

BARMER GEK



BARMER GEK PFLEGEREPORT 2013

H. Rothgang, R. Müller, R. Unger



Schriftenreihe zur
Gesundheitsanalyse
Band 23

Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse, Band 23

Heinz Rothgang

Rolf Müller

Rainer Unger

BARMER GEK Pflegereport 2013

Schwerpunktthema: Reha bei Pflege

November 2013

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 23

BARMER GEK Pflegereport 2013

Herausgeber: BARMER GEK

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

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

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

ISBN: 978-3-943-74488-0

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

Inhalt

ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS	5
VORWORT	6
1 ZUSAMMENFASSUNG.....	7
1.1 PFLEGEPOLITIK	7
1.2 AKTUELLE UND LANGFRISTIGE ENTWICKLUNGEN	10
1.3 REHA VOR UND BEI PFLEGE.....	14
2 EINLEITUNG.....	17
3 DIE WEITERENTWICKLUNG DER PFLEGEVERSICHERUNG IN DER LETZTEN LEGISLATURPERIODE.....	19
3.1 PFLEGEPOLITISCHE REFORMEN DER VERGANGENEN LEGISLATURPERIODE	19
3.2 HERAUSFORDERUNGEN FÜR DIE NÄCHSTE PFLEGEREFORM.....	34
4 PFLEGE IM SPIEGEL AMTLICHER STATISTIKEN UND ANDERER DATENQUELLEN	57
4.1 DATENQUELLEN	58
4.2 DIE ENTWICKLUNG DER ZAHL DER PFLEGEBEDÜRFTIGEN.....	61
4.3 DIE PRÄVALENZ VON PFLEGEBEDÜRFTIGKEIT	75
4.4 BEGUTACHTUNGEN DES MEDIZINISCHEN DIENSTES	90
4.5 DIE PFLEGEPERSONEN	100
4.6 AMBULANTE PFLEGEDIENSTE	110
4.7 DIE STATIONÄREN PFLEGEEINRICHTUNGEN	115
4.8 FINANZIERUNG DER PFLEGEBEDÜRFTIGKEIT.....	125
5 PFLEGEBEDÜRFTIGKEIT IM SPIEGEL DER ROUTINEDATEN	143
5.1 ROUTINEDATEN ALS BASIS FÜR DIE ANALYSE DER PFLEGEBEDÜRFTIGKEIT	144
5.2 MORBIDITÄT UND PFLEGEBEDÜRFTIGKEIT.....	155
5.3 DIE LEBENSZEITPRÄVALENZ VON PFLEGEBEDÜRFTIGKEIT	169
5.4 LEBENSERWARTUNG IN UND OHNE PFLEGEBEDÜRFTIGKEIT.....	172

5.5	WIE LANGE DAUERT EINE PFLEGEBEDÜRFTIGKEIT?	179
5.6	IMMER ÄLTER UND KRÄNKER INS HEIM?.....	184
5.7	PFLEGESTUFEN UND LEISTUNGSBEZUG VON PEA IN HÄUSLICHER PFLEGE	190
6	REHABILITATION BEI PFLEGEBEDÜRFTIGKEIT	204
6.1	INSTITUTIONELLER RAHMEN UND WISSENSSTAND.....	205
6.2	ANALYSE MIT GKV- UND SPV-ROUTINEDATEN	223
6.3	FAZIT	280
7	LITERATUR	284
8	ABBILDUNGSVERZEICHNIS	297
9	TABELLENVERZEICHNIS.....	300

Abkürzungsverzeichnis

ADL	Activities of Daily Living (Aktivitäten des täglichen Lebens)		
AOK	Allgemeine Ortskrankenkassen	KFW	Kreditanstalt für Wiederaufbau
BAR	Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation	KOF	Kriegsopferfürsorge
BdV	Bund der Versicherten	MDK	Medizinischer Dienst der Krankenversicherung
BGBI	Bundesgesetzblatt	MDS	Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e. V.
BKK	Betriebskrankenkassen	MuG	Möglichkeiten und Grenzen selbständiger Lebensführung
BMFSFJ	Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend	NBA	Neues Begutachtungsassessment
BMG	Bundesministerium für Gesundheit	OPG	Operation Gesundheitswesen. Gesundheitspolitische Nachrichten und Analysen der Presseagentur Gesundheit
BR-Drs.	Bundesrat Drucksache	PEA	Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz
BT-Drs.	Bundestag Drucksache	PfEG	Pflegeleistungs-Ergänzungsgesetz
BVerfG	Bundesverfassungsgericht	PflegeZG	Pflegezeitgesetz
BVG	Bundesversorgungsgesetz	PfIVDV	Pflegevorsorgezulage-Durchführungsverordnung
c. p.	Ceteris paribus; unter sonst gleichen Bedingungen	PfWG	Pflege-Weiterentwicklungsgesetz (am 1.7.2008 in Kraft getreten)
DAV	Deutsche Aktuarvereinigung	PNG	Pflege-Neuausrichtungsgesetz
DGN	Deutsche Gesellschaft für Neurologie	PPV	Private Pflegeversicherung
DIMDI	Deutsches Institut für medizinische Dokumentation und Information	RR	Relatives Risiko; statistisches Maß, das angibt, wie hoch die Wahrscheinlichkeit eines Ereignisses oder Zustands (je Zeiteinheit) für eine Gruppe im Vergleich zur Vergleichsgruppe ist.
DIW	Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung	SGB	Sozialgesetzbuch (V = fünftes Buch; XI = elftes Buch)
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss	SOEP	Sozio-ökonomisches Panel
GEK	Gmünder ErsatzKasse	SPV	Soziale Pflegeversicherung
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung	SUF	Scientific-Use-File
GtMK	Geriatritypische Merkmalskomplexe	vdek	Verband der Ersatzkassen
GtMM	Geriatritypische Multimorbidität	vzbv	Verbraucherzentrale Bundesverband
IAB	Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung	WHO	World Health Organization
IADL	Instrumental Activities of Daily Living (Skala zur Einschätzung instrumenteller Selbstversorgungsfähigkeiten)		
ICD	International Classification of Disease (Internationale Klassifikation der Erkrankungen)		
ICF	International Classification of Functioning, Disability and Health (Internationale Klassifikation der		

Vorwort

Das Thema Pflege wird politisch immer relevanter. Die Menschen altern und die Zahl der Pflegebedürftigen nimmt zu. Entsprechend groß ist der Diskussions- und Reformbedarf. Auch in den laufenden Koalitionsverhandlungen spielt die Pflege eine exponierte Rolle.

In dieser Situation kommt wissenschaftlichen Studien wie dem BARMER GEK Pflegereport eine besondere Bedeutung zu. Zunächst befruchtet der Report die Versorgungsforschung. Aber auch als verlässliche Informationsquelle für Gesundheitsexperten und Politiker ist die Studie nicht zu unterschätzen.

Zum Beispiel sind in diesem Jahr interessante Analysen zur Risikoselektion der privaten Pflegeversicherung im Buch enthalten. Aufschlussreich sind auch die neuen Schwerpunktanalysen zu Anstrengungen, mittels Rehabilitation die Pflegebedürftigkeit einzudämmen. Und die Zahlen zum zunehmenden Stellenwert von ambulanten Pflegediensten oder zu den Bedingungen einer vermehrten Inanspruchnahme zusätzlicher Betreuungsleistungen haben ebenfalls eine politische Dimension.

Minutiös bereitet die Studie aktuelle amtliche Daten zur pflegerischen Versorgung in Deutschland auf. Darüber hinaus liefert sie detaillierte Routinedatenanalysen und vertiefende Einblicke in pflegerische Versorgungsabläufe. So wird der BARMER GEK Pflegereport 2013 auch im sechsten Jahr seines Erscheinens seinem Ruf als wissenschaftliches Standardwerk gerecht.

Unser Dank gilt Herrn Professor Heinz Rothgang, Dr. Rolf Müller und Dr. Rainer Unger vom Zentrum für Sozialpolitik (ZeS) der Universität Bremen, die für uns den Report erstellt haben.

Berlin, im November 2013

Dr. med. Christoph Straub

Vorstandsvorsitzender der
BARMER GEK

Dr. jur. Rolf-Ulrich Schlenker

Stv. Vorstandsvorsitzender der
BARMER GEK

1 Zusammenfassung

1.1 Pflegepolitik

Langfristige Sicherung eines ausreichenden Leistungsniveaus ist nur in der Sozialversicherung möglich

Die Pflegeversicherung ist ein Teilleistungssystem, das nicht-bedarfsdeckende Leistungen zur Verfügung stellt. Um der resultierenden Absicherungslücke entgegenzutreten, wurde im Pflege-Neuausrichtungsgesetz eine Zulagenförderung für ergänzende Pflegeversicherungen („Pflege-Bahr“) eingeführt. Bis zum Sommer 2013 wurden allerdings nur rd. 150.000 Versicherungsverträge abgeschlossen. Damit blieb die Zahl der Vertragsabschlüsse bisher weit hinter den – bereits bescheidenen – Erwartungen der Bundesregierung (1,5 Mio. Versicherungsverträge im Jahr 2013) zurück. Auch in Zukunft ist nicht zu erwarten, dass mehr als eine kleine Bevölkerungsminderheit entsprechende Verträge abschließt, die u. a. wegen der Gefahr der adversen Selektion für die Versicherungsnehmer unattraktiv sind. Verbraucherschützer warnen daher einhellig vor diesen Verträgen. Letztlich kann im Rahmen einer kapitalgedeckten Privatversicherung sowieso nur ein nominaler Leistungsbetrag versichert werden. Diesen sinnvoll zu bestimmen ist aber unmöglich, da unbekannt ist, wie sich die Pflegekosten und die Leistungen der obligatorischen Pflegeversicherung in dem mehrere Dekaden umfassenden Zeitraum entwickeln, der typischerweise zwischen Abschluss der Versicherung und dem Auftreten von Pflegebedürftigkeit liegt. Eine substantielle Absicherung des Pflege-risikos ist daher nur in einem umlagefinanzierten Versicherungssystem möglich, bei dem die Leistungen angemessen dynamisiert werden. Es ist daher von größter Bedeutung, die Leistungen der Sozialen Pflegeversicherung und der Privaten Pflegepflichtversicherung regelgebunden und in ausreichendem Umfang zu dynamisieren, um einen Realwertverfall dieser Leistungen zu verhindern.

Privatversicherung profitiert von vielfacher Risikoselektion – ein systemübergreifender Ausgleich ist sinnvoll und notwendig

Im Pflege-Versicherungsgesetz von 1994 wurde eine Versicherungspflicht für die gesamte Bevölkerung eingeführt. Allerdings wurde diese in zwei Zweigen organi-

siert, der Sozialen Pflegeversicherung und der Privaten Pflegepflichtversicherung. Während Letztere ihre Prämien in der Vergangenheit sogar senken konnte, ist der Beitragssatz zur Sozialen Pflegeversicherung gestiegen. Ursache hierfür ist die mehrfache Risikoselektion zu Lasten der Sozialversicherung, von der die Privatversicherung profitiert: Die Privatversicherten haben nicht nur höhere Einkommen, sondern auch niedrigere altersspezifische Pflegeprävalenzen. Zudem sind Männer, die eine niedrigere Pflegehäufigkeit haben, überdurchschnittlich vertreten. Schließlich ist auch die Altersstruktur der Versicherten deutlich günstiger. Im Ergebnis liegen die Leistungsausgaben pro Versichertem in der Sozialen Pflegeversicherung daher – bei gleichem Leistungsanspruch und gleichen Begutachungskriterien – dreimal so hoch wie in der Sozialversicherung. Würden die Privatversicherten eine eigene Sozialversicherung nach den Regeln der Sozialen Pflegeversicherung betreiben, läge der Beitragssatz nur bei einem Fünftel des zum Budgetausgleich notwendigen Beitragssatzes in der Sozialen Pflegeversicherung.

Es kommt so zu einer Benachteiligung der Sozialversicherten, die unter Gerechtigkeitsgesichtspunkten nicht gerechtfertigt werden kann. Ein Ausgleich der ungleich verteilten Risiken wäre am leichtesten in Form einer integrierten Pflegeversicherung zu realisieren, die die gesamte Bevölkerung umfasst. Sollte sich dies nicht realisieren lassen, weil der politische Wille dazu fehlt, könnten die Folgen der Risikoselektion durch Schaffung eines Finanzausgleichs zwischen Sozialer Pflegeversicherung und Privater Pflegepflichtversicherung ausgeglichen werden.

Langfristige Sicherung einer funktionsfähigen Pflegeinfrastruktur erfordert erhebliche Anstrengungen

In den nächsten Jahren wird die Zahl der Pflegebedürftigen weiter steigen, nach Berechnungen des Statistischen Bundesamtes bis 2050 um rund 80 %. Gleichzeitig sinkt das relative familiäre Pflegepotentials, also die Zahl verfügbarer familiärer Pflegepersonen pro Pflegebedürftigem. Soll die heute erreichte Versorgungsdichte beibehalten werden, resultiert daraus ein überproportionaler Anstieg des Bedarfs an Pflegekräften – während gleichzeitig das Erwerbspersonenpotential sinkt. Bereits um eine Pflege auf dem heutigen Stand aufrecht zu erhalten, sind daher erhebliche Anstrengungen notwendig, zur Stützung der informellen Pflege, zur

Gewinnung von beruflichen Pflegekräften und zur Mobilisierung zivilgesellschaftlichen Engagements.

Dabei ist festzustellen, dass sich die Situation regional ganz unterschiedlich verändert. Während einige Kreise und kreisfreie Städte bis 2030 mit einer Zunahme der Zahl der Pflegebedürftigen von bis zu 100 % rechnen müssen, wird die Steigerungsrate in anderen Kommunen bei weniger als 20 % liegen. Schon allein diese regionale Unterschiedlichkeit ist ein starker Hinweis darauf, dass die Kommunen wieder eine stärkere Rolle in der Langzeitpflege spielen sollten, da eine gezielte Beeinflussung der lokalen Infrastrukturgestaltung ohne sie nicht möglich ist.

Neuordnung von Finanzierungszuständigkeiten kann Fehlanreize in der Pflegeversorgung abbauen und sozialrechtliche Anomalien beseitigen

Die heutigen Finanzierungszuständigkeiten enthalten an einigen Stellen Fehlanreize, über deren Beseitigung diskutiert werden sollte. Zu nennen sind hier insbesondere die Finanzierungszuständigkeiten für medizinische Behandlungspflege in Pflegeheimen und für Rehabilitation.

Die Finanzierungszuständigkeit für medizinische Behandlungspflege ist 1996 vorübergehend bei der Pflegeversicherung angesiedelt worden. Diese Regelung wurde aber mehrfach verlängert und gilt seit 2002 dauerhaft, obwohl medizinische Leistungen – auch wenn sie in Pflegeheimen erbracht werden – systematisch in die Zuständigkeit der Kranken- und nicht der Pflegeversicherung gehören. Als problematisch erweist sich dabei, dass für Pflegebedürftige in häuslicher Pflege Leistungen der häuslichen Krankenpflege anfallen können, die von der Krankenkasse finanziert werden, während das funktionale Äquivalent in Heimen, nämlich die medizinische Behandlungspflege, keine Kosten in der Krankenversicherung verursacht. Da aber nur die Kranken-, nicht aber die Pflegeversicherung einen Kassenwettbewerb kennt, entsteht für die Kasse ein objektiver Anreize, stationäre Pflege zu fördern und so die Ausgaben für häusliche Krankenpflege einzusparen, was dem Grundsatz „ambulant vor stationär“ widerspricht.

Das Nebeneinander von wettbewerblicher Krankenversicherung mit einem Risikostrukturausgleich und nicht-wettbewerblicher Pflegeversicherung mit einem Ausgabenausgleich schafft ebenfalls Anreize für Kassen, auf Rehabilitation zur

Vermeidung von Pflegebedürftigkeit zu verzichten, da die Kosten der Rehabilitation die jeweilige Krankenkasse belasten, die Entlastung aber in der Pflegeversicherung auftritt und damit externalisiert und auf alle Kassen verteilt wird. Auch hier können Kassen ihren gesetzlichen Aufträge, in diesem Fall „Reha vor Pflege“ nur nachkommen, wenn sie gegen ihre eigenen wirtschaftlichen Interessen handeln. Derartige Anreizstrukturen sind problematisch, über eine Veränderung der Finanzierungszuständigkeiten sollte daher diskutiert werden.

1.2 Aktuelle und langfristige Entwicklungen

Anstieg der Pflegebedürftigenzahl beruht allein auf demographischer Alterung

Der Anstieg der Zahl der pflegebedürftigen Menschen auf einen neuen Höchststand von 2,5 Mill. im Jahr 2011 beruht, wie in den Jahren zuvor, *allein* auf der demografischen Alterung. Hätte sich der Altersaufbau der Bevölkerung nicht verändert, wäre die Zahl der Pflegebedürftigen nicht gestiegen. Die Wahrscheinlichkeit dafür, in einem bestimmten Alter pflegebedürftig zu sein, ist in den letzten 12 Jahren nicht angestiegen.

