Pflegeheime in freigemeinnütziger Trägerschaft sind dagegen in Brandenburg (69,0%), Mecklenburg-Vorpommern (69,4%), Saarland (67,2%) und Nordrhein-Westfalen (66,9%) am stärksten verbreitet und in Schleswig-Holstein (27,2%) und Niedersachsen

Abbildung 8: Heimplätze in vollstationärer Pflege je 100 Einwohner älter 75 Jahre



Quelle: Pflegestatistik 2007

(37,9%) am geringsten. Pflegeheime in öffentlicher Trägerschaft sind insgesamt eher selten, in den Stadtstaaten Hamburg gibt es sogar nur ein, und in Bremen gar kein Pflegeheim dieses Trägertyps. Die mit Abstand höchsten Anteile an Heimen öffentlicher Träger finden sich in Bayern (11,6%), Thüringen (9,5%) und Baden-Württemberg (8,9%).

In Abbildung 8 ist die Anzahl der Heimplätze für eine vollstationäre Dauerpflege ins Verhältnis zur Altenbevölkerung über 75 Jahren gesetzt. Dadurch wird die regionale Verteilung der *Heimkapazitäten* erkennbar. Demnach gibt es in Schleswig-Holstein mit 16,5 Heimplätzen pro 100 Einwohner über 75 Jahren die höchste Kapazität, gefolgt von Berlin (14,1), Niedersachsen (13,6) und Mecklenburg-Vorpommern (13,5). Die wenigsten Heime pro Altenbevölkerung finden sich in Hessen (9,8). Der nördliche Teil von Deutschland, mit Ausnahme der Stadtstaaten Bremen und Hamburg, verfügt damit über eine hohe Kapazität an Plätzen für eine vollstationäre Pflege.

Tabelle 14: Heimpersonal nach Beschäftigungsverhältnis in den Bundesländern im Jahr 2007

Land	Insgesamt	Vollzeit (in %)	Teilzeit (in %)		
			über 50 %	bis 50 %	geringfügig
Baden-Württemberg	73.418	34,0	25,3	17,7	11,5
Bayern	83.499	39,4	33,2	14,8	7,0
Berlin	17.735	49,0	34,9	7,4	4,5
Brandenburg	13.578	33,1	51,2	6,3	4,6
Bremen	4.909	27,4	45,0	9,4	12,9
Hamburg	10.710	43,9	31,1	8,9	11,1
Hessen	36.844	40,4	25,2	15,1	11,6
Mecklenburg-Vorpommern	10.420	26,0	58,0	7,0	4,2
Niedersachsen	64.969	35,7	29,8	14,8	13,0
Nordrhein-Westfalen	139.013	32,7	27,8	18,5	13,5
Rheinland-Pfalz	26.523	32,3	25,2	20,4	11,5
Saarland	7.669	44,0	20,0	15,6	12,7
Sachsen	28.156	25,8	53,5	8,1	4,1
Sachsen-Anhalt	15.755	31,8	53,1	5,5	3,6
Schleswig-Holstein	27.038	41,8	28,5	13,2	11,2
Thüringen	13.309	30,0	52,0	5,6	4,5
Deutschland	573.545	35,4	32,2	14,8	10,2

Betrachtet man das *Heimpersonal* in Tabelle 14, dann zeigt sich, dass im Jahr 2007 573.545 Menschen in Heimen beschäftigt waren. Davon waren lediglich 35 % vollzeitbeschäftigt, ein ähnlich großer Anteil teilzeitbeschäftigt mit über 50 % der Arbeitszeit, 14,8 % teilzeitbeschäftigt mit bis zu 50 % der Arbeitszeit und 10,2 % geringfügig beschäftigt.²⁴ In den neuen Bundesländern liegt die Vollzeitbeschäftigtenquote dabei durchgängig unter dem Bundesdurchschnitt von 35,4 % und beträgt in Sachsen sogar nur 25,8 %. In den alten Bundesländern liegen mit Baden-Württemberg (34,0 %), Nordrhein-Westfalen (32,7 %) und Rheinland-Pfalz (32,3 %) nur wenige Bundesländer knapp unter dem Bundesdurchschnitt. Die Teilzeitbeschäftigtenquoten mit über 50 % der Arbeitszeit liegen dagegen in den neuen Bundes-

²⁴ Die Anzahl des Heimpersonals ist dabei seit 1999 um ca. 30 % angestiegen wobei gleichzeitig die Vollzeitbeschäftigtenquote von 48 % auf 35,4 % abgenommen hat (vgl. zum zeitlichen Verlauf auf Bundesebene Rothgang et al. 2009: 90ff).

ländern zwischen 51,2% (Brandenburg) und 58% (Mecklenburg-Vorpommern) und damit höher als in Westdeutschland, während sie in den alten Bundesländern z. T. bis zu 30 Prozentpunkte niedriger liegen (z. B. im Saarland mit 20%). 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 (jeweils 9,3%) auffallend viele Praktikanten, Schüler oder Auszubildende in Pflegeheimen beschäftigt (nicht in der Tabelle wiedergegeben).

4.8 Heimentgelte nach Bundesländern

Die Leistungen, die von der Pflegeversicherung im Bereich der stationären Pflege getragen werden, sind zum 1.7.2008 durch das PFWG angepasst worden. Sie belaufen sich weiterhin in Pflegestufe I auf 1.023 Euro, in Pflegestufe II auf 1.279 Euro, aber für den Zeitraum vom 1.7.2008 bis zum 31.12.2009 in Pflegestufe III auf 1.470 Euro. Ab dem 1.1.2010 werden Aufwendungen in Pflegestufe III bis 1.510 Euro durch die Pflegeversicherung übernommen. Diese Leistungen der Pflegeversicherung können dabei *ausschließlich* zur Finanzierung der *Pflegekosten* im Heim aufgewendet werden. Die Gesamtkosten, die für einen Pflegeplatz in Einrichtungen der stationären Pflege anfallen, also die so genannten Heimentgelte, liegen jedoch erheblich höher, da zum einen die Leistungen der Pflegeversicherung die Pflegekosten (Pflegesätze) der Heime nicht vollständig abdecken und zum anderen noch die Kosten für *Unterkunft und Verpflegung*, die so genannten Hotelkosten, hinzukommen (vgl. Rothgang 2010: 440f.; Rothgang et al. 2009: 35f.).²⁵

Eine besondere Situation ergibt sich für die *Sozialhilfeträger*. Insbesondere für die Pflegebedürftigen in stationärer Pflege sind die SGB XI-Leistungen nämlich in der Regel nicht ausreichend, um die Pflegekosten abzudecken. Ein Teil der Pflegebedürftigen in stationärer Pflege ist daher auf Hilfe zur Pflege als SGB XII-Leistung angewiesen und zwar tendenziell eher, je höher die Pflegestufe ist. Erhöht sich nun

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

die Zahl der Leistungsempfänger, entstehen auch höhere Ausgaben beim Sozialhilfeträger. Ein höherer Anteil von Pflegebedürftigen in Pflegestufe I wirkt für die Sozialhilfeträger dagegen tendenziell Ausgaben senkend.

Wie hoch die individuellen Entgelte für die Pflege sowie für Unterkunft und Verpflegung insgesamt ausfallen, wird nachfolgend beschrieben. Die Höhe der *Pflegesätze* (=Vergütung für allgemeine Pflegeleistungen und soziale Betreuung) richtet sich nach den einzelnen Pflegeklassen (denen die Pflegestufen entsprechen): Im Jahr 2007 belaufen sich die durchschnittlichen Pflegesätze bei Pflegestufe I auf 44 Euro, bei Pflegestufe II auf 58 Euro und bei Pflegestufe III auf 72 Euro pro Tag. Zusätzlich sind Entgelte für Unterkunft und Verpflegung zu zahlen, die für alle Pflegestufen einheitlich sind und die sich 2007 im Durchschnitt auf 19 Euro pro Tag belaufen. Von jedem Pflegebedürftigen im Heim der Pflegestufe I, der 2007 eine vollstationäre Dauerpflege beansprucht, sind also durchschnittlich zusammen 63 Euro pro Tag für Pflege sowie für Unterkunft und Verpflegung an das Heim zu entrichten. Das sind bei durchschnittlich 30,4 Tagessätzen 1.915 Euro pro Monat. Bei Pflegestufe II ergeben sich Monatsbeträge von 2.341 Euro und bei Pflegestufe III von 2.766 Euro.²⁶

Die Höhe dieser Entgelte bezieht sich auf den Bundesdurchschnitt. Dass sie regional höchst unterschiedlich ausfallen, ist in Tabelle 15 dokumentiert. Hier zeigt sich, dass die höchsten Pflegesätze in Pflegeklasse I in Bayern (1.520 Euro) und Baden-Württemberg (1.459 Euro), die der Pflegeklasse II in Berlin (1.946 Euro) und Bayern (1.885 Euro) sowie die der Pflegeklasse III in Baden-Württemberg (2.371 Euro), Hamburg (2.341 Euro), Nordrhein-Westfalen (2.341 Euro) und Berlin (2.310 Euro) zu entrichten sind, also ausnahmslos in Westdeutschland. Die niedrigsten Pflegesätze in allen Pflegeklassen finden sich dagegen ohne Ausnahme in Ostdeutschland. Hier reichen die Pflegesätze in Pflegeklasse I von 1.003 Euro in Thüringen bis 1.125 Euro in Brandenburg, in Pflegeklasse II von 1.338 Euro in Sachsen bis 1.490 Euro in Sachsen-Anhalt und in Pflegeklasse III von 1.763 Euro in Sachsen-Anhalt bis 1.885 Euro in Brandenburg. Die Pflegesätze in Ostdeutschland betragen in Pflegeklasse I (II, III) 1.076 (1.405, 1.824) Euro und sind damit um 223 (350, 395) Euro günstiger als in Westdeutschland.

²⁶ Zu berücksichtigen sind hier noch weitere Kosten (vgl. Fußnote 25).

Tabelle 15: Vergütung der vollstationären Dauerpflege in den Bundesländern im Jahr 2007

Land	Pflugesatz nach Pflegeklasse			Entgelt für Unterkunft und Verpflegung
	I	II	III	
Baden-Württemberg	1.459	1.854	2.371	608
Bayern	1.520	1.885	2.158	517
Berlin	1.398	1.946	2.310	486
Brandenburg	1.125	1.398	1.885	486
Bremen	1.064	1.702	2.128	638
Hamburg	1.246	1.794	2.341	699
Hessen	1.307	1.763	2.280	517
Mecklenburg-Vorpommern	1.094	1.429	1.854	456
Niedersachsen	1.246	1.611	2.006	486
Nordrhein-Westfalen	1.277	1.794	2.341	790
Rheinland-Pfalz	1.216	1.581	2.189	638
Saarland	1.186	1.642	2.189	608
Sachsen	1.034	1.338	1.824	456
Sachsen-Anhalt	1.125	1.490	1.763	486
Schleswig-Holstein	1.368	1.733	2.098	638
Thüringen	1.003	1.368	1.794	547
Deutschland	1.307	1.733	2.158	608

Die mit Abstand höchsten Entgelte für Unterkunft und Verpflegung finden sich in Nordrhein-Westfalen mit 790 Euro und Hamburg mit 699 Euro. Die niedrigsten Entgelte finden sich in den neuen Bundesländern und liegen zwischen 456 Euro in Mecklenburg-Vorpommern und 547 Euro in Thüringen. Trotzdem finden sich mit Berlin (486 Euro), Bayern und Hessen (jeweils 517 Euro) auch drei der alten Bundesländer im unteren Bereich. Allerdings ist die Abgrenzung zwischen pflegebedingten Aufwendungen und Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung in den Bundesländern nicht einheitlich geregelt, so dass einige Kostenblöcke (etwa die Heimleitung) ganz unterschiedlich zugeordnet werden (Augurzky et al. 2008).

Insgesamt betrachtet, also nach Addition des jeweiligen Pflugesatzes und der Kosten für Unterkunft und Verpflegung, ist dann Nordrhein-Westfalen in jeder Pflegeklasse das Bundesland mit den höchsten Heimentgelten (lediglich in Pflegeklasse I liegen in Baden-Württemberg die Heimentgelte in gleicher Höhe). Im Vergleich der Summen aus Pflugesätzen und Kosten für Unterkunft und Verpflegung sind

alle ostdeutschen Länder günstiger als alle westdeutschen Länder. Im Durchschnitt der Länder liegen die Kosten je nach Pflegeklasse im Osten 150–230 Euro unter den Kosten im Westen.

Zur Erklärung dieser regionalen Unterschiede führt eine vom Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes NRW in Auftrag gegebene Studie zur Erklärung der überdurchschnittlich hohen Heimentgelte in NRW aus: „Eine wesentliche Erklärungsgröße für die höheren Pflegeheimkosten in NRW liegt in den Personalkosten. Hier können grundsätzlich eingesetzte Personalmenge, Vergütung des Personals und Struktur des eingesetzten Personals Unterschiede erklären. Für NRW ist festzustellen, dass über alle Personalgruppen rund 3 % mehr Personal (Vollzeitäquivalente) je Bewohner zum Einsatz kommt. Allein hierdurch kann bereits 20 % der Preisunterschiede erklärt werden. Zugleich werden die Vollzeitkräfte in NRW auch um etwa 3 % besser vergütet als in den anderen Bundesländern, was zusätzlich 20 % der Preisunterschiede erklärt. Dazu trägt bei, dass die Pflegekräfte in NRW etwas älter als in den Vergleichsländern sind, Tarifverträge häufiger zur Anwendung kommen und der Anteil der (tendenziell geringer vergütenden) privaten Pflegeheime unterdurchschnittlich ist“ (Augurzky et al. 2007: 11).

Die unterschiedliche Personalstruktur steht dabei auch in engem Zusammenhang mit der *Trägerschaft* der Pflegeeinrichtung, also der Unterscheidung zwischen öffentlichen, privaten und freigemeinnützigen Einrichtungen, die durch jeweils unterschiedliche organisationsspezifische Merkmale charakterisiert ist: „So ist z. B. bekannt, dass insbesondere in öffentlichen Einrichtungen Tarifverträge Anwendung finden, während der Abschluss derartiger Verträge in privaten Einrichtungen eher unüblich ist. Weiterhin wird in privaten Heimen weniger und jüngeres Personal beschäftigt. Aus diesem Grunde kann angenommen werden, dass die Heimentgelte in privaten Pflegeheimen deutlich unter den Entgelten von Heimen mit einer anderen Trägerschaft liegen.“ (Augurzky et al. 2007: 67).²⁷

4.9 Ambulante Pflegedienste nach Bundesländern

Im folgenden Abschnitt wird zunächst die Verteilung der Zahl der ambulanten Pflegedienste nach Bundesländern und Trägern beschrieben. Es folgt eine Darstel-

²⁷ Zur Entwicklung der durchschnittlichen Heimentgelte in Deutschland im Zeitverlauf nach Träger vgl. auch Rothgang et al. 2009: 94ff.

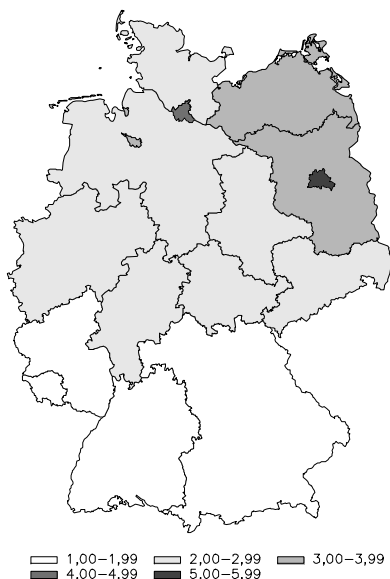
Tabelle 16: Die ambulanten Pflegedienste nach Art des Trägers in den Bundesländern im Jahr 2007 (Anteile in Klammer)

Land	Anzahl	Träger der Einrichtung		
		Private	Freigemeinnützige	Öffentliche
Baden-Württemberg	1.010	454 (45,0 %)	516 (51,1 %)	40 (4,0 %)
Bayern	1.778	936 (52,6 %)	820 (46,1 %)	22 (1,2 %)
Berlin	431	318 (73,8 %)	113 (26,2 %)	0 (0,0 %)
Brandenburg	548	350 (63,9 %)	194 (35,4 %)	4 (0,7 %)
Bremen	113	68 (60,2 %)	44 (38,9 %)	1 (0,9 %)
Hamburg	334	250 (74,9 %)	82 (24,6 %)	2 (0,6 %)
Hessen	901	582 (64,6 %)	266 (29,5 %)	53 (5,9 %)
Mecklenburg-Vorp.	406	225 (55,4 %)	180 (44,3 %)	1 (0,2 %)
Niedersachsen	1.112	703 (63,2 %)	384 (34,5 %)	25 (2,2 %)
Nordrhein-Westfalen	2.136	1.285 (60,2 %)	836 (39,1 %)	15 (0,7 %)
Rheinland-Pfalz	390	213 (54,6 %)	174 (44,6 %)	3 (0,8 %)
Saarland	115	78 (67,8 %)	35 (30,4 %)	2 (1,7 %)
Sachsen	972	668 (68,7 %)	297 (30,6 %)	7 (0,7 %)
Sachsen-Anhalt	492	330 (67,1 %)	156 (31,7 %)	6 (1,2 %)
Schleswig-Holstein	402	222 (55,2 %)	174 (43,3 %)	6 (1,5 %)
Thüringen	389	221 (56,8 %)	164 (42,2 %)	4 (1,0 %)
Deutschland	11.529	6.903 (59,9 %)	4.435 (38,5 %)	191 (1,7 %)

lung der regionalen Verteilung der Kapazitäten der ambulanten Pflegedienste. Anschließend wird auf die in den Diensten bestehenden Beschäftigungsverhältnisse des eingesetzten Personals eingegangen.

Die Zahl der ambulanten Pflegedienste (Tabelle 16) beläuft sich im Jahr 2007 auf 11.529, wovon 6.903 (59,9%) in privater, 4.435 (38,5%) in freigemeinnütziger und 191 (1,7%) in öffentlicher Trägerschaft sind. Damit ist das Verhältnis von privaten zu freigemeinnützigen Trägern dem bei den Pflegeheimen entgegengesetzt. Doch auch bei den ambulanten Pflegediensten variiert die Art der Trägerschaft z. T. stark nach Bundesland. Während beispielsweise in Hamburg (74,9%) und Berlin (73%) die weitaus meisten Pflegedienste in privater Trägerschaft sind, fällt lediglich in Baden-Württemberg (45%) der Anteil deutlich geringer aus. Die übrigen Bundesländer sind mit einem Anteil von 52,6%-68,7% in privater Trägerschaft. Die ambulanten Pflegedienste in freigemeinnütziger Trägerschaft sind da-

Abbildung 9: Beschäftigte der ambulanten Pflegedienste in Vollzeitäquivalenten je 100 Einwohner älter 75 Jahre



Quelle: Pflegestatistik 2007

gegen lediglich in Baden-Württemberg (51,1 %) am stärksten verbreitet und in Berlin (26,2 %) und Hamburg (24,6 %) am geringsten. Pflegedienste in öffentlicher Trägerschaft sind, wie auch die Pflegeheime, nur sehr gering vertreten. Jedoch weisen hier Hessen (5,9 %) und Baden-Württemberg (4,0 %) erhöhte Anteile aus.

Zur Darstellung der Kapazitäten im ambulanten Bereich (Abbildung 9) werden die Beschäftigten der ambulanten Pflegedienste in Vollzeitäquivalenten²⁸ in Relation zur Altenbevölkerung über 75 Jahren gesetzt. Dadurch werden die *Kapazitäten* in

²⁸ Durch die Umrechnung in Vollzeitäquivalente lassen sich die unterschiedlichen Beschäftigungsformen vergleichen. Die Gewichte betragen 0,75 für die Teilzeitbeschäftigten mit über 50 % der Arbeitszeit, 0,45 für die Teilzeitbeschäftigten mit bis zu 50 % der Arbeitszeit (ohne geringfügige Beschäftigung) und 0,25 für die geringfügig Beschäftigten (vgl. Rothgang et al. 2009: 181f).

den ambulanten Pflegediensten erkennbar: Zu beobachten ist ein Nord-Süd-Gefälle mit den niedrigsten Anteilswerten in den südlichen Bundesländern Bayern, Baden-Württemberg, Rheinland-Pfalz und dem Saarland. Weiterhin ist ein West-Ost-Gefälle mit hohen Anteilswerten in Mecklenburg-Vorpommern und Brandenburg zu erkennen. Die höchsten Anteilswerte finden sich in Berlin und Hamburg.

Im Jahr 2007 waren 236.162 Menschen in ambulanten Pflegediensten beschäftigt (Tabelle 17). Dies entspricht 41 % des Heimpersonals. Von den Beschäftigten in ambulanten Pflegediensten waren lediglich 26,4 % vollzeitbeschäftigt. 32,9 % waren teilzeitbeschäftigt mit über 50 % der Arbeitszeit, 15,5 % teilzeitbeschäftigt mit bis zu 50 % der Arbeitszeit und 22,5 % geringfügig beschäftigt. Damit sind die Beschäftigtenquoten in der ambulanten Pflege gegenüber denen in Pflegeheimen bei den Vollzeitbeschäftigten ca. 10 Prozentpunkte niedriger, während sie bei den geringfügig Beschäftigten ca. 10 Prozentpunkte höher liegen.

Tabelle 17: Personal der ambulanten Pflegedienste nach Beschäftigungsverhältnis in den Bundesländern im Jahr 2007

Land	Insgesamt	Vollzeit (in %)	Teilzeit (in %)		
			über 50 %	bis 50 %	Gering- fügig
Baden-Württemberg	24.371	19,5	24,2	23,2	29,7
Bayern	31.721	20,3	29,6	17,8	29,9
Berlin	16.085	35,1	41,7	11,3	10,5
Brandenburg	9.073	36,4	47,8	5,7	7,5
Bremen	3.150	22,0	42,6	12,8	20,7
Hamburg	8.876	28,5	31,9	11,4	26,0
Hessen	16.456	25,7	26,8	19,2	25,4
Mecklenburg-Vorpommern	5.496	36,3	47,0	7,6	7,0
Niedersachsen	24.033	18,7	36,1	20,2	22,6
Nordrhein-Westfalen	48.019	27,3	26,9	14,8	28,3
Rheinland-Pfalz	9.467	24,7	23,1	19,7	29,3
Saarland	2.522	22,4	23,7	18,7	32,9
Sachsen	15.096	34,4	47,1	7,8	6,4
Sachsen-Anhalt	7.047	41,2	44,8	7,2	4,6
Schleswig-Holstein	8.264	20,3	33,8	19,9	24,4
Thüringen	6.486	39,1	43,7	6,9	7,0
Deutschland	236.162	26,4	32,9	15,5	22,5

In den neuen Bundesländern liegt die Vollzeitbeschäftigtenquote dabei durchgängig deutlich über dem Bundesdurchschnitt von 26,4% und beträgt in Sachsen-Anhalt sogar 41,2%. In den alten Bundesländern liegen mit Nordrhein-Westfalen (27,3%), Hamburg (28,5%) und Berlin (35,1%) nur wenige Bundesländer über dem Bundesdurchschnitt. Die Teilzeitbeschäftigtenquoten mit über 50% der Arbeitszeit liegen dagegen in den neuen Bundesländern zwischen 43,7% (Thüringen) und 47,8% (Brandenburg) und fallen damit ebenfalls hoch aus, während sie in den alten Bundesländern z. T. bis zu 25 Prozentpunkte niedriger liegen (z.B. in Rheinland-Pfalz mit 23,1%). Deutliche West-Ost-Unterschiede zeigen sich auch beim Anteil der Teilzeitbeschäftigten mit einer Arbeitszeit bis zu 50% der Regelarbeitszeit und den geringfügig Beschäftigten. Hier liegen ebenfalls die Anteile in den neuen Bundesländern deutlich unter dem Bundesdurchschnitt.

4.10 Finanzierung der Pflegebedürftigkeit

Die Kosten, die durch eine Pflegebedürftigkeit entstehen, werden zum Teil durch die Pflegeversicherung abgedeckt. Trotzdem können weitere Deckungslücken entstehen – insbesondere im Bereich der stationären Pflege –, beispielsweise wenn der Pflegebedürftige bzw. seine unterhaltspflichtigen Angehörigen nicht in der Lage sind, den Teil der Heimentgelte, der die Leistungen der Pflegeversicherung übersteigt, zu tragen. In diesen Fällen können Leistungen der Sozialhilfe in Anspruch genommen werden. Darüber hinaus tragen aber auch andere Träger zur Finanzierung von Pflegebedürftigkeit bei, z. B. die Kriegsopferversorgung.

Der folgende Abschnitt gibt einen Überblick über die mit der Pflegebedürftigkeit in Zusammenhang stehenden Einnahmen und Ausgaben. Dabei wird die Finanzentwicklung der quantitativ bedeutendsten Träger der Finanzierung von Pflegebedürftigkeit, der Sozialen und privaten Pflegeversicherung (Abschnitt 4.10.1 und Abschnitt 4.10.2), der Sozialhilfe (Abschnitt 4.10.3) und der Kriegsopferversorgung (Abschnitt 4.10.4) dargestellt. Das Kapitel endet mit einem Überblick über die Gesamtausgaben zur Finanzierung von Langzeitpflege (Abschnitt 4.10.5).

4.10.1 Die Finanzentwicklung der gesetzlichen Pflegeversicherung

Pflegebedürftigkeit wird wesentlich durch die Pflegeversicherung finanziert. Deren *Einnahmen* resultieren dabei fast ausschließlich aus Beiträgen, die im Umlageverfahren aufgebracht werden. Wie in Tabelle 18 zu sehen ist, stiegen die Einnahmen von 1995 bis 1997 von zunächst 8,41 Mrd. auf 15,94 Mrd. Euro an. Dieser sprun-

hafte Anstieg ist auf die Anhebung des Beitragssatzes von 1,0 % auf 1,7 % im Juli 1996 zurückzuführen, die bereits bei Einführung des Pflege-Versicherungsgesetzes festgelegt worden war und der Finanzierung der erst ab Juli 1996 gewährten Leistungen bei stationärer Pflege diente. Bis 2004 war der Beitragssatz konstant und erhöhte sich ab 2005 mit dem Kinder-Berücksichtigungsgesetz vom 15.12.2004 (BGB I: 3448) um den Zusatzbeitrag für Kinderlose in Höhe von 0,25 Beitragssatzpunkten. Im Rahmen des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes wurde der Beitragssatz zum 1. Juli 2008 um 0,25 Prozentpunkte von 1,70 % auf 1,95 % erhöht. Für Kinderlose stieg der Beitrag ebenfalls um 0,25 Prozentpunkte und liegt seitdem bei 2,20 %. Insgesamt sind die jährlichen Einnahmen von 1997 bis 2009 um 5,37 Mrd. Euro auf 21,31 Mrd. Euro gestiegen und waren dabei in den Jahren 2003 und 2007 sogar rückläufig. Von 1997 bis 2009 sind damit die Einnahmen um durchschnittlich 2,45 % pro Jahr gewachsen (geometrisches Mittel). Allerdings gehen hierbei sowohl die Einführung des Zusatzbeitrags für Kinderlose als auch die Beitragsanhebung 2008 ein. Wird deshalb nur der hiervon unberührte Zeitraum von 1997 bis 2004 betrachtet, so ergibt sich eine durchschnittliche nominale jährliche Wachstumsrate (geometrisches Mittel) der nominalen Beitragseinnahmen von lediglich 0,8 %.²⁹

Bei den *Ausgaben* handelt es sich überwiegend um Leistungsausgaben. Der Anteil der Verwaltungskosten lag 2009 bei lediglich 3,2 % der Gesamtausgaben. Selbst wenn die Kosten des MDK hinzugerechnet werden, liegt der Ausgabenanteil, der nicht für Leistungen verwendet wird, immer noch (geringfügig) unter 5 %. Von den Leistungsausgaben entfallen etwa 44 % auf die Leistungen bei vollstationärer Pflege. Die Ausgaben für Pflegegeld betragen ca. 21 % und für Pflegesachleistungen im ambulanten Bereich ca. 13 % der Gesamtausgaben. Von 1997 bis 2009 lagen die durchschnittlichen jährlichen Ausgabensteigerungen bei ca. 2,5 % (geometrisches Mittel), allerdings mit einer deutlich abnehmenden Tendenz. So lagen die Ausgabensteigerungen nach den Jahren 1998 (4,9 %), 1999 (3,0 %) und 2000 (2,0 %) zwischen 2004 und 2006 sogar unter einem Prozent. Im Jahr 2007 erhöhte sich die Ausgabensteigerung wieder auf 1,7 % und in den Jahren 2008 und 2009 sogar um 4,3 % bzw. 6,2 %. Diese jüngsten Erhöhungen in den Jahren 2008 und 2009 sind allerdings vor allem auf die Anhebung der Leistungssätze im ambulanten Bereich

²⁹ Vgl. Rothgang & Dräther 2009 für eine Analyse der dem zugrunde liegenden „strukturellen Einnahmeschwäche“ der Sozialen Pflegeversicherung.

zum 1. Juli 2008 zurückzuführen. So stiegen die Geldleistungen und die Pflege-sachleistungen in 2008 um jeweils ca. 5,2% auf 4,24 Mrd. Euro bzw. 2,6 Mrd. Euro, während die Leistungen für die vollstationäre Pflege nur um ca. 2,5% auf 9,05 Mrd. Euro anstiegen. 2009 sind die Geldleistungen nochmals um 5,4% auf 4,47 Mrd. Euro bzw. um 5,7% auf 2,75 Mrd. Euro angestiegen, während sich die Leistungen für die vollstationäre Pflege nur um ca. 2,7% auf 9,29 Mrd. Euro erhöht haben. Letzteres ist darauf zurückzuführen, dass die Leistungssätze für vollstationäre Pflege in den Stufen I und II nicht erhöht wurden. Einen insgesamt geringen Anteil an allen Ausgaben – jedoch mit der höchsten Zuwachsrate von ca. 100% im Jahr 2008 und ca. 315% im Jahr 2009 – stellen die zusätzlichen (meist demenzbedingten) Betreuungsleistungen nach § 45b SGB XI dar, die gestiegen sind, nachdem Antragstellern im Pflege-Weiterentwicklungsgesetz ab Juli 2008 auch dann einen Rechtsanspruch auf zusätzliche Betreuungsleistungen zugebilligt wird, wenn nicht die Voraussetzungen von Pflegebedürftigkeit nach §§ 14 und 15 SGB XI vorliegen und gleichzeitig die Leistungsbeträge erhöht wurden. Nunmehr werden Versicherten mit einem geringen allgemeinen Betreuungsbedarf (erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz) monatlich 100 Euro und Versicherten mit einem höheren allgemeinen Betreuungsbedarf (in erhöhtem Maße eingeschränkte Alltagskompetenz) monatlich 200 Euro gewährt. Erste Auswertungen hierzu haben gezeigt, dass im 3. und 4. Quartal 2008 von den 509 Tsd. Begutachtungen für ambulante Leistungen 28% zum Personenkreis mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz gehören und damit einen Anspruch auf zusätzliche Betreuungsleistungen haben (MDS 2009: 11).

Die Einnahmen der Pflegeversicherung lagen im ersten Jahr ihrer Existenz deutlich über den Ausgaben. Das ist in erster Linie darauf zurückzuführen, dass von Januar bis März 1995 zwar bereits Beiträge abgeführt, aber noch keine Leistungen gewährt wurden. Auch für die Folgejahre hatte die Pflegeversicherung zunächst einen *Überschuss* der Einnahmen über die Ausgaben zu verzeichnen, der allerdings jedes Jahr geringer wurde. 1999 hat die Pflegeversicherung erstmals mit einem negativen Saldo abgeschlossen und auch 2000 und 2001 wurde ein *Defizit* realisiert. 2002 war das Defizit erstmals erheblich, wurde allerdings durch die Rückzahlung des dem Bund 1995 gewährten Darlehens sogar überkompensiert, so dass die Mittelbestände der Pflegeversicherung am Ende des Jahres 2002 in etwa denen des Jahres 1999 entsprachen. 2003 hingegen wurde wiederum ein erhebliches Defizit realisiert, das erstmals zu einem merklichen Abschmelzen der Liquidität geführt hat.

Nachdem die Pflegeversicherung 2004 mit dem höchsten Defizit ihrer noch jungen Geschichte abgeschlossen hat, wurde der Pflegeversicherung durch die Einführung des Zusatzbeitrags für Kinderlose im Kinder-Berücksichtigungsgesetz zusätzlichen Einnahmen zugeführt. Dennoch schloss die Pflegeversicherung erneut mit einem Defizit, das ohne die Zusatzeinnahmen allerdings bei etwa einer Milliarde Euro gelegen hätte. Die Vorverlegung der Fälligkeit der Sozialversicherungsbeiträge – durch die von den Beschäftigten (einmalig) 13 Beiträge eingegangen sind – hat 2006 zu Mehreinnahmen geführt, die dann zu einem Überschuss geführt haben. Ohne diesen Einmaleffekt hätte die Pflegeversicherung auch 2006 mit einem Defizit in dreistelliger Millionenhöhe abgeschlossen. Im Jahr 2007 wurde wieder ein Defizit in etwa der Höhe des Defizits von 2005 erreicht und in den Jahren 2008 und 2009 führte vor allem die Anhebung der Beitragssätze, durch die die Einnahmen um ca. 9,7% und 7,8% anstiegen, zu einem erneuten Überschuss.

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

Gleichzeitig leidet die Pflegeversicherung aber unter einer anhaltenden *Einnahmeschwäche*, die sich in dem geringen Einnamewachstum zeigt. Diese Entwicklung ist zum Teil sozialpolitisch bedingt, da 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. Euro geführt hat. Ohne diesen Eingriff des Gesetzgebers hätte die Pflegeversicherung demnach 2000 mit einem positiven Saldo abgeschlossen. Ebenso ist in Zukunft damit zu rechnen, dass der Pflegeversicherung durch eine steigende Inanspruchnahme der Möglichkeit von Gehaltsumwandlungen weitere Beiträge entzogen werden. Entscheidend ist aber letztlich die *strukturelle Einnahmeschwäche*, die so auch in der gesetzlichen Krankenversicherung besteht und darauf zurückzuführen ist, dass die Grundlohnsumme, also die Summe aller beitragspflichtigen Einnahmen, langsamer wächst als das Sozialprodukt.

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

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

Quelle: BMG, Soziale Pflegeversicherung

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

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Einnahmen								
Beitrageeinnahmen	16,76	16,61	16,64	17,38	18,36	17,86	19,61	21,19
Sonstige Einnahmen	0,22	0,25	0,23	0,12	0,13	0,16	0,16	0,12
Einnahmen insgesamt	16,98	16,86	16,87	17,49	18,49	18,02	19,77	21,31
Ausgaben								
Leistungsausgaben	16,47	16,64	16,77	16,98	17,14	17,45	18,20	19,33
Davon								
Geldleistung	4,18	4,11	4,08	4,05	4,02	4,03	4,24	4,47
Pflegesachleistung	2,37	2,38	2,37	2,40	2,42	2,47	2,60	2,75
Pflegeurlaub	0,13	0,16	0,17	0,19	0,21	0,24	0,29	0,34
Tages-/Nachtpflege	0,08	0,08	0,08	0,08	0,09	0,09	0,11	0,15
Zusätzliche Betreuungsl.	0,00	0,01	0,02	0,02	0,03	0,03	0,06	0,19
Kurzzeitpflege	0,16	0,16	0,20	0,21	0,23	0,24	0,27	0,31
Soziale Sicherung der Pflegeperson	0,96	0,95	0,93	0,90	0,86	0,86	0,87	0,88
Pfleagemittel/ techn. Hilf.	0,38	0,36	0,34	0,38	0,38	0,41	0,46	0,44
Vollstationäre Pflege	8,00	8,20	8,35	8,52	8,67	8,83	9,05	9,29
Vollstationäre Pflege in Behindertenheimen	0,21	0,23	0,23	0,23	0,24	0,24	0,24	0,25
Verwaltungskosten	0,58	0,59	0,58	0,59	0,62	0,62	0,65	0,68
Kosten für MDK	0,26	0,26	0,27	0,28	0,27	0,27	0,28	0,31
Sonstige Kosten	0,01	0,06	0,07	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Ausgaben insgesamt	17,36	17,56	17,69	17,86	18,03	18,34	19,14	20,33
Liquidität								
Überschuss	-0,38	-0,69	-0,82	-0,36	0,45	-0,32	0,63	0,99
Investitionsdarlehen an den Bund	0,56	–	–	–	–	–	–	–
Mittelbestand	4,93	4,24	3,42	3,05	3,50	3,18	3,81	4,80
In Monatsausgaben lt. Haushaltsplan	3,34	2,82	2,27	2,01	2,29	2,06	2,33	2,78

Quelle: BMG, Soziale Pflegeversicherung

4.10.2 Pflegefinanzierung durch die private Pflegeversicherung

Die private Pflegeversicherung umfasst im Jahr 2008 einen Versichertenbestand von ca. 9,35 Mio. Menschen gegenüber ca. 70,2 Mio. Menschen in der sozialen Pflegeversicherung und damit ca. 13 % aller Versicherten. Die Beiträge werden wie in der privaten Krankenversicherung unabhängig vom Einkommen des Versicherten kalkuliert. Wegen der unterschiedlichen Finanzierungsverfahren von sozialer (Umlageverfahren) und privater Pflegeversicherung (Kapitaldeckungsverfahren) ist ein Vergleich der beiden Versicherungszweige nur eingeschränkt möglich. Im Folgenden werden daher nur wenige zentrale Kennzahlen der privaten Pflegeversicherung beschrieben.

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

Wie in Tabelle 19 zu sehen ist, erreichten die jährlichen Einnahmen der privaten Pflegepflichtversicherung nach einem Anstieg in den ersten Jahren nach Einführung der Pflegeversicherung im Jahr 1997 und 1998 mit ca. 2,16 Mrd. Euro ihren Höhepunkt, gingen anschließend bis 2003 zurück und lagen bis 2007 nahezu konstant bei 1,88 Mrd. Euro. In 2008 kam es zu einem Anstieg auf 1,97 Mrd. Euro. Demgegenüber sind die Versicherungsleistungen anfänglich stark gestiegen auf ca. 450 Mio. Euro in den Jahren 1997 und 1998 und haben sich bis 2007 kontinuierlich erhöht. 2008 erfolgte ebenfalls ein sprunghafter Anstieg der Versicherungsleistungen auf 618 Mio. Euro. Aus den Beitragseinnahmen und Ausgaben resultiert ein Überschuss, der sich von 1997 bis 2007 von 1,7 Mrd. Euro auf 1,3 Mrd. Euro pro Jahr verringert hat, 2008 aber wieder um 50 Mio. Euro gestiegen ist. Seit Beginn der Pflegeversicherung wurden insgesamt 19,188 Mrd. Euro an Altersrückstellungen angesammelt.

Tabelle 19: 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

Quelle: Verband der privaten Krankenversicherung e. V., Zahlenbericht 2005/2006, Zahlenbericht 2007/2008, Zahlenbericht 2008/2009

4.10.3 Die Finanzierung von Pflegebedürftigkeit durch die Sozialhilfe

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

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

Tabelle 20: Empfänger von Hilfe zur Pflege am Jahresende

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

Quelle: Statistisches Bundesamt, Fachserie 13, Reihe 2.1 Sozialhilfe

Tabelle 20 gibt zunächst einen Überblick über die Entwicklung der Zahl der Empfänger von „Hilfe zur Pflege“. Diese hat sich seit Einführung der Pflegeversicherung innerhalb weniger Jahre halbiert: von ca. 453 Tsd. im Jahr 1994 (ein Jahr vor Einführung der Pflegeversicherung) auf ca. 222 Tsd. im Jahr 1998.³⁰ In den Folgejahren stieg die Empfängerzahl wieder und liegt zuletzt im Jahr 2008 bei 285 Tsd.

Betrachtet man die Empfängerzahlen im ambulanten und stationären Bereich separat, dann zeigt sich, dass im ambulanten Bereich zunächst ein drastischer Rückgang um $\frac{2}{3}$ von ca. 189 Tsd. im Jahr 1994 auf ca. 57 Tsd. im Jahr 1999 zu verzeichnen ist. Anschließend ist die Entwicklung vor allem durch Schwankungen zwischen ca. 55 Tsd. und ca. 60 Tsd. gekennzeichnet, wobei seit 2007 die Empfängerzahlen wieder ansteigen. Insgesamt ist die Hilfe zur Pflege im ambulanten Be-

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

Tabelle 21: Netto-Ausgaben der Sozialhilfe für Hilfe zur Pflege (in Tsd. €)

Jahr	Insgesamt	Ambulant	Stationär
1994	6.599.240	803.366	5.795.873
1995	6.263.896	509.492	5.754.404
1996	4.823.045	370.420	4.452.625
1997	2.508.574	375.471	2.133.103
1998	2.284.230	390.280	1.893.949
1999	2.319.851	396.850	1.923.000
2000	2.307.817	421.231	1.895.586
2001	2.349.025	439.419	1.909.605
2002	2.421.293	473.638	1.947.654
2003	2.420.352	514.889	1.905.463
2004	2.513.250	525.181	1.988.069
2005	2.610.673	546.963	2.063.709
2006	2.529.942	600.989	1.928.953
2007	2.666.213	623.611	2.042.602
2008	2.751.300	666.684	2.084.615

Quelle: Statistisches Bundesamt, Fachserie 13, Reihe 2.3, Sozialhilfe

reich jedoch nur gering verbreitet. So stehen den ca. 68 Tsd. Empfängern von Hilfe zur Pflege außerhalb von Einrichtungen im Jahr 2008 ca. 1,436 Mio. Leistungsempfänger der Pflegeversicherung im ambulanten Bereich gegenüber. Damit kommen auf einen Empfänger von Hilfe zur Pflege außerhalb von Einrichtungen mehr als 20 Empfänger von Pflegeversicherungsleistungen bei häuslicher Pflege.

Im stationären Bereich ist die Zahl der Empfänger von Hilfe zur Pflege deutlich höher, was im Wesentlichen auf die Höhe der Heimentgelte zurückzuführen ist und auf die Schwierigkeiten, die erforderlichen Eigenanteile zu tragen. Hier war die Entwicklung seit 1996 durch einen Rückgang auf ca. 160 Tsd. im Jahr 1998 gekennzeichnet. Anschließend kam es wieder zu einem Anstieg bis auf ca. 203 Tsd. im Jahr 2000, einem Rückgang auf 186. Tsd. im Jahr 2002 und seitdem zu einem kontinuierlichen Anstieg bis auf ca. 214 Tsd. im Jahr 2006. In 2007 ging die Zahl der Empfänger von Hilfe zur Pflege erneut auf ca. 204 Tsd. zurück und stieg 2008 auf zuletzt 218 Tsd. wieder an.

Welche finanziellen Auswirkungen die Entwicklung der Zahl der Empfänger von Hilfe zur Pflege auf die Sozialhilfeausgaben hat, ist in Tabelle 21 wiedergegeben. Demnach sind die gesamten Ausgaben für Hilfe zur Pflege von rund 6,6 Mrd. Euro im Jahr 1994 auf 2,3 Mrd. Euro im Jahr 2000 und damit um ca. 75 % zurückgegangen. Anschließend sind sie dann bis 2008 auf ca. 2,8 Mrd. Euro gestiegen. Diese Entwicklung ist vor allem durch einen deutlichen Ausgabenrückgang im stationären Bereich von 5,8 Mrd. im Jahr 1994 auf 1,9 Mrd. im Jahr 1998 gegeben. In den Folgejahren schwankten die Ausgaben überwiegend zwischen 1,9 und 2,0 Mrd. bei zuletzt steigender Tendenz. Im ambulanten Bereich ist ebenfalls ein deutlicher Rückgang der Ausgaben von 803 Mio. im Jahr 1994 auf 370 Mio. im Jahr 1996 zu verzeichnen. Auffällig ist aber, dass seit 1997 ein Ausgabenanstieg auf zuletzt ca. 667 Mio. Euro im Jahr 2008 eingesetzt hat, obwohl die Empfängerzahlen im gleichen Zeitraum im ambulanten Bereich teilweise rückläufig waren (vgl. Tabelle 20).

4.10.4 Die Finanzierung von Pflegebedürftigkeit durch die Kriegsopferfürsorge

Eine weitere Finanzierungsquelle der Pflegeleistungen ist die Kriegsopferfürsorge (KOF). Die Kriegsopferfürsorge ist ein Teil des sozialen Entschädigungsrechts und ist in §§ 25 bis 27j Bundesversorgungsgesetz (BVG) geregelt. Die Kriegsopferfürsorge stellt zur Ergänzung der übrigen Leistungen des BVG, insbesondere zu den Entschädigungsrenten, individuelle Hilfen im Einzelfall bereit. Der Name bezieht sich auf die größte Gruppe der Anspruchsberechtigten. Anspruchsberechtigt sind aber nicht nur Kriegsopfer, sondern auch andere Personen, die einen bleibenden Gesundheitsschaden erlitten haben. Zu dem anspruchsberechtigten Personenkreis gehört, wer nach dem Sozialen Entschädigungsrecht als Beschädigte(r) eine Grundrente bezieht oder Anspruch auf Heilbehandlung hat bzw. als Hinterbliebene(r) Hinterbliebenenrente oder Witwen- oder Waisenbeihilfe erhält. Die Kriegsopferfürsorge umfasst für Berechtigte nach dem Bundesversorgungsgesetz Hilfen zur beruflichen Rehabilitation (§§ 26 und 26a), Krankenhilfe (§ 26b), Hilfe zur Pflege (§ 26c), Hilfe zur Weiterführung des Haushalts (§ 26d), Altenhilfe (§ 26e), Erziehungshilfe (§ 27), ergänzende Hilfe zum Lebensunterhalt (§ 27a), Erholungshilfe (§ 27b), Wohnungshilfe (§ 27c) und Hilfen in besonderen Lebenslagen (§ 27d). Leistungen der KOF werden gewährt, soweit die Beschädigten infolge der Schädigung und die Hinterbliebenen infolge des Verlustes des Ehegatten, Elternteils, Kindes oder Enkelkindes nicht in der Lage sind, ihren anzuerkennenden Bedarf aus den Versorgungsleistungen und ihrem sonstigen Einkommen und Vermögen zu decken.

Tabelle 22: Leistungsempfänger und Bruttoausgaben der Kriegsofferfürsorge

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

1) Seit Berichtsjahr 2000 wird die Statistik nur noch alle 2 Jahre erhoben
 Quelle: Statistisches Bundesamt, Kriegsofferfürsorgestatistik

In Tabelle 22 sind die Zahl der Leistungsempfänger und die Bruttoausgaben insgesamt ausgewiesen sowie die Ausgaben für die Leistungsempfänger, die Hilfe zur Pflege als Teil der Kriegsofferfürsorge erhalten. Seit Einführung der Pflegeversicherung hat sich die Zahl der Leistungsempfänger von ca. 149 Tsd. im Jahr 1995 auf ca. 44 Tsd. im Jahr 2008 reduziert. Der Anteil von Empfängern von Hilfen zur Pflege hat dabei von ca. 58 Tsd. (39% aller Leistungsempfänger) auf ca. 18 Tsd. (40% aller Leistungsempfänger) abgenommen. Die Bruttoausgaben haben sich dabei von ca. 1,3 Mio. Euro auf ca. 0,5 Mio. Euro verringert. Dass die Ausgaben für die Hilfe zur Pflege den größten Anteil an allen Leistungsausgaben stellen, wird vor allem in den ersten Jahren nach Einführung der Pflegeversicherung deutlich: Während 1995 der Anteil noch ca. 75% betrug, reduzierte er sich auf 59% im Jahr 2008.

4.10.5 Die Finanzierung von Pflegebedürftigkeit im Überblick

Der folgende Abschnitt gibt abschließend einen Überblick über die zuvor genannten Ausgaben für Pflegebedürftigkeit im Jahr 2008. Es handelt sich hierbei nur um die Ausgaben für Pflegebedürftigkeit und nicht um die Ausgaben für die Pflegebe-

Tabelle 23: Ausgaben für Pflegebedürftigkeit nach Finanzierungsquelle in 2008

Ausgabenquelle	in Mrd. €	als % der öffentl./ priv. Ausgaben	als % aller Ausgaben
Öffentliche Ausgaben		100	
Soziale Pflegeversicherung	19,14	84,0	56,0
Private Pflegeversicherung	0,62	2,7	1,8
Sozialhilfe	2,75	12,1	8,0
Kriegsopferfürsorge	0,28	1,2	0,8
Private Ausgaben*		100	
Pflegeheim ¹⁾	9,28	81,3	27,1
häusliche Pflege	2,13	18,7	6,2
Insgesamt			100
*Schätzungen			
1) Die verwendeten Heimentgelte stammen aus dem Jahr 2007.			
Quelle: BMG, soziale Pflegeversicherung; Verband der privaten Krankenversicherung e. V., Zahlenbericht 2007/2008; Statistisches Bundesamt, Sozialhilfestatistik, Kriegsopferfürsorgestatistik			

dürftigen. Ausgaben die etwa in der Krankenversicherung für Pflegebedürftige anfallen, werden hier nicht berücksichtigt. Differenziert wird zwischen öffentlichen und die privaten Ausgaben. Die private Pflegepflichtversicherung wird für den Zweck dieser Übersicht dem öffentlichen Sektor zugerechnet, da auch sie per Gesetz gegründet wurde.

Die öffentlichen Ausgaben können dabei den Berichterstattungen aus den jeweiligen Organisationen (Pflegeversicherung, Sozialhilfe, Kriegsopferversorgung) entnommen werden,³¹ während die privaten Ausgaben auf Schätzungen beruhen. Für die privaten Ausgaben für Pflege im Pflegeheim wurden die Leistungsempfänger (entsprechend ihrer Pflegestufe) mit dem pro Kopf zu tragenden Anteil an den

³¹ Bei diesem institutionellen Zugang werden damit auch die Ausgaben für Pflegegeld berücksichtigt. Die Opportunitätskosten der familialen Pflege, die insbesondere auf Einkommensausfällen für aufgegebenen oder reduzierte Erwerbstätigkeit beruhen, werden dagegen nicht berücksichtigt. Würden derartige indirekte Kosten und intangible Kosten berücksichtigt, würde sich das Bild deutlich verändern.

Heimentgelten, die nicht von der Pflegeversicherung getragen werden, multipliziert. Von diesen privaten Gesamtaufwendungen für die stationäre Pflege wurden anschließend die Nettoausgaben der Sozialhilfe für Hilfe zur Pflege innerhalb von Einrichtungen abgezogen. Für die privaten Ausgaben für die häusliche Pflege wurden die Leistungsempfänger mit den durchschnittlichen selbst getragenen Kosten pro Kopf multipliziert.³²

Wie in Tabelle 23 zu sehen ist, werden etwa $\frac{1}{3}$ der Ausgaben privat finanziert. Hiervon entfallen etwa ein Fünftel (= 6,2 % der Gesamtkosten) auf den häuslichen und vier Fünftel (= 27,1 % der Gesamtkosten) auf den stationären Bereich. Bei den öffentlichen Ausgaben wird mit 84 % der bei weitem größte Teil von der Sozialen Pflegeversicherung abgedeckt, während auf die Sozialhilfe 12,1 % entfallen. Demgegenüber ist der Anteil, der jeweils von der privaten Pflegeversicherung und der Kriegsopferversorgung getragen wird, mit 2,7 % bzw. 1,2 % relativ gering. Insgesamt entfallen auf die Soziale Pflegeversicherung 56 % aller Ausgaben, auf die privat getragene stationäre Pflege 27,1 %, auf die Sozialhilfe 8 %, auf die privat getragene häusliche Pflege 6,2 % und auf die private Pflegeversicherung 1,8 bzw. auf die Kriegsopferfürsorge 0,8 %.

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

5 Eintritt, Verlauf und Wandel von Pflegebedürftigkeit

Die amtlichen Statistiken – wie sie in Kapitel 4 ausführlich beschrieben und wiedergegeben wurden – verdeutlichen das genaue Ausmaß des jeweils aktuellen Leistungsgeschehens und stellen damit eine der wichtigsten Datenquellen für die Pflegeberichterstattung dar. Was diesen Daten allerdings fehlt, ist die Möglichkeit, der Prozesshaftigkeit von Pflegebedürftigkeit gerecht zu werden – also Eintrittswahrscheinlichkeiten und Verläufe von Pflegebedürftigkeit zu bestimmen. In diesem Kapitel und auch im nachfolgenden Schwerpunktkapitel wird daher versucht, einige diesbezügliche Wissenslücken auf Basis der Routinedaten der BARMER GEK zu schließen. In diesem Kapitel werden insbesondere die Lebenszeitprävalenz der über 60-Jährigen³³, also die Wahrscheinlichkeit dafür, nach Vollendung des 60. Lebensjahres jemals pflegebedürftig zu werden, die zeitlichen Dauern von Pflegebedürftigkeit und Pflegearrangements sowie Übergänge zwischen verschiedenen Pflegestufen und Pflegearrangements untersucht.

Abschnitt 5.1 beschreibt zunächst die verwendete Datenbasis. Außerdem wird die Repräsentativität der Routinedaten der BARMER GEK durch einen Vergleich mit der amtlichen Statistik geprüft. Anschließend wird in Abschnitt 0 darauf eingegangen, wie viele Menschen mit welchen Merkmalen pflegebedürftig sind und wie hoch die Pflegewahrscheinlichkeit im Lebensverlauf ist. In Abschnitt 5.3 wird beschrieben, welche Bedingungen wie z. B. Erkrankungen, Alter und Geschlecht den Eintritt in die Pflegebedürftigkeit begünstigen und ob sich hier im Laufe der Jahre Veränderungen ergeben. Neben Fragen zum Eintritt in die Pflegebedürftigkeit ist es von besonderem Interesse, was mit den pflegebedürftigen Männern und Frauen nachfolgend geschieht. In Abschnitt 5.4 werden daher die weiteren Pflegeverläufe untersucht und zwar in Bezug auf die Dauer der Pflegebedürftigkeit sowie auf Bewegungen zwischen den Pflegestufen und zwischen den Pflegearrangements. Somit werden umfangreiche Einblicke in die dynamischen Aspekte von Pflegebedürftigkeit ermöglicht, die so mit anderen Daten als den SPV-Daten gegenwärtig in Deutschland nicht gewonnen werden können.

³³ Es werden in den Analysen überwiegend nur diejenigen mit einem Alter ab 60 Jahren betrachtet, um dem Umstand gerecht zu werden, dass Pflege insbesondere ein Phänomen des Alters ist und Pflegebedürftigkeit bei jüngeren Versicherten meist mit einer Behinderung einhergeht und sich die Versorgung für diese Personen anders darstellt.

Bei der Untersuchung der Verläufe von Pflegebedürftigkeit wird von der Art der Kategorisierung der Pflegeleistungen, wie sie in der amtlichen Statistik vorgenommen wird, abgewichen. In der amtlichen Pflegestatistik wird nach Versorgungsarten unterschieden (Statistisches Bundesamt 2008a). Die Pflegebedürftigen werden demnach in drei Kategorien eingeteilt: 1. diejenigen, die im Heim gepflegt werden; 2. diejenigen, die durch ambulante Pflegedienste gepflegt werden und 3. diejenigen, die durch Angehörige gepflegt werden. In die erste Kategorie werden Pflegebedürftige zusammengefasst, die vollstationäre (Dauer- und Kurzzeitpflege) oder teilstationäre Pflege (Tages-/Nachtpflege) durch die nach SGB XI zugelassenen Pflegeheime erhalten. Als durch ambulante Pflegedienste versorgt werden die Pflegebedürftigen erfasst, die von einem nach SGB XI zugelassenen ambulanten Pflegedienst Pflegesachleistungen (einschließlich Kombinationsleistungen oder häusliche Pflege bei Verhinderung der Pflegeperson) erhalten. Als durch Angehörige versorgt gelten die Pflegebedürftigen, die Pflegegeld für selbst beschaffte Pflegehilfen nach § 37 SGB XI erhalten. Diese Art der Kategorisierung wird hier im Kapitel 5 nur für den Vergleich der Routinedaten mit den amtlichen Statistiken gewählt. Ansonsten unterscheiden wir die Pflegebedürftigen nach drei verschiedenen "Pflegearrangements":

1. Die Pflegebedürftigen werden dauerhaft im Heim versorgt (vollstationäre Heimpflege).
2. Die Pflegebedürftigen werden prinzipiell nur von Angehörigen zu Hause gepflegt und nur im Verhinderungsfall wird eine professionelle Hilfe in Anspruch genommen (Pflegegeld und Verhinderungspflege).
3. Die Pflegebedürftigen werden prinzipiell zu Hause gepflegt, aber eine professionelle Pflege wird regelmäßig in Anspruch genommen (Sachleistungen, Kombileistung, teilstationäre Pflege, Kurzzeitpflege).

Als „pflegebedürftig“ gelten in den nachfolgenden Untersuchungen die Versicherten, deren Pflegebedürftigkeit im Sinne des SGB XI anerkannt wurde. Dabei ist bekannt, dass Pflegebedürftigkeit zumeist im höheren Lebensalter auftritt und in jüngeren Jahren eine vergleichsweise geringere Rolle spielt (Wagner & Lürken 2002: 40ff.; Wagner & Brucker 2003: 36ff.; Schneekloth 2005: 67ff.). So lag beispielsweise 2002 das Durchschnittsalter der vom MDK erstmalig als „pflegebedürftig“ begutachteten Personen bei 76,4 Jahren, wobei das Durchschnittsalter für Männer 72,2 Jahre und für Frauen 78,8 Jahre betrug. (Wagner & Brucker 2003: 36). Etwa 80% der Personen, die als pflegebedürftig eingestuft wurden, waren 70

Jahre oder älter (ebenda). Pflegebedürftigkeit ist damit in erster Linie ein Phänomen des (höheren) Alters, weshalb auch in den nachfolgenden Analysen der Fokus auf die ältere Bevölkerung gelegt wird. Pflegebedürftige, die ausschließlich Pflegeleistungen der Hilfe für behinderte Menschen nach § 43 a SGB XI erhalten werden hier ebenso wie in der amtlichen Statistik nicht erfasst.

5.1 Routinedaten als Basis für die Analyse der Pflegebedürftigkeit

Datenbasis für die Verlaufs- und Versorgungsanalysen in Kapitel 5 und 0 sind prozessproduzierte Routinedaten, deren Potential für die Versorgungsforschung schon seit einiger Zeit hervorgehoben wird (Ferber & Behrens 1997; Swart & Ihle 2005; Müller & Braun 2006). Routinedaten enthalten Informationen über mehrere Zehntausende oder gar Millionen von Versicherten. Eine Primärerhebung in diesem Umfang könnte kaum zu vertretbaren Kosten durchgeführt werden. Routinedaten ermöglichen die Bearbeitung von wissenschaftlichen Fragestellungen, zu denen es an alternativen Datenquellen mangelt. Dies gilt insbesondere für Längsschnittanalysen der Pflegebedürftigkeit und die sektorübergreifende Betrachtung der medizinischen und pflegerischen Versorgung. Die in diesem Kapitel verwendeten Routinedaten bieten prinzipiell die Möglichkeit zur Abbildung des pflegerischen Leistungsgeschehens seit 1998.

Als Schwäche der Routinedatenanalyse wird oftmals deren teilweise unzureichende Validität genannt. Dieser Einwand trifft insbesondere dann zu, wenn die Daten nicht zahlungsrelevant sind, da die für die Dateneingabe zuständigen Sachbearbeiter Datenfelder, die folgenlos für die von ihnen zu verantwortende Zahlungsvorgänge (Stichwort: „Leistungsgewährung“) sind, mit weniger Sorgfalt bearbeiten. Entscheidend für die Analyse von Pflegeverläufen ist, dass die Pflegeleistungen allesamt zahlungsrelevant sind. Um falsche Schlussfolgerungen aufgrund von Datenfehler der Einführungsphase zu vermeiden, werden zudem erst Daten ab 2001 berücksichtigt (s. Abschnitt 5.1.2).

5.1.1 Beschreibung der Routinedaten

In den Routinedaten der BARMER GEK sind Informationen von mehr als 8,3 Millionen Personen enthalten, die Ende 2009 versichert waren. Auf Basis dieser Daten wird in diesem Report eine Grundauszählung der Pflegebedürftigkeit vorgenommen und der amtlichen Statistik gegenübergestellt. Vertiefende Analysen werden dann mit den Daten der Versicherten der vormaligen GEK durchgeführt. In den

Routinedaten der GEK sind Informationen von mehr als 3,1 Millionen Personen enthalten, die jemals im Zeitraum von 1990–2009 Versicherte der GEK waren. Die in den GEK-Daten enthalten Informationen über die Versicherten und ihre Versorgung. Die Informationen sind in verschiedenen Teildatensätzen, die mittels einer pseudonymisierten, personenbezogenen Identifikationsnummer miteinander kombiniert werden können.

Für die in Kapitel 5 bearbeiteten Fragestellungen zum Eintritt, Verlauf und Wandel von Pflegebedürftigkeit als auch zur Bearbeitung der Fragen zum Zusammenspiel von Demenz und Pflege in Kapitel 6 wurde jeweils auf mehrere dieser Teildatensätze zurückgegriffen:

- Die *Stammdatensätze* liefern grundlegende demografische Informationen zum Geschlecht, Geburtsjahr, Familienstand oder zu den Mitgliedschaftszeiten.
- Die *Pflegedaten* enthalten alle Informationen über die Leistungen der Sozialen Pflegeversicherung (SGB XI). Angegeben sind das Pflegezugangsdatum und nach Leistungsarten differenzierte Leistungsbezüge mit Beginn und Ende des jeweiligen Bezugs. Zu diesen Leistungsbezügen sind jeweils die Angaben zur Pflegestufe enthalten und für einige Leistungsarten auch die entsprechenden Ausgaben der SPV.
- Die Daten über die *ambulantärztlichen Leistungen* liefern quartalsweise die vergebenen Diagnosen und – ermittelt über die Praxisnummern – die behandelnde Facharztgruppe.
- Die *Arzneimitteldaten* liefern Informationen über die verordneten Medikamente in Form der anatomisch-therapeutisch-chemische Klassifikation (ATC) und über die verordnete Menge sowie das Verordnungsdatum. Zu den Verordnungen lassen sich die jeweiligen Ausgaben und auch die Facharztgruppen der verordnenden Ärzte auslesen. Berücksichtigt werden allerdings nur die Verordnungen, die auch eingelöst und dann abgerechnet wurden.
- Der Datensatz über *stationäre Behandlungen* liefert Informationen über die Zeiten mit Krankenhausaufenthalten oder Rehabilitationsmaßnahmen. Zu diesen stationären Maßnahmen sind zudem die Diagnosen gemäß der Internationalen Klassifikation der Krankheiten (ICD-Codes) angegeben.
- Außerdem stehen Daten zu den Verordnungen von *Heil- und Hilfsmitteln* zur Verfügung, aus denen einerseits die Arten der Leistungen und andererseits die Ausgaben hierfür entnommen werden können.

Die genannten Daten werden in unterschiedlichen Intervallen zur Analyse bereitgestellt: Die *Arzneimittel* und die *Heil- und Hilfsmittel* werden jährlich zur Verfügung gestellt. Datengrundlage dieses Reports sind bei den Arzneimitteln die Daten bis einschließlich 2009 und bei den Heil- und Hilfsmitteln die Daten bis 2008. Die Daten über die *ambulantärztlichen Leistungen* sind aus den Datenlieferungen bis einschließlich der Lieferung vom Juli 2010 enthalten. Diese beinhalten schon relativ vollständig die Informationen über die Diagnosestellungen und Leistungen des Jahres 2009. Die *Stammdaten*, die Daten der *stationären Diagnosestellungen* und die *Pflegedaten* basieren auf der Datenlieferung vom August 2010.

5.1.2 Variablenkonstruktion und Selektionen

Die Pflegeleistungen werden im ambulanten Bereich seit 1995 gewährt und im stationären Bereich seit 1996. Die Datenerfassung mit Angaben zum Leistungsbezug erfolgte in der GEK aber erst seit 1998. Hieraus können Interpretationsprobleme entstehen, was am Beispiel eines Versicherten gezeigt werden kann, der seit dem 25.06.1996 Pflegegeld bezieht. Die Datenerfassung in den GEK-Daten erfolgt mit dem frühesten Datum 1.1.1998. Somit erscheint diese Person mit einem Pflegezugsdatum 25.06.1996 in den Daten und mit einem Leistungsbeginn 1.1.1998 mit Pflegegeld. Für den Zeitraum dazwischen können wir keine Aussagen über die Art der Pflegeleistungen oder die Pflegestufen machen. Auch in den Folgejahren erfolgten noch sehr viele Eintragungen erst nachträglich. Viele Pflegeverläufe, die auch erst nach dem 1.1.1998 begannen, wurden in den Daten mit einem Pflegezugsdatum versehen, aber die Dokumentation der speziellen Leistungen erfolgte erst zeitversetzt. Dadurch entstanden sehr viele Eintragungen zum jeweiligen 1.1. des Jahres, zum Quartalsbeginn oder zum Monatsbeginn. Diese übermäßigen Häufungen von nachträglichen Dokumentationen verlieren sich ab dem Jahr 2001. Dieser organisatorische Einführungseffekt ist also im Jahr 2001 weitestgehend überwunden. Um die Pflegeinzidenzen und Pflegeverläufe unabhängig von den Dokumentationsverschiebungen zu beschreiben, beschränken wir uns in den Analysen daher auf die Pflegeverläufe, die im Zeitfenster 1.1.2001 – 31.12.2009 beginnen. Es wird also ein 9-Jahreszeitraum beobachtet.

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

Als Leistungen werden unterschieden:

1. Pflegesachleistung (§ 36 SGB XI: Pflege durch ambulante Pflegedienste),
2. Pflegegeld (§ 37 SGB XI: für selbst beschaffte Pflegehilfen),
3. Verhinderungspflege (§ 39 SGB XI: häusliche Pflege bei Verhinderung der Pflegeperson),
4. Tages- und Nachtpflege (§ 41 SGB XI: stationäre Pflege als Ergänzung zur häuslichen Pflege),
5. Kurzzeitpflege (§ 42 SGB XI: vorübergehende stationäre Pflege),
6. Vollstationäre Pflege (§ 43 SGB XI: dauerhafte vollstationäre Pflege),
7. Zuschuss für stationäre Pflege (§ 43 Abs. 4 SGB XI: vollstationäre Pflege trotz gegenteiliger Empfehlung der Pflegekasse),
8. Kostenerstattung an Vertragseinrichtung ohne Vertragsvereinbarung (§ 91 SGB XI: Leistungen an Pflegeheime oder ambulante Pflegedienste ohne Vertragsvereinbarung nach § 85 oder § 89 SGB XI),
9. Vollstationäre Behinderteneingliederung (§ 43a SGB XI: Leistungen in "...vollstationären Einrichtung der Hilfe für behinderte Menschen, in der die Teilhabe am Arbeitsleben und am Leben in der Gemeinschaft, die schulische Ausbildung oder die Erziehung behinderter Menschen im Vordergrund des Einrichtungszwecks stehen..."),
10. Ruhen der Leistungsansprüche (§ 34 SGB XI: Zeiten, in denen beispielsweise wegen stationärer, medizinischer Behandlung oder wegen Auslandsaufenthalten (noch) keine Pflegeleistungen gewährt werden),
11. Maßnahmen zur Verbesserung des individuellen Wohnumfeldes (§ 40 SGB XI),
12. Zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel (§ 40 SGB XI),
13. Technische Hilfsmittel (§ 40 SGB XI),
14. Betreuungsleistung (§ 45b SGB XI: Leistungen für Menschen mit erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf. Seit 2002; seit 1.7.2008 auch für Personen ohne Pflegestufe = Pflegestufe 0).