Anteil der in Pflegebedürftigkeit verbrachten Lebenszeit sinkt nicht

In ihrem Leben verbringen Männer derzeit (Periode 2007-11) durchschnittlich 1,41 und Frauen 2,78 Jahre. Allerdings sind bei dieser Durchschnittsbildung auch diejenigen eingeschlossen, die niemals pflegebedürftig werden. Bezogen auf den Teil der Bevölkerung, der jemals im Leben pflegebedürftig wird, liegen die Zeiten bei Männern dann doppelt so hoch und bei Frauen um die Hälfte höher.

Insgesamt steigt die Lebenserwartung kontinuierlich. Damit nimmt die Zahl der Jahre, die ohne Pflegebedürftigkeit verbracht werden, ebenso zu wie die Zahl der Jahre, die in Pflegebedürftigkeit verbracht werden. Bezogen auf die Restlebenserwartung der 60-Jährigen hat sich der Anteil der in Pflegebedürftigkeit verbrachten Zeit im Vergleich der Perioden 1999-2003 und 2007-2011 von 6,1 % auf 7,1 % (Männer) bzw. von 11,2 % auf 12,3 % (Frauen) erhöht. Eine absolute oder auch nur relative „Kompression der Morbidität“ ist in Bezug auf Pflegebedürftigkeit damit nicht zu erkennen.

Lebenszeitprävalenz von Pflege steigt mit dem Sterbealter

Die Wahrscheinlichkeit, jemals im Leben pflegebedürftig geworden zu sein (Lebenszeitprävalenz), steigt mit dem Sterbealter drastisch an. So sind „nur“ weniger als 20 % der Personen, die im Alter 20-29 versterben, jemals in ihrem Leben pflegebedürftig gewesen. Bei denen, die im Alter 50-70 versterben, liegt die Lebenszeitprävalenz bereits bei etwa 20-50 % und bei denen, die im Alter von mindestens 80 Jahren versterben, erreicht der Anteil sogar 55-85 %. Wie groß die Wahrscheinlichkeit ist, *jemals* im Leben pflegebedürftig gewesen zu sein, ist damit in erster Linie vom erreichten Lebensalter und damit von der Altersverteilung der Sterbefälle abhängig. Der Anstieg der Lebenszeitprävalenz im letzten Jahrzehnt ist daher teilweise auch der steigenden Lebenserwartung geschuldet. Wäre der Altersaufbau konstant so wie im Jahr 2011, hätten wir seit 2008 konstante Lebenszeitprävalenzen.

Trend zur formellen Pflege hält an – Heimquote stagniert

Analysen der amtlichen Statistik haben gezeigt, dass mit 22,9 % im Jahr 2012 so viele pflegebedürftige Menschen wie nie zuvor durch ambulante Pflegedienste (mit)versorgt wurden. Der Anteil der Pflegebedürftigen, die stationär gepflegt werden, stagniert bzw. ist sogar leicht rückläufig, auf zuletzt 28,8 %. Der Trend zur formellen Pflege ist damit ungebrochen, allerdings mit anderem Vorzeichen, nämlich einer stärkeren Betonung der häuslichen Pflege unter Beteiligung ambulanter Pflegedienste.

Dieser Stellenwert der ambulanten Pflege zeigt sich auch in den Kapazitäten in der ambulanten Pflege, die mit 64 % mehr Vollzeitäquivalenten im Jahr 2011 gegenüber 1999 schneller wachsen, als in der stationären Pflege, deren Bettenzahl im gleichen Zeitraum lediglich um 36 % angestiegen ist.

Pflegeheime entwickeln sich nicht zu Siechenheimen

Die Befürchtung, dass die pflegebedürftigen Menschen immer älter und kränker ins Heim kommen und dadurch Pflegeheime zu reinen „Institutionen des Sterbens“ werden, kann nicht bestätigt werden. Das Alter bei Heimeintritt stieg zwischen den Heimeintrittskohorten 2000-2002 und 2009-2011 um 0,3 Jahre auf 78,9 Jahre für Männer und um 0,1 Jahre auf 82,5 Jahre für Frauen, also eher geringfügig.

gig. Allerdings ist auch im Pflegeheim die Lebenserwartung gestiegen. Folglich lässt sich ein etwas deutlicherer Anstieg im Durchschnittsalter bei den Bewohnern im Pflegeheim feststellen. Aber auch dieser Anstieg ist letztlich nur marginal. Im Zeitraum von 1999 bis 2011 stieg das Durchschnittsalter der weiblichen Heimpopulation von 84,3 Jahre um 0,6 Jahre auf 84,9 Jahre. Bei der männlichen Heimpopulation gab es einen Anstieg von 78,7 Jahre um 0,7 Jahre auf 79,4 Jahre. Gleichzeitig steht diesem geringfügigen Anstieg eine Veränderung in der Pflegestufenverteilung gegenüber, der eher für eine Gesundheitsverbesserung in der stationären Pflege steht, zumal der Heimeintritt immer häufiger mit Pflegestufe I erfolgt und nicht mit höheren Pflegestufen: Bei Männern gibt es einen Anstieg von 36 % auf 48 % und bei den Frauen von 45 % auf 53 %. Schließlich kann auch von einer Verkürzung der Heimaufenthaltsdauern nicht gesprochen werden. Bei den Frauen haben sich die Überlebenszeiten praktisch nicht geändert, bei den Männern sind sie dagegen wahrnehmbar gestiegen. Die aus der Praxis häufig geäußerte These, dass Heime zunehmend ältere und kränkere Bewohner aufweisen, die nach immer kürzerer Heimaufenthaltsdauer versterben, kann damit nicht bestätigt werden.

Eigenanteil bei der Finanzierung von Pflegeleistungen steigt weiter

Bei den Leistungen der Pflegeversicherung handelt es sich um pauschalierte bzw. gedeckelte Leistungen, die nicht bedarfsdeckend sind. Aufgrund der bis 2008 fehlenden und seitdem unzureichenden Leistungsdynamisierung steigen die Eigenanteile an den Pflegekosten, die vom Pflegebedürftigen selbst zu tragen sind, weiter an. In der stationären Pflege übersteigt der insgesamt aufzubringende Eigenanteil die Pflegeversicherungsleistungen inzwischen die Pflegeversicherungsleistungen in allen Pflegestufen deutlich, und auch bei den rein pflegebedingten Kosten, die gemäß der ursprünglichen Planung bei Einführung der Pflegeversicherung vollständig von der Versicherung übernommen werden sollten, betragen die durchschnittlichen Eigenanteile Ende 2011 bereits monatlich 346 Euro (Pflegestufe I), 532 Euro (Pflegestufe II) bzw. 760 Euro (Pflegestufe III).

Pflege ist nicht nur mit Demenz und Schlaganfall, sondern auch mit vielen anderen Erkrankungen assoziiert, die im Lebenszyklus unterschiedliche Bedeutung haben

Schlaganfall und Demenz sind die meistgenannten Diagnosen, wenn es um den Eintritt in die Pflegebedürftigkeit geht. Es gibt aber noch viele andere Erkrankungen und Symptome, die zu unterschiedlichen Zeiten im Lebensverlauf unterschiedlich bedeutend für die Pflegebedürftigkeit sind. Im Kindesalter sind es vor allem Intelligenzminderung, Entwicklungsstörungen, das Down-Syndrom, aber auch Krebsleiden, die zur Pflegebedürftigkeit führen. In späteren Lebensabschnitten gehen Lähmungen, Parkinson-Syndrom, Multiple Sklerose und Krebs eine Pflegebedürftigkeit häufig voraus. Im höheren Alter begründen insbesondere Demenzen, Parkinson-Syndrom, Herzinsuffizienz und Lähmungen die Pflegebedürftigkeit. Der Schlaganfall steigert zwar durchweg die Wahrscheinlichkeit einer Pflegebedürftigkeit, die Größe des Einflusses ist aber in jedem Alter kleiner als die der anderen genannten Diagnosen.

Bedeutend im Zusammenhang mit Pflegebedürftigkeit sind fast durchweg einige als geriatrische Merkmalskomplexe bezeichnete Symptome und Erkrankungen, die direkt schon die Art der pflegerischen Leistungen erahnen lassen: Störungen im Flüssigkeits- und Elektrolythaushalt, Fehl- und Mangelernährung, Dekubitalulcera, Harninkontinenz sowie Sturzneigung und Schwindel.

Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz werden zunehmend besser in das System der Pflegeversicherung integriert

Besondere Leistungen für Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz (PEA) sind 2002 eingeführt und 2008 im Pflege-Weiterentwicklungsgesetz (PFWG) ausgebaut worden (insbesondere zusätzliche Betreuungsleistungen nach § 45b SGB XI). Seit dieser Erweiterung werden im Rahmen der Erstbegutachtung bei jährlich rd. 220 Tsd. Antragstellern die Voraussetzungen für diese besonderen Leistungen festgestellt.

Bei den Erstbegutachtungen zur stationären Pflege ist dabei die Zahl der festgestellten PEA von 75 Tsd. im Jahr 2008 auf 51 Tsd. im Jahr 2012 gesunken, während sie bei der Begutachtung zur ambulanten Pflege von 143 Tsd. auf 173 Tsd. gestiegen ist. Deutlich stärker noch ist die Zahl der Nutzer der zusätzlichen Betreuungs-

leistungen im ambulanten Bereich gestiegen: Ausgehend von knapp 40 Tsd. vor Inkrafttreten des PfWG auf schon 65 Tsd. im 3. Quartal 2008 und dann kontinuierlich weiter auf gut zweihunderttausend Personen im 2. Quartal 2012.

In der pflegepolitischen Diskussion wird teilweise unterstellt, es gäbe einen großen Anteil an PEA, die nicht pflegebedürftig im Sinne des SGB XI, aber dennoch Hilfebedürftig seien. Tatsächlich gilt dies nur für rund ein Viertel der Antragsteller auf ambulante Leistungen und für ein Achtel der Antragsteller auf stationäre Leistungen. Die große Mehrheit der PEA ist also bereits zum Zeitpunkt der Begutachtung pflegebedürftig im Sinne des SGB XI. Noch deutlicher zeigt sich dies bei den Nutzern der zusätzlichen Betreuungsleistungen nach § 45b SGB XI. Von diesen Nutzern sind knapp 90 % in die Pflegestufe I-III eingestuft. Für die Einführung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs, der die gerontopsychiatrischen Veränderungen in das Begutachtungsassessment einbezieht, impliziert dies, dass sich nicht in erster Linie die Zahl der Leistungsberechtigten erhöht, sondern die auch heute schon Leistungsberechtigten tendenziell höher gestuft werden.

Die Inanspruchnahme von zusätzlichen Betreuungsleistungen ist besonders dann hoch, wenn ein Pflegedienst an der Versorgung der Pflegebedürftigen beteiligt ist. Pflegebedürftige ohne Bezug zum Pflegedienst nehmen zuletzt nur zu 7 % zusätzliche Betreuungsleistungen in Anspruch. Bei den Pflegebedürftigen, die durch den Pflegedienst (mit)versorgt werden, liegt dieser Anteil bei 21 %.

1.3 Reha vor und bei Pflege

Vor Eintritt von Pflegebedürftigkeit finden verstärkte Reha-Anstrengungen statt

Der Grundsatz "Reha vor Pflege" bezieht sich auf den Vorrang von Rehabilitation vor Pflege. Gleichzeitig zeigt sich, dass zeitlich kurz vor Feststellung von Pflegebedürftigkeit in erhöhtem Ausmaß Rehabilitation stattfindet. Bei rund 15 % der Pflegebedürftigen im Alter von über 65 Jahren wird im Jahr vor dem Pflegeeintritt mindestens eine medizinische Rehabilitation durchgeführt, der überwiegende Anteil dabei im Quartal vor Feststellung der Pflegebedürftigkeit. Es werden also erkennbare Anstrengungen unternommen, Pflegebedürftigkeit zu verhindern.

Im Rahmen der Erstbegutachtung werden nur wenige Rehabilitationsempfehlungen ausgesprochen – teils aufgrund von Schwächen im Verfahren

Im Rahmen der Pflegebegutachtung prüft der MDK gleichzeitig, ob eine Reha-Empfehlung ausgesprochen wird, die dann als Antrag auf Rehabilitation gilt. Tatsächlich wird eine solche Empfehlung nur selten ausgesprochen. Eine Ursache hierfür ist das Begutachtungsverfahren selbst. So konnte die Quote der Rehabilitationsempfehlungen im Rahmen der Erprobung des Neuen Begutachtungsassessments mithilfe dieses Verfahrens verdreifacht werden. Der GKV-Spitzenverband hat daher bereits einen Prozess angestoßen, um die Erstellung von Rehabilitationsempfehlungen im Rahmen der Begutachtung zu optimieren.

Pflegebedürftige erhalten weniger Rehabilitation als Nicht-Pflegebedürftige – bei Kontrolle soziodemographischer und medizinischer Faktoren

Im Anschluss an den Eintritt in die Pflegebedürftigkeit sinkt dann die Quote der medizinischen Rehabilitationen. Im nachfolgenden Jahr erhalten rund 7 % eine medizinische Rehabilitation. Nach Feststellung von Pflegebedürftigkeit erfolgt also weniger Rehabilitation als vorher. Dabei liegt diese Quote deutlich über der Reha-Empfehlungsquote bei der Begutachtung zur Pflegebedürftigkeit. Dies zeigt, dass Rehabilitation nicht nur aufgrund dieser Begutachtung erfolgt, sondern auch in den nachfolgenden Monaten Anträge gestellt werden.

Im Vergleich zu den nicht pflegebedürftigen Personen erhalten pflegebedürftige Personen nur halb so viel medizinische Rehabilitationen – unter Kontrolle von Alter, Geschlecht und einer Reihe ausgewählter Diagnosen, die eng im Zusammenhang mit Pflege und Rehabilitation stehen. Diese Ungleichheit relativiert sich aber mit Blick auf die Vorgeschichte vor Pflegeeintritt.

Positive Effekte der Rehabilitation lassen sich in den Routinedaten nur bedingt nachweisen.

Im Schwerpunktkapitel wird der Frage nachgegangen, inwieweit eine medizinische Rehabilitation in der Lage ist, den Eintritt in die Pflegebedürftigkeit zu vermeiden oder zu verzögern. Unter Kontrolle von Alter, Geschlecht und einer Vielzahl an Diagnosen wurde dabei der Effekt der Rehabilitation auf den Pflegeeintritt betrachtet. Auch unter Kontrollen der genannten Variablen zeigt sich aber eine

höhere Wahrscheinlichkeit pflegebedürftig zu werden, wenn zuvor eine Rehabilitation angetreten wurde. Der Effekt, dass Rehabilitation die Pflegebedürftigkeit steigert, kann auf verschiedene Weise interpretiert werden: 1.) Es ist nicht gelungen, das Erkrankungsspektrum und den Schweregrad der Erkrankungen in ausreichendem Maße zu kontrollieren. 2.) Die Rehabilitation wirkt nicht. 3.) Die Patienten, die Rehabilitation in Anspruch nehmen, sind in Bezug auf weitere nicht kontrollierte Merkmale eine andere Klientel, die dann auch eher Pflegeleistungen beantragen.

In Bezug auf das Todesereignis gibt es eine statistische Tendenz zur Verringerung des Ereignisses im Beobachtungszeitraum. Auch hierbei liegen zwei Vermutungen nahe: 1.) Rehabilitation wirkt so gut, dass auch das Todesereignis hinausgezögert wird. 2.) Es gibt eine Selektion im Vorfeld, in der diejenigen, bei denen eine gesundheitliche Verbesserung in Aussicht steht, eher eine Rehabilitation bekommen.

Insgesamt zeigen die Analysen die Grenzen der Routinedatenforschung bei der Erforschung der Wirksamkeit medizinischer Interventionen auf.

2 Einleitung

Mit dem vorliegenden 6. Pflegereport wird die Reihe der Pflegereporte fortgesetzt, die als GEK-Pflegereport im Jahr 2008 begann und im Jahr 2010 mit dem ersten BARMER GEK Pflegereport weitergeführt wurde. Zentrales Ziel des Reportes ist und bleibt es, über Pflegebedürftigkeit und die Versorgung Pflegebedürftiger zu berichten. Diese Informationen können Grundlage dafür sein, das Pflegesystem kontinuierlich zu verbessern. Die Berichterstattung beruht dabei auf öffentlich zugänglichen Daten, insbesondere der amtlichen Statistik, und auf der Analyse der Routinedaten der BARMER GEK.

Der BARMER GEK Pflegereport 2013 umfasst vier Hauptteile:

- Einen bewertenden Rückblick auf die Pflegepolitik der letzten Legislaturperiode und eine Vorausschau auf die verbleibende „Reformbaustellen“, die in der nächsten Pflegereform bearbeitet werden müssen (Kapitel 3),
- die Aufbereitung und Auswertung allgemein zugänglicher Daten, insbesondere der amtlichen Statistiken über die Versorgungsleistungen für Pflegebedürftige (Kapitel 4),
- eine Auswertung der Routinedaten der BARMER GEK, insbesondere um die Dynamiken von Pflegeverläufen zu verdeutlichen und so Aussagen zu Versorgungsverläufen zu generieren, die auf Basis der amtlichen Statistiken nicht möglich sind (Kapitel 5), und
- die Behandlung des Schwerpunktthemas „Rehabilitation bei Pflegebedürftigkeit“ (Kapitel 6).

In *Kapitel 3* werden die Pflegereformen der letzten Legislaturperiode kommentiert. Dabei wird insbesondere auf das Familienpflegezeitgesetz, das Pflege-Neuausrichtungsgesetz (PNG) und die mit dem PNG ins Leben gerufene staatlich geförderte ergänzende Pflegeversicherung („Pflege-Bahr“) eingegangen. Aus dem Scheitern dieser Reformen und den in diesen Gesetzen nicht thematisierten Problemfeldern ergibt sich der Reformbedarf, der in der nächsten Legislaturperiode befriedigt werden muss. Diesbezüglich wird insbesondere auf die Einführung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs, die Sicherstellung einer nachhaltigen Finanzierung und die Sicherstellung nachhaltiger Pflegestrukturen eingegangen.

In *Kapitel 4* werden die aktuellen Daten der Pflegestatistik der Statistischen Ämter des Bundes und der Länder 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 2012 zur Verfügung. Auf Basis der Daten der Rentenversicherung und des Sozio-ökonomischen Panels wird die Zahl der Pflegepersonen ermittelt. Zudem werden erstmalig im Pflegereport auch Zahlen der Privaten Pflegeversicherung näher analysiert.

In *Kapitel 5* werden die Routinedaten der BARMER GEK im Hinblick auf die krankheitsbedingten Ursachen von Pflegebedürftigkeit untersucht und es wird beschrieben, wie sich die Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz (PEA) auf die Pflegestufen und die Pflegearrangements verteilen. Des Weiteren wird auf Basis der Daten der ehemaligen GEK analysiert wie sich die Wahrscheinlichkeit, jemals im Leben pflegebedürftig zu werden (Lebenszeitprävalenzen), und die in Pflegebedürftigkeit verbrachte Zeit in diesem Jahrhundert verändert haben. Zudem wird der Frage nachgegangen, ob die Heimbevölkerung immer älter und kränker wird.

Im Schwerpunktthema dieses Reports (*Kapitel 6*) wird das Zusammenwirken von Rehabilitation und Pflegebedürftigkeit untersucht. Dazu wird geprüft, in welchem Umfang Rehabilitation vor und während der Pflegebedürftigkeit erfolgt – auch im Vergleich zu Versicherten ohne Pflegebedürftigkeit. Zudem werden die Outcomes von Rehabilitationen bei Pflegebedürftigkeit hinsichtlich der vermiedenen oder verzögerten Pflegeeintritte, Höherstufungen oder Todesereignisse untersucht.

3 Die Weiterentwicklung der Pflegeversicherung in der letzten Legislaturperiode

Mit der konstituierenden Sitzung des 18. Deutschen Bundestags am 22. Oktober 2013 endete zugleich die 17. Legislaturperiode. An dieser Stelle bietet es sich daher an, nicht nur über die Pflegepolitik des letzten Jahres, sondern über die Pflegepolitik dieser Legislaturperiode zu reflektieren und dabei nicht nur auf die erfolgten Reformen zurückzublicken, sondern auch die Herausforderungen für die nächste Pflegereform zu thematisieren, die von der neuen Bundesregierung in Angriff genommen werden muss. Entsprechend wird in Abschnitt 3.1 auf die gesetzgeberischen Aktivitäten in der vergangenen Legislaturperiode und deren Implementation geschaut, während sich Abschnitt 3.2 mit dem verbleibenden Reformbedarf beschäftigt und die Herausforderungen für die nächste Pflegereform thematisiert.

3.1 Pflegepolitische Reformen der vergangenen Legislaturperiode

Obwohl die Regierungsparteien bereits 2009 in ihrem Koalitionsvertrag eine Reform der Pflegeversicherung angekündigt und der damalige Gesundheitsminister das Jahr 2011 dann sogar zum „Jahr der Pflege“ ausgerufen hat, ließ der Gesetzentwurf für die Pflegereform bis 2012 auf sich warten. Mit dem zum 1.1.2013 in Kraft getretenen Pflege-Neuausrichtungsgesetz (PNG) vom 23. Oktober 2012 (BGBl. I S. 2246) ist es dann aber doch noch zu einer Pflegereform gekommen, die sowohl finanzierungsseitige, als auch leistungsrechtliche Neuregelungen vorsieht. Die zentralen Leistungsausweitungen in §§ 123 und 124 SGB XI werden aber im Gesetzestext ausdrücklich als „Übergangsregelungen“ gekennzeichnet, die nur „bis zum Inkrafttreten eines Gesetzes, das die Leistungsgewährung aufgrund eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs und eines entsprechenden Begutachtungsverfahrens regelt“ (§ 124 Abs. 1 SGB XI) gelten. Gerade die im Koalitionsvertrag angekündigte „neue, differenziertere Definition der Pflegebedürftigkeit“ (CDU, CSU und FDP 2009) konnte in der vergangenen Legislaturperiode nämlich nicht umgesetzt werden und ist damit eine der Hinterlassenschaften, für die nächste Reform.

Bevor nachstehend auf die finanzierungsseitigen (Abschnitt 3.1.2) und leistungsseitigen (Abschnitt 3.1.3) Regelungen des PNG eingegangen wird, wird aber eine weitere Innovation behandelt, die in dieser Legislaturperiode eingeführt wurde, das am 1.1.2012 als Artikel 1 des Gesetzes zur Vereinbarkeit von Pflege und Beruf vom 6.12.2011 (BGBl. I S. 2564) in Kraft getretene Familienpflegezeitgesetz, dessen Effekte inzwischen bewertet werden können (Abschnitt 3.1.1).

3.1.1 Familienpflegezeit

Die Familie ist immer noch das Rückgrat der Pflege, und knapp die Hälfte aller Pflegebedürftigen wird ohne Beteiligung von Pflegeeinrichtungen durch informelle Pflegepersonen gepflegt (vgl. Abschnitt 4.2.2). Um informelle Pflegepersonen in Bezug auf die Vereinbarkeit von Pflege und Berufstätigkeit zu entlasten, wurde daher schon zum 1.7.2008 das Gesetz über die Pflegezeit (Pflegezeitgesetz – PflegeZG) als Artikel 3 des Pflege-Weiterentwicklungsgesetz von 28. Mai 2008 (BGBl. I S. 874) in Kraft gesetzt. Dieses Gesetz erlaubt es Beschäftigten „bis zu 10 Arbeitstage der Arbeit fernzubleiben, wenn dies erforderlich ist, um für einen pflegebedürftigen nahen Angehörigen in einer akut auftretenden Pflegesituation eine bedarfsgerechte Pflege zu organisieren oder eine pflegerische Versorgung in dieser Zeit sicherzustellen“ (§ 2 Abs. 1 PflegeZG). Eine Lohnfortzahlung erfolgt in dieser Zeit nur, wenn dies tarifvertraglich geregelt ist (Abs. 2). Neben dieser kurzfristigen Arbeitsverhinderung sieht das Gesetz weiterhin eine *Pflegezeit* von bis zu 6 Monaten vor, während der Beschäftigte von der Arbeitsleistung vollständig oder teilweise freizustellen ist, wenn der Arbeitgeber in der Regel mehr als 15 Beschäftigte hat (§ 3 Abs. 1 PflegeZG). Eine Lohnfortzahlung über die geleistete Arbeitszeit hinaus ist dabei nicht vorgesehen.

Das Pflegezeitgesetz schafft damit zwar unter bestimmten Umständen den Rechtsanspruch auf eine Reduktion der eigenen Arbeitszeit bis zur vollständigen Freistellung, ohne dass dies zur Kündigung führen darf (§ 5 PflegeZG), allerdings führt dies zu einem Einkommensverlust, der für viele Pflegepersonen nicht darstellbar sein dürfte. Im *Familienpflegezeitgesetz* wird daher aufbauend auf den bestehenden Regelungen die Möglichkeit geschaffen,

- die Arbeitszeit für einen Zeitraum von maximal 2 Jahren auf ein Volumen von mindestens 15 Stunden zu reduzieren.
- währenddessen aber eine Gehaltsaufstockung um die Hälfte des reduzierten Arbeitsentgelts während der Familienzeit zu erhalten¹ und
- den so gewährten „Gehaltsvorschuss“ nach der Rückkehr zur alten Arbeitszeit wieder zurückzahlen, indem bis zum erfolgten Ausgleich weiterhin das reduzierte Gehalt ausgezahlt wird.

Um die Belastung der Arbeitgeber zu mindern, ist dieser berechtigt, ein zinsloses Darlehen zur Finanzierung der Gehaltsaufstockung seinen Beschäftigten bei der Kreditanstalt für Wiederaufbau (KfW) zu beziehen. Weiterhin werden die Beschäftigten verpflichtet, auf eigene Kosten eine Versicherung abzuschließen, die den Gehaltsvorschuss an den Arbeitgeber zurückzahlt, sollte der Arbeitnehmer nach Ende der Familienpflegezeit nicht in der Lage sein, wieder auf die alte ursprüngliche Arbeitszeit zurückzukehren.

Der Vorteil dieser Regelung für die Politik sind ihre geringen Kosten, insbesondere im Vergleich zu einer Lohnersatzleistung während der Pflegezeit, die in der Diskussion auch teilweise gefordert wurde. In der verabschiedeten Fassung „zahlen“ die Beschäftigten für die Lohnaufstockung selbst, indem sie diesen Gehaltsvorschuss später wieder abarbeiten.

Während jede Reduktion der Arbeitszeit aufgrund des PflegeZG zu entsprechenden Einkommenseinbußen führt, bietet das Familienpflegezeitgesetz die Möglichkeit, diese Einkommenseinbußen zum Teil in die Zukunft zu verschieben. Natürlich bleibt die Belastung bei den Arbeitnehmern und besteht die Gefahr, dass sich viele das nicht leisten zu können glauben. Allerdings zeigt die Empirie, dass auch ohne die Regelungen des Familienpflegezeitgesetzes ein erheblicher Anteil der Pflegepersonen die eigene Erwerbstätigkeit wegen der Übernahme von Pflegeaktivitäten ganz oder teilweise aufgibt. So haben gemäß einer Repräsentativbefragung von TNS Infratest wegen der Aufnahme der Pflege 10% der Hauptpflegepersonen

¹ Als Beispiel wird meist eine Reduktion der Arbeitszeit von voll auf 50 % angeführt, die dann zu einer Entgeltzahlung von 75 % führt. Ein anderes Ausmaß der Reduktion ist aber ebenfalls möglich.

ihre Erwerbstätigkeit aufgegeben und weitere 11% ihre Erwerbstätigkeit eingeschränkt (Schneekloth & Wahl 2005: 79; vgl. auch BMFSFJ 2011: 123). Wird zudem noch berücksichtigt, dass 51% der Hauptpflegepersonen auch vor Beginn der Pflegetätigkeit bereits nicht erwerbstätig waren (ebd.), zeigt sich, dass gut 40% der Pflegepersonen, die zuvor erwerbstätig waren, ihre Erwerbstätigkeit wegen der Übernahme von Pflege eingeschränkt oder aufgegeben haben. Für diesen Personenkreis bieten die Regelungen des Familienpflegezeitgesetzes damit grundsätzlich erhebliche Vorteile, und es kann nicht gesagt werden, dass es keine nennenswerte Zielgruppe gibt, die in der Lage wäre, wegen der Übernahme von Pflegetätigkeiten eine Reduktion des Erwerbseinkommens hinzunehmen.

Für die öffentliche Hand entstehen durch das Gesetz nur sehr geringe direkte Kosten (etwa für das zinslose Darlehen). Für Arbeitgeber resultieren lediglich Friktionskosten, da für den pflegenden Angehörigen Ersatz gefunden und dieser später aber wieder eingearbeitet werden muss. Dennoch haben die Arbeitgeberverbände erfolgreich gegen eine gesetzliche Verpflichtung zur Gewährung der Familienpflegezeit gewandt wie sie auch von der Familienministerin ursprünglich angestrebt worden ist² Deren Umsetzung obliegt nun vielmehr einer freiwilligen Vereinbarung mit dem Arbeitgeber. Gerade diese Vereinbarung ist aber in der Praxis nur schwer zu erlangen und eine der Hauptgründe für das Scheitern des Gesetzes. Tatsächlich wird die Familienpflegezeit nämlich kaum in Anspruch genommen. Gemäß der Antwort der Bundesregierung vom 14.2.2013 (BT-Drs. 17/12330) auf die Kleine Anfrage von Bündnis 90/ Die Grünen zum Stand der Umsetzung des Familienpflegezeitgesetzes vom 25.1.2013 (BT-Drs. 17/12166) ergeben sich für das Jahr 2012 folgende Zahlen:

- insgesamt gingen 137 Anträge auf Familienpflegezeit beim dafür zuständigen Bundesamt für Familie und zivilgesellschaftliche Aufgaben ein,
- davon wurden insgesamt 108 Anträge bewilligt und

² Siehe hierzu das Eröffnungsstatement der Ministerin auf der Pressekonferenz zur Familienpflegezeit am 20. Mai 2010. URL: [Statement-schroeder-familienpflegezeit,property=pdf,bereich=bmfsfj,sprache=de,rwb=true](#).

- 53 Anträge auf zinslose Darlehen wurden von Arbeitgebern gestellt, von denen 41 bewilligt und 2 abgelehnt wurden, während sich 10 noch in der Bearbeitung befinden (BT-Drs 17/12330: 10).

Damit bleibt die Inanspruchnahme weit hinter den Erwartungen zurück, und die Familienpflegezeit erweist sich als Muster ohne Wert. Das unverkennbare Scheitern des Familienpflegezeitgesetzes dürfte nicht zuletzt auf den fehlenden Rechtsanspruch auf die Familienpflegezeit und – zum Teil auch daraus resultierend – den fehlenden Bekanntheitsgrad des Instruments zurückzuführen sein. Soll die Familienzeit an pflegepolitischer Bedeutung gewinnen, ist es für die nächste Reformrunde daher unabdingbar, einen Rechtsanspruch auf Pflegezeit einzuführen.

3.1.2 Geförderte private Pflegevorsorge: Der Pflege-Bahr

Bereits im Koalitionsvertrag von 2009 wurde eine „Ergänzung“ des bestehenden Umlageverfahrens in der Pflegeversicherung durch „Kapitaldeckung, die verpflichtend, individualisiert und generationengerecht ausgestaltet sein muss“ (CDU, CSU und FDP 2009: 85) geplant. Wie bereits bei der Alterssicherung, als die private Ergänzung zunächst auch obligatorisch sein sollte, die „Riester-Rente“ aber schließlich doch als freiwillige private Zusatzversicherung eingeführt wurde (vgl. Schmähl 2011), konnte auch in der Pflege die im Koalitionsvertrag geforderte „verpflichtende“ Versicherung nicht umgesetzt werden. Stattdessen wurden finanzielle Anreize für die nach dem zuständigen Gesundheitsminister zum Zeit der Beschlussfassung und Einführung auch als „Pflege-Bahr“ bezeichneten zulagengeförderten freiwilligen Privatversicherungsverträge eingeführt.

Selbst diese Regelung war im ursprünglichen Gesetzesentwurf zum PNG nicht enthalten. Dieser Entwurf vom 23.4.2012 (BT-Drs. 17/9369), der auch Gegenstand der öffentlichen Anhörung im Gesundheitsausschuss am 22.5.2012 war, enthielt diesbezüglich nur die Ankündigung: „Künftig werden die Menschen dabei unterstützt, für Leistungen bei Pflegebedürftigkeit zusätzlich privat vorzusorgen. Die freiwillige private Pflege-Vorsorge wird daher ab dem 1. Januar 2013 steuerlich gefördert. Das bedarf noch einer gesetzlichen Regelung.“ (BT-Drs. 17/9369, S. 1f.). Das neu eingeführten 13. Kapitel des SGB XI, das in den §§ 126-130 SGB XI die Zu-

lagenförderung der privaten Pflegevorsorge regelt, wurde vielmehr erst durch den 18. Änderungsantrag zum PNG von den Regierungsfractionen selbst in das laufende Gesetzgebungsverfahren eingespeist – was dann zu einer neuerlichen Anhörung im Gesundheitsausschuss am 27.6.2012 geführt hat.