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

Versorgungsarten im Sinne der amtlichen Statistik: Zur Bestimmung der Pflegeprävalenzen 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. Für die Überprüfung der Repräsentativität der BARMER GEK Daten wurden die Leistungen entsprechend der amtlichen Statistik wie folgt zusammengefasst: in Heimen versorgt (vollstationäre Pflege, Tages- und Nachtpflege, Kurzzeitpflege), zu Hause versorgt unter Mitwirkung von Pflegediensten (Pflegesachleistungen, Kombinationsleistung, Verhinderungspflege), zu Hause versorgt durch Angehörige (Pflegegeld).

Pflegearrangements: Um zu differenzieren, ob die Pflege im Wesentlichen durch nahe stehende Personen erbracht wird, oder ob häufig oder dauerhaft die häusliche Pflege um professionelle Pflegeleistungen im Sinne des SGB XI ergänzt werden oder ob die zu pflegenden Personen dauerhaft im Pflegeheim untergebracht werden, werden die Leistungen zu *Pflegearrangements* zusammengefasst. Unterschieden werden *informelle Pflege* (Pflegegeld, Verhinderungspflege), *formell-ambulante Pflege* (Pflegesachleistungen, Kombinationsleistung Kurzzeitpflege, Tages- und Nachtpflege) und *vollstationäre Pflege* im Heim (vollstationäre Pflege). Von den insgesamt über 300.000 dokumentierten Leistungsepisoden beziehen sich nur 10 auf Zuschüsse für stationäre Pflege (Leistung 7) und 8 auf Kostenerstattung an Vertragseinrichtung ohne Vertragsvereinbarung (Leistung 8). Die Zuschüsse wurden dem Pflegearrangement vollstationäre Pflege im Heim zugeordnet und die Leistungen an Vertragseinrichtungen ohne Vertragsvereinbarungen der formell-ambulanten Pflege.

Pflegestufe: Bei der Pflegestufe wird grundsätzlich zwischen Pflegestufe I, Pflegestufe II und Pflegestufe III unterschieden. In den über 300.000 dokumentierten Leistungsepisoden sind zudem 1.584 Episoden als Härtefälle dokumentiert und 1.206 Episoden als Episoden mit Pflegestufe 0. Die Härtefälle wurden für die Analysen der Pflegestufe III zugeordnet. Die Episoden mit Pflegestufe 0 wurden für die Analysen als Zeiten ohne Pflegestufe belassen.

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

Im Gegensatz zum letztjährigen Pflegereport (Rothgang et al. 2009) werden die Verläufe nicht taggenau erfasst, sondern quartalsweise. Dies ist dem Umstand geschuldet, dass das Verständnis für Pflegearrangements sich nicht auf einen Tag bezieht, sondern auf längere zeitliche Einheiten. Wenn beispielsweise einmal in der Woche noch Tagespflege in Anspruch genommen wird, dann ist dies ein über längere Zeit andauerndes Pflegearrangement häuslicher Pflege mit Unterstützung durch Pflegeeinrichtungen, der mehr als nur informelle Pflege beschreibt. Von daher ist zu messen, welche Pflegeleistungen einzeln oder kombiniert in einem größeren Zeitfenster in Anspruch genommen werden.

Die Umstellung auf die quartalsweise Betrachtung ist außerdem dadurch begründet, dass auf Basis der taggenauen Messung im letzten Bericht eine Vielzahl an inzidenten Fällen nicht in die Beobachtung aufgenommen wurde, weil mit dem dokumentierten Pflegezugangsdatum noch kein definierter Leistungsbezug einherging. Um auch diejenigen Fälle zu erfassen, bei denen der definierte Leistungsbeginn erst ein paar Tage nach dem dokumentierten Pflegezugang erfasst ist, werden alle diejenigen Pflegeverläufe als inzidente Pflegeverläufe beobachtet, bei denen der Pflegezugang im ersten Leistungsquartal oder ein Quartal zuvor liegt und zudem auch eine beobachtete Versichertenzeit von 4 Quartalen vorliegt.

Für die nachstehenden Analysen der Inzidenzen und weiteren Pflegeverläufe, die auf den soeben beschriebenen Daten basieren, wurden – wenn nicht anders erwähnt – ausschließlich pflegebedürftige Männer und Frauen berücksichtigt, die bei einem erstmaligen Pflegeleistungsbezug mindestens 60 Jahre alt waren. Bei der Untersuchung der Prävalenzen werden alle diejenigen betrachtet, die zum Beobachtungszeitpunkt mindestens 60 Jahre alt waren. Damit soll der Fokus auf die Pflegebedürftigkeit im höheren Lebensalter gelegt werden, in der die Prävalenz zu steigen beginnt (siehe Abschnitt 5.1.3).³⁴ Für die Analysen wurde außerdem kontrolliert, dass die Untersuchungspersonen im Messquartal und in den drei vorangegangenen Quartalen versichert waren, um zu verhindern, dass die Kontrollvariablen einem Selektionsbias unterliegen.

³⁴ Da es sich bei den jüngeren Pflegebedürftigen primär um behinderte Menschen handelt, deren Lebensumstände ganz andere Probleme aufwerfen, stehen diese hier nicht im Mittelpunkt des Interesses und wurden nicht berücksichtigt. Entsprechend wurden die Leistungen für Pflege in vollstationären Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen nach § 43a SGB XI hier ebenso wenig berücksichtigt wie in der amtlichen Statistik.

Im Einzelnen wurden für die Analysen folgende Variablen verwendet:

Geschlecht: Frauen werden mit Männern verglichen.

Alter: Das Alter wurde durch die Subtraktion des Geburtsjahres vom jeweiligen Beobachtungsjahr ermittelt. In der Regel werden die Personen in 5-Jahres-Altersklassen oder in 10-Jahres-Altersklassen zusammengefasst. Als oberste Altersklasse wird 90+ verwendet (90 Jahre und älter).

Familienstand: Als Proxy für ein Leben in Partnerschaft wurde der Familienstand berücksichtigt. Dabei werden Verheiratete und Unverheiratete (Ledige, Verwitwete, Geschiedene) unterschieden. Die „Unverheirateten“ umfassen daher teilweise auch Personen, die mit einem Partner zusammenleben. Die Variable ist als zeitveränderliche Variable aus den Stammdaten gewonnen. Sie begründet sich auf die Angabe zum Familienstand, die meist für die Versicherten vorliegt und auf die Angabe zum Versicherungsverhältnis. Mitversicherte bekommen bei der Angabe: „als Ehegatte mitversichert“ den Zustand „Verheiratet“ zugeschrieben und mitversicherte Kinder bekommen den Zustand „Ledig“ zugeschrieben, wenn für diese Personen kein Eintrag zum Familienstand vorliegt.

Erkrankungen: Zur Messung wichtiger Morbiditäten wurde auf die dokumentierten Diagnosen aus den stationären und ambulanten Daten zurückgegriffen. In Deutschland ist zur Verschlüsselung von Diagnosen in der ambulanten und stationären Versorgung die ICD-10-GM anzuwenden, die durch das Deutsche Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI 2009) übersetzt und ergänzt wird. Die Übersetzung basiert auf der Klassifikation der Erkrankungen, wie sie von der WHO (2010) vorgenommen wird. Inwieweit derartige Messungen in GKV-Routinedaten valide sind, wird vielfach diskutiert. Insbesondere in älteren Dokumentationen sind die Zusatzschlüssel, die angeben, ob eine Diagnose einerseits gesichert ist oder gar im Gegenteil eine Ausschlussdiagnose ist, nicht dokumentiert. Es wurde daher vorgeschlagen, gerade bei chronischen Erkrankungen eine interne Validierung anzuwenden, um entsprechende Unsicherheiten zu vermeiden (Ihle 2005). Zur Validierung der Diagnosen wurde vorgeschlagen, nur diejenigen Fälle zu betrachten, die mindestens in drei Quartalen dieselbe Diagnose erhielten. Eine weitere Möglichkeit zur Validierung ambulanter Diagnosen sei durch den Vergleich mit stationären Diagnosen gegeben oder dadurch, dass die Diagnosen von verschiedenen niedergelassenen Ärzten vergeben wurde. Nach Aussagen von Ingrid Schubert gibt es aber bezüglich des Validierungskonzepts noch keine Überprü-

fung anhand von Aktenanalysen oder Nachuntersuchungen.³⁵ Inwieweit einerseits mit einer Selektion nach bestimmten Validierungskriterien somit richtig klassifizierte Fälle ausgeschlossen werden oder andererseits durch den Einschluss aller gültigen und gesicherten Diagnosen fehldiagnostizierte Fälle eingeschlossen werden, kann somit nicht beurteilt werden. Für einige Analysen mag es sinnvoll sein, sich nur auf sehr hoch validierte Diagnosen zu beziehen. Es gibt aber auch eine Reihe von Gründen, die gegen den Versuch einer internen Validierung mit diesen Methoden sprechen:

- Man verliert eine Vielzahl an Messungen, die nicht unbedingt falsch sein müssen. Jegliche Prävalenzschätzung, die sich nur auf durch interne Validierung gestützte Messungen bezieht, kommt sehr wahrscheinlich zu Unterschätzungen.
- Es gibt keinen Nachweis dafür, dass eine als dauerhaft im EDV-System eines Arztes eingestellte Diagnose als sicher zu bewerten ist und eine einmalig für das Quartal eingestellte Diagnose nicht.
- Unabhängig davon, ob Ärzte eine Diagnose fälschlicherweise oder richtigerweise vergeben haben, sollte wenigstens angenommen werden, dass sich das Therapieverhalten nach den vergebenen Diagnosen richtet.
- Aktuelle Inzidenzen können nicht gemessen werden, wenn das Beobachtungsfenster zu kurz ist, um den Validierungskriterien zu entsprechen.
- Diagnosestellungen werden nur dann erfasst, wenn auch ein Behandlungsfall eintritt. Patienten, die seltener zum Arzt gehen, werden durch ein strenges Validierungskonzept ausgeschlossen.
- Diagnosestellungen, die kurz vor dem Tod gestellt werden, würden als weniger valide ausgeschlossen werden müssen.

Um all diesen Fehlerquellen entgegenzuwirken, erfolgen die Messungen quartalsweise. Als erkrankt gilt jede Person, die innerhalb des jeweiligen Beobachtungsquartals oder einem der drei zurückliegenden Quartale mindestens einmal eine entsprechende Diagnose bekommen hat. Falls die Diagnose fehlerhaft sein sollte, wird sie somit auch nicht dauerhaft einer Person zugeordnet, sondern höchstens für 4 Quartale. Bei den ambulantärztlichen Diagnosen durfte der Schlüssel für 'Aus-

³⁵ Aussage vom 16.09.2008 auf dem Kongress „Qualitätsmessung und Qualitätsmanagement mit Routinedaten“ in Potsdam. Ingrid Schubert ist Leiterin der PMV-Forschungsgruppe der Universität zu Köln, in der das Validierungskonzept ausgearbeitet wurde.

schluss', 'Verdacht' oder 'Zustand nach' nicht gesetzt sein. Aus den stationären Daten wurden sowohl Haupt- als auch Nebendiagnosen verwendet.

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

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

Die Demenzdiagnose ist im Schwerpunktkapitel die wichtigste Diagnose. Als Definitionsvorlage sind hier die auch in offiziellen Organen gebräuchlichen Abgrenzungen gewählt (MDS 2009: 53; DIMDI 2008: 170; DEGAM 2008: 13). Es gab Überlegungen andere Diagnosen, die als Ursache für eine Demenz infrage kommen, mit zu berücksichtigen. Diese Diagnosen sind aber nicht zwingend mit einer Demenz in Verbindung zu bringen. Daher wurden sie nicht berücksichtigt. Die am meisten mit einer Demenzdiagnose direkt in Verbindung zu bringende Diagnose ist wahrscheinlich die Alzheimer-Krankheit (ICD10: G30). Eine Auszählung der GEK-Daten von 2009 hat aber bei einer Anzahl von 47.413 Personenquartalen mit einer Demenzdiagnose (F00-F03) nur eine Zahl von 1.488 ergeben, die keine Demenzdiagnose, aber eine Alzheimerdiagnose aufweisen. Eine gravierende Fehleinschätzung des Demenzaufkommens ist daher durch die Nichtberücksichtigung der G30-Kodierung nicht zu erwarten.

In aller Regel sind die Untersuchungseinheiten selektiert nach Alter und Versicherungszeit. Es werden in den Analysen diejenigen mit einem Alter ab 60 Jahren ausgewählt, um dem Umstand gerecht zu werden, dass Pflege insbesondere ein Phänomen des Alters ist und Pflegebedürftigkeit bei jüngeren Versicherten meist mit einer Behinderung einhergeht und sich die Versorgungsgruppe für diese Personen anders darstellt. Für die Betrachtung der Pflegeverläufe und der medizinischen

Inanspruchnahmen wurde zudem nach der Versichertenzeit selektiert. Es müssen für den Einschluss in die Analysen für das aktuelle Quartal und die drei vorangegangenen Quartale jeweils Versichertenzeiten vorliegen.

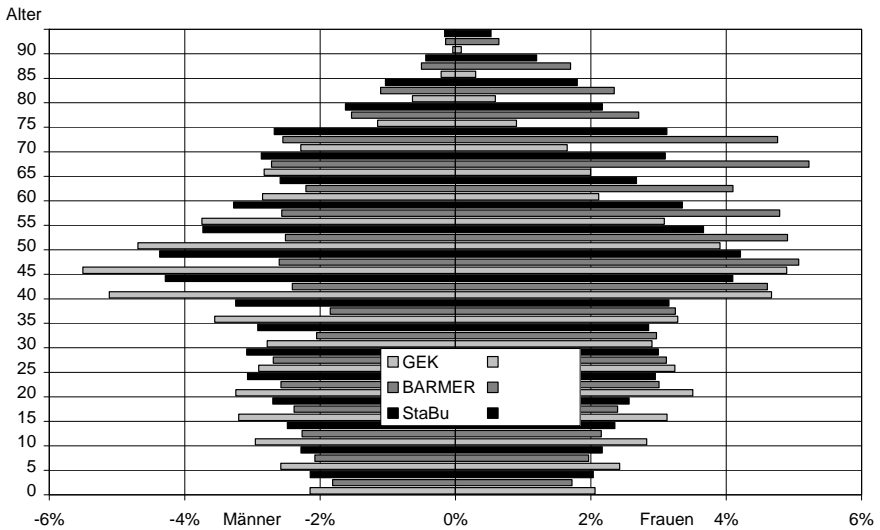
5.1.3 Zur Repräsentativität der Routinedaten

Fast keine Studie ist über Zweifel an ihrer Repräsentativität erhaben. Dies gilt auch für Studien auf Basis von Routinedaten der Krankenkassen. Dies gilt bei Studien auf Basis der Versicherten einer Krankenkasse umso mehr, als sich die Versicherten verschiedener Krankenkassen hinsichtlich Alters- und Geschlechterverteilung sowie der Sozialstruktur der Versicherten unterscheiden. Diese Unterschiede könnten Auswirkungen auf die gemessenen Inzidenzen und Prävalenzen haben.

Um über den Grad der möglichen Verzerrungen zu informieren wird hier zunächst dargestellt, inwieweit sich die Verteilung der Versicherten in BARMER, GEK und der Wohnbevölkerung in Deutschland nach Alter und unterscheiden. Abbildung 10 zeigt für die drei Populationen (Wohnbevölkerung, GEK- bzw. BARMER-Versicherte) die Anteile nach Alterskategorien und Geschlecht. Jeder einzelne Balken zeigt an, wie groß der Anteil der Männer oder Frauen der jeweiligen Alterskategorie an der jeweiligen Gesamtpopulation ist. Bei den Versicherten der GEK fällt beispielsweise auf, dass die Männer in der Alterskategorie 45–49 Jahre fast 6 % der GEK-Versicherten stellen. Über 90-jährige sind hingegen nur äußerst wenig vertreten. Insbesondere unter den über 40-jährigen Versicherten der GEK zeigen sich fast durchweg höhere Anteile bei den Männern als bei den Frauen. Dieses Bild verkehrt sich beim Blick auf die Verteilung der Versicherten der BARMER. Hier sind schon ab der Alterskategorie 20-24 höhere Frauenanteile zu beobachten. In den höheren Alterskategorien werden die ungleichen Verteilungen immer deutlicher. In den Alterskategorien jenseits der 60 Jahre sind die Anteile der Frauen mehr als doppelt so groß wie die Anteile der Männer.

Die Alters- und Geschlechterverteilung der Bundesbevölkerung zeigt das bekannte Bild der höheren Anteile der männlichen Bevölkerung in jüngeren Jahren. Dies beruht auf den höheren Geburtenzahlen von Jungen als von Mädchen und den Effekten der Zuwanderungen. Diese Männerüberschüsse verschwinden dann im mittleren Alter. Etwa ab dem Renteneintrittsalter ist dann ein Frauenüberschuss zu beobachten. Von dieser Alters- und Geschlechterverteilung unterscheiden sich nun sowohl die Verteilungen der Versicherten der BARMER als auch der Versicherten der GEK. Im Vergleich mit der Verteilung in der Bundesbevölkerung könnte man

Abbildung 10: Alters- und Geschlechterverteilung in der BRD, unter den Versicherten der BARMER und den Versicherten der GEK Ende 2009



Quelle: BARMER GEK; eigene Schätzung der Bevölkerung auf Basis der Bevölkerungsfortschreibung (Statistisches Bundesamt (mehrere Jahrgänge; 2010a))

von einer jungen Männerkasse im Fall der GEK und von einer Ältere-Frauenkasse im Fall der BARMER sprechen.

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

Noch nicht berücksichtigt sind damit mögliche soziale Unterschiede und ihre Auswirkungen auf die Verteilung der Pflegebedürftigkeit. Um zu überprüfen, ob es im großen Maße solche Auswirkungen gibt, wird nachfolgend verglichen, ob es Unterschiede der Prävalenz zwischen den Versicherten der BARMER, den Versicherten der GEK und den durch das Statistische Bundesamt gemessenen Prävalenzen gibt.

Abbildung 11 bis Abbildung 16 geben die Pflegeprävalenzen nach der Pflegestatistik unter den Versicherten der BARMER und unter den Versicherten der GEK wieder. Die Pflegestatistik hat als Grundgesamtheit die gesamte Bundesbevölkerung inklusive der privat versicherten Personen und unterscheidet sich schon daher von den Kassendaten, die sich nur auf Versicherte der Sozialen Pflegeversicherung beziehen. Dabei ist bekannt, dass sich insbesondere die Altersstruktur zwischen Versicherten der Sozialen Pflegeversicherung und der Privaten Pflegepflichtversicherung erheblich unterscheiden (Rothgang 2010b).

Die Angaben der Pflegestatistik beruhen auf den Daten von 15.12.2007 bzw. 31.12.2007, während sich die Angaben auf Basis der Versichertendaten der BARMER und der GEK auf Messungen zum 15.12.2009 beziehen. Da die altersspezifischen Prävalenzen im Zeitverlauf aber nur in sehr geringem Maße rückläufig sind (Rothgang et al. 2009: 68), dürften die unterschiedlichen Messzeitpunkte unproblematisch sein. Zu beachten ist dagegen, dass die in der Pflegestatistik angegebenen Prävalenzen insgesamt höher sein können, weil es dort vielfach zu Doppelzählungen kommt, wenn gleichzeitig verschiedene Leistungen in Anspruch genommen werden. Dies kann bei einer Messung mit Kassendaten ausgeschlossen werden, weil die Informationen hier individuenbezogen vorliegen.

Abbildung 11 bis Abbildung 13 zeigen die Pflegeprävalenzen differenziert nach Alterskategorien, Geschlecht und Pflegestufen. Allen Darstellungen gemeinsam ist der exponentielle Anstieg der Pflegebedürftigkeit mit dem Alter. Während alle drei Datengrundlagen für die Alterskategorien bis 59 Jahre eine Prävalenz von deutlich unter 1 % ausweisen, steigt die Prävalenz mit der Alterskategorie 60-64 Jahre deutlich an. Die Pflegestatistik weist für Männer einen Anteil von 1,7 % und für Frauen einen Anteil von 1,5 % aus. Bei den Versicherten der BARMER sind es 1,9 % bzw. 1,4 % und bei den Versicherten der GEK 1,4 % bzw. 1,2 %. In der Alterskategorie 75–79 Jahre werden in der Pflegestatistik schon Prävalenzen von 8,8 % für Männer und 10,7 % für Frauen ausgewiesen. Von den Versicherten der BARMER sind in dieser Alterskategorie 7,2 % bzw. 8,0 % pflegebedürftig und von den Versicherten der GEK 7,0 % bzw. 8,6 %. Betrachtet man die Anteile in der Alterskategorie 85–89 Jahre, ergeben sich folgende Pflegeprävalenzen: Die Pflegestatistik weist für Männer 27,5 % und für Frauen 40,7 % aus; bei den BARMER-Versicherten belaufen sich die Anteile auf 26,5 % (Männer) bzw. 36,3 % (Frauen) und bei den GEK-Versicherten auf 24,9 % (Männer) bzw. 37,2 % (Frauen).

Abbildung 11: Pflegestatistik für 2007: Pflegeprävalenz nach Stufen

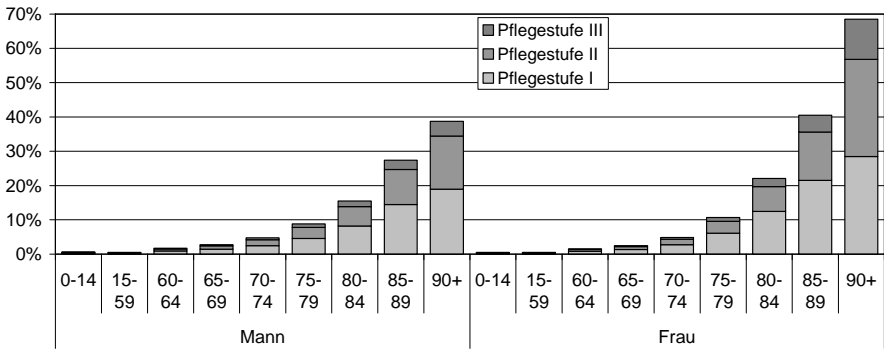


Abbildung 12: BARMER Daten von 2009: Pflegeprävalenz nach Stufen

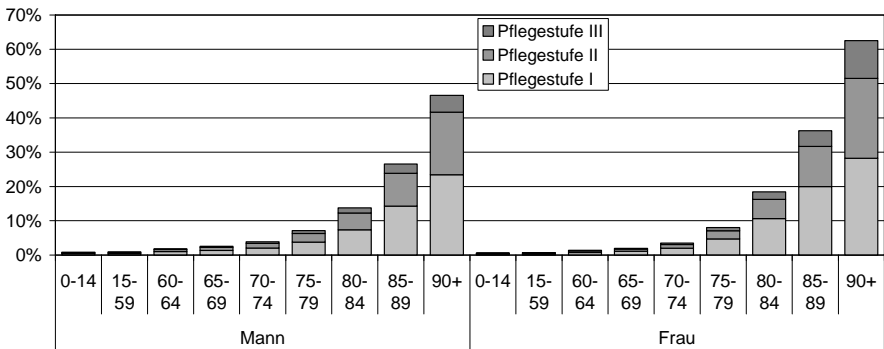


Abbildung 13: GEK Daten von 2009: Pflegeprävalenz nach Stufen

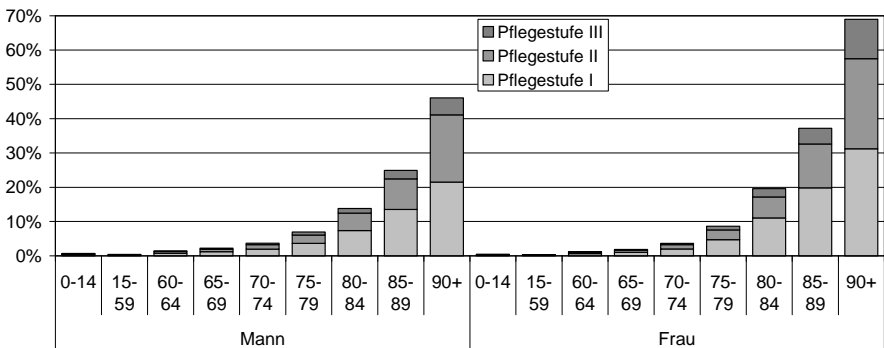


Abbildung 14: Pflegestatistik für 2007: Pflegeprävalenz nach Versorgungsart

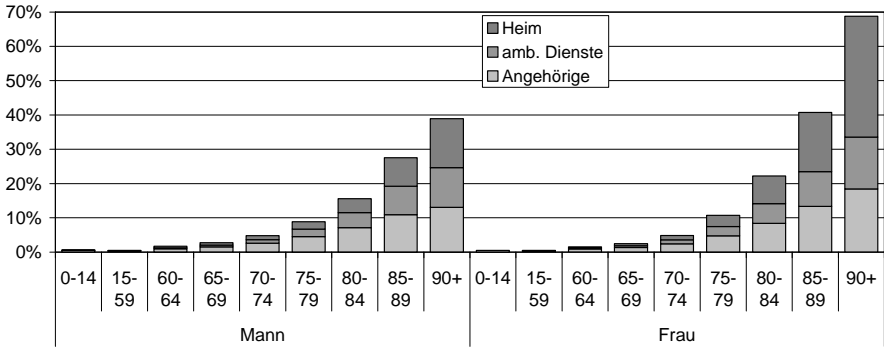


Abbildung 15: BARMER Daten 2009: Pflegeprävalenz nach Versorgungsart

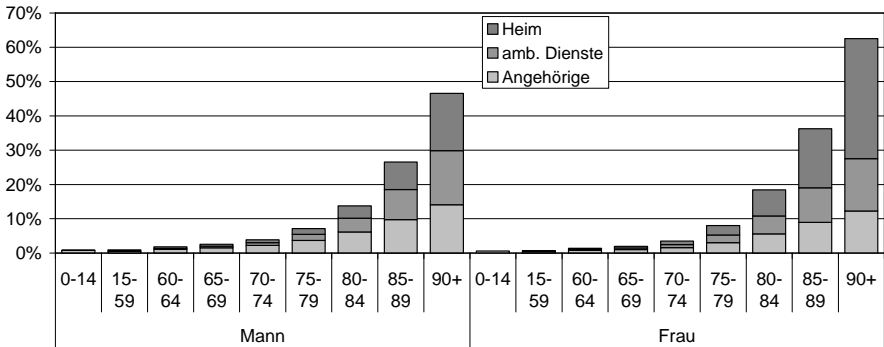
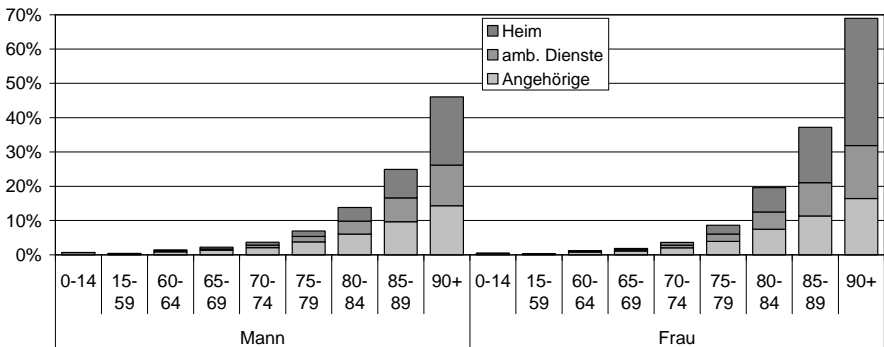


Abbildung 16: GEK Daten 2009: Pflegeprävalenz nach Versorgungsart



Im Vergleich zeigt sich, dass sich die Anteilswerte bei den Versicherten der BARMER und den Versicherten der GEK sehr ähneln, während sie tendenziell unter denen der Pflegestatistik liegen. Dies kann einerseits damit erklärt werden, dass in der BARMER in gleicher Weise wie in der GEK mehr Personen versichert sind, die insgesamt gesünder sind und weniger Pflegebedarf haben als der Bevölkerungsdurchschnitt. Es kann andererseits aber auch auf die Doppelzählungen in der Pflegestatistik zurückgeführt werden.

Ein weiteres wichtiges Merkmal für die Repräsentativität der BARMER GEK-Pflegedaten, ist die Verteilung der Pflegestufen und Versorgungsarten innerhalb der Alterskategorien. Der Blick auf die *Verteilung der Pflegestufen* lässt auf Basis aller drei Datenquellen gleichartige Anteile innerhalb der Alterskategorien erkennen. Durchgängig sind die höheren Anteile in der Pflegestufe I zu finden. In höheren Altersstufen liegt der Anteil der Pflegebedürftigen in Pflegestufe II und III dann höher. Ebenso ist der deutliche Unterschied im Gesamtniveau der Pflegebedürftigkeit zwischen Männern und Frauen in allen drei Datenquellen erkennbar.

Abbildung 14 bis Abbildung 16 zeigen die Unterschiede nach der *Versorgungsart*, wie sie vom Statistischen Bundesamt definiert ist. Die vorzufindende alters- und geschlechtsspezifische Gesamtprävalenz ist identisch mit denen in Abbildung 11 bis Abbildung 13. In gleicher Weise wird auf Basis aller drei Datenquellen deutlich, dass es einen Geschlechterunterschied gibt. Während bei den Männern bis in die Alterskategorie 85–89 die Pflege durch Angehörige die mit Abstand häufigste Versorgungsart ist, zeigt sich bei den Frauen schon in der Alterskategorie 80–84, dass der Anteil der im Heim gepflegten etwa gleich groß oder größer ist. Je älter die Population ist, desto höher ist der Anteil der im Heim versorgten Personen und je höher der Frauenanteil desto höher ist ebenfalls der Anteil der im Heim versorgten Personen. Zu diesen Feststellungen kommt man auf Basis aller drei Datenquellen in gleicher Weise. Selbst die in den GEK-Daten sehr dünn besetzte Alterskategorie der über 90-Jährigen liefert in dieser Betrachtung noch konsistente Werte.

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass altersspezifische und geschlechtsspezifische Unterschiede in der Pflegeversorgung mit den Routinedaten analysierbar und Ergebnisse in gewissem Maße auf die Gesamtbevölkerung übertragbar sind. Deutlich wird auch die sehr ähnliche Verteilung der Prävalenzen der Versicherten der BARMER und den Versicherten der GEK. Somit lassen sich die Ergebnisse der GEK-Daten sehr gut auf die BARMER GEK-Versicherten übertragen.

5.2 Wer ist pflegebedürftig?

In diesem Abschnitt sollen die Pflegebedürftigen näher charakterisiert und Veränderungen in den letzten Jahren thematisiert werden. Hierzu werden die Pflegebedürftigen zunächst im Hinblick auf ausgewählte sozio-demographische Merkmale charakterisiert (Abschnitt 5.2.1). Anschließend werden Veränderungen der altersspezifischen Prävalenzen (Abschnitt 5.2.2) und der Lebenszeitprävalenzen (Abschnitt 5.2.3) thematisiert.

5.2.1 Verteilung nach Pflegestufe, Pflegearrangement, Alter, Familienstand, Geschlecht und Erkrankung im zeitlichen Verlauf

In diesem Abschnitt wird dargestellt, welche Merkmale die pflegebedürftigen GEK-Versicherten haben, um die weiteren Ergebnisse gegebenenfalls besser interpretieren zu können. Dabei wird bereits dargestellt, wie sich die Merkmalsverteilungen ggf. über die Zeit verändern. Für die Messung werden die Pflegebedürftigen quartalsweise den Pflegearrangements und Pflegestufen zugeordnet. Zur Auswahl kommen alle Quartale von pflegebedürftigen Personen, zu denen auch in den drei vorangegangenen Quartalen ein Versicherungsverhältnis vorliegt. Diese Selektion ist notwendig, weil die Kategorisierung beispielsweise in „krank“ und „nicht krank“ auf Basis der dokumentierten Diagnosen dieser vier Quartale erfolgt.

Tabelle 24 zeigt die Anteile der Pflegebedürftigen Männer und Frauen nach den differenzierenden Merkmalen Pflegestufe, Pflegearrangement, Alter, Familienstand und diagnostizierten Erkrankungen. Die diagnostizierten Erkrankungen werden erst ab dem Jahr 2005 dargestellt, da für die anderen Jahre keine ambulanten Diagnosedaten vorliegen. Als erkrankt gelten jeweils die Personen, die innerhalb der letzten 4 Quartale mindestens einmal eine solche Diagnose bekommen haben. Die dargestellten Anteile sind in keiner Weise standardisiert, sondern spiegeln die Verteilungen unter den Pflegebedürftigen der GEK-Versicherten wieder.

Bei den Pflegebedürftigen der GEK gibt es von 2007 bis 2009 einen leichten Anstieg im Anteil der Pflegebedürftigen in *Pflegestufe* I. Entsprechend ist der Anteil der Pflegebedürftigen mit Pflegestufe II und III leicht rückläufig.

Entgegen den Bestrebungen, der häuslichen Pflege den Vorzug vor der stationären Pflege zu geben, entwickeln sich die Anteile in den Pflegearrangements in anderer Weise. Die informelle Pflege geht im Anteil zumindest bis 2007 zurück. 2009 ist der Anteil der stationär versorgten Pflegebedürftigen hingegen bei den Männern

und Frauen zurückgegangen. Dies könnte ein Effekt des PFWG sein, das die Leistungen für ambulante Pflege erhöht hat, für die Pflegestufen I und II nicht aber die für stationäre Pflege. Damit haben sich die Anreize etwas zuungunsten der stationären Pflege verschoben.

Aufgelistet sind in Tabelle 24 auch ausgewählte *Erkrankungen*. Dabei wurden solche Krankheiten ausgewählt, die als pflegebegründende Diagnosen in Betracht kommen. Bei einigen dieser Diagnosen sind kaum Unterschiede in den Anteilen zwischen Männern und Frauen erkennbar, bei anderen zeigen sich hingegen deutliche Unterschiede zwischen den Geschlechtern. Krebs ist beispielsweise insgesamt sehr häufig, aber unter den pflegebedürftigen Männern weist jeder Vierte eine solche Diagnose auf, während nur jede sechste Frau Krebs hat. Alzheimerdemenz und vaskuläre Demenz wurde bei pflegebedürftige Männer und Frauen zwar in ähnlichen Anteilen diagnostiziert, aber unter Berücksichtigung auch der anderen und nicht näher spezifizierten Demenzen ergeben sich für die pflegebedürftigen Frauen mit 40 % erkennbar höhere Anteile im Vergleich zu den Männern, bei denen nur zu 34 % der Pflegebedürftigen eine solche Diagnose haben. Das Parkinsonsyndrom ist hingegen wieder bei den Männern mit ca. 12 % eine häufiger vorzufindende Erkrankung als bei den Frauen, die zu ca. 8 % davon betroffen sind. Multiple Sklerose findet sich unter den Pflegebedürftigen relativ wenig, auch wenn diese Erkrankung als ursächlich für eine Pflegebedürftigkeit gelten kann. Der Schlaganfall wird häufiger als pflegebegründende Diagnose genannt und kommt wiederum mehr unter Männern vor. Hier zeigen sich ähnliche Verteilungen wie bei den Krebsdiagnosen: Etwa jeder vierte männliche Pflegebedürftige und ca. jede sechste bis siebte Pflegebedürftige sind davon betroffen. Die Schenkelhalsfraktur kommt hingegen bei den Frauen häufiger vor (3–4 % im Vergleich zu ca. 2 %). Inkontinenz, insbesondere Harninkontinenz ist wiederum sehr verbreitet unter den Pflegebedürftigen. Dies betrifft Männer und Frauen fast in gleicher Weise. Bei allen festgestellten Unterschieden zwischen Männern und Frauen bezüglich Art der Pflegeleistung und der Erkrankungen, sollte man immer berücksichtigen, dass die Frauen im Durchschnitt etwas älter sind.

Der Anteil der *verheirateten* pflegebedürftigen Männer liegt mit über 70 % deutlich über dem Anteil der verheirateten pflegebedürftigen Frauen. Diese sind zu weniger als 40 % verheiratet, weil sie wegen der höheren Lebenserwartung häufiger verwitwet sind.

Tabelle 24: Anteile der pflegebedürftigen Versicherten der GEK der Jahre 2001, 2003, 2005, 2007 und 2009 nach differenzierenden Merkmalen in %

	Männer					Frauen				
	2001	2003	2005	2007	2009	2001	2003	2005	2007	2009
Pflegestufe I	46,4	49,1	49,4	47,8	51,5	51,0	51,7	50,6	49,4	52,2
Pflegestufe II	39,5	37,9	37,9	38,7	36,0	36,5	36,4	35,5	35,4	34,6
Pflegestufe III	13,7	12,7	12,4	13,1	12,3	12,4	11,8	13,7	14,9	13,0
Härtetfälle	0,3	0,3	0,3	0,4	0,3	0,2	0,1	0,2	0,3	0,2
informelle Pflege	53,9	51,5	51,0	49,2	49,3	40,5	39,7	37,4	37,5	38,7
formell-ambulante Pflege	24,9	25,6	26,2	26,5	27,0	25,4	24,6	26,6	26,6	28,0
vollstationäre Pflege	21,3	22,9	22,8	24,3	23,7	34,2	35,8	36,1	35,9	33,4
Alter 60-64	14,6	13,7	11,5	10,4	9,5	6,5	5,9	5,4	5,0	4,9
Alter 65-69	15,7	16,9	16,5	16,2	14,7	6,9	8,0	7,9	8,5	7,6
Alter 70-74	17,7	16,3	16,8	18,3	19,1	11,8	10,8	10,0	10,3	11,7
Alter 75-79	19,9	20,2	20,2	18,1	18,3	18,0	17,6	16,6	16,1	15,5
Alter 80-84	14,3	17,9	19,2	18,6	20,5	20,8	24,7	24,7	23,5	23,3
Alter 85-89	10,6	7,8	9,3	13,1	12,9	20,2	15,6	17,9	22,0	23,5
Alter 90+	7,3	7,3	6,5	5,4	5,0	15,9	17,3	17,6	14,5	13,5
Verheiratet	74,9	75,9	74,2	74,2	71,5	37,2	37,9	37,3	38,6	37,7
Krebs			25,0	24,6	25,9			15,2	15,6	16,3
Alzheimer Demenz			6,2	8,2	9,4			7,3	9,7	11,0
Vaskuläre Demenz			12,6	12,6	12,5			12,8	12,8	11,8
Sonstige Demenz			25,9	27,3	27,5			32,8	32,8	31,3
Demenz gesamt			33,3	34,5	34,6			40,5	40,7	39,0
Primäres Parkinsonsyndrom			12,3	11,5	11,3			8,6	7,8	7,9
Multiple Sklerose			1,5	1,7	1,4			1,8	1,8	1,8
Schlaganfall			26,8	23,0	22,8			16,7	13,8	14,2
Schenkelhalsfraktur			2,1	2,3	2,1			4,0	3,5	3,2
Harninkontinenz			32,8	35,3	35,2			38,9	41,3	42,4
Stuhlinkontinenz			12,6	14,5	14,3			12,1	12,9	12,8

Auch in der *Altersverteilung* hat es Verschiebungen im Laufe der Jahre gegeben. Der Anteil der Pflegebedürftigen im Alter von 60-79 Jahren ist zurückgegangen

und dafür ist der Anteil der hochaltrigen Pflegebedürftigen (80 Jahre und älter) gestiegen. Unter den männlichen Pflegebedürftigen ist der Anteil der über 80-Jährigen von 32,2 % auf 38,4 % gestiegen und unter den weiblichen Pflegebedürftigen von 56,9 % auf 60,3 %. Hier schlägt sich der demographische Wandel nieder, der dazu führt, dass sich nicht nur die Zahl der Pflegebedürftigen erhöht, sondern auch deren Durchschnittsalter steigt. Dieses ist bei den Frauen von 80,3 Jahren auf 80,7 Jahre und bei den Männern von 75,2 Jahren auf 76,3 Jahre gestiegen.

5.2.2 Altersspezifische Prävalenz im Wandel

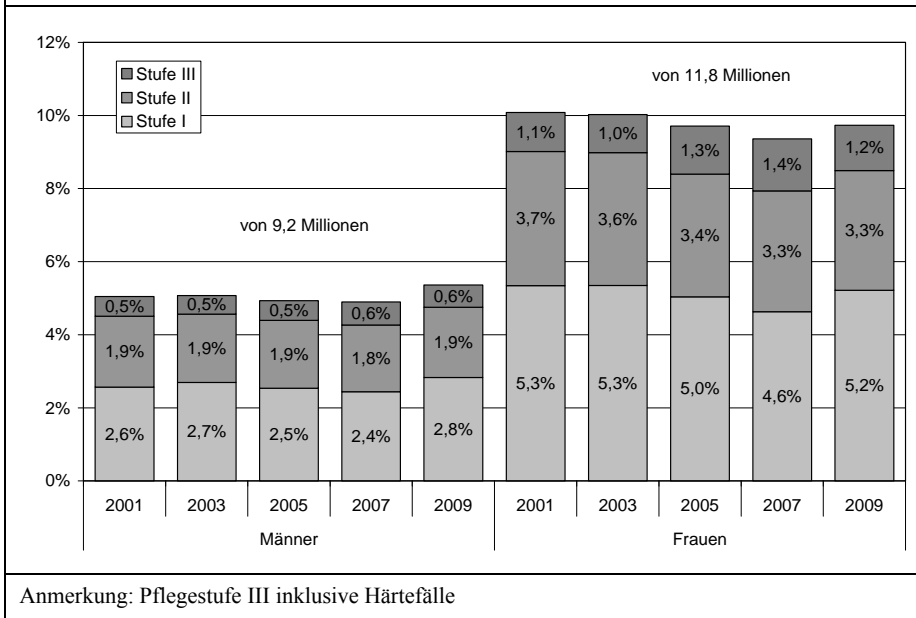
Ein wichtiger Indikator für die Frage nach einem Wandel der Pflegebedürftigkeit ist die Entwicklung der altersspezifischen Prävalenzen, deren Entwicklung in diesem Abschnitt anhand der GEK-Daten dargestellt wird. Weil die Pflegebedürftigkeit erst ab einem höheren Alter eine größere Relevanz hat, werden nur die Anteile der Pflegebedürftigen an den mindestens 60-Jährigen dargestellt. Im Gegensatz zum Abschnitt 5.1.3 wird hier nicht mehr nach Versorgungsarten im Sinne der Pflegestatistik, sondern nach den in Abschnitt 5.1.2 definierten Pflegearrangements unterschieden.

Die Zahl der Pflegebedürftigen ist in der Vergangenheit kontinuierlich angestiegen (vgl. Abschnitt 4.2). Das bedeutet aber nicht, dass die Wahrscheinlichkeit, in einem bestimmten Alter pflegebedürftig zu sein, ebenfalls ansteigt. Bei sich ändernden Altersstrukturen kann es nämlich sogar zu einem Anstieg der Fallzahlen bei gleichzeitigem Rückgang der altersspezifischen Pflegewahrscheinlichkeit kommen. So konnte auf Basis der amtlichen Statistik bis 2007 tendenziell ein – allerdings sehr leichter – Rückgang der altersspezifischen Prävalenz festgestellt werden (Rothgang et al. 2009: 68).

Mit den GEK-Daten sind wir in der Lage, die Entwicklung schon bis ins Jahr 2009 zu beobachten. Die Altersabhängigkeit wird in der Zeitreihe (Abbildung 17 und Abbildung 18) dadurch kontrolliert, dass die Verteilung der GEK-Population in den einzelnen Jahren auf die Bundesbevölkerung von 2008 standardisiert ist.

Abbildung 17 zeigt zunächst die Entwicklung der Anteile der Pflegebedürftigen differenziert nach Pflegestufen. Hierbei zeigt sich ein ganz leichter Rückgang der altersstandardisierten Prävalenz bis ins Jahr 2007. Für 2009 ist auf Basis der GEK-Daten nun aber wieder ein leichter Anstieg zu erkennen. Bezogen auf den Zeitraum von 2001 bis 2009 ist die Prävalenz der über 60-jährigen Männer damit geringfü-

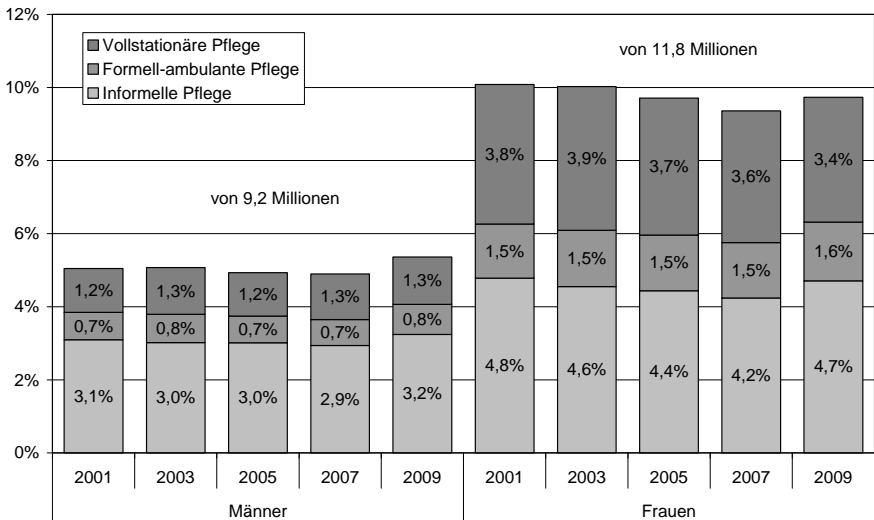
Abbildung 17: Anteile Pflegebedürftiger an der über 60-jährigen Bevölkerung nach Pflegestufen (standardisiert auf die Bevölkerung der BRD 2008)



gig von 5,0% auf 5,3% gestiegen, während die Prävalenz der über 60-jährigen Frauen im gleichen Zeitraum von 10,1 auf 9,7 gesunken ist. Abgesehen von dieser leichten Angleichung der Prävalenz für Männer und Frauen ist ein klarer Trend somit nicht erkennbar. Vielmehr müssen die altersspezifischen Pflegeprävalenzen insgesamt nach wie vor als recht stabil gelten. Bemerkenswert ist dabei, dass die Prävalenz für Pflegestufe I von 2007 bis 2009 doch merklich gestiegen ist, während sich dieser Anstieg in den anderen Stufen nicht findet. Hier kann nicht ausgeschlossen werden, dass die Ausdehnung des Anspruchs auf Betreuungsleistungen nach § 45b SGB XI auch auf solche Personen, die nicht pflegebedürftig im Sinne des SGB XI sind, zu einem veränderten Antragstellungsverhalten geführt haben und Versicherten, die ansonsten keinen Antrag gestellt hätten, im Rahmen der Begutachtung nunmehr Pflegestufe I zugesprochen wurde.

Abbildung 18 zeigt die Entwicklung Prävalenzen nach Pflegearrangements. Relativ konstant geblieben sind demnach die Anteile der Personen, die professionelle Pflegeleistungen erhalten. Einen besonderen Anstieg sieht man dagegen von 2007 bis

Abbildung 18: Anteile Pflegebedürftiger an der über 60-jährigen Bevölkerung nach Pflegearrangements (standardisiert auf die Bevölkerung der BRD 2008)



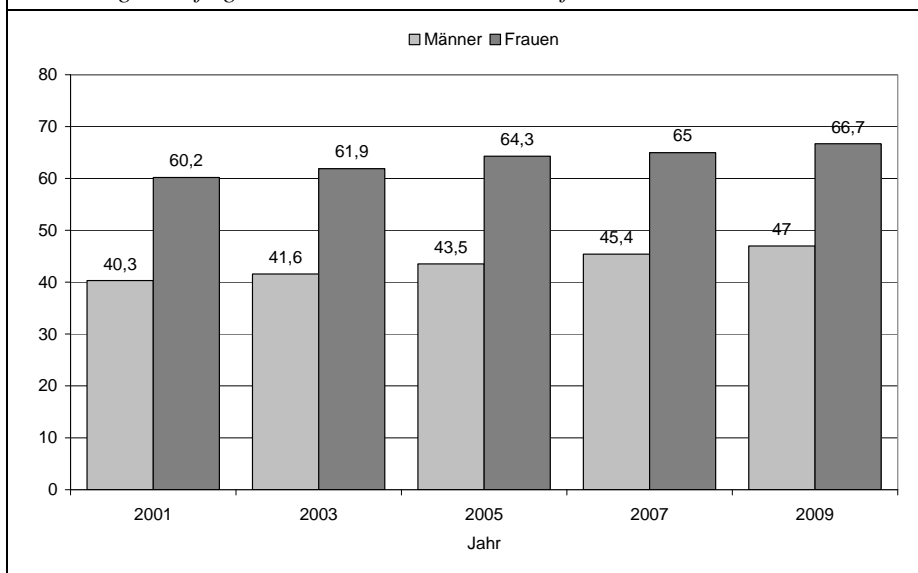
Anmerkung: Pflegeheim entspricht vollstationärer Pflege; Angehörige steht für Pflegegeld und Verhinderungspflege; amb. Dienste vereinigt Pflegesachleistung, teilstationäre Pflege und Kurzzeitpflege

2009 im Bereich der rein informellen Pflege, also der Inanspruchnahme des Pflegegeldes und der Verhinderungspflege. Da das Pflegegeld insbesondere von Pflegebedürftigen in Pflegestufe I in Anspruch genommen wird, dürfte die Zunahme der Fallzahl in Pflegestufe I auch hier seinen Niederschlag gefunden haben.

5.2.3 Gesamtlebenszeitprävalenz – Pflegewahrscheinlichkeit vor dem Tod

Die individuelle und gesellschaftliche Bedeutung des Pflegerisikos wird besonders deutlich, wenn die Wahrscheinlichkeit betrachtet wird, *überhaupt jemals* im Lebensverlauf pflegebedürftig zu werden (Gesamtlebenszeitprävalenz). Reine Querschnittsbetrachtungen können demgegenüber leicht dazu führen, das Pflegerisiko zu unterschätzen. So sind derzeit nur 2,6% der Bevölkerung pflegebedürftig. Die Relation der Zahl der Pflegebedürftigen mit den 16,3 Mio. Personen, die 65 Jahre und älter sind, liegt auch „nur“ bei eins zu acht. Die Gesamtlebenszeitprävalenz zeigt dagegen realistisch an, wie groß das Risiko insgesamt ist, im Laufe seines

Abbildung 19: Pflegewahrscheinlichkeit der Todesfälle nach Jahren



Lebens pflegebedürftig zu werden, und unterstreicht damit die gesellschaftliche Bedeutung des Pflegerisikos.

Um die Gesamtlebenszeitprävalenz zu ermitteln und darüber hinaus festzustellen, wie sich diese im Zeitverlauf verändert hat, wurde für alle in den Jahren 2001, 2003, 2005, 2007 und 2009 verstorbenen GEK-Versicherten untersucht, ob diese innerhalb des letzten Jahres vor ihrem Versterben pflegebedürftig waren.³⁶ Hierbei wird die sonst verwandte Selektion aufgehoben und es werden nicht nur die Verstorbenen im Alter von mindestens 60 Jahren in die Analyse eingeschlossen, sondern alle Verstorbenen.

Die jeweiligen Anteile sind in Abbildung 19 dargestellt. Zur besseren Beurteilung des zeitlichen Verlaufs wurde das Risiko, pflegebedürftig zu versterben, an der

³⁶ Damit wird für die Berechnungen unterstellt, dass Personen, die jemals im Leben pflegebedürftig sind, dies auch im letzten Lebensjahr sind. Personen, die Pflegebedürftig waren, es vor ihrem Tod aber nicht sind, bleiben unberücksichtigt. Insofern können die angegebenen Werte die Gesamtlebenszeitprävalenz sogar noch geringfügig unterschätzen.

Verteilung der Sterbefälle des Jahres 2009 in der Gesamtbevölkerung standardisiert, da auch das Alter zum Todeszeitpunkt einen Einfluss auf das Pflegerisiko hat (Rothgang et al. 2008: 102ff.). Es sind also die Altersstruktureffekte, die sich aus den unterschiedlichen Sterbealtern der entsprechenden Jahre ergeben, heraus gerechnet.

Wie zu sehen ist, waren im Jahr 2009 66,7% der Frauen vor ihrem Versterben pflegebedürftig. Bei den Männern fällt der Wert mit 47% etwas geringer aus. Demnach waren fast jeder zweite Mann und fast genau $\frac{2}{3}$ aller Frauen, *jemals* im Lebensverlauf pflegebedürftig.³⁷

Auffällig ist, dass die Gesamtlebenszeitprävalenz, über die Zeit angestiegen ist, bei den Männern von 40,4% im Jahr 2001 auf 47% im Jahr 2009 und bei den Frauen von 60,2% im Jahr 2001 auf 66,7% im Jahr 2009. Die gesellschaftliche Bedeutung des Pflegerisikos steigt somit noch im Zeitverlauf. Dies ist darauf zurückzuführen, dass nicht nur die Nähe zum Tod, sondern auch das chronologische Alter eine je unabhängige Determinante von Pflegebedürftigkeit ist. Die steigende Lebenserwartung führt so zu einer steigenden Gesamtlebenszeitprävalenz.

5.3 Wer wird pflegebedürftig?

In den GEK-Daten ist für jede Person, die Leistungen nach SGB XI bezieht, der Zugangszeitpunkt zur Pflege vermerkt. Außerdem ist für jede Leistung das Anfangs- und Enddatum vermerkt. In vielen Fällen liegen die Zeitpunkte des Pflegezugangs vor dem Anfangsdatum der ersten definierten Pflegeleistungen. Dies kann u. a. dann vorkommen, wenn ein Versicherter neu in die GEK eintritt und zuvor schon Pflegeleistungen erhalten hat, welche nun aber nicht in den GEK-Daten dokumentiert sind. Da für diese Fälle nicht dokumentiert ist, welche Leistungen und damit auch welche Pflegestufen zum Beginn ihres Leistungsbezugs vorliegen, können sie für die folgenden Analysen nicht als inzidente Fälle gewertet werden. Stattdessen werden nur diejenigen Fälle als inzidente Fälle gewertet, deren Pflegezugang im gleichen Quartal, bzw. ein Quartal vor dem ersten Leistungsbezug liegt.

³⁷ Im GEK-Pflegereport 2009 (Rothgang et al. 2009) wurde die Standardisierung an den Verstorbenen in Deutschland noch nicht vorgenommen. Aufgrund der ähnlichen Altersstruktur von GEK-Versicherten und der Bevölkerung in Deutschland ergeben sich aber dennoch kaum Unterschiede.

<i>Tabelle 25: Anzahl der inzidenten Fälle nach Jahr, Eingangspflegestufe und -leistung</i>										
Jahr	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	Gesamt
N	2.215	2.356	2.453	2.661	2.900	3.127	3.389	3.761	4.867	27.729
Eingangsleistung										
informelle Pflege	1.169	1.221	1.181	1.335	1.388	1.462	1.643	1.829	2.323	13.551
formell-ambul. Pflege	670	730	804	874	996	1.067	1.110	1.299	1.737	9.287
vollstationäre Pflege	376	405	468	452	516	598	636	633	807	4.891
Eingangspflegestufe										
Stufe I	1.301	1.346	1.426	1.550	1.698	1.846	2.064	2.372	3.258	16.861
Stufe II	679	782	775	861	965	1.018	1.059	1.117	1.311	8.567
Stufe III	232	224	249	246	234	255	261	270	293	2.264
Quelle: GEK-Daten										

In der Summe über die Beobachtungsjahre 2001-2009 sind damit insgesamt 27.729 inzidente Fälle zu beobachten (Tabelle 25).

In den folgenden Abschnitten soll nun der (altersabhängige) Eintritt in die Pflegebedürftigkeit detaillierter untersucht werden. Diese tiefer gehenden Analysen erlauben damit die Beantwortung von Fragen, die mit amtlichen Daten (Kapitel 4) *nicht* zu beantworten sind: Hat sich die Wahrscheinlichkeit, pflegebedürftig zu werden, in den letzten Jahren erhöht oder verringert? Sind einzelne Pflegestufen von diesen Entwicklungen besonders betroffen? Dazu wird zunächst untersucht, durch welche Merkmale sich die pflegebedürftigen Menschen charakterisieren lassen (Abschnitt 5.3.1). Hierbei wird neben dem Familienstand, der Eingangspflegestufe vor allem das Krankheitsbild der neu in die Pflegebedürftigkeit eingetretenen Menschen beschrieben. Weiterhin wird analysiert, wie sich dieser Eintritt in die Pflegebedürftigkeit im Zeitverlauf geändert hat (Abschnitt 5.3.2). In einem weiteren Abschnitt sollen die Einflussfaktoren, die den Eintritt in die Pflegebedürftigkeit beeinflussen, dargestellt werden (Abschnitt 5.3.3).

5.3.1 Charakterisierung der inzidenten Fälle

Diese zunächst den Analysen vorangestellte Deskription dient der Charakterisierung der neu in die Pflegebedürftigkeit eingetretenen Menschen und dem Wandel dieser Charakteristika. Sie sagt damit jedoch noch nichts über die Risiken aus, dass beispielsweise bestimmte Merkmalsausprägungen eine Pflegebedürftigkeit begünstigen oder erschweren, da für solche Aussagen der Bezug zur Merkmalsverteilung der gesamten Bevölkerung nötig ist.

Wie in Tabelle 26 zu sehen ist, erfolgt der Eintritt in die Pflegebedürftigkeit für Männer meist mit *Pflegestufe* I und dies sogar mit steigender Tendenz (2005: 54 % – 2009: 62 %), während der Pflegebeginn in Pflegestufe II (2005: 37 % – 2009: 30 %) und Pflegestufe III (2005: 9 % – 2009: 7 %) im Zeitverlauf zurückgeht. Bei den Frauen verläuft die Entwicklung ähnlich, jedoch mit höheren Anteilen in Pflegestufe I (von 64 % auf 72 %) und geringeren Anteilen in Pflegestufe II (von 28 % auf 22 %) bzw. Pflegestufe III (von 7 % auf 4 %).

Deutliche Unterschiede zwischen den Geschlechtern zeigen sich beim *Familienstand*. Während Männer bei Pflegebeginn noch zu ca. 75 % verheiratet sind, ist der Anteil bei den Frauen mit 46 % erheblich niedriger.

Betrachtet man die *Erkrankungen*, dann weisen im Jahr 2009 erstmals pflegebedürftige Männer zu 45 % Krebs, zu 25 % Demenz, und zu 7 % ein primäres Parkinsonsyndrom auf. Die Multiple Sklerose ist mit weniger als 0,2 % dagegen wenig verbreitet. Die Diagnose „Schlaganfall“ hingegen findet sich bei 19 % der Fälle und Harninkontinenz ist mit 30 % sehr häufig vertreten. 13 % sind stuhlinkontinent und 2 % hatten eine Schenkelhalsfraktur. Bei den Frauen finden sich der Tendenz nach ähnliche Werte. Krebs ist mit 29 % etwas geringer verbreitet, ebenfalls das primäre Parkinsonsyndrom mit ca. 5 % und Schlaganfall mit ca. 15 %. Relativ ähnlich ist die Verbreitung von Harn- und Stuhlinkontinenz mit 32 % bzw. 11 %. Die Diagnose „Schenkelhalsfraktur“ ist bei den Frauen dagegen deutlich häufiger gestellt worden, bewegt sich aber mit 3 % ebenfalls auf einem niedrigen Niveau.

Veränderungen der Erkrankungshäufigkeit im Zeitverlauf sind nur eingeschränkt zu interpretieren, da insbesondere die Einführung des DRG-Systems 2003 („Diagnose Related Groups“), dessen Ziel die Umstellung auf eine vollständig fallpauschalenbasierte Finanzierung der Krankenhäuser war, vermutlich auch mit einem geänderten Kodierverhalten bei Haupt- und Nebendiagnosen verbunden war. Ein wesentliches Problem hierbei ist, dass Diagnosen zur Abrechnung gebracht werden

Tabelle 26: Anteile erstmalig Pflegebedürftiger nach Jahr, Geschlecht, Pflegestufe, Familienstand und Gesundheitszustand (in %)

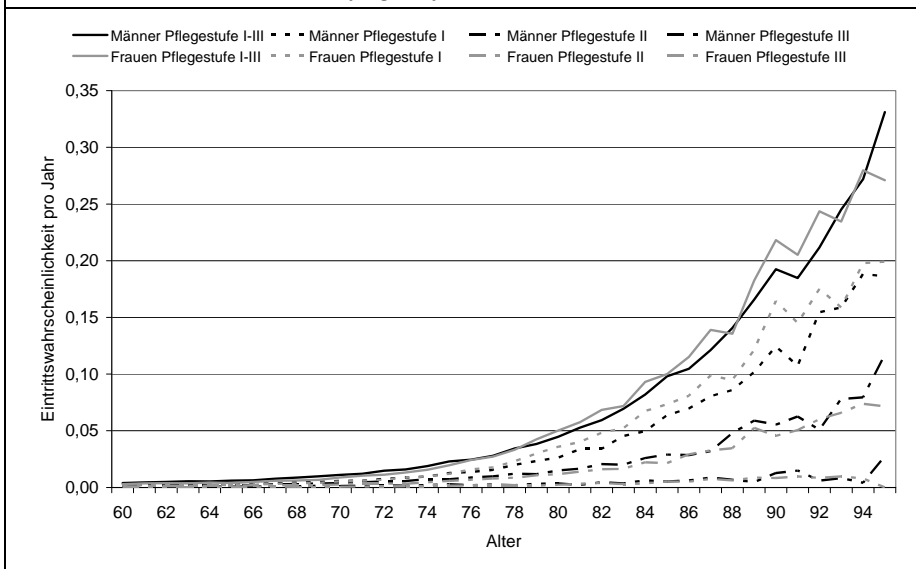
	Jahr					
	2005	2007	2009	2005	2007	2009
	Männer			Frauen		
Pflegestufe I	53,74	57,02	62,42	64,61	66,05	72,69
Pflegestufe II	37,04	34,23	30,09	28,53	27,30	22,92
Pflegestufe III	9,03	8,49	7,38	6,86	6,65	4,30
Verheiratet	76,38	78,09	72,84	46,38	47,12	45,70
Krebs	42,12	41,27	44,92	29,46	28,94	28,80
Demenz	24,43	25,48	24,92	30,16	30,11	26,89
Prim. Parkinson	8,72	6,21	6,83	5,69	5,49	4,58
Multiple Sklerose	0,12	0,41	0,18	0,55	0,82	0,37
Schlaganfall	23,56	20,82	19,08	16,99	15,71	14,57
Harninkontinenz	30,67	31,28	29,76	30,55	32,78	31,70
Stuhlinkontinenz	14,29	14,19	12,77	9,98	11,66	11,16
Schenkelhalsfraktur	1,79	2,28	2,02	3,43	3,91	3,31

können, die bereits Bestandteil einer DRG sind, um dadurch eine Höherbewertung zu erreichen (Wasem et al. 2007).

5.3.2 Pflegeeintrittswahrscheinlichkeit im Wandel

Betrachtet man die Eintrittswahrscheinlichkeiten in die Pflegebedürftigkeit, dann zeigt sich eine mit zunehmendem Alter ansteigende Wahrscheinlichkeit, pflegebedürftig zu werden (Abbildung 20). Während beispielsweise 5% der noch nicht pflegebedürftigen 80-jährigen Männer innerhalb eines Jahres pflegebedürftig werden, sind es im Alter von 85 Jahren bereits 10% und im Alter von 90 Jahren sogar 20%. Die Wahrscheinlichkeit, eine Pflegebiografie mit Pflegestufe I zu beginnen, ist dabei am größten. Etwa halb so groß ist in jedem Alter die Wahrscheinlichkeit, in Pflegestufe II zu beginnen. Die Wahrscheinlichkeit, mit Pflegestufe III in die Pflegebedürftigkeit zu gelangen, ist selbst in den höheren Altersjahren kaum höher als 1%. Darüber hinaus wird auch deutlich, dass sich die altersspezifischen Inzidenzen der Pflegebedürftigkeit zwischen Männern und Frauen nicht gravierend unterscheiden und dies umso weniger, je höher die Pflegestufe ist. Während die altersspezifischen Inzidenzen in Pflegestufe I (sowie bezogen auf alle Pflegestufen

Abbildung 20: Eintrittswahrscheinlichkeit in die Pflegebedürftigkeit für Männer und Frauen ab Alter 60 nach Pflegestufe



insgesamt) bei Frauen noch leicht über denen der Männer liegen, unterscheiden sie sich in Pflegestufe II und III kaum noch.

Im Folgenden wird untersucht, ob sich die Wahrscheinlichkeit, pflegebedürftig zu werden, in den letzten Jahren erhöht oder verringert hat. Ebenso wird dargestellt, ob einzelne Pflegestufen von diesen Entwicklungen besonders betroffen sind. Hierzu wird in Tabelle 27 für Männer und in Tabelle 28 für Frauen die zeitliche Entwicklung der Inzidenzen jeweils für 10-Jahres-Alterskategorien untersucht. Dabei sind die Fallzahlen in der Kategorie der über 90-Jährigen sehr gering, so dass Ergebnisse für diese Alterskategorie mit Vorsicht interpretiert werden müssen. Es dominieren für die Entwicklung der aus den Inzidenzen resultierenden *absoluten inzidenten Fälle* bei Männern und Frauen die Altersbereiche 60–89, da diese in der untersuchten Population am stärksten vertreten sind.

Bei den Männern (Tabelle 27) zeigt sich über alle Pflegestufen hinweg zunächst ein uneinheitliches Bild mit einem tendenziellen Anstieg der Inzidenz in den Alterskategorien der 60-69-Jährigen und der 80-89-Jährigen. Diese Entwicklung lässt sich jedoch auf unterschiedliche und z. T. gegenläufige (!) Entwicklungen in den

Tabelle 27: Inzidenzen von Männern nach Alter, Jahr und Pflegestufe (in %)

Pflegestufe	Alter	Jahr				
		2001	2003	2005	2007	2009
I-III	60-69	0,56	0,58	0,58	0,65	0,71
	70-79	1,99	2,00	1,95	1,81	1,95
	80-89	6,92	6,49	6,73	6,88	7,50
	90-	24,61	22,29	21,80	23,00	20,28
I	60-69	0,27	0,26	0,26	0,33	0,42
	70-79	0,98	1,09	1,06	0,96	1,17
	80-89	4,07	3,99	4,01	4,46	5,03
	90-	17,68	13,57	13,14	15,85	13,45
II	60-69	0,18	0,22	0,23	0,24	0,22
	70-79	0,72	0,65	0,73	0,67	0,61
	80-89	2,42	1,98	2,29	2,04	2,11
	90-	5,89	7,75	7,27	6,22	6,15
III	60-69	0,10	0,10	0,08	0,07	0,07
	70-79	0,29	0,27	0,16	0,18	0,17
	80-89	0,43	0,52	0,43	0,37	0,36
	90-	1,04	0,97	1,40	0,93	0,68

einzelnen Pflegestufen zurückführen. So nehmen die Inzidenzen in Pflegestufe I im Zeitverlauf eher zu, insbesondere bei den 60-89-Jährigen, während in Pflegestufe II bei den 70-89-Jährigen bereits ein kontinuierlicher Rückgang der Inzidenzen zu beobachten ist. In Pflegestufe III sind sogar alle Alterskategorien von einem Rückgang betroffen. Mit zunehmender Pflegestufe kommt es damit ebenfalls zu einem stärkeren Rückgang der Inzidenzen im Zeitverlauf.

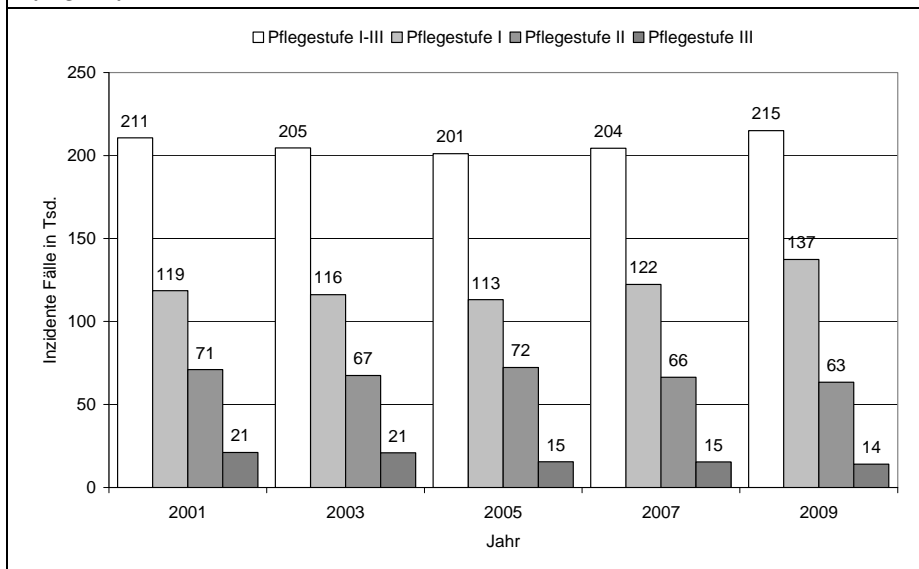
Für die Frauen (Tabelle 28) geben die Befunde noch deutlicheren Anlass für Optimismus. So zeigen sich bereits ab Alter 70 (abgesehen von der geringer besetzten Alterskategorie der über 90-Jährigen) Rückgänge der Inzidenzen im Zeitverlauf über alle Pflegestufen (lediglich die Inzidenzen der 60-69-Jährigen Frauen weisen insgesamt sowie mit einer Eingangspflegerstufe I auf einen tendenziellen Anstieg hin). Interessant ist ebenfalls der schon bei den Männern festgestellte Befund, wonach mit höherer Pflegestufe der Rückgang auch erheblich größer ausfällt.

<i>Tabelle 28: Inzidenzen von Frauen nach Alter, Jahr und Pflegestufe (in %)</i>						
Pflegestufe	Alter	Jahr				
		2001	2003	2005	2007	2009
I-III	60-69	0,42	0,46	0,44	0,44	0,51
	70-79	1,99	1,97	1,89	1,72	1,73
	80-89	9,36	7,95	7,57	7,50	8,40
	90-	21,63	22,18	21,13	26,42	27,86
I	60-69	0,22	0,25	0,24	0,25	0,31
	70-79	1,26	1,23	1,17	1,12	1,22
	80-89	6,61	5,57	5,35	5,21	6,49
	90-	15,92	14,06	14,27	18,49	22,12
II	60-69	0,13	0,16	0,15	0,14	0,15
	70-79	0,59	0,57	0,57	0,48	0,44
	80-89	2,18	2,00	1,89	1,89	1,65
	90-	4,52	7,13	5,93	6,82	5,22
III	60-69	0,07	0,05	0,05	0,04	0,04
	70-79	0,14	0,18	0,15	0,12	0,08
	80-89	0,55	0,38	0,33	0,41	0,27
	90-	1,19	0,99	0,93	1,10	0,52

Um nun genauer abschätzen zu können, welche Entwicklungen sich *insgesamt* hinter den z. T. über die Altersgruppen hinweg divergierenden Entwicklungen verbergen, wird simuliert, wie sich die Zahl der inzidenten Fälle über Alter 60 zwischen 2001 und 2009 entwickelt hätte, wenn die gleiche Altersstruktur, hier die des Jahres 2008, kontrafaktisch für den gesamten Beobachtungszeitraum zugrunde gelegt wird („Altersstandardisierung“). Es wird mit anderen Worten der Einfluss der sich über die Jahre ändernden altersstrukturellen Zusammensetzung der Bevölkerung an der Veränderung der inzidenten Fälle heraus gerechnet.

In Abbildung 21 ist die Entwicklung der Zahl der inzidenten Fälle bei den Männern, differenziert nach Pflegestufe, wiedergegeben. Über alle Pflegestufen zeigen sich zunächst bis 2005 ein Rückgang und anschließend ein Anstieg, der besonders im letzten Beobachtungsjahr recht deutlich ausfällt. Überwiegend ist die Entwicklung der inzidenten Fälle bei den Männern damit als tendenziell rückläufig

Abbildung 21: Entwicklung der inzidenten Fälle bei Männern ab Alter 60 nach Pflegestufe

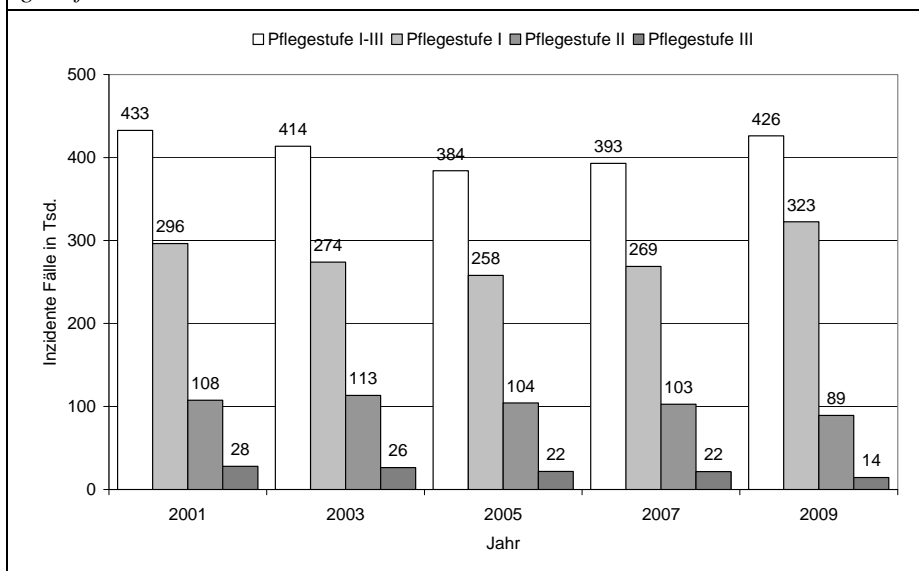


zu bezeichnen. Im Jahr 2009 kommt es jedoch zu einem deutlichen Anstieg. Wie schon bei den Inzidenzen bemerkt wurde, lassen sich die dahinter liegenden Entwicklungen besser erkennen, wenn nach der Pflegestufe differenziert wird. Während bei Pflegestufe I bis zum Jahr 2005 von einem Rückgang und anschließend von einem Anstieg gesprochen werden kann, zeigt Pflegestufe II und noch deutlicher Pflegestufe III nahezu ausschließlich einen Rückgang der inzidenten Fälle über die Zeit.

Gründe für die jüngste Entwicklung im Jahr 2009 vermuten wir im deutlichen Anstieg der Begutachtungen auf Pflegebedürftigkeit durch den MDK, der insbesondere auf das Pflege-Weiterentwicklungsgesetz (PFWG) zurückgeführt werden kann (vgl. Kapitel 4.5) und vermutlich dazu führt, dass verstärkt Pflegeleistungen der Pflegestufe I zuerkannt wurden, obwohl primär die zusätzlichen Betreuungsleistungen nachgefragt wurden (die auch ohne Vorliegen von Pflegebedürftigkeit gewährt werden).

In Abbildung 22 ist die Entwicklung der Zahl der inzidenten Fälle bei den Frauen, differenziert nach Pflegestufe, wiedergegeben. Hier zeigt sich im Wesentlichen ein

Abbildung 22: Entwicklung der inzidenten Fälle bei Frauen ab Alter 60 nach Pflegestufe



ähnliches Bild. Über alle Pflegestufen sinken die inzidenten Fälle bis zum Jahr 2005, erhöhen sich anschließend im Jahr 2007 geringfügig und steigen im Jahr 2009 drastisch an. Differenziert man nach den einzelnen Pflegestufen, dann fällt auf, dass von dem drastischen Anstieg in 2009 ausnahmslos die inzidenten Fälle der Pflegestufe I betroffen sind. Auch bei den Frauen vermuten wir daher Effekte des PfWG, die dazu führen, dass verstärkt auch Leistungen der Pflegestufe I zuerkannt werden.

5.3.3 Einflussfaktoren für den Eintritt in die Pflegebedürftigkeit

Um den Eintritt in die Pflegebedürftigkeit näher zu untersuchen, werden im Folgenden demografische, medizinische und soziale Einflussfaktoren diskutiert. Die Bedeutung dieser Einflussfaktoren wird in einem Exponential-Modell genauer analysiert (Tabelle 29). Dazu werden Relative Risiken (RR) berichtet, die die Veränderung der Eintrittswahrscheinlichkeit pro Quartal in Abhängigkeit von Veränderungen der unabhängigen Variablen um eine Einheit wiedergeben.

<i>Tabelle 29: Einflussfaktoren für Pflegebedürftigkeit (Relative Risiken)</i>				
	Männer		Frauen	
Konstante	0,000	***	0,000	***
Alter	1,086	***	1,113	***
Verheiratet	0,756	***	0,805	***
Erkrankungen				
Krebs	2,622	***	2,589	***
Demenz	4,571	***	4,795	***
Prim. Parkinson	2,312	***	2,185	***
Multiple Sklerose	2,152	***	3,756	***
Schlaganfall	3,197	***	3,103	***
Harninkontinenz	3,071	***	2,097	***
Stuhlinkontinenz	3,132	***	2,766	***
Schenkelhalsfraktur	1,913	***	1,867	***
Ereignisse	10.129		7.852	
Versichertenjahre	2.658.865		1.872.485	
Log-Likelihood	-53.932,535		-40.259,656	
Referenz sind unverheiratete Menschen ohne Erkrankungen				
Irrtumswahrscheinlichkeiten: *** P<0,1% **P<1% * P<5%				

Als erstes lässt sich der bekannte *Alterseffekt* nachweisen: Mit jedem zusätzlichen Altersjahr nimmt die Wahrscheinlichkeit, innerhalb eines Quartals pflegebedürftig zu werden, um 8,6% für Männer und um 11,3% für Frauen zu. Von besonderer Bedeutung für den Eintritt in die Pflegebedürftigkeit ist darüber hinaus auch der *Familienstand*. So profitieren insbesondere verheiratete Personen von den Unterstützungs- und Pflegeleistungen durch ihren Lebenspartner bzw. ihrer Lebenspartnerin, was sich in den für Verheirateten ersichtlich niedrigeren Eintrittswahrscheinlichkeiten von Pflegebedürftigkeit niederschlägt. Verheiratete Männer haben demnach ein um 24,4% und verheiratete Frauen ein um 19,5% niedrigeres Risiko pflegebedürftig zu werden als Nicht-Verheiratete des jeweiligen Geschlechts. Wenngleich der protektive Effekt³⁸ des Zusammenlebens für beide Geschlechter in

³⁸ Nach einer alternativen Erklärung liegen die Gesundheitsvorteile von Verheirateten darin begründet, dass Gesundere eher heiraten (Selektionseffekt).

ähnlicher Höhe liegt, profitieren insbesondere die Männer von der „ehelichen Pflege“, weil sie im hohen Alter seltener allein leben (Höpflinger 2002). Dies liegt vor allem daran, dass Männer eine geringere Lebenserwartung besitzen, oftmals jüngere Lebenspartnerinnen haben und Frauen daher einem weitaus höheren Verwitwungsrisiko ausgesetzt sind. Aus diesem Grund können Frauen im Falle der Pflegebedürftigkeit oftmals nicht – wie Männer – auf die informellen partnerschaftlichen Ressourcen zurückgreifen und sind weitaus häufiger auf formelle Hilfe- und Pflegeleistungen angewiesen.³⁹ Deshalb beantragen ältere Frauen mit einer größeren Wahrscheinlichkeit als Männer eine Pflegestufe, um somit Leistungen nach der Sozialen Pflegeversicherung in Anspruch nehmen zu können. Dies bestätigt sich auch anhand des höheren Familienstandseffekts bei den Männern.

Neben diesen soziodemografischen Merkmalen bestimmt insbesondere die *vorhergehende Krankheitsgeschichte* eine später im Lebensverlauf auftretende Pflegebedürftigkeit. So sind einige spezifische Erkrankungen in besonderem Maße mit einer möglichen Pflegebedürftigkeit verbunden. Zu nennen ist hierbei in erster Linie Demenz, die sowohl bei den Männern (um 357 %) als auch bei den Frauen (um 379 %) das Risiko von Pflegebedürftigkeit drastisch erhöht.⁴⁰ Daneben tragen besonders bei den Männern ein Schlaganfall (219 %), eine Harn- (207 %), bzw. eine Stuhlinkontinenz (213 %) zum Anstieg des Pflegerisikos bei. Etwas geringer fällt bei den Männern die Risikoerhöhung durch Krebs (162 %), Morbus Parkinson (132 %) und Multiple Sklerose (115 %) aus. Bei den Frauen gehört (neben Demenz) die Multiple Sklerose (275 %) und der Schlaganfall (210 %) zu den bedeutendsten Einflussfaktoren, während Stuhlinkontinenz (176 %), Krebs (158 %) und Morbus Parkinson (118 %) das Risiko geringer erhöht. Bei Männern und Frauen ist der Einfluss einer Schenkelhalsfraktur mit 90 % dagegen recht ähnlich. Damit gehören dementielle Erkrankungen sowie der Schlaganfall sicherlich zu den bedeutendsten Risiken für eine Pflegebedürftigkeit von Männer und Frauen. Die Multiple Sklerose erhöht zwar bei Frauen ebenfalls das Risiko einer Pflegebedürftigkeit

³⁹ Hierbei kann es des Öfteren vorkommen, dass Hilfestellungen gar nicht als wirkliche Pflege wahrgenommen werden. Dies kann beispielsweise insbesondere dann der Fall sein, wenn Partnerinnen ihren Partnern bei Verrichtungen des alltäglichen Lebens (z. B. Mahlzeiten zubereiten, Saubermachen, Einkaufen) unterstützen.

⁴⁰ Ein relatives Risiko von 1 gibt *keinen* Einfluss der unabhängigen Variablen wieder. Ein relatives Risiko von 2 entspricht hingegen einer Risikoerhöhung um 100 %.

drastisch, ist aber mit durchschnittlich 0,5 % an allen inzidenzen Fällen relativ gering vertreten (vgl. Abschnitt 5.3.1).

5.4 Pflegezeiten – Erwartungswerte, Dauern und Pflegearrangements

Nachdem in den vorstehenden Abschnitten Prävalenz und Inzidenz untersucht wurde, wird nachfolgend auf den Verlauf von Pflegebedürftigkeit eingegangen. Dazu werden zunächst die Lebenserwartung in und ohne Pflegebedürftigkeit (Abschnitt 5.4.1) sowie die Dauer der Pflegebedürftigkeit (Abschnitt 5.4.2) analysiert. Um ein vollständigeres Bild von der Dynamik der Pflegeverläufe zu gewinnen, wird sodann thematisiert, wie lange die verschiedenen Pflegearrangements aufrecht erhalten werden (Abschnitt 5.4.3) und welche typische Sequenzen von Pflegearrangements vorfindbar sind (Abschnitt 5.4.4). Jeweils wird auch thematisiert, welche Veränderungen dabei in den letzten Jahren beobachtet werden können.

5.4.1 Lebenserwartung in und ohne Pflegebedürftigkeit

Über die Lebenserwartung, die ohne bzw. in Pflegebedürftigkeit verbracht wird, ist wenig bekannt, obwohl derzeit ca. 2,25 Mio. pflegebedürftige Menschen in Deutschland leben. Die wenigen Studien, die bislang zur Lebenserwartung in und ohne Pflegebedürftigkeit vorliegen, sind meist regional begrenzt (Pinheiro & Krämer 2009, Senatsverwaltung für Gesundheit, Soziales und Verbraucherschutz 2005). Da Pflegebedürftigkeit jedoch regional unterschiedlich stark ausgeprägt ist (Rothgang et al. 2008), ist damit noch offen, wie hoch die Lebenserwartung in bzw. ohne Pflegebedürftigkeit für Deutschland insgesamt ausfällt. Eine der zwei bislang vorliegenden deutschlandweiten Studien von Bickel (2001a) ist älteren Datums (sie bezieht sich auf das Jahr 1999) und beruht auf einer relativ groben Differenzierung in 5-Jahres-Altersgruppen. Die zweite Studie wurde im GEK-Pflegebericht 2009 (Rothgang et al. 2009) vorgestellt. In ihr wird die periodenbezogene Lebenserwartung ohne bzw. in Pflegebedürftigkeit in Deutschland in der Periode 2000-2008 berechnet.

In diesem Abschnitt wird daher untersucht, wie hoch die periodenbezogene Lebenserwartung ohne bzw. in Pflegebedürftigkeit in Deutschland ist. Darüber hinaus wird zum anderen untersucht, welche Entwicklungen sich im Vergleich der Perioden 1999-2003 und 2004-2008 zeigen. Hierbei steht vor allem im Vordergrund, ob – analog der Befunde der Studien zur Lebenserwartung in Gesundheit (vgl. Cam-

bois und Robine 1996, Robine 2003, Unger 2006) – auch von einer Ausdehnung der Lebensjahre ohne Pflegebedürftigkeit gesprochen werden kann und ob sich die Lebensjahre in Pflegebedürftigkeit auf einen kürzeren Zeitraum vor dem Tod komprimiert haben. Die Befunde werden dabei zusätzlich nach den einzelnen Pflegestufen differenziert betrachtet.

In Tabelle 30 sind die Ergebnisse der Berechnungen der Lebenserwartungen insgesamt und nach Pflegestufe, jeweils getrennt für Männer und Frauen sowie nach Erhebungszeitraum wiedergegeben. In Abbildung 23 bzw. Abbildung 24 sind darüber hinaus exemplarisch die den Berechnungen zugrunde liegenden Überlebensfunktionen für Männer und Frauen des Erhebungszeitraums 2004–2008 dargestellt.⁴¹

Zunächst kann festgehalten werden, dass in der Periode 1999–2003 mit 18,89 von 20,04 Jahren, also mit 94,2% der weitaus größte Anteil der ferneren Lebenserwartung bei den Männern ab Alter 60 frei von Pflegebedürftigkeit verbracht wird. Dem stehen 1,15 Jahre gegenüber, die in Pflegebedürftigkeit erlebt werden. Davon entfallen 0,51 Jahre auf die Pflegestufe I, 0,48 Jahre auf Pflegestufe II und 0,16 Jahre auf die Pflegestufe III. Insgesamt betrachtet entfallen die meisten Lebensjahre in Pflegebedürftigkeit somit auf die Pflegestufe I, gefolgt von Pflegestufe II und schließlich von Pflegestufe III. Bei den Frauen zeigt sich in der Periode 1999–2003 eine fernere Lebenserwartung von 23,96 Jahren. Davon sind 21,55 Jahre frei von Pflegebedürftigkeit, 2,41 Jahre (=10,1% der ferneren Lebenserwartung im Alter von 60) werden in Pflegebedürftigkeit verbracht. Die fernere Lebenserwartung der Frauen ist damit fast 4 Jahre höher als die der Männer. Allerdings verbringen Frauen, die das 60. Lebensjahr erreichen, durchschnittlich etwa 1,3 Jahre länger in Pflegebedürftigkeit als Männer. Aus diesem Grund übersteigt ihre Lebenserwartung ohne Pflegebedürftigkeit die der Männer nur um 2,66 Jahre. Bei der Verteilung nach Pflegestufen zeigt sich bei den Frauen im Wesentlichen das gleiche Bild wie bei den Männern: Die Jahre in Pflegebedürftigkeit werden vor allem in Pflegestufe I, gefolgt von Pflegestufe II und Pflegestufe III, durchlebt.

Betrachtet man die *Entwicklung* der Lebenserwartung zwischen den beiden Perioden, dann steigt diese bei den 60-jährigen *Männern* von 20,04 Jahre in der Periode 1999–2003 auf 21,21 Jahre in der Periode 2004–2008 und damit um 5,84% an.

⁴¹ Aufgrund der geringen optischen Abweichungen gegenüber der Periode 2004–2008 wird auf eine eigene Darstellung der Kurven für 1999–2003 verzichtet.

Tabelle 30: Fernere Lebenserwartung nach Geschlecht und Pflegestufe

Lebenserwartung im Alter x in Jahren					Anteil der Lebenserwartung an der Gesamtlebenserwartung (in%)				
Gesamte Restlebenserwartung	ohne Pflegebedürftigkeit	in Pflegestufe I	in Pflegestufe II	in Pflegestufe III	ohne Pflegebedürftigkeit	in Pflegestufe I	in Pflegestufe II	in Pflegestufe III	
Männer 1999-2003									
60	20,04	18,89	0,51	0,48	0,16	94,2	2,6	2,4	0,8
65	16,11	14,93	0,52	0,49	0,16	92,7	3,2	3,1	1
70	12,59	11,38	0,53	0,51	0,16	90,4	4,2	4,1	1,3
75	9,51	8,26	0,56	0,53	0,16	86,8	5,9	5,6	1,7
80	6,93	5,61	0,59	0,55	0,17	81	8,6	8	2,4
85	4,73	3,38	0,63	0,56	0,16	71,5	13,3	11,8	3,5
90	3,27	1,86	0,66	0,59	0,16	57	20,2	18	4,8
95	2,06	0,84	0,49	0,58	0,16	40,7	23,6	27,9	7,7
Männer 2004-2008									
60	21,21	19,89	0,66	0,51	0,15	93,8	3,1	2,4	0,7
65	17,26	15,92	0,66	0,52	0,15	92,2	3,9	3	0,9
70	13,53	12,17	0,68	0,53	0,15	89,9	5	3,9	1,1
75	10,17	8,77	0,69	0,55	0,15	86,3	6,8	5,4	1,5
80	7,31	5,88	0,72	0,56	0,15	80,4	9,8	7,7	2,1
85	4,97	3,51	0,74	0,57	0,15	70,7	14,9	11,4	3
90	3,26	1,81	0,73	0,57	0,15	55,5	22,3	17,5	4,7
95	2,43	0,89	0,82	0,62	0,1	36,5	33,9	25,5	4
Frauen 1999-2003									
60	23,96	21,55	1,16	0,92	0,33	89,9	4,8	3,8	1,4
65	19,62	17,17	1,17	0,93	0,34	87,5	6	4,8	1,7
70	15,45	12,97	1,18	0,95	0,34	84	7,7	6,1	2,2
75	11,64	9,12	1,2	0,97	0,35	78,4	10,3	8,3	3
80	8,36	5,79	1,2	1,01	0,36	69,3	14,4	12	4,3
85	5,76	3,27	1,08	1,03	0,38	56,8	18,7	17,9	6,6
90	3,9	1,59	0,9	1	0,41	40,7	23,1	25,7	10,5
95	2,44	0,71	0,52	0,84	0,36	29,3	21,4	34,6	14,7
Frauen 2004-2008									
60	25,1	22,37	1,37	1	0,37	89,1	5,5	4	1,5
65	20,57	17,82	1,37	1	0,37	86,6	6,7	4,9	1,8
70	16,27	13,5	1,38	1,01	0,38	82,9	8,5	6,2	2,3
75	12,32	9,51	1,39	1,03	0,39	77,2	11,3	8,4	3,1
80	8,86	6,02	1,38	1,06	0,4	68	15,6	11,9	4,5
85	6,04	3,28	1,28	1,07	0,41	54,3	21,2	17,7	6,8
90	3,92	1,51	1,01	1	0,4	38,6	25,7	25,4	10,3
95	2,48	0,64	0,64	0,82	0,37	25,9	25,8	33,2	15,1

Abbildung 23: Überlebende Männer der Jahre 2004-2008 ab Alter 60 nach Pflegebedürftigkeit

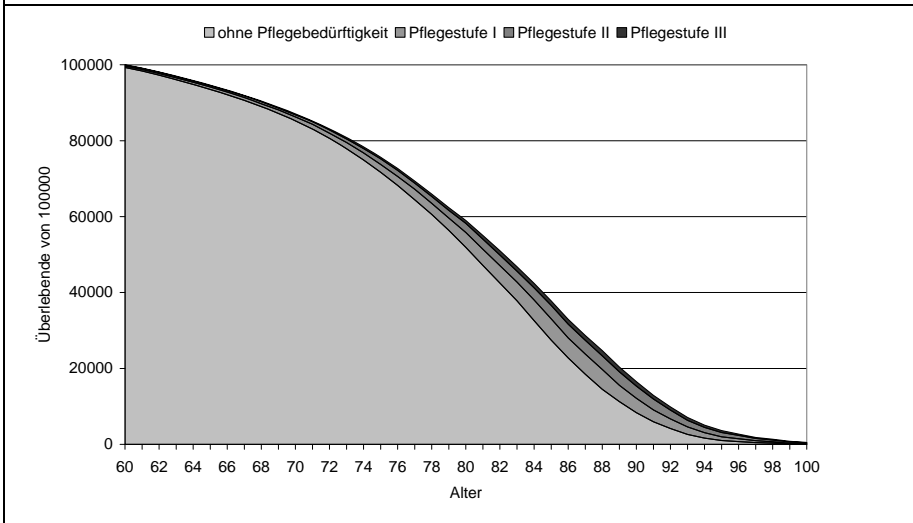
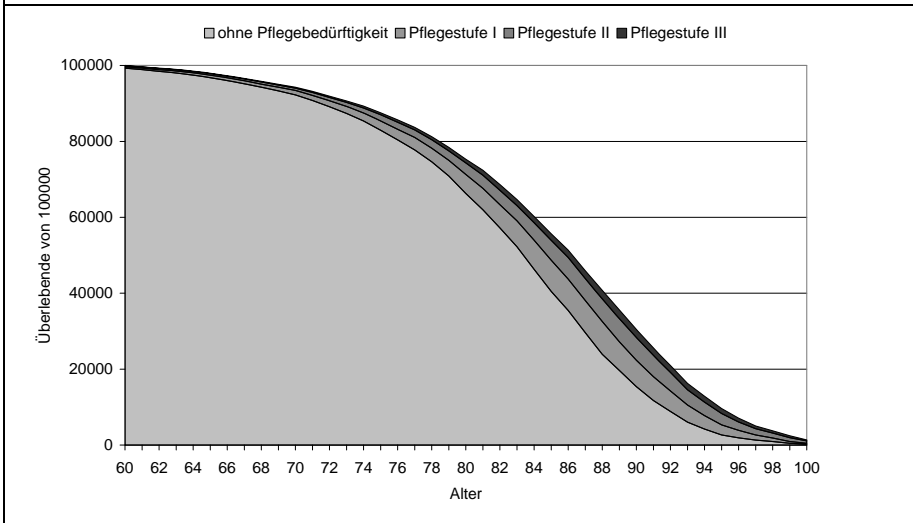


Abbildung 24: Überlebende Frauen der Jahre 2004-2008 ab Alter 60 nach Pflegebedürftigkeit



Die Bevölkerung in Deutschland wird demnach nicht nur älter, sondern es werden zusätzlich auch mehr „gesunde“ Lebensjahre erlebt. Gleichzeitig zeigt sich, dass sich die Lebenserwartung ohne Pflegebedürftigkeit von 18,89 Jahre auf 19,89 Jahre erhöht hat. Dieser Anstieg fällt jedoch mit 5,29% etwas geringer als bei der Lebenserwartung insgesamt aus. In der Folge reduziert sich dadurch auch der Anteil der Lebenserwartung ohne Pflegebedürftigkeit an der Lebenserwartung insgesamt. Dieser Betrag in der Periode 1999–2003 94,2% und in der Periode 2004–2008 93,8%. Bezogen auf die Lebenserwartung in Pflegebedürftigkeit entspricht dies einem Anstieg von 1,15 Jahre in der Periode 1999–2003 auf 1,32 Jahre in der Periode 2004–2008. Mit den zusätzlichen Lebensjahren insgesamt geht somit eine Ausdehnung der Lebensjahre in Pflegebedürftigkeit einher. Eine Kompression der Pflegebedürftigkeit auf einen kürzeren Abschnitt vor dem Tod zeigt sich also weder absolut noch relativ, bezogen auf die Lebenserwartung.

Bei den *Frauen* zeigt sich im Wesentlichen ein ähnliches Bild: Für die Frauen im Alter von 60 Jahren hat sich die Lebenserwartung insgesamt von 23,96 Jahren um 4,76% auf 25,1 Jahre erhöht, während sich die Lebenserwartung ohne Pflegebedürftigkeit lediglich von 21,55 Jahren um 3,81% auf 22,37 Jahre erhöht hat. Der Anteil der Lebenserwartung ohne Pflegebedürftigkeit an der Lebenserwartung fällt damit von 89,9% in der Periode 1999–2003 auf 89,1% in der Periode 2004–2008. Die Lebensjahre in Pflegebedürftigkeit haben sich zwischen den beiden Perioden entsprechend von 2,41 Jahre auf 2,73 Jahre erhöht.

5.4.2 Dauer der Pflegebedürftigkeit

Pflegebedürftigkeit ist in den seltensten Fällen nur eine zwischenzeitliche Phase im Lebenslauf. In aller Regel werden die Pflegeverläufe mit dem Tod beendet. In einigen Fällen kommt es zwar zu Unterbrechungszeiten. Diese liegen aber sehr häufig in Krankenhausaufenthalten begründet und nur sehr selten in der Wiedererlangung der Fähigkeiten, das eigene Leben wieder unabhängig zu bewältigen. Es kann daher davon ausgegangen werden, dass die Pflegebedürftigkeit weit überwiegend von der ersten Feststellung bis zum Tod andauert.

Wie lange dauert aber eigentlich die Pflegebedürftigkeit im Durchschnitt? Dies ist eine vielfach gestellte Frage, zu der es unterschiedliche Antworten geben kann – je nach dem, wie gemessen wird. Im Raum stehen z.B. die Aussagen von Schneekloth (2005: 73), die ersten relevanten Beeinträchtigungen der von ihm befragten häuslich gepflegten Pflegebedürftigen seien im Durchschnitt bereits 8,2

Jahren vor dem Befragungszeitpunkt aufgetreten. Runde et al. (2009) finden unter den häuslich gepflegten Personen mit einem Alter ab 30 Jahren 21,2%, die länger als 10 Jahre pflegebedürftig sind, aber nur 7,9%, die weniger als ein Jahr pflegebedürftig sind. Rothgang et al. (2009: 151) schätzen eine durchschnittliche Gesamtdauer der Pflegebedürftigkeit von 2,5–3,5 Jahren unter den Personen mit einem Alter ab 60 Jahren. Alle diese Schätzungen und Messungen beruhen aber auf verschiedenen Annahmen, was Pflegebedürftigkeit ist, und auf unterschiedlichen Selektionen. Im sozialrechtlichen Sinne ist eine Pflegebedürftigkeit dann gegeben, wenn die Bedingungen zur Einstufung in eine Pflegestufe gegeben sind und die Pflegekasse unter Rückgriff auf das entsprechende MDK-Gutachten einen Antrag entsprechend beschieden hat. Weiter gefasste Definitionen von Pflegebedürftigkeit, die sich etwa auf selbst berichtete Einschränkungen beziehen, führen zu anderen Ergebnissen. Die Zweckmäßigkeit eines Messkonzeptes hängt dabei immer von der behandelten Fragestellung ab. Nachstehend wird die sozialrechtliche Definition von Pflegebedürftigkeit zugrunde gelegt, die eine gute Reliabilität aufweist und so auch die Ermittlung von Veränderungen im Zeitverlauf erlaubt und im Hinblick auf Aussagen zur Pflegeversicherung allein relevant ist.

Bei der Ermittlung der durchschnittlichen Dauer von Pflegebedürftigkeit, zeigt sich ein weiteres Problem: Eine Vielzahl an Pflegeverläufen ist noch nicht beendet; die Pflegebedürftigen leben noch. Selbst aus der Pflegeeinstiegskohorte des Jahres 2000 waren zum Ende 2008 noch ca. 15% im Pflegeleistungsbezug (Rothgang et al. 2009: 167f.). Da die Gesamtdauer der Pflegeverläufe insgesamt also noch nicht gemessen werden kann, können Angaben über die durchschnittliche Pflegedauer nur Schätzungen bleiben. Methodisch einfacher und sozialpolitisch relevanter ist daher die Messung der Anteile der Pflegebedürftigen nach verschiedenen Dauern. So ist es beispielsweise einfacher möglich, die mediane Dauer anzugeben – also die Zeit die vergeht, bis 50% der Pflegebedürftigen nicht mehr pflegebedürftig sind (verstorben sind). Mit den Routinedaten lässt sich auch leicht ermitteln, wie hoch der Anteil der Pflegebedürftigen ist, die bis zu bestimmten Zeitpunkten noch nicht verstorben sind.

Aus den genannten inhaltlichen und methodischen Gründen werden nachfolgend die Anteile der Verstorbenen nach definierten Zeiten dargestellt. Abbildung 25 bis Abbildung 27 zeigen die Anteile der Pflegebedürftigen, die nach einem ersten Leistungsbezug in den Jahren 2001 bis 2007 innerhalb des ersten Quartals, der ersten vier Quartale bzw. innerhalb der ersten acht Quartale verstorben sind.

Abbildung 25: Verstorbene im 1. Quartal

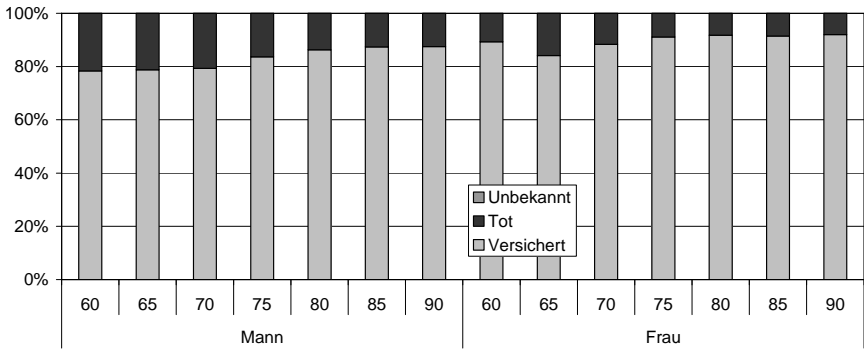


Abbildung 26: Verstorbene im 4. Quartal

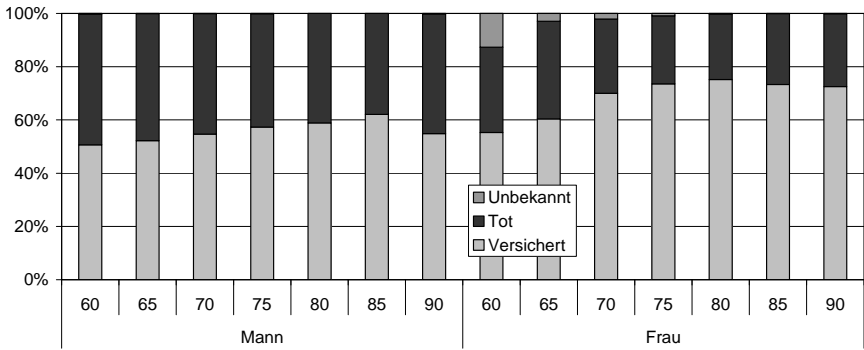


Abbildung 27: Verstorbene im 8. Quartal

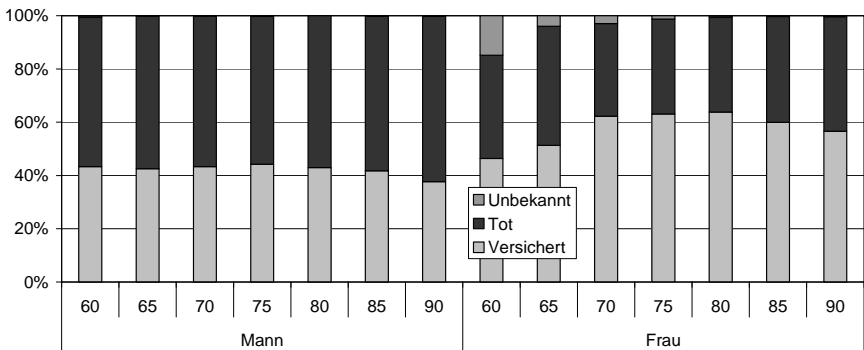


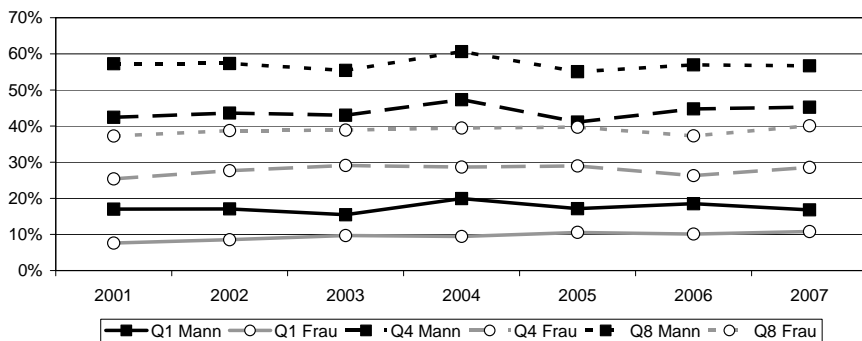
Abbildung 25 zeigt dabei den Anteil der Pflegebedürftigen, die schon im ersten Quartal des Leistungsbezugs versterben. Die Personen mit den Pflegeinzidenzen sind dabei nach Alterskategorien und Geschlecht differenziert. Zwei Zusammenhänge fallen sofort auf: Zum einen ist die Sterblichkeitsrate bei den Männern deutlich höher als bei den Frauen und zum anderen gibt es insbesondere bei den Männern die Tendenz, dass diejenigen, die jünger pflegebedürftig werden, auch früher versterben. Diese Tendenz ist bei den Frauen deutlich geringer ausgeprägt.

Diese Unterschiede zwischen Männern und Frauen und zwischen jüngeren und älteren Zugangskohorten bleibt auch bestehen, wenn das 4. Quartal nach Auftreten der Pflegebedürftigkeit betrachtet wird (Abbildung 26): Von den Männern, die mit 60-64 Jahren pflegebedürftig werden, sind 49 % innerhalb der ersten vier Quartale verstorben. Von denjenigen, die mit 80-84 Jahren pflegebedürftig werden, sind es 41 %. Von allen männlichen GEK-Versicherten, die erstmalig im Alter ab 60 Jahren pflegebedürftig geworden sind, verstarben 44 % schon innerhalb der ersten vier Quartale. Von den 60-64-jährigen Frauen sind 37 % bis dahin verstorben, während 63 % dieser Frauen noch leben.⁴² Von den 2.192 Verläufen der Frauen, die mit 80-84 pflegebedürftig werden, sind 25 % im vierten Quartal mit dem Tod beendet.

Betrachtet man die Anteile der pflegebedürftigen Männer und Frauen, die innerhalb der ersten acht Quartale versterben, bleibt der Unterschied zwischen Männern und Frauen weiterhin erhalten (Abbildung 27). 57 % aller Männer, die pflegebedürftig geworden sind, versterben innerhalb der ersten acht Quartale. Dieser Anteil ist relativ unabhängig vom Alter bei Pflegebeginn. Bei den Frauen ist genauso wie im vierten Quartal nach Pflegeeintritt auch im achten Quartal ein erheblicher Anteil erkennbar, über den wegen eines Kassenwechsels keine Informationen vorliegen. Dieser Anteil beläuft sich im Einstiegsalter von 60-64 Jahren auf 15 % und im Einstiegsalter von 65-69 Jahren auf 4 %. Der Anteil der beobachtbaren Verläufe, die mit dem Tod enden liegt in der ersten Alterskategorie bei 45 % und in der zweiten bei 47 %. Die Anteile der verstorbenen Frauen liegen in den nächsten drei Al-

⁴² Mit der Verrentung erfolgt teilweise ein Statuswechsel von einer beitragsfreien Mitversicherung zu einer eigenen Mitgliedschaft – teilweise auch bei einer anderen Kasse. Die Fälle, die wegen eines solchen Statuswechsels nicht verfolgt werden konnten, wurden von der Analyse ausgeschlossen. Es sind 15 Fälle bei den Männern und 191 Fälle bei den Frauen insbesondere in der Altersklasse 60-64 Jahre. Die angegebenen Werte beziehen sich daher auf die hiervon nicht betroffenen Fälle.

Abbildung 28: Anteile der verstorbenen Pflegebedürftigen im 1., 4. bzw. 8. Quartal nach Auftreten der Pflegebedürftigkeit



Anmerkung: Altersstandardisiert auf die Altersverteilung aller Inzidenzjahre

terskategorien bei 36%. Insgesamt sind von allen GEK-versicherten Frauen, die pflegebedürftig geworden sind und über acht Quartale beobachtet werden können, 39% verstorben. Insgesamt ist somit ca. jede zweite Person zwei Jahre nach Pflegeeintritt verstorben.

Um zu zeigen, ob es im Laufe der letzten Jahre Veränderungen in der verbleibenden Lebenserwartung gegeben hat, werden in Abbildung 28 die Anteile der Verstorbenen differenziert nach dem Zeitpunkt, an dem die Pflegebedürftigkeit sozialrechtlich festgestellt wurde, dargestellt. Gezeigt werden die Anteile der bis zum entsprechenden Quartal Verstorbenen. Dabei ist die Altersverteilung standardisiert auf die gesamte Altersverteilung der inzidenten Pflegefälle in den GEK-Daten. An dieser Stelle wurde bewusst nicht auf die Bundesbevölkerung standardisiert, um nicht die Effekte der jüngeren Zugangsalterskategorien überproportional mit einfließen zu lassen.

Zu erkennen sind einige Schwankungen in den Anteilen der Verstorbenen zu den verschiedenen Quartalen seit Pflegeinzidenz. Es bleibt aber bei Schwankungen; ein klarer Trend zeichnet sich nicht ab. So liegt der Anteil der Männer, die im ersten Quartal versterben, bei der Zugangskohorte des Jahres 2001 ebenso wie bei der Zugangskohorte 2007 bei 17%. Innerhalb der ersten vier Quartale sind von den Neufällen des Jahres 2001 42% und von den Neufällen des Jahres 2007 45% der Männer verstorben. Innerhalb der ersten acht Quartale sind es für beide Zugangs-

jahrgänge gleichermaßen 57%. Eine leicht steigende Mortalitätsrate der pflegebedürftigen Frauen ist zu sehen, wenn die Eintrittsjahre 2001 und 2007 verglichen werden. Bei den Zugängen des Jahres 2001 liegen die Anteile der verstorbenen Frauen im ersten Quartal bei 8%, innerhalb der erste vier Quartale bei 25% und innerhalb der ersten acht Quartale bei 37%. Bei den Zugängen des Inzidenzjahres 2007 liegen die Anteile bei 11%, 29% und 40%. Wird jedoch das Zugangsjahr 2006 zum Vergleich herangezogen, dann sind die Unterschiede fast verschwunden: Die Anteile der Verstorbenen liegen für diese Kohorte bei 10%, 26% bzw. 37%. Von einem Trend kann also nicht gesprochen werden. Die fernere Lebenserwartung erscheint nach diesen Ergebnissen in erster Linie vom Geschlecht und in zweiter Linie vom Pflegeeintrittsalter abhängig.

Neben und in Zusammenhang mit Alter und Geschlecht gibt es aber noch weitere Faktoren, welche die Sterblichkeitsraten bestimmen, den Grad der Pflegebedürftigkeit und Erkrankungen. Um diese Effekte simultan zu beurteilen, wird der Einfluss von Alter, Geschlecht, Pflegebedürftigkeit und Erkrankung auf die Sterblichkeit in einem Übergangsratenmodell geschätzt. Dieses Modell schätzt die Wahrscheinlichkeit pro Zeiteinheit, dass ein Ereignis eintritt (hier: der Tod). Das Modell bietet die Möglichkeit, verschiedene Variablen (Alter, Geschlecht, etc.) gleichzeitig zu beurteilen. Das Modell zeigt dann beispielsweise, welcher Anteil des Effekts z. B. direkt vom Alter abhängt und welcher von den aufgetretenen Erkrankungen.

Tabelle 31 enthält die für Männer und Frauen getrennt ausgewiesenen Ergebnisse dieser Übergangsraten-Modelle. Für die einzelnen Merkmale wird unter Kontrolle der anderen Merkmale im Modell das relative Risiko gegenüber der Referenzkategorie angegeben (bei kategorialen Variablen) bzw. die Steigerung des Risikos bei Steigerung des Wertes der erklärenden Variablen um den Wert eins (bei metrischen Variablen).

Für die pflegebedürftigen Frauen ist die Sterblichkeit bei Kontrolle der weiteren Variablen unabhängig vom *Eintrittsjahr*. Für die Männer ist dagegen ein tendenzieller Anstieg sichtbar: das Mortalitätsrisiko steigt – im Vergleich zum Pflegebeginn im Jahr 2001 – um 2% mit jedem späteren Jahr des Pflegeeintritts. Wenn also die Struktur der Pflegebedürftigen nach Alter, Geschlecht, Familienstand, Art der Pflegestufen und Pflegearrangement sowie der Erkrankungsstruktur gleich bleibt, so könnte es dennoch einen Anstieg der Sterblichkeit unter ihnen geben. Dieser mögliche Anstieg der Sterblichkeit liegt dann aber in äußeren Faktoren begründet.

Tabelle 31: Relatives Sterberisiko bei Pflegebedürftigkeit (Exponentialmodell)

	Männer	Frauen
Konstante	0,00 ***	0,01
Eintrittsjahr	1,02 ***	1,00
Eintrittsalter 65-69	1,09 *	1,16 *
Eintrittsalter 70-74	1,12 **	1,02
Eintrittsalter 75-79	1,18 ***	1,16 *
Eintrittsalter 80-84	1,18 ***	1,28 ***
Eintrittsalter 85-89	1,24 ***	1,43 ***
Eintrittsalter 90+	1,38 ***	1,70 ***
Verheiratet	1,07 *	0,89 ***
Informelle Pflege II	1,71 ***	1,66 ***
Informelle Pflege III	3,18 ***	2,85 ***
Formell-amb. Pflege I	1,34 ***	1,27 ***
Formell-amb. Pflege II	2,54 ***	2,62 ***
Formell-amb. Pflege III	3,99 ***	4,48 ***
Vollstationäre Pflege I	1,81 ***	1,73 ***
Vollstationäre Pflege II	2,66 ***	2,27 ***
Vollstationäre Pflege III	2,74 ***	1,71 ***
Krebs (C)	2,73 ***	3,26 ***
Demenz (F00-F03)	0,80 ***	0,91 **
Parkinson (G20)	0,69 ***	0,71 ***
Multiple Sklerose (G35)	0,51 *	0,48 *
Schlaganfall (I61, I63, I64)	0,61 ***	0,83 ***
Schenkelhalsfraktur (S720)	0,93	0,91
Harninkontinenz (N39)	1,01	0,92 *
Stuhlinkontinenz (R15)	0,97	1,27 ***

Anmerkung: *** p < 0,1%; ** p < 1%; * p < 5 %
Referenzkategorien: Eintrittsalter 60-64, nicht verheiratet, informelle Pflege bei Pflegestufe I, kein Vorliegen der jeweils genannten Erkrankung.
Zur Interpretation: Die Werte der Tabelle geben die relative Wahrscheinlichkeit an, pro Zeiteinheit zu versterben.

Abbildung 25 bis Abbildung 27 erweckten den Eindruck, dass die Sterblichkeit bei den Pflegebedürftigen mit niedrigem und hohem *Alter bei Auftreten der Pflegebedürftigkeit* erhöht ist. Dies tritt bei den Männern besonders in der ersten Zeit der Pflegebedürftigkeit zutage und bei den Frauen auch langfristig. Signifikant höhere Sterblichkeiten bei den jüngeren Eintrittsaltern zeigen sich in den Modellen aber nicht. Alle Eintrittsalter sind mit einer höheren Sterblichkeit verbunden als die Alterskategorie 60-64 Jahre. Unterschiede, die sich in den Abbildungen gezeigt haben, sind also durch die weiteren kontrollierten Merkmale im Modell zu erklären. Die Modelle zeigen besonders hohe Werte in der Alterskategorie 90+. Für diese Alterskategorie wird eine 38% höhere Sterblichkeit bei den Männern und eine 70% höhere Sterblichkeit bei den Frauen im Vergleich zur Alterskategorie 60-64 errechnet.

Der *Verheiratetenstatus* zeigt bei den Männern einen kaum signifikanten Effekt. Signifikant zeigt sich allerdings bei den Frauen, dass Verheiratete eine geringere Sterblichkeit haben.

Zusätzlich zu diesen Merkmalen sind nun noch die *Kombinationen von Pflegestufen und Pflegearrangements* kontrolliert. Als Referenzkategorie ist die informelle Pflege bei Pflegestufe I gewählt. Verglichen mit dieser Kategorie sind die angegebenen relativen Wahrscheinlichkeiten zu lesen. Diejenigen, die mit informeller Pflege in Pflegestufe II oder III beginnen, sind schon von Anfang an deutlich eingeschränkter in ihren Alltagskompetenzen und bedürfen mehr Pflege. Kaum verwunderlich ist es also, dass auch die Sterblichkeit dieser Personen deutlich höher liegt als bei denen, die mit Pflegestufe I beginnen. Die Männer (Frauen) in Pflegestufe II haben nach dem Modell eine 71% (66%) höhere Sterblichkeit und die Pflegebedürftigen in Pflegestufe III eine etwa dreifache Sterblichkeit. Im Vergleich zu den Pflegebedürftigen mit ausschließlich informeller Pflege, weisen die Pflegebedürftigen in formell-ambulanter Pflege in allen Stufen und für beide Geschlechter eine jeweils deutlich höhere Sterblichkeit auf, wobei die Sterblichkeit wiederum mit der Pflegestufe steigt. Dieser Zusammenhang von Pflegestufe und Mortalität zeigt sich bei den Pflegebedürftigen in vollstationärer Pflege nur noch schwach (Männer) bzw. gar nicht mehr (Frauen). So ist die Sterblichkeit für Frauen in Stufe III in Heimen niedriger als in Stufe II. Auch ist die Sterblichkeit im Heim bei Pflegebedürftigen der Stufe III für beide Geschlechter niedriger als in den anderen Pflegearrangements, und bei den Frauen gilt dies auch für die Pflegebedürftigen, die ihre Pflegebedürftigkeit in Stufe II beginnen.

Die weiteren Zeilen in der Tabelle 31 zeigen die Effekte der einzelnen *Erkrankungen* – bei Kontrolle der zuvor genannten Variablen. Sehr deutlich tritt hervor, dass die Versicherten, die mit einer Krebserkrankung pflegebedürftig werden – bei Kontrolle der anderen Merkmale – eine mehr als 2,5-fache Sterbewahrscheinlichkeit haben. Alle anderen Erkrankungen reduzieren dagegen die Sterbewahrscheinlichkeit der Pflegebedürftigen. Dieses zunächst erstaunliche Ergebnis bedarf einer näheren Betrachtung. Selbstverständlich sind ein Schlaganfall, eine Schenkelhalsfraktur, eine Demenz, ein Parkinsonsyndrom oder eine Multiple Sklerose keine lebensverlängernden Erkrankungen. Dass die Pflegebedürftigen, die unter diesen Krankheiten leiden, im Durchschnitt länger leben als die Pflegebedürftigen ohne diese Krankheiten, dürfte zum Teil auf Selektionseffekten beruhen: Ein Teil der von diesen Krankheiten akut Betroffenen stirbt so schnell, dass eine Phase der Pflegebedürftigkeit gar nicht auftritt. Die etwa von einem Schlaganfall Betroffenen, die die erste Phase nach dem Akutereignis überleben und dann pflegebedürftig werden, sind dagegen positiv selektiert und leben daher länger. Weiterhin zeigt sich hier die epidemiologische „Konkurrenz“ verschiedener Krankheiten. Pflegebedürftigkeit im Sinne des SGB XI ist eine Folge von Krankheit und Behinderung (§ 14 SGB XI). Die von Multiple Sklerose, Parkinson etc. betroffenen Pflegebedürftigen werden im Modell daher nicht mit „gesunden“ Pflegebedürftigen verglichen, sondern mit solchen, die an anderen Krankheiten leiden – insbesondere auch Krankheiten, die schneller zum Tod führen. Eine dritte mögliche Erklärung ist der Tatsache geschuldet, dass eine Diagnosestellung teilweise nicht mehr bei denjenigen erfolgt, die diagnoseunfähig oder therapierunfähig sind. Im Pflegereport 2008 (Rothgang et al. 2008: 169ff.) wurde schon gezeigt, dass bei Pflegebedürftigen und Hochaltrigen z. B. die Krankheiten im Muskel-Skelett-System weniger häufig diagnostiziert werden. Wenn eine Krankheit abschbar zum Tode führt, wird weitere Diagnostik zurückhaltender eingesetzt. Letztlich kann der Zusammenhang zwischen den einzelnen Erkrankungen und der Lebenserwartung von Pflegebedürftigen an dieser Stelle nicht abschließend aufgeklärt werden.

5.4.3 Pflegezeiten in Pflegearrangements

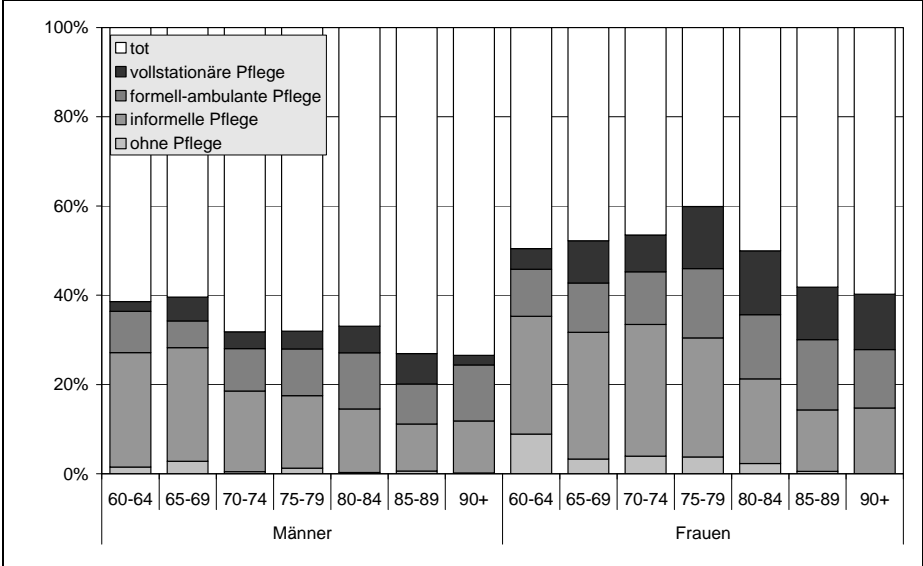
Wie schon ausgeführt, ist es nicht möglich, eine durchschnittliche Pflegedauer zu messen, solange die Pflegeverläufe noch andauern. Eine valide Messung setzt vielmehr voraus, entweder für eine Zugangskohorte die Pflegeverläufe solange zu verfolgen, bis alle Pflegebedürftigen verstorben sind, oder umgekehrt die Pflegeverläufe aller verstorbenen Pflegebedürftigen eines Zeitabschnitts rückwirkend bis

zum ersten Auftreten der Pflegebedürftigkeit zu verfolgen. Für beide Vorgehensweisen müssen, aber lange Zeitreihen vorliegen, die derzeit für die Pflegeversicherung nicht vorhanden sind. Weiterhin wird die durchschnittliche Pflegedauer regelmäßig durch Ausreißer mit sehr hohen Pflegezeiten nach oben „verzerrt“. Aus praktischen und methodischen Gründen ist es daher sinnvoller, auszuweisen, wie viele Pflegebedürftige einer Zugangskohorte einen bestimmten Zeitraum überleben.⁴³ Nachstehend werden die Verläufe der Pflegebedürftigen ausgewertet, deren Pflegebedürftigkeit 2001 begonnen hat. Deren Verläufe können bis Ende 2009 verfolgt werden. Die Beobachtungsdauer ist damit 8-9 Jahre, 8 Jahre für diejenigen die zum Ende des Jahres 2001 und 9 Jahre für die, die zu Beginn des Jahres 2001 pflegebedürftig wurden. In diesem Zeitraum sind noch nicht alle Pflegeverläufe abgeschlossen. Die nachstehenden Angaben über die Pflegedauern beziehen sich daher immer nur auf den Beobachtungszeitraum von 8-9 Jahren und können als Untergrenzen für die tatsächlichen Pflegedauern betrachtet werden.

Pflegeverläufe können in häuslicher Pflege oder in vollstationärer Pflege beginnen. Je nach Startarrangement gibt es deutlich unterschiedliche Verweildauern in den verschiedenen Pflegearrangements. Abbildung 29 zeigt, welche Zeitanteile nach einem Pflegebeginn *in häuslicher Pflege* in welchem Pflegearrangement verbracht werden. Zunächst lässt sich feststellen, dass die Gesamtpflegedauern, die sich durch Addition der Pflegedauern in den einzelnen Pflegearrangements ergeben, deutlich vom Zugangsalter abhängig sind. Mit steigendem Zugangsalter nimmt die Gesamtpflegedauer tendenziell ab und die Mortalität entsprechend zu. Bei den Frauen sind zwar über die ersten Alterskategorien noch Anstiege der Pflegedauern zu sehen, aber für die über 80-Jährigen sinken die Dauern deutlich. Hinsichtlich der Pflegearrangements zeigen sich folgende Ergebnisse: Von den durchschnittlichen 8,5 Jahren der Beobachtung werden von den Männern je nach Alterskategorie rund gut 2 bis etwa 3,5 Jahre und von den Frauen 3,5 bis 5 Jahre in Pflegebedürftigkeit verbracht. In häuslicher Pflege verbringen die 60-64-jährigen Männer 3 Jahre, die 65-69-jährigen Männer 2,7 Jahre. Die Männer in den Alterskategorien 70-74 Jahre, 75-79 Jahre und 80-84 Jahre verbringen alle gleichermaßen 2,2 bis 2,3 Jahre in der häuslichen Pflege. Mit der Alterskategorie 85-89 sinkt die Zeit dann doch

⁴³ Ebenso kann umgekehrt angegeben werden, welcher Zeitraum vergeht, bis ein bestimmter Teil der Zugangskohorte verstorben ist. Hierbei ist der Median als der Wert, der angibt, welcher Zeitraum vergeht, bis die Hälfte der Zugänge verstorben ist, besonders anschaulich.

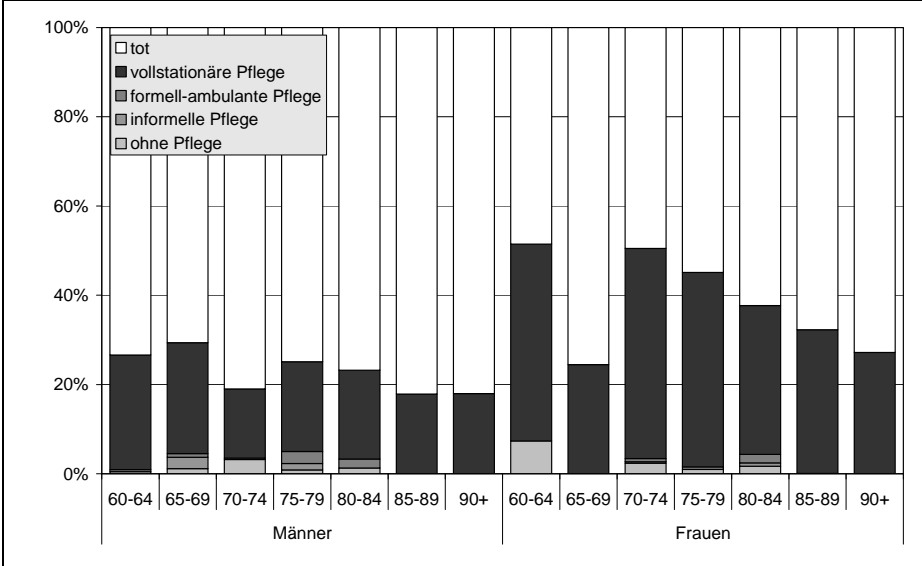
Abbildung 29: Anteile der Zeiten in Pflegearrangements bis Ende 2009 nach Pflegebeginn in häuslicher Pflege im Jahr 2001



weiter auf 1,7 Jahre ab. Für die geringer besetzte Alterskategorie der über 90-Jährigen wird eine durchschnittliche Dauer der häuslichen Pflege von 2,1 Jahren berechnet. Frauen überleben länger und weisen entsprechend länger häusliche Pflegeleistungen auf. In der Alterskategorie 60-64 Jahre sind es in den beobachteten 8,5 Jahren 3,1 Jahre in häuslicher Pflege. In den weiteren Alterskategorien steigt die Zeit in der häuslichen Pflege sogar noch über 3,3 Jahre, 3,5 Jahre auf 3,6 Jahre in der Alterskategorie 75-79 Jahre an. In den nachfolgenden Alterskategorien sinkt dann aber die Zeit in häuslicher Pflege bis auf 2,4 Jahre in der höchsten Alterskategorie. Insgesamt ergeben sich für die weiblichen Versicherten der GEK im Alter von 60 Jahren und mehr, die im Jahr 2001 erstmalig häusliche Pflegeleistungen erhielten eine durchschnittliche häusliche Pflegezeit von 3,2 Jahren bis Ende 2009. Unter den Männern mit den gleichen Kriterien liegt die durchschnittliche häusliche Pflegezeit derweilen bei 2,5 Jahren.

Unter den Pflegebedürftigen, die ihre ersten Pflegeleistungen zu Hause erhalten, gibt es einen großen Anteil, der anschließend noch vollstationär gepflegt wird. Im Durchschnitt ist es in der untersuchten männlichen GEK-Population eine Zeit von

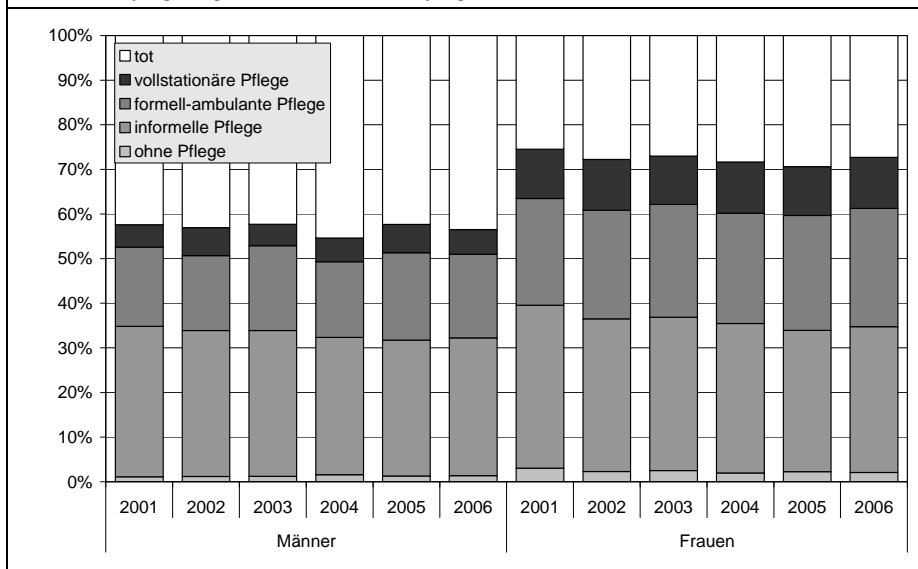
Abbildung 30: Anteile der Zeiten in Pflegearrangements bis Ende 2009 nach Pflegebeginn in vollstationärer Pflege im Jahr 2001



0,4 Jahren und unter der weiblichen GEK-Population eine Zeit von 1,1 Jahren nach einem Pflegebeginn in häuslicher Pflege. Nicht alle Pflegeverläufe beginnen aber in häuslicher Pflege. Knapp 18 % der untersuchten Pflegeverläufe beginnen direkt in der *vollstationären Pflege*.

Wie Abbildung 30 zeigt, wird der weit überwiegende Teil der nachfolgenden Zeiten – teilweise von Zeiten ohne Pflege, hinter denen sich überwiegend Krankenhausaufenthalte verbergen – in vollstationärer Pflege verbracht. Insgesamt ist aber die erlebte Zeit kürzer als bei den Pflegebedürftigen, die den Pflegeverlauf mit häuslicher Pflege begonnen haben. Von den durchschnittlich 8,5 Jahren Beobachtungszeit werden von den pflegebedürftigen Männern durchschnittlich nur 2,0 Jahre und von den pflegebedürftigen Frauen nur 3,2 Jahre erlebt. Bei häuslichem Pflegebeginn beträgt die durchschnittlich erlebte Zeit bei Männern 2,9 Jahren und bei Frauen 4,3 Jahre und ist damit um ca. ein Jahr länger. Diese Unterschiede sind auch in dem schlechteren Gesundheitszustand der Pflegebedürftigen begründet, die direkt mit vollstationärer Pflege beginnen. Dies drückt sich beispielsweise in der Verteilung der Pflegestufen zu Beginn der Pflegeverläufe aus. Während 67% der

Abbildung 31: Anteile der Zeiten in Pflegearrangements innerhalb von 12 Quartalen nach Pflegebeginn in häuslicher Pflege in den Jahren 2001–06

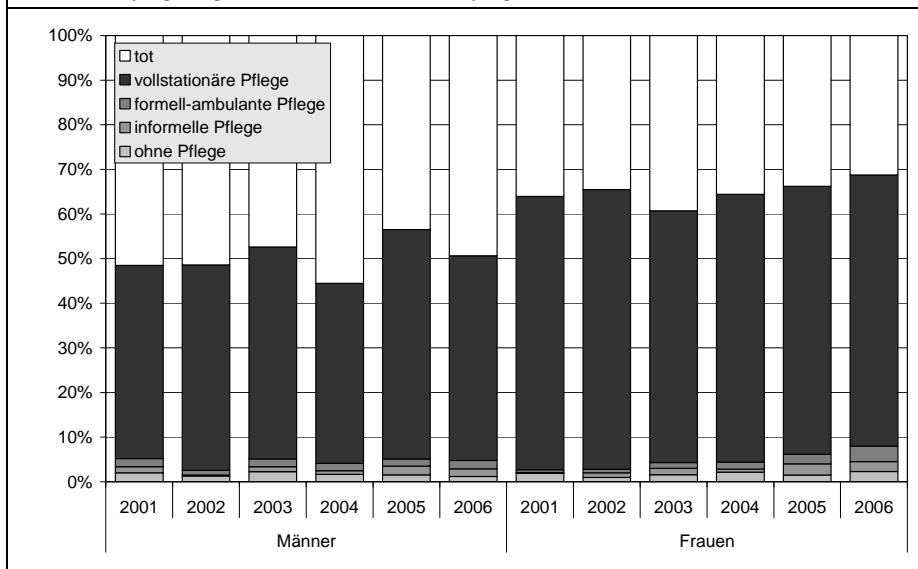


Pflegebedürftigen mit anfänglich informeller Pflege und 56% der Pflegebedürftigen mit formell-ambulanter Pflege in der Pflegestufe I beginnen, liegt dieser Anteilswert bei den Pflegebedürftigen, die in vollstationärer Pflege beginnen, nur bei 45%. 13% haben hingegen schon zu Beginn ihres Pflegeheimaufenthalts die Pflegestufe III. Bei den Pflegebedürftigen, die mit informeller Pflege beginnen, liegt der Anteil mit Pflegestufe III nur bei 6%.