Die Inhalte des Pflege-Bahr sind bereits im BARMER GEK Pflegereport 2012 (Rothgang et al. 2012: 39ff.) ausführlicher dargestellt (vgl. auch Jacobs & Rothgang 2012). Im Kern sehen die §§ 126ff. SGB XI die Förderung privater nicht obligatorischer Pflegezusatzversicherung für Volljährige mit einer steuerfinanzierten staatlichen Zulage von 5 Euro im Monat bzw. 60 Euro im Jahr für private Pflegezusatzversicherungen vor, die bestimmten Kriterien genügen. Hierzu zählen insbesondere folgende Bedingungen:

- Die Monatsprämie muss mindestens 10 Euro im Monat bzw. 120 Euro im Jahr betragen.
- Im Pflegefall müssen in Pflegestufe III Leistungen im Umfang von mindestens 600 Euro monatlich versichert sein.
- Niemand darf vom Versicherungsunternehmen aus gesundheitlichen oder Altersgründen abgelehnt werden (Kontrahierungszwang). Allerdings können bereits Pflegebedürftige keine Versicherung abschließen.
- Das Versicherungsunternehmen verzichtet auf Risikozuschläge und Leistungsausschlüsse, eine Prämiendifferenzierung nach Alter ist aber möglich.

Die Prämien werden ohne Einkommensbezug erhoben, der Abschluss der Versicherung ist für Sozialversicherung und Mitglieder der privaten Pflegepflichtversicherung offen. Versicherungsleistungen werden erst nach einer fünfjährigen Wartezeit (Karenzzeit) gewährt. Für weitere Regelungen enthält § 130 SGB XI eine Verordnungsermächtigung, die es dem Bundesgesundheitsministerium erlaubt, Näheres ohne Zustimmung des Bundesrates per Rechtsverordnung zu regeln. Eine entsprechende Pflegevorsorgezulage-Durchführungsverordnung – PflIVDV – wurde zwar am 28.11.2012 im Bundeskabinett beschlossen, lässt aber auch wesentliche Fragen offen. Hierzu wird dann auf die „Musterbedingungen 2013 für die geförderte ergänzende Pflegeversicherung“ verwiesen, die von der privaten Versiche-

rungswirtschaft selbst entwickelt und im Dezember 2012 veröffentlicht wurden.³ Dass die Privatversicherung die Regeln für den Pflege-Bahr damit selbst und zwar weitgehend hinter verschlossenen Türen entwickelt hat, ist an sich schon bemerkenswert.

Eine kritische Bewertung des Pflege-Bahrs wurde schon im letztjährigen Pflegereport (Rothgang et al. 2012) und an anderer Stelle vorgenommen (Rothgang 2012a; b; e; Jacobs & Rothgang 2012; 2013; Rothgang & Jacobs 2013). Die zentralen Kritikpunkte lassen sich dabei wie folgt zusammenfassen:

Geringe Reichweite des Versicherungsschutzes

Ausgehend von der Zahl der bisher verkauften ungeförderten Pflegezusatzversicherungen, den Erfahrungen mit der Riester-Rente (Blank 2011; Hagen & Kleinklein 2011; Kleinklein 2011) und der Unterschätzung des Pflegerisikos in der Bevölkerung ist nicht davon auszugehen, dass mehr als eine einstellige Millionenzahl an Verträgen zustande kommt (Rothgang et al. 2012: 40f.; Rothgang 2012a: 252f.). Die weit überwiegende Mehrheit wird keine Verträge abschließen und so nicht in den Genuss der öffentlichen Förderung kommen. Zu dieser Einschätzung war auch die Bundesregierung gekommen, die eine Abschätzung der Zahl der Verträge vornehmen musste, um das Fördervolumen im Haushalt zu bestimmen: In der Begründung zu dem Mitte Juni 2012 vorgelegten Gesetzentwurf zum Pflege-Bahr wird „angenommen, dass im Jahr 2013 etwa 1,5 Millionen förderfähige Versicherungsverträge abgeschlossen werden“ (Bundestagsausschuss für Gesundheit 2012: 43). Entsprechend wurde im Haushaltsplan für 2013 eine Fördersumme von 100 Mio. eingestellt, die rein rechnerisch die Förderung von 1,66 Mio. Verträge mit jährlicher Förderung von 60 Euro oder einer höheren Zahl an Verträgen, wenn diese erst im Laufe des Jahres abgeschlossen werden, erlaubt.

Tatsächlich wurden sehr viel weniger Versicherungen verkauft. Kurz vor Jahresmitte 2013 verkündete der PKV-Verband, dass Ende Mai 125.000 Menschen einen Fördertarif abgeschlossen hätten und inzwischen „sogar schon die Marke von

³ Die Musterbedingungen sind abgedruckt im Jahresbericht 2012 des PKV-Verbandes (PKV-Verband 2013b: 171-182).

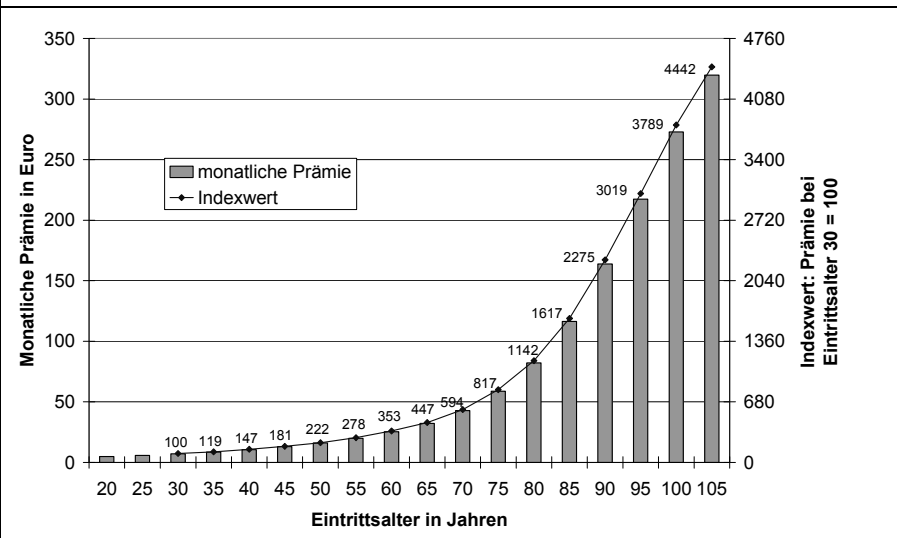
150.000 Verträgen“ angesteuert werde (PKV 2013a). Gemessen an der Zielvorgabe der Bundesregierung, die bereits nur auf kleine Minderheit der Bevölkerung abstellt, ist dies – anders als von der Versicherungswirtschaft dargestellt – sicherlich keine Erfolgsmeldung.

Umverteilende Wirkung des "Pflege-Bahr"

Gerade wenn nur ein kleiner Bevölkerungsteil die Förderung in Anspruch nimmt, stellt sich die Frage welcher Teil so gefördert wird und wer dafür zahlt. Hinsichtlich der Einkommens- und Vermögenssituation ist davon auszugehen, dass gerade einkommensschwächere Haushalte auf den Abschluss einer solchen Versicherung verzichten, weil ihnen die Sparfähigkeit fehlt und die Leistungen des Pflege-Bahr zu gering sind, um die später anfallenden Pflegekosten vollständig zu decken, so dass sie mit ihrer Vorsorge womöglich nur Sozialhilfeleistungen ersetzen. Angesichts des damit ungewissen Nutzes hat die Deutsche Bundesbank (2012: 9) den Abschluss eines solchen Vertrages auch „für untere und mittlere Einkommensgruppen wenig attraktiv“ bezeichnet. Entsprechende Erfahrungen eine nach Einkommen und Vermögen sehr selektiven Inanspruchnahme zeigen sich auch bei der Riester-Rente (Blank 2011; Hagen & Kleinlein 2011; Kleinlein 2011) sowie wie bei der nicht geförderten privaten Pflegezusatzversicherung (Zok 2011: 3). Vielmehr zu erwarten sind stattdessen – so die Deutsche Bundesbank (2012: 9) – „Mitnahmeeffekte[.] durch Vermögende“, die daraus resultieren, dass Zusatzversicherungsverträge, die sowieso abgeschlossen worden wären, nunmehr steuerlich subventioniert werden. Im Ergebnis werden somit die einkommensschwächeren Haushalte mit ihren Steuern die Förderung der einkommensstärkeren finanzieren – eine Umverteilung von unten nach oben, die nur schwer mit Sozialstaatsprinzipien in Einklang zu bringen ist (vgl. Rothgang 2012a; b).

Umverteilend wird der Pflege-Bahr aber auch in Bezug auf das Alter: In ihrer schon angesprochenen Pressemitteilung begrüßt es der PKV-Verband ausdrücklich, dass der Pflege-Bahr vor allem von jüngeren Menschen abgeschlossen wird (PKV 2013a). Dies ist aber zunächst nur Ausdruck der altersdiskriminierenden Wirkung der Regelung. Bereits Pflegebedürftige sind gemäß § 126 SGB XI ausdrücklich nicht zulagenberechtigt und können keine geförderte Versicherung abschließen.

Abbildung 1: Monatliche Prämien für die staatlich geförderte ergänzende Pflegeversicherung nach Eintrittsalter gemäß der Musterkalkulation der PKV



Quelle: PKV 2013b: 161.

Diskriminiert werden aber auch die pflegenahen Jahrgänge, für die die altersabhängigen Prämien prohibitiv werden. So zahlt ein 60-jähriger in den bestehenden Tarifen bereits doppelt so viel wie ein 40-jähriger (OPG 2013: 16). Höhere Altersklassen kommen bei den Musterrechnungen aus gutem Grund nicht vor. Allerdings hat der PKV-Verband eine – rechtlich unverbindliche – „Musterkalkulation für die staatlich geförderte ergänzende Pflegeversicherung“ (PKV-Verband 2013b: 160-162) vorgelegt, die bei Leistungshöhen von 60 Euro (Stufe 0), 120 Euro (Stufe I), 180 Euro (Stufe II) und 600 Euro (Stufe III) und einer Deckung der Verwaltungskosten durch prozentualen Zuschlag die in Abbildung 1 ausgewiesenen Prämien vorweisen.

Die Abbildung zeigt nicht nur die monatlichen Prämienhöhen in Euro, sondern auch, um welchen Faktor sich die Prämie von einer Prämie beim Eintrittsalter 30 unterscheidet. Bei einem Eintrittsalter von 50 Jahren liegt sie demnach – ceteris paribus – beim 2,22fachen, beim Alterseintritt von 60 beim 4,47fachen und bei einem Eintrittsalter von 70 Jahren beim 5,94fachen der Prämie beim Eintrittsalter

30 Jahre. Bei den 75jährigen liegt der Anteil der pflegebedürftigen immer noch bei weniger als 10% (vgl. Abschnitt 4.3.1). Die Prämie für eine geförderte Pflegeversicherung liegt gemäß der Musterkalkulation bei diesem Eintrittsalter aber schon mehr als 8-mal so hoch wie bei einem Eintritt im Alter von 30 (Abbildung 1). Für pflegenahen Jahrgänge ist der Abschluss einer geförderten Zusatzversicherung aufgrund der fünfjährigen Karenzzeit zudem unattraktiv, da der Leistungsfall womöglich in diesem Zeitraum auftritt und die Versicherung dann keine Leistungen gewährt. Auch bezüglich des Alters kommt es somit zu umverteilenden Wirkungen, die daraus resultieren, dass ältere Menschen mit ihren Steuermitteln die Förderung der jüngeren finanzieren. Während Leistungsverbesserungen in der Sozialen Pflegeversicherung der ganzen Bevölkerung zugutekommen, wirkt der Pflege-Bahr hier sehr selektiv.

Unzureichender Versicherungsschutz durch den Pflege-Bahr

Wie die Darstellungen in Abschnitt 4.7.3 zeigen, übersteigen die Ausgaben insbesondere bei stationärer Pflege die Leistungen der Pflegeversicherung erheblich. Allein bei den pflegebedingten Kosten zeigen sich schon 2011 Finanzierungslücken von monatlich 346 Euro (Pflegestufe I), 532 Euro (Pflegestufe II) bzw. 768 Euro (Pflegestufe III). Da eine Leistungsdynamisierung in den Stufen I und II seitdem nicht stattgefunden hat, ist für 2013 schon von höheren Werten auszugehen. Dazu kommen noch die Kosten für Unterkunft und Verpflegung sowie die gesondert in Rechnung gestellten Investitionskosten, die sich 2011 pro Bewohner im Durchschnitt auf 1.034 Euro belaufen haben (Tabelle 23, Kapitel 4) und damit die Ausgaben für Miete und Lebensunterhalt in privaten Haushalten deutlich übersteigen. Inwieweit die geförderte Pflegeversicherung diese Lücke zu schließen in der Lage ist, hängt davon ab, welcher Leistungsumfang versichert ist. Gesetzlich vorgeschrieben ist nur eine monatliche Mindestleistungshöhe in Stufe III von 600 Euro, Leistungen für niedrigere Stufen müssen nicht in den Tarifen enthalten sein. Die Musterkalkulationsverordnung sieht vor, dass die Leistungen in den Stufen 0, I und II insgesamt 10%, 20% bzw. 30% der Leistungen in Stufe III betragen. Ausgehend von der Vorgabe von 600 Euro für Pflegestufe III entspricht dies monatlichen Leistungen von 60 Euro (Stufe 0), 120 Euro (Pflegestufe I), 180 Euro (Pflegestufe II) und 600 Euro (Pflegestufe III).

Tabelle 1: Monatliche „Finanzierungslücke“ ohne und mit „Pflege-Bahr					
	Finanzierungslücke		„Pflege-Bahr“	Verbleibende Lücke	
	Pflegekosten	insgesamt		Pflegekosten	insgesamt
Pflegestufe I	346	1.380	120	226	1.260
Pflegestufe II	532	1.566	180	352	1.386
Pflegestufe III	768	1.802	600	168	1.202

Quelle: eigene Berechnungen beruhend auf der Tabelle 23 in Kapitel 4 und den Werten der Muster-Kalkulation des PKV-Verbandes.

Werden diese den Finanzierungslücken in stationärer Pflege gegenübergestellt, ergeben sich bezogen auf die Heimentgelte des Jahres 2011 die in Tabelle 1 enthaltenen Werte. Wie die Tabelle deutlich macht, verringern sich die Eigenanteile der Heimkosten nur in Stufe III merklich. Stationäre Pflege in Pflegestufe III nimmt aber nur jeder 20. Versicherte jemals in seinem Leben in Anspruch (Rothgang et al. 2011b: 138;). Für die anderen Versicherten sind die Leistungen der Pflegeversicherung aber nur der berühmte Tropfen auf den heißen Stein. Dazu ist noch zu beachten, dass die Prämien auch beim Eintritt der Pflegeversicherung weitergezahlt werden müssen, so dass die Nettoleistung der Versicherung noch einmal entsprechend reduziert wird (Stiftung Warentest 2013: 71). Nun können die Versicherungsleistungen natürlich aufgestockt werden u. z. höchstens bis zur Leistung der Sozialen Pflegeversicherung in Stufe III. Allerdings steigen dabei die Prämien entsprechend und die staatliche Förderung verliert relativ an Bedeutung. Insgesamt zeigt sich damit, dass die staatlich geförderte ergänzende Pflegeversicherung schon hinsichtlich der heutigen Pflegekosten ungeeignet ist, das finanzielle Risiko der Pflegebedürftigkeit abzufedern.

Entscheidender noch ist allerdings die langfristige Perspektive: Eine Dynamisierung der staatlichen Förderung ist nicht vorgesehen, Prämien können hingegen angepasst werden (Jacobs & Rothgang 2012), so dass die Förderung langfristig relativ an Bedeutung verliert. Vollkommen unkalkulierbar ist für den Verbraucher die Leistungsseite. Unklar ist nicht nur wie sich die Pflegekosten in den nächsten Dekaden entwickeln, sondern auch, welchen Schutz die obligatorischen Versicherungssysteme (Soziale Pflegeversicherung (SPV) und Private Pflegepflichtversicherung (PPV)) bieten, da diese keinen festen Dynamisierungsregeln unterliegen (vgl. Abschnitt 3.2.5.1). Gerade für jüngere Versicherte ist es daher unmöglich, den Fi-

nanzbedarf für eine Pflegebedürftigkeit abzuschätzen, die noch ein halbes Jahrhundert in der Zukunft liegt. Der Finanztest der Stiftung Warentest folgert daher: „Die Pfl egetagegeldversicherung ist für Kunden unter 40 Jahren kaum geeignet“ (Stiftung Warentest 2013: 71). Ein substantieller Versicherungsschutz kann nur im Rahmen einer umlagefinanzierten Sozialversicherung sichergestellt werden, die ihre Leistungsversprechen dynamisch an die jeweiligen Erfordernisse der Zeit anpassen kann (Jacobs & Rothgang 2013), kapitalgedeckte Versicherungen können lediglich nominale festgelegte Leistung garantieren, nicht aber eine bedarfsgerechte Versorgung.⁴ Der Einwand, dass etwas Versicherungsschutz für die Versicherten immer noch besser sei als gar keiner (in diesem Sinne Biederbick & Weber 2013), geht insofern fehl, als unzureichende Leistungen insbesondere für einkommensschwächere Versicherte selbst keine Entlastung bringen, da diese in Bezug auf etwaige Sozialhilfeleistungen (vgl. zu deren Bedeutung Abschnitt 4.8.3) angerechnet werden und somit dann nur die Sozialhilfeträger entlasten (Jacobs & Rothgang 2013).

Adverse Selektion

Die eingeschränkte Reichweite des Versicherungsschutzes und die Unmöglichkeit Dekaden im Vorhinein einen ausreichenden Leistungsbetrag festzustellen und abzusichern, beziehen sich auf die grundsätzliche Rolle einer kapitalgedeckten Pflegezusatzversicherung in der gesamten Architektur der Absicherung des Pflegerisikos. Daneben leidet der Pflege-Bahr aber an seiner konkreten Ausgestaltung. Wie bereits im Pflegereport 2012 ausführlich dargestellt (Rothgang et al. 2012: 42-46), birgt der Pflege-Bahr das Risiko der adversen Selektion, da die drei „Lehrbuch-Bedingungen“ für eine derartige Antiselektion (vgl. Akerlof 1970) in Reinform erfüllt: erstens unterschiedliche Risiken in einer Population, zweitens die Kenntnis des eigenen Risikotyps seitens der Versicherten – insbesondere bei denen, deren Anträge auf ungeförderte Pflegezusatzversicherungen bereits abgelehnt oder wegen Aussichtslosigkeit gar nicht erst gestellt wurden – und drittens die Unmöglichkeit (hier: das Verbot) der Versicherer, diese Risiken adäquat zu tarifieren (s.

⁴ Für eine grundsätzlichere Auseinandersetzung mit der Kapitaldeckung in der Langzeitpflege siehe Rothgang 2009 sowie Jacobs & Rothgang 2011.

hierzu auch Rothgang 2012a: 252f.; Jacobs & Rothgang 2012: 47). Im Ergebnis ist der Abschluss einer Versicherung vor allem für schlechte Risiken interessant, also für die Versicherten, die aufgrund der Kenntnis über ihre Lebensumstände davon ausgehen müssen, ein höheres Pflegerisiko zu haben. Reagiert die Versicherungswirtschaft darauf, indem sie in ihre Kalkulation einen Zuschlag für die zu erwartende Antiselektion einbezieht, werden ihre Produkte für die „guten Risiken“ uninteressant, – insbesondere wenn der Umfang der staatlichen Förderung nicht ausreicht, um diesen Sicherheitszuschlag auszugleichen. Höhere Prämien wiederum schrecken weitere eher bessere Risiken ab und so kommt es zu einer Negativspirale, die das Transfervolumen des Marktes begrenzt oder sogar zum Zusammenbruch des Marktes. Dies gilt in diesem Fall umso mehr, als gleichzeitig nicht geförderte Zusatzversicherungen mit risikoadjustierten Tarifen auf dem Markt sind.⁵

Dies wird auch von den Aktuarien der Privatversicherung so eingeschätzt: Wie sie in einem interne Papier ausführen, das vor Einführung des Pflege-Bahrs verfasst wurden, habe sich die private Versicherungswirtschaft bei der Kalkulation der Tarife für die ungeförderte private Pflege-Zusatzversicherungen bislang an den altersspezifischen im Vergleich zu den Sozialversicherten niedrigeren Pflegehäufigkeiten der PPV-Versicherten orientiert. Dies sei möglich zum einen wegen der Gesundheitsprüfung und zum anderen wegen der Annahme, dass „Versicherungsnehmer mit niedrigen verfügbaren Einkommen in der Regel nicht in der Lage oder bereit sein werden, die Beiträge für eine solche Zusatzdeckung zu bezahlen“ (DAV 2008: 14). „Wenn diese Voraussetzungen nicht gegeben sind“, heißt es weiter in dem DAV-Papier „so ist zu überprüfen, ob die Prävalenzen der privaten Pflegepflichtversicherung tatsächlich angemessen sind oder ob nicht ein Übergang auf die Daten der sozialen Pflegepflichtversicherung erfolgen muss“ (ebd.). Bereits dann wenn die Pflegerisiken derjenigen, die eine Zusatzversicherung abschließen wollen, denen der Gesamtbevölkerung entspricht, müssen demnach höhere Ver-

⁵ Auch die ansonsten Privatversicherungslösungen keineswegs ablehnend gegenüberstehende Deutsche Gesellschaft für Gesundheitsökonomie warnt vor diesem Problem, das auf der Freiwilligkeit der Versicherung beruhe und fordert ein Obligatorium (DGGÖ 2012).

sicherungsprämien als bei den derzeit auf dem Markt befindlichen Pflege- Zusatzversicherungen kalkuliert werden. Muss – aus den genannten Gründen – mit einer Antiselektion gerechnet werden, gilt das erst recht. Die Prämien der geförderten Zusatzversicherung müssten daher – ceteris paribus – deutlich über denen der nicht geförderten Zusatzversicherung liegen. Tatsächlich raten Verbraucherberater – der Bund der Versicherten (BdV 2013) ebenso wie der Verbraucherzentrale Bundesverband (vzbv 2012) und die Stiftung Warentest (2013) – Personen ohne Behinderungen und Vorerkrankungen ausdrücklich vom Pflege-Bahr ab.

Dass die Prämien der derzeit angebotenen Versicherungsverträge auch langfristig solide kalkuliert sind, ist damit jedoch nicht gesagt. Für die Versicherungsunternehmen ist beseht letztlich auch kein Risiko: Während der fünfjährigen Karenzzeit sind Prämienzuflüsse garantiert, denen keine Leistungsausgaben gegenüberstehen, erst danach werden die ersten Leistungsfälle allmählich auftreten. Deren Zahl ist dabei je geringer, je jünger die Versichertenpopulation ist. Sollte sich mittelfristig aber zeigen, dass die Tarife unterkalkuliert sind, können sie einfach angehoben werden (§ 11 der Musterbedingungen 2013 für die staatlich geförderte ergänzende Pflegeversicherung; PKV 2013b: 175). Da die Altersrückstellungen nicht mobilisiert werden können, sind die Versicherten dagegen in ihren Tarifen „gefangen“. Kündigen sie, gehen alle angesparten Rücklagen verloren, da eine Portabilität dieser Rücklagen – trotz einer entsprechenden langjährigen Diskussion in der privaten Krankenversicherung und trotz der inzwischen realisierten zumindest teilweisen Portabilität dieser Rücklagen für Neuverträge in der PKV – für den Pflege-Bahr nicht vorgesehen ist. Das Risiko der Unterkalkulation tragen damit allein die Versicherten.

Gefahr der Rückwirkungen auf Soziale Pflegeversicherung

Nun könnte eingewandt werden, dass der Pflege-Bahr schlimmstenfalls eine unattraktive Vorsorgeform ist, die nur in geringem Umfang in Anspruch genommen wird und damit zwar nicht hilft, in der Pflegesicherung aber auch nicht schadet. Das wäre allerdings nur der Fall, wenn es keine Rückwirkungen auf das Sicherungsniveau der Sozialen Pflegeversicherung gibt. Tatsächlich spricht aber einiges dafür, dass der Pflege-Bahr nicht ergänzend zur Sozialen Pflegeversicherung, sondern – wie auch die Riester-Rente – substitutiv konzipiert ist (vgl. hierzu ausführ-

lich Jacobs & Rothgang 2012). Bereits in der Vergangenheit wurden die Leistungen der Sozialen Pflegeversicherung nur unzureichend angepasst, so dass ein erheblicher Realwertverlust der Versicherungsleistungen resultierte (s. Abschnitt 4.7.3; vgl. auch Rothgang et al. 2012: 29-35 sowie Rothgang & Jacobs 2013). Wird nun mit dem Hinweis darauf, dass mit staatlicher Förderung privat vorgesorgt werden kann, auf angemessene Leistungsdynamisierung, die zumindest den Realwert der Pflegeversicherungsleistungen sichert, verzichtet, dann wäre der Pflege-Bahr wirklich „zum Schaden der Sozialen Pflegeversicherung und ihrer Versicherten“ (Jacobs & Rothgang 2012). Hierin liegt die eigentlich Gefahr der geförderten privaten Zusatzversicherung, und ist es obliegt der neuen Bundesregierung dem entgegenzutreten, indem eine ausreichende Dynamisierung der Leistungen der Sozialen Pflegeversicherung vorgenommen und dauerhaft sichergestellt wird (Rothgang & Jacobs 2011).

3.1.3 Leistungsverbesserungen im PNG

Neben der Einführung einer staatlichen Förderung für private Pflegezusatzversicherungen (Abschnitt 3.1.2) sieht das PNG verbesserte Versichertenrechte bei der Begutachtung sowie eine Reihe von Leistungsverbesserungen vor (vgl. Nakielski 2012; Rothgang 2012 sowie Rothgang et al. 2012: 24ff.). Hierzu gehören

- Flexibilisierung der Leistungsanspruchnahme durch die Möglichkeit der Abrechnung über Zeitvolumen,
- Häftige Weiterzahlung des Pflegegeldes auch bei Inanspruchnahme von Kurzzeit- und Verhinderungspflege,
- Erwerb von Rentenversicherungsansprüchen für Pflegepersonen auch durch Zusammenrechnung der Pflege mehrerer Personen,
- Förderung von Selbsthilfegruppen,
- Förderung neuer Wohnformen,
- Wohnanpassung in betreuten Wohngruppen und
- Leistungsverbesserung für geistig behinderte, psychisch kranke und geronto-psychiatrisch veränderte Menschen.

Viele dieser Maßnahmen haben das Potential zur Verbesserung der Versorgungssituation, allerdings ist es derzeit noch zu früh, um Aussagen über ihre Wirkung abzuleiten.

Im Mittelpunkt der öffentlichen Aufmerksamkeit standen bislang vor allem die Leistungsverbesserungen für Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz, insbesondere für Menschen mit Demenz (vgl. Winkel & Nakielski 2013 für Details), die im Vorgriff auf die Einführung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff als Übergangsregelung eingeführt wurden. Wegen dieses engen sachlichen Zusammenhangs werden sie nachfolgend in Abschnitt 3.2.1 im Kontext des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs behandelt

3.2 Herausforderungen für die nächste Pflegereform

Die zentralen Herausforderungen für die nächste Pflegereform ergeben sich aus den Hinterlassenschaften der vergangenen Legislaturperiode sowie weitergehenden Überlegungen zur langfristigen Sicherung des Pflegesystems. Zu nennen sind insbesondere

- die Einführung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs (Abschnitt 3.2.1),
- Maßnahmen zur Bekämpfung eines drohenden Personalmangels in der Langzeitpflege (Abschnitt 3.2.2),
- die Notwendigkeit die Kommunen stärker in die Organisation der Pflege einzubeziehen (Abschnitt 3.2.3)
- eine Neuzuschneidung von Finanzierungs Kompetenzen zum Abbau bestehender Fehlanreize (Abschnitt 3.2.4) und
- die Finanzierung der Pflegeversicherung (Abschnitt 3.2.5).

Auf jede dieser Herausforderungen wird nachstehend eingegangen.

3.2.1 Der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff

Als bei der Erarbeitung des Gesetzesentwurfes zum Pflege-Versicherungsgesetz die Zugangsvoraussetzungen für Leistungsansprüche gegen die Pflegeversicherung festgelegt wurden, stand vor allem das Ziel der Ausgabenbegrenzung im Vordergrund (Pabst & Rothgang 2000). Schon damals war klar, dass die streng

somatische Ausrichtung des den Leistungszugang regelnden „Pflegebedürftigkeitsbegriffs“ die besonderen Belange der kognitiv beeinträchtigten Menschen nicht angemessen berücksichtigt. Als Folge davon wird die Benachteiligung von Personen mit kognitiven Beeinträchtigungen und Verhaltensauffälligkeiten, insbesondere von Menschen mit Demenz, seit Ende der 1990er Jahre beklagt (vgl. Klie & Schmidt 1999; Sonntag & Angermeyer 2000; Wingenfeld 2000; Döhner & Rothgang 2006). Diese Problematik wurde Ende der 1990er Jahre auch vom Gesetzgeber anerkannt. In bisher drei Schritten, dem 2002 in Kraft getretenen Pflegeleistungs-Ergänzungsgesetz (PflEG), dem Pflege-Weiterentwicklungsgesetz (PfWG) von 2008 und dem 2012-2013 in Kraft getretenen Pflege-Neuausrichtungsgesetz (PNG), hat der Gesetzgeber versucht, Abhilfe zu verschaffen, indem besondere Leistungen für „Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz“ (PEA) geschaffen und dann ausgebaut wurden (vgl. Abschnitt 5.7.1 für Einzelheiten).

Noch bevor die Ausweitung von Leistungen für Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz (PEA) im PfWG beschlossen wurden, wurde vom Bundesgesundheitsministerium zudem 2006 ein „Beirat zur Überprüfung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs“ einberufen, der im Februar 2009 einen Abschlussbericht (BMG 2009a) und drei Monate später einen Umsetzungsbericht vorgelegt hat (BMG 2009b). Die Forderung nach Einführung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs und des damit eng verbundenen Neuen Begutachtungssassessments (NBA) wurde von allen im Bundestag vertretenen Parteien einhellig begrüßt und seine Umsetzung im Koalitionsvertrag zwischen CDU/CSU und FDP angekündigt: „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“ (CDU/CSU/FDP 2009: 93). Dennoch ist in den Folgejahren nichts geschehen, und erst im März 2012 wurde ein neuer „Expertenbeirat zur konkreten Ausgestaltung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff“ als personell weitgehend identischer Nachfolger des alten Beirats eingesetzt, der im Juni 2013 einen weiteren Bericht vorgelegt hat (BMG 2013; vgl. hierzu auch Hoffer 2013). Wiederum wurde der Bericht vom zuständigen Minister

begrüßt und die Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs angekündigt – allerdings wiederum für die nächste Legislaturperiode. Letztlich wurde so eine ganze Legislaturperiode verschenkt, was als Armutszeugnis für die Pflegepolitik angesehen werden muss.

Aufgrund der gesetzlichen Änderungen im PfLEG, PFWG und PNG erhalten Menschen mit Demenz im Ergebnis aber bereits heute erhebliche Leistungen der Pflegeversicherung, so dass das Ursprungsproblem der strukturellen Benachteiligung kognitiv beeinträchtigter Versicherter als weitgehend gelöst gelten kann. So ist die Aussage, dass Menschen mit Demenz ohne neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff keine Pflegeversicherungsleistungen erhalten, falsch: Die allermeisten Menschen mit Demenz sind heute schon in einer Pflegestufe. Das lässt sich an der Verteilung der Leistungsbezieher für Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz (PEA) ablesen: Bei Erstbegutachtung liegt der Anteil der PEA ohne Pflegestufe im ambulanten Bereich bei 24 % und im stationären Bereich bei 12 % (vgl. Abschnitt 4.4.3).⁶ Bezüglich der tatsächlichen Inanspruchnahme sind die Quoten sogar noch niedriger. Von den Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz, die die zusätzlichen Betreuungsleistungen gemäß § 45b SGB XI in Anspruch nehmen, gehören lediglich 11 % zur sogenannten „Pflegestufe 0“ (Abschnitt 5.7). Auch die vergleichsweise kleine Gruppe von Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz, aber ohne Pflegestufe, können seit Inkrafttreten des PNG aber erstmals „reguläre“ Pflegeversicherungsleistungen, also Pflegegeld und Pflegesachleistungen, erhalten. In Pflegestufe 0 sind das monatlich 120 Euro (Pflegegeld) oder 225 Euro (Pflegesachleistungen). Zusammen mit den zusätzlichen Betreuungsleistungen nach § 45b SGB XI (100 bzw. 200 Euro) kann eine Person mit eingeschränkter Alltagskompetenz in Stufe 0 somit Sachleistungen im Umfang von bis zu 425 Euro erhalten. Damit ist fast der Betrag von 450 Euro erreicht, den rein somatisch Pflegebedürftige in Stufe I erhalten. Von einem Ausschluss der Personen mit einge-

⁶ Aufgrund des progredienten Verlaufs der Demenz und der mit einem Fortschreiten der Demenz verbundenen weiteren Verlust von Selbstversorgungspotentialen ist damit zu rechnen, dass der Anteil der PEA in „Pflegestufe 0“ in einer Querschnittsbetrachtung, die sich auf alle Bestandsfälle bezieht, sogar noch niedriger ist als bei den Antragssteller.

schränkter Alltagskompetenz von den Leistungen der Pflegeversicherung kann also nicht die Rede sein.⁷

Es stellt sich daher die Frage, ob ein „neuer Pflegebedürftigkeitsbegriff“ tatsächlich noch eingeführt werden muss.