Deutlich wird bei der Betrachtung der Abbildung 30 aber auch, dass der Weg zurück aus dem Pflegeheim eher die Ausnahme ist. Die Zeiten, die nach Eintritt in ein Pflegeheim dann noch in häuslicher Pflege verbracht werden, liegen bei durchschnittlich 0,3 Jahren bei den Männern und 0,2 Jahren bei den Frauen.

Um mögliche Veränderung der in den verschiedenen Pflegearrangements verbrachten Zeiten sichtbar zu machen, werden die Zugangsjahre 2001 bis 2006 in Abbildung 31 und Abbildung 32 jeweils getrennt betrachtet. Das mögliche Beobachtungsfenster ist für spätere Zugangsjahrgänge kleiner. Um aber jeweils gleich lange Beobachtungsfristen zu analysieren, werden nur die ersten drei Jahre nach Pflegebeginn berücksichtigt. Somit ergibt sich für die Einstiegskohorte 2001 ein

Abbildung 32: Anteile der Zeiten in Pflegearrangements innerhalb von 12 Quartalen nach Pflegebeginn in vollstationärer Pflege in den Jahren 2001–06



Beobachtungsfenster bis höchstens ins Jahr 2004 hinein und für die Einstiegskohorte 2006 ein Beobachtungsfenster bis höchstens ins Jahr 2009 hinein. Abbildung 31 zeigt die nachfolgenden Zeiten nach Pflegebeginn zu Hause und Abbildung 32 zeigt die nachfolgenden Zeiten nach Pflegebeginn in vollstationärer Pflege.

Für die beobachteten 12 Quartale ergeben sich nach einem Start in häuslicher Pflege kaum Veränderungen bezüglich der durchschnittlich erlebten Zeit. Von den drei betrachteten Jahren werden von den Männern ziemlich konstant 1,6 – 1,7 Jahre erlebt. Frauen erleben 2,1 – 2,2 Jahre. Als Rückgang erscheint der Anteil der Zeiten in informeller Pflege. Hier gibt es bei den Männern einen Rückgang von ca. 34% auf 31% der Beobachtungszeit. Das entspricht aber auch nur einem Rückgang von 1,0 auf 0,9 Jahre. Bei den Frauen zeigt sich ein Rückgang von 37% auf 33% der beobachteten Zeit, was einem Rückgang von 1,1 auf 1,0 Jahre entspricht.

Deutlich mehr Veränderungen sind hingegen in den Anteilen der Zeiten nach Pflegeeintritt in vollstationärer Pflege zu sehen (Abbildung 32). Ein Teil der Schwankungen über die Jahre ist sicherlich der geringeren Fallzahl geschuldet. Dennoch scheint sich bei Männern und Frauen ein Trend abzuzeichnen, dass die Erlebens-

zeiten nach einem vollstationären Pflegebeginn länger werden. Bei den Frauen ist dieser Trend dabei deutlicher als bei den Männern. Für das Jahr 2001 wird eine durchschnittliche Erlebenszeit innerhalb der nächsten drei Jahre von 1,9 Jahren gemessen. Diese beträgt mit dem Zugangsjahr 2006 2,1 Jahre. Die Zeiten, die nach einem vollstationären Pflegebeginn in anderen Pflegearrangements oder ohne Pflegeleistungen verbracht werden, liegen im Einzelnen bei 0,0 bis 0,1 Jahren und können daher in der Betrachtung vernachlässigt werden.

5.4.4 Sequenzen der Pflegearrangements

In Abschnitt 5.4.3 wurde schon gezeigt, dass die Pflegeverläufe, die vollstationär beginnen, typischerweise ohne Veränderung mit dem Tod beendet. Bei den Pflegeverläufen, die häuslich beginnen, werden hingegen Zeiten in unterschiedlichen Pflegearrangements sichtbar. Wie sehen aber nun die typischen Pflegeverläufe aus? Gestaltet sich der Standardpflegeverlauf wie ein Professionalisierungspflegeverlauf: Informelle Pflege → formell-ambulante Pflege → vollstationäre Pflege → Tod? Oder gibt es auch unter denjenigen, die in häuslicher Pflege beginnen, einen großen Teil, der nie vollstationär gepflegt wird? Und wie verändern sich die typischen Pflegeverläufe über die Zeit? Zur Beantwortung dieser Fragen werden nachfolgend die Sequenzen der Pflegearrangements betrachtet.

Als *Sequenzen* werden hier Abfolgen von Pflegearrangements und alternativen Zuständen betrachtet. Betrachtet werden „Informelle Pflege“ (in den Sequenzen in Tabelle 32 kodiert als 1), „Ambulant-formelle Pflege“ (2), „Vollstationäre Pflege“ (6), „Leistungsfreie Zeit“ als GEK-Versicherter (0), wegen „Kassenwechsel“ nicht bei der GEK versichert (9) und Tod (8). In der Tabelle werden für drei verschiedene Zugangskohorten die häufigsten Sequenzen über 12 Quartale dargestellt. Wiedergegeben sind für jede Zugangskohorte (2001/2002; 2003/2004; 2005/2006) die Sequenzen, deren Anzahl und deren Anteil an allen Sequenzen der Zugangskohorte. Sortiert sind die Sequenzen nach der Häufigkeit innerhalb der einzelnen Zugangskohorten.

Bei allen Zugangskohorten ist die Sequenz „18“ am häufigsten. Der Code „18“ steht für einen Pflegeverlauf, bei dem der Pflegebedürftige bis zu seinem Tod informell gepflegt wird. Dabei bleibt die Dauer der informellen Pflege unberücksichtigt. Pflegebedürftigen, die nur ein Quartal gepflegt werden, gehen hier genauso in die Zählung ein wie diejenigen, die nach 11 Quartalen informeller Pflege verstorben sind.

Tabelle 32: Sequenzen der Pflegearrangements nach Jahr der Pflegeinzidenz

2001/2002			2003/2004			2005/2006		
Sequenz	Anzahl	Anteil	Sequenz	Anzahl	Anteil	Sequenz	Anzahl	Anteil
18	711	15,2%	18	744	14,3%	18	873	14,3%
1	629	13,5%	28	711	13,6%	28	854	14,0%
28	585	12,5%	1	672	12,9%	1	703	11,5%
68	467	10,0%	68	550	10,6%	68	609	10,0%
6	258	5,5%	2	287	5,5%	6	382	6,3%
2	243	5,2%	6	284	5,5%	2	334	5,5%
128	221	4,7%	128	259	5,0%	128	312	5,1%
12	173	3,7%	268	197	3,8%	26	252	4,1%
268	160	3,4%	12	178	3,4%	12	237	3,9%
26	142	3,0%	26	161	3,1%	268	210	3,4%
16	99	2,1%	168	92	1,8%	126	111	1,8%
168	99	2,1%	16	84	1,6%	168	105	1,7%
126	74	1,6%	126	78	1,5%	16	88	1,4%
121	67	1,4%	218	66	1,3%	121	71	1,2%
21	53	1,1%	121	62	1,2%	21	71	1,2%
1268	51	1,1%	1268	55	1,1%	218	66	1,1%
10	49	1,0%	10	47	0,9%	1268	63	1,0%
218	44	0,9%	208	47	0,9%	208	50	0,8%
1218	34	0,7%	21	46	0,9%	20	43	0,7%
19	29	0,6%	19	33	0,6%	10	36	0,6%
208	26	0,6%	20	30	0,6%	1218	30	0,5%
20	24	0,5%	1212	25	0,5%	19	26	0,4%
108	21	0,4%	1218	24	0,5%	62	24	0,4%
1212	19	0,4%	108	17	0,3%	108	22	0,4%
29	14	0,3%	12121	16	0,3%	1212	21	0,3%
212	11	0,2%	1216	15	0,3%	61	20	0,3%
101	10	0,2%	60	15	0,3%	29	18	0,3%
12121	10	0,2%	12128	14	0,3%	212	15	0,2%

Merkmalsausprägungen der Sequenzelemente sind informelle Pflege (1), ambulant-formelle Pflege (2), vollstationäre Pflege (6), leistungsfreie Zeit als GEK-Versicherter (0), wegen Kassenwechsel nicht bei der GEK versichert (9) und Tod (8).

Betrachtet wird ein Zeitraum von 3 Jahren.

Die sechs häufigsten Sequenzen sind in allen drei Zugangskohorten gleich, auch wenn sich die relativen Häufigkeiten dieser Sequenzen und die Rangfolge unter den ersten sechs Sequenzen unterscheiden. Diese sechs Sequenzen spiegeln stabile Pflegearrangements vom Pflegebeginn bis zum Ende der Beobachtung wieder. Dabei sind die Pflegeverläufe, die mit informeller Pflege (1), mit formell-ambulanter Pflege (2) und mit vollstationärer Pflege (6) beginnen danach zu unterscheiden, ob sie innerhalb der 12 Quartale mit dem Tod beendet sind (18, 28 68) oder ob sie zum Ende der Beobachtung noch andauern (1, 2, 6). Hierbei ist die Zahl der Verläufe, die mit dem Tod enden, häufiger. Wie schon erwähnt ist die häufigste Sequenz die *informelle Pflege*, die mit dem Tod beendet wird. In der Zugangskohorte 2001/2002 macht diese Abfolge 15,2 % aller Sequenzen aus. In den Zugangskohorten 2003/2004 und 2005/2006 sind es jeweils 14,3 %. Der Anteil, der Sequenzen, die mit informeller Pflege beginnen und zum Ende noch andauern, geht ebenfalls zurück. In der ersten betrachteten Kohorte liegt der Anteil noch bei 13,5 %, in der zweiten Kohorte noch bei 12,9 % und in der dritten Kohorte nur noch bei 11,5 %. Werden beide Verläufe zusammen betrachtet, zeigt sich also im Zeitverlauf ein Rückgang des Anteils der ausschließlich informellen Pflegeverläufe. Steigend ist hingegen der Anteil der Pflegeverläufe, die mit formell-ambulanter Pflege starten und diese Arrangement bis zum Beobachtungsende oder bis zum Tod beibehalten.

Der Anteil der Sequenzen von *ambulant-formeller Pflege* bis zum Tod (Sequenz „28“) ist von 12,5 % (Zugangskohorte 2001/2) über 13,6 % (Zugangskohorte 2003/4) bis auf 14,0 % (Zugangskohorte 2004/6) gestiegen. Auch der Anteil der den noch andauernden Sequenzen mit ambulant-formeller Pflege (Sequenz „2“) steigt im Zeitverlauf, von 5,2 % (Zugangskohorte 2001/2) auf 5,5 % (Zugangskohorten 2003/4 und 2005/6).

Die Anteile der stabilen *Verläufe mit vollstationärem Pflegebeginn* bleiben dagegen relativ gleich: Bei den Verläufen, die mit dem Tod enden (Sequenz „68“) schwankt der Anteilswert dieser Sequenz von 10,0 % (Zugangskohorte 2001/2) über 10,6 % (Zugangskohorte 2003/4) zurück auf 10,0 % (Zugangskohorte 2005/6). Die bis zum Beobachtungsende andauernden, durchgängig vollstationären Pflegeverläufe (Sequenz „6“) haben in den ersten beiden Kohorten einen Anteil von 5,5 %, aber in der dritten Kohorte einen Anteil von 6,3 %. Insgesamt steigt damit der Anteil der stabilen Sequenzen mit vollstationärem Pflegebeginn.

Der Anteil der im Beobachtungsfenster als stabil zu bezeichnenden Pflegeverläufe liegt in der Summe in allen Kohorten um 62%. In der Kohorte 2001/2002 sind es 61,9%, in der Kohorte 2003/2004 sind es 62,3% und schließlich in der Kohorte 2005/2006 61,6%.

Wie sehen nun die restlichen ca. 38% der Sequenzen aus? Gibt es hier besondere Abfolgen zu erkennen, die einer Systematik entsprechen, oder lassen sich völlig unsystematische Sequenzen finden? Schon der Blick auf die nächsten sieben Sequenzen gibt hier deutliche Antworten. In unterschiedlicher Rangfolge sind es folgende Sequenzen: "12", "128", "16", "168", "26", "268", "126". Es fehlt in dieser Sammlung nur noch die Sequenz "1268". Diese folgt in der Rangfolge der einzelnen Zugangskohorten aber auch schon nach nur zwei bis drei weiteren Sequenzen. Was macht diese Sequenzen nun so ähnlich oder von der Systematik gleichartig? Nun, sie folgen alle dem *Schema der Professionalisierung* der Versorgung. Dieses Schema zeigt bei Veränderung des Pflegearrangements stets eine Entwicklung zu einem höheren Grad der Professionalisierung der Pflege. Es wird von informeller Pflege zu formell-ambulanter Pflege oder zu vollstationärer Pflege gewechselt oder es wird von formell-ambulanter Pflege zu vollstationärer Pflege gewechselt. Der Tod kann in dieser Tendenz als (vorab) beendiges Ereignis auftreten. Insgesamt sind die einzelnen Sequenzen Teile des oben beschriebenen Professionalisierungs- pflegeverlaufs. In der Summe machen diese Sequenzen, die eine Professionalisierung der Pflege beschreiben, in der ersten Kohorte 21,8% der Sequenzen aus. In der Kohorte 2003/2004 sind es 21,2% und in der Kohorte 2005/2006 sind es 22,6% der Sequenzen, jeweils also ein gutes Fünftel aller Sequenzen.

Die noch verbleibenden ca. 16% der Sequenzen teilen sich in eine Vielzahl an Abfolgen auf, über die noch weiteren Typiken gebildet werden könnten oder die auch den schon genannten Typiken der konstanten Verläufe und der Professionalisierungsverläufe zugeordnet werden könnten. So gibt es eine Reihe an Sequenzen mit Unterbrechungen, die auch den stabilen Verläufen zugeordnet werden könnten (z. B. "101", "1018", "202", "2028"). Ebenso gibt es Sequenzen wie "101268", die dem Professionalisierungsmuster zugeordnet werden könnten. Zu beobachten ist auch eine Reihe an Sequenzen, die mit 0 enden, also mit einer Zeit ohne Pflegeleistungen. Die Sequenz "10" (Abfolge von informeller Pflege und Zustand ohne Pflegeleistung), hat beispielsweise einen Anteil von ca. 1%. Auch andere Sequenzen enden innerhalb des Beobachtungsfensters von drei Jahren mit einer Zeit ohne Pflegeleistungen. Wie im Pflegereport 2009 (Rothgang et al. 2009: 167f.) schon

erwähnt, sind aber die wenigsten Zeiten ohne Pflegeleistungen von Dauer. Sehr viele Sequenzen bilden einen häufigen Wechsel der häuslichen Pflegearrangements ab, die mal ohne Übergang in die vollstationäre Pflege bleiben (z. B. "1212") und mal einen Wechsel in die vollstationäre Pflege beinhalten (z. B. "2126"). Ein Beginn in vollstationärer Pflege mit einem Wechsel in ein anderes Pflegearrangement ist hingegen relativ selten, auch dann, wenn ein Umweg über eine Unterbrechungszeit erfolgt. Für die Sequenzen aller drei Zugangskohorten zusammen liegt der Anteil der Sequenzen die in vollstationärer Pflege beginnen und anschließend in den beobachteten drei Jahren noch ein Quartal mit einem anderen Pflegearrangement enthalten, bei nur 1,0 %.

Pflegeverläufe lassen sich also überwiegend drei bzw. vier Mustern zuweisen: 1. Stabile Verläufe (bis zum Tod); 2. Professionalisierungsverläufe (bis zum Tod); 3. wiederholte Wechsel der Pflegearrangements in häuslicher Pflege ohne anschließender vollstationärer Pflege und 4. wiederholte Wechsel der Pflegearrangements in häuslicher Pflege mit anschließender vollstationärer Pflege. Sonstige Sequenzmuster sind eher selten.

6 Demenz und Pflege

Als Schwerpunktthema wird in diesem Pflegereport das Zusammenwirken von Demenz und Pflege betrachtet. Die Demenz ist eine der hauptsächlichen Ursachen von Pflegebedürftigkeit und sie ist in den meisten Fällen irreversibel und chronisch-degenerativ. In diesem Kapitel soll vor dem Hintergrund des erwartbaren demographischen Wandels das Ausmaß dargestellt werden, wie sehr die Demenz die Pflegebedürftigkeit bestimmt und welche Maßnahmen ergriffen werden, den Bedarfen zu begegnen. Dazu wird zunächst beschrieben, was unter Demenz zu verstehen ist und wie sich Inzidenzen und Prävalenzen der Demenz und der Pflege darstellen. Anschließend werden die Pflegeverläufe unter der Bedingung der Demenz und die Demenzverläufe unter der Bedingung der Pflege betrachtet. Das PFWG hat auf den Bedarf an erhöhten Betreuungsleistungen reagiert. Die weiteren Auswertungen stellen dar, inwieweit diese Angebote auch in Anspruch genommen werden. Zudem wird ein intensiverer Blick auf die medizinische Versorgung von Demenzerkrankten insbesondere in der Pflegebedürftigkeit geworfen. Abschließend werden die Kostenunterschiede in der medizinischen und pflegerischen Versorgung von Dementen im Vergleich zu nicht Dementen dargestellt und alle Ergebnisse zusammengefasst und diskutiert.

6.1 Zur Bedeutung der Demenz

Um die Bedeutung von Demenz zu erfassen wird Demenz zunächst definiert und klassifiziert (Abschnitt 6.1.1). Anschließend wird kurz auf Prävention, Wohn- und Betreuungsformen und Technik (6.1.2) und Forschungsinitiativen zum Thema Demenz (Abschnitt 6.1.3) eingegangen und eine Hochrechnung zur Zahl der Dementen im Jahr 2030 und 2060 präsentiert (Abschnitt 6.1.4).

6.1.1 Definition und Klassifikation

Das Wort Demenz, synonym wird auch der Begriff Hirnleistungsstörung verwendet (DEGAM 2008: 11), beschreibt eine Ansammlung von Symptomen, die den krankhaften Gedächtnis- und Denkstörungen zugeordnet werden (Bowlby Sifton 2008: 118). Die Demenzerkrankung tritt meistens im höheren Lebensalter auf, ist mit einer stetigen Abnahme der geistigen Fähigkeiten verbunden und ist nicht Teil des natürlichen Alterungsprozesses (Bopp & Herbst 2009; Bowlby & Sifton 2008; DEGAM 2008).

Nach der 10. Version der internationalen Klassifikation der Krankheiten (ICD-10) werden folgende Kriterien zur Diagnosestellung einer Demenz herangezogen:

1. Es muss eine Abnahme des Gedächtnisses und eine Abnahme einer anderen kognitiven Fähigkeit, wie z. B. dem Denkvermögen, der Sprache, den motorischen Fähigkeiten oder des Planens mindestens 6 Monate vorhanden sein,
2. es sollten kognitive Einbußen nicht auf einen vorübergehenden Verwirrheitszustand, dem so genannten Delir (Förstl 2009: 4), oder einer anderen Störung, die auf andere primär psychische Leiden, wie eine endogene Depression oder eine Schizophrenie, zurückzuführen sein (DEGAM 2008: 12) und
3. weiterhin müssen neben den intellektuellen Defiziten auch Störungen in der Gemütslage, des Antriebs und dem Sozialverhalten, die mit einer emotionalen Labilität und Reizbarkeit einhergehen, auftreten (Förstl 2009: 4).

Erst wenn die Symptome schwerwiegend auftreten und sie zu einer deutlichen Beeinträchtigung der Alltagsbewältigungen führen, kann von einer leichten Demenz gesprochen werden (Förstl 2009: 4). Die leichte Demenz ist der erste von drei nach ICD-10 definierten Schweregraden und zeichnet sich primär dadurch aus, dass komplizierte tägliche Aufgaben oder Freizeitbeschäftigungen nicht mehr ausgeführt werden können und eine selbständige Lebensführung nur eingeschränkt möglich ist. Im zweiten Stadium, der mittelgradigen Demenz, sind nur noch einfache Tätigkeiten zu realisieren. Ein unabhängiges Leben ist nicht mehr zu realisieren, sodass mittelgradig demenzerkrankte Menschen auf fremde Hilfe angewiesen sind (DEGAM 2008: 18; Förstl 2009: 5). Ab dem dritten Stadium, der schweren Demenz, ist eine selbständige Lebensführung vollkommen unmöglich, Gedankengänge können nicht mehr nachvollzogen und kommuniziert, neue Informationen nicht behalten werden (DEGAM 2008:18; Förstl 2009:5). Eine eindeutige Abgrenzung zwischen den drei Stadien ist oft nicht möglich, weil Übergänge zumeist fließend sind (DEGAM 2008: 17). Zur Beurteilung, ob die Symptome für eine Demenzerkrankung vorliegen, muss bei der Diagnosestellung beachtet werden, dass nicht jeder Demenzkranke alle Symptome entwickelt, die Symptome bei jedem unterschiedlich stark auftreten und die Symptome zu unterschiedlichen Tageszeiten und Wochentagen vorhanden, oder nicht vorhanden sein können (Bowlby & Sifton 2008: 119).

Zur Diagnostik einer potentiellen Demenz stehen verschiedene Untersuchungen und Testverfahren wie die Eigen-, Fremd-, Sozial-, und Medikamentenanamnese,

die Kompetenzdiagnostik, allgemeine unspezifische Laboruntersuchungen wie z. B. die Untersuchung des Blutbildes, der Leberwerte, der Blutfette, des HIV-Status oder der Schilddrüsenfunktion – die orientierend bei der Differentialdiagnostik eingesetzt werden können – zur Verfügung. Spezifischer sind hirnmorphologische diagnostische Verfahren wie die Computertomographie (CT) und die Kernspintomographie (NMR), um Tumore und Blutergüsse im Schädelraum abgrenzen zu können, oder hirnfunktionelle diagnostische Verfahren wie das Elektroenzephalogramm (EEG), um Hirnströme, Stoffwechselfvorgänge und die Durchblutung des Gehirns zu messen. Weit spezifischer sind Testverfahren wie der Mini-Mental-Status-Test (MMST), der als Standardtest zur Erfassung von kognitiven Beeinträchtigungen gilt. Insgesamt können bei dem MMST 30 Punkte erreicht werden. Liegt der Ergebniswert bei 26 oder weniger Punkten liegt eine leichte Alzheimer Demenz vor, bei Werten von 10 bis 19 Punkte eine moderate bzw. mittelschwere und bei weniger als 10 Punkten eine schwere (DGPPN & DGN 2009: 44).⁴⁴ Der MMST gehört in die Gruppe der psychometrischen Diagnostik, welche sich neben der kognitiven Beeinträchtigung auch auf die psychischen und physischen Funktionen und Persönlichkeitsstörungen der Personen bezieht (Falke 2009: 24ff.). Wenn die differentialdiagnostische Abgrenzung zu dem Ergebnis kommt, dass eine Demenz und keine altersbedingte Leistungsverminderung, eine Depression oder ein Delir vorliegt, wird danach im zweiten diagnostischen Schritt die Form der Demenz bestimmt (Falke 2009: 33).

Die Demenzerkrankung wird nach der ICD-10 in vier unterschiedliche Formen eingeteilt: die ‚Alzheimer Demenz‘ (F00), die ‚vaskuläre Demenz‘ (F01), die ‚Demenz bei anderenorts klassifizierten Krankheiten‘ (F02) und in die ‚nicht näher bezeichnete Demenz‘ (F03) (DEGAM 2008: 13). Zu den irreversiblen Demenzen gehören derzeit die Alzheimer Demenz, die Lewy-Körperchen-Demenz und die vaskuläre Demenz sowie die Demenz bei der „Pick-Krankheit“ (Frontotemporale Demenz), bei der Parkinson-Krankheit, bei der Chorea Huntington-Krankheit sowie bei der Creutzfeld-Jakob-Krankheit. Sekundäre, reversible Demenzen können durch Erkrankungen wie Epilepsie, Intoxikationen, Kohlenmonoxidvergiftungen, Vitamin B 12-Mangel oder Multiple Sklerose hervorgerufen werden (Falk 2009: 46ff.). Bei

⁴⁴ Diese Einstufung wird auch von der europäischen Arzneimittelzulassungsbehörden EMEA, der amerikanischen Arzneimittelzulassungsbehörde FDA, dem IQWiG und von NICE verwendet.

den sekundären reversiblen Demenzen steht nicht die Behandlung der zusätzlich diagnostizierten Demenz, sondern die Grunderkrankung im Vordergrund.

Die Alzheimer Demenz (AD), benannt nach dem Neurologen und Psychiater Alois Alzheimer (1864-1915), gehört zu den neurodegenerativen Erkrankungen und ist durch einen schleichend und fortgesetzten kognitiven Abbau gekennzeichnet (DEGAM 2008: 13; Falk 2009: 47f.).⁴⁵ Unterteilt wird die Alzheimer Demenz in zwei Typen, differenziert nach dem zeitlichen Auftreten der Erkrankung. Von einer Demenz mit frühem Beginn (Typ 2; ICD 10: F00.0) wird gesprochen, wenn der Mensch vor dem 65. Lebensjahr erkrankt und von einer Demenz mit spätem Beginn (Typ 1; ICD 10: F00.1), wenn das 65. Lebensjahr bereits erreicht worden ist (Falk 2009: 48f.). Als Risikofaktoren für eine Alzheimer Demenz gelten das Alter (Falk 2009: 48), genetische Faktoren, Hypertonie, Hypercholesterinämie, Hyperhomozysteinämie, Diabetes mellitus, Rauchen, ein niedriges Bildungsniveau und ein erhöhter Alkoholkonsum (Stoppe 2006: 17). Potentielle Risikofaktoren wie das weibliche Geschlecht, Depressionen in der Vorgeschichte und Östrogene bzw. eine Östrogen-Gestagen-Therapie werden diskutiert, weisen jedoch keine sichere Relevanz auf (Stoppe 2006; Förstl 2009). Insgesamt ist ca. 70% der an Demenz erkrankten Menschen eine Alzheimer Demenz zuzuordnen (DEGAM 2008: 13).

Die vaskuläre Demenz ist primär durch eine zerebrovaskuläre Erkrankung der kleinen oder der großen Hirngefäße gekennzeichnet (DEGAM 2008: 13; Kurz 2002: 6). Zu den bekannten Risikofaktoren einer vaskulären Demenz zählen ischämische Ereignisse, arterielle Hypertonie, Diabetes mellitus, Herzerkrankungen, familiäre Belastung, Rauchen, ein hoher gesättigter Fettanteil in der Nahrung und Störung von Gerinnung oder Blutviskosität (Stoppe 2006: 20). Eine Form der vaskulären Demenz ist die Multi-Infarkt-Demenz (MID), die aufgrund von immer wieder auftretenden Hirndurchblutungsstörungen verursacht wird (Falk 2009: 53). Nach Einschätzung der DEGAM (2008: 13) sind ca. 20% der Demenzerkrankten einer vaskulären Demenzform zuzuordnen. Damit leiden ca. 90% aller Demenzerkrankten in Deutschland an einer Alzheimer Demenz oder einer vaskulären Demenz. Es wird zudem angenommen, dass etwa 10-20% dieses primären Anteils als

⁴⁵ Zu den neurodegenerativen Erkrankungen gehören weiterhin der Lewy-Körperchen-Typ, die Parkinson-Krankheit, die Frontotemporale Demenz, die Huntington-Krankheit, die progressive supranukleäre Parese und die corticobasale Degeneration (Kurz 2002: 4f.).

Mischfälle aus Alzheimer- und vaskulärer Demenz vorliegen (Falk 2009: 48; Stoppe 2006: 13). Die verbleibenden 10%, der in Deutschland an einer Demenz erkrankten Menschen werden den anderen Demenzformen zugeordnet (DEGAM 2008: 13). Hier ist die Lewy-Körperchen-Demenz, als die zweithäufigste neurodegenerative Erkrankung, zu nennen (Stoppe 2006: 14f.).

Bei Personen mit einer dementiellen Erkrankung treten zudem häufig Verhaltensauffälligkeiten und psychische Störungen auf. Diese nichtkognitiven Störungen sind sowohl bei Patienten als auch bei den Angehörigen vorzufinden (DEGAM 2008). Insgesamt entwickeln über 90% der Demenzkranken ein psychisches Begleitsymptom (BPSD = Behavioural and Psychological Symptoms of Dementia). Dies gilt insbesondere für Langzeitpatienten, die in einem Heim untergebracht sind. Zu den häufigsten nichtkognitiven Symptomen zählen Unruhe, Agitiertheit, Aggressivität, wahnhafte Überzeugungen, Halluzinationen, Schlafstörungen und Depressionen (DEGAM 2008; DGPPN & DGN 2009).

6.1.2 Prävention, Wohn- und Betreuungsformen, Technik

Präventive Maßnahmen können wahrscheinlich das Risiko vermindern, eine Demenz zu entwickeln. Zu diesen Maßnahmen gehören unter anderem körperliche Aktivität, das Ausführen von komplexen Tätigkeiten im Beruf, die Förderung der kognitiven Leistungsfähigkeit und die Senkung der vaskulären Risikofaktoren (z. B. des Blutdrucks) (DEGAM 2008: 21; DGPPN & DGN 2009: 90f.).

In Deutschland sind derzeit verschiedene *Wohnformangebote und Betreuungsformen* für Personen mit Demenz vorzufinden. Neben den bisherigen Angeboten an Wohn-Pflege-Gemeinschaften (BFSFJ 2010; Reder 2002) und an Unterbringung in teintegrierten Versorgungseinrichtungen (Schaade 2009) entstehen neue Wohnformen, wie Demenz-Wohngruppen (Fischer & Wolf-Ostermann 2008). Diese Demenz-Wohngruppen können in ein bestehendes Wohnprojekt integriert oder als räumlich getrennte Ergänzung bestehen. Mit diesen Wohngruppen sollen Alltagsstrukturen in gemeinschaftlicher Wohnfläche aufrechterhalten und die Orientierung durch einen lebensweltlichen Bezug gefördert werden (Stiftung trias o. J.).

Immer mehr werden in Anbetracht der Entwicklung des Personalbedarfs in der Pflege und vor dem Hintergrund, dass nicht rund um die Uhr immer „jemand da sein kann“, *technische Hilfsmittel* entwickelt. Diese sollen z. B. dazu dienen, dass Pflegebedürftige schneller und einfacher selbst einen Hilferuf aussenden können,

oder dass automatisch – z. B. bei einem Sturz – ein Alarm ausgelöst wird (Norgall 2009: 19). In einem sogenannten „Smart Home“ könnten Komponenten und Systeme der Haustechnik sensorgestützt kommunizieren und kooperieren. Unterstützung in der täglichen Hausarbeit kann es beispielsweise durch moderne Robotik geben (Klein & Cook 2009: 23). So gibt es schon Staubsaugroboter oder gar Rasenmäherroboter. Aber auch Exoskelette, die eine Stützstruktur bieten, werden entwickelt und könnten zur Unterstützung einer Rehabilitation angeboten werden. In der Fachhochschule Frankfurt werden derzeit Untersuchungen durchgeführt, inwieweit interaktionsfähige Roboter in Form von Plüschtieren eine positive Wirkung auf die soziale Interaktion und Kommunikation von Demenzen haben.

6.1.3 Forschungsinitiativen zum Thema Demenz

Wissenschaftliche Studien zu demenziellen Erkrankungen werden derzeit stark gefördert. Die nachfolgende Aufzählung erhebt dabei keinen Anspruch auf Vollständigkeit, vielmehr soll die „Breite“ der Forschungsförderung zum Thema Demenz in Deutschland aufgezeigt werden.

In dem vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG) geförderten Leuchtturmprojekt Demenz wurden beispielsweise zwischen 2008–2009 insgesamt 29 Projekte mit einem Volumen von 13 Mio. Euro gefördert. Ziel war, Defizite bei der Umsetzung einer evidenzbasierten pflegerischen und medizinischen Versorgung demenziell Erkrankter zu beseitigen und eine zielgruppenspezifische Qualifizierung für in der Versorgung engagierter Personen und beteiligte Berufsgruppen zu erreichen. Zu den vier Themenfeldern des Leuchtturmprojekts gehören (1) Therapie- und Pflegemaßnahmen, (2) die Evaluation von Versorgungsstrukturen, (3) die Sicherung einer evidenzbasierten Versorgung und (4) Evaluation und Ausbau zielgruppenspezifischer Qualifizierung. Beispiele der Forschungsförderung sind das „InDemA“-Projekt („Interdisziplinäre Implementierung von Qualitätsinstrumenten zur Versorgung von Menschen mit Demenz in Altenheimen“), das an der Universität Witten/Herdecke durchgeführt wird oder das Projekt „Pflegeoase“ („Pflegeoase: Innovative und herkömmliche Versorgungsstrukturen für Menschen mit schwerer Demenz im Vergleich“) der Fachhochschule Freiburg.

Darüber hinaus wurden zahlreiche Projekte vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) gefördert. Zu nennen ist hier beispielsweise die Teilstudie des Zentralinstituts für Seelische Gesundheit zu MUG III „Demenzielle Erkrankungen bei älteren Menschen in Privathaushalten: Potenziale und

Grenzen“, oder die „Förderung eines Netzwerkes für Wohngruppen für Menschen mit Demenz unter systematischer Beteiligung von Angehörigen und Bürgern an Aufgaben der Betreuung und Alltagsgestaltung“, die von der Fachhochschule Freiburg durchgeführt wird.

Im Rahmen des Regierungsprogramms „Gesundheitsforschung: Forschung für den Menschen“ wird das „Kompetenznetz Demenzen“ vom Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) gefördert. Das „Kompetenznetz Demenzen“ ist ein bundesweiter Forschungsverbund von 14 – auf dem Gebiet der Demenzforschung führenden – universitären Einrichtungen. Die Forschungsvorhaben des Kompetenznetzes sind in drei Schwerpunkte gegliedert: (1) Früherkennung und Diagnostik von Demenzen, (2) Medikamentöse Therapiestudien und (3) Früherkennung, genetische Prädisposition und hausärztliche Versorgung.

6.1.4 Hochrechnung zur Zahl der Dementen im Jahr 2030 und 2060

Wie in Abschnitt 6.2 gezeigt wird, ist die Wahrscheinlichkeit einer Demenz sehr vom Alter abhängig. Je älter die Menschen sind, desto größer ist für sie das Demenzrisiko. Unter der Annahme konstanter altersspezifischer Prävalenzen ist die Zahl der Dementen daher positiv mit dem Umfang der Altenbevölkerung korreliert. Ein Anstieg der Zahl und des Anteils der Älteren an der Bevölkerung wird aber von allen Demographen und vom Statistischen Bundesamt vorausberechnet (Statistisches Bundesamt 2009a). Die Vorausberechnung des Statistischen Bundesamtes basiert auf den Bevölkerungsbewegungen der letzten Jahrzehnte. Diese umfassen sowohl die Geburtenraten und die Sterblichkeit als auch die Wanderungsbewegungen. Die Geburtenziffern je Frau lagen in den Jahren 1990 bis 2008 zwischen 1,25 und 1,45. Sollte die Bevölkerungsgröße einer Gesellschaft bei ausgeglichenem Migrationssaldo langfristig erhalten bleiben, dann müsste die Geburtenziffer je Frau über 2 liegen. Die Lebenserwartung zwischen 1960 und 2008 von ca. 67 Jahren bei Jungen und ca. 72 Jahren bei Mädchen auf ca. 77 Jahren bei Jungen und 82 Jahren bei Mädchen gestiegen. Diese Entwicklung verlief relativ linear und ist durch vielfache Faktoren begründet. Dazu gehören ebenso Verbesserungen der Sicherheit am Arbeitsplatz und außerhalb davon als auch die Fortschritte in der medizinischen Versorgung, der Hygiene, der Ernährung, der Wohnsituation sowie die verbesserten Arbeitsbedingungen und der gestiegene materielle Wohlstand. Die Sterblichkeit ist seit Ende des 19. Jahrhunderts zunächst vor allem bei Säuglingen und Kindern stark zurückgegangen. In der zweiten Hälfte des letzten Jahrhunderts

ist auch die Sterblichkeit älterer Menschen erheblich gesunken. Von einer weiteren Steigerung der Lebenserwartung wird ausgegangen. Der Saldo der Zuzüge und Fortzüge lag in den 1990er Jahren bei durchschnittlich 354.000 pro Jahr. In den Jahren 200-2007 liegt der Durchschnitt bei 129.000 pro Jahr. In den 1990er Jahren trugen durchschnittlich 144.000 deutsche Aussiedler zu dem deutlich höheren Saldo bei.

Nach der 12. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung schrumpft die Bevölkerung in Deutschland unter allen Annahmen über Geburtenhäufigkeiten, Lebenserwartung und Wanderungssaldo der kommenden Jahre und Jahrzehnte (Statistisches Bundesamt 2009b). Die Schätzungen der Bevölkerungsentwicklung basieren auf den Annahmen von 1,2–1,6 Geburten je Frau, einer durchschnittlichen Lebenserwartung der Männer von 85–87,7 Jahren und der Frauen von 89,2–91,2 Jahren im Jahr 2060 bei der Geburt sowie eines positiven Wanderungssaldos von 100.000–200.000 Personen pro Jahr. Das Statistische Bundesamt kombiniert diese Annahmen zu vier verschiedenen Varianten und schätzt damit die Bevölkerung der kommenden Jahre. Die Variante 1-W1 geht von folgenden Annahmen aus: Die Geburtenhäufigkeit bleibt annähernd konstant bei 1,4 Kindern je Frau; die Lebenserwartung Neugeborener liegt im Jahr 2060 bei 85,0 Jahren für Jungen und bei 89,2 Jahren für Mädchen; der jährliche Wanderungssaldo liegt bei +100.000 Personen.

Basierend auf diesen Annahmen und der Annahme einer konstanten alters- und geschlechtsspezifischen Demenzprävalenz werden in Abbildung 33 bis Abbildung 35 die Verteilungen der Demenzen in Deutschland von 2009, 2030 und 2060 dargestellt. Die alters- und geschlechtsspezifische Demenzprävalenz ist dabei den eigenen Messungen auf Basis der GEK-Routinedaten entnommen.

Die derzeit am meisten besetzten 5-Jahres-Alterskategorien 40-44 und 45-49 verschieben sich bis 2030 ins Alter 60-64 und 65-69. Dies ist das Alter, in dem allmählich die Demenzprävalenz sichtbare Größen annimmt. 30 Jahre später zeigen sich die Folgen des starken Geburtenrückgangs der letzten Jahrzehnte. Der Anteil der 80-84-Jährigen wird dann schon höher geschätzt als der Anteil der 25-29-Jährigen. Insgesamt steigt der Anteil der Hochaltrigen an der Bevölkerung und damit bei gleich bleibender Demenzprävalenz auch der Anteil der Demenzen in der Bevölkerung.

Abbildung 33: Hochrechnung der Demenzen der GEK-Versicherten von 2009 auf die geschätzte Bundesbevölkerung 2009

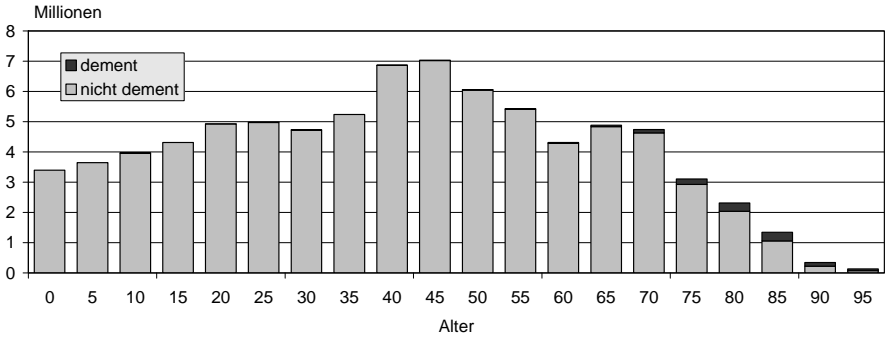


Abbildung 34: ... auf die geschätzte Bundesbevölkerung 2030

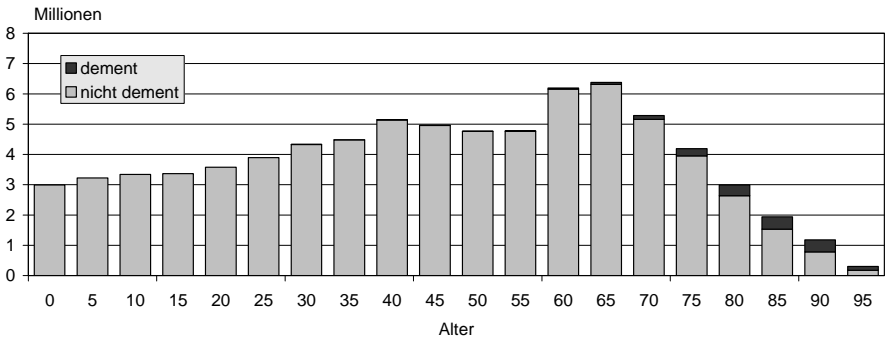
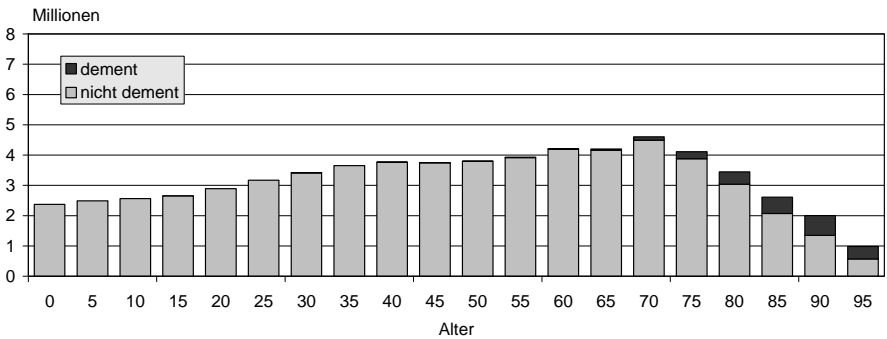


Abbildung 35: ... auf die geschätzte Bundesbevölkerung 2060



Für das Jahr 2009 schätzt das Statistische Bundesamt eine Bevölkerungsgröße von 81,7 Mio. Davon wären nach der Messung der Demenzprävalenz aus den GEK-Daten 1,2 Mio. Menschen (= 1,5 %) dement. Für 2030 wird mir einer Bevölkerungsgröße von 77,4 Mio. Menschen gerechnet. Davon hätten dann 1,8 Mio. Menschen (= 2,3 %) eine Demenz. Gemäß der Vorausberechnung schrumpft die Bevölkerung dann drastisch weiter bis zum Jahr 2060 auf eine Größe von 64,7 Mio. Menschen, von denen dann 2,5 Mio. Menschen (= 3,8 %) eine Demenz hätten. Die Prävalenzrate hätte sich demnach von heute bis 2030 um etwa die Hälfte erhöht und von heute bis 2060 sogar verzweieinhalbfacht. Diese einfache Modellrechnung weist damit bereits auf die in Zukunft noch steigende Bedeutung der Demenz hin und bestätigt die Vorhersagen, die schon auf Basis von Daten aus den 1990er Jahren gewonnen wurden. Basierend auf den Auswertungen von Bickel (2001) werden für Deutschland gegenwärtig ebenfalls etwa 1,2 Millionen Menschen mit Demenzerkrankungen angenommen (BMFSFJ 2009). Bickel (2001: 108) rechnet mit einem Anstieg der Zahl der Erkrankten bis 2050 auf über 2 Mio. Hallauer (2002: 16f) schätzt sogar 2,5–3,5 Mio. Die geschätzte Zahl von 2,5 Mio. Dementen im Jahr 2060 scheint somit ein sehr erwartbarer Wert zu sein.

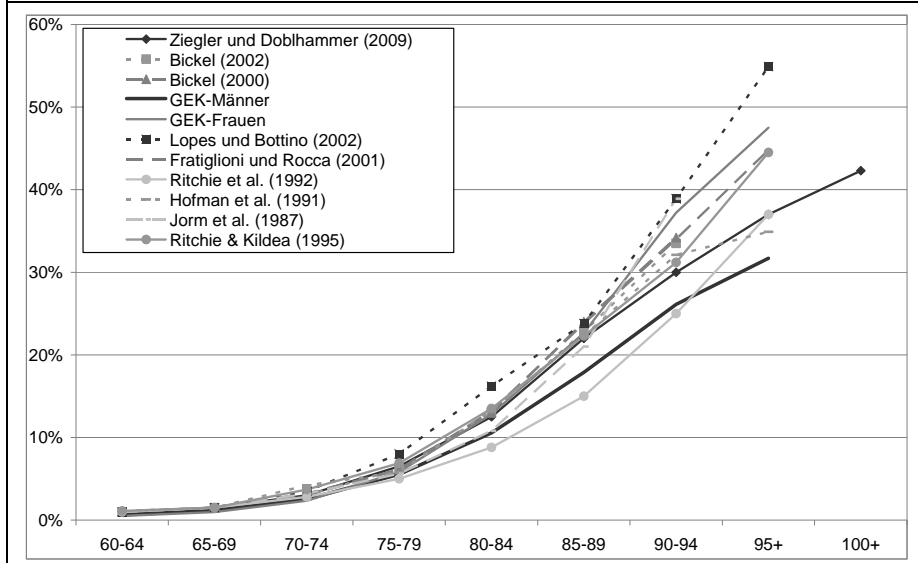
6.2 Prävalenz von Demenz und Pflegebedürftigkeit

Den Aussagen über die Demenzprävalenz in Deutschland liegen zumeist die Analysen von Mannheimer Sterbefällen Anfang der 1990er Jahre und Zusammenfassungen von internationalen Metaanalysen von Bickel zugrunde (z. B. Bickel 2002: 10). Demnach gibt es eine mittlere Prävalenz von 1,2 % unter den 65-69-Jährigen. Im Alter von 70-74 Jahren liegt die Prävalenz bei 2,8 %. Über die weiteren 5-Jahres-Alterskohorten steigert sich die Prävalenz weiter über 6,0 %, 13,3 %, 23,9 % auf 34,6 % bei den über 90-Jährigen.

Um die Ergebnisse der in diesem Report mit den GEK-Routinedaten vorgenommenen Prävalenzberechnungen einzuordnen, werden die Ergebnisse in Abbildung 36 diesen Studien und Metaanalysen gegenübergestellt. Obwohl die Messungen auf unterschiedlichen Daten aus unterschiedlichen Zeiten und unterschiedlichen Regionen und auf unterschiedlichen Messmethoden beruhen,⁴⁶ zeigen sie letztlich

⁴⁶ So beruhen die ursprünglichen Messungen von Bickel auf Befragungen von Angehörigen von 958 Verstorbenen aus Mannheim Anfang der 1990er Jahre (Bickel 1996: 58). Seine weiteren Berechnungen basieren auf einer Durchschnittsbildung mehrerer internationaler Metaanaly-

Abbildung 36: Vergleich der altersspezifischen Demenzprävalenz der GEK-Versicherten im Jahr 2009 mit den Prävalenzen aus anderen Studien



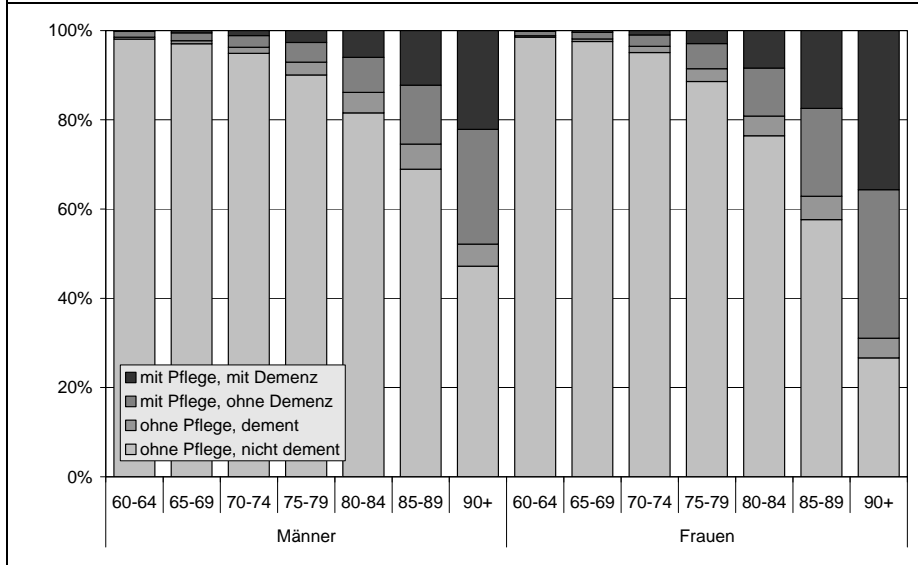
alle ein sehr ähnliches Bild: Die Prävalenz steigt quasi exponentiell mit dem Alter an. Dabei dürfen die exakten Werte der Prävalenzen in den höchsten Alterskategorien aber nicht überinterpretiert werden, weil die Fallzahl in diesen Kategorien meist sehr gering ist.

Von den in Abbildung 36 ausgewiesenen Kurven, ist nur bei den GEK-Daten eine Geschlechterdifferenzierung vorgenommen worden. Diese zeigt deutlich niedrigere Prävalenz bei den Männern und höhere Prävalenzen bei den Frauen. Um die Prävalenz in der Gesamtbevölkerung abzuschätzen, ist es daher notwendig, die Geschlechterverteilung auf die Gesamtbevölkerung zu adjustieren.

Demenz und Pflegebedürftigkeit werden oft in Zusammenhang gebracht. Mit einer Demenz pflegebedürftig zu werden, ist auch vor dem Hintergrund des Krankheitsverlaufs sehr wahrscheinlich. Dennoch bedeutet Demenz nicht automatisch für je-

sen. Die Ergebnisse von Ziegler und Doblhammer (2009; 2010) beruhen auf Auswertungen der Stichprobendaten von Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung nach § 268 SGB V des Jahres 2002.

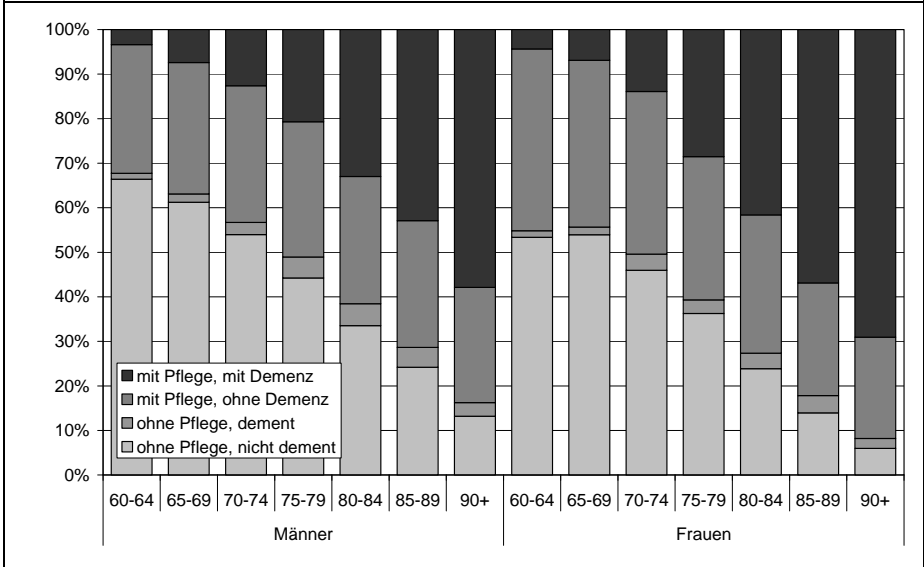
Abbildung 37: Demenz- und Pflegeprävalenz 2009



den Zeitpunkt im Krankheitsverlauf auch Pflegebedürftigkeit. Vielmehr ist die Demenz eine langsam voranschreitende Erkrankung, die in den ersten Phasen unbemerkt von den Betroffenen und auch in späteren Phasen noch unbemerkt von der Umgebung ablaufen kann. Demenzen werden daher häufig erst als mittelschwere Demenzen diagnostiziert, so dass der Anteil der Demenzen unter den Personen, die pflegebedürftig werden, womöglich unterschätzt wird.

Abbildung 37 zeigt für die GEK-Versicherten des Jahres 2009, wie hoch der Anteil der Männer und Frauen in bestimmten Alterskategorien ist, bei denen a) Demenz diagnostiziert, b) Pflegebedürftigkeit vorliegt oder c) sowohl Demenz als auch Pflegebedürftigkeit festgestellt wurde. Deutlich sind die Effekte des Alters erkennbar: Mit zunehmendem Alter steigt die Wahrscheinlichkeit, pflegebedürftig und/oder dement zu sein. Dies trifft in höherem Maße für Frauen zu als für Männer. In den jüngeren Jahren bestehen die Demenzen zu etwa gleichen Teilen aus Pflegebedürftigen und Nicht-Pflegebedürftigen. Erst ab der Alterskategorie 80-84 wird die Prävalenz für Pflegebedürftigkeit und Demenz größer, während die Prävalenz für Demenz ohne Pflegebedürftigkeit stagniert. So liegt die Prävalenz für Demenz ohne Pflegebedürftigkeit bei den Männern im Alter von 85-89 Jahren bei

Abbildung 38: Anteil der Verstorbenen in den Jahren 2005–2009 mit und ohne Pflegeleistungen und Demenzdiagnose



6%, die Prävalenz für Demenz und Pflegebedürftigkeit für dieselbe Gruppe dagegen mit 12% doppelt so hoch. Bei den Frauen ist dieser Effekt noch ausgeprägter: 5% weisen eine Demenzdiagnose ohne und 17% eine Demenzdiagnose mit Pflegebedürftigkeit auf.

Hochgerechnet auf die Bevölkerung der BRD von 2008 (Statistisches Bundesamt 2010a) ergeben sich unter den über 60-Jährigen Anteile von 93% der Männer und 88% der Frauen, die weder pflegebedürftig noch demenz sind. 2% (2%) der Männer (Frauen) sind demenz ohne pflegebedürftig zu sein, 3% (6%) sind pflegebedürftig, aber nicht demenz und weitere 2% (4%) sind sowohl pflegebedürftig als auch demenz. In der Summe sind im Jahr 2008 nach dieser Hochrechnung 5,2% der Bundesbevölkerung mit einem Alter über 60 Jahren demenz, während 8,2% pflegebedürftig sind.

Diese Werte beziehen sich auf eine Querschnittsbetrachtung und geben die Prävalenzen zu einem Zeitpunkt an. Die Gesamtlebenszeitprävalenz, also die Wahrscheinlichkeit, jemals im Lebensverlauf eine Demenz zu erleben, ist dagegen weit größer. Da Demenz in den meisten Fällen eine chronisch-degenerative Krankheit

Tabelle 33: Gesamtlebensprävalenz von Demenz und Pflegebedürftigkeit der Verstorbenen der Jahrgänge 2005-2009 hochgerechnet auf Deutschland, in %

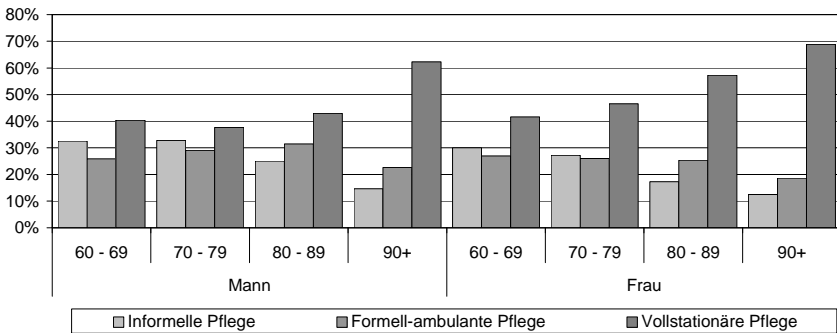
		Pflegebedürftigkeit					
		Männer			Frauen		
		Ja	Nein	Summe	Ja	Nein	Summe
Demenz	Ja	25	4	29	44	3	47
	Nein	29	42	71	29	24	63
	Summe	54	46	100	73	27	100

ist, ist eine Erfassung des Anteils der Dementen unter den Todesfällen – analog zu den Betrachtungen in Abschnitt 5.2.3 – ein valide Methode zur Bestimmung der Gesamtlebenszeitprävalenz.⁴⁷ Abbildung 38 zeigt die Kombination von Demenz und Pflege unter den verstorbenen GEK-Versicherten der Jahre 2005-2009, differenziert nach Geschlecht und Alter der Verstorbenen zum Todeszeitpunkt.

Mit zunehmendem Sterbealter zeigt sich eine immer größere Wahrscheinlichkeit, pflegebedürftig und/oder dement gewesen zu sein. Der Anteil der Verstorbenen, die weder pflegebedürftig noch dement waren, sinkt von 66% bei den Männern und 53% bei den Frauen im Sterbealter von 60-64 Jahren auf 13% bzw. 6% im Sterbealter von mindestens 90 Jahren. Alt werden heißt somit fast durchweg dement und/oder pflegebedürftig zu werden. Der Anteil der Männer und Frauen, die zwar dement, aber nie pflegebedürftig waren, schwankt je nach Sterbealter und Geschlecht zwischen 1% und 5%. Pflegebedürftigkeit ohne Demenz erlebten vergleichsweise konstant über die Sterbealter 23% (Männer 90+) bis 41% (Frauen 60-64). Eine weitaus größere Korrelation mit dem Sterbealter ist beim Anteil der Verstorbenen zu sehen, die sowohl dement als auch pflegebedürftig waren. Von den 3.602 Todesfällen im Alter von 85-89 gehörten 50% dieser Kategorie an.

⁴⁷ Die Demenz ist meist eine chronisch-degenerative Krankheit mit tödlichem Verlauf. Als Todesursache werden aber zumeist Folge- oder Begleiterkrankungen bescheinigt. So werden in der amtlichen Todesursachenstatistik für das Jahr 2009 werden insgesamt 854.544 Todesfälle ausgewiesen. Unterteilt nach Diagnosekapitel haben nur 22.592 Fälle (= 2,6%) ihre Ursache in psychischen und Verhaltensstörungen (Statistisches Bundesamt 2010b: 10). Auch die den Demenzen zumeist zugrunde liegenden neurologischen Erkrankungen sind mit 20.825 Fällen vergleichsweise selten als Todesursache angegeben.

Abbildung 39: Pflegebedürftige demente Personen nach Alter, Geschlecht und Pflegearrangements im Jahr 2009



Hochgerechnet auf alle Sterbefälle der BRD im Jahr 2009 (Statistisches Bundesamt 2010b) ergeben sich die in Tabelle 33 angegebenen Werte für die Verstorbenen im Alter ab 60 Jahren. Die Gesamtlebenszeitprävalenz für Pflegebedürftigkeit liegt mit 54 % (Männer) bzw. 73 % (Frauen) deutlich höher als die Gesamtlebenszeitprävalenz für Demenz, die bei 29 % (Männer) und 47 % (Frauen) liegt. Trotzdem ist die Gesamtlebenszeitprävalenz für Demenz beachtlich: fast ein Drittel aller Männer und fast die Hälfte aller Frauen sind vor ihrem Tod demenz, mehr als jeder Dritte muss also im Verlauf seines Lebens mit einer Demenz rechnen.

Bemerkenswert sind auch die Unterschiede zwischen den Geschlechtern. 42 % der Männer, aber nur 24 % der Frauen sterben ohne zuvor pflegebedürftig und/oder demenz gewesen zu sein. Da die Gesamtlebenszeitprävalenzen dafür, entweder nur demenz oder nur pflegebedürftig zu sein, zudem für beide Geschlechter annähernd gleich sind, beruht dieser Unterschied fast nur auf den annähernd 20 % der Populationen, die bei den Männern weder demenz, noch pflegebedürftig, bei den Frauen aber beides sind.

Auch wenn eine hohe Korrelation von (Sterbe-)Alter auf der einen sowie Demenz und Pflegebedürftigkeit auf der anderen Seite festgestellt werden kann, sind Demenz und Pflegebedürftigkeit keine statischen Zustände. Der Grad der Demenz verändert sich und ebenso das Ausmaß der Pflegebedürftigkeit. Mit dem Alter wird die Kombination von Demenz und Pflegebedürftigkeit immer häufiger. Um zu sehen, wie sich die Pflegebedürftigkeit unter den Demenzen ausdifferenziert, wird in

Abbildung 39 die Verteilungen nach Pflegearrangements dargestellt. Wie die Abbildung zeigt, steigt mit dem Alter der Anteil der pflegebedürftigen Demenzpatienten in vollstationärer Pflege. Gleichzeitig geht der Anteil der informellen Pflege mit dem Alter zurück.

Alle Darstellungen in diesem Abschnitt 6.2 zeigen zunächst die Verteilungen innerhalb der Alterskategorien in einer Querschnittsperspektive, liefern aber noch keine Information über die *Dynamik* des Zusammenspiels von Demenz und Pflegebedürftigkeit.

6.3 Inzidenz von Demenz und Pflege – was kommt zuerst?

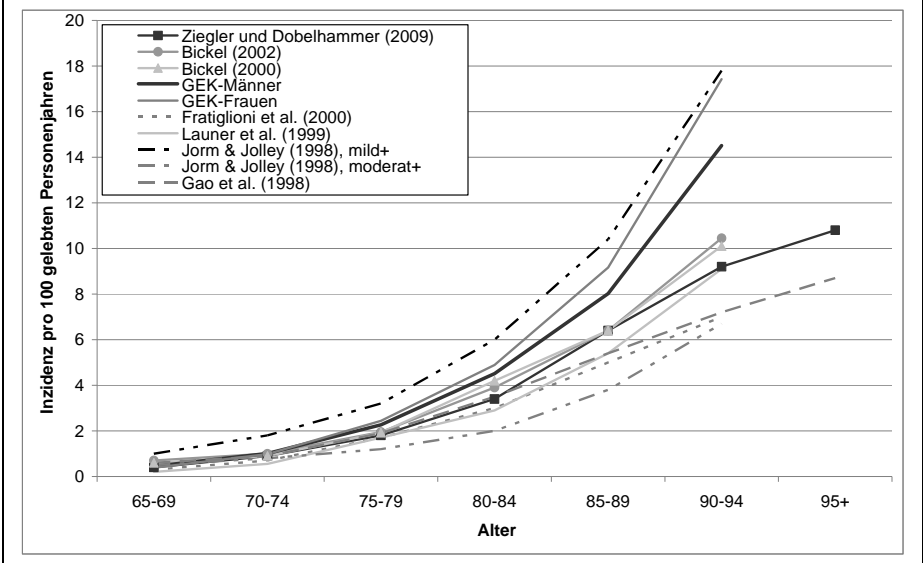
Ausgangspunkt für eine dynamische Betrachtung sind die Inzidenzen. Dabei sind die Pflegeinzidenzen schon aus Abschnitt 5.3.2 bekannt. Zur Interpretation der Zusammenhänge fehlt aber noch die Darstellung der *Demenzinzidenz*. Insgesamt enthalten die vorliegenden GEK-Daten 15.507 Fälle mit erstmaliger Demenzdiagnose (inzidente Fälle). Als inzident werden die Fälle dann bezeichnet, wenn im entsprechenden Quartal Demenz diagnostiziert wird und für die Zeit zuvor keine Demenzdiagnose vorliegt. Die vorherige Zeit unter Beobachtung muss dabei mindestens vier Quartale betragen.

Abbildung 40 zeigt die so ermittelte Inzidenzen auf Basis der GEK-Daten im Vergleich zu den Demenzinzidenzen, die in anderen Studien ausgewiesen werden. Verglichen mit den Vergleichsstudien liegen die hier gemessenen Inzidenzen im oberen Bereich. Dabei liegen die altersspezifischen Inzidenzen der Frauen über denen der Männer. In gleicher Weise wie in den anderen Studien erscheint eine mit dem Alter vermehrt ansteigende Inzidenz: 0,4 von 100 GEK-Versicherten, die zuvor noch keine Demenzdiagnose aufweisen, werden im Alter von 65-69 Jahren erstmalig dement. Im Alter von 70-74 sind es 1,0% und im Alter von 85-89 Jahren dann 8,0% der Männer und 9,2% der Frauen. In der Summe werden jährlich 250.000 Neuerkrankungen angenommen (BMFSFJ 2009).

Ein erster Schritt, um der Dynamik von Pflege und Demenz gerecht zu werden, ist es, die Verteilungen der Pflegeinzidenzen nach Demenzerkrankungen (Abbildung 41, Abbildung 42) und der Demenzinzidenzen nach Pflegebedürftigkeit (Abbildung 43, Abbildung 44) zu differenzieren.

Die Verteilung der Pflegearrangements und der Anteil der Demenz zu Beginn der Pflegeverläufe unterscheiden sich erheblich nach dem Eintrittsalter (Abbildung

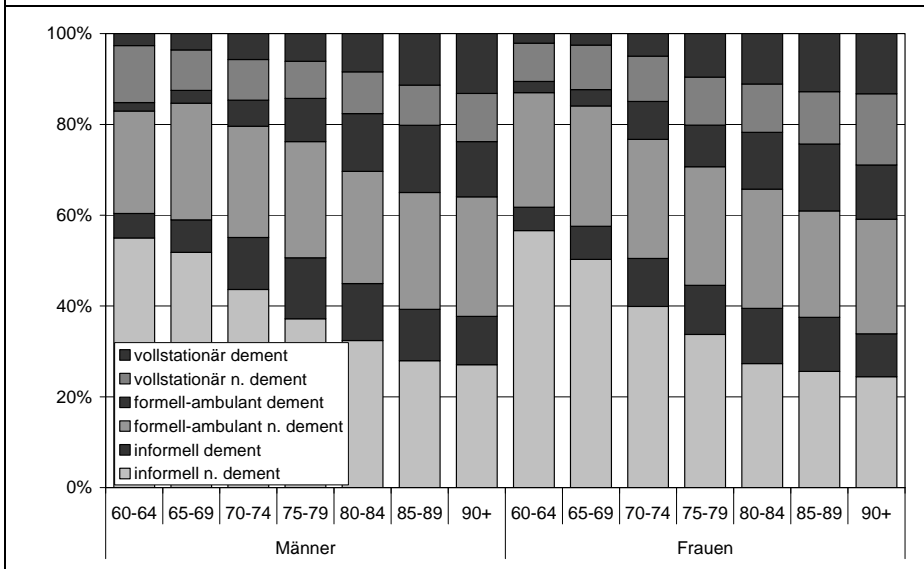
Abbildung 40: Vergleich der altersspezifischen Demenzzinidenzen der GEK-Versicherten in den Jahren 2005–2009 mit den Inzidenzen aus anderen Studien



41). Je älter die Personen zu Beginn der Pflegeverläufe sind, desto seltener beginnt der Verlauf ohne Demenzerkrankung mit informeller Pflege. Der Anteil dieser Konstellation sinkt über die ausgewiesenen Alterskategorien bei den Männern von 55% auf 27%. Eine ähnliche Reduktion dieses Anteils von 57% auf 24% zeigt sich bei den Frauen. Relativ unabhängig vom Alter sind die Anteile der Männer und Frauen, deren Pflegeverlauf ohne Demenz in formell-ambulanten Arrangements oder ohne Demenz in vollstationärer Pflege beginnt. Dieser Anteil liegt für die formell-ambulante Pflege um 25% und für die vollstationäre Pflege um 10%.

Positiv mit dem Alter bei Beginn der Pflegebedürftigkeit korreliert sind dagegen die Anteile der Personen, deren Verläufe in diesen beiden Pflegearrangements beginnen und bei denen gleichzeitig eine Demenz vorliegt. Das formell-ambulante Pflegearrangement in Kombination mit Demenz kommt in den jüngsten Einstiegs-kohorten zu 2% vor und in der Alterskategorie 85-89 zu 15%. Die Anteile der Pflegeinzidenzen mit informeller Pflege bei vorliegender Demenz steigen mit dem Eintrittsalter zunächst an und verringern sich dann wieder. Insgesamt steigt aber mit dem Eintrittsalter die Wahrscheinlichkeit, dass eine Demenzdiagnose vorliegt.

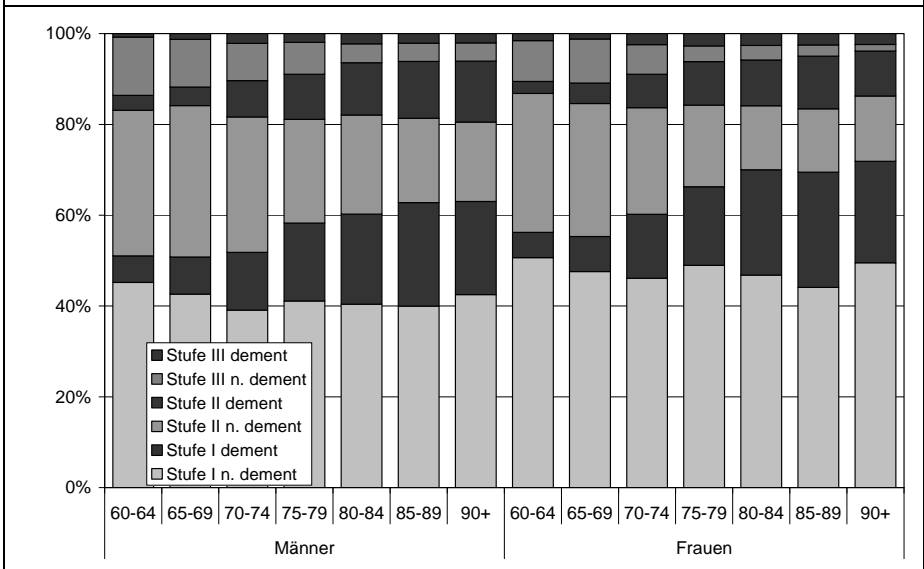
Abbildung 41: Pflegeinzidenzen der Jahre 2005–2009: Pflegearrangement und Demenzdiagnose nach Alter und Geschlecht



Sie steigt von 10 % im Eintrittsalter 60-64 auf 37 % bzw. 39 % im Eintrittsalter von 85-89 Jahren bei Männern und Frauen. Je höher das Eintrittsalter ist, desto höher ist also die Wahrscheinlichkeit, dass der Pflegebedürftige demenz ist und desto professionisierter ist das Pflegearrangement.

Verblüffend ist bei dieser Betrachtung der geringe Unterschied zwischen Männern und Frauen. Die bei Querschnittsanalysen ausgewiesenen höheren Gesamtprävalenzen und -inzidenzen der Frauen resultieren tatsächlich vor allem aus der unterschiedlichen Altersstruktur der inzidenten oder prävalenten Fälle, während das Alter in Abbildung 41 kontrolliert ist. So sind auch die altersspezifischen allgemeinen Pflegeinzidenzen relativ unabhängig vom Geschlecht (siehe Abschnitt 5.3.2). Da aber die Lebenserwartung von Frauen höher ist als die der Männer, ist die Zahl der hochaltrigen Frauen, die pflegebedürftig werden deutlich höher als die entsprechende Zahl der hochaltrigen Männer. Die Wahrscheinlichkeit, im jeweils gleichen Alter pflegebedürftig zu werden und dabei demenz zu sein, und auch die Wahl des Pflegearrangements sind dann aber sehr ähnlich.

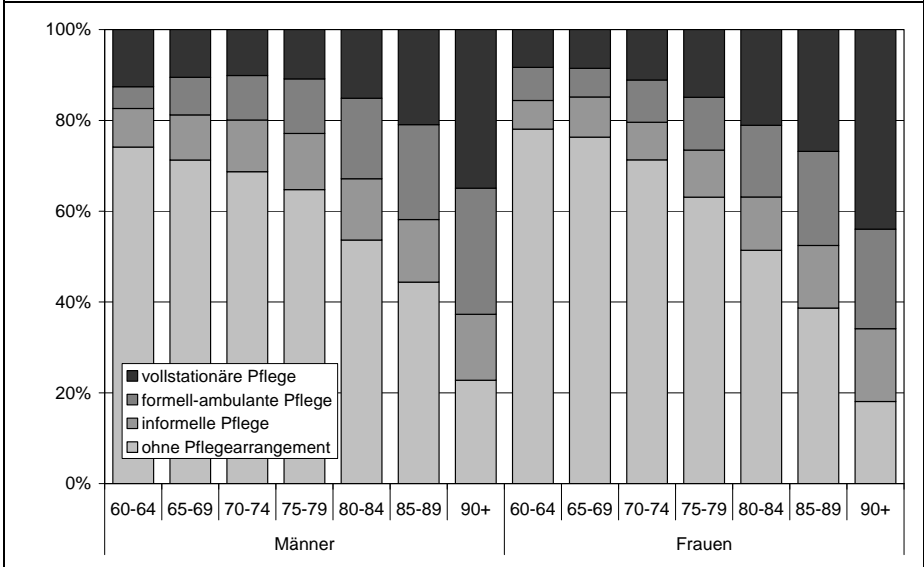
Abbildung 42: Pflegeinzidenzen der Jahre 2005–2009: Pflegestufen und Demenzdiagnose nach Alter und Geschlecht



Vergleichbare Aussagen können auch bezüglich der Pflegestufenverteilung zu Pflegebeginn gemacht werden (Abbildung 42). Auch hier fallen die Unterschiede zwischen Männern und Frauen deutlich geringer aus als die Unterschiede nach Eintrittsalter. Die Kombinationen, bei denen das Eintrittsalter den geringsten Einfluss hat, sind der Eintritt in Pflegestufe I ohne Demenz und der Eintritt in Stufe III mit Demenz. Der erste Fall ist dabei mit 39 % bis 51 % sehr häufig, der zweite Fall mit 1 % bis 3 % sehr selten. Insgesamt gehen mit dem Alter die Anteile zurück, in denen die Pflegeverläufe mit Stufe III begonnen werden. Hingegen steigen die Anteile mit Beginn in Stufe I. Mit Pflegebeginn in Stufe I und Stufe II steigt aber auch der Anteil derer, die zudem demenz sind. Auch die Pflegeverläufe mit Demenz beginnen überwiegend mit Pflegestufe I.

Wurden bisher die Pflegeinzidenzen nach der Demenzdiagnose differenziert, wird in Abbildung 43 und Abbildung 44 dargestellt, wie sich die Demenzinzidenzen nach den Pflegearrangements differenzieren. Abbildung 43 zeigt die Verteilung der Demenzinzidenzen nach dem zum Diagnosequartal vorliegenden Pflegearrangement. Je jünger die Patienten sind, desto geringer ist die Wahrscheinlichkeit, dass

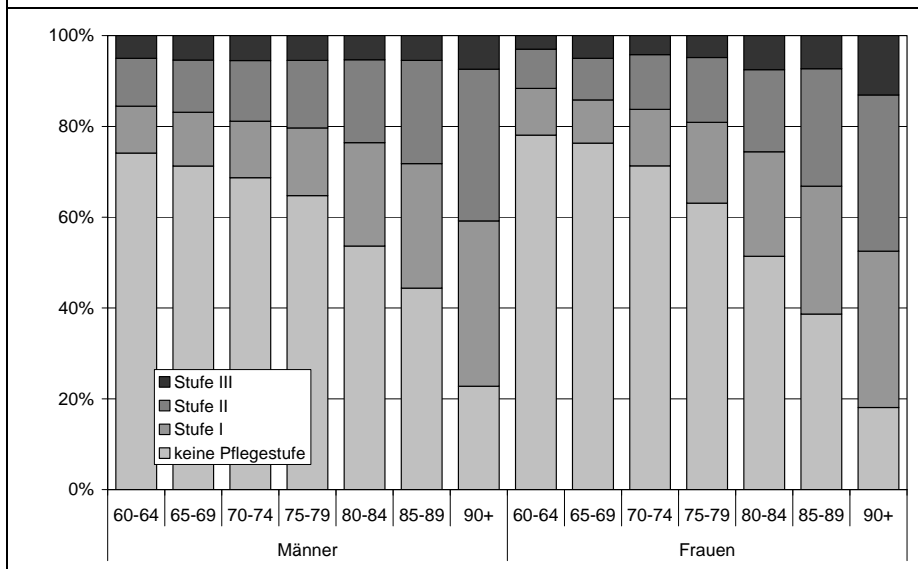
Abbildung 43: Demenzzinzidenzen der Jahre 2005–2009: Pflegearrangements nach Alter und Geschlecht



zum Zeitpunkt der Demenzzinzidenz auch schon eine Pflegebedürftigkeit vorliegt. Gleichzeitig sind auch hier wieder die geringen Unterschiede in der Verteilung zwischen Frauen und Männern zu beobachten. So sinkt über die Alterskategorien der Anteil der dementen Männer und Frauen ohne Pflegebedürftigkeit von 74 % bzw. 78 % auf 23 % bzw. 18 %. Leichte Anstiege zeigen sich beim Anteil der Demenzzinzidenzen bei vorliegen informeller Pflege von 9 % bzw. 6 % auf 14 % bzw. 16 %. Deutlicher steigt der Anteil der Demenzzinzidenzen bei Personen, die formell-ambulant gepflegt werden von 5 % auf 28 % bei den Männern bzw. von 7 % auf 22 % bei den Frauen. Demenzzinzidenzen bei gleichzeitiger vollstationärer Pflege bleiben in den ersten Alterskohorten mit um die 10 % noch relativ selten. Der Anteil steigt dann aber auf 35 % in der höchsten Alterskategorie der Männer und auf 44 % in der höchsten Alterskategorie der Frauen.

Auch beim Vergleich der vorliegenden Pflegestufen zum Zeitpunkt der Demenzzinzidenz gibt es weniger Unterschiede zwischen Männern und Frauen als zwischen den Alterskategorien. Vergleichsweise altersunabhängig liegt bei den Männern der Anteil der Demenzzinzidenzen für Schwerstpflegebedürftige (Pflegestufe III) bei ca.

Abbildung 44: Demenzzinzidenzen der Jahre 2005–2009: Pflegestufen nach Alter und Geschlecht



5%. Bei den Frauen ist dagegen ein Anstieg von 3% auf 7% in der Alterskategorie 85-89 und schließlich 13% bei den mindestens 90jährigen zu sehen. Für Schwerpflegebedürftige (Pflegestufe II) steigen die Anteile für Männer und Frauen in ähnlicher Weise, bei den Männern von 11% auf 33% und bei den Frauen von 9% auf 34%. Fast in gleicher Weise steigen mit dem Alter bei Demenzzinzidenz auch die Anteile der erheblich Pflegebedürftigen (Pflegestufe I) von 10% auf 36% bei den Männern und von 10% auf 34% bei den Frauen. Entsprechend fällt der Anteil der Demenzzinzidenzen ohne Pflegestufe, wie oben schon beschrieben, von über 70% auf rund 20%.

Beim Vergleich der Pflege- und Demenzzinzidenzen lässt sich zusammenfassend feststellen, dass der Anteil der Pflegebedürftigen unter den erstmalig als dement diagnostizierten Personen größer ist als der Anteil Dementen unter den neuen Pflegefällen. In beiden Richtungen ist aber der Anteil der jeweils nicht vom anderen Zustand betroffenen am größten. So waren von den erstmalig in den Jahren 2005–2009 als dement diagnostizierten Versicherten der GEK zwar 43% pflegebedürftig, aber 57% eben noch nicht pflegebedürftig. Umgekehrt waren von den erstmals

Pflegebedürftigen 28 % dement – aber 72 % wiesen noch keine Demenzdiagnose auf. Wie die Analyse der Gesamtlebensprävalenz gezeigt hat (Abbildung 38, S. 162), ist ein großer Teil der Pflegebedürftigen niemals dement, aber der weitaus größte Teil der Dementen wird irgendwann pflegebedürftig. Die Demenz ist dabei zum überwiegenden Teil der Pflegebedürftigkeit zeitlich vorgelagert.

6.4 Wechselspiel von Pflegebedürftigkeit und Demenz

Wie sich die Pflegebedürftigkeit und die Pflegearrangements nach Auftreten einer Demenz entwickeln und wie sich umgekehrt der Demenzstatus nach Auftreten von Pflegebedürftigkeit entwickelt, wird in den beiden folgenden Abschnitten untersucht.

6.4.1 Entwicklung der Pflegebedürftigkeit und Pflegearrangements nach Auftreten von Demenz

Um die Entwicklung des Pflegestatus nach erstmaligem Auftreten einer Demenz zu analysieren, werden die Versicherten, bei denen 2005/6 erstmals Demenz diagnostiziert wurde, in Bezug auf Pflegebedürftigkeit, Pflegestufen und Pflegearrangements über drei Jahre (=12 Quartale) beobachtet. Für diesen Zeitraum wird für jedes Quartal gemessen, ob die Personen bereits verstorben sind, ob sie pflegebedürftig sind und wenn ja, in welchem Pflegearrangement und in welcher Pflegestufe sie versorgt werden. Die Beobachtung der Pflegearrangements und der Pflegestufen wird separat für Frauen und Männer vorgenommen. Dabei werden zunächst alle Personen, die 2005/6 erstmals dement wurden, gemeinsam analysiert. Darauf aufbauend werden dann diejenigen betrachtet, die zum Zeitpunkt der Demenzdiagnose noch nicht pflegebedürftig waren. Um die betreffenden Fälle volle drei Jahre beobachten zu können, werden die Demenzinzidenzen auf die Jahre 2005 bis 2006 beschränkt. Ausgangszeitpunkt ist in den nachfolgenden Betrachtungen jeweils das Quartal, in dem die Demenz erstmals diagnostiziert wurde.

Für dieses Inzidenzquartal und die nachfolgenden Quartale werden in Abbildung 45 bis Abbildung 48 die Verteilungen der Pflegearrangements für Männer und Frauen dargestellt. Die Abbildung 49 bis Abbildung 52 zeigen anschließend die Verteilungen der Pflegestufen nach einer Demenzinzidenz.

Abbildung 45: Pflegearrangements nach Demenzzinzidenz im Jahr 2005/06 – Männer

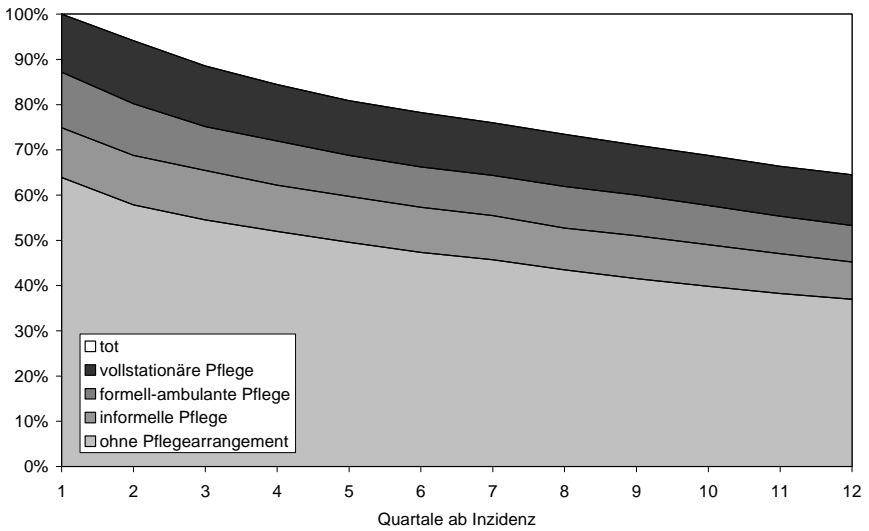


Abbildung 46: Pflegearrangements nach Demenzzinzidenz im Jahr 2005/06 – Frauen

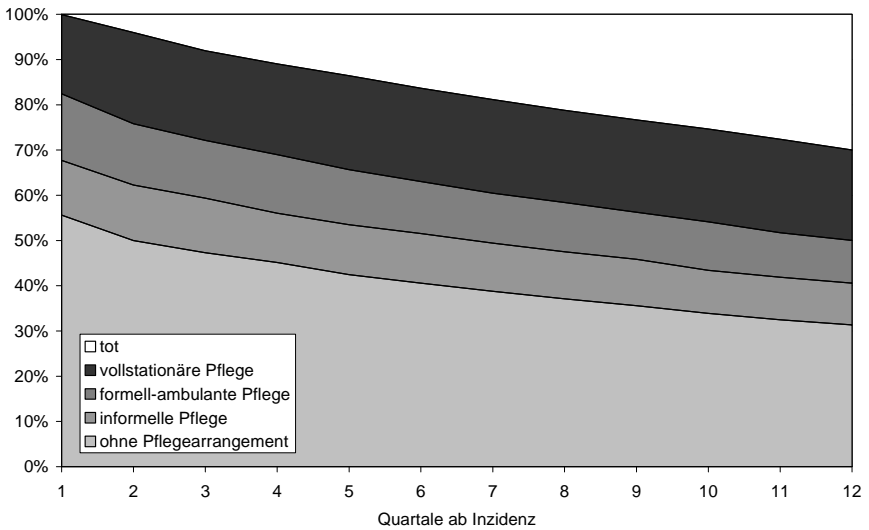


Abbildung 47: Pflegearrangements nach Demenzzinzidenz ohne Pflege im Jahr 2005/06 – Männer

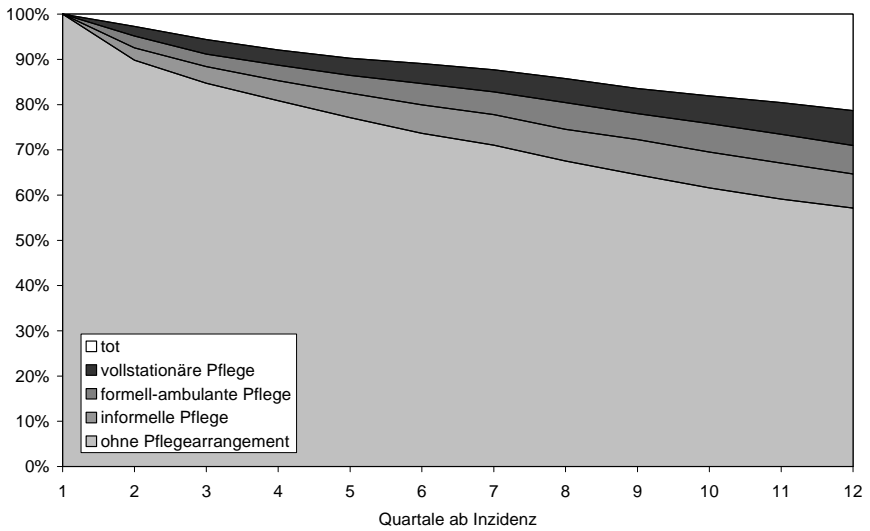


Abbildung 48: Pflegearrangements nach Demenzzinzidenz ohne Pflege im Jahr 2005/06 – Frauen

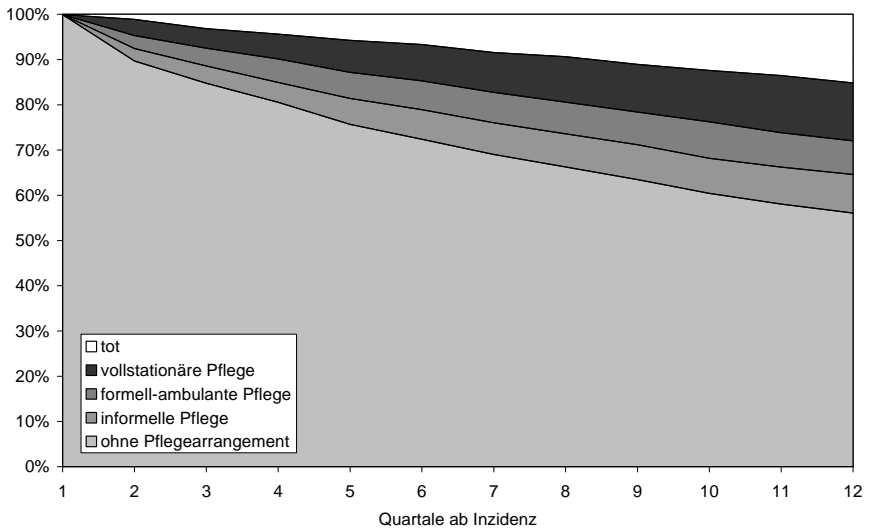


Abbildung 49: Pflegestufen nach Demenzzinzidenz im Jahr 2005/06 – Männer

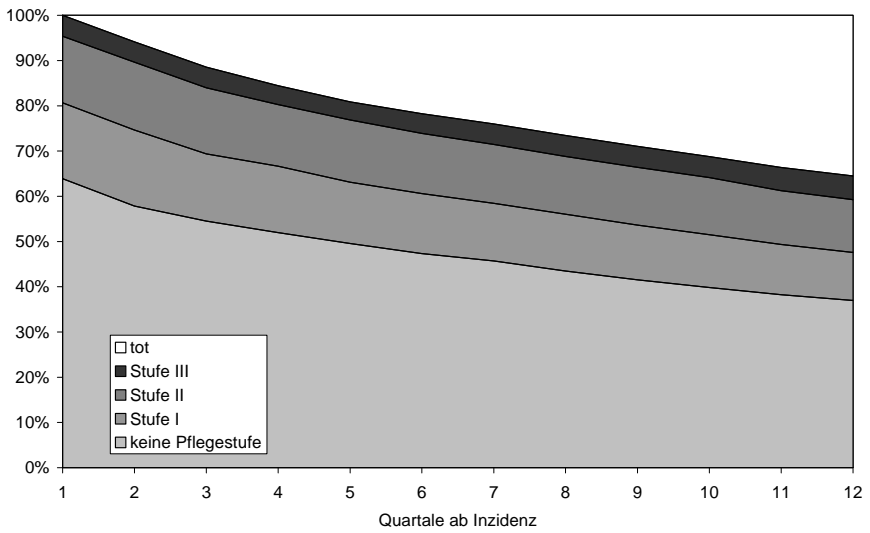


Abbildung 50: Pflegestufen nach Demenzzinzidenz im Jahr 2005/06 – Frauen

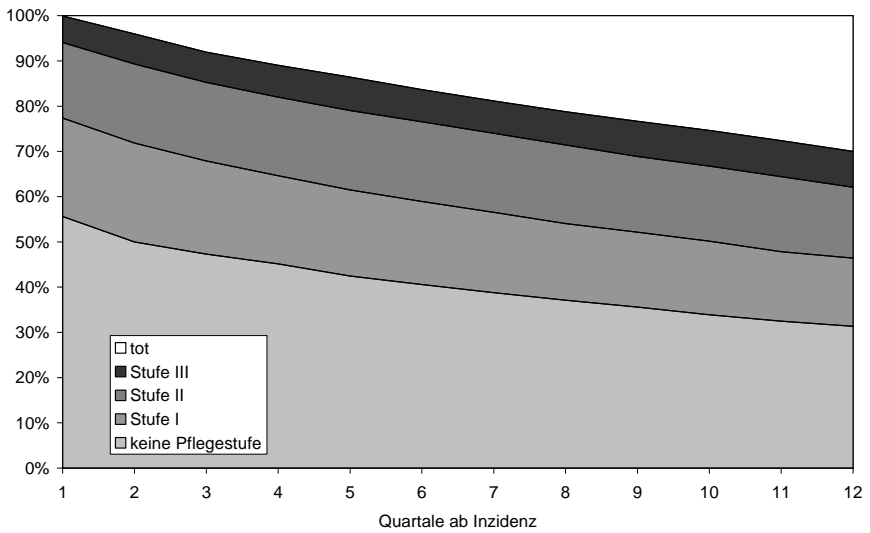


Abbildung 51: Pflegestufen nach Demenzzinzidenz ohne Pflege im Jahr 2005/6 – Männer

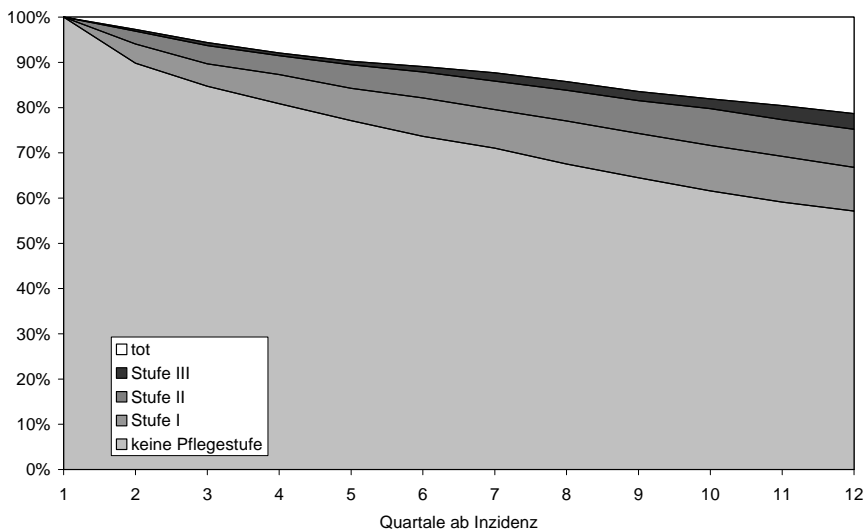
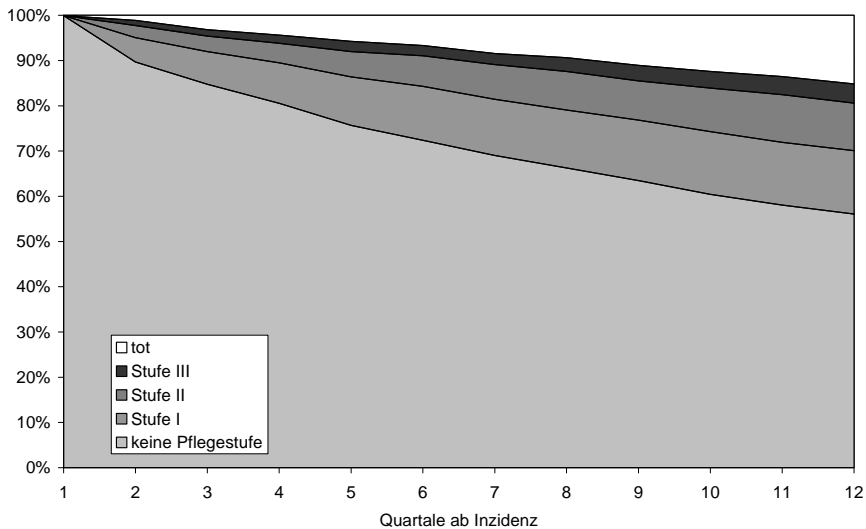


Abbildung 52: Pflegestufen nach Demenzzinzidenz ohne Pflege im Jahr 2005/6 – Frauen



64 % der männlichen und 56 % der weiblichen GEK-Versicherten im Alter von 60 Jahren und mehr, die 2005 oder 2006 demenz wurden, sind zu diesem Zeitpunkt nicht pflegebedürftig. 11 % der Männer und 12 % der Frauen erhalten informelle Pflege, 12 % der Männer und 15 % der Frauen erhalten formell-ambulante Pflege und 13 % bzw. 18 % werden vollstationär gepflegt (Abbildung 45, Abbildung 46). Diese Anteile verringern sich über die beobachteten 12 Quartale nur geringfügig. Die Anteilswerte, die sich deutlich verändern, sind die Anteile der Personen ohne Pflegeleistungen und die Anteile der Verstorbenen. Der Anteil der Männer ohne Pflegeleistungen sinkt von 64 % auf 37 % und der Anteil der Frauen ohne Pflegeleistungen sinkt von 56 % auf 31 %. Entsprechend steigen der Anteil der verstorbenen Männer in den 12 Quartalen auf 36 % und der Anteil der verstorbenen Frauen auf 30 %. Dabei ist zu beachten, dass es sich jeweils um saldierte Verteilungen handelt und sich hinter den stabilen Anteilswerten sowohl Zugänge als auch Abgänge verbergen, bei denen lediglich der Saldo ausgeglichen ist.

In den meisten Fällen liegt bei Auftreten einer Demenz noch keine Pflegebedürftigkeit vor. Wie sich Pflegebedürftigkeit und Pflegearrangement für diesen Personenkreis entwickeln, zeigen Abbildung 47 und Abbildung 48. Wiederum handelt es sich um so genannte kumulierte Statusverteilungen, also um saldierte Betrachtungen, die nur Auskunft über den Zustand des Aggregats zu verschiedenen Zeitpunkten geben, nicht aber die individuellen Dynamiken abbilden. Schon im ersten Quartal nach der erstmaligen Demenzdiagnose hat sich die Situation für 10 % der Männer und Frauen verändert. Im 12. Quartal sind nur noch 57 % der Männer und 56 % der Frauen ohne Pflegeleistungen und am Leben. 21 % der Männer und 15 % der Frauen sind bis dahin verstorben, ein etwa gleich großer Anteil der Frauen (22 %) ist pflegebedürftig und bei den Männern ist der Anteil der pflegebedürftigen mit 29 % fast doppelt so groß wie der Anteil der Verstorbenen. Hinsichtlich der Pflegearrangements ist eine annähernde Gleichverteilung zu konstatieren, die im Zeitverlauf recht stabil ist. Lediglich bei den Frauen lässt sich im Zeitverlauf eine leichte Tendenz hin zu einem größeren Anteil an vollstationäre Pflege feststellen. Der diesbezügliche Anteilswert liegt im 12. Quartal dann bei 13 %, während die Anteilswerte für die beiden anderen Pflegearrangements bei 9 % bzw. 7 % liegen.

Mit Blick auf die *Pflegestufen* wird wiederum zwischen den Verläufen für alle inzidenten Fälle (Abbildung 49 und Abbildung 50) und den Verläufen für die inzidenten Fälle, bei denen zum Inzidenzzeitpunkt keine Pflegebedürftigkeit vorliegt (Abbildung 51 und Abbildung 52) unterschieden.

Für die Männer zeigen sich im Zeitverlauf von 17 % (zum Zeitpunkt der Demenzdiagnose) auf 11 % (12 Quartale später) rückläufige Anteile in Pflegestufe I (Abbildung 49). In Pflegestufe II ist der Rückgang moderater von 15 % auf 12 %, und der Anteil in Pflegestufe III bleibt konstant bei 5 %. Bei den Frauen ist ein Rückgang im Anteil mit Pflegestufe I von 22 % auf 15 % zu beobachten (Abbildung 50). Der Anteil in Pflegestufe II verändert sich kaum. Im Inzidenzquartal liegt er bei 17 % und im 12. Quartal bei 16 %. Der Anteil der Pflegebedürftigen in Pflegestufe III steigt allerdings leicht von eingangs 6 % auf 8 % im 12. Quartal an. Auch die Anteilswerte der Pflegestufen sind über die Zeit sehr konstant. Wiederum ist aber darauf hinzuweisen, dass es sich um eine saldierte Betrachtung handelt, aus der die individuelle Dynamik nicht ersichtlich ist.

In Abbildung 51 und Abbildung 52 sind die Verläufe der Pflegestufenverteilung für diejenigen aufgezeigt, die zum Zeitpunkt der Demenzdiagnose *nicht* pflegebedürftig sind. Nach 3 Jahren sind die meisten dieser Demente immer noch ohne Pflegestufe. 10 % der Männer und 14 % der Frauen sind im 12. Quartal allerdings erheblich pflegebedürftig (Pflegestufe I), 8 % der Männer und 9 % der Frauen sind schwer- (Pflegestufe II) und 3 % der Männer bzw. 4 % der Frauen sind schwerstpflegebedürftig (Pflegestufe III).

6.4.2 Entwicklung des Demenzstatus nach Pflegeeintritt

Nachdem in Abschnitt 6.1 dargestellt wurde, welche Pflegeverläufe nach einer Demenzinzidenz eintreten, wird im Folgenden umgekehrt der Frage nachgegangen, wie sich der Demenzstatus nach Auftreten einer Pflegebedürftigkeit entwickelt. Hierzu werden die Versicherten, die 2005/6 pflegebedürftig geworden sind, für einen Zeitraum von drei Jahren beobachtet. Für diesen Zeitraum wird der Demenzstatus für jedes Quartal erhoben. Wiederum werden separat für Frauen und Männer die Läufe zunächst für alle inzidenten Fälle betrachtet und anschließend für diejenigen, die beim Auftreten der Pflegebedürftigkeit nicht dement waren.

Wie Abbildung 53 (für Männer) und Abbildung 54 (für Frauen) sind 25 % der der Männer und 31 % der Frauen bei Auftreten der Pflegebedürftigkeit bereits dement. 63 % der Männer und 46 % der Frauen sind nach 3 Jahren verstorben, während die Anteile der dementen Pflegebedürftigen auf 14 % (Männer) bzw. 24 % (Frauen) gesunken ist. Bezogen auf die überlebenden Pflegebedürftigen ist der Anteil der Dementen aber gestiegen, von 25 % (Männer) bzw. 31 % (Frauen) auf 40 % (Männer) bzw. 44 % (Frauen).

Abbildung 53: Demenzstatus im Pflegeverlauf nach Pflegeeintritt 2005/06 – Männer

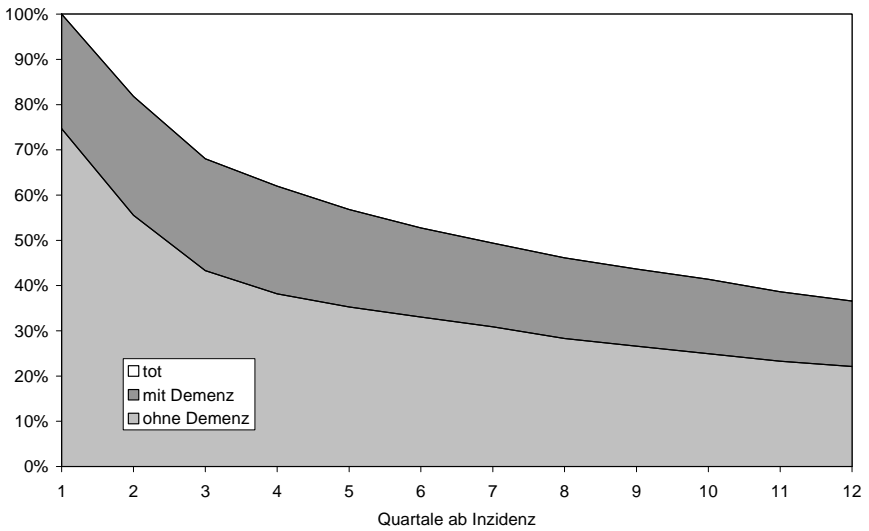


Abbildung 54: Demenzstatus im Pflegeverlauf nach Pflegeeintritt 2005/06 – Frauen

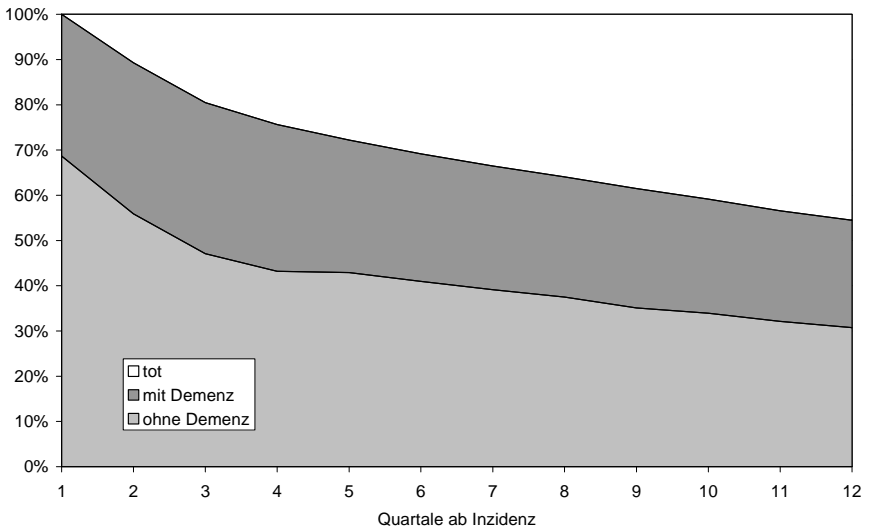


Abbildung 55: Demenzstatus im Pflegeverlauf nach Pflegeeintritt in den Jahren 2005/06 ohne Demenz – Männer

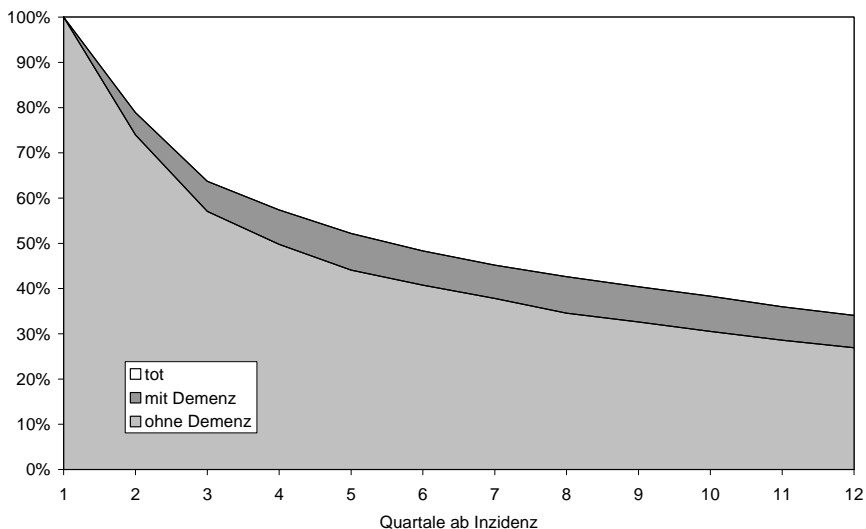
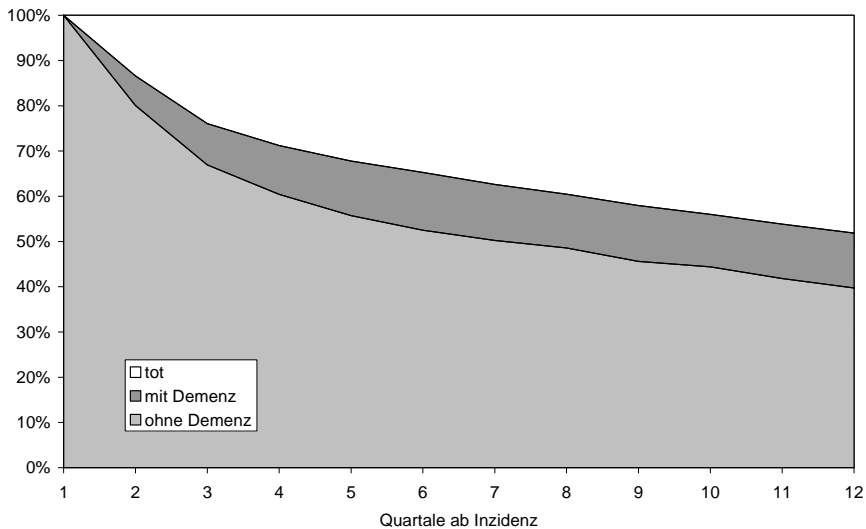


Abbildung 56: Demenzstatus im Pflegeverlauf nach Pflegeeintritt in den Jahren 2005/06 ohne Demenz – Frauen



Der Anteil der Dementen an den Pflegebedürftigen steigt also im Pflegeverlauf. Der Anstieg dieses Anteilswertes ist besonders in den ersten Quartalen zu beobachten. Hier gibt es in den ersten drei Quartalen einen Anstieg im Anteil der (überlebenden) männlichen dementen Pflegebedürftigen von initial 25 % über 32 % (zweites Quartal) auf 36 % im dritten Quartal. Im 12. Quartal liegt der Anteil dann nur geringfügig höher. Einen ähnlich sprunghaften Anstieg dieser Kennzahl gibt es bei den Frauen: von initial 31 % über 37 % (zweites Quartal) auf 41 % im dritten Quartal. Im 12. Quartal liegt der Anteil dann ebenfalls nur noch wenig darüber bei 44 %.

In Abbildung 55 und Abbildung 56 wird die Entwicklung des Demenzstatus für die Pflegebedürftigen, die zu Beginn nicht dement waren. Wie die Abbildungen zeigen steigt die Zahl der dementen Pflegebedürftigen im gesamten Beobachtungszeitraum kontinuierlich. Ein sprunghafter Anstieg ist dagegen nicht zu verzeichnen. Der in Abbildung 53 und Abbildung 54 beobachtete in den ersten Quartalen stark steigende Anteilswerte der dementen Pflegebedürftigen unter den Überlebenden resultiert vielmehr aus der hohen Mortalität in den ersten drei Quartilen nach Auftreten der Pflegebedürftigkeit unter den Nicht-Dementen.

6.5 Dauer der Pflegebedürftigkeit nach Demenzstatus

In diesem Abschnitt soll nun der Frage nachgegangen werden, ob sich die Pflegeverläufe von Dementen von den Pflegeverläufen derjenigen unterscheiden, die zu Beginn der Pflegebedürftigkeit nicht dement waren. Dauern die Verläufe unterschiedlich lang an? Werden unterschiedliche Zeiten in den Pflegearrangements verbracht und werden unterschiedliche Pflegestufen vergeben? Das sind die konkreten Fragen, die hier beantwortet werden sollen.

Abbildung 57 bis Abbildung 60 zeigen dafür zunächst die Verteilungen der Pflegearrangements von Männern und Frauen über einen Zeitraum von 12 Quartalen ab Pflegeinzidenz, differenziert nach Demenzstatus zu Pflegebeginn.

Von den Männern, die zu Beginn der Pflegebedürftigkeit bereits dement sind, werden 41 % initial informeller gepflegt 31 % erhalten formell-ambulante und 28 % vollstationärer Pflege. Bei den männlichen Pflegebedürftigen ohne Demenz liegen die entsprechenden Werte bei 53 % (informelle Pflege), 34 % (formell-ambulante Pflege) und 13 % (vollstationäre Pflege). Die Demenz erhöht damit den Anteil der vollstationären Pflege zulasten der informellen Pflege. Derselbe Effekt zeigt sich auch bei Frauen. Hier liegen die Anteile der informellen Pflege bei 36 % (Demen-

Tabelle 34: Zeitliche Anteile in den Pflegearrangements innerhalb von 12 Quartalen seit Pflegebeginn im Jahr 2005/06

	Ohne Pflege- arrangement	Informelle Pflege	Formell- ambulante Pflege	Voll- stationäre Pflege	tot
Männer ohne Demenz	1 %	27 %	15 %	9 %	47 %
Frauen ohne Demenz	3 %	30 %	21 %	15 %	32 %
Männer mit Demenz	1 %	21 %	18 %	25 %	35 %
Frauen mit Demenz	1 %	18 %	22 %	36 %	23 %

te) vs. 47 % (ohne Demenz) und bei vollstationäre Pflege bei 30 % (Demente) vs. 16 % (ohne Demenz). Wiederum ähneln sich die Anteilswerte in formell-ambulanten Arrangements mit 34 % (Demente) bzw. 36 % (ohne Demenz).

Die Abbildungen zeigen weiterhin, dass die Lebenserwartung bei den dementen Pflegebedürftigen etwas höher ist als bei den Nicht-Dementen. Von den pflegebedürftigen Männern ohne Demenz sind nach drei Jahren 66 % verstorben, von den dementen hingegen nur 56 %. Der gleiche Effekt zeigt sich auch bei den Frauen: Hier sind nach drei Jahren 48 % der Pflegebedürftigen ohne Demenz aber nur 41 % der dementen Pflegebedürftigen verstorben. Dabei steigen sowohl bei den Frauen als auch bei den Männern und sowohl bei den Dementen als auch bei den Nicht-Dementen die relativen Anteile der Überlebenden in vollstationärer Pflege. Die Gesamtüberlebenszeit als auch das Gesamtvolumen an Zeit in vollstationärer Pflege liegt somit bei Dementen deutlich höher als bei Nicht-Dementen.

Insgesamt verlängert die Demenz also die Dauer der Pflegebedürftigkeit und führt zu einem höheren Anteil der – ausgabenträchtigeren – professionellen Pflege. Um diesen Zusammenhang zu verdeutlichen, sind in Tabelle 34 die zeitlichen Anteile in den Pflegearrangements zusammengefasst. Bei den Pflegebedürftigen, die bei Pflegebeginn dement sind, sind die zeitlichen Anteile in vollstationärer Pflege demnach mehr als doppelt so hoch wie bei den Pflegebedürftigen, die Pflegebedürftig werden, ohne zu diesem Zeitpunkt dement zu sein.

Abbildung 57: Pflegearrangements nicht dementer Männer nach Pflegezugang in den Jahren 2005/06

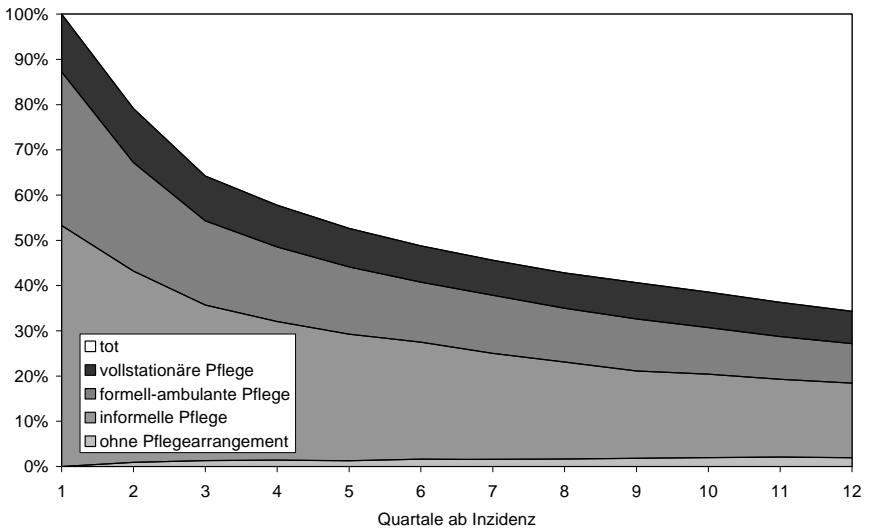


Abbildung 58: Pflegearrangements nicht dementer Frauen nach Pflegezugang in den Jahren 2005/06

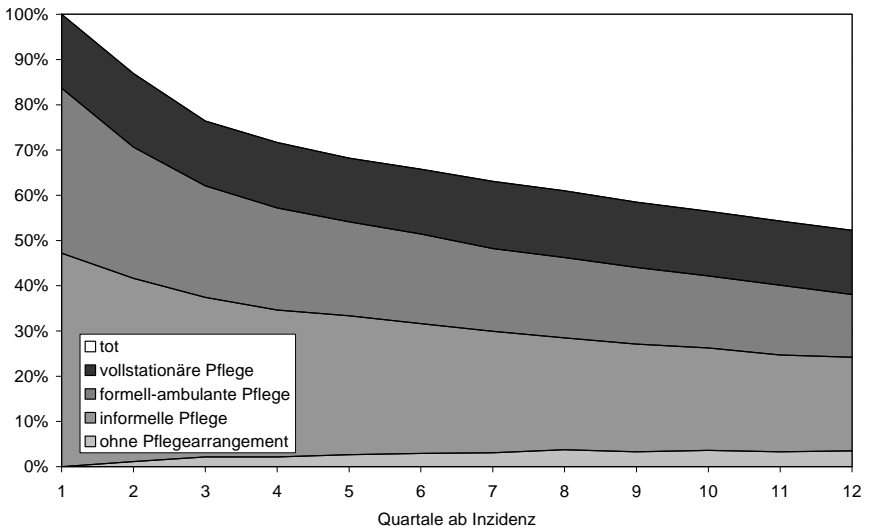


Abbildung 59: Pflegearrangements dementer Männer nach Pflegezugang in den Jahren 2005/06

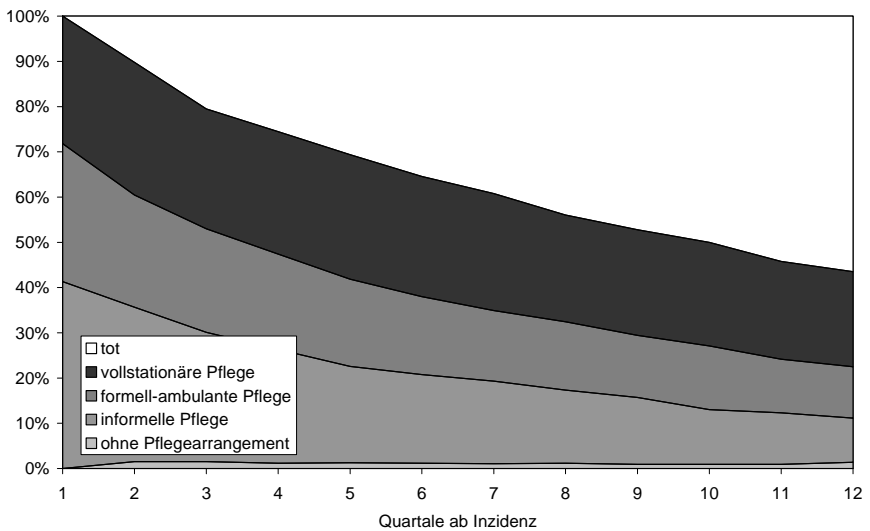


Abbildung 60: Pflegearrangements dementer Frauen nach Pflegezugang in den Jahren 2005/06

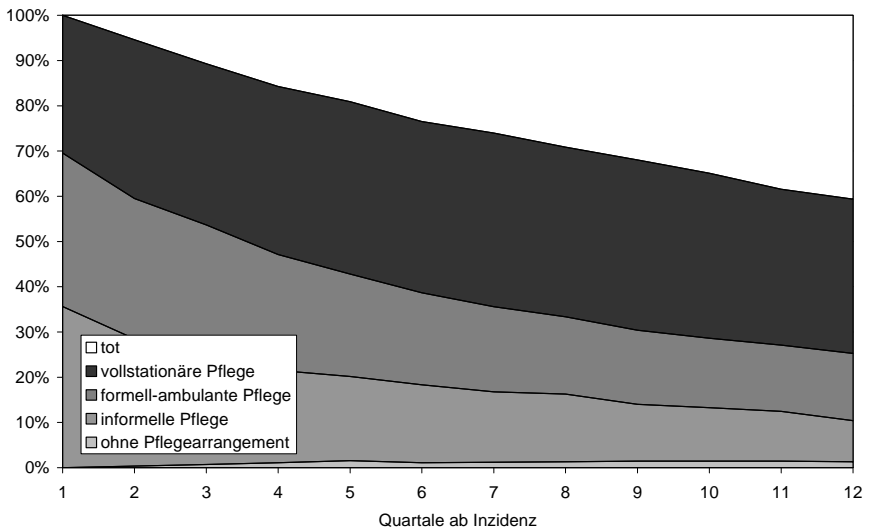


Abbildung 61: Pflegestufen nicht dementer Männer nach Pflegezugang in den Jahren 2005/06

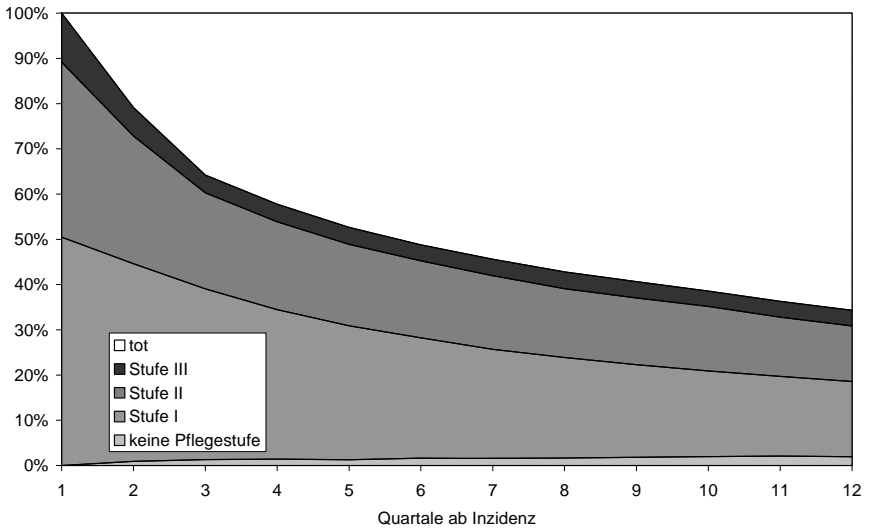


Abbildung 62: Pflegestufen nicht dementer Frauen nach Pflegezugang in den Jahren 2005/06

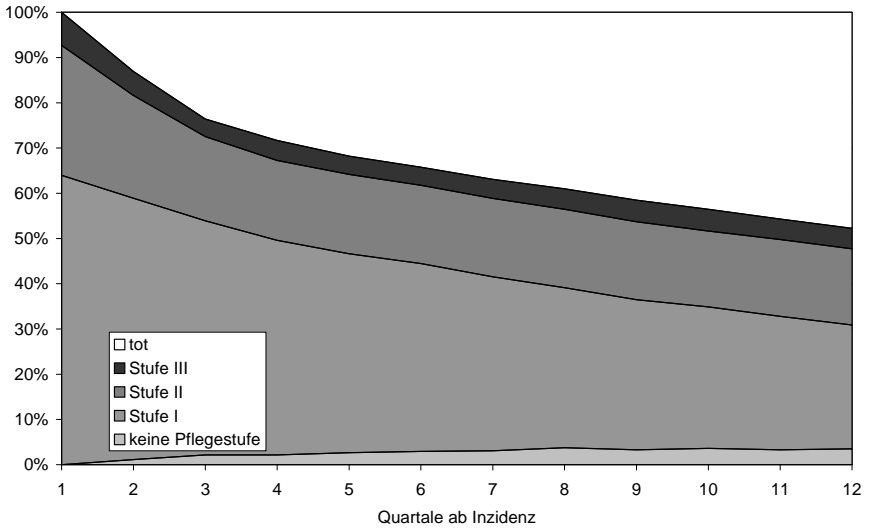


Abbildung 63: Pflegestufen dementer Männer nach Pflegezugang in den Jahren 2005/06

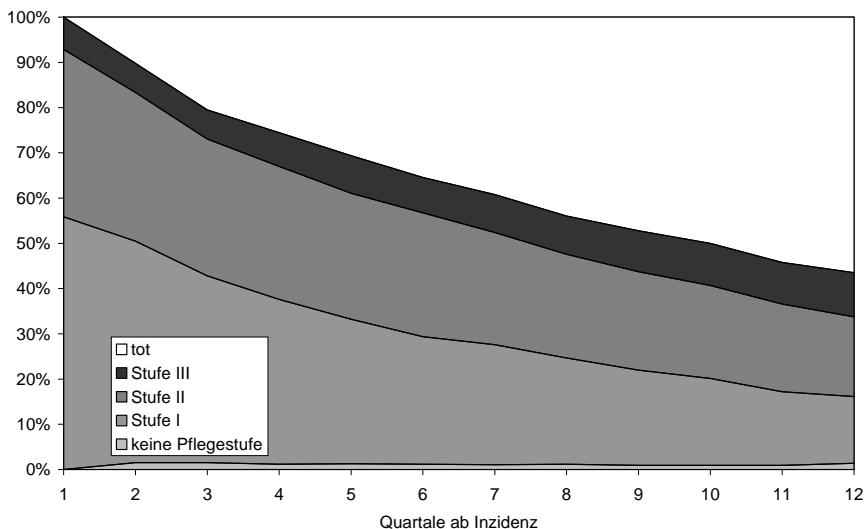


Abbildung 64: Pflegestufen dementer Frauen nach Pflegezugang in den Jahren 2005/06

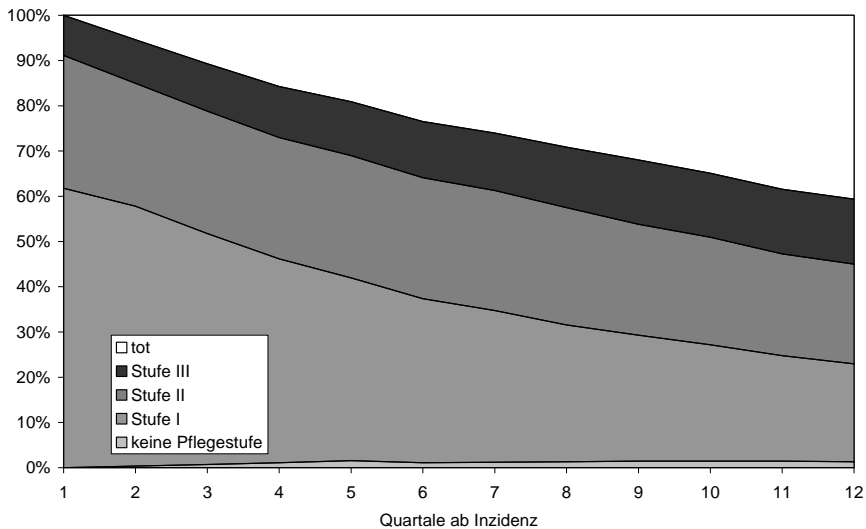


Tabelle 35: Zeitliche Anteile in den Pflegestufen innerhalb von 12 Quartalen seit Pflegebeginn in 2005/06

	Ohne Pflegestufe	Pflegestufe I	Pflegestufe II	Pflegestufe III	tot
Männer ohne Demenz	1 %	28 %	19 %	4 %	47 %
Frauen ohne Demenz	3 %	42 %	19 %	5 %	32 %
Männer mit Demenz	1 %	30 %	26 %	8 %	35 %
Frauen mit Demenz	1 %	38 %	26 %	12 %	23 %

Bei der Betrachtung der Pflegestufen (Abbildung 61 bis Abbildung 64) zeigt sich beim Vergleich der Dementen und Nicht-Dementen folgendes Bild: Männer ohne Demenz starten zu 50 % in Pflegestufe I, zu 39 % in Pflegestufe II und zu 11 % in Pflegestufe III. Liegt zu Beginn der Pflegebedürftigkeit dagegen bereits eine Demenz vor, starten die Männer zu 56 % in Pflegestufe I, zu 37 % in Pflegestufe II und zu 7 % in Pflegestufe III. Bei den dementen Männern ist der Grad der Pflegebedürftigkeit initial damit etwas niedriger. Entsprechend ist ihre Mortalität niedriger: So sind von den pflegebedürftigen Männern ohne Demenz im dritten Quartal schon 36 % verstorben. Der Anteil der Pflegebedürftigen in Pflegestufe III liegt dann nur noch bei 4 %, 21 % sind in Pflegestufe II und 38 % in Pflegestufe I. Von den Männern, die zu Beginn der Pflegebedürftigkeit bereits dement waren, sind dagegen nur 21 % bis ins dritte Quartal verstorben. Der Anteil der Pflegebedürftigen in Pflegestufe III beträgt 6 %, in Stufe II 30 % und in Stufe I 41 %. Von den Männern mit Demenz zu Pflegebeginn liegt der Anteil in Pflegestufe III nach 12 Quartalen bei 10 % (ohne Demenzdiagnose 3 %). In Pflegestufe II befinden sich dann 18 % (ohne Demenz 12 %) und in Pflegestufe I 15 % (ohne Demenz 17 %).

Bei den Frauen zeigt sich ein ähnliches Bild. Zu Beginn sind die Anteile in beiden Gruppen recht ähnlich. Mit Demenz ergibt sich folgende Verteilung: 64 % in Pflegestufe I, 29 % in Pflegestufe II und 7 % in Pflegestufe III. Ohne Demenz sieht die Verteilung wie folgt aus: 62 % in Pflegestufe I, 29 % in Pflegestufe II und 9 % in Pflegestufe III. Nach 12 Quartalen ist aber eine deutliche Veränderung feststellbar. 48 % der Frauen ohne Demenz sind verstorben, 27 % sind in Pflegestufe I, 17 % sind in Pflegestufe II und nur 5 % in Pflegestufe III. Hingegen sind von den Frauen mit Demenz weniger, nämlich 41 % verstorben, 22 % sind in Pflegestufe I, 22 % sind in Pflegestufe II und 14 % sind in Pflegestufe III.

Pflegebedürftige, die beim erstmaligen Auftreten der Pflegebedürftigkeit dement sind, leben insgesamt länger als Pflegebedürftige, die zu Beginn der Pflegebedürftigkeit nicht dement sind. Dabei nehmen sie überproportional viel professionelle Pflegeleistungen in Anspruch und verweilen zudem auch noch mehr in höheren Pflegestufen. Um die Relationen bezüglich der Pflegezeiten in den verschiedenen Pflegestufen zu verdeutlichen, sind in Tabelle 35 die zeitlichen Anteile innerhalb der beobachteten 12 Quartale zusammengefasst. Die Zeiten in Pflegestufe III sind mehr als doppelt so hoch, wenn zu Beginn des Pflegeverlaufs eine Demenz vorliegt. Zudem sind die in Pflegebedürftigkeit verbrachten Zeiten im Betrachtungszeitraum für die Pflegebedürftigen mit Demenz knapp 4 Monate länger.

6.6 Zusätzliche Betreuungsleistungen nach § 45b SGB XI

Zusätzliche Betreuungsleistungen nach § 45b SGB XI sollen eine stärkere Berücksichtigung demenzbedingter Fähigkeitsstörungen, psychischen Erkrankungen oder geistiger Behinderung in der Sozialen Pflegeversicherung bewirken (siehe Abschnitt 3.2.3). Insbesondere bei diesen Erkrankungen ist eine stärkere Betreuung und Beobachtung der betroffenen Personen notwendig. Die Definition von Pflegebedürftigkeit im Sinne des SGB XI zielt jedoch primär auf körperliche Einschränkungen und berücksichtigt kognitive und psychische Beeinträchtigungen und den damit verbundenen höheren Betreuungsbedarf nicht adäquat (BMG 2009). Zusätzliche Betreuungsleistungen nach § 45b SGB XI sollen dieses Defizit der Pflegeversicherung ansatzweise ausgleichen, Angebote für qualifizierte Betreuung fördern, schon frühzeitig pflegende Angehörige entlasten und so eine längere Pflege im häuslichen Bereich ermöglichen. Im folgenden Abschnitt wird die Inanspruchnahme von zusätzlichen Betreuungsleistungen nach § 45b SGB XI seit der Einführung im Jahr 2002 durch das PflEG dargestellt und die diesbezügliche Ausgabenentwicklung skizziert. Für diese Betrachtungen werden die verfügbaren Daten aus amtlichen Statistiken hinzugezogen und darüber hinaus Analysen mit GEK-Daten durchgeführt.

6.6.1 Finanzentwicklung für zusätzliche ambulante Betreuungsleistungen

Seit der Einführung von zusätzlichen Betreuungsleistungen im Jahr 2002 sind die zunächst geringen Ausgaben der sozialen Pflegeversicherung für zusätzliche Betreuungsleistungen nur minimal angestiegen. Im Jahr 2003 betragen die Ausgaben rund 10 Mio. Euro, bis 2007 sind sie auf rund 30 Mio. Euro gestiegen. Seit der Er-

höhung des Leistungsumfanges und der Ausweitung des berechtigten Personenkreises durch das PFWG 2008 ist jedoch eine markante Ausgabenentwicklung erkennbar (BMG 2009). Die Ausgaben im Jahr 2008⁴⁸ sind im Vergleich zu 2007⁴⁹ um 100 % auf rund 60 Mio. Euro gestiegen, und für 2009 ist sogar eine weitere Steigerungsrate von über 200 % auf 190 Mio. Euro zu verzeichnen.

Es stellt sich nun die Frage, ob diese Ausgabensteigerung mit einer Mehrinanspruchnahme der Leistungen einhergeht oder durch die im Gesetz verankerten höheren Leistungsbezüge entsteht. Im Jahr 2007 betragen die gewährten Leistungen laut BMG 30 Mio. Euro. Unter der Annahme, dass alle Leistungsbezieher den Höchstsatz von 460 Euro voll ausgeschöpft haben, würde sich hieraus eine Anzahl von ca. 65.000 Empfängern ergeben. Angenommen, diese 65.000 Anspruchsberechtigten würden im Jahr 2009 alle den Höchstsatz von 2.400 Euro jährlich erhalten, wären das Ausgaben von 156 Mio. Euro. Die Ausgaben 2009 liegen jedoch bei 190 Mio. Euro. Folglich scheinen die Erhöhung der Leistungsbezüge und die Erweiterung des berechtigten Personenkreises auch zu einer Mehrinanspruchnahme von zusätzlichen Betreuungsleistungen zu führen – insbesondere deswegen, weil davon auszugehen ist, dass eher die Hälfte denn alle Bezugsberechtigten den Höchstsatz von 2.400 Euro jährlich erhalten. Es ist bei der Betrachtung der Ausgabenstatistik des BMG erkennbar, dass mit dem PFWG von einer vermehrten Inanspruchnahme zusätzlicher Betreuungsleistungen auszugehen ist. Um diesen Eindruck genauer zu überprüfen, wird im Folgenden eine Analyse der GEK-Routinedaten zu den zusätzlichen Betreuungsleistungen durchgeführt.

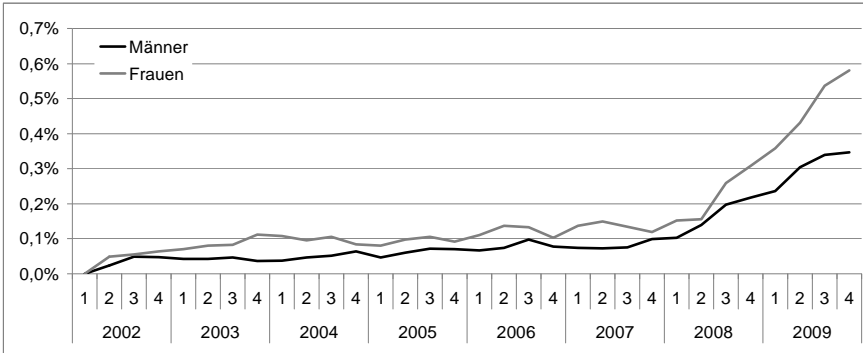
6.6.2 Zur Messung zusätzlicher Betreuungsleistungen

Die GEK-Routinedaten sind in Abschnitt 5.1 bereits ausführlich beschrieben worden. Zur Darstellung der Inanspruchnahme von zusätzlichen Betreuungsleistungen werden von diesen Daten die gezahlten Beträge für zusätzliche Betreuungsleistungen i. d. R. quartalsweise erfasst. Zum einen kann so festgestellt werden, ob eine Inanspruchnahme von zusätzlichen Betreuungsleistungen vorliegt, zum anderen können die Ausgaben für zusätzliche Betreuungsleistungen errechnet werden.

⁴⁸ Im zweiten Halbjahr 2008 sind die Änderungen des PFWG erstmals wirksam geworden.

⁴⁹ 2007 wird hier als Vergleichswert für das letzte Jahr herangezogen, in dem noch die alten Beträge von 460 Euro jährlich galten.