Tatsächlich ist der „neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff“ inzwischen von Heilserwartungen überfrachtet, die weit über das hinausgehen, was eine neue Definition der Zugangsvoraussetzungen zu Pflegeversicherungsleistungen – denn darum handelt es sich beim Pflegebedürftigkeitsbegriff im Kern – tatsächlich leisten kann (Rothgang 2013). So hat schon die damalige Gesundheitsministerin Ulla Schmidt 2009 für den Fall der Umsetzung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs das Ende der „Minutenpflege“ verkündet: „Der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff wird den tatsächlichen Hilfebedarf des Einzelnen besser abbilden. Die oft kritisierte ‚Minutenpflege‘ muss der Vergangenheit angehören.“ (BMG-Pressemitteilung vom 29.1.2009). Tatsächlich bezieht sich die Problematik der „Minutenpflege“ aber nicht auf das Leistungsrecht, also die Frage nach den Leistungsansprüchen gegen die Pflegeversicherung, sondern auf das Leistungserbringungsrecht, das heißt die Frage der Vergütung von Pflegeeinrichtungen für erbrachte Leistungen. Hier werden im ambulanten Bereich Leistungsmodule mit festen Preisen vergütet, die sich am Aufwand der Leistungserbringung orientieren (vgl. Rothgang et al. 2009: 223ff.). Intern weiß daher jede Pflegekraft, mit wie vielen Minuten eine bestimm-

⁷ Die tatsächliche Problematik bestand allerdings schon immer weniger darin, dass kognitiv beeinträchtigte Personen keine Pflegeversicherungsleistungen erhalten, sondern darin, dass sie „nur“ in Pflegestufe I oder Pflegestufe II eingestuft werden, obwohl die Pflegestufe bei Berücksichtigung der besonderen Bedarfe dieser Personen höher liegen müsste. So hat das seinerzeit zuständige Bundesarbeitsministerium in seinem 1. Bericht zur Lage der Pflegeversicherung darauf hingewiesen, dass die Leistungsempfänger der Pflegeversicherung zu einem hohen Anteil demenziell erkrankt wären und von einem Leistungsausschluss für Menschen mit Demenz nicht die Rede sein könnte (BMA 1997: 25f.). Im 2. Bericht der Bundesregierung wird die „bessere Berücksichtigung des besonderen Hilfe- und Betreuungsbedarfs des Personenkreises der geistig behinderten, psychisch kranken und geronto-psychiatrisch veränderten Menschen bereits als „eines der drängendsten Probleme in der Pflegeversicherung“ gekennzeichnet (BMG 2001: 37).

te Tätigkeit hinterlegt ist und dass sie „rote Zahlen“ schreibt, wenn sie diese Minutenwerte überschreitet. Hieraus entsteht das Problem der „Akkordpflege“, das aber durch keine noch so gut gemeinte Reform des Leistungsrechts gelöst werden kann.

Auch im Umsetzungsbericht des ursprünglichen Beirats wird der neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff zum „Instrument der Veränderung“ überhöht: „Die Umsetzung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs eröffnet die Möglichkeit, in der Pflegeversicherung den notwendigen Paradigmenwechsel zu einer ganzheitlichen Sicht des pflegebedürftigen Menschen, zu mehr Selbstbestimmung und Teilhabe bei verlässlicher Solidarität und damit zu einer besseren, bedarfsgerechten Pflege zu gestalten“ (BMG 2009b: 14). Tatsächlich hilft die Einführung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs etwa nicht, eine nachhaltige Finanzierung der Pflegeversicherung sicherzustellen, vielfach geforderte Quartierskonzepte umzusetzen oder das Problem fehlender Pflegekräfte in den Griff zu bekommen. Zwar kann eine breiter gefasste Definition von Pflegebedürftigkeit Impulse dazu geben, etwa die Schnittstellen zum SGB IX und XII anders zu betrachten. Um hier Fortschritte zu erzielen, bedarf es neben der Einführung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs aber immer auch einer Reihe von Anpassungen im Leistungs- und Leistungserbringungsrecht. Der Pflegebedürftigkeitsbegriff und das NBA sind damit letztlich lediglich Instrumente zur leistungsgerechten Verteilung knapper Ressourcen in einem Teilleistungssystem, nicht mehr, aber auch nicht weniger.

Dennoch sollte an der Forderung nach Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs und des damit verbundenen Neuen Begutachtungsassessment festgehalten werden, aber nicht, um Menschen mit Demenz „erstmalig“ einen Anspruch auf angemessene Pflegeversicherungsleistungen einzuräumen, sondern um das inzwischen gewachsene Geflecht von Einzelregelungen und Zusatzleistungen der §§ 45a, 45b, 45c, 45d, 87b, 123 und 124 SGB XI zu lichten und mittels eines einheitlichen Assessments Leistungsgerechtigkeit herzustellen – und zwar für rein somatisch Beeinträchtigte *und* Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz.

Hierzu muss die Politik insbesondere das Hauptproblem anpacken, das im Beirat naturgemäß nicht gelöst werden konnte: Die Festlegung der leistungsrechtlichen

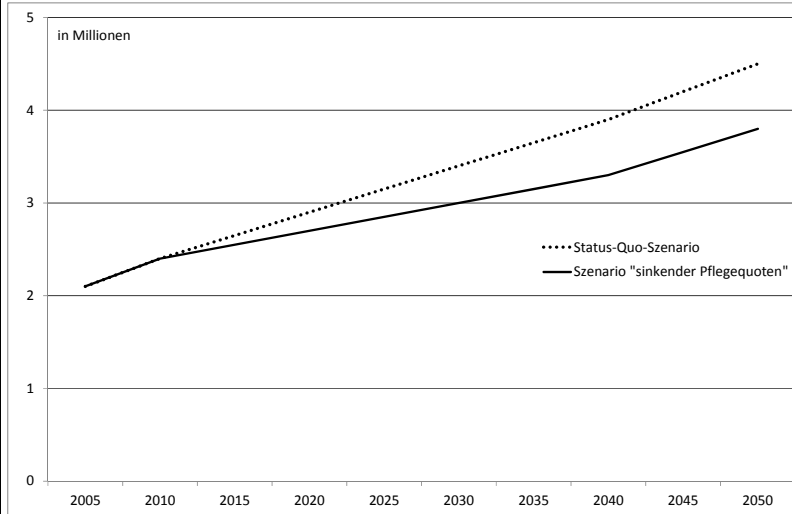
Regelungen für die im Beiratsbericht vorgeschlagenen neuen Pflegegrade. Bezüglich dieser Leistungshöhen hatte schon der alte Beirat Szenarien, aber keine Empfehlungen vorgelegt (BMG 2009b). Der Expertenbeirat hat nicht einmal solche Gesamtszenarien vorgelegt, sondern sich nur auf Beispielrechnungen für einzelne Teilsektoren (Pflegegeld, Pflegesachleistungen, stationäre Pflege) verständigt (BMG 2013). In einem Teilleistungssystem wie der Sozialen Pflegeversicherung ist die Frage nach den zu hinterlegenden Leistungsbeträgen und damit danach, wie viel die Umsetzung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs kosten darf, aber eine eminent *allgemeinpolitische Frage*, die über die fachpolitische Ebene hinausgeht und die Prioritätensetzung auch in Relation zu anderen Politikfeldern beinhaltet. Sie kann daher letztlich nur vom Gesetzgeber entschieden werden. Die in der Fachöffentlichkeit nach wie vor geforderte Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs hängt daher entscheidend davon ab, dass die Politik Entscheidungen bezüglich des Finanzrahmens für eine Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs trifft.

3.2.2 Pflegenotstand

Bereits heute wird vielfach ein Fachkräftemangel in der Pflege beklagt. Wie Vorausberechnungen zeigen, wird sich die Personalsituation in der Langzeitpflege in Zukunft aber noch deutlich verschärfen. Hierzu ist es sinnvoll, sich zunächst die zukünftige Entwicklung in der Langzeitpflege zu vergegenwärtigen: Gemäß den Berechnungen der Statistischen Ämter des Bundes und der Länder (2010: 30) wird die Zahl der Pflegebedürftigen von 2,5 Mio. am Ende des Jahres 2011 auf 4,5 Mio. im Jahr 2050, also um 80 % steigen (Abbildung 2).

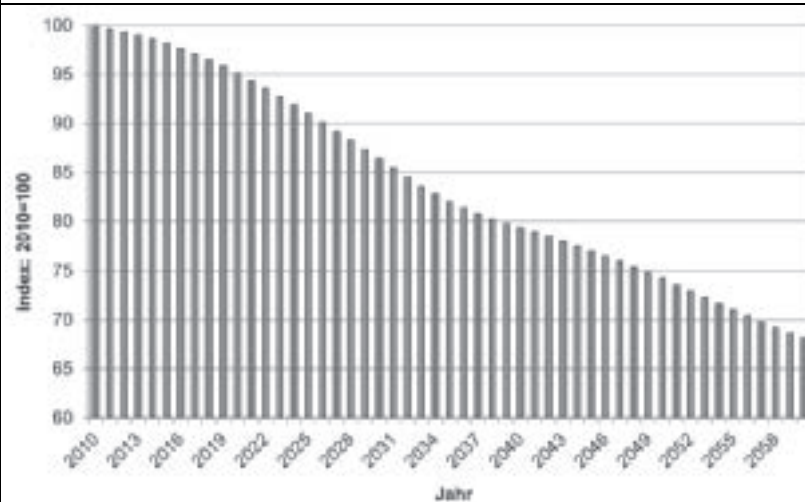
Unterstellt wird bei diesem Szenario, dass sich die Pflegequoten, also die altersspezifischen Pflegeprävalenzen im Zeitverlauf nicht ändern. Werden sinkende Pflegequoten unterstellt, ist das Wachstum der Fallzahlen weniger ausgeprägt. Allerdings zeigt die Analyse der Prävalenzentwicklung in Abschnitt 4.3.1, dass ein Sinken der Prävalenzen in der Vergangenheit *nicht* zu beobachten war. Dies spricht dafür, auch für die Zukunft von konstanten Quoten auszugehen. Dann ist aber das Status quo-Szenario als Referenzszenario heranzuziehen.

Abbildung 2: Zunahme der Zahl der Pflegebedürftigen bis 2050



Quelle: Statistische Ämter des Bundes und der Länder 2010: 30.

Abbildung 3: Entwicklung des Erwerbspotentials



Quelle: eigene Berechnungen beruhend auf Daten der 12. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung der Statistischen Ämter des Bundes und der Länder und variablen Potentialerwerbsquoten des IAB (Fuchs & Dörfler 2005)

Gleichzeitig ist zu beobachten, dass die informelle Pflege in der Vergangenheit relativ an Bedeutung verloren hat (vgl. Abschnitt 4.2.2; vgl. auch Müller & Rothgang 2013). Angesichts insbesondere des sinkenden relativen familialen Pflegepotentials, also des Verhältnisses des Pflegepotentials pro Pflegebedürftigem, dürfte auch in Zukunft mit einem Rückgang des Anteils informeller Pflege zu rechnen sein (Blinkert & Klie 2001, 2005, 2007; Klie & Blinkert 2000, 2004; Rothgang 2004; Schnabel 2007; Hackmann & Moog 2010). Es ist daher davon auszugehen, dass der Bedarf an formeller Pflege noch stärker wachsen wird als die Zahl der Pflegebedürftigen selbst.

Diese gestiegene Arbeitskräftenachfrage trifft aber auf einen Arbeitsmarkt, der durch ein *sinkendes Erwerbspersonenpotential* gekennzeichnet ist. Werden die variablen Potentialerwerbsquoten des Instituts für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung (IAB), die bereits eine steigende Erwerbsbeteiligung von Frauen und älteren Arbeitnehmern berücksichtigen, mit den Ergebnissen der 12. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung der Statistischen Ämter des Bundes und der Länder⁸ kombiniert, ergibt sich die in Abbildung 3 widergegebene Entwicklung. Demnach geht das Erwerbspersonenpotential kontinuierlich zurück, bis 2030 um knapp ein Sechstel und bis 2060 um rund ein Drittel des Ausgangswertes für 2010. Selbst wenn es gelingen sollte, den Anteil der Erwerbstätigen, der in der Pflege beschäftigt ist, konstant zu halten, wäre das Arbeitskräfteangebot in der Pflege demnach rückläufig. Dabei ist jedoch zu bedenken, dass es bereits erheblicher Anstrengungen bedarf, diesen Anteil angesichts der sich verschärfenden Konkurrenz auf dem Arbeitsmarkt um Erwerbstätige tatsächlich konstant zu halten, diese Annahme also bereits als optimistisch anzusehen ist.

Unter Annahme

- konstanter Betreuungsrelationen von Pflegekräften zu Pflegebedürftigen in ambulanter und stationäre Pflege,

⁸ Zugrunde gelegt sind die Annahmen zu Migration, Mortalität und Fertilität, die die untere Grenze der mittleren Bevölkerungsentwicklung generieren. Darin ist eine moderate Netto-Immigration bereits enthalten.

- einer weiter anhaltenden Verschiebung von informeller in formelle Pflege im derzeitigen Tempo und
- konstanter Anteile der Beschäftigten in der Pflege an der Erwerbsbevölkerung

ergibt sich 2030 dann – im Vergleich zu 2009 – eine Versorgungslücke von knapp eine halben Million Vollzeitbeschäftigten in der Langzeitpflege (Rothgang et al. 2012). Dabei sind etwaige heute bestehende Versorgungslücken ebenso wenig berücksichtigt wie etwaige Qualitätsverbesserungen in der Pflege, die sich in niedrigeren Quoten von Pflegebedürftigen pro Pflegekräfte niederschlagen und den Arbeitskräftebedarf weiter erhöhen.

Angesichts dieser Entwicklungen muss es ein primäres Ziel der zukünftigen Pflegepolitik sein, diesem drohenden Versorgungsnotstand entgegenzutreten durch Unterstützung der informellen Pflege und der formellen Pflege sowie der Nutzung des zivilgesellschaftlichen Potentials.

In der *informellen Pflege* müssen dabei insbesondere Maßnahmen zur besseren Vereinbarkeit von Pflege und Beruf ergriffen werden. Das in der vergangenen Legislaturperiode in Kraft getretene *Familienpflegezeitgesetz* hat sich diesbezüglich nicht bewährt (Abschnitt 3.1.1). Ein weiteres, in Befragungen von Pflegebedürftigen und pflegebedürftigen Angehörigen immer wieder genanntes Problem ist die unzureichende Beratung und Begleitung, sind fehlendes Case und Care Management. Auch hier ist festzuhalten, dass die bereits ergriffenen Maßnahmen nicht ausreichen. Insbesondere die im PfwG initiierten *Pflegestützpunkte* können ihre Aufgabe, als zentrale Anlaufstellen bei Pflegebedarf zu dienen, nicht erfüllen. Mit Ausnahme von Rheinland-Pfalz und dem Saarland, haben die Bundesländer Pflegestützpunkte nicht flächendeckend eingeführt (Rothgang et al. 2010: 30). Die vorliegenden Evaluationen zeigen aber, dass die Pflegestützpunkte nur dann wahrgenommen und genutzt werden, wenn sie in unmittelbarer Nachbarschaft der Pflegebedürftigen liegen (Döhner et al. 2011; Joost & Metzenrath 2012; MASFF 2011; Rothgang et al. 2012b). Auch hier besteht daher weiterhin Nachholbedarf.

Bei der *formellen Pflege* muss es vor allem um die Steigerung der Attraktivität des Berufs gehen, und zwar im tatsächlichen Pflegealltag und nicht nur im Rahmen von Imagekampagnen. Dazu gehören eine bessere Entlohnung, ein durchlässiges

System der Qualifizierung und Weiterqualifizierung, das Aufstiegschancen bietet, und eine bessere Personalausstattung in Einrichtungen, die der Überlastung von Pflegekräften entgegenwirkt (vgl. Engelmann et al. 2013; Benedix et al. 2013). Dabei sollten (potentielle) Pflegekräfte in allen Altersgruppen angesprochen werden. Dies impliziert Maßnahmen zur gesteigerten Rekrutierung von Schülerinnen und Schülern ebenso wie familienfreundliche Arbeitsbedingungen für (potentielle) Rückkehrerinnen und Rückkehrer nach der Familienphase sowie altersgerechte Arbeitsplätze, um auch älteren Pflegekräften eine Weiterarbeit bis zur Regelaltersgrenze zu ermöglichen.