Abbildung 65: Inanspruchnahme zusätzlicher Betreuungsleistungen pro Jahr und Quartal (Anteil der GEK-Versicherten im Alter ab 60 Jahren)

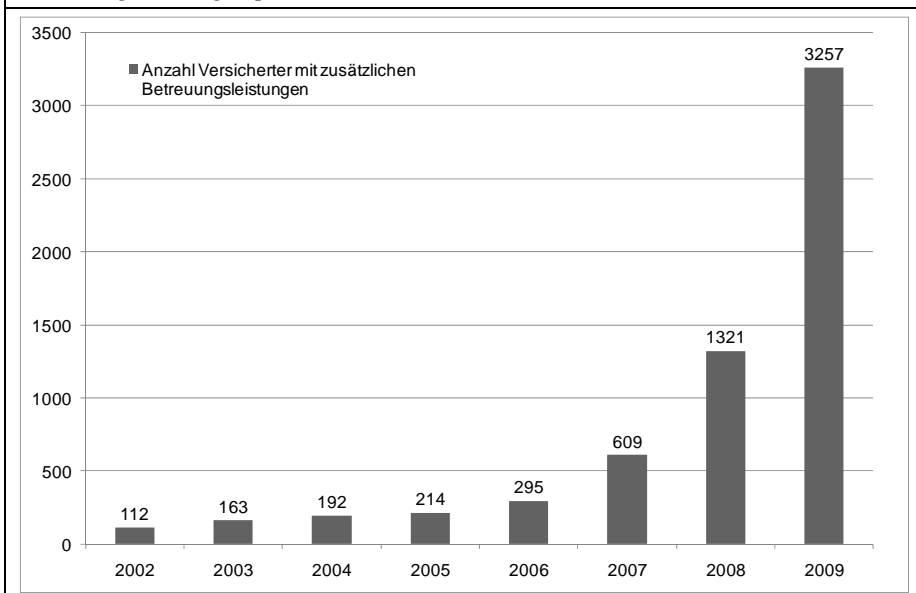


Die allgemeine Betrachtung der Inanspruchnahmen wird für die Versichertenpopulation im Zeitverlauf von 2002 (Zeitpunkt der Einführung zusätzlicher Betreuungsleistungen durch das PflEG) bis 2009 vorgenommen. Zusätzliche Betreuungsleistungen sind aber insbesondere auch für Menschen mit demenzbedingten Fähigkeitsstörungen eingeführt worden. Die Demenzdiagnosen lassen sich aber erst ab dem Jahr 2004 sinnvoll messen (vgl. Abschnitt 5.1.2). Da die in diesem Report verwendete Definition von Demenz sich auf eine Feststellung im Zeitraum von 4 Quartalen bezieht, beginnt der Analysezeitraum erst 2005, wenn speziell nach der Inanspruchnahme durch Demente geschaut wird. Somit reicht der Beobachtungszeitraum für zusätzliche Betreuungsleistungen für Demenzkranke von 2005 bis 2009. Die Ausgangspopulation ist auch in dieser Betrachtung die ältere Bevölkerung im Alter ab 60 Jahren.

6.6.3 Inanspruchnahmen und Ausgabenentwicklung der zusätzlichen Betreuungsleistungen auf Basis einer Analyse der GEK-Daten

Nach Einführung zusätzlicher Betreuungsleistungen durch das PflEG 2002 ist die prozentuale Inanspruchnahme dieser Leistung der GEK-Versicherten bis Anfang 2008 nur geringfügig gestiegen (Abbildung 65). Erst mit der Erhöhung der Leistung und der Erweiterung des berechtigten Personenkreises durch das PflWG im Juli 2008 ist eine deutliche Zunahme der Inanspruchnahme zu verzeichnen. Der deutliche Anstieg der Inanspruchnahme kann auch an den absoluten Nutzerzahlen

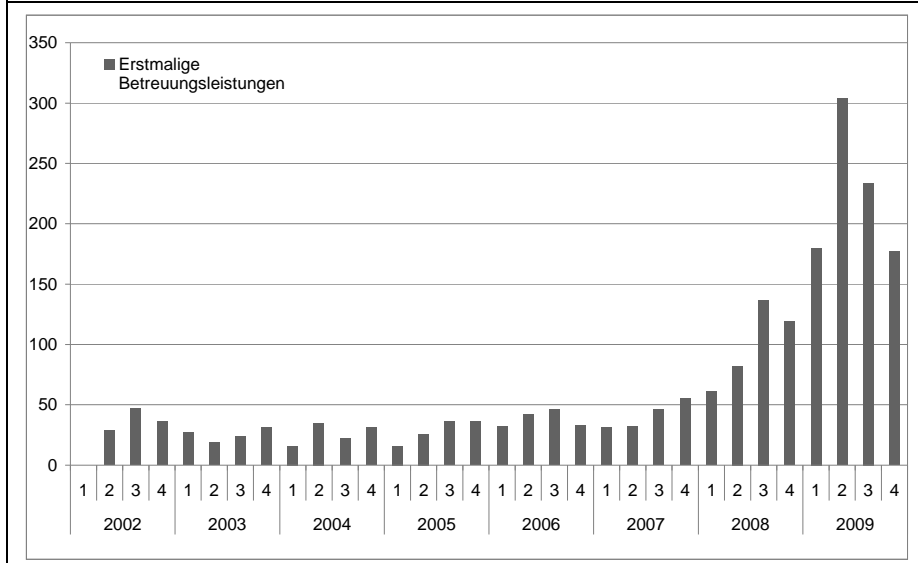
Abbildung 66: Anzahl der GEK-Versicherten im Alter 60+ mit zusätzlichen Betreuungsleistungen pro Jahr



abgelesen werden, die von 609 im Jahr 2007 auf 3.257 im Jahr 2009 angestiegen sind (Abbildung 66). Die Betrachtung der inzidenten Fälle pro Jahr und Quartal bestätigt dieses Muster (Abbildung 67). Erst ab dem dritten Quartal 2008 kommt es zu einem deutlichen Anstieg der Inanspruchnahme von zusätzlichen Betreuungsleistungen.

In der *Ausgabenentwicklung* der GEK für zusätzliche Betreuungsleistungen spiegelt sich die beschriebene Entwicklung sehr gut wieder (Abbildung 68). In den ersten sechs Jahren nach Einführung, bis Mitte 2008, ist eine moderate Ausgabenentwicklung zu verzeichnen. So hat die GEK im Jahr der Einführung (2002) knapp 38.789 Euro für zusätzliche Betreuungsleistungen ausgegeben 2007 betragen die Ausgaben dann 133.408 Euro. Innerhalb dieser sechs Jahre entspricht dies einer Ausgabensteigerung auf knapp das 3,5-fache. Mit den Änderungen durch das PfwG (Juli 2008) stiegen die Ausgaben sprunghaft an und entwickelten sich im Vergleich zu den vorherigen Jahren weiter positiv. Im Jahr 2008 lagen die Ausgaben der GEK für zusätzliche Betreuungsleistungen bei 389.924 Euro (erst Mitte 2008 sind die neuen Regulierungen in Kraft getreten) und im Jahr 2009 sind die

Abbildung 67: Anzahl erstmaliger zusätzlicher Betreuungsleistungen pro Jahr und Quartal (GEK-Versicherte im Alter 60+)



Ausgaben noch einmal um das 3-fache gestiegen, und zwar auf 1.188.159 Euro. Somit sind die Kosten für zusätzliche Betreuungsleistungen in den letzten zwei Jahren innerhalb der GEK auf fast das 9-fache des Wertes von 2007 gestiegen. Die Ausgabensteigerung liegt damit deutlich über der Steigerung der Fallzahlen und reflektiert damit die Erhöhung des individuellen Leistungsanspruchs.

Wird die Inanspruchnahme und die Ausgabenentwicklung von zusätzlichen Betreuungsleistungen nur für *Demenzkranken* betrachtet, bestätigt sich das bisher gezeichnete Bild. Ausgaben und Inanspruchnahme nur für Demente liegen etwas unterhalb der Werte für alle Leistungsberechtigten bei im Wesentlichen ähnlichem Verlauf: Auch für Demente ist in den ersten Jahren nach Einführung der neuen Leistungen ein moderater Anstieg in der Inanspruchnahme zu verzeichnen. Bis Mitte 2008 nehmen nur knapp 2% aller Demenzkranken (ohne Pflegeheimbewohner) die Leistungen in Anspruch; mit der Einführung des PflWG steigt die Inanspruchnahme dann deutlich. Noch innerhalb des Jahres 2008 steigt der Anteil der Nutzer auf das Doppelte und liegt Ende 2009 bei knapp 7% (Abbildung 69). Bezogen auf die Ausgabenentwicklung ist ebenfalls bis Mitte 2008 nur ein moderater,

Abbildung 68: Ausgabenentwicklung zusätzlicher Betreuungsleistung für alle Versicherte und Demenzkranke im Alter 60+ (GEK-Versicherte)

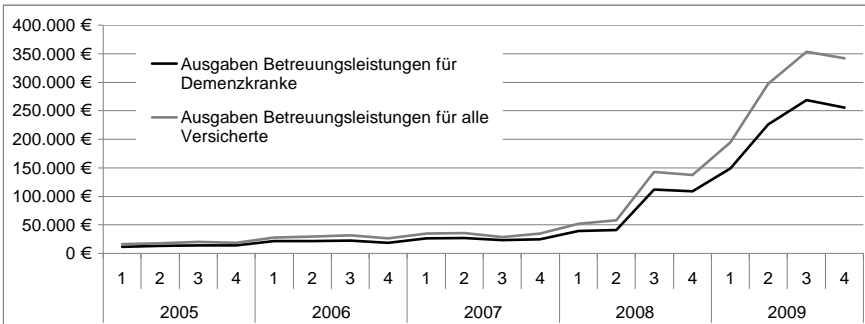
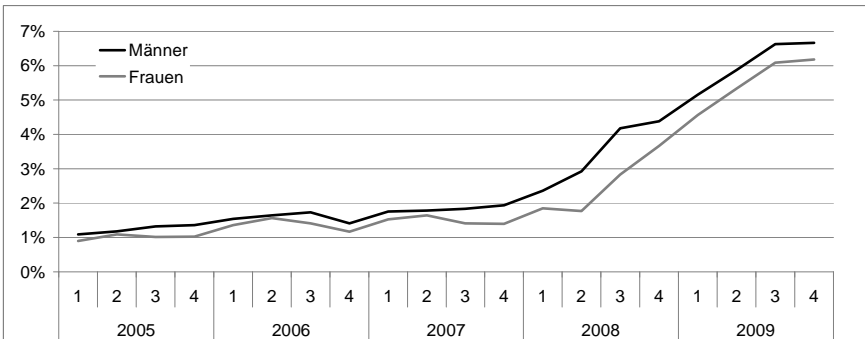


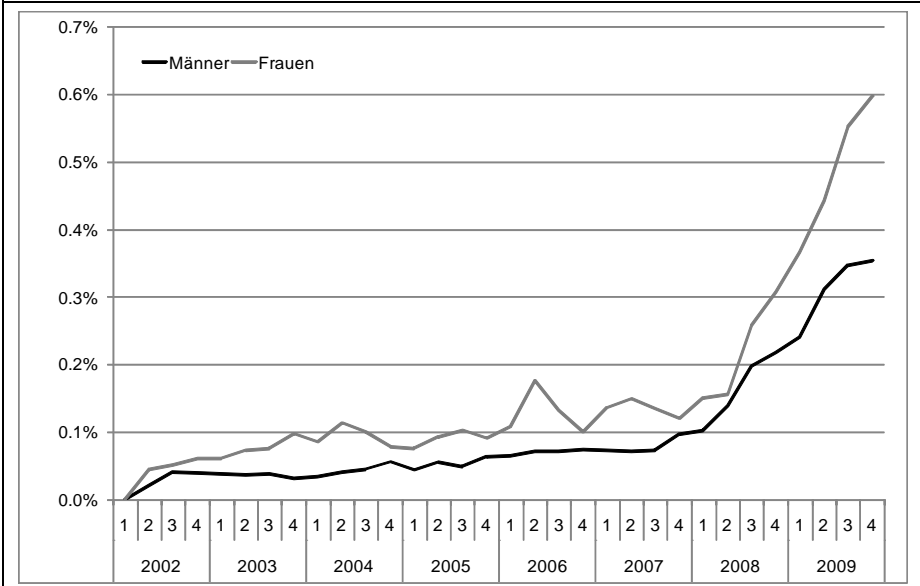
Abbildung 69: Inanspruchnahme zusätzlicher Betreuungsleistungen von Demenzkranken im Alter 60+ (GEK-Versicherte)



seitdem aber ein deutlicher Anstieg zu verzeichnen (Abbildung 68). Seitdem ist jedoch ein deutlicher Anstieg der Ausgaben ersichtlich. Wird die Ausgabenentwicklung zusätzlicher Betreuungsleistungen bezogen auf alle Versicherten mit den Ausgaben nur für Versicherte mit einer Demenzerkrankung verglichen, fällt der größte Teil der Ausgaben auf Demenzpatienten mit einer eingeschränkten Alltagskompetenz. Psychische Erkrankungen oder geistige Behinderungen scheinen einen geringeren Anteil an den Ausgaben zu verursachen.

Eine leichte Differenz ist bei der Inanspruchnahme von zusätzlichen Betreuungsleistungen zwischen den Geschlechtern festzustellen. Wird die Gesamtzahl aller

Abbildung 70: Hochrechnung zusätzliche Betreuungsleistungen auf die Bevölkerung der BRD im Alter ab 60 Jahren



Versicherten betrachtet, die zusätzliche Betreuungsleistungen in Anspruch nehmen, dann ist der Anteil der Frauen höher (Abbildung 65). Bei der Betrachtung von Versicherten mit einer Demenzerkrankung, liegt hingegen der Anteil der Männer höher (Abbildung 69).

Derzeit wird die Anzahl aller Personen, die zusätzliche Betreuungsleistungen in Anspruch nehmen, in amtlichen Statistiken nicht publiziert. Um dennoch Trends für Deutschland darzustellen, werden die alters- und geschlechtsspezifischen Inanspruchnahmen, wie sie in den GEK-Daten gefunden werden, auf die Population der Bundesrepublik der Jahre 2002–2009 (Statistisches Bundesamt 2010a und andere Jahrgänge) hochgerechnet. Abbildung 70 zeigt bis zur Veränderung der Regulierungen im Juli 2008 eine nur mäßig steigende Inanspruchnahme zusätzlicher Betreuungsleistungen. Bei der männlichen Bevölkerung steigt die Inanspruchnahme bei der über 60-jährigen Bevölkerung der BRD bis 0,1% an. Bei den Frauen ist eine Steigerung bis knapp 0,2% ersichtlich. Seitdem findet eine kontinuierliche Zunahme der Leistungsanspruchnahme statt, so dass Ende 2009 knapp über

0,3 % der Männer und fast 0,6 % der Frauen im Alter ab 60 Jahren zusätzliche Betreuungsleistungen in Anspruch nehmen.

Festzuhalten bleibt, dass nach der Einführung von zusätzlichen Betreuungsleistungen durch das PfIEG nur eine geringe Anzahl von Personen zusätzliche Betreuungsleistungen nutzen. Erst die gesetzlichen Änderungen mit dem PfWG führten zu einer deutlichen Mehranspruchnahme der Leistungen und zu einer Ausgaben-erhöhung unabhängig von der gesetzlich geregelten Leistungserhöhung. Um eine Aussage über einen langfristigen Erfolg der Gesetzesinitiative zu machen, wäre ein längerer Beobachtungszeitraum wünschenswert, um auszuschließen, dass es sich bei der Leistungszunahme nur um einen Einführungseffekt handelt. Dennoch hat das PfWG im Vergleich zu den vorherigen Bedingungen eindeutig zu einer verstärkten Inanspruchnahme dieser Leistungen geführt und ist insofern als Erfolg zu werten.

6.7 Medizinische Versorgung bei Demenz und Pflegebedürftigkeit

Insgesamt entfallen mehr als 90 % der in Deutschland diagnostizierten Demenzen auf neurodegenerative und zerebrovaskuläre Erkrankungen, die fast alle chronisch und irreversibel verlaufen (Kurz 2002: 3). Eine medikamentöse und/oder eine nicht-medikamentöse Behandlung der unterschiedlichen dementiellen Formen mittels pharmakologischer Substanzen und/oder Heilmittel können somit ausschließlich zur Verzögerung der Krankheitsprogression, nicht aber zur Rückbildung der Erkrankung angewendet werden. Ziel der therapeutischen Maßnahmen ist es, bestehende Fähigkeiten zu erhalten und gegebenenfalls auszubauen (DEGAM 2008: 58).

In diesem Abschnitt soll die medizinische Versorgung der pflegebedürftigen Demenzpatienten beschrieben werden. Dabei werden zunächst der Gesundheitszustand durch ausgewählte Diagnosen (Abschnitt 6.7.3) und anschließend die medizinische Versorgung in Form von ärztlichen Behandlungen (Abschnitt 6.7.4), Arzneimittelverordnungen (Abschnitt 6.7.5) und Heilmittelverordnungen (Abschnitt 6.7.6) dargestellt. Die Untersuchung zu der medizinischen Versorgungssituation von pflegebedürftigen, dementen Personen orientiert sich dabei an dem im Abschnitt 6.7.1 vorgestellten Inhalt der Leitlinien zur therapeutischen Behandlung von Demenzen. Die entsprechenden Daten- und Methodenbeschreibungen erfolgen in Abschnitt 6.7.2.

6.7.1 Empfehlungen und Leitlinien

Im aktuellen Abschnitt werden die Empfehlungen aus den Leitlinien der DEGAM (2008)⁵⁰ und der DGPPN & DGN (2009)⁵¹ zur medikamentösen (Abschnitt 6.7.1.1) und nichtmedikamentösen (Abschnitt 6.7.1.4) Behandlung von dementiell erkrankten Personen dargestellt und deren Unterschiede differenziert nach der jeweiligen Demenzform aufgezeigt. Dabei werden sowohl die empfohlenen als auch die nicht empfohlenen therapeutischen Maßnahmen herausgestellt. Desweiteren erfolgt in Abschnitt 6.7.1.5 eine vergleichende Übersicht der empfohlenen Maßnahmen zur Behandlung nichtkognitiver Störungen. Die aufgeführten Empfehlungen aus den Leitlinien bilden die Grundlage für die anschließenden Untersuchungen zum Gesundheitszustand und den medizinischen Versorgungsleistungen der unterschiedlichen Personengruppen.

Im Jahr 2011 soll zudem eine nationale Versorgungsleitlinie Demenz (NVL-Demenz)⁵² erscheinen, die u.a. von den beiden oben genannten Gesellschaften mit verfasst wird. Die anschließenden Untersuchungsergebnisse könnten folglich nach Veröffentlichung der NVL-Demenz im Jahre 2011 neu interpretiert werden. Für die vorliegende Analyse gelten jedoch die nachfolgenden beschriebenen Empfehlungen aus den aktuellen Leitlinien.

6.7.1.1 Medikamentöse Therapie der Alzheimer Demenz

Nach der aktuell gültigen Leitlinie (DEGAM 2008) ist bei einer leichten bis mittelschweren Alzheimer Demenz der Einsatz von Acetylcholinesterasehemmern (Cholinesterasehemmer) zur medikamentösen Behandlung empfohlen. Zu diesen Antidementiva zählen Donepezil, Galantamin und Rivastigmin. Gleichzeitig wird jedoch betont, dass alle Antidementiva nur eine begrenzte bzw. teilweise nicht nachgewiesene Wirksamkeit aufweisen. Daher sollte die Wirkung alle drei bis sechs Monate kontrolliert werden. Bei rascher Progredienz der Erkrankung sollte der Einsatz von Antidementiva überdacht werden. Bei einer schweren Form der Alz-

⁵⁰ Gültigkeitsdauer der DEGAM (2008) – Leitlinie bis spätestens zum 31.12.2011. Vorgesehene Überarbeitung bis zum Jahre 2011.

⁵¹ Gültigkeitsdauer der DGPPN & DGN (2009) – Leitlinie bis spätestens 22.11.2011.

⁵² Siehe hierzu die Übersicht NVL-Demenz unter:
<http://www.versorgungsleitlinien.de/themen/demenz> [Stand vom 28.10.2010].

heimer Demenz sollten Antidementiva abgesetzt werden. Eine alternative Behandlungsform bei einer mittelschweren bis schweren Alzheimer Demenz, kann der Einsatz von Memantine sein (DEGAM 2008: 100). Die Wirksamkeit wird allerdings vom Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) bestritten.⁵³ Auch nach der DGPPN & DGN (2009) werden die zuvor genannten Medikamente zur Behandlung einer leichten bis mittelschweren und einer moderaten bis schweren Alzheimer Demenz empfohlen. Anders als bei der DEGAM wird jedoch die Weiterbehandlung⁵⁴ mit Donepezil und Galantamin von der DGPPN & DGN (2009) für Patienten im dritten Schweregradstadium empfohlen, da Hinweise für eine Wirksamkeit auf Kognition, Alltagsfunktionen und klinischen Gesamteindruck vorhanden sind.

Andere Medikamente wie Ginkgo biloba, Lezithin, nichtsteroidale Antirheumatika, Piracetam, Nimodipin, Östrogen, Sekalealkaloide, Selegilin, Statine, Vinpocetine, Vitamine (E, B1, B6, B12 und Folsäure) und auch eine Kombinationstherapie (Add-on-Behandlung) von Cholinesterasehemmern und Memantine können nach der heutigen Studienlage von der DEGAM nicht empfohlen werden. Der Cholinesterasehemmer Tacrin wurde sogar aufgrund seiner hohen Lebertoxizität vom Markt genommen (DEGAM 2008: 56). Zu fast dem gleichen Ergebnis kommt auch die DGPPN & DGN. Ergänzt wird die Liste der nicht zu empfehlenden Medikamente weiterhin noch durch Nicergolin, Hydergin, Cerebrolysin und die Hormonersatztherapie bei postmenopausalen Frauen. Bei der Kombinationstherapie hingegen ist nach der DGPPN & DGN (2009: 52) eine Add-on-Behandlung mit Memantin bei Patienten, die Donepezil erhalten, einer Monotherapie mit Donepezil bei schwerer⁵⁵ Alzheimer Demenz überlegen, sodass diese erwogen werden kann.

⁵³ Der im September 2009 veröffentlichter Abschlussbericht des IQWiG zu Memantin bei Alzheimer Demenz kommt zu folgendem Ergebnis: „Es gibt keinen Beleg für einen Nutzen der Memantin-Therapie bei Patienten mit Alzheimer Demenz. Dies gilt für Patienten mit mittelschwerer und schwerer Alzheimer Demenz gleichermaßen. Auch für die Behandlung als Monotherapie sowie in Kombination mit anderen Antidementiva gibt es jeweils keinen Beleg für einen Nutzen“ (IQWiG 2009a: vii).

⁵⁴ Die DGPPN & DGN (2009) weisen darauf hin, dass die Weiterbehandlung einer schweren Demenz mit Donepezil und Galantamin eine Off-label-Behandlung ist.

⁵⁵ Wenn der MMS bei 5-9 Punkten liegt.

6.7.1.2 Medikamentöse Therapie der vaskulären Demenz

Wenn eine vaskuläre Demenz vorliegt, sollte nach der DEGAM-Leitlinie (2008: 80) die Behandlung einer Hypertonie eingeleitet bzw. fortgesetzt werden. Zudem sollten weitere (kardio-) vaskuläre Risikofaktoren behandelt werden⁵⁶. Auch die Leitlinie der DGPPN & DGN (2009: 56) empfiehlt die Behandlung relevanter vaskulärer Risikofaktoren und Grunderkrankungen, die zu weiteren vaskulären Schädigungen führen. Eine medikamentöse Therapie mit Cholinesterasehemmer oder Memantine zeigt hingegen keinen klinisch relevanten Nutzen bei der Behandlung einer vaskulären Demenz (DEGAM 2008). Zu einem anderen Ergebnis kommen die DGPPN & DGN, die im Einzelfall eine Therapie mit Cholinesterasehemmern und Memantin bei Patienten mit einer subkortikalen vaskulären Demenz in Erwägung ziehen.

6.7.1.3 Medikamentöse Therapie anderer Demenzformen

Aufgrund der kleinen Patientenzahlen in den bisher durchgeführten Studien zu gemischt klassifizierten Demenzen gibt die DEGAM (2008) keine Empfehlungen zur Therapie mit Cholinesterasehemmern oder Memantine ab. Die DGPPN & DGN (2009: 57) sehen es hingegen als gerechtfertigt an, Patienten mit einer gemischten Demenz entsprechend der Alzheimer Demenz zu behandeln. Zur medikamentösen Behandlung einer fronto-temporalen Demenz kann keine Empfehlung abgegeben werden. Liegt eine Demenz bei Morbus Parkinson im leichten und mittleren Stadium vor, wird eine antidementive Behandlung mit Rivastigmin empfohlen. Auch bei der Lewy-Körperchen-Demenz kann ein entsprechender Behandlungsversuch mit Rivastigmin erwogen werden.

6.7.1.4 Nichtmedikamentöse Therapie

Es gibt eine Vielzahl von nichtmedikamentösen therapeutischen Maßnahmen für dementiell erkrankte Menschen (Ergotherapie, Physiotherapie, Verhaltenstherapie, Angehörigengruppen, Case-Management, Musiktherapie, Aromatherapie etc.). Nach der DEGAM (2008: 100) hat das Training von alltäglichen Fertigkeiten einen vorteilhaften Einfluss auf den Krankheitsverlauf. Einzelne Verfahren können auf-

⁵⁶ Dies gilt insbesondere dann, wenn bereits der Patient bereits einen Schlaganfall hatte (DEGAM 2008: 80).

grund der mangelhaften Studienlage jedoch nicht primär empfohlen werden, sodass das lokale Angebot entscheidend ist. Die Empfehlungen der DGPPN & DGN (2009) sind im Grundsatz gleich. Auch sie empfehlen u. a. kognitive Verfahren zur Stimulation der kognitiven Leistung und ergotherapeutische Verfahren sowie körperliche Aktivität zum Erhalt der Alltagsfunktionen.

6.7.1.5 Therapie nichtkognitiver Störungen

Die DEGAM (2008: 88) empfiehlt ein strukturiertes Vorgehen in drei Schritten. Erstens soll eine optimale Versorgung und qualitativ hochwertige Pflege stattfinden. Zweitens sollten nichtmedikamentöse Interventionen vor Medikamenten genutzt werden, um alltägliche Fähigkeiten zu trainieren. Falls die beiden Schritte zuvor nicht greifen, kann im dritten Schritt eine medikamentöse Intervention zur Therapie bei Agitiertheit, Aggression oder Psychose durch (atypische) Neuroleptika (Risperidon) erfolgen. Benzodiazepine sollten nicht eingesetzt werden. Auch die DGPPN & DGN (2009) verweist zunächst auf eine Modifizierung psychosozialer Interventionen, bevor eine Indikation für eine pharmakologische Intervention (Risperidon, Aripiprazol, Haloperidol, Carbamazepin und Citalopram) besteht und zur Behandlung einer Agitation bzw. einer Aggression empfohlen werden kann. Jedoch anders als durch die DEGAM werden Benzodiazepine bei speziellen Indikationen zur kurzfristigen Behandlung in Betracht gezogen. Gleichzeitig wird auch darauf hingewiesen, dass viele atypische Neuroleptika für Patienten mit Parkinson-Demenz, Lewy-Körperchen-Demenz und verwandten Erkrankungen kontraindiziert sind.

Wenn eine leichte depressive Verstimmung bei Demenzkranken vorliegt, empfiehlt die DEGAM (2008: 95) zunächst eine nichtmedikamentöse Behandlung der Symptome. Schwere Depressionen hingegen sollten am ehesten mit Selektiven Serotonin-Wiederaufnahme-Hemmer (SSRI: z. B. Citalopram) behandelt werden. Der Einsatz von trizyklischen Antidepressiva wird hingegen abgeraten. Fluoxetin sollte aufgrund des Nebenwirkungsprofils nicht mehr verabreicht werden. Zudem sollte ein Auslassversuch nach 3 Monaten eingeleitet werden. Auch die DGPPN & DGN (2009: 66) empfehlen die medikamentöse antidepressive Therapie bei Patienten mit Demenz und Depression und den Verzicht auf trizyklische Antidepressiva.

6.7.2 Datengrundlage

Die medizinischen Versorgungsleistungen und der Gesundheitszustand werden für das Jahr 2009, bzw. für die Untersuchung der Heilmittelverordnungen für das Jahr 2008 gemessen. Eine genauere Definition der einzelnen medizinischen Versorgungsleistungen erfolgt in den jeweiligen Abschnitten. Dabei handelt es sich einerseits um die Häufigkeit der Behandlungsfälle durch die definierten Arztgruppen und andererseits um die definierten Tagesdosen (Defined Daily Dose = DDD) je Medikamentengruppe und um die verordneten Therapieeinheiten bei den Heilmitteln (Tabelle 36). Bei der Analyse werden diese Versorgungsleistungen differenziert nach Alter, Geschlecht, Pflege und Demenz gemessen.

Nach der internationalen Klassifikation der Erkrankungen sind die psychischen Erkrankungen als F00–F99 kodiert. Nachfolgend differenzierter gefasste Krankheiten sind Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen (F20–F29) und Depression (affektive Störungen ohne manische Episoden F31–F38 und organische affektive Störungen F06.3). Die beiden Erkrankungsgruppen wurden zur differenzierten Untersuchung ausgewählt, da diese psychischen Begleitsymptome (BPSD) häufig bei Patienten mit einer dementiellen Erkrankung auftreten können. Demenz wird durch das DIMDI als F00–F03 kodiert. Für die vorliegenden Analysen werden folgende Demenzen berücksichtigt: Demenz bei Alzheimer (F00), vaskuläre Demenz (F01) und andere Demenzformen (F02 und F03), wobei die vaskuläre Demenz und die anderen Demenzformen bei den Untersuchungen zusammengefasst werden. Es gibt noch weitere Kodierungen, die ebenfalls Rückschlüsse auf Demenz geben. Hierzu gehört z. B. F10.7 (Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol), in der Alkoholdemenz aufgeführt wird. Diese und andere Formen von Demenz, die zudem teilweise nicht so klar gegenüber anderen Krankheiten abgegrenzt sind, treten aber verhältnismäßig selten auf (Schäufele et al. 2007: 195) und werden daher außer Acht gelassen.

Die Messungen des Gesundheitszustandes und der medizinischen Versorgung erfolgt einleitend und vergleichend für die drei Personengruppen:

- pflegebedürftig und nicht dement,
- nicht pflegebedürftig und dement und
- pflegebedürftig und dement.

<i>Tabelle 36: Schematische Darstellung der Variablenkonstruktion</i>	
Demenz	ambulante oder stationäre Diagnosen (min. 1 x in den aktuellen vier Quartalen) ICD 10: F00–F03
Alzheimer Demenz (AD)	ambulante oder stationäre Diagnosen (min. 1 x in den aktuellen vier Quartalen) ICD 10: F00
Vaskuläre Demenz und andere Demenzformen (Vas+and.D.)	Ambulante oder stationäre Diagnosen (min. 1 x in den aktuellen vier Quartalen) ICD 10: F01–F03 ohne Vorliegen einer F00.
Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen	ambulante oder stationäre Diagnosen (min. 1 x in den aktuellen vier Quartalen) ICD 10: F20–F29
Depression, bipolare Störungen und organisch affektive Störungen	ambulante oder stationäre Diagnosen (min. 1 x in den aktuellen vier Quartalen) ICD 10: F31–F38 oder F06.3
Behandlungsfälle durch Allgemeinärzte	Zahl der Quartalsabrechnungen durch unterschiedliche Allgemeinärzte pro Quartal
Behandlungsfälle durch Neurologen oder Psychiater	Zahl der Quartalsabrechnungen durch unterschiedliche Arztpraxen mit den Fachrichtungen Kinder- und Jugendpsychiatrie/-psychotherapie, Nervenheilkunde, Neurologie, psychosomatische Medizin und Psychotherapie und psychotherapeutisch tätiger Arzt
andere Fachärzte	Zahl der Quartalsabrechnungen durch unterschiedliche anderen Fachärzte (z.B.: Internisten, Radiologen, Augenärzte, Urologen, HNO-Ärzte, Orthopäden usw.)
Psycholeptika	verordnete DDD, beruhigende Mittel zur Behandlung von Psychosen, Angstzuständen, Schlaflosigkeit usw. (Psycholeptika ATC N05)
Cholinesterasehemmer	verordnete DDD, (ATC N06DA)
Memantin	verordnete DDD, (ATC N06DX01)
Ginkgo biloba	verordnete DDD, (ATC N06DP)
Ergotherapie	verordnete Ergotherapie-Einheiten
Physiotherapie (Krankengymnastik)	exemplarisch: verordnete Krankengymnastik-Einheiten

In einer vertiefenden Untersuchung wird die Personengruppe der *Pflegebedürftigen, die eine dementielle Erkrankung* aufweisen, differenziert nach den Pflegestufen und dem Pflegearrangement betrachtet. Des Weiteren werden die Prävalenzen

der ausgewählten Diagnosen, die Zahl der ärztlichen Behandlungen, die Arzneimittel- und die Heilmittelverordnungen getrennt für Männer und Frauen und getrennt für die Alterskategorien 60-69 Jahre, 70-79 Jahre, 80-89 Jahre und 90 Jahre und mehr für beide Teiluntersuchungen dargestellt. Die Darstellung der Alterskategorien wurde deshalb auf vier begrenzt, um keine niedrigen Fallzahlen je Alterskategorie zu generieren.

Die Prävalenzen werden differenziert nach Alter und Geschlecht in Prozentwerten dargestellt. Die Zahl der Behandlungsfälle, der verordneten Arznei- und Heilmittel wird jeweils als durchschnittliche Zahl der Fälle bzw. der Versorgungsleistungen der zuvor genannten Personengruppen pro Quartal wiedergegeben.

6.7.3 Gesundheitszustand – weitere Diagnosen

In diesem Abschnitt soll der Gesundheitszustand der drei zuvor beschriebenen Personengruppen anhand ausgewählter psychischer Störungen miteinander verglichen werden. Dabei erfolgt auch eine vertiefende Betrachtung der pflegebedürftigen Dementen differenziert nach ihrer jeweiligen Pflegestufe bzw. des Pflegearrangements.

In der vorliegenden Untersuchung sind die Erkrankungen Schizophrenie, schizotyp und wahnhaftige Störungen (F20-F29; Schizophrenie u. a.) und in der Untergruppe der affektiven Störungen die Depression, bipolare Störungen und organische affektive Störung (F31-F38 und F06.3; Depression u. a.), die jeweils in einem eigenen Abschnitt untersucht werden, von besonderem Interesse. Bei den hier ausgewählten psychischen Störungen ist ein fachärztlicher Kontakt bei Psychiatern, aber auch Neurologen oder Nervenärzten, empfohlen. Die beiden Untergruppen wurden zur Analyse ausgewählt, da psychische Störungen in ihrer Gesamtheit mit als häufigste pflegebegründende Diagnosen gelten (Wagner & Fleer 2007:21) und weil diese psychischen Störungen in einem engen Zusammenhang mit Demenzpatienten stehen.

6.7.3.1 Schizophrenie, schizotyp und wahnhaftige Störungen

Als Personen mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen sind diejenigen klassifiziert, die in den aktuellen vier Quartalen mindestens einmal eine entsprechende ambulante oder stationäre Diagnose erhalten haben (F20-F29).

Abbildung 71 zeigt die Prävalenz je Alter, Geschlecht und zu untersuchender Personengruppe. Für pflegebedürftige Personen ohne Demenz zeigt sich eine Prävalenz einer Schizophrenie u. a. von 3,3%. Die Prävalenz fällt von ca. 5% bei den 60-69-Jährigen auf 1,8% bei den älteren pflegebedürftigen Personen ohne Demenz. Die Personengruppe der nicht pflegebedürftigen Dementen unterscheidet sich in der Prävalenz von ca. 4% nicht deutlich von den pflegebedürftigen ohne Demenz. Auch hier nimmt die Prävalenz mit steigendem Alter ab. Anders sieht es bei den Pflegebedürftigen mit einer Demenz aus. Hier liegt die Prävalenz bei durchschnittlich 7,5%. Genau wie bei den beiden Personengruppen zuvor fällt die Prävalenz auch hier mit steigendem Alter. Sind bei den 60-69-jährigen pflegebedürftigen dementen Personen noch durchschnittlich 10,2% an einer Schizophrenie u. a. erkrankt, so sind es in der höchsten Alterskategorie gerade noch 5,7%. Über alle Personengruppen und Alterskategorien sind die Verteilungen sehr ähnlich. Einzig auffällig ist der höhere Anteil bei den 60-69-jährigen und den 70-79-jährigen pflegebedürftigen dementen Frauen gegenüber den Männern.

Bei den pflegebedürftigen dementen Personen zeigt sich in der differenzierten Betrachtung nach den drei Pflegestufen (Abbildung 72), dass bei den Männern keine eindeutige Verteilung der Prävalenz in Abhängigkeit des Alters zu erkennen ist. Bei den Frauen ist mit zunehmendem Alter hingegen eine deutliche Veränderung der Prävalenz in der Pflegestufe I zu identifizieren. Waren bei den 60-69-jährigen Frauen in Pflegestufe I noch 26,5% einschlägig erkrankt, so sind es in der Alterskategorie 90+ nur noch ca. 2%. In den Pflegestufen II und III nimmt die Prävalenz deutlich weniger ab. Die weiterführende Untersuchung der pflegebedürftigen dementen Personen nach dem jeweiligen Pflegearrangement in Abbildung 73 lässt für beide Geschlechter erkennen, dass Personen in vollstationärer Pflege (9,2%) die Diagnosen F20-F29 häufiger aufweisen als Personen in formell-ambulanter (6,0%) oder informeller (5,2%) Pflege. Eindeutiger als bei den Männern nimmt bei den Frauen die Prävalenz in den jeweiligen Pflegearrangements mit steigendem Alter deutlicher ab. Lag die Prävalenz für die 60-69-jährigen in vollstationärer Pflege untergebrachten Frauen noch bei ca. 20%, so sind es in der Alterskategorie 90+ gerade noch ca. 6%.

6.7.3.2 Depression, bipolare und organisch affektive Störungen

Als Personen mit depressiver Symptomatik sind diejenigen klassifiziert, die in den aktuellen vier Quartalen mindestens eine entsprechende Diagnose erhalten haben.

Abbildung 71: Prävalenz von Schizophrenie u. a. (F20-29) im Jahr 2009 für (nicht-) pflegebedürftige Personen mit/ohne Demenz

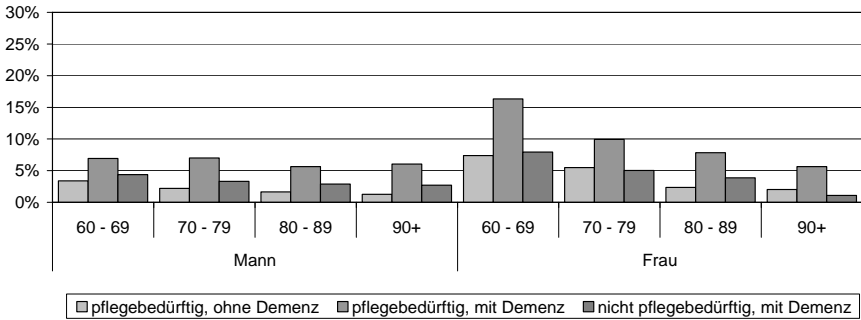


Abbildung 72: ... pflegebedürftige demente Personen nach Pflegestufen

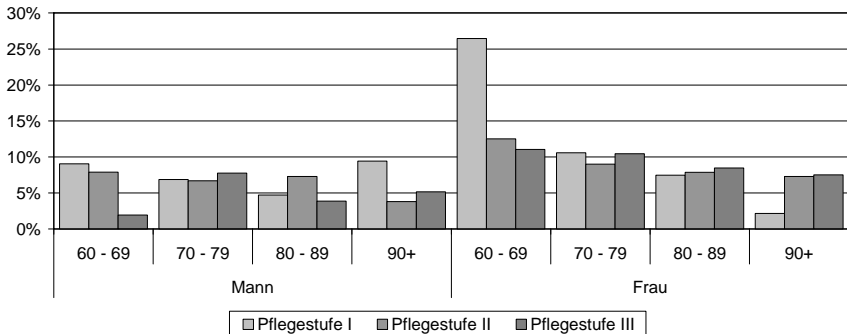
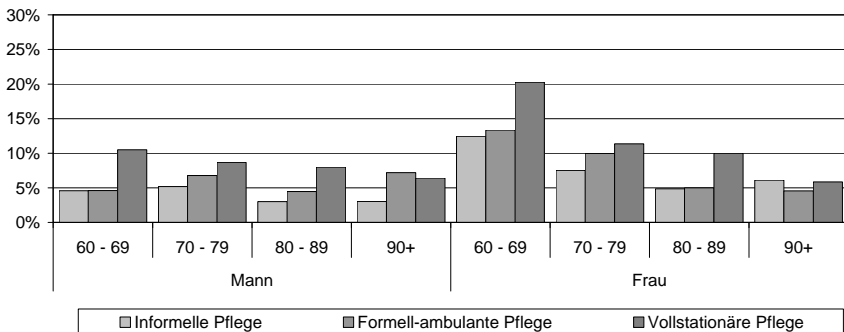


Abbildung 73: ... pflegebedürftige demente Personen nach Pflegearrangement



Ebenso wie bei der Schizophrenie u. a. sind bei dieser Art psychischer Erkrankungen die Frauen stärker betroffen als die Männer. Dies zeigt sich durch alle Personengruppen (Abbildung 74) je Alterskategorie. Zudem nimmt die Prävalenz mit steigendem Alter bei beiden Geschlechtern ab. Insgesamt sind bei den nur pflegebedürftigen Personen 29,4%, bei den pflegebedürftigen Demenzpatienten knapp 34,0% und bei den nicht pflegebedürftigen Personen mit einer dementiellen Erkrankung 35,5% an einer Depression u. a. erkrankt. Auffällig ist, dass sich die einzelnen Personengruppen je Alterskategorie in Ihrer Prävalenz nicht deutlich voneinander unterscheiden. Allein die nicht pflegebedürftigen und zugleich dementen Personen weisen gegenüber den pflegebedürftigen und nicht dementen Personen bei den 60-69-Jährigen eine deutlich höhere Prävalenz auf. Hier ist bei den Männern eine Differenz von ca. 14 Prozentpunkten und bei den Frauen eine Differenz von knapp 9 Prozentpunkten festzustellen.

Bei der differenzierten Untersuchung der pflegebedürftigen dementen Personen nach ihrer Pflegestufe ist zu erkennen (Abbildung 75), dass sich bei den Männern und bei den Frauen die Prävalenz in den einzelnen Pflegestufen mit steigendem Alter bis zur Alterskategorie 90+ angleicht. Dies zeigt sich insbesondere bei den Frauen. War bei den 60-69-jährigen Frauen noch eine Differenz zwischen der ersten und der dritten Pflegestufe von ca. 5 Prozentpunkten, so hat sich diese bis ins hohe Alter bis auf einen Prozentpunkt annähernd nivelliert. Weiterhin zeigt sich bei der Analyse nach den Pflegearrangements (Abbildung 76), dass sich die Anteile der affektiv gestörten Personen in informeller und formell-ambulanter Pflege nicht so deutlich und auch nicht einheitlich von denen in vollstationärer Pflege unterscheiden. Eine Ausnahme stellt die Alterskategorie 60-69 Jahre bei den Frauen dar. In informeller Pflege werden mit einer Prävalenz von 53% deutlich mehr Depressionen u. a. diagnostiziert als in formell-ambulanter (ca. 35%) und in vollstationärer Pflege (ca. 39%). Allerdings ist der Anteil bei den Männern in vollstationärer Pflege über fast alle differenzierten Alterskategorien hinweg größer als bei Personen in informeller und formell-ambulanter Pflege. Für Frauen trifft dies erst in der Alterskategorie 90+ zu. Bei beiden Geschlechtern ist zudem ein abfallender Trend in der Prävalenz bei den in informeller Pflege diagnostizierten Diagnosen mit steigendem Alter auszuweisen. Die anderen Pflegearrangements verlieren bei der Diagnosestellung im höheren Alter zwar auch an Bedeutung, können in den Alterskategorien 70-79 und 80-89 Jahren jedoch einen leichten Anstieg bzw. keinen deutlichen Verlust der Prävalenzen aufweisen.

Abbildung 74: Prävalenz von Depression u. a. (F31-F38 oder F06.3) im Jahr 2009 für (nicht-) pflegebedürftige Personen mit/ohne Demenz

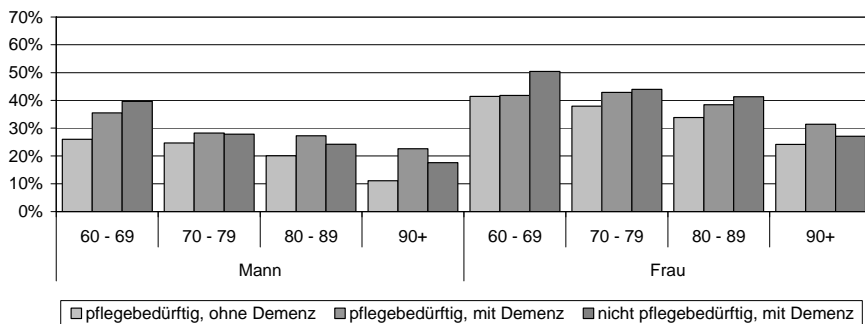


Abbildung 75: ... pflegebedürftige demente Personen nach Pflegestufen

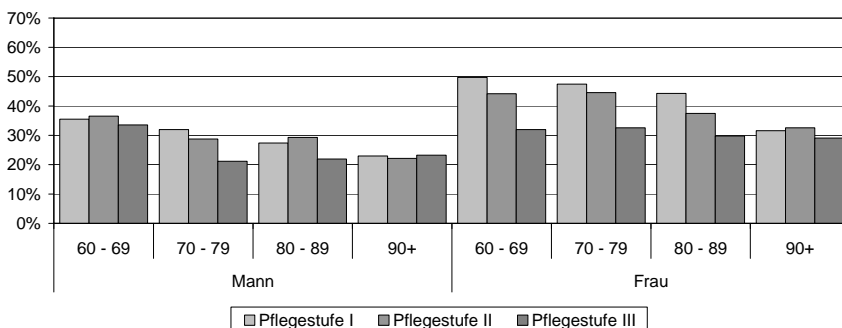
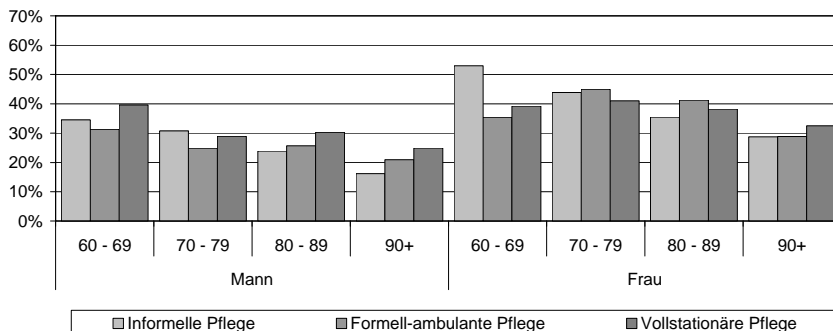


Abbildung 76 ... pflegebedürftige demente Personen nach Pflegearrangement



6.7.4 Behandlungshäufigkeit

Pflegebedürftige Personen sind in der Regel gesundheitlich eingeschränkter und haben daher im Grundsatz einen höheren durchschnittlichen Bedarf an ärztlicher Versorgung. Diese Grundannahme ist bei der Interpretation der Ergebnisse zu berücksichtigen. Des Weiteren kommt der hausärztlichen Betreuung von Demenzpatienten eine wichtige Rolle zu (DEGAM 2008; Stoppe 2006). Eine kontinuierlich und geplant stattfindende Betreuung sollte gut organisiert sein. Des Weiteren stellt der Hausarzt das Bindeglied zu den jeweiligen Facharztgruppen, der Pflege und anderen Gesundheitsberufen dar (DEGAM 2008: 51). Eine empfohlene Kontakthäufigkeit für Demenzpatienten pro Quartal ist nicht explizit definiert. Die Deutsche Gesellschaft für Neurologie (DGN 2003) verweist darauf, dass die Differentialdiagnose und die medikamentöse Therapie z. B. bei Demenzen als fachärztliche Aufgabe anzusehen sind, die von Neurologen, Psychiatern, Neuropsychologen oder Neuroradiologen zu erfüllen sind. Deshalb sei beim Vorliegen psychischer Störungen und neurologischer Erkrankungen auch ein regelmäßiger Kontakt zu Neurologen und Psychiatern zu fordern. Hallauer et al. (2005: 35f.) verstehen unter regelmäßigen Besuchen von Neurologen/Psychiatern, wenn Heimbewohner bei Vorliegen einer neurologischen/psychiatrischen Krankheit „mindestens einmal pro Quartal“ die genannte Arztgruppe besuchen.

Die Zahl der ärztlichen Behandlungsfälle wird über die abgerechneten Fälle aus den Daten der ambulanten und ärztlichen Versorgung des Jahres 2009 ermittelt. Dabei bilden alle Leistungen für einen Patienten bei einem bestimmten Arzt innerhalb eines Quartals in der Regel genau einen Behandlungsfall (Grobe et al. 2007: 34). Innerhalb eines Behandlungsfalls kann es zu mehreren Kontakten kommen. Bei der Analyse beschränken wir uns jedoch auf die Zahl der Fälle differenziert nach Fachgebieten der behandelnden Ärzte (ITSG 2008: 43). Die Fachgebiete werden für die nachfolgenden Analysen in folgender Weise zusammengefasst: 1. Allgemeinärzte, 2. Neurologen oder Psychiater und 3. alle anderen Fachärzte. Für eine differenzierte Einteilung der Fachgebiete siehe Tabelle 36 und den jeweiligen Abschnitt. Der Behandlungsbeginn bildet die zeitliche Zuordnung zu den Fällen. Sollten an einem Tag mehrere Fälle beginnen, weil verschiedene Ärzte aufgesucht werden, werden alle gezählt.

Die Ausmaße der ärztlichen Versorgung werden durch die Zahl der Behandlungsfälle für „*pflegebedürftige und zugleich demente*“, der „*pflegebedürftige aber nicht*

demente“ und *„nicht pflegebedürftige, jedoch demente“* Personen beschrieben und wie zuvor im Abschnitt 6.7.3 miteinander verglichen. Weiterhin werden Personen, die *„pflegebedürftig und zugleich dement“* sind differenziert nach ihrer Pflegestufe und ihres Pflegearrangement vertiefend untersucht. Die nachfolgend zu untersuchenden Fachgebiete werden für die Analysen in Anlehnung an die kodierten Arztnummern je Fachgebiet (ITSG 2008: 43f) in folgender Weise zusammengefasst:

1. Allgemeinärzte (Kodierung 1-2),
2. Neurologen oder Psychiater (Kinder- und Jugendpsychiatrie/-psychotherapie = Kodierung 47; Nervenheilkunde = Kodierung 51; Neurologie = Kodierung 53; Psychosomatische Medizin und Psychotherapie = Kodierung 60; Psychotherapeutisch tätiger Arzt = Kodierung 61) und
3. andere Fachärzte (alle anderen fachärztlichen Gruppen wie z. B. Orthopäden = Kodierung 10; Hals-Nasen-Ohren-Ärzte = Kodierung 19 oder Urologen = Kodierung 67).

6.7.4.1 Allgemeinmediziner

Abbildung 77 zeigt die durchschnittliche Zahl der Behandlungsfälle durch Allgemeinmediziner differenziert nach Alter, Geschlecht und der zu untersuchenden Personengruppen pro Quartal im Jahr 2009. Durchschnittlich liegt die Zahl der Behandlungsfälle bei den Pflegebedürftigen mit einer dementiellen Erkrankung bei 1,0 pro Quartal und somit durchgängig höher als bei den beiden anderen Personengruppen. Für Pflegebedürftige ohne eine Demenz ist eine Behandlungshäufigkeit von 0,88 Fällen und bei den nicht pflegebedürftigen dementen Personen eine Behandlungshäufigkeit von 0,82 Fällen pro Quartal zu verzeichnen. Geschlechts- und altersspezifische Unterschiede sind für Behandlungsfälle durch Allgemeinmediziner nicht vorzufinden.

Die differenzierte Analyse der Behandlungshäufigkeiten nach Pflegestufen für pflegebedürftige Demenzpatienten (Abbildung 78) zeigt, dass die Verteilung der Behandlungshäufigkeiten in den drei Pflegestufen durchgängig für alle Alterskategorien und für beide Geschlechter recht homogen ist. Einzig bei den 80-89-jährigen Männern und bei den 70-79-jährigen Frauen ist die Zahl der Behandlungsfälle in der Pflegestufe III höher als in der Pflegestufe II. Abbildung 79 zeigt schließlich die Behandlungshäufigkeiten nach den jeweiligen Pflegearrangements.

Abbildung 77: Anzahl der Behandlungsfälle durch Allgemeinmediziner im Jahr 2009 für (nicht-) pflegebedürftige Personen mit/ohne Demenz

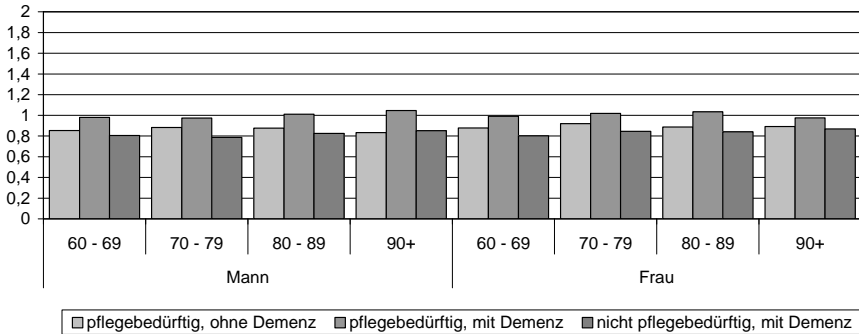


Abbildung 78: ... pflegebedürftige demente Personen nach Pflegestufen

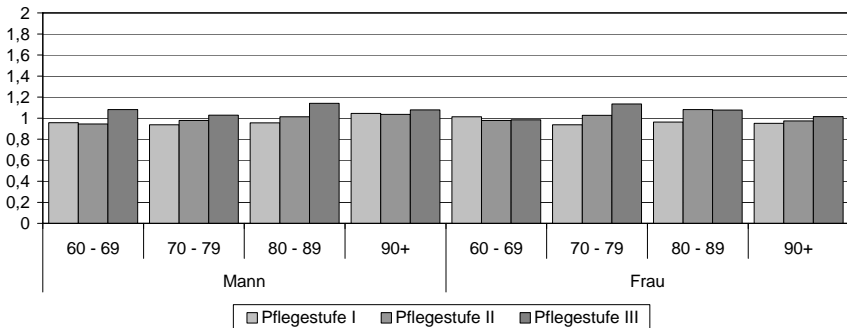
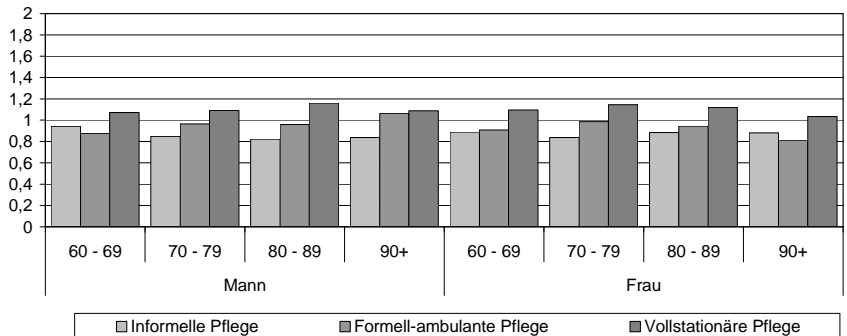


Abbildung 79 ... pflegebedürftige demente Personen nach Pflegearrangement



Deutlich werden hier die jeweils unterschiedlichen Behandlungshäufigkeiten in vollstationärer gegenüber der informellen Pflege. Im Durchschnitt liegt die Zahl der Behandlungsfälle in vollstationärer Pflege bei 1,1, in formell-ambulanter Pflege bei 0,95 und in informeller Pflege bei 0,86. Wie bei den beiden Untersuchungen zuvor sind auch hier keine gravierenden geschlechts- und altersspezifischen Unterschiede zu erkennen.

6.7.4.2 Neurologen oder Psychiater

Während die Zahl der Behandlungsfälle bei den Pflegebedürftigen ohne eine Demenz im Durchschnitt bei 0,2 pro Quartal liegt, ist die Anzahl der Behandlungen bei den pflegebedürftigen Personen mit einer Demenz (0,42) und bei den nicht-pflegebedürftigen Demenzpatienten (0,4) durchgängig höher (Abbildung 80). Mit dem Alter sinkt für alle Personengruppen die Zahl der Behandlungsfälle. Genau wie bei den Allgemeinmedizinerinnen sind auch hier keine deutlichen Differenzen zwischen den Geschlechtern und den jeweiligen Alterskategorien prägnant.

In der differenzierten Analyse der Pflegestufen für die Pflegebedürftigen mit einer dementiellen Erkrankung in Abbildung 81 sind die gleichen Tendenzen wie in der Untersuchung zuvor wieder zu finden. Auch hier sind keine deutlichen Unterschiede zwischen den Geschlechtern zu erkennen. Die einzigen auffälligen Unterschiede gibt es in Pflegestufe III im Alter von 60-69 Jahren. Für Frauen liegt hier die Behandlungszahl bei 0,68 und bei Männern bei 0,52. Vollstationär betreute pflegebedürftige Demenzpatienten weisen mit durchschnittlich 0,5 Fällen pro Quartal eine höhere Behandlungshäufigkeit auf als die in informeller (0,4) oder formell-ambulanter Pflege (0,3) betreuten Menschen. Die höhere Behandlungshäufigkeit bei vollstationärer Pflege zeigt sich in allen nach Alter und Geschlecht differenzierten Personengruppen (Abbildung 82). Gleichzeitig sind die Behandlungshäufigkeiten in informeller Pflege fast durchgängig höher als die in formell-ambulanter Pflege. Allein in der Alterskategorie 90+ ist bei den Männern die Zahl der Behandlungsfälle in informeller Pflege mit 0,14 niedriger als die in formell-ambulanter Pflege mit 0,22. Auch hier besteht ein negativer Zusammenhang zwischen der Behandlungshäufigkeit und steigendem Alter. Weitere prägnante geschlechtsspezifische Unterschiede sind jedoch nicht vorzufinden.

Abbildung 80: Anzahl der Behandlungsfälle durch Neurologen oder Psychiater im Jahr 2009 für (nicht-) pflegebedürftige Personen mit/ohne Demenz

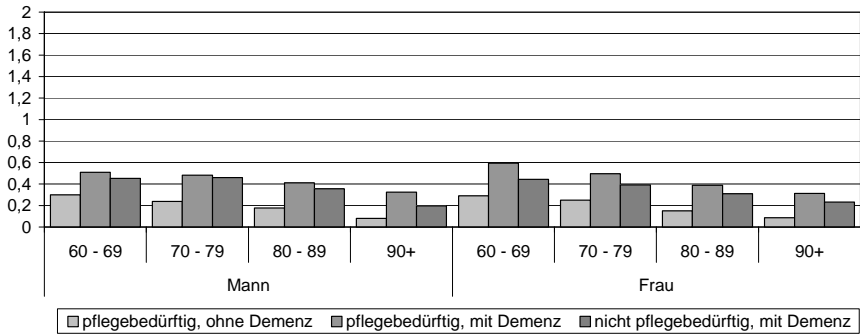


Abbildung 81: ... pflegebedürftige demente Personen nach Pflegestufen

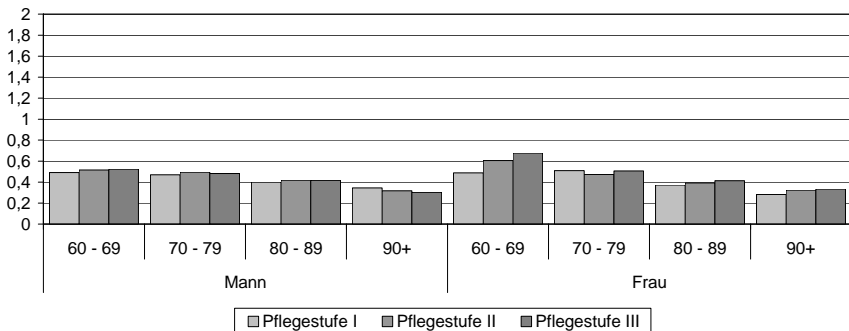


Abbildung 82: ... pflegebedürftige demente Personen nach Pflegearrangement

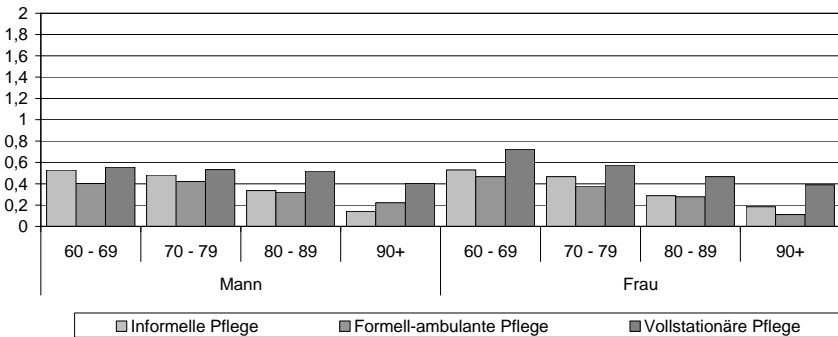


Abbildung 83: Anzahl der Behandlungsfälle durch andere Fachärzte im Jahr 2009 für (nicht-) pflegebedürftige Personen mit/ohne Demenz

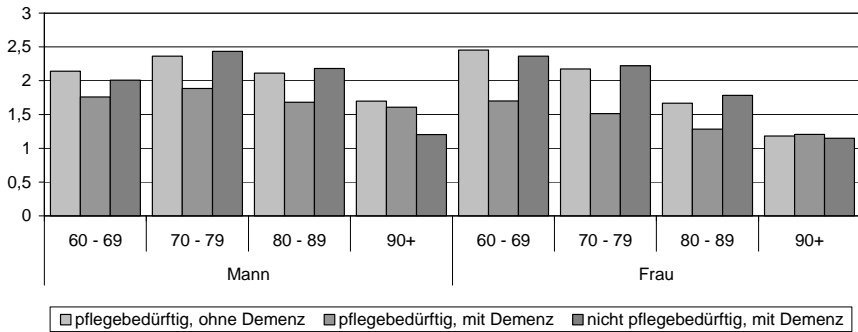


Abbildung 84: ... pflegebedürftige demente Personen nach Pflegestufen

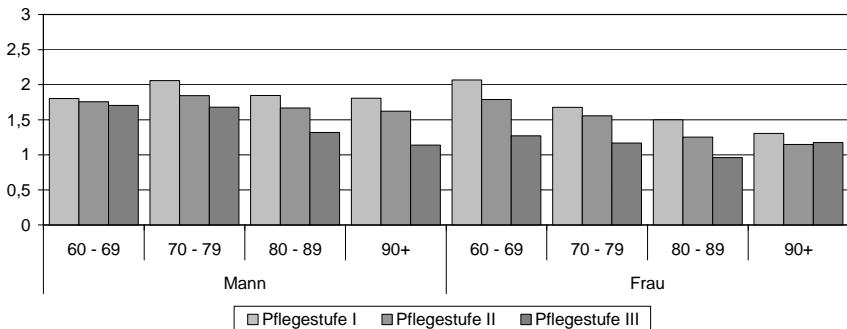
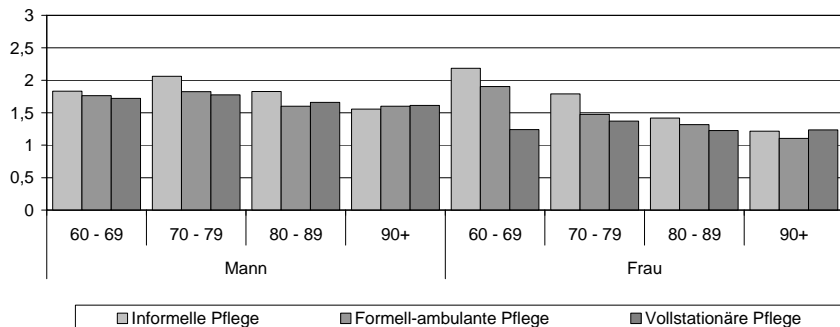


Abbildung 85: ... pflegebedürftige demente Personen nach Pflegearrangement



6.7.4.3 Andere Fachärzte

Aus der Zusammenlegung der anderen Facharztgruppen resultiert, dass in allen drei Personengruppen ein deutlich höheres Niveau an Fällen gegenüber den Allgemeinmedizinern und den Neurologen oder Psychiatern vorzufinden ist (Abbildung 83). Gleichzeitig weisen die Pflegebedürftigen ohne eine Demenz mit 2,0 Fällen und die nicht pflegebedürftigen dementiell Erkrankten mit 2,2 Fällen eine fast kontinuierlich höhere Behandlungshäufigkeit gegenüber den pflegebedürftigen Personen mit einer Demenz aus, die nur auf 1,5 Fälle kommen. Bei beiden Geschlechtern ist diese Kontinuität in der Alterskategorie 90+ aufgehoben. Anders als bei den Frauen sinkt die Anzahl der Behandlungsfälle bei den Männern nicht stetig. In der Alterskategorie 70-79 Jahre steigt diese auf 2,2 Fälle von zuvor 1,9 Fällen bei den 60-69-Jährigen an. Des Weiteren sind Männer mit 2,1 Behandlungsfällen häufiger bei anderen Fachärzten als Frauen mit 1,8 Fällen.

Eine differenzierte Analyse der pflegebedürftigen und zugleich dementen Personen nach ihrer Pflegestufe zeigt (Abbildung 84), dass die Behandlungszahlen beinahe mit jeder weiteren Pflegestufe über alle Alterskategorien und den Geschlechtern hinweg abnimmt. Allein bei den Frauen in der Pflegestufe III ist eine leichte Zunahme zu verzeichnen. Waren es in der Alterskategorie 80-89-Jahre noch 1,0 Fälle pro Quartal, so steigt die Zahl im Alter nochmals auf 1,2 Fälle an. Differenziert nach dem Pflegearrangement sind die meisten Behandlungsfälle bei pflegebedürftigen Demenzpatienten zu finden, die sich in einer informellen Pflege (1,8 Fälle) befinden. Gefolgt von 1,5 Fällen in der formell-ambulanten und 1,4 Fällen in der vollstationären Pflege. Die größte erkennbare Differenz zwischen den Pflegearrangements ist bei den 60-69-jährigen Frauen vorzufinden. Hier zeigt sich eine deutliche höhere Behandlungshäufigkeit pro Quartal für informell betreute pflegebedürftige demente Personen (2,2 Fälle) gegenüber den in einer vollstationären Pflegeeinrichtung untergebrachten Personen (1,2 Fälle).

6.7.5 Arzneimittel

In diesem Abschnitt sind die Verordnungen von Medikamenten nach der anatomisch-therapeutisch-chemischen Klassifikation (ATC) (DIMDI (2010)) kategorisiert und die durchschnittliche Leistungsmengen in DDD pro Quartal nach Alter und Geschlecht angegeben. Die zeitliche Zuordnung der Verordnung erfolgt nicht über das Ausgabedatum, sondern über das Verordnungsdatum. Diese Maßzahl (DDD) gibt eine angenommen mittlere Tagesdosis eines Erwachsenen bei den

wichtigen Indikationen wieder. Bei den DDD handelt es sich um eine Rechnungsgröße, die nicht mit der empfohlenen oder verschriebenen Dosis des Einzelfalls verwechselt werden darf. Aufgrund der in Abschnitt 6.7.1 vorgestellten empfohlenen und nicht empfohlenen Arzneimittel zur Behandlung dementieller Erkrankungen wird der Fokus in den nachfolgenden Analysen darauf liegen, die jeweiligen relevanten pharmakologischen Substanzen bei pflegebedürftigen Demenzpatienten differenziert nach Pflegestufen und Pflegearrangements darzustellen. Den vorliegenden Analysen sind, wie in den Abschnitten zuvor, die definierten Variablen aus Abschnitt 6.7.2 zugrunde gelegt.