Schließlich sollte das *bürgerschaftliche Engagement* gefördert werden. Dies ist am leichtesten möglich, wenn verstärkt auf Quartierskonzepte gesetzt wird und diese durch Case- und Care-Management-Strukturen unterstützt werden. In diesem Zusammenhang ist dann auch darauf hinzuweisen, dass sich die berechnete Versorgungslücke annähernd halbiert, wenn es gelingt, die Zahl der stationär versorgten Pflegebedürftigen konstant zu halten, und den Aufwuchs bei der Zahl der Pflegebedürftigen allein ambulant zu versorgen. Auch für die Zukunft ist stationäre Pflege unverzichtbar. Deren relative Bedeutung kann aber eingeschränkt werden, wenn es gelingt, ambulante Pflege durch entsprechende Unterstützung in einem Mix aus informeller Pflege, formeller Pflege und bürgerschaftlichem Engagement attraktiver zu machen.

3.2.3 Rekommunalisierung der Pflege

Wie in Abschnitt 3.2.2 dargelegt, wird sich die Zahl der Pflegebedürftigen in Zukunft deutlich erhöhen. Allerdings ist der Fallzahlenanstieg dabei regional sehr unterschiedlich verteilt (vgl. auch Müller & Rothgang 2013 sowie Rothgang & Müller 2013). Dies zeigt sich bereits auf Landesebene (Tabelle 2): Während die nord-norddeutschen Stadtstaaten von 2009 bis 2030 mit einer Zunahme der Zahl Pflegebedürftigen von 28 % (Bremen) bzw. 32 % (Hamburg) rechnen müssen, liegt die Steigerungsrate in Brandenburg bei 72 %. Beträgt der Wert in den genannten Stadtstaaten damit nur Zweidrittel des bundesdeutschen Durchschnitts, übertrifft er diese bundesweite Steigerung in Brandenburg um die Hälfte.

Tabelle 2: Zunahme der Zahl der Pflegebedürftigen zwischen 2009 und 2030 in %

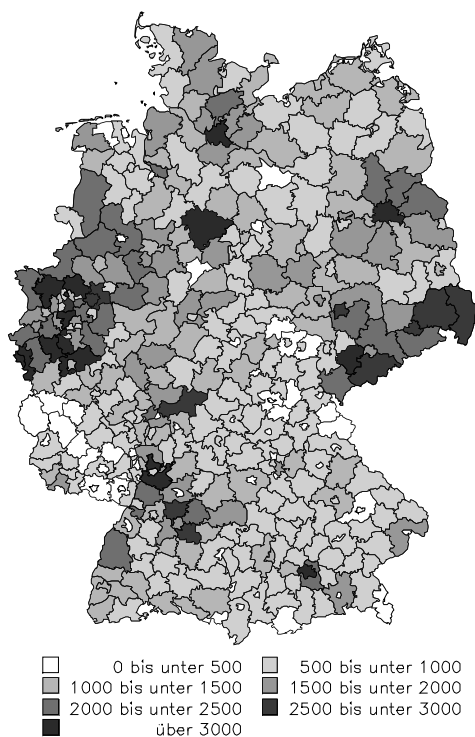
Bremen	28,2
Hamburg	32,3
Saarland	34,0
Sachsen-Anhalt	40,3
Nordrhein-Westfalen	41,1
Rheinland Pfalz	41,1
Hessen	43,1
Niedersachsen	45,3
Thüringen	46,2
Sachsen	46,5
Baden-Württemberg	53,6
Schleswig-Holstein	53,8
Bayern	53,8
Berlin	53,8
Mecklenburg-Vorpommern	55,9
Brandenburg	72,2
Deutschland	47,4



Quelle: Rothgang et al. (2012a):

Noch größer werden die Unterschied, wenn das Wachstum der Zahl der Pflegebedürftigen auf Ebene der gut 400 Landkreise und kreisfreien Städte betrachtet wird (Tabelle 2). Während einige Kommunen Zuwachsraten von unter 20 % aufweisen (Goslar, Osterode am Harz, Gelsenkirchen, Vogelsbergkreis, Hagen, Kassel, Bamberg, Coburg, Hof und Wunsiedel im Fichtelgebirge), liegt diese Rate bei anderen bei über 90 % (Fürstenfeldbruck, Erlangen-Höchststadt, Freising, Barning, Erding, Bad Doberan, Dachau, Ebersberg oder sogar bei über 100 % (Landkreis München, Landkreis Oberhavel). Die Kommunen mit den höchsten Zuwachsraten liegen dabei ausnahmslos in Brandenburg oder in Bayern, insbesondere im „Speckgürtel“ um Berlin und München.

Abbildung 4: Personallücke in der Pflege im Vergleich zu heute bei fortgeschriebenen Inanspruchnahmetrends



Personal in Vollzeitäquivalenten im ambulanten Pflegedienst und im Pflegeheim. Versorgungslücke im Jahr 2030 bundesweit: 491 Tsd. Vollzeitäquivalente.

Quelle: Rothgang et al. (2012a):

Entsprechend treten auch die Personallücken in der Pflege regional in sehr unterschiedlichem Ausmaß auf (Abbildung 4). In absoluten Zahlen besonders große Lücken zeigen sich dabei in den Ballungsgebieten, die aber auch eine hohe Bevölkerungsdichte aufweisen.

Schon allein diese regionalen und lokalen Unterschiede machen deutlich, dass eine zukünftige Pflegepolitik einen starken lokalen Bezug haben sollte, will sie die Problemlagen „vor Ort“ adäquat berücksichtigen. Während sich die Kommunen nach Einführung der Pflegeversicherung weitgehend nicht nur aus der Pflegepolitik, sondern auch aus der Altenhilfepolitik zurückgezogen haben, ist eine aktivere

Rolle der Kommunen für die Weiterentwicklung der pflegerischen Versorgungslandschaft von großer Bedeutung. Aktuelle Entwürfe für eine Weiterentwicklung der Pflegepolitik wie der „Politikentwurf für eine nachhaltige Sicherung von Pflege und Teilhabe“ der „Arbeitsgruppe Strukturreform Pflege und Teilhabe“ (Hoberg et al. 2013c) und das von der Friedrich Ebert Stiftung in Auftrag gegebene Positionspapier „Gute Pflege vor Ort“ fordern daher eine „veränderte Rolle der Kommunen“ einschließlich einer entsprechenden Finanzausstattung: „Bauleitplanung, Gestaltung der Wohnbereiche, Wohnungsmarkt, Regelung des Verkehrs und Impulse für das soziale Leben im Nahraum, die Sicherung des Bürgerschaftlichen Engagements, die Schaffung von Begegnungs- und Kommunikationsräumen sowie der regionale Arbeitsmarkt sind der Hintergrund, auf dem Entscheidungen über die pflegerische Infrastruktur ... getroffen werden. Dies muss sich zu einer regionalen Gesamtverantwortung ... verdichten. Deshalb haben die kommunalen Träger in einer zukünftigen Pflege- und Versorgungslandschaft eine besondere koordinierende und gestaltende Funktion für die Sicherung und Weiterentwicklung personeller Ressourcen und einer generationengerechten Infrastruktur“ (Engelmann et al. 2013: 16). Damit die Kommunen diesen Aufgaben gerecht werden können, benötigen sie eine entsprechende finanzielle Ausstattung.

Dabei ist allerdings sicherzustellen, dass die Kommunen die entsprechende Mittel auch zweckgebunden einsetzen. Zu diskutieren ist daher, welche Pflichtaufgaben von der Bundesebene auf die Länder und von diesen dann auf die Kommunen übertragen und gemäß dem Konnexitätsprinzip auch finanziell ausgestattet werden können, und welche diesbezüglichen aufsichtsrechtlichen Regelungen dabei zu treffen sind.

3.2.4 Neuzuschneidung von Finanzierungskompetenzen

Einen weitgehenden Vorschlag zur Neuordnung der Finanzierungszuständigkeiten von „Cure“, „Care“ und „Teilhabe“ hat die „Arbeitsgruppe Strukturreform Pflege und Teilhabe“ vorgelegt. Danach soll die Zuständigkeit für alle medizinischen, pflegerischen und therapeutischen Maßnahmen, die von professionellen Akteuren im Gesundheitswesen zur Prävention, Kuration, Rehabilitation und Palliation angeboten werden, als „Cure“ der Finanzierungsverantwortung der GKV über-

antwortet werden, während personenbezogene Leistungen zur unterstützenden Alltagsgestaltung, hauswirtschaftlichen Basisversorgung, Grundpflege und Förderung der sozialen Teilhabe unter dem Begriff „Care“ subsummiert werden, der leistungsrechtlich der Pflegeversicherung und einem ergänzenden Bundesleistungsgesetz bzw. der Sozialhilfe zugeordnet wird (Hoberg et al. 2013: 11f.).

Dieser Vorschlag, der insbesondere in Bezug auf die Verortung von Teilhabeleistungen wichtige Anstöße enthält, kann und soll hier nicht in seiner ganzen Breite diskutiert werden. Nachfolgend wird aber auf einen Teilaspekt, der sich aus der zentralen Abgrenzung von „care“ und „cure“ ergibt, kurz näher eingegangen: die (Rück)Verlagerung der Kosten der medizinischen Behandlungspflege von der Pflege- in die Krankenversicherung (Abschnitt 3.2.4.1). Danach wird ein weiterer „Dauerbrenner“ in Bezug auf Fehlanreize im Verhältnis von Kranken- und Pflegeversicherung thematisiert: die Finanzierung für Rehabilitationsleistungen, die der Vermeidung von Pflegebedürftigkeit dienen können (3.2.4.1).

3.2.4.1 Medizinische Behandlungspflege

Seit dem 1. April 1995 gewährt die SPV Leistungen bei häuslicher und seit Inkrafttreten der „2. Stufe“ der Pflegeversicherung zum 1. Juli 1996 auch Leistungen bei vollstationärer Pflege. Im 1. SGB XI-Änderungsgesetz, das am 1. Juli 1996 in Kraft getreten ist, wurde dabei festgelegt, dass die medizinische Behandlungspflege für den Zeitraum vom 1. Juli 1996 bis zum 31. Dezember 1999 als Teil der Tages- und Nachtpflege (§ 41 SGB XI), Kurzzeitpflege (§ 42 SGB XI) sowie vollstationärer Dauerpflege (§ 43 SGB XI) zu gelten habe und die Pflegekasse für die in den Einrichtungen lebenden Personen neben den pflegebedingten Aufwendungen, den Aufwendungen zur sozialen Betreuung auch die notwendigen Leistungen zur medizinischen Pflege im Rahmen der Leistungen nach §§ 41-43 SGB XI bis zu den in den Paragraphen jeweils genannten Maximalhöhen in Abhängigkeit von den Pflegestufen zu übernehmen habe.⁹ Im ersten Bericht des BMA zur Entwicklung der Pflege-

⁹ Diese zeitlich befristete Regelung wurde mehrmals verlängert und dann zur Dauerregelung erklärt. Allerdings müssen die Krankenkassen seit dem Inkrafttreten der entsprechenden Norm im GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (1.4.2007) für Pflegeheimbewohner mit besonders hohem Bedarf an medizinischer Behandlungspflege die Kosten dafür übernehmen.

versicherung gemäß § 10 Abs. 4 SGB XI werden finanzielle Erwägungen als Grund dafür genannt, die medizinische Behandlungspflege im Bereich der Pflegeversicherung zu belassen und die Kostenübernahme nicht über die Krankenkassen abzuwickeln (BMA 1997: 14).

Allerdings schafft diese Regelung für die handelnden Kassen einen Fehlanreiz, der aus der Parallelität von Kassenwettbewerb in der GKV und fehlendem Kassenwettbewerb in der Pflegeversicherung resultiert (vgl. hierzu schon Jacobs 1995). Vor dem Hintergrund dieser Regelung ist es für eine Kasse nämlich aus ökonomischen Gründen sinnvoll, wenn ihre Versicherten stationär versorgt werden. Die Kosten der Pflegeversicherung werden in einem umfassenden Finanzausgleich auf die Kassen verteilt und sind daher nicht wettbewerbsrelevant. Die Kosten der häuslichen Krankenpflege nach § 37 SGB V, die das funktionale Äquivalent zur medizinischen Behandlungspflege im ambulanten Bereich ist, belasten hingegen die einzelne Kasse, da sie im Risikostrukturausgleich natürlich nicht ausgeglichen werden. Wird eine pflegebedürftige Person in häuslicher Umgebung gepflegt, entstehen somit womöglich Ausgaben für häusliche Krankenpflege, die vermieden werden können, wenn die pflegebedürftige Person stationär versorgt wird. Angesicht der Gesamtausgaben der GKV für häusliche Krankenpflege, die sich inzwischen – bei stark zunehmender Tendenz – auf knapp 4 Milliarden Euro pro Jahr belaufen (BMG 2013d) und geschätzter Kosten der medizinischen Behandlungspflege in Pflegeheimen von 1,8 Mrd. Euro (Rothgang & Müller 2013b) ist dieser Ausgabenposten auch quantitativ nicht zu vernachlässigen. Die Kassen haben somit einen objektiven Anreiz, stationäre Pflege zu präferieren. Das widerspricht aber dem Gesetzesauftrag „ambulant vor stationär“ (§ 3 SGB XI). Eine Rückverlagerung der Finanzierungskompetenz für medizinische Behandlungspflege in Pflegeheimen in die GKV würde diesen Fehlanreiz beseitigen (vgl. Rothgang & Jacobs 2013).

3.2.4.2 Rehabilitation

Ein weiterer Fehlanreiz bezieht sich auf die Finanzierungskompetenz für rehabilitative Maßnahmen zur Verhinderung des Auftretens oder der Vermeidung einer Verschlimmerung der Pflegebedürftigkeit. Für wettbewerblich denkende Kassen

„lohnt“ sich Rehabilitation bei Pflege nicht, da die Rehabilitation aus der – wettbewerblich organisierten – Krankenversicherung finanziert wird, die Erfolge aber bei der – nicht wettbewerblich organisierten – Pflegeversicherung zu Buche schlagen und etwaige rehabilitationsbedingte Verringerungen der Pflegestufe zwar zu einer Ausgabenreduktion führen mögen, diese aber über den allgemeinen Ausgabenausgleich der Pflegeversicherung an alle Pflegekassen verteilt wird, während die Kosten der Rehabilitation nur die jeweilige Krankenkasse belasten und deren Wettbewerbsposition in Relation zu anderen Kassen verschlechtern. Ökonomisch rational handelnde Kassen, die sich gemäß der Systemlogik verhalten, werden daher keine besonderen Anstrengungen unternehmen, um Rehabilitation bei Pflege zu fördern. Dieses offensichtliche Schnittstellenproblem wurde bereits bei Einführung der Pflegeversicherung thematisiert (Jacobs 1995; Rothgang 1997). Es wurde dann 2008 im Pflege-Weiterentwicklungsgesetz vom Gesetzgeber aufgegriffen (vgl. Rothgang & Preuss 2009) – allerdings mit untauglichen Maßnahmen: So wurden die Krankenkassen verpflichtet, eine „Strafzahlung“ von gut 3.000 Euro¹⁰ an die Pflegekassen zu leisten, sollten sie durch eigenes Verschulden innerhalb von 6 Monaten eine notwendige medizinische Rehabilitation nicht erbracht haben (§ 40 Abs. 3 SGB V).¹¹ Bei dieser Norm hat der Gesetzgeber einen Gegensatz zwischen der Krankenkasse und „ihrer“ Pflegekasse konstruiert, der in der Realität nicht vorhanden ist. Tatsächlich wird kaum ein Mitarbeiter der Pflegekasse „seine“ Krankenkasse in Verlegenheit bringen, diese Strafen zahlen zu müssen – die Regelung ist daher leer gelaufen. Das Problem besteht nicht darin, dass sich „die Krankenversicherung“ auf Kosten „der Pflegeversicherung“ entlastet, sondern darin, dass „Kassen“ – als Verbund von Kranken- und Pflegekasse – ihre

¹⁰ Der Betrag von 3.072 Euro, der noch im Referentenentwurf zum PFWG nur halb so hoch angesetzt war, ergibt sich aus der Differenz der Pflegeversicherungsleistungen für stationäre Pflege in den Stufen I und II, gerechnet für 12 Monate.

¹¹ Parallel wurden auch Anreize für Pflegeheime geschaffen. Der § 87a SGB XI bestimmt, dass Pflegeheime, deren rehabilitativen Bemühungen dahingehend Erfolge zeigen, dass ein Pflegebedürftiger in eine niedrigere Pflegestufe eingeordnet wird, eine einmalige Bonuszahlung von 1.536 € erhalten.

Wettbewerbsposition gegenüber anderen Kassen verbessern, indem sie die Kosten von der Abteilung Kranken-, in die Abteilung Pflegeversicherung verschieben.

Der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen hat sich in seinem Gutachten 2005 u. a. aus diesem Grund für eine Zusammenlegung von Kranken- und Pflegekassen ausgesprochen (SVR Gesundheit 2005). Bei diesem auch von anderen bereits diskutierten Vorschlag bestünde jedoch die Gefahr einer zunehmenden Medikalisierung der Pflege durch die Dominanz der Krankenkassen (so auch Hoberg et al. 2013: 10). Die Besonderheiten der Langzeitpflege, die insbesondere in der zentralen Rolle pflegender Angehöriger liegt, würden dann womöglich nicht mehr hinreichend beachtet.

Diskutiert wird daher weiterhin, die Finanzierungsverantwortung für Rehabilitation zur Beeinflussung einer (ansonsten drohenden) Pflegebedürftigkeit in die Pflegeversicherung zu verlagern. Damit wird zwar der (Fehl) Anreiz *gegen* die Rehabilitation abgebaut, gleichzeitig aber kein positiver Anreiz *für* Rehabilitation geschaffen. Zielführender könnte daher die *Einführung eines Kassenwettbewerbs in der Pflegeversicherung* sein – analog zum Krankenkassenwettbewerb. Dieser muss dann ebenfalls durch einen Risikostrukturausgleich begleitet werden und unterschiedliche Beitragssätze zulassen. Dieses Szenario würde erstmals positive Anreize für die Pflegekassen schaffen, durch geeignete Maßnahmen den Verlauf der Pflegebedürftigkeit positiv zu beeinflussen, ist aber – insbesondere im Hinblick auf den erforderlichen Risikostrukturausgleich – recht voraussetzungsvoll.

3.2.5 Finanzierung

Neben allen leistungsrechtlichen und leistungserbringungsrechtlichen Fragen ist die nachhaltige Finanzierung das zweite zentrale Thema für jede zukünftige Pflegereform. Hierbei sind zwei Fragen zu beantworten, die Frage nach dem *Leistungsumfang* der obligatorischen Pflegeversicherungssysteme, also nach dem Umfang der zur Verfügung stehenden Mittel und damit die Frage nach der Gesamtarchitektur der sozialen Sicherung bei Pflegeversicherung (Abschnitt 3.2.5.1), und die Frage danach, *wer* diese Mittel nach welchen Regeln aufbringen soll (Abschnitt 3.2.5.2).

3.2.5.1 Leistungsdynamisierung

Derzeit wird gut die Hälfte aller Ausgaben bei Pflegebedürftigkeit (einschließlich des Pflegegeldes, aber ohne Berücksichtigung der Opportunitätskosten der informellen Pflege) durch die SPV getragen (Abschnitt 4.8.5), die damit das wichtigste Leistungssystem bei Pflegebedürftigkeit ist. Es stellt sich nun die Frage, welche Rolle die SPV – gerade auch im Verhältnis zu der in der letzten Legislaturperiode eingeführten staatlich geförderten privaten Pflegevorsorge – in Zukunft spielen soll. Wie bereits in Abschnitt 3.1.2 ausgeführt, ist es mehr als unwahrscheinlich, dass der „Pflege-Bahr“ jemals von größeren Bevölkerungsteilen in Anspruch genommen wird. Die Bevölkerungsmehrheit ist daher nach wie vor auf die SPV angewiesen. Deren Versicherungsleistungen haben aber seit ihrer Einführung erheblich an Wert verloren, im stationären Sektor, in dem sich die Effekte besser messen lassen, um rund ein Fünftel ihres Ursprungswertes. Im Ergebnis sind die Eigenanteile in der stationären Pflege deutlich gewachsen (Abschnitt 4.7.3). Soll die SPV als tragende Säule zur Absicherung des finanziellen Risikos der Pflegeabsicherung langfristig erhalten werden und sich nicht selbst überflüssig machen, ist daher eine Dynamisierung der Versicherungsleistungen in dem Umfang notwendig, der zumindest die reale Kaufkraft der Versicherungsleistungen erhält.

Das stellt die im Pflege-Weiterentwicklungsgesetz modifizierte Dynamisierungsregel des § 30 SGB XI aber keineswegs sicher. Dort ist festgelegt, dass alle drei Jahre, erstmals im Jahr 2014, Notwendigkeit und Höhe einer Anpassung der Leistungen der Pflegeversicherung durch die Bundesregierung zu prüfen seien. Dabei soll die Inflationsrate als Richtschnur dienen, keinesfalls soll der Anstieg aber höher ausfallen als die Bruttolohnentwicklung. Außerdem wird festgelegt, dass „die gesamtwirtschaftlichen Rahmenbedingungen mit berücksichtigt werden können“. Noch ehe die erste Prüfung möglicher Leistungsanpassungen für das Jahr 2015 erfolgt ist, lässt diese Vorschrift schon jetzt befürchten, dass der Realwertverlust der Leistungen der Pflegeversicherung weitergehen könnte. Selbst eine an der allgemeinen Inflationsrate orientierte Anpassung erscheint in einer personalintensiven Dienstleistungsbranche zur Verhinderung weiterer Realwertverluste grundsätzlich unzureichend und deshalb als „Richtschnur“ ungeeignet. Zudem verhindert die explizite Obergrenze der Bruttolohnentwicklung die Berücksichtigung von

Sondereffekten, wie etwa eine Anhebung des hinsichtlich der Attraktivität der Pflegeberufe eher für zu niedrig gehaltenen Gehaltsniveaus, von weiteren Leistungsanpassungen – etwa zum Ausgleich des zwischen 1995 und 2008 erfolgten „Stillstands“ – ganz zu schweigen. Schließlich kommt der Verweis auf die gesamtwirtschaftlichen Rahmenbedingungen geradezu einer Öffnungsklausel für „Anpassungen nach Kassenlage“ gleich. Zur Sicherung der Realwertkonstanz der Pflegeversicherungsleistungen ist daher eine *regelgebundene Leistungsdynamisierung* geboten, die sich idealerweise zu zwei Dritteln an der allgemeinen Lohnkosten orientiert – zwei Drittel der Kosten in der Pflege sind Personalkosten – und zu einem Drittel an der allgemeinen Preisentwicklung.

Von Lünen (2012) ist in einem Gutachten für ver.di ein noch weitergehender Vorschlag eingebracht worden, der auch von der Partei DIE LINKE (2013: 23) vertreten wird: die Umwandlung der Sozialen Pflegeversicherung in eine *Vollkostenversicherung*. Gemäß den von Lünen (2012) vorgelegten Berechnungen erscheinen die Mehrkosten einer solchen Lösung vertretbar, da gleichzeitig Einsparungen an anderer Stelle (insbesondere bei der Sozialhilfe, die allein 2012 Ausgaben für Hilfe zur Pflege von mehr als 2 Mrd. Euro zu verzeichnen hatte (Abschnitt 4.8.3)) erfolgen. Allerdings handelt es sich hierbei um reine Status quo-Berechnungen, die mögliche Veränderungen im Inanspruchnahmeverhalten aufgrund der Leistungsausweitungen, insbesondere eine stärkere Heimquote, ausblenden. Weiterhin wird die mit Einführung einer Vollversicherung verbundene Gefahr von Moral Hazard sowie einer angebotsinduzierte Nachfragessteigerung im professionellen Bereich nicht thematisiert. Sowohl die Leistungsanspruchnahme (Entscheidungen über Pflegearrangements mit formeller/professioneller sowie ambulanter/stationärer Pflege) als auch der Pflegemarkt selbst würden aber grundlegend neue Steuerungsstrukturen benötigen, um die Pflegeversicherung vor finanzieller Überforderung zu schützen. Derartige Steuerungsstrukturen sind aber noch gar nicht diskutiert worden.¹²

¹² Dies wird von Lünen (2012: 59) auch konzipiert, der diese Problematik in seinem Gutachten – auftragsgemäß – nur am Rande thematisiert und dann feststellt, dass hinsichtlich der Leistungssteuerung in einer Vollversicherung dann „Forschungsbedarf“ bestehe.

Wird deshalb an der Konstruktion der Pflegeversicherung als Teilleistungsversicherung grundsätzlich festgehalten, heißt das aber nicht, dass der Umfang der derzeitigen Selbstbeteiligung von knapp 40 % im Querschnitt (Tabelle 30) bzw. knapp 50 % im Lebensverlauf (Rothgang et al. 2012: 215) notwendig ist. Um moral hazard-Verhalten zu verhindern, sind Selbstbeteiligungsraten von 20-25 % vollkommen ausreichend, so dass noch Raum besteht, die seit Einführung der Pflegeversicherung erfolgten Realwertverluste durch eine substanzielle Leistungserhöhung wieder auszugleichen. Auch dies ist eine zentrale Herausforderung der nächsten Pflegereform.

3.2.5.2 Integrierte Sozialversicherung statt Privatisierung

Charakteristisch für die derzeitige Architektur der sozialen Absicherung des Pflagerisikos ist nicht nur der Teilleistungscharakter der gesetzlichen Pflegeversicherung, sondern auch das Nebeneinander ihrer beiden Zweige. Mit dem Pflegeversicherungsgesetz wurde 1994 eine „Pflegevolksversicherung in Gestalt zweier Versicherungszweige“ (Bundesverfassungsgericht, BVerfGE 103, 197, 224) geschaffen, bei der die Bevölkerung jeweils entweder der Sozialen Pflegeversicherung oder der privaten Pflegepflichtversicherung zugewiesen wird.¹³ Diese Zuweisung zu einem der beiden Systeme ist insofern unter Gerechtigkeitsgesichtspunkte problematisch, als damit erhebliche Selektionseffekte verbunden sind:

Zunächst sind Privatversicherte deutlich einkommensstärker. Das nach den Regeln der Sozialversicherung bestimmte beitragspflichtige Einkommen wäre bei den Privatversicherten um 60 % höher als bei den Sozialversicherten (Leinert 2006; Arnold & Rothgang 2010: 78).

¹³ Wahlfreiheit hat nur ein verschwindend kleiner Bevölkerungsteil. Rund 85 % der Bevölkerung sind in der Sozialen Pflegeversicherung pflichtversichert. Auch die Beamten haben de facto keine Wahl, da es in der Sozialen Pflegeversicherung keine Teilleistungstarife gibt, sie aber seit 1989 auch nicht mehr auf ihren Beihilfeanspruch zugunsten eines Arbeitgeberbeitrags zur Sozialversicherung verzichten können und die Sozialversicherungsbeiträge daher prohibitiv sind. Wer gesundheitliche Einschränkungen hat, wird de facto ebenfalls auf die Sozialversicherung verwiesen. Gleiches gilt bei Personen mit großen Familien. Wirkliche Wahlfreiheit haben daher nur wenige (Rothgang 2010).

Höhere Einkommen gehen mit einem niedrigeren Pflegerisiko einher (Unger & Rothgang 2010). Wie die Analysen in Abschnitt 4.3.2 zeigen, liegen die altersspezifischen Prävalenzen der Privaten Pflegepflichtversicherung – insbesondere aufgrund der aktiven gesundheitsbezogenen Risikoselektion bei Abschluss einer Privaten Pflegepflichtversicherung – in allen Altersklassen außer der höchsten tatsächlich deutlich unter denen in der Sozialversicherung.¹⁴ Um das Ausmaß dieses Effektes abzuschätzen, wurden einige hypothetischen Modellrechnungen durchgeführt, deren Ergebnis in Tabelle 3 abgelesen werden kann:

- Hätten die Versicherten der Sozialen Pflegeversicherung (SPV) die altersspezifischen Prävalenzen, die die Versicherten der Privaten Pflegepflichtversicherung (PPV) aufweisen, läge die Zahl der Pflegebedürftigen in der Sozialen Pflegeversicherung nicht bei rd. 2,1 Millionen, sondern nur bei rd. 1,5 Millionen, also mehr als ein Viertel niedriger.
- Umgekehrt läge die Zahl der Pflegebedürftigen in der Privaten Pflegepflichtversicherung bei 214. Tsd. und nicht bei 142 Tsd., also um die Hälfte höher, hätten die Privatversicherten die altersspezifischen Prävalenzen, die in der SPV vorliegen.
- Da sich die Bestandsbevölkerung der Sozialen- bzw. der Privaten Pflegeversicherung deutlich unterscheiden, werden die SPV- und PPV-Prävalenzen zusätzlich auf die Bestandsbevölkerung in Deutschland im Jahr 2008 angewendet. Wird die Altersstruktur der deutschen Wohnbevölkerung zugrunde gelegt, liegt die resultierende Pflegebedürftigenzahl um rund ein Drittel niedriger, wenn die PPV-Prävalenzen und nicht die SPV-Prävalenzen zugrunde gelegt werden.

Der Effekt der unterschiedlichen altersspezifischen Prävalenzen ist damit sehr beachtlich. Zudem begünstigt die altersstrukturelle Zusammensetzung der Versicherten der PPV zusätzlich die Risikostruktur der PPV, da die Versicherten im pflegerelevanten Alter deutlich unterrepräsentiert sind (Rothgang 2010, 2011).

¹⁴ Dieser Effekt ist zum Teil auch darauf zurückzuführen, dass der Männeranteil in der Privaten Pflegepflichtversicherung höher ist als in der Sozialen Pflegeversicherung, Männer aber niedrigere Pflegerisiken haben.

Tabelle 3: Pflegebedürftige nach Alters- und Prävalenzstruktur 2008			
Altersstruktur	Verwendete Prävalenzen		Veränderung bei jeweils anderer Prävalenzstruktur
	SPV	PPV	
Soziale Pflegeversicherung	2.113.485	1.525.076	-27,8 %
Private Pflegepflichtversicherung	214.145	142.060	+50,7 %
BRD	2.139.428	1.453.732	-32,1 %
Quelle: BMG (2009), PKV (2009)			

Für 2011 liegen die jährlichen Ausgaben pro Versichertem in der Sozialen Pflegeversicherung – bei gleichen Leistungen und gleichen Begutachtungskriterien – mit einem Wert von 300 Euro¹⁵ daher viermal so hoch wie in der Privaten Pflegepflichtversicherung, die für 2011 Leistungsausgaben in Höhe von 75 Euro pro Versichertem und Jahr aufweist.¹⁶ Allerdings ist knapp die Hälfte der PPV-Versicherten beihilfeberechtigt.¹⁷ Wird daher unterstellt, dass die PPV nur für die Hälfte der Versicherten die vollen Leistungen übernimmt und für die andere Hälfte nur die Hälfte der Ausgaben, so ergeben sich Beihilfeaufwendungen in Höhe von 25 Euro pro Versichertem und Jahr, die noch hinzuzuzählen sind. Selbst dann sind die Leistungsausgaben pro SPV-Versichertem aber immer noch dreimal so hoch wie die pro PPV-Versichertem.¹⁸ Würden die Privatversicherten eine Sozialversicherung nach den Regeln der SPV betreiben, läge der Beitragssatz demnach nur bei 20 % des Beitragssatzes in der Sozialversicherung, weil sich dann die Risikoselektionen in Bezug auf Einkommen und Morbidität ergänzen.

¹⁵ Dieser Wert ergibt sich, wenn die Leistungsausgaben für in Höhe von 20,89 Mrd. Euro (Abschnitt 4.8.1) durch die Zahl 69,6 Mio. Versicherte (BMG 2013e) geteilt wird.

¹⁶ Dieser Wert ergibt sich bei Leistungsausgaben von 720,5 Mio. Euro (PKV 2012: 52) und einer Versichertenzahl in der Privaten Pflegepflichtversicherung von 9.666.900 (ebd.: 33).

¹⁷ Für die Krankheitsvollversicherung werden 4,247 Mio. Versicherte mit Beihilfeanspruch und 4,730 Mio. Versicherte ohne Beihilfeanspruch ausgewiesen (PKV 2012: 29).

¹⁸ In einer konservativeren Schätzung haben Dräther et al. (2009: 77f.) den Umfang der Beihilfezahlungen deutlich höher angesetzt und die ausgewiesenen PPV-Ausgaben pro Versichertem verdoppelt, um einen Schätzwert für die Ausgaben inklusive Beihilfezahlungen zu erhalten. Bei diesem Ansatz lägen die ergänzten Leistungsausgaben pro Privatversichertem dann bei 150 Euro pro Jahr und damit halb so hoch wie in der Sozialen Pflegeversicherung.

Vor dem Hintergrund dessen, dass die Pflegeversicherung als „Volksversicherung in Gestalt von zwei Versicherungszweigen“ anzusehen ist (s. o.), ist es normativ nicht zu rechtfertigen, dass beide Zweigen nur innerhalb ihres jeweiligen Versicherungskollektivs solidarisch sind, nicht aber zwischen diesen Kollektiven. Es kommt so zu einer nicht legitimierbaren Benachteiligung der Sozialversicherten. Ein Ziel der nächsten Pflegereform sollte daher der Ausgleich der ungleich verteilten Risiken zwischen