Folgende Medikamente und Medikamentengruppen werden in den Analysen Berücksichtigung finden:

1. Psycholeptika (ATC N05; inklusive Antipsychotika (ATC: N05A), Anxiolytika (ATC: N05B) sowie Hypnotika und Sedativa (ATC: N05C)),
2. Antidementiva (ATC N06D) differenziert nach den folgenden ATC-Kategorisierungen:
 - Cholinesterasehemmer (ATC N06DA; inklusive Donepezil (ATC N06DA02), Rivastigmin (ATC N06DA03) und Galantamin (ATC N06DA04); exklusive Tacrin (ATC N06DA01),
 - Memantin (ATC N06DX01),
 - Ginkgo-biloba-Blätter-Trockenextrakt (ATC N06DP01).

Unter *Psycholeptika* sind Antipsychotika (ATC: N05A), Anxiolytika (ATC: N05B) sowie Hypnotika und Sedativa (ATC: N05C) gefasst. Insbesondere Personen mit schizophrenen Störungen und Depressionen sollten solche Verordnungen erhalten (AWMF 2005).

Bei den *Antidementiva* ist grundsätzlich zwischen den Cholinesterasehemmern (ATC N06DA), den homöopathischen und anthroposophischen Antidementiva (ATC N06DH), den pflanzlichen Antidementiva (ATC N06DP) und den anderen Antidementiva (ATC N06DX) zu unterscheiden. Antidementiva sind zur Behandlung häufiger Demenzformen gedacht, wobei sich nach den vorgestellten Leitlinieninhalten (Abschnitt 6.7.1) je nach Demenzschweregraden unterschiedliche Empfehlungen ergeben. Nach den Leitlinien sollten die genannten Cholinesterasehemmer Donepezil (ATC N06DA02), Galantamin (ATC N06DA03) und Rivastigmin (ATC N06DA04) bei einer leichten bis mittelschweren und Memantin

(ATC N06DX01) bei einer moderaten, mittelschweren bis schweren Alzheimer Demenz angewendet werden (DEGAM 2008; DGPPN & DGN 2009). Die Leistungsmengen der empfohlenen Cholinesterasehemmer, des Antidementivums Memantin und des nicht empfohlenen pflanzlichen Antidementivums Ginkgo biloba (ATC N06DP01) werden gesondert analysiert. Weiterhin erfolgt eine Untersuchung der Cholinesterasehemmer differenziert für pflege- und nicht pflegebedürftige Alzheimerpatienten (AD) und für Personen, die an einer vaskulären Demenz bzw. an einer anderen Demenzform (Vas. + and.D.) erkrankt sind.

6.7.5.1 Psycholeptika

Die in Abbildung 86 dargestellten Verordnungsmengen von Psycholeptika pro Quartal zeigen, dass pflegebedürftige Personen mit einer Demenzerkrankung mit 18,2 DDD deutlich mehr Psycholeptika verordnet bekommen haben als nur Pflegebedürftige (11,4 DD) oder als nicht pflegebedürftige Demenzpatienten (6,8 DDD). Insgesamt ist bei allen Personengruppen eine kontinuierliche Abnahme der DDD mit steigendem Alter festzustellen. Einzig bei den nur pflegebedürftigen Personen ist ein geringfügiger Verordnungsmengenanstieg von den 89-89-Jährigen zu den 90+-Jährigen zu erkennen. Bei den hier untersuchten Personengruppen bekommen Männer mit durchschnittlich 10,8 DDD insgesamt weniger Psycholeptika verschrieben als Frauen (14,0 DDD). Dieses Ungleichgewicht in der Verordnungsmenge entsteht insbesondere in den Alterskategorien 60-69 und 70-79 Jahren. Hier zeigt sich für Männer eine Verordnungsmenge in Höhe von 11,2 DDD und für Frauen von 17,0.

Für die pflegebedürftigen dementen Personen zeigt sich in der Analyse nach den jeweiligen Pflegestufen (Abbildung 87), dass die durchschnittliche Menge der verordneten Psycholeptika in mit den Pflegestufen ansteigt. In Pflegestufe I werden 15,4 DDD, in Pflegestufe II 18,0 DDD und in Pflegestufe III durchschnittlich 23,4 DDD verordnet. Einzig in der Alterskategorie der 60-69-jährigen Frauen ist die Anzahl der verordneten Psycholeptika in den Pflegestufen I und II höher als in der dritten Pflegestufe. Bei dementiell erkrankten, pflegebedürftigen Personen ist die Verordnungsmenge mit 22,7 DDD in vollstationärer Pflege am höchsten (Abbildung 88), wobei sich die deutlichen Differenzen zu den Werten der anderen Pflegearrangements in der Alterskategorie 90+ annähernd nivellieren. Zwischen dem Niveau der Verordnungsmengen in informeller (12,5 DDD) bzw. formell-ambulanter Pflege (12,8 DDD) besteht nur ein marginaler Unterschied.

Abbildung 86: Zahl der verordneten DDD von Psycholeptika (ATC N05) im Jahr 2009 für (nicht-) pflegebedürftige Personen mit/ohne Demenz

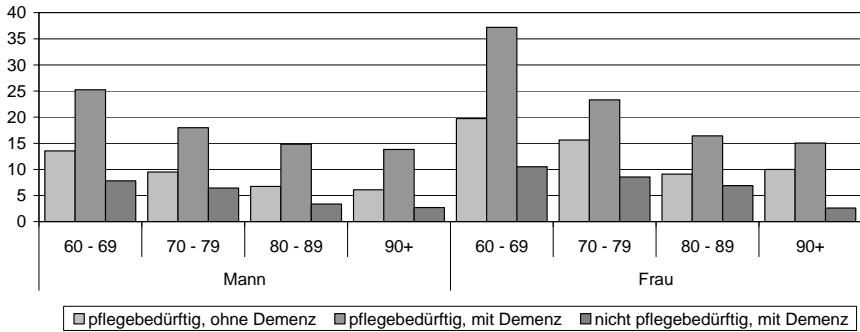


Abbildung 87: ... pflegebedürftige demente Personen nach Pflegestufen

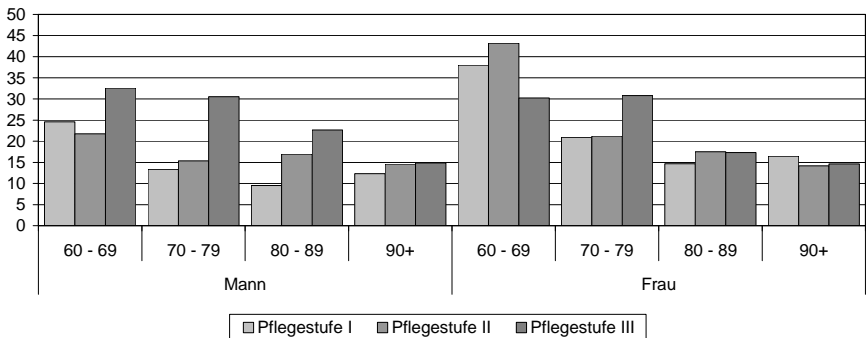
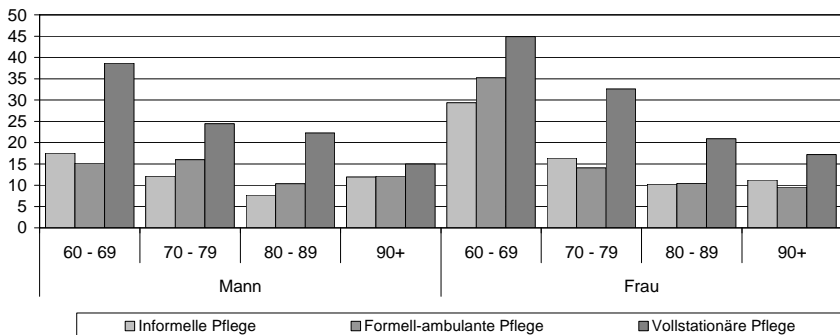


Abbildung 88: ... pflegebedürftige demente Personen nach Pflegearrangement



Lediglich die 60-69-jährigen Frauen weisen in informeller und formal-ambulanter Pflege ein deutlich höheres Verordnungsniveau als die gleichaltrigen Männer auf. Hier beträgt die Differenz für beide Pflegearrangements zusammen 4,5 DDD.

6.7.5.2 Antidementiva

Die Untersuchung zur Gabe von Antidementiva in diesem Abschnitt erfolgt jeweils separat für Cholinesterasehemmer, Memantin und Ginkgo biloba nach dem zuvor in Abschnitt 6.7.2 und 6.7.5. definierten methodischen Vorgehen. Die Untersuchungsergebnisse zu den Cholinesterasehemmern – die die pharmakologischen Substanzen Donepezil, Rivastigmin und Galantamin enthalten – sollten auch im Zusammenhang mit den jeweiligen Kosten betrachtet werden. Die mittleren Kosten für eine Tagesdosis Cholinesterasehemmer beliefen sich im Jahr 2009 auf 4,07 Euro für Donepezil, 5,34 Euro für Rivastigmin und 4,46 Euro für Galantamin je DDD (Schwabe 2010: 334). Das durchschnittlich verordnete DDD-Volumen an demente Personen betrug im Jahr 2009 5,3 DDD Donepezil, 3,0 DDD Galantamin 2,2 DDD Rivastigmin und 0 DDD Tacrin pro Quartal. Folglich wurden für den preisgünstigsten Cholinesterasehemmer Donepezil die meisten DDD pro Quartal verordnet. Dieser Zusammenhang ist auch in den von Schwabe (2010: 334) dargestellten Verordnungsmengen für Antidementiva für das Jahr 2009 wieder zu finden.

6.7.5.2.1 Cholinesterasehemmer

Abbildung 89 stellt die Verordnungsmengen von Cholinesterasehemmern nach Alter und Geschlecht pro Quartal dar. Bei den nur pflegebedürftigen Personen liegt die Verordnungsmenge bei den Männern bei 0,7 DDD und bei den Frauen bei 0,3 DDD. Kategoriale Unterschiede im Alter sind bei den nur Pflegebedürftigen nicht zu erkennen. Die nicht pflegebedürftigen dementen Personen erhalten im Durchschnitt mit 12,5 DDD in etwa 3,4 DDD mehr verordnet als die pflegebedürftigen Demenzpatienten. Eine geschlechtsspezifische Betrachtung der beiden auffälligen Personengruppen zusammen zeigt, dass Männer mit 12,1 DDD im Schnitt rund 3 DDD mehr verordnet bekommen als Frauen. Während bei den Frauen das Verordnungsvolumen der Cholinesterasehemmer in den beiden Gruppen mit steigendem Alter stetig sinkt, steigt dieses bei den Männern zunächst von den 60-69- zu den 70-79-Jährigen an, bevor es abfällt.

Die in Abbildung 90 aufgezeigten Verordnungen für die pflegebedürftigen Demenzpatienten lassen deutlich erkennen, dass in Pflegestufe III für beide Ge-

schlechter eine abnehmende Menge der DDD mit dem Alter festzustellen ist. Werden bei den 60-69-jährigen Personen noch 10,9 DDD verordnet, so liegt die Menge in der Alterskategorie 90+ gerade noch bei 1,5 DDD. Insgesamt sind in der Pflegestufe III mit 6,5 DDD deutlich weniger Verordnungen festzustellen als in der Pflegestufe I (11,1 DDD) und Pflegestufe II (8,7 DDD). Ein grundsätzlicher Unterschied zwischen dem Geschlecht und der Menge der verordneten DDD ist bei den Pflegestufen II und III nicht aufgezeigt. Nur bei den 60-69-jährigen Frauen und Männern ist ein offensichtlich geschlechtsspezifischer Unterschied im Verordnungsniveau erkennbar. In der informellen Pflege ist bei den pflegebedürftigen dementen Personen (Abbildung 91) die Verordnungsmenge (13,7 DDD) höher als in der formell-ambulanten (10,3 DDD) und in der vollstationären Pflege (6,4 DDD). Unterschiede, differenziert nach Alter und Geschlecht, ergeben sich besonders für Personen in informeller Pflege. Frauen in der Kategorie der 60-69-Jährigen erhalten ca. 3 DDD mehr als Männer im gleichen Alter, während die 70-79-jährigen Frauen ca. 3 DDD weniger verordnet bekommen.

Eine Analyse der Verordnungsmengen an Cholinesterasehemmern für die zuvor untersuchte Personengruppe differenziert nach Alzheimerpatienten (AD) und Personen die an einer vaskulären Demenz bzw. anderen Demenzformen (Vas.+and.D.) erkrankt sind, ist in Abbildung 92 dargestellt. Hier zeigt sich, dass sowohl die pflegebedürftigen Personen, als auch die nicht pflegebedürftigen Personen mit einer vaskulären bzw. mit einer anderen Demenzform deutlich weniger verordnet bekommen als Alzheimerpatienten. Bei den Personen mit einer Alzheimer Demenz erhalten die Pflegebedürftigen 20,0 DDD und die nicht pflegebedürftigen Personen ca. 36 DDD verschrieben. Eine Differenz in der Verordnungsmenge zwischen den Geschlechtern besteht in beiden Alzheimer-Personengruppen. Bei den pflegebedürftigen AD-Patienten sind +5 DDD und bei den nicht pflegebedürftigen AD-Patienten sind +5,6 DDD mehr an Verordnungen bei den Männern festzustellen. Der auffallend hohe Unterschied bei den nicht pflegebedürftigen Personen ergibt sich überwiegend aus einem mit steigendem Alter kontinuierlich abfallenden Verordnungsmengenniveau bei den Frauen. Bei den Männern setzt dies erst in hohem Alter ein. Für die pflegebedürftigen Alzheimerpatienten sind überdies annähernd die gleichen Verordnungstendenzen in den einzelnen Pflegestufen und Pflegearrangements zu verzeichnen, wie zuvor in der differenzierten Analyse der pflegebedürftigen und zugleich dementen Personen (siehe Abbildung 90 und Abbildung 91).

Abbildung 89: Verordnete DDD an Cholinesterasehemmern (ATC N06DA02-04) im Jahr 2009 für (nicht-) pflegebedürftige Personen mit/ohne Demenz

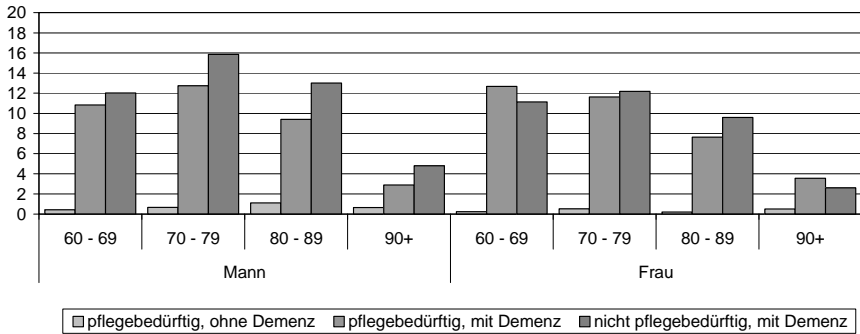


Abbildung 90: ... pflegebedürftige demente Personen nach Pflegestufen

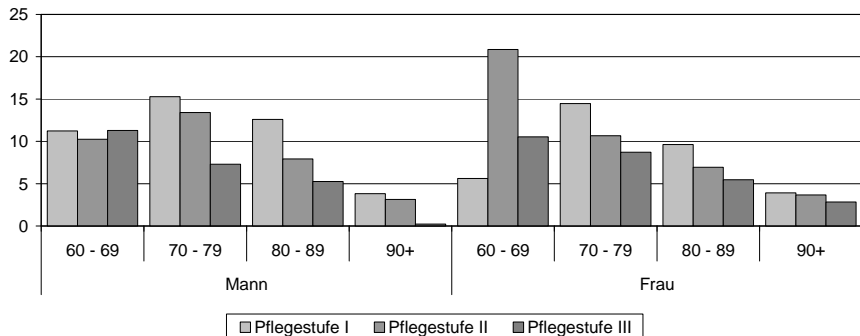


Abbildung 91: ... pflegebedürftige demente Personen nach Pflegearrangement

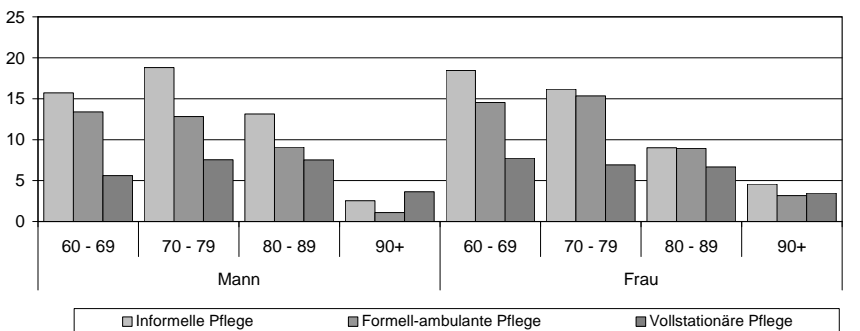
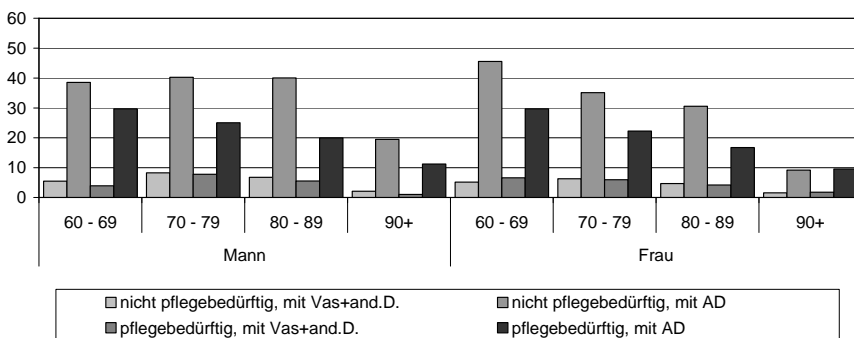


Abbildung 92: Verordnete DDD an Cholinesterasehemmern (ATC N06DA02-04) für (nicht-) pflegebedürftige, dementen Personen mit einer Alzheimer Demenz (AD) oder einer vaskulären bzw. anderen Demenzform (Vas.+and.D.) pro Quartal nach Alter und Geschlecht im Jahr 2009



6.7.5.2.2 Memantin

In der Abbildung 93 sind die Verordnungsmengen von Memantin nach den verschiedenen Personengruppen, dem Alter und Geschlecht pro Quartal dargestellt. Insgesamt wird weniger Memantin verordnet als Cholinesterasehemmer. Bei den nur Pflegebedürftigen sind es im Durchschnitt 0,5 DDD, bei den nicht pflegebedürftigen, dementen Personen 4,6 DDD und bei den pflegebedürftigen Demenzpatienten 5,3 DDD. In den zwei dementen Personengruppen sind bei beiden Geschlechtern deutliche Differenzen in der Höhe des Verordnungsniveaus in jeder der einzelnen Alterskategorien zu erkennen. Unabhängig von dem unterschiedlichen geschlechtsspezifischen Niveau der verordneten DDD steigt die Höhe der Verordnungen bei beiden Geschlechtern bis zu den 70-79-Jährigen an, bevor diese mit dem Alter wieder sinken.

Die in Abbildung 94 differenzierte Analyse der pflegebedürftigen dementiell Erkrankten Personen nach ihrer Pflegestufe lässt nur schwer eindeutige alters- und geschlechtsspezifischen Tendenzen und Differenzen erkennen. Insgesamt werden durchschnittlich die meisten DDD bei Personen in der Pflegestufe I (5,8 DDD) verordnet, in der Pflegestufe II 5,3 DDD und in Pflegestufe III 4,8 DDD. Anders als bei den Männern nimmt die Verordnungsmenge an Memantin bei den Frauen in der Pflegestufe II mit steigendem Alter auffällig ab. Bei den 60-69-jährigen Frauen lag sie bei 11,3 DDD und in der Alterskategorie 90+ bei nur noch 2,2 DDD.

Abbildung 93: Verordnete DDD an Memantin (ATC N06DX01) im Jahr 2009 für (nicht-) pflegebedürftige Personen mit/ohne Demenz

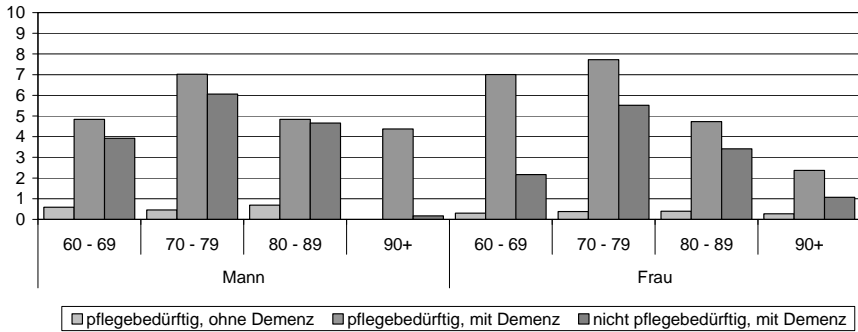


Abbildung 94: ... pflegebedürftige demente Personen nach Pflegestufen

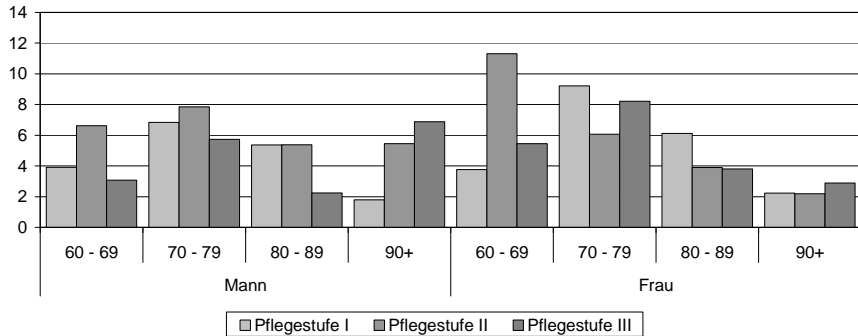
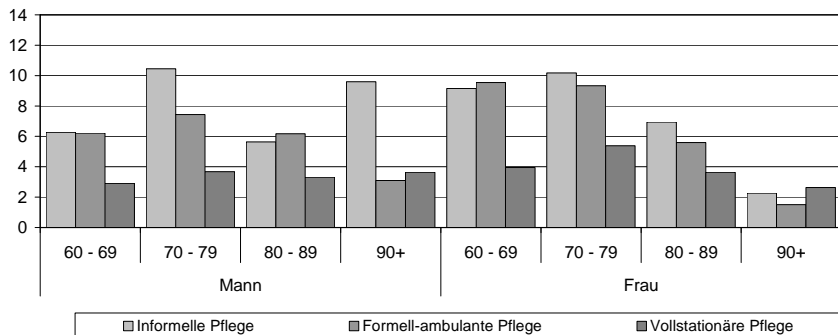


Abbildung 95: ... pflegebedürftige demente Personen nach Pflegearrangement



Diese kategoriale altersspezifische Differenz bei den Frauen in Höhe von 9,1 DDD ist bei den Männern kaum ausgeprägt (1,2 DDD). Bei der in Abbildung 95 durchgeführten Untersuchung nach den jeweiligen Pflegearrangements liegt das durchschnittliche Verordnungsvolumen für Personen in informeller Pflege mit 7,8 DDD höher als in formell-ambulanter (6,3 DDD) oder vollstationärer Pflege (3,7 DDD). Während bei den Frauen, die sich in informeller Pflege befinden, die Anzahl der DDD ab der Alterskategorie 70-79 Jahren stetig sinkt, ist bei den Männern hingegen ein deutlicher Anstieg von ca. +4 DDD von den 80-89-Jährigen zu den Alten zu verzeichnen. Damit erhalten Männer im hohen Alter, die sich in informeller Pflege befinden, 7,3 DDD pro Quartal mehr verordnet als gleichaltrige Frauen.

6.7.5.2.3 Ginkgo biloba

In diesem Teilabschnitt werden die Verordnungsmengen des nicht empfohlenen Antidementivum Ginkgo biloba vorgestellt (Abbildung 96). Für nur Pflegebedürftige sind mit durchschnittlich 0,1 DDD kaum Verordnungsmengen festzustellen. In fast allen Alters- und Geschlechtskategorien erhalten Demente mehr Ginkgo verordnet, wenn sie nicht pflegebedürftig sind (1,6 DDD zu 0,8 DDD). Bei den weiblichen Dementen ohne Pflegebedürftigkeit sinkt die verordnete Menge kontinuierlich mit steigendem Alter, bei Männern steigt sie hingegen bis zu den 80-89-Jährigen an, bevor sie deutlich abfällt. Frauen bekommen nur gering mehr verordnet als Männer (+0,1 DDD).

Obwohl in der differenzierte Analyse der pflegebedürftigen Demenzpatienten (Abbildung 97) die Höhe der verordneten DDD in der Alterskategorie der 60-69-jährigen Männer in der Pflegestufe III mit 2,3 DDD mit Abstand am höchsten ist, werden in der dritten Pflegestufe mit im Schnitt 0,5 DDD die geringsten Mengen an Ginkgo biloba verschrieben. Personen mit Pflegestufe II erhalten 0,6 DDD und Personen mit Pflegestufe III 1,1 DDD. In vollstationärer Pflege (Abbildung 98) erhalten pflegebedürftige Demenzpatienten unabhängig vom Alter oder Geschlecht fast kein Ginkgo biloba (0,1 DDD). Höher liegen die Verordnungen für informell (2,0 DDD) und formell-ambulant (0,9 DDD) betreute Personen. Auffällig ist, dass die zuvor beschriebene Dominanz der informellen gegenüber der formell-ambulanten Pflege für beide Geschlechter in der Alterskategorie der 60-69-Jährigen umgekehrt ist. Hier erhalten insbesondere die weiblichen 60-69-Jährigen in formell-ambulanter Pflege knapp 1,5 DDD mehr an Ginkgo biloba verordnet als in informeller Pflege.

Abbildung 96: Verordnete DDD an *Ginkgo biloba* (ATC N06DP01) im Jahr 2009 für (nicht-) pflegebedürftige Personen mit/ohne Demenz

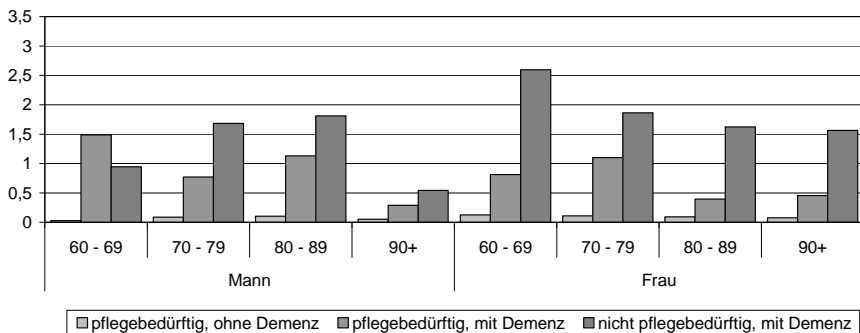


Abbildung 97: ... pflegebedürftige demente Personen nach Pflegestufen

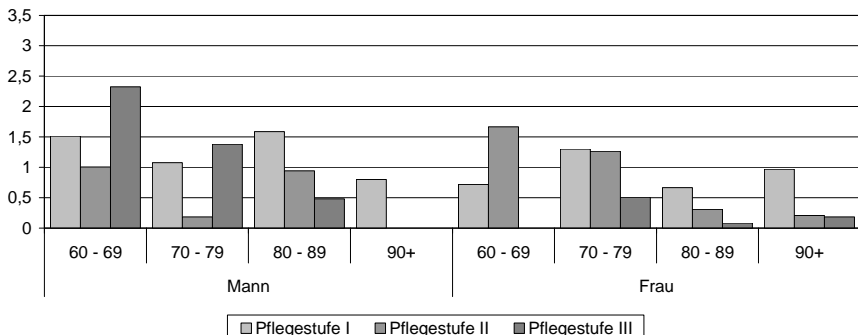
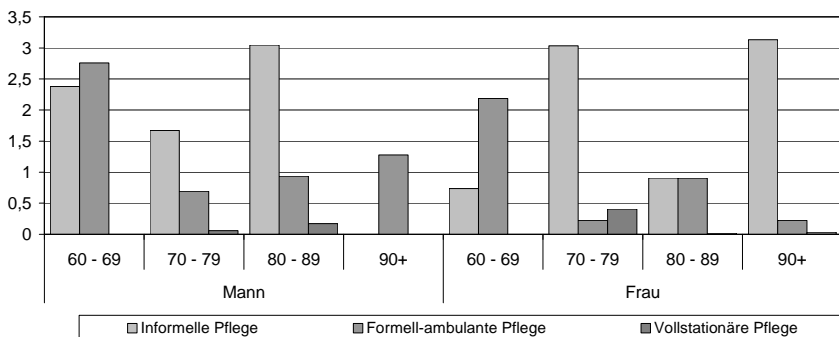


Abbildung 98: ... pflegebedürftige demente Personen nach Pflegearrangement



6.7.6 Heilmittel

Schließlich erfolgt noch die Messung der verordneten Therapieeinheiten aus den Heilmitteln des Jahres 2008. Die zeitliche Zuordnung der Heilmittel erfolgt dabei über das Verordnungsdatum. Die ausgewählten Heilmittelverordnungen werden in gleicher Weise wie in den vorherigen Kapiteln untersucht. Bei der Analyse werden exemplarisch die Ergotherapie- und die Krankengymnastikleistungen gemäß den folgenden Kennzeichnungen (Sauer et al. 2010:31) ausgewertet:

1. Ergotherapie (Heilmittelposition X4001 – X4502) und
2. Physiotherapie (Heilmittelposition X0101 – X2002, exemplarisch werden hier die Krankengymnastikleistungen dargestellt).

Die ergotherapeutischen Maßnahmen dienen u. a. der Verbesserung, Erhaltung oder Kompensation der krankheitsbedingt gestörten motorischen, sensorischen, psychischen und kognitiven Funktionen und Fähigkeiten (Gemeinsamer Bundesausschuss 2004: 19). Eine Anwendung ergotherapeutischer Maßnahmen findet bei Erkrankungen des Stütz- und Bewegungsapparates, bei Schädigungen des Zentralen Nervensystems, aber auch bei psychischen Störungen wie neurotischen, Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen, bei Schizophrenie und affektiven Störungen sowie Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen statt.

Die Physiotherapie ist der Gruppe der Bewegungstherapie zuzuordnen. und wird u. a. als Krankengymnastik verordnet. Ziel ist es mit Hilfe von Bewegungslehre, Übungs- und Trainingsmethoden eine Erhaltung, Förderung und Wiederherstellung der Stütz- und Bewegungsorgane, des Nervensystems und der dabei beteiligten Funktionen des Herz-/Kreislaufsystems, der Atmung und des Stoffwechsels zu erreichen (Gemeinsamer Bundesausschuss 2004: 10f). Folglich werden krankengymnastische Maßnahmen bei Erkrankungen der Stütz- und Bewegungsorgane, Erkrankungen des Nervensystems, Erkrankungen der inneren Organe und sonstigen Erkrankungen angewendet (Heilmittelkatalog 2009).

Definierte bedarfsnotwendige absolute Leistungsmengen konnten nicht gefunden werden, sodass sich die Analyse auf einen Vergleich der drei Personengruppen, sowie der differenzierten Darstellung nach den jeweiligen Pflegestufen bzw. Pflegearrangements konzentriert. Ein Vergleich der Heilmittelverordnungen auf der Ebene der Therapieeinheiten ist aufgrund unterschiedlicher Leistungsvolumina je Therapieeinheit nicht möglich.

Abbildung 99: Zahl der Ergotherapieeinheiten im Jahr 2008 für (nicht-) pflegebedürftige Personen mit/ohne Demenz

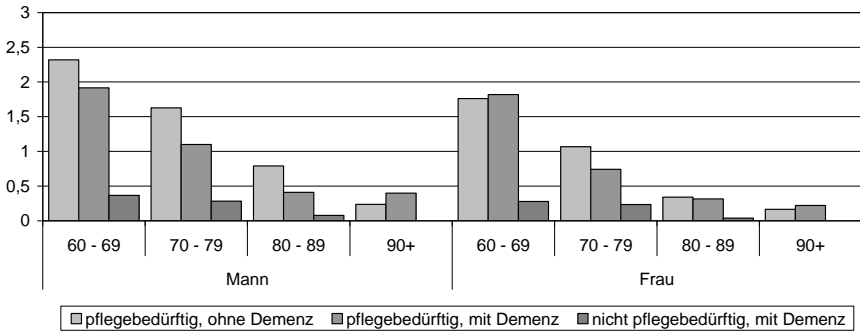


Abbildung 100: ... pflegebedürftige demente Personen nach Pflegestufen

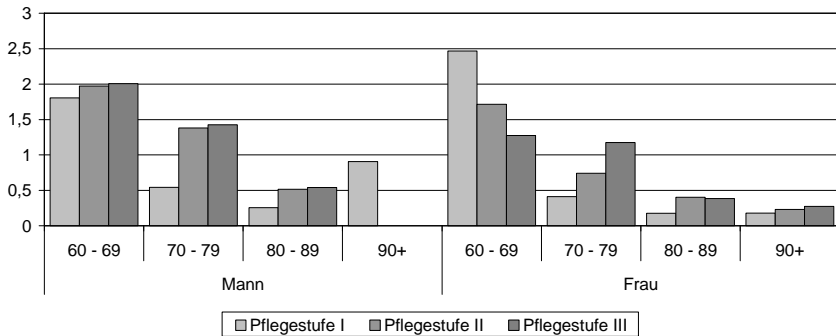


Abbildung 101: ... pflegebedürftige demente Personen nach Pflegearrangement

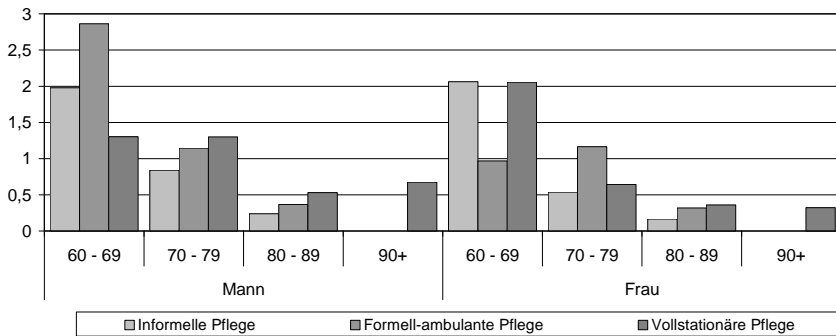


Abbildung 102: Zahl der Krankengymnastikeinheiten im Jahr 2008 für (nicht-) pflegebedürftige Personen mit/ohne Demenz

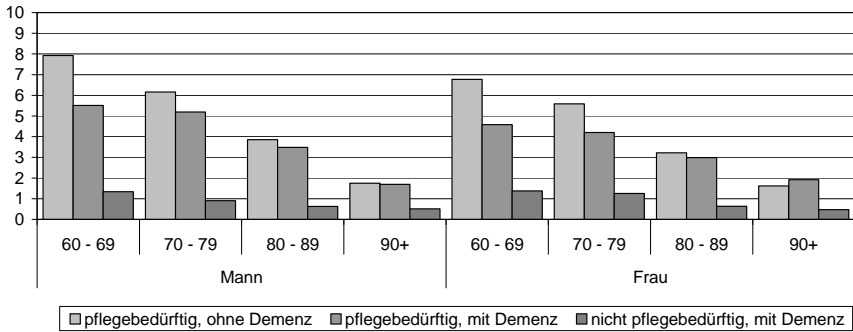


Abbildung 103 ... pflegebedürftige demente Personen nach Pflegestufen

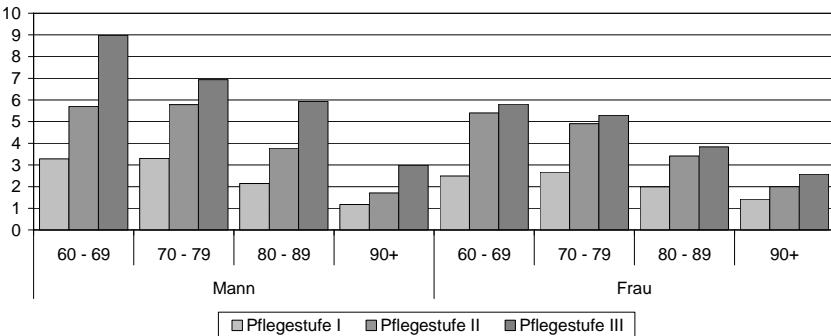
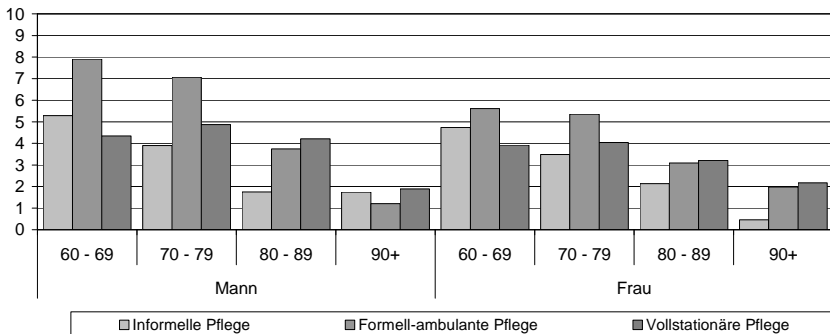


Abbildung 104: ... pflegebedürftige demente Personen nach Pflegearrangement



6.7.6.1 Ergotherapie

In Abbildung 99 sind die Mengen der Ergotherapieleistungen pro Quartal dargestellt. Nicht pflegebedürftige Männer und Frauen mit einer Demenz erhalten fast keine Leistungen. Die nur Pflegebedürftigen und die Pflegebedürftigen mit einer Demenz weisen vor allem in den Alterskategorien 60-69 und 70-79-Jahren nennenswerte Mengen an Ergotherapieleistungen aus. Durchweg erhalten pflegebedürftige Personen (0,7 Einheiten) fast immer mehr Verordnungsleistungen als Pflegebedürftige, die zugleich an einer Demenz (0,2 Einheiten) erkrankt sind. Das Leistungsvolumen in den drei Personengruppen nimmt mit steigendem Alter sowohl bei Männern als auch bei Frauen stetig ab. Des Weiteren ist eine Leistungsmengen-Differenz zwischen den Geschlechtern zu erkennen. Männer erhalten mit durchschnittlich 1,0 verordneten Ergotherapieeinheiten knapp 0,4 Einheiten mehr pro Quartal als Frauen.

Die differenzierte Analyse nach den verschiedenen Pflegestufen (Abbildung 100) bzw. den Pflegearrangements (Abbildung 101) für pflegebedürftige Demenzpatienten kann aufgrund der vorliegenden Heterogenität der Ergebnisse nur punktuell analysiert werden. Insgesamt sind in Pflegestufe I 0,5, in Pflegestufe II 0,6 und in Pflegestufe III durchschnittlich 0,8 Einheiten verordnet worden. Diese Rangfolge im Niveau verteilt sich bei Männern und Frauen, insbesondere in der Alterskategorie 60-69-Jahren, jedoch umgekehrt. Während Männer geringfügig mehr verordnete Einheiten in Pflegestufe III als in den anderen Pflegestufen erhalten, so sind bei den Frauen hingegen mit Abstand die meisten Verordnungen in Pflegestufe I zu finden. Die Unterschiede zwischen den in informeller (0,7), formell-ambulanter (0,6) und vollstationär (0,7) gepflegten Personen – in den durchschnittlich verordneten Ergotherapieleistungen pro Quartal – stellen sich als nicht gravierend dar. Wird jedoch einzig die Alterskategorie 60-69 Jahren betrachtet, so ist festzustellen, dass Männer mit 2,0 Einheiten im Durchschnitt ungefähr 0,3 Einheiten mehr verordnet bekommen als Frauen gleichen Alters. Besonders hervorzuheben ist weiterhin, dass Ergotherapieleistungen, für die in informeller und formal-ambulanter Pflege betreuten Personen im hohen Alter keine Rolle mehr spielen.

6.7.6.2 Physiotherapie (Krankengymnastik)

In Abbildung 102 sind die Häufigkeiten der Krankengymnastikleistungen dargestellt. Die Anzahl der verordneten Therapieeinheiten ist bei den beiden Personengruppen Pflegebedürftige und Pflegebedürftige mit einer Demenz insgesamt höher

als bei den ergotherapeutischen Leistungen. Aber auch hier erhalten nicht pflegebedürftige demente Personen gerade einmal 0,9 Einheiten. Die nur pflegebedürftigen Personen bekommen hingegen 5,2 und pflegebedürftige Personen mit einer Demenz 3,7 Einheiten pro Quartal verordnet. Insgesamt erhalten auch hier die Männer mit 4,2 Einheiten rund 0,8 Einheiten mehr Krankengymnastikleistungen verschrieben als die Frauen. Das Verordnungsvolumen nimmt mit dem Alter kontinuierlich ab, bis in der Alterskategorie 90+ durchschnittlich nur noch 1,7 Einheiten verordnet werden.

Abbildung 103 und Abbildung 104 zeigen die verordneten Krankengymnastikleistungen für pflegebedürftige demente Personen differenziert nach Pflegestufen bzw. nach dem jeweiligen Pflegearrangement. Bei Männern (6,7) als auch bei Frauen (4,2) ist die Zahl der verordneten Krankengymnastikleistungen, wenn sie sich in der Pflegestufe III befinden, am höchsten. In Pflegestufe III sind durchschnittlich 5,0, in Pflegestufe II 4,0 und in Pflegestufe I 2,3 Einheiten verschrieben worden. Mit steigendem Alter nimmt dabei die Differenz des verordneten Leistungsvolumens zwischen den einzelnen Pflegestufen ab. In der formell-ambulanten Pflege sind durchschnittlich 4,2, in der vollstationären Pflege 3,7 und in der informellen Pflege 3,0 Leistungen pro Quartal verordnet worden. Auch hier nimmt die Differenz der Leistungsvolumen zwischen den einzelnen Pflegearrangements mit dem Alter ab.

6.8 Kosten der Demenz

Bei den *Kosten* einer medizinischen Intervention kann zwischen direkten und indirekten Kosten unterschieden werden. Die *direkten* Kosten beschreiben den unmittelbar mit einer medizinischen Heilbehandlung, einer Präventions-, Rehabilitations- oder Pflegemaßnahme verbundenen monetären Ressourcenverbrauch im Gesundheitswesen. Hierbei kann weiter zwischen direkten medizinischen und direkten nicht-medizinischen Kosten unterschieden werden. *Indirekte* Kosten beziehen sich auf den mittelbar mit einer Erkrankung im Zusammenhang stehenden Ressourcenverlust. Dabei handelt es sich in erster Linie um die durch Arbeitsunfähigkeit, Invalidität und vorzeitigem Tod der erwerbstätigen Bevölkerung hervorgerufenen potenziellen volkswirtschaftlichen Verluste. Daneben sind auch die so genannten *intangiblen* Kosten zu nennen. Sie beziehen sich auf Parameter wie z. B. Schmerz und Leiden, die schwierig zu messen und kostenmäßig kaum zu bewerten sind (IQWiG 2009b).

Für die Berechnung der gesamten Krankheitskosten für eine Periode können zwei Herangehensweisen unterschieden werden: das Top-Down-Prinzip und das Bottom-Up-Prinzip. Im Top-Down-Prinzip werden insgesamt festgestellte Ausgaben im Gesundheitswesen auf Subpopulationen (Erkrankungen, Alter, Geschlecht) aufgeteilt. Die Summe der für die Subpopulationen berechneten Krankheitskosten entspricht dann immer dem Ausgangswert. Im Bottom-Up-Prinzip werden die Kosten von einzelnen Subpopulationen zusammengezählt, wobei es auch zu Doppelzählungen kommen könnte.

Anhand der *Krankheitskostenrechnung* schätzt das Statistische Bundesamt seit 2002 alle zwei Jahre die ökonomischen Folgen von Krankheiten für die deutsche Volkswirtschaft. In die Berechnung fließen – neben medizinischen Heilbehandlungen – auch sämtliche Gesundheitsausgaben für Prävention, Rehabilitation und Pflege ein. Das Statistische Bundesamt weist direkte Krankheitskosten nach dem Top-Down-Prinzip aus (2010c). Für das Jahr 2002 wurde den *Demenzkrankungen* noch 7,1 Mrd. Euro von insgesamt 219 Mrd. Euro direkten Krankheitskosten zugeschrieben. Insgesamt sind die Krankheitskosten zwischen 2002 und 2008 um 35,5 Mrd. Euro auf 254 Mrd. Euro angestiegen (+16%). Die Krankheitskosten der Demenz sind im gleichen Zeitraum um 32,4% gestiegen. 3,7% der direkten Krankheitskosten, nämlich 9,4 Mrd. Euro, wurden 2008 für Demenzkrankungen ausgegeben. Der Anteil der Krankheitskosten wegen Demenzen ist mit 3,2% im Jahr 2002 deutlich geringer als im Jahr 2008. Es ist also nicht nur absolut, sondern auch relativ eine steigende Bedeutung der Krankheitskosten durch Demenzen zu beobachten. Die Kosten entstehen entsprechend der Prävalenz insbesondere in der älteren Bevölkerung. Für die Bevölkerung von 2008 im Alter bis 45 Jahren werden zusammen nur 10 Mio. Euro berechnet. Für die Alterskategorie 45-65 sind es 126 Mio. Euro und für die über 65-jährigen insgesamt 9.229 Mio. Euro.

Berechnungen der *Krankheitskosten für Demenzerkrankte* wird in anderen Studien in unterschiedlicher Weise durchgeführt. Kern et al. (1995) kommen für das Jahr 1993 auf rund 28-38 Mrd. Euro direkte und indirekte Pflegekosten für Patienten mit Hirnleistungsstörungen. Schulenburg et al (1998) berechnen pro Alzheimer-Patienten und Jahr in Abhängigkeit vom Grad der Erkrankung Gesamtkosten von 5.000-24.500 Euro. Schöffski et al. (1999) ermitteln für die schweren Fälle durchschnittliche Gesamtkosten von 7.700-15.800 Euro. Demenzielle Erkrankungen sind eng mit Pflegebedürftigkeit verbunden (vgl. Abschnitt 6.2). Entsprechend sind die Kosten, die der Sozialversicherung entstehen, überwiegend Kosten, die durch die

Pflegeversicherung übernommen werden. Diese liegen laut Hallauer et al. (2000) 10-mal so hoch wie die Kosten für die Krankenversicherung.

Wie schon die Spannweite der in den genannten Studien berichteten Ergebnisse deutlich macht, ist die Ermittlung der Krankheitskosten nicht trivial. Zu den Schwierigkeiten trägt bei, dass Therapien nicht eindeutig einer Erkrankung zugeordnet werden können und dadurch die Zurechnung von Therapiekosten erschwert wird. Tatsächlich werden bei der gleichen Erkrankung verschiedene Therapien angewandt und umgekehrt kommen gleiche Therapien bei unterschiedlicher Erkrankung zum Einsatz.

Wegen des gewählten top down-Ansatzes kommt das Statistische Bundesamt zu geringeren Werte als Kern et al (1995), die alle Kosten der Demenzkranken berücksichtigen, während das Statistische Bundesamt diese teilweise anderen Erkrankungen zurechnet. Auch die Berechnungen von Schulenburg et al. (1998), Schöffski et al. (1999) und Hallauer et al. (2000) berechnen die Kosten pro Patient nach der bottom up-Methode und beziehen damit Kosten mit ein, die bei einem top down-Ansatz womöglich anderen Erkrankungen zugerechnet werden.

Um der Zurechnungsproblematik zu begegnen, werden nachfolgend die Kosten für Demente und nicht-Demente – jeweils nach Alter und Geschlecht differenziert – gegenübergestellt. Die Differenz dieser beiden Gruppen vermittelt dann einen Eindruck über die mit der Demenz assoziierten Kosten. Dabei wird eine Kostenträgerperspektive eingenommen, und es werden im Wesentlichen die Kosten der Kranken- und Pflegeversicherung herangezogen. Diese Differenzierung erlaubt es weiterhin, gegenüberzustellen, inwieweit Demenz die Kranken- und inwieweit Demenz die Pflegeversicherung belastet.

Hierzu wird zunächst auf die Messung der Ausgaben der Pflegeversicherung (6.8.1) und auf die Messung der Ausgaben der Krankenversicherung eingegangen (6.8.2) bevor die Ergebnisse berichtet werden (6.8.3).

6.8.1 Zur Messung der Kosten der Pflegeversicherung mit GEK-Daten

Die monetären Angaben zu den Pflegeleistungen sind in den zur Verfügung stehenden Pflegebiografien nur für die Maßnahmen zur Verbesserung des individuellen Wohnumfeldes, die zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel, die technischen Hilfsmittel und die Betreuungsleistung enthalten. Für alle anderen Leistungen, wie z. B. Pflegegeld, Pflegesachleistung oder vollstationäre Pflege müssen die

im SGB XI angegebenen Werte eingesetzt werden. Für jede Leistung und jede Kombination von Leistungen wurde der Maximalwert angenommen. Bei der Kombinationsleistung (Pflegegeld und Pflegesachleistung) wurde dabei eine Aufteilung von 50 % zu 50 % angenommen.

6.8.2 Zur Messung der Kosten der Krankenversicherung mit GEK-Daten

Bei der Ermittlung der GKV-Ausgaben können Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen (s. Abschnitt 6.8.2.1), vertragsärztliche Leistungen (s. Abschnitt 6.8.2.2), Hilfsmittel (s. Abschnitt 6.8.2.3), Arzneimittel (s. Abschnitt 6.8.2.4) und Krankenhausleistungen (s. Abschnitt 6.8.2.5) berücksichtigt werden. Die GKV-Kosten, sind in den vorliegenden Daten allerdings nicht vollständig in Euro-Beträgen vorhanden. So liegen beispielsweise für die Rehabilitationsleistungen keine Zahlbeträge vor und bei den vertragsärztlichen Leistungen sind in aller Regel Punktschätzungen angegeben. Zudem sind große Ausgabenbereiche wie die zahnärztlichen Leistungen und die häusliche Krankenpflege gar nicht enthalten. Um dennoch ein möglichst umfangreiches Bild zu gewinnen, werden für die fehlenden Zahlbeträge Schätzungen der entsprechenden Ausgaben vorgenommen. Dies betrifft insbesondere die Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen sowie die vertragsärztlichen Leistungen. Zahnärztliche Leistungen und häusliche Krankenpflege können allerdings nicht berücksichtigt werden, so dass die errechneten Werte die Gesamtausgaben unterschätzen.

6.8.2.1 Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen

Die Schätzungen für die Rehabilitationsleistungen ergeben sich aus dem Reha-Bericht 2010 der Deutschen Rentenversicherung (Deutsche Rentenversicherung Bund 2010). Berichtet werden dort für 2008 insgesamt 942.622 Fälle von medizinischen Rehabilitationsleistungen. Bei einer durchschnittlichen Dauer von 30 Tagen ergaben sich Aufwendungen in Höhe von 3.746,4 Mio. Euro. Das sind pro Tag durchschnittlich 132,5 Euro. Dieser Wert wird nachfolgend als Tageskosten für sämtliche Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen verwendet. Unter Zugrundelegung der durchschnittlichen Pflage tage (GBE-Bund) und der angegebenen Reha-Fälle und Aufwendungen (Deutsche Rentenversicherung Bund 2010) ergeben sich auch für die Vorjahre Werte im Bereich von 127,1 – 136,5 Euro pro Tag. Die vorliegenden Routinedaten umfassen sowohl die Leistungen der Krankenkasse als auch die Leistungen der Rentenversicherung und anderer Kostenträger. Durch die

Tabelle 37: Durchschnittlicher rechnerischer Punktwert der vertragsärztlichen Versorgung, alle Bundesländer, Summe aller Leistungserbringer

Jahr	Punktwert
2004	3,8128
2005	3,6349
2006	3,6020
2007	3,5039
2008	3,2414

Quelle: Schreiben der KBV vom 13.10.2010

Selektion auf das Alter ab 60 Jahren sind aber die Anteile, die durch die Rentenversicherung getragen werden, deutlich geringer, als wenn die Personen im erwerbsfähigen Alter voll eingeschlossen wären.

6.8.2.2 Vertragsärztliche Vergütung

Die Ausgaben für die vertragsärztlichen Leistungen sind in den verfügbaren Daten nicht als Euro-Beträge enthalten. Daher müssen die für die GKV anfallenden Ausgaben auf Basis der enthaltenen Punktzahlen und zusätzlicher Angaben über die Punktwerte errechnet werden. Den Vergütungen der vertragsärztlichen Leistungen liegen die Punktwerte zugrunde. Diese wurden nachträglich aus der Division der Leistungsmenge (Punktsumme) durch das Finanzvolumens der Gesamtvergütung berechnet. Der Punktwert hat in der Vergangenheit aber erheblichen Schwankungen unterlegen. Für die Jahre 1991–2000 weist die Kassenärztliche Bundesvereinigung differenziert nach Pflichtkassen und Ersatzkassen und nach alten und neuen Bundesländern Punktwerte von ca. 5,5 bis ca. 10,5 Pfennig aus (Kassenärztliche Bundesvereinigung 2000; 2001). Das entspricht ca. 2,8–5,3 Cent. Entsprechend dieser Angaben kann für die Zeit von 1996–2000 von einem bundesdurchschnittlichen Punktwert von ca. 3,5 Cent ausgegangen werden. Auf Anfrage teilte uns die Kassenärztliche Bundesvereinigung in einem Schreiben die durchschnittlichen rechnerischen Punktwerte für die Jahre 2004 bis 2008 mit (Tabelle 37). Diese verringerten sich im genannten Zeitraum von ca. 3,8 Cent auf ca. 3,2 Cent.

Für die Jahre 2009 und 2010 wurden vom Erweiterten Bewertungsausschuss nach § 87 Abs. 4 SGB V 3,5001 Cent bzw. ein korrigierter Wert von 3,5048 Cent pro Punkt als Orientierungswert bestimmt (2008: 4; 2009: 2). Die Angaben der KBV

und des Erweiterten Bundesausschusses bilden die Grundlage der Ausgabenberechnung der vertragsärztlichen Leistungen.

6.8.2.3 Heilmittelverordnungen

Die vorliegenden Daten zu den Heilmitteln beinhalten zum einen Informationen über Leistungen, auf die sich die Heilmittel-Richtlinien beziehen, aber zum anderen noch weitere Leistungen wie Kur/ambulante Versorgung und sonstige Heilmittel (Kemper et al. 2009: 28). Die im vorliegenden Bericht verwendeten Daten umfassen alle Leistungen, während für die Ausgabenberechnung im GEK-Heil- und Hilfsmittel-Report 2009 nur die Leistungen laut Heilmittel-Richtlinien berücksichtigt wurden. Die in dem Bereich Heilmittel gemessenen Ausgaben liegen deshalb im vorliegenden Bericht um ca. 10 % höher als im GEK-Heilmittel-Report.

6.8.2.4 Arzneimittel

In den vorliegenden Verordnungsdaten der Arzneimittel sind für die Verordnungen Bruttobeträge enthalten, die hier zusammengezählt werden. Im BARMER GEK Arzneimittelreport werden nur die Verordnungen berücksichtigt, in denen eine gültige WIdO-ATC-Kodierung enthalten ist. Die damit berechneten durchschnittlichen Arzneimittelausgaben je GEK-Versicherten beliefen sich für das Jahr 2009 auf 313 Euro (Gläeske & Schicktanz 2010: 193). Die Verordnungsdaten liefern aber zudem noch Informationen über weitere Leistungen, wie z. B. Hilfsmittel ohne PZN, Rezepturen, Gebühren u. a. Auch die Abrechnungen dieser Leistungen werden im vorliegenden Bericht berücksichtigt. Dadurch ergibt sich für das Jahr 2009 eine höhere durchschnittliche Ausgabensumme von 361 Euro pro Versichertem.

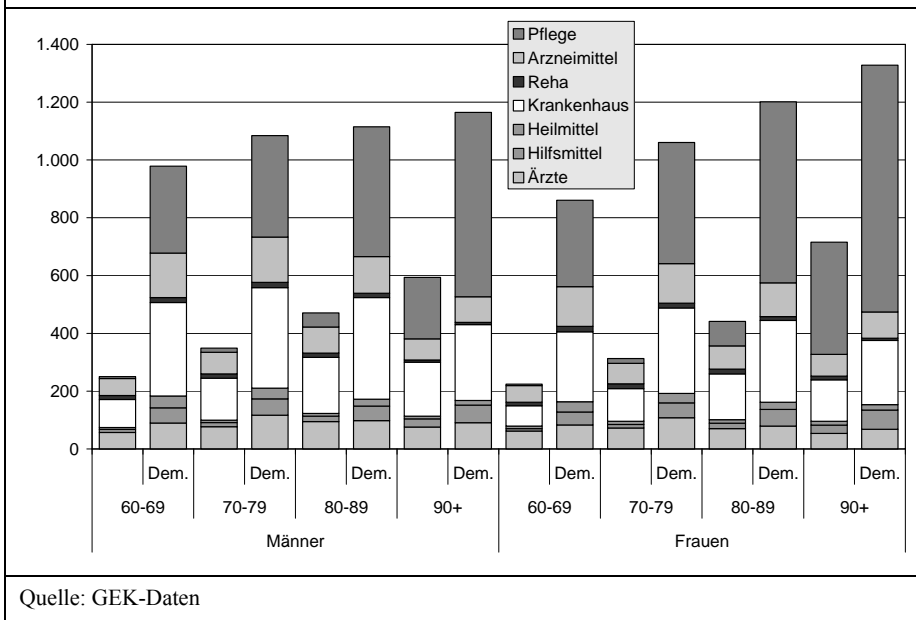
6.8.2.5 Krankenhaus

Die vorliegenden Daten der Datenübermittlung nach § 301 Abs. 3 SGB V beinhalten für alle entsprechenden Krankenhausbehandlungen die Rechnungsbeträge. Diese werden für die Kalkulation der Krankheitskosten mit zugrunde gelegt.

6.8.3 Kostenunterschiede zwischen Dementen und Nicht-Dementen

Da die einzelnen Teildatensätze nicht für alle Jahre vorliegen, sondern deutlich unterschiedlicher Beobachtungsfenster abdecken, muss hier auf die Darstellung einer Zeitreihe verzichtet werden. Als Untersuchungsjahr wird das Jahr 2008 genom-

Abbildung 105: Monatliche Kosten der Kranken- und Pflegekasse für Personen mit und ohne Demenz im Jahr 2008



men, weil es für diesen Report das aktuellste Jahr ist, für das sämtliche erwähnten Leistungsdaten vorliegen.

Abbildung 105 zeigt die Kosten, die für die Sozialversicherungen (überwiegend Kranken- und Pflegeversicherung) anfallen, differenziert nach Alterskategorien, Geschlecht und Demenzdiagnose. Die Datenbasis sind die oben beschriebenen Leistungsdaten der GEK, welche den größten Teil, aber nicht alle Leistungen umfassen. Dennoch lassen sich anhand dieser Daten die Unterschiede in den Kosten für die differenzierten Gruppen verdeutlichen. Dargestellt sind gestapelte Balken mit den Kosten für die vertragsärztliche Versorgung, die Hilfsmittel, die Heilmittel, Krankenhausbehandlungen, Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahmen, Arzneimittelverordnungen und Pflege. Die Darstellung erfolgt getrennt für die Personen ohne und mit Demenz jeweils separat für Männer und Frauen in den Alterskategorien 60-69, 70-79, 80-89 sowie 90 Jahre und älter.

Wie Abbildung 105 zeigt, sind die Kosten für die dementen Frauen und Männer in allen Altersklassen deutlich höher als für die gleichaltrigen Personen ohne Demenz. Das gilt nicht nur für die Pflegekosten, sondern auch für die Kosten der Krankenversicherung. Bei den Dementen entfällt jeweils ein erheblicher Anteil der Kosten auf die Pflegekosten. Bei den über 90-jährigen Männern und den über 80 Jahre alten Frauen sind die Pflegeversicherungsausgaben sogar höher als die Ausgaben der Krankenversicherung. Bei den Nicht-Dementen ist der Anteil der Pflegeversicherungsausgaben dagegen gering.

Mit zunehmendem Alter steigt die Gesamtkostensumme. Auffällig ist aber, dass sich die Kostenanteile der einzelnen Leistungen in unterschiedlicher Weise entwickeln. Manche Kostenanteile werden immer größer, manche steigen zunächst an und werden dann wieder kleiner und manche werden über die Alterskategorien immer kleiner. Relativ ähnliche Verläufe der Kostenanteile für Personen ohne und mit Demenzdiagnose ergeben sich bei den Kosten für vertragsärztliche Leistungen und für Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen. Über die Alterskategorien gibt es zunächst einen moderaten Anstieg der Kosten und dann einen moderaten Rückgang. Die Differenzen zwischen Personen mit und Personen ohne Demenz sind dabei relativ gering. Bei den Männern ohne Demenz steigen die Kosten für vertragsärztliche Leistungen von 57 Euro auf 94 Euro und fallen dann wieder auf 76 Euro (Frauen: 62 Euro, 72 Euro, 54 Euro). Bei den Männern mit Demenzen steigen die Kosten von 90 Euro auf 117 Euro, um dann wieder auf 91 Euro zurückzufallen (Frauen: 84 Euro, 108 Euro, 68 Euro). Die Kosten für Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen fallen insgesamt deutlich geringer aus und zeigen nur Schwankungen im Bereich von 8–19 Euro. In absoluten Werten erscheinen die Kosten für Hilfsmittel und Heilmittel weit geringer als die Kosten für die vertragsärztlichen Leistungen, allerdings sind bei ersteren deutliche Unterschiede zwischen Personen mit und ohne Demenz zu erkennen. Die Kosten für Hilfsmittel steigen für Männer ohne Demenz mit dem Alter von 11 Euro auf 28 Euro an (Frauen: 8 Euro, 29 Euro), während sie für die Männer mit Demenz zwischen 51 Euro und 61 Euro schwanken (Frauen: 44 Euro, 66 Euro). Die Ausgaben für Heilmittel liegen je nach Alterskategorie für Frauen und Männer ohne Demenz zwischen 7 Euro und 14 Euro. Bei dementen Männern sinken die Kosten über die Alterskategorien von 41 Euro auf 16 Euro und bei den dementen Frauen von 35 Euro auf 19 Euro. Ein ähnlich großer Kostenfaktor wie die vertragsärztliche Versorgung sind die Arzneimittelverordnungen. In sehr ähnlicher Weise steigen die diesbezüglichen Ausgaben für

Männer und Frauen ohne Demenz mit dem Alter zunächst an und verringern sich dann wieder in der höchsten Alterskategorie (Männer: 58 Euro, 75 Euro, 90 Euro, 73 Euro; Frauen: 57 Euro, 71 Euro, 80 Euro, 75 Euro). Die Arzneimittelkosten für Personen mit Demenz liegen teils deutlich höher, sinken aber fast von der ersten Alterskategorie an mit dem Alter (Männer: 154 Euro, 157 Euro, 126 Euro, 89 Euro; Frauen: 137 Euro, 137 Euro, 117 Euro, 91 Euro). Den größten medizinischen Kostenfaktor macht in diesen Alterskategorien die Krankenhausversorgung aus. Bei den diesbezüglichen Ausgaben gibt es absolut auch die größten Unterschiede zwischen Personen mit und ohne Demenz. So verursachen Männer ohne Demenz Ausgaben von 97 Euro, 145 Euro, 194 Euro bzw. 187 Euro, während diese Ausgaben bei dementen Männern mit Demenzdiagnose deutlich höher liegen (Demente Männer: 324 Euro, 345 Euro, 351 Euro und 262 Euro, Frauen ohne Demenz: 70 Euro, 112 Euro, 159 Euro, 143 Euro; Frauen mit Demenz: 242 Euro, 296 Euro, 283 Euro, 222 Euro). Die größten Kostenunterschiede zwischen Personen mit Demenz und ohne Demenz sind allerdings bei den Pflegeleistungen zu finden. Männer und Frauen verursachen mit steigendem Alter auch ohne Demenz steigende Pflegekosten (Männer: 7 Euro, 14 Euro, 49 Euro, 213 Euro; Frauen: 5 Euro, 16 Euro, 84 Euro, 388 Euro). Bei Demenz liegen die Ausgaben aber deutlich höher (Männer: 301 Euro, 351 Euro, 449 Euro, 638 Euro; Frauen: 299 Euro, 419 Euro, 626 Euro, 854 Euro).

Festzuhalten ist also insgesamt, dass die Krankenhausbehandlungen und allen voran die Pflegekosten die Kostenfaktoren sind, bei denen der Unterschied zwischen Personen mit Demenz und ohne Demenz am größten ist. Dabei gehen die Krankenhauskosten im hohen Alter insgesamt zurück, während die Pflegekosten mit dem Alter immer weiter ansteigen. Bei den 60-69-jährigen ohne Demenz fallen die Pflegeausgaben kaum ins Gewicht, bei den 60-69-jährigen mit Demenz liegen sie schon bei ca. 300 Euro. Die Pflegekosten steigen zwar insgesamt mit dem Alter an, sind für Demente aber durchgängig höher als für Versicherte ohne Demenz, in den höchsten Alterskategorien rund zwei- bis dreimal so hoch.

Eine Hochrechnung der alters- und geschlechtsspezifischen Kosten auf die Bevölkerung der BRD im Jahr 2008 kommt zu folgenden durchschnittlichen Kosten für die Bevölkerung ab 60 Jahren: Während für alle anderen ca. 310 Euro entstehen, liegen die Aufwendungen für demente Personen bei ca. 1.150 Euro. Dieses ist ein Mehraufwand von über 800 Euro. Der größte Teil des Mehraufwands entsteht durch die Pflegeleistungen. Demente verursachen um Durchschnitt ca. 550 Euro

Kosten für die Pflegekasse und Nicht-Demente im Durchschnitt nur 25 Euro. Den größten Teil des Mehraufwands (525 Euro) trägt somit die Pflegekasse. Den übrigen Teil von ca. 275 Euro trägt überwiegend die Krankenversicherung. Somit ist das Verhältnis von 10 zu 1 der Kosten der Pflegeversicherung im Vergleich zu den Kosten der Krankenversicherung hier nicht wieder zu finden.

Bezogen auf das Jahr entstehen den Sozialversicherungen – insbesondere der Pflegeversicherung und der Krankenversicherung, die anderen Versicherungen sind kaum noch mehr beteiligt – mindestens 13.800 Euro an Kosten für Demente. Im Vergleich zu den Nicht-Dementen, die im Durchschnitt mindestens 3.720 verursachen, kostet die Versorgung der Dementen die Sozialversicherungen jährlich über 10.000 Euro mehr. Damit werden die Ergebnisse von Schulenburg et al (1998) Schöffski et al. (1999) bestätigt.

6.9 Fazit und Perspektiven

Die Demenzerkrankung ist in der Mehrheit ihres Vorkommens auch heute noch irreversibel. Zu den irreversiblen Demenzerkrankungen gehören in erster Linie die Alzheimer Demenz und die vaskuläre Demenz. Diese werden als die häufigsten Demenzformen benannt. Chronisch degenerative Demenzen sind aber außerdem die Lewy-Körperchen-Demenz und die frontotemporale Demenz (Pick-Krankheit) sowie die Demenzen bei Parkinson-Krankheit, bei Chorea Huntington-Krankheit oder bei Creutzfeld-Jakob-Krankheit. Zum Teil gibt es Behandlungsempfehlungen mit dem Ziel, das Fortschreiten der Erkrankungen zu verzögern. Dazu gehören medikamentöse Therapien in Form von Antidementiva und eine Reihe nichtmedikamentöser Therapien, die darauf abzielen, die alltäglichen Fertigkeiten zu trainieren, solange es geht. Neben den irreversiblen Demenzen (insbesondere Alzheimer-Demenz und vaskuläre Demenz) können auch reversible Demenzen im Zusammenhang mit anderen Erkrankungen auftreten, die durch eine Behebung der primären Erkrankung teilweise therapiert werden.

Bei der am meisten verbreiteten Alzheimer-Demenz gibt es immer noch Forschungsbedarf. Es ist zwar bekannt, dass es bei der Krankheit zum Absterben von Nervenzellen und ihren Verbindungen kommt. Es werden Eiweiß-Ablagerungen im Gehirn sowie eine Verminderung des Botenstoffs, Acetylcholin, beobachtet. Eine genaue Ursache dieser Störung ist aber noch nicht bekannt. Als Vorsorge bietet sich daher an, gefundene Risikofaktoren zu meiden, zu denen z. B. Hypertonie,

Diabetes mellitus, Rauchen und ein erhöhter Alkoholkonsum gehören. Die zweithäufigste Demenzform, die vaskuläre Demenz, ist primär durch eine zerebrovaskuläre Erkrankung der kleinen oder der großen Hirngefäße gekennzeichnet. Zu den bekannten Risikofaktoren zählen ischämische Ereignisse, arterielle Hypertonie, Diabetes mellitus, Herzerkrankungen, familiäre Belastung, Rauchen und ein hoher gesättigter Fettanteil in der Nahrung. Beide Formen der Demenz bieten demnach ein gewisses Präventionspotential. Allerdings ist die Wahrscheinlichkeit einer Demenz hochgradig korrelierend mit dem Alter.

Die vorliegenden Auswertungen bestätigen die bisherigen Schätzungen über aktuelle und zukünftige Prävalenzen der Demenzerkrankung. Aktuell werden für Deutschland 1,2 Mio. Demenzerkrankte angenommen. Das sind 1,5% der Bevölkerung. Für die Zukunft wird ein Anstieg des Anteils der älteren Bevölkerung erwartet. Diese zukünftige Bevölkerungsentwicklung führt unter der Annahme einer gleichbleibenden altersspezifischen Prävalenz zu einem deutlichen Anstieg des Anteils der Gesamtbevölkerung mit einer Demenz. Zum Jahr 2060 ist mit 2,5 Mio. Menschen zu rechnen, die eine Demenz haben. Das sind etwa 3,8% der dann lebenden Bevölkerung.

Verbunden mit einer Demenz ist auch eine hohe Wahrscheinlichkeit der Pflegebedürftigkeit. 29% der Männer und 47% der Frauen, die 2009 aus der GEK-Population im Alter von über 60 Jahren verstarben, hatten eine Demenzdiagnose. 86% der verstorbenen dementen Männer und 94% der verstorbenen dementen Frauen waren vor dem Tod auch pflegebedürftig. Im Vergleich zu Pflegebedürftigen ohne Demenz stellt sich heraus, dass der Pflegebedarf in allen gemessenen Dimensionen höher ist. So ist der Anteil der Pflegebedürftigen in den höheren Pflegestufen bei demenziell erkrankten Personen höher. Demente GEK-Versicherte im Alter über 60 Jahren haben bei Pflegebedürftigkeit zu ca. 20% die Pflegestufe III. Unter allen über 60-jährigen pflegebedürftigen GEK-Versicherten liegt der Anteil hingegen nur bei 12%. Zudem werden demenziell Erkrankte weitaus mehr in vollstationärer Pflege versorgt. Dies findet schon Ausdruck im Anteil von 44% Dementen unter den inzidenten vollstationären Fällen. Unter den Inzidenzen mit informeller Pflege liegt der Anteil der Dementen nur bei 22% und bei den Inzidenzen mit formell-ambulanter Pflege bei 27%. Abhängig vom Alter liegt auch die Pflegeprävalenz mit vollstationärer Pflege zwischen ca. 40% und über 70%. Von der Gesamtheit der pflegebedürftigen GEK-Versicherten, sind nur 28% in vollstationärer Pflege. Und schließlich ist die verbrachte Lebenszeit in Pflegebedürftigkeit bei demenziell

Erkrankten deutlich höher als bei den Pflegebedürftigen ohne Demenz. Demenz vermeiden kann also auch bedeuten, Pflegebedürftigkeit zu vermeiden oder zumindest zu verzögern.

Demenz ist aber nicht nur verbunden mit Pflegebedürftigkeit, sondern auch mit einer eingeschränkten Alltagskompetenz. Demente verlieren immer mehr die Lernfähigkeit und Reaktionsfähigkeit. Sprachschwierigkeiten und Orientierungsschwierigkeiten treten vermehrt auf. Gewohnte Tätigkeiten bereiten Probleme, das Interesse lässt nach, die Betroffenen verlieren den Überblick, sie können sich in fremden Umgebungen nicht mehr zurechtfinden, Gefahren werden falsch eingeschätzt. Alle diese Umstände sind nicht unter dem aktuell gültigen Begriff der Pflegebedürftigkeit subsumiert, sondern bei Vorliegen dieser Umstände wird von Betreuungsbedarf gesprochen. Dieser Betreuungsbedarf wurde bis zum Jahr 2002 in den Pflegeleistungen nicht berücksichtigt. Mit dem PflEG wurde ab 2002 die Möglichkeit geschaffen, bei Vorliegen einer Pflegestufe zusätzliche Betreuungsleistungen in Höhe von bis zu 460 Euro pro Jahr in Anspruch zu nehmen. Diese Leistungen wurden in den ersten Jahren nur durch eine geringe Anzahl von Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz genutzt. Im Zeitraum von 2002 bis Mitte 2008 liegt die Inanspruchnahme von zusätzlichen Betreuungsleistungen in der Alterskategorie der über 60-Jährigen unter 0,1%. Erst die gesetzlichen Änderungen mit dem PflWG (Juli 2008) führten zu einer deutlichen Mehrinanspruchnahme der Leistungen. Die Leistungen können seither auch ohne Pflegestufe in Anspruch genommen werden und sie sind auf 100 bzw. 200 Euro pro Monat angehoben worden. Bei den Männern findet nach Inkrafttreten des PflWG innerhalb eines Jahres eine Steigerung um 0,2 Prozentpunkte und bei den Frauen um fast 0,4 Prozentpunkte statt. Bezogen auf die Demenzkranken ist die Entwicklung der Inanspruchnahme ähnlich. Vor Inkrafttreten des PflWG liegt der Anteil der Dementen, die die Betreuungsleistung in Anspruch genommen haben, bei 2%. Ende 2009 nehmen 6% der Dementen zusätzliche Betreuungsleistungen in Anspruch. Hier ist also ein immenser Anstieg zu beobachten, allerdings erscheint dieser gemessen am möglichen Bedarf noch verhältnismäßig gering.

Die Empfehlungen zur medizinischen Versorgung der Dementen beziehen sich einerseits auf Arzneimitteltherapien und andererseits auf nicht-medikamentöse Therapien. Relativ einhellig werden bei leichter bis mittlerer (Alzheimer-)Demenz Cholinesterasehemmer (Donepezil, Galantamin und Rivastigmin) empfohlen. Die Wirkung medikamentöser Therapien im mittleren bis schweren Stadium ist aller-

dings umstritten. Dies betrifft sowohl die Therapie mit Cholinesterasehemmern als auch die Therapie mit Memantin. Als durchweg nicht wirkungsvoll wird Ginkgo biloba erachtet. Als sinnvoll werden Verfahren zur Stimulation der kognitiven Leistung, ergotherapeutische Verfahren sowie körperliche Aktivität zum Erhalt der Alltagsfunktionen erachtet.

Die Analysen der medizinischen Versorgungsleistungen zeigen teilweise Ergebnisse, die mit den Empfehlungen durch die bekannten Leitlinien kompatibel sind, aber auch Ergebnisse, die man aus den Leitlinien nicht erwarten muss. Cholinesterasehemmer werden überwiegend den Personen verordnet, die auch als dement mit einer Diagnose klassifiziert sind. Je höher die Pflegestufe ist, desto geringer ist die verordnete Menge. Ebenso nimmt die verordnete Menge mit dem Professionalisierungsgrad der Pflege ab. In vollstationärer Pflege ist sie geringer als in informeller Pflege. Demente ohne Pflegestufe erhalten noch mehr verordnet. Diese Zusammenhänge spiegeln sehr gut den Zusammenhang vom Grad der Demenz und der unterstellten Wirkung der Medikamente wieder. Bei Vorliegen der Alzheimer-Demenz, bei der am meisten eine Wirkung unterstellt wird, lässt sich auch die größte verordnete Menge feststellen. Memantin wird zwar in den erwähnten Leitlinien empfohlen, die Wirkung wird aber vom IQWiG infrage gestellt. Möglicherweise wird Memantin wegen der umstrittenen Wirksamkeit insgesamt weniger verordnet. Dabei bekommen Demente mit Pflegebedürftigkeit mehr verordnet als ohne Pflegebedürftigkeit und in informeller Pflege mehr als in vollstationärer Pflege. Da Memantin teilweise für mittlere bis schwerere Demenzen als wirkungsvoll erachtet wird, überrascht es etwas, das bei informeller Pflege mehr verordnet wird als bei vollstationärer Pflege. Ginkgo biloba wird trotz unterstellter Unwirksamkeit noch verordnet. Überwiegend geschieht dies bei Dementen in informeller Pflege. In vollstationärer Pflege kommt dies fast gar nicht vor. Die nicht-medikamentösen Therapien in Form von Physiotherapie oder Ergotherapie werden im Fall einer Pflegebedürftigkeit häufiger verordnet, als wenn die Demenz ohne Pflegebedürftigkeit vorliegt. Mit dem Alter nimmt sehr drastisch die Verordnungsmenge ab. Diejenigen mit einer höheren Pflegestufe erhalten allerdings mehr Einheiten verordnet. Die Verordnungsmenge scheint insgesamt mehr von der Pflegebedürftigkeit abzuhängen als von der Demenzerkrankung. Wie zu erwarten ist, liegt die Behandlungshäufigkeit durch Neurologen oder Psychiater höher, wenn eine Demenz bei Pflegebedürftigkeit vorliegt, als bei Pflegebedürftigen ohne Demenz. Allerdings gibt es deutlich weniger Behandlungen durch Fachärzte, wenn die Pflegebe-

dürftigen dement sind als wenn sie nicht dement sind. Inwieweit die dementen Pflegebedürftigen mehr oder weniger therapiefähig sind als die Pflegebedürftigen ohne Demenz, lässt sich an dieser Stelle nicht beurteilen.

Der größte Aufwand in Zeit und Geld besteht in der persönlichen Betreuung und Pflege demenziell erkrankter Personen. Verglichen mit den Ausgaben für gleichaltrige, nicht demente Personen liegen die Aufwendungen der Sozialversicherungen um jährlich 10.000 Euro höher.

Die Zukunftsszenarien prophezeien einen steigenden Aufwand bei schwindenden personellen und finanziellen Mitteln. Es gibt prinzipiell zwei kombinationsfähige Möglichkeiten, dem zu begegnen. Die erste Möglichkeit ist, den Aufwand zu verringern, die zweite Möglichkeit ist, die Mittel zu erhöhen. Die von der Logik des Pflegeverlaufs her nahe liegende Stoßrichtung müsste die Therapiefähigkeit und/oder die Prävention der Demenz sein. Die Krankheitsverläufe sind im biologischen Mechanismus erfasst. In der frühen bis mittleren Phase der Alzheimer-Demenz lassen sich medikamentös Wirkungen erzielen, die zumindest für eine gewisse Zeit die Kognitionsfähigkeit in einem höherem Maße erhalten als ohne Medikamente. Eine wirkliche kurative Therapie gibt es aber derzeit nicht. Die Hoffnung liegt also weiterhin darauf, präventive oder kurative Maßnahmen insbesondere für die Alzheimer-Demenz zu finden. Kruse äußerte sich allerdings sehr pessimistisch bezüglich der derzeitigen Möglichkeiten, ein Therapeutikum oder präventive Maßnahmen zu entwickeln (2009).

Kruse (2009; 2011), der schwer demenzkranke Menschen mit Hilfe von Mimikanalysen in ihren Befindlichkeiten untersucht, stellt fest, dass auch im schwersten Demenzgrad noch Reaktionen messbar sind, die den Menschen als Menschen erkennbar sein lassen. Kruse erscheint daher „die fundierte Intervention selbst bei schwer demenzkranken Menschen als ein fachlich wie sittlich begründetes Gebot“ (2011: 131). Dodel (2009) macht aber auch darauf aufmerksam, dass die Pflegenden durch die Situation belastet sind. Mit dem Stadium der Demenz änderten sich die Therapieziele. Im frühen Stadium geht es darum, die Gedächtnisfunktion, das Denkvermögen und die Informationsverarbeitung so gut wie möglich aufrecht zu erhalten. Im mittleren Stadium geht es mehr um den Erhalt der Alltagsfähigkeit, die Orientierungsfähigkeit und die Vermeidung von nicht-kognitiven Störungen. Im späten Stadium hingegen werden als Therapieziele auch die Pflege erleichterung und die Reduktion der Angehörigenbelastung formuliert. Wie groß die Belastungen

für Pflegebedürftige und für Pflegende im Einzelnen sind, wie viel Lebensqualität einerseits gewonnen und andererseits verloren wird, welche Helfer oder welche Therapieformen dem Einzelnen und der Gemeinschaft am meisten Nutzen oder am wenigsten Leid bereiten, ist schwerlich in Zahlen zu fassen. Es wird dennoch deutlich, dass der Wunsch nach Lebensqualität, nach Versorgung, nach menschenwürdigem Leben in Konflikt steht mit der Leistungsfähigkeit der einzelnen Menschen und der Gesellschaft. Wenn Menschenwürde mit Ökonomie konfrontiert wird, dann ist dies ein Grundstein für heftige Debatten, in denen der zu findende Kompromiss nicht leicht zu finden ist und ständig aufs Neue hinterfragt werden muss. Der Pflegereport kann mit seinen Ergebnissen nicht entscheiden, was richtig oder falsch ist; er kann nur Grunddaten liefern, auf Basis derer dann die Debatten stattfinden können.

7 Literatur

- Arnold, R.; Rothgang, H. (2010): Finanzausgleich zwischen Sozialer Pflegeversicherung und Privater Pflegeversicherung. In welchem Umfang ist ein Finanzausgleich aus Gründen der Gleichbehandlung notwendig? In: Göppfarth, D.; Greß, S.; Jacobs, K.; Wasem, J. (Hrsg.): Jahrbuch Risikostrukturausgleich 2009/2010. Von der Selektion zur Manipulation? Heidelberg: Medhochzwei Verlag. S. 65-94.
- Argurzyk, B.; Borchert, L.; Deppisch, R.; Krolop, S.; Mennicken, R.; Preuss, M.; Rothgang, H.; Stocker-Müller, M.; Wasem, J. (2008): Heimentgelte bei der stationären Pflege in Nordrhein-Westfalen. Ein Bundesländervergleich. RWI-Materialien, Heft 44. Essen: Rheinisch-Westfälisches Institut für Wirtschaftsforschung.
- AWMF [=Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften] (2005): Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN). Schizophrenie, Kurzfassung. URL: <http://www.uni-duesseldorf.de/AWMF/11/038-009.htm> (aktuell am 30.10.2010).
- Bartholomeyczik, S.; Wilm, S.; et al. (2010): Sachbericht zum Projekt "Interdisziplinäre Implementierung von Qualitätsinstrumenten zur Versorgung von Menschen mit Demenz in Altenheimen". URL: http://www.uni-wh.de/fileadmin/media/g/medi/g_med_i_allgemeinmedizin/Forschung/Projekte/InDemA_Abschlussbericht_2010.pdf (aktuell am 06.10.2010)
- Behrens, J.; Rothgang, H. (2000): Hallesches Memorandum zur weitgehend ausgabenneutralen Reform der Pflegeversicherung. In: Zeitschrift für Sozialreform, 12. S. 1089-1097.
- Bewertungsausschuss gemäß § 87 Abs. 3 SGB V, (2004): Beschluss des Bewertungsausschusses gem. § 87 Abs. 3 SGB V in seiner 89. Sitzung am 13.05.2004. URL: <http://daris.kbv.de/daris/doccontent.dll?LibraryName=EXTDARIS^DMSSLAVE&SystemType=2&LogonId=03f6eeca1d2505729484752cb21da2f8&DocId=003745298&Page=1> (aktuell am 27.09.2010).
- Bickel, H. (2001): Demenzen im höheren Lebensalter: Schätzungen des Vorkommens und der Versorgungskosten. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, 34, S. 108-115.
- Bickel, H. (2001a): Lebenserwartung und Pflegebedürftigkeit in Deutschland. In: Das Gesundheitswesen; 63, S.9-14.
- Bickel, H. (2002): Stand der Epidemiologie. In: Hallauer, J. F.; Kurz, A. (Hrsg.): Weißbuch Demenz. Versorgungssituation relevanter Demenzerkrankungen in Deutschland. Stuttgart: Thieme. S. 10-14.
- Bickel, Horst (1996): Pflegebedürftigkeit im Alter: Ergebnisse einer populationsbezogenen retrospektiven Längsschnittstudie. In: Gesundheitswesen. Sonderheft, 58, S. 56-62.
- Blinkert, B.; Klie, T. (1999): Pflege im Wandel. Studie zur Situation häuslich versorgter Pflegebedürftiger. Hannover: Vincentz.
- Blinkert, B.; Klie, T. (2000): Pflegekulturelle Orientierungen und soziale Milieus, in: Sozialer Fortschritt, Heft 10: 237-245.
- BMFSFJ [=Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend] (2010a): Kristina Schröder fordert Familienpflegezeit. URL: <http://www.bmfsfj.de/BMFSFJ/Service/themen-lotse,did=134044,render=renderPrint.html> (aktuell am 09.04.2010).
- BMFSFJ [=Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend] (2010): Wohnen für (Mehr)Generationen. Gemeinschaft stärken - Quartier beleben. Rostock: Publikationsversand der Bundesregierung.

- BMG [=Bundesministerium für Gesundheit] (2009): Bericht des Beirats zur Überprüfung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs. Berlin: Bundesministerium für Gesundheit. URL: http://www.bmg.bund.de/SharedDocs/Downloads/DE/Pflege/Bericht_zum_Pflegebed_C3_BCrtigkeitsbegriff,templateId=raw,property=publicationFile.pdf/Bericht_zum_Pflegebed%C3%BCrtigkeitsbegriff.pdf (aktuell am 17.11.2010).
- BMG [=Bundesministerium für Gesundheit] (2010): Zahlen und Fakten zur Pflegeversicherung (05/10). URL: http://www.bundesgesundheitsministerium.de/cln_178/nn_1193090/SharedDocs/Downloads/DE/Statistiken/Statistiken_20Pflege/Zahlen-und-Fakten-Pflegereform-Mai-2010,templateId=raw,property=publicationFile.pdf/Zahlen-und-Fakten-Pflegereform-Mai-2010.pdf (aktuell am 19.11.2010).
- BMG [=Bundesministerium für Gesundheit] (Hrsg.) (2009). Die Finanzentwicklung der Sozialen Pflegeversicherung. URL: http://www.bundesgesundheitsministerium.de/cln_169/nn_1168248/DE/Pflege/Statistiken/statistiken_node.html (aktuell am 19.10.2010).
- Bopp, Annete; Herbst, Vera (2009): Handbuch Medikamente: vom Arzt verordnet - Für Sie bewertet. Wichtige Wechselwirkungen. Limitierte Sonderausgabe der 7. Auflage. Berlin: Stiftung Warentest.
- Bowlby Sifton, C. (2008): Das Demenz-Buch. Ein <<Wegbegleiter>> für Angehörige, Pflegenden und Aktivierungstherapeuten. Hogrefe: Hans Huber.
- BSG [=Bundessozialgericht]: Urteil vom 26.11.1998, Aktenzeichen B 3 P 13/97 R. In: SozR 3-3300 § 14 Nr 8.
- Bundesgesetzblatt I (2001): Gesetz zur Ergänzung der Leistungen bei häuslicher Pflege von Pflegebedürftigen mit erheblichen allgemeinen Betreuungsbedarf (Pflegeleistungs-Ergänzungsgesetz - PflEG). Vom 14. Dezember 2001. URL: http://www.bgbl.de/Xaver/start.xav?startbk=Bundesanzeiger_BGBL. (aktuell am 2.11.2010).
- Bundesregierung (2010): Ich möchte einen Rechtsanspruch auf Familien-Pflegezeit. Kristina Schröder im Interview mit der FAZ v. 3.3.2010. URL: <http://www.bundesregierung.de/Content/DE/Interview/2010/03/2010-03-03-schroeder-faz,layoutVariant=Druckansicht.html> (aktuell am 09.04.2010).
- Büscher, A.; Wingenfeld, K. (2009): Pflegebedürftigkeit und Pflegeleistungen. In: Dräther, H.; Jacobs, K.; Rothgang, H. (Hrsg.): Fokus Pflegeversicherung. Nach der Reform ist vor der Reform. Berlin: KomPart-Verlag. S. 257-281.
- Cambois E, Robine JM. (1996): An international comparison of trends in disability-free life expectancy. In: Eisen, Roland et al. (Hrsg.): Long-term care: Economic issues and policy solutions. Norwell: Kluwer, S. 11-23.
- CDU/CSU, SPD (2005): Koalitionsvertrag von CDU, CSU und SPD. Gemeinsam für Deutschland. Mit Mut und Menschlichkeit. URL: <http://www.cdusu.de/upload/koavertrag0509.pdf>.
- DEGAM [=Deutsche Gellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin e.V.] (2008): Demenz. DEGAM - Leitlinie Nr. 12. Langfassung. Düsseldorf: omikron publishing.
- Deutscher Bundestag (Hrsg.) (2001): Entwurf eines Gesetzes zur Ergänzung der Leistungen bei häuslicher Pflege von Pflegebedürftigen mit erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf (Pflegeleistungs-Ergänzungsgesetz - PflEG) - Drucksache 14/7154. URL: <http://dip21.bundestag.de/dip21/btd/14/071/1407154.pdf>. (aktuell am 2.11.2010).
- Deutscher Bundestag (Hrsg.) (2008): Beschlussempfehlung und Bericht des Ausschusses für Gesundheit (14. Ausschuss) - Drucksache 16/8525 vom 12.03.2008. URL: <http://dip21.bundestag.de/dip21/btd/16/085/1608525.pdf>. (aktuell am 2.11.2010).

- DIMDI [=Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information] (DIMDI) (2008): ICD-10-GM. Version 2009. Systematisches Verzeichnis. URL: <http://www.dimdi.de/dynamic/de/klassi/downloadcenter/icd-10-gm/version2009/systematik/x1gbp2009.zip> (aktuell am 04.06.2009).
- DIMDI [=Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information] (DIMDI) (2009): ICD-10-GM. Version 2010. Systematisches Verzeichnis. URL: <http://www.dimdi.de/dynamic/de/klassi/downloadcenter/icd-10-gm/vorgaenger/version2010/systematik/x1gbp2010.zip> (aktuell am 28.10.2010).
- DIMDI [=Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information] (DIMDI) (2010): Anatomisch-therapeutisch-chemische Klassifikation mit Tagesdosen. Amtliche Fassung des ATC-Index mit DDD-Angaben für Deutschland im Jahre 2010. Köln.
- DGN [=Deutsche Gesellschaft für Neurologie] (2003): Degenerative Erkrankungen. Diagnostik degenerativer Demenzen (Morbus Alzheimer, Frontotemporale Demenz, Lewy-Körperchen-Demenz). URL: <http://www.dgn.org/fileadmin/leitl05/DiagnostikDemenzen.pdf> (aktuell am 04.10.2009).
- DGPPN & DGN [=Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde & Deutsche Gesellschaft für Neurologie] (2009): S3-Leitlinie "Demenz". Bonn: DGPPN & DGN.
- Dodel, R. (2009): Kosten der Versorgung von Alzheimer-Patienten. 8. Deutscher Kongress für Versorgungsforschung des Deutschen Netzwerks Versorgungsforschung e.V. (DNVF) und 43. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin e.V. (DEGAM), 1.-3.10.2009, Heidelberg.
- Döhner, H.; Rothgang, H. (2006): Pflegebedürftigkeit. Zur Bedeutung der familialen Pflege für die Sicherung der Langzeitpflege. In: Bundesgesundheitsblatt, 6, S. 583–594.
- Dräther, H.; Jacobs, K.; Rothgang, H. (2009): Pflege-Bürgerversicherung. In: Dräther, H.; Jacobs, K.; Rothgang, H. (Hrsg.): Fokus Pflegeversicherung. Nach der Reform ist vor der Reform. Berlin: KomPart-Verlag. S. 71-93.
- Erweiterter Bewertungsausschuss nach § 87 Abs. 4 SGB V (2008): Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses gemäß § 87 Abs. 4 SGB V in seiner 8. Sitzung am 23. Oktober 2008 zur Anpassung des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs (EBM) sowie zur Neuordnung der vertragsärztlichen Vergütung im Jahr 2009. URL: <http://daris.kbv.de/daris/doccontent.dll?LibraryName=EXTDARIS^DMSSLAVE&SystemType=2&LogonId=3fd8e44ecfb87dace77450a680cc6e77&DocId=003757914&Page=1> (aktuell am 27.09.2010).
- Erweiterter Bewertungsausschuss nach § 87 Abs. 4 SGB V (2009): Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses gemäß § 87 Abs. 4 SGB V zur Weiterentwicklung der vertragsärztlichen Vergütung im Jahr 2010. URL: <http://daris.kbv.de/daris/doccontent.dll?LibraryName=EXTDARIS^DMSSLAVE&SystemType=2&LogonId=3fd8e44ecfb87dace77450a680cc6e77&DocId=003760487&Page=1> (aktuell am 27.09.2010).
- Falk, J. (2009): Basiswissen Demenz. Lern- und Arbeitsbuch für berufliche Kompetenz und Versorgungsqualität. Weinheim und München: Juventa.
- Fischer, T.; Wolf-Ostermann, K. (2008): Die Berliner Studie zu Versorgungsstrukturen und Versorgungsergebnissen von Wohngemeinschaften für Menschen mit Demenz (DeWeGE). Beitrag zum Sonderheft. In: Zeitschrift für Gerontopsychologie & psychiatrie, 21, 3, S.179-183.
- Förstl, H. (Hrsg.) (2009): Demenzen in Theorie und Praxis. Heidelberg: Springer.
- Gemeinsamer Bundesausschuss (2004): Bekanntmachung des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Neufassung der Richtlinien über die Verordnungen von Heilmitteln in der vertragsärztlichen Versorgung. In: Bundesanzeiger, 106a, URL: <http://www.g-ba.de/downloads/62-492-65/RL-Heilmittel-04-12-21.pdf> (aktuell am 29.10.2010).

- Glaeske, G.; Schick Tanz, C. (2010): BARMER GEK Arzneimittel-Report 2010. Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse, Band 2. St. Augustin: Asgard.
- Grobe, T. G.; Dörning, H.; Schwartz, F. W. (2007): GEK-Report ambulant-ärztliche Versorgung 2007. Auswertungen der GEK-Gesundheitsberichterstattung. Schwerpunkt: Ambulante Psychotherapie. Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse, Band 59. St. Augustin: Asgard.
- Hallauer, J. F. (2002): Epidemiologie für Deutschland mit Prognose. In: Hallauer, J. F.; Kurz, A. (Hrsg.): Weißbuch Demenz. Versorgungssituation relevanter Demenzerkrankungen in Deutschland. Stuttgart: Thieme. S. 15-17.
- Hallauer, J. F.; Bienstein, C.; Lehr, U.; Rönsch, H. (2005): SÄVIP - Studie zur ärztlichen Versorgung in Pflegeheimen. Hannover: Vincentz Network Marketing Service.
- Hallauer, J. F.; Schons, M.; Smala, A.; Berger, K. (2000): Untersuchung von Krankheitskosten bei Patienten mit Alzheimer-Erkrankung in Deutschland. Gesundheitsökonomie & Qualitätsmanagement, 5, S. 73-79.
- Hasseler, M.; Wolf-Ostermann, K. (2010): Wissenschaftliche Evaluation zur Beurteilung der Pflege-Transparenzvereinbarungen für den ambulanten (PTVA) und stationären (PTVS) Bereich inklusive Empfehlungen des Beirates zur Evaluation der Pflege-Transparenzvereinbarungen. URL: <http://www.aph-bundesverband.de/downloads/373.pdf> (aktuell am 21.11.2010)
- Heilmittelkatalog (2009): Heilmittel der physikalischen Therapie. URL: <http://www.heilmittelkatalog.de/physio/>. (aktuell am 3.11.2010).
- Höpfinger, F. (2002): Männer im Alter – Eine Grundlagenstudie. Zürich: Pro Senectute.
- Ihle, P. (2005): Interne Diagnosevalidierung zur Bestimmung inzidenter Fälle in Sekundärdaten. Präsentation auf dem Workshop: “Analyse von GKV-Daten, Historie Anwendungsbeispiele und Perspektiven”, 19. und 20. Mai 2005 im ZeS, Bremen.
- IQWiG [=Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen] (2009a): Memantin bei Alzheimer Demenz. IQWiG-Berichte – Jahr: 2009 Nr. 59. URL: http://www.iqwig.de/download/A05-19C_Abschlussbericht_Memantin_bei_Alzheimer_Demenz.pdf (aktuell am 4.11.2009).
- IQWiG [=Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen] (2009b): Arbeitspapier Kostenbestimmung. Version 1.0 vom 12.10.2009. URL: https://www.iqwig.de/download/Arbeitspapier_Kostenbestimmung_v_1_0.pdf
- ITSG [=Informationstechnische Servicestelle der Gesetzlichen Krankenversicherung GmbH] (2008): Technische Anlage zum Vertrag über den Datenaustausch auf Datenträgern zwischen den Spitzenverbänden der gesetzlichen Krankenversicherung und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung. Version 1.15. Stand: 26.09.2007. URL: http://www.datenaustausch.de/lev/tp1/ta/download/TA1.15_v_20080717.doc (aktuell am 19.09.2008).
- Kassenärztliche Bundesvereinigung (2000): Punktwertentwicklung für vertragsärztliche Behandlung allgemein. URL: <http://daris.kbv.de/doccontent.asp?DocID=003736507> (aktuell am 19.10.2010).
- Kassenärztliche Bundesvereinigung (2001): Punktwertentwicklung für vertragsärztliche Behandlung allgemein. URL: <http://daris.kbv.de/doccontent.asp?DocID=003741305> (aktuell am 27.09.2010).
- Kassenärztliche Bundesvereinigung (2010): Schreiben an Rolf Müller, ZeS, Universität Bremen, vom 13. Oktober 2010 zur Anfrage zu Daten aus vertragsärztlicher Tätigkeit.
- Kemper, C.; Sauer, K.; Glaeske, G. (2009): GEK-Heil- und Hilfsmittel-Report 2009. Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse, Band 72. St. Augustin: Asgard.
- Kern, A. O.; Harms, G.; Beske, F. (1995): Hirnleistungsstörungen im Alter. Epidemiologische und volkswirtschaftliche Aspekte der Pflegebedürftigkeit durch Hirnleistungsstörungen im Alter. Kiel: IGFS.
- Klein, B.; Cook, G. (2009): Robotik in der Pflege - Entwicklungstendenzen und Potentiale. In: Public Health Forum, 17, 65, S. 23-24.

- Klie, T.; Krahmer, U. (Hg.) (2009): Sozialgesetzbuch XI. Soziale Pflegeversicherung. 3. Aufl. Lehr- und Praxiskommentar. Baden-Baden: Nomos.
- Kreienbrock, L.; Schach, S. (2005): Epidemiologische Methoden. München: Spektrum Akademischer Verlag.
- Kruse, A. (2009): Demenz: Ergründen und akzeptieren – Zum Spannungsverhältnis zwischen Alzheimerforschung und einem Leben mit Demenz. Vortrag auf dem 8. Symposium Palliative Care „Demenz und Palliative Care“, am 04.12.2009 in Freiburg.
- Kurz, A. (2002): Demenzerkrankungen - Ursachen, Symptome und Verlauf. In: Hallauer, J. F.; Kurz, A. (Hrsg.): Weißbuch Demenz. Versorgungssituation relevanter Demenzerkrankungen in Deutschland. Stuttgart: Thieme. S. 3-8.
- MDS [=Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen] (2010): Pflegebericht des Medizinischen Dienstes (MDS) 2009. Essen: MDS.
- MDS [=Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V.] (2009): Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes zur Begutachtung von Pflegebedürftigkeit nach dem XI. Buch des Sozialgesetzbuches. URL: http://www.mds-ev.de/media/pdf/BRi_Pflege_090608.pdf (aktuell am 04.11.2010).
- Meyer, M.; Kofahl, C.; Kubesch, N. (2007): Literature – State of the art. In: Döhner, H.; Kofahl, C.; Lüdecke, D; Mnich, E (Hrsg.): Eurofamcare. Services for Supporting Family Carers of Older Dependent People in Europe: Characteristics, Coverage and Usage The National Survey Report for Germany, Hamburg, S.16-44.
- Michell-Auli, P.; Strunk-Richter, G.; Tebest, R. (2010): Was leisten Pflegestützpunkte? Konzeption und Umsetzung. Kurzfassung der Ergebnisse aus der „Werkstatt Pflegestützpunkte“. URL: http://www.kda.de/tl_files/werkstatt_pfleigestuetzpunkte/PDF%20Dateien/2010-PSP-Abschlussbericht_Kurzfassung.pdf (aktuell am 21.11.2010)
- Michell-Auli, P. (2009): Pflegeberatung und Pflegestützpunkte – Eine neue Form der wohnortbezogenen Beratung und Versorgung, in: Dräther, H.; Jacobs, K.; Rothgang, H. (Hrsg.): Fokus Pflegeversicherung. Nach der Reform ist vor der Reform. Berlin: KomPart-Verlag. S. 155-173.
- Müller, R.; Unger, R.; Rothgang, H. (2010): Wie lange Angehörige zu Hause gepflegt werden. Reicht eine zweijährige Familien-Pflegezeit für Arbeitnehmer? In: Soziale Sicherheit, 59, 6-7, S. 230-237.
- Niehaus, F. (2009): Ein Vergleich der ärztlichen Vergütung nach GOÄ und EBM. WIP-Diskussionspapier 7/09.
- Norgall, T. (2009): Personalisierter Technikeinsatz - Zukunftsperspektive gesundheitlicher Prävention? In: Public Health Forum, 17, 65, S. 19-21.
- Pinheiro P, Krämer A. (2009): Calculation of health expectancies with administrative data for North Rhine-Westphalia, a Federal State of Germany, 1999-2005. Population Health Metrics 19 (7): 4.
- Pogadl, S.; Pohlmann, R. (2008): Seniorenbüros in Dortmund – Zukunftsorientiertes Modell für eine integrative und wohnortnahe Versorgung und Betreuung. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, 41, S. 86-91.
- Reder, U. (2002): Wohngruppen. In: Hallauer, J. F.; Kurz, A. (Hrsg.): Weißbuch Demenz. Versorgungssituation relevanter Demenzerkrankungen in Deutschland. Stuttgart: Thieme. S. 78-81.
- Robine, J.M.; Romieu, I.; Michel, J.P. (2003): Trends in Health Expectancies. In: J.M. Robine, C. Jagger, C.D. Mathers, E. Crimmins, and R. Suzman. (Ed.) Determining Health Expectancies, Chichester, United Kingdom: John Wiley & Sons, S.75-101.
- Rolf, Christian (2010): Voraussetzungen und Konsequenzen einer Ergänzung des bestehenden Finanzierungssystems der sozialen Pflegeversicherung um kapitalgedeckte Elemente Rechtsgutachten im Auftrag des GKV-Spitzenverbandes, Berlin von Professor Dr. Christian Rolf mit Mitwirkung von Melanie Heikel Universität zu Köln. Köln im November 2010.

- Rothgang, H. (1997): Ziele und Wirkungen der Pflegeversicherung. Eine ökonomische Analyse, Frankfurt/ New York: Campus.
- Rothgang, H. (2009): Einführung von Kapitaldeckung in der sozialen Pflegeversicherung – Möglichkeiten Grenzen und Ausgestaltungsoptionen. In: Dräther, H.; Jacobs, K.; Rothgang, H. (Hrsg.): Fokus Pflegeversicherung. Nach der Reform ist vor der Reform. Berlin: KomPart-Verlag. S. 95-121.
- Rothgang, H. (2010): Social Insurance for Long-Term Care: An Evaluation of the German Model, in: Social Policy and Administration, 44, 4, S. 436–460.
- Rothgang, H. (2010b): Gerechtigkeit im Verhältnis von Sozialer Pflegeversicherung und Privater Pflegepflichtversicherung, in: Das Gesundheitswesen, 72, 3, S. 154–160.
- Rothgang, H. (2010c): So bleibt die Basis stabil. In: Gesundheit und Gesellschaft. 13. Jg., Heft 5: 4-6.
- Rothgang, H.; Borchert, L.; Müller, R.; Unger, R. (2008): GEK-Pflegereport 2008. Medizinische Versorgung in Pflegeheimen. Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse, Band 66. St. Augustin: Asgard.
- Rothgang, H.; Dräther, H. (2009): Zur aktuellen Diskussion über die Finanzsituation der Sozialen Pflegeversicherung. In: Dräther, H.; Jacobs, K.; Rothgang, H. (Hrsg.): Fokus Pflegeversicherung. Nach der Reform ist vor der Reform. Berlin: KomPart-Verlag. S. 41-69.
- Rothgang, H.; Kulik, D.; Müller, R.; Unger, R. (2009): GEK-Pflegereport 2009. Schwerpunktthema: Regionale Unterschiede in der pflegerischen Versorgung. Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse, Band 73. St. Augustin: Asgard.
- Rothgang, H.; Preuss, M. (2009): Bisherige Erfahrungen und Defizite der Pflegeversicherung und die Reform aus sozialpolitischer Sicht. In: Bieback, K.-J. (Hrsg.): Die Reform der Pflegeversicherung 2008. Münster: Lit-Verl. (Sozialrecht und Sozialpolitik in Europa, 12).
- Runde P.; Giese R.; Stierle C. (2003): Einstellungen und Verhalten zur häuslichen Pflege und zur Pflegeversicherung unter den Bedingungen gesellschaftlichen Wandels. Rote Reihe Band 15, hrsg. von der Arbeitsstelle für Rehabilitations- und Präventionsforschung, Universität Hamburg.
- Runde, P.; Giese, R.; Kaphengst, C.; Hess, J. (2009): AOK-Trendbericht Pflege II. Entwicklung in der häuslichen Pflege seit Einführung der Pflegeversicherung. Hamburg: Universität Hamburg, Fakultät Wirtschafts- und Sozialwissenschaften.
- Sauer, K.; Kemper, C.; Kaboth K.; Glaeske, G. (2009): BARMER GEK-Heil- und Hilfsmittel-Report 2010. Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse, Band 4. St. Augustin: Asgard.
- Sauer, P. (2007a): Niedrigschwellige Angebote - eine Einführung in das Thema. In: Sauer, P.; Wißmann, P. (Hrsg.): Niedrigschwellige Hilfen für Familien mit Demenz. Erfahrungen, Beispiele, Perspektiven. Frankfurt am Main: Mabuse. S. 15–27.
- Sauer, P. (2007b): Fünf Jahre niedrigschwellige Angebote - eine sozialpolitische Bewertung. In: Sauer, P.; Wißmann, P. (Hrsg.): Niedrigschwellige Hilfen für Familien mit Demenz. Erfahrungen, Beispiele, Perspektiven. Frankfurt am Main: Mabuse. S. 187-206.
- Schaade, G. (2009): Demenz. Therapeutische Behandlungsansätze für alle Stadien der Erkrankung. Heidelberg: Springer.
- Schäufele, M.; Köhler, L.; Lode, S.; Weyerer, S. (2007): Menschen mit Demenz in stationären Pflegeeinrichtungen: aktuelle Lebens- und Versorgungssituation. In: Schneekloth, U.; Wahl, H. (Hrsg.): Möglichkeiten und Grenzen selbständiger Lebensführung in stationären Einrichtungen (MuG IV). Demenz, Angehörige und Freiwillige, Versorgungssituation sowie Beispielen für "Good Practice". München: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. S. 169-232.
- Schmidt, T. A.; Wolff, B. (2006): Handbuch : Niedrigschwellige Betreuungsangebote; ein Baustein in der ambulanten gerontopsychiatrischen Versorgung. Hannover: Vincentz.

- Schneekloth, U. (2005): Entwicklungstrends beim Hilfe- und Pflegebedarf in Privathaushalten - Ergebnisse der Infratest-Repräsentativerhebung. In: Schneekloth, U.; Wahl, H. W. (Hrsg.): Möglichkeiten und Grenzen selbständiger Lebensführung in privaten Haushalten (MuG III). Repräsentativbefunde und Vertiefungsstudien zu häuslichen Pflegearrangements, Demenz und professionellen Versorgungsangeboten. München: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. S. 55-98.
- Schöffski O, Schulenburg I (1999): Ökonomische Aspekte in der therapeutischen Versorgung von Demenzpatienten. Gesundheitspolitik, 5, S. 6-11.
- Schröder, K. (2010): Eröffnungsstatement. Pressekonferenz zur Familien-Pflegezeit am 20.05.2010. Pressekonferenz zur Familien-Pflegezeit am 20.05.2010.
- Schulenburg, J. M.; Schulenburg, I.; Horn, R.; Möller, H. J.; Bernhardt, T.; Grass, A.; Mast, O. (1998): Cost of Treatment and Care of Alzheimer's Disease in Germany. In: Wimo, A.; Jönsson, B.; Karlsson, G.; Winblad, B. (Hrsg.): Health Economics in Dementia. John Wiley & Sons Ltd: West Sussex. S. 218-230.
- Schupp, J.; Künemund, H. (2004): Private Versorgung und Betreuung von Pflegebedürftigen in Deutschland. DIW-Wochenbericht, 71, S.289-294.
- Schwabe, U. (2010): Antidementiva. In: Schwabe, U.; Paffrath, D. (Hrsg.): Arzneiverordnungs-Report 2010. Aktuelle Daten, Kosten, Trends und Kommentare. Berlin: Springer. S. 331-342.
- Schwarz, G. (2001): Die Kranken und ihre Angehörigen gleichermaßen im Blick. In: Die Kerbe, 19, 1, S. 18-20.
- Senatsverwaltung für Gesundheit, Soziales und Verbraucherschutz (2005): Gesundheitsberichterstattung Berlin. Pflegebedürftigkeit in Berlin unter besonderer Berücksichtigung der Lebenserwartung. Statistische Kurzinformation 2005-1.
- Sonntag, A.; Angermeyer, M. (2000): Zur Benachteiligung Demenzkranker im Rahmen der Pflegeversicherung. In: Zeitschrift für Sozialreform, 46, 12, S. 1048-1051.
- Spitzenverband der Pflegekassen; Verband der privaten Krankenversicherung e.V. (Hrsg.) (2008): Richtlinie zur Feststellung von Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz und zur Bewertung des Hilfebedarfs vom 22.03.2002 geändert durch Beschlüsse vom 11.05.2006 und 10.06.2008. URL: http://www.gkv-spitzenverband.de/upload/Endfassung_Richtlinie_PEA-Verfahren_1523.pdf. (aktuell am 28.10.2010).
- Statistisches Bundesamt (2008a): Pflegestatistik 2007. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. Deutschlandergebnisse. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt.
- Statistisches Bundesamt (2008b): Gesundheit. Krankheitskosten. 2002, 2004 und 2006. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt.
- Statistisches Bundesamt (2009a): Bevölkerung Deutschlands bis 2060. Ergebnisse der 12. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung. URL: <https://www-ec.destatis.de/csp/shop/sfg/bpm.html.cms.cBroker.cls?cmspath=struktur,Warenkorb.csp&action=ba sketadd&id=1024891> (aktuell am 25.10.2010).
- Statistisches Bundesamt (2009b): Bevölkerung Deutschlands bis 2060. 12. koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung. Begleitmaterial zur Pressekonferenz am 18. November 2009 in Berlin. URL: http://www.destatis.de/jetspeed/portal/cms/Sites/destatis/Internet/DE/Presse/pk/2009/Bevoelkerung/pressebroschuere_bevoelkerungsentwicklung2009.property=file.pdf (aktuell am 18.11.2009).
- Statistisches Bundesamt (2010a): Bevölkerungsfortschreibung - Fachserie 1 Reihe 1.3 - 2008. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt.
- Statistisches Bundesamt (2010b): Todesursachen in Deutschland - Fachserie 12 Reihe 4 - 2009. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt.
- Statistisches Bundesamt (2010c): Gesundheit. Krankheitskosten. 2002, 2004, 2006 und 2008. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt.

- Stegmann, M.; Mika, T. (2007): Ehrenamtliche Pflege in den Versichertenbiografien. In: Deutsche Rentenversicherung, 11-12, S.771-789.
- Stein, C. H.; Wemmerus, V. A.; Ward, M.; Gaines, M. E.; Freeberg, A. L.; Jewell, T. C. (1998). "Because they're my parents": An intergenerational study of felt obligation and parental caregiving. In: Journal of Marriage and Family, 60, S.611-622.
- Stiftung trias, (o. J.): Zukunftsfähige Wohnformen und Pflege. Wohnprojekt - Wohn-Pflege-Gemeinschaft - Demenz-Wohngruppe. Hattingen: Stiftung trias.
- Stoppe, G. (2006): Demenz. Diagnostik – Beratung – Therapie. München: Ernst Reinhardt.
- Udsching, P. (2009): Neubestimmung des Leistungsfalls und die Versorgung Dementer. In: Bieback, K.-J. (Hrsg.): Die Reform der Pflegeversicherung 2008. Münster: Lit-Verl. (Sozialrecht und Sozialpolitik in Europa, 12).
- Unger, R. (2006): Trends in active life expectancy in Germany between 1984 und 2003 – A cohort analysis with different indicators of health. In: Journal of Public Health, 14, S.155-163.
- Unger, R.; Rothgang, H. (2010): Häusliche Hilfe- und Pflegebedürftigkeit in Ost- und Westdeutschland. Die Bedeutung des Einkommens bei der Erklärung von Strukturunterschieden. In: Krause P.; Ostner, I. (Hrsg.): Leben in Ost- und Westdeutschland: Eine sozialwissenschaftliche Bilanz der deutschen Einheit 1990-2010. Frankfurt: Campus. S. 625-640
- Wagner, A.; Fleer, B. (2007): Pflegebericht des Medizinischen Dienstes 2006. Essen.
- Wasem, J.; Rotter, I.; Focke, A.; Igl, G. (2007): Verändertes Kodierverhalten als eine der ungeklärten Herausforderungen der DRG-Einführung. In: Klauber, J.; Robra, B.-P.; Schellschmidt, H. (Hrsg.): Krankenhaus-Report 2007. Krankenhausvergütung – Ende der Konvergenzphase? Stuttgart: Schattauer, S.49-62.
- WHO (2009): Definition and general considerations. URL: http://www.whooc.no/ddd/definition_and_general_considera/ (aktuell am 15.11.2010).
- WHO (2010): International Classification of Diseases (ICD). URL: <http://www.who.int/classifications/icd/en/> (aktuell am 28.10.2010).
- Wilm, S. (2010): Über- und Fehlversorgung mit Psychopharmaka bei Menschen mit Demenz in Pflegeheimen. Ergebnisse aus dem Leuchtturmprojekt Demenz InDemA. Vortrag auf dem 9. Deutschen Kongress für Versorgungsforschung und der 5. Jahrestagung Aktionsbündnis Patientensicherheit e.V. am 30.09.-02.10.2010 in Bonn.
- Ziegler, U.; Doblhammer, G. (2009): Prävalenz und Inzidenz von Demenz in Deutschland. Eine Studie auf Basis von Daten der gesetzlichen Krankenversicherung von 2002. Rostocker Zentrum - Diskussionspapier No. 24. URL: http://www.rostockerzentrum.de/publikationen/rz_diskussionpapier_24.pdf. (aktuell am 17.06.2010).
- Ziegler, U.; Doblhammer, G. (2010): Prävalenz und Inzidenz von Demenz in Deutschland: Eine Studie auf Basis von Daten der gesetzlichen Krankenversicherungen von 2002. In: Das Gesundheitswesen, 71, 5, S. 281-290.

8 Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Verteilung der Leistungsarten in der Sozialen Pflegeversicherung nach Jahr	40
Abbildung 2: Verteilungen der Pflegestufen in der Sozialen Pflegeversicherung am Jahresende nach Jahr	43
Abbildung 3: Anteil der Pflegebedürftigen nach Pflegearrangement in Prozent.....	46
Abbildung 4: Prävalenz der Pflegebedürftigkeit nach Bundesland (in %).....	48
Abbildung 5: Prävalenz der Pflegebedürftigkeit je Altenbevölkerung nach Bundesland (älter 75 Jahre) (in%).....	49
Abbildung 6: Verteilung der Pflegestufen bei ambulanten und stationären Erstbegutachtungen nach Jahr	56
Abbildung 7: Pflegepersonen nach Alter und Geschlecht.....	66
Abbildung 8: Heimplätze in vollstationärer Pflege je 100 Einwohner älter 75 Jahre.....	69
Abbildung 9: Beschäftigte der ambulanten Pflegedienste in Vollzeitäquivalenten je 100 Einwohner älter 75 Jahre.....	76
Abbildung 10: Alters- und Geschlechterverteilung in der BRD, unter den Versicherten der BARMER und den Versicherten der GEK Ende 2009.....	104
Abbildung 11: Pflegestatistik für 2007: Pflegeprävalenz nach Stufen	106
Abbildung 12: BARMER Daten von 2009: Pflegeprävalenz nach Stufen	106
Abbildung 13: GEK Daten von 2009: Pflegeprävalenz nach Stufen.....	106
Abbildung 14: Pflegestatistik für 2007: Pflegeprävalenz nach Versorgungsart	107
Abbildung 15: BARMER Daten 2009: Pflegeprävalenz nach Versorgungsart	107
Abbildung 16: GEK Daten 2009: Pflegeprävalenz nach Versorgungsart.....	107
Abbildung 17: Anteile Pflegebedürftiger an der über 60-jährigen Bevölkerung nach Pflegestufen (standardisiert auf die Bevölkerung der BRD 2008).....	113
Abbildung 18: Anteile Pflegebedürftiger an der über 60-jährigen Bevölkerung nach Pflegearrangements (standardisiert auf die Bevölkerung der BRD 2008).....	114
Abbildung 19: Pflegewahrscheinlichkeit der Todesfälle nach Jahren	115
Abbildung 20: Eintrittswahrscheinlichkeit in die Pflegebedürftigkeit für Männer und Frauen ab Alter 60 nach Pflegestufe.....	120
Abbildung 21: Entwicklung der inzidenten Fälle bei Männern ab Alter 60 nach Pflegestufe	123
Abbildung 22: Entwicklung der inzidenten Fälle bei Frauen ab Alter 60 nach Pflegestufe	124
Abbildung 23: Überlebende Männer der Jahre 2004-2008 ab Alter 60 nach Pflegebedürftigkeit.....	130
Abbildung 24: Überlebende Frauen der Jahre 2004-2008 ab Alter 60 nach Pflegebedürftigkeit	130
Abbildung 25: Verstorbene im 1. Quartal.....	133
Abbildung 26: Verstorbene im 4. Quartal.....	133
Abbildung 27: Verstorbene im 8. Quartal.....	133
Abbildung 28: Anteile der verstorbenen Pflegebedürftigen im 1., 4. bzw. 8. Quartal nach Auftreten der Pflegebedürftigkeit.....	135
Abbildung 29: Anteile der Zeiten in Pflegearrangements bis Ende 2009 nach Pflegebeginn in häuslicher Pflege im Jahr 2001	141

Abbildung 30: Anteile der Zeiten in Pflegearrangements bis Ende 2009 nach Pflegebeginn in vollstationärer Pflege im Jahr 2001	142
Abbildung 31: Anteile der Zeiten in Pflegearrangements innerhalb von 12 Quartalen nach Pflegebeginn in häuslicher Pflege in den Jahren 2001–06	143
Abbildung 32: Anteile der Zeiten in Pflegearrangements innerhalb von 12 Quartalen nach Pflegebeginn in vollstationärer Pflege in den Jahren 2001–06	144
Abbildung 33: Hochrechnung der Demenzen der GEK-Versicherten von 2009 auf die geschätzte Bundesbevölkerung 2009	158
Abbildung 34: ... auf die geschätzte Bundesbevölkerung 2030	158
Abbildung 35: ... auf die geschätzte Bundesbevölkerung 2060	158
Abbildung 36: Vergleich der altersspezifischen Demenzprävalenz der GEK-Versicherten im Jahr 2009 mit den Prävalenzen aus anderen Studien	160
Abbildung 37: Demenz- und Pflegeprävalenz 2009	161
Abbildung 38: Anteil der Verstorbenen in den Jahren 2005–2009 mit und ohne Pflegeleistungen und Demenzdiagnose	162
Abbildung 39: Pflegebedürftige demente Personen nach Alter, Geschlecht und Pflegearrangements im Jahr 2009	164
Abbildung 40: Vergleich der altersspezifischen Demenzinzidenzen der GEK-Versicherten in den Jahren 2005–2009 mit den Inzidenzen aus anderen Studien	166
Abbildung 41: Pflegeinzidenzen der Jahre 2005–2009: Pflegearrangement und Demenzdiagnose nach Alter und Geschlecht	167
Abbildung 42: Pflegeinzidenzen der Jahre 2005–2009: Pflegestufen und Demenzdiagnose nach Alter und Geschlecht	168
Abbildung 43: Demenzinzidenzen der Jahre 2005–2009: Pflegearrangements nach Alter und Geschlecht	169
Abbildung 44: Demenzinzidenzen der Jahre 2005–2009: Pflegestufen nach Alter und Geschlecht	170
Abbildung 45: Pflegearrangements nach Demenzinzidenz im Jahr 2005/06 – Männer	172
Abbildung 46: Pflegearrangements nach Demenzinzidenz im Jahr 2005/06 – Frauen	172
Abbildung 47: Pflegearrangements nach Demenzinzidenz ohne Pflege im Jahr 2005/06 – Männer	173
Abbildung 48: Pflegearrangements nach Demenzinzidenz ohne Pflege im Jahr 2005/06 – Frauen	173
Abbildung 49: Pflegestufen nach Demenzinzidenz im Jahr 2005/06 – Männer	174
Abbildung 50: Pflegestufen nach Demenzinzidenz im Jahr 2005/06 – Frauen	174
Abbildung 51: Pflegestufen nach Demenzinzidenz ohne Pflege im Jahr 2005/6 – Männer	175
Abbildung 52: Pflegestufen nach Demenzinzidenz ohne Pflege im Jahr 2005/6 – Frauen	175
Abbildung 53: Demenzstatus im Pflegeverlauf nach Pflegeeintritt 2005/06 – Männer	178
Abbildung 54: Demenzstatus im Pflegeverlauf nach Pflegeeintritt 2005/06 – Frauen	178
Abbildung 55: Demenzstatus im Pflegeverlauf nach Pflegeeintritt in den Jahren 2005/06 ohne Demenz – Männer	179

Abbildung 56: Demenzstatus im Pflegeverlauf nach Pflegeeintritt in den Jahren 2005/06 ohne Demenz – Frauen	179
Abbildung 57: Pflegearrangements nicht dementer Männer nach Pflegezugang in den Jahren 2005/06	182
Abbildung 58: Pflegearrangements nicht dementer Frauen nach Pflegezugang in den Jahren 2005/06	182
Abbildung 59: Pflegearrangements dementer Männer nach Pflegezugang in den Jahren 2005/06	183
Abbildung 60: Pflegearrangements dementer Frauen nach Pflegezugang in den Jahren 2005/06	183
Abbildung 61: Pflegestufen nicht dementer Männer nach Pflegezugang in den Jahren 2005/06	184
Abbildung 62: Pflegestufen nicht dementer Frauen nach Pflegezugang in den Jahren 2005/06	184
Abbildung 63: Pflegestufen dementer Männer nach Pflegezugang in den Jahren 2005/06	185
Abbildung 64: Pflegestufen dementer Frauen nach Pflegezugang in den Jahren 2005/06	185
Abbildung 65: Inanspruchnahme zusätzlicher Betreuungsleistungen pro Jahr und Quartal (Anteil der GEK-Versicherten im Alter ab 60 Jahren)	189
Abbildung 66: Anzahl der GEK-Versicherten im Alter 60+ mit zusätzlichen Betreuungsleistungen pro Jahr	190
Abbildung 67: Anzahl erstmaliger zusätzlicher Betreuungsleistungen pro Jahr und Quartal (GEK-Versicherte im Alter 60+)	191
Abbildung 68: Ausgabenentwicklung zusätzlicher Betreuungsleistung für alle Versicherte und Demenzzranke im Alter 60+ (GEK-Versicherte)	192
Abbildung 69: Inanspruchnahme zusätzlicher Betreuungsleistungen von Demenzzranken im Alter 60+ (GEK-Versicherte)	192
Abbildung 70: Hochrechnung zusätzliche Betreuungsleistungen auf die Bevölkerung der BRD im Alter ab 60 Jahren	193
Abbildung 71: Prävalenz von Schizophrenie u. a. (F20-29) im Jahr 2009 für (nicht-) pflegebedürftige Personen mit/ohne Demenz	203
Abbildung 72: ... pflegebedürftige demente Personen nach Pflegestufen	203
Abbildung 73: ... pflegebedürftige demente Personen nach Pflegearrangement	203
Abbildung 74: Prävalenz von Depression u. a. (F31-F38 oder F06.3) im Jahr 2009 für (nicht-) pflegebedürftige Personen mit/ohne Demenz	205
Abbildung 75: ... pflegebedürftige demente Personen nach Pflegestufen	205
Abbildung 76 ... pflegebedürftige demente Personen nach Pflegearrangement	205
Abbildung 77: Anzahl der Behandlungsfälle durch Allgemeinmediziner im Jahr 2009 für (nicht-) pflegebedürftige Personen mit/ohne Demenz	208
Abbildung 78: ... pflegebedürftige demente Personen nach Pflegestufen	208
Abbildung 79 ... pflegebedürftige demente Personen nach Pflegearrangement	208
Abbildung 80: Anzahl der Behandlungsfälle durch Neurologen oder Psychiater im Jahr 2009 für (nicht-) pflegebedürftige Personen mit/ohne Demenz	210
Abbildung 81: ... pflegebedürftige demente Personen nach Pflegestufen	210
Abbildung 82: ... pflegebedürftige demente Personen nach Pflegearrangement	210

Abbildung 83: Anzahl der Behandlungsfälle durch andere Fachärzte im Jahr 2009 für (nicht-) pflegebedürftige Personen mit/ohne Demenz.....	211
Abbildung 84: ... pflegebedürftige demente Personen nach Pflegestufen	211
Abbildung 85: ... pflegebedürftige demente Personen nach Pflegearrangement	211
Abbildung 86: Zahl der verordneten DDD von Psycholeptika (ATC N05) im Jahr 2009 für (nicht-) pflegebedürftige Personen mit/ohne Demenz	215
Abbildung 87: ... pflegebedürftige demente Personen nach Pflegestufen	215
Abbildung 88: ... pflegebedürftige demente Personen nach Pflegearrangement	215
Abbildung 89: Verordnete DDD an Cholinesterasehemmern (ATC N06DA02-04) im Jahr 2009 für (nicht-) pflegebedürftige Personen mit/ohne Demenz	218
Abbildung 90: ... pflegebedürftige demente Personen nach Pflegestufen	218
Abbildung 91: ... pflegebedürftige demente Personen nach Pflegearrangement	218
Abbildung 92: Verordnete DDD an Cholinesterasehemmern (ATC N06DA02-04) für (nicht-) pflegebedürftige, dementen Personen mit einer Alzheimer Demenz (AD) oder einer vaskulären bzw. anderen Demenzform (Vas.+and.D.) pro Quartal nach Alter und Geschlecht im Jahr 2009	219
Abbildung 93: Verordnete DDD an Memantin (ATC N06DX01) im Jahr 2009 für (nicht-) pflegebedürftige Personen mit/ohne Demenz.....	220
Abbildung 94: ... pflegebedürftige demente Personen nach Pflegestufen	220
Abbildung 95: ... pflegebedürftige demente Personen nach Pflegearrangement	220
Abbildung 96: Verordnete DDD an Ginkgo biloba (ATC N06DP01) im Jahr 2009 für (nicht-) pflegebedürftige Personen mit/ohne Demenz.....	222
Abbildung 97: ... pflegebedürftige demente Personen nach Pflegestufen	222
Abbildung 98: ... pflegebedürftige demente Personen nach Pflegearrangement	222
Abbildung 99: Zahl der Ergotherapieeinheiten im Jahr 2008 für (nicht-) pflegebedürftige Personen mit/ohne Demenz.....	224
Abbildung 100: ... pflegebedürftige demente Personen nach Pflegestufen	224
Abbildung 101: ... pflegebedürftige demente Personen nach Pflegearrangement	224
Abbildung 102: Zahl der Krankengymnastikeinheiten im Jahr 2008 für (nicht-) pflegebedürftige Personen mit/ohne Demenz.....	225
Abbildung 103 ... pflegebedürftige demente Personen nach Pflegestufen	225
Abbildung 104: ... pflegebedürftige demente Personen nach Pflegearrangement	225
Abbildung 105: Monatliche Kosten der Kranken- und Pflegekasse für Personen mit und ohne Demenz im Jahr 2008	233

9 Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Mehrbelastungen durch Maßnahmen des PFWG in Mrd. € und Beitragssatzpunkten...	23
Tabelle 2: Übersicht Pflegestützpunkte in Deutschland.....	30
Tabelle 3: Entwicklung der Zahl der Pflegebedürftigen in der Sozialen Pflegeversicherung im Jahresdurchschnitt nach Leistungsart.....	39
Tabelle 4: Entwicklung der Zahl der Pflegebedürftigen in der Sozialen Pflegeversicherung am Jahresende nach Pflegestufe.....	42
Tabelle 5: Pflegebedürftige nach Jahr im Ländervergleich.....	44
Tabelle 6: Entwicklung der Prävalenzen bezogen auf die Altenbevölkerung (älter 75 Jahre) nach Bundesland.....	50
Tabelle 7: Begutachtungen für ambulante und stationäre Leistungen der Sozialen Pflegeversicherung nach Gutachtenart (Anteile in Prozent in Klammer).....	54
Tabelle 8: Erstbegutachtungen der Anträge auf Zuweisung einer Pflegestufe.....	55
Tabelle 9: Einstufungen nach Höherstufungs-/Wiederholungsbegutachtungen bei ambulanten Leistungen nach Pflegestufe und Jahr (Anteile in %).....	58
Tabelle 10: Pflegepersonen bis zum Rentenalter nach Pflegedauer und Jahr.....	62
Tabelle 11: Pflegepersonen bis zum Rentenalter nach Geburtsjahren (Rentenzugangsjahren).....	64
Tabelle 12: Pflegepersonen über 16 Jahren nach Jahr und Geschlecht und Anteil an der Bevölkerung.....	65
Tabelle 13: Die stationären Pflegeeinrichtungen nach Art des Trägers in den Bundesländern im Jahr 2007 (Anteile in Klammer).....	68
Tabelle 14: Heimpersonal nach Beschäftigungsverhältnis in den Bundesländern im Jahr 2007... 70	70
Tabelle 15: Vergütung der vollstationären Dauerpflege in den Bundesländern im Jahr 2007.....	73
Tabelle 16: Die ambulanten Pflegedienste nach Art des Trägers in den Bundesländern im Jahr 2007 (Anteile in Klammer).....	75
Tabelle 17: Personal der ambulanten Pflegedienste nach Beschäftigungsverhältnis in den Bundesländern im Jahr 2007.....	77
Tabelle 18: Finanzentwicklung der gesetzlichen Pflegeversicherung (in Mrd. €).....	82
Tabelle 19: Finanzentwicklung der privaten Pflegeversicherung (in Mio. €).....	85
Tabelle 20: Empfänger von Hilfe zur Pflege am Jahresende.....	86
Tabelle 21: Netto-Ausgaben der Sozialhilfe für Hilfe zur Pflege (in Tsd. €).....	87
Tabelle 22: Leistungsempfänger und Bruttoausgaben der Kriegsoferfürsorge.....	89
Tabelle 23: Ausgaben für Pflegebedürftigkeit nach Finanzierungsquelle in 2008.....	90
Tabelle 24: Anteile der pflegebedürftigen Versicherten der GEK der Jahre 2001, 2003, 2005, 2007 und 2009 nach differenzierenden Merkmalen in %.....	111
Tabelle 25: Anzahl der inzidenten Fälle nach Jahr, Eingangspflegestufe und -leistung.....	117
Tabelle 26: Anteile erstmalig Pflegebedürftiger nach Jahr, Geschlecht, Pflegestufe, Familienstand und Gesundheitszustand (in %).....	119
Tabelle 27: Inzidenzen von Männern nach Alter, Jahr und Pflegestufe (in %).....	121
Tabelle 28: Inzidenzen von Frauen nach Alter, Jahr und Pflegestufe (in %).....	122

Tabelle 29: Einflussfaktoren für Pflegebedürftigkeit (Relative Risiken)	125
Tabelle 30: Fernere Lebenserwartung nach Geschlecht und Pflegestufe	129
Tabelle 31: Relatives Sterberisiko bei Pflegebedürftigkeit (Exponentialmodell).....	137
Tabelle 32: Sequenzen der Pflegearrangements nach Jahr der Pflegeinzidenz	146
Tabelle 33: Gesamtlebensprävalenz von Demenz und Pflegebedürftigkeit der Verstorbenen der Jahrgänge 2005-2009 hochgerechnet auf Deutschland, in %.....	163
Tabelle 34: Zeitliche Anteile in den Pflegearrangements innerhalb von 12 Quartalen seit Pflegebeginn im Jahr 2005/06.....	181
Tabelle 35: Zeitliche Anteile in den Pflegestufen innerhalb von 12 Quartalen seit Pflegebeginn in 2005/06	186
Tabelle 36: Schematische Darstellung der Variablenkonstruktion.....	200
Tabelle 37: Durchschnittlicher rechnerischer Punktwert der vertragsärztlichen Versorgung, alle Bundesländer, Summe aller Leistungserbringer.....	231

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* Euro 14,90
ISBN 978-3-537-44101-0
- Band 2: *Glaeske, G., Schicktanz, C.: BARMER GEK Arzneimittel-Report 2010. 2010* Euro 14,90
ISBN 978-3-537-44102-7
- Band 3: *Bitzer, E.V., Grobe, T.G., Dörning, H., Schwartz, F.W.: BARMER GEK Report Krankenhaus 2010. 2010* Euro 14,90
ISBN 978-3-537-44103-4
- Band 4: *Sauer, K., Kemper, C., Kaboth, K., Glaeske, G.: BARMER GEK Heil- und Hilfsmittel-Report 2010. 2010* Euro 14,90
ISBN 978-3-537-44104-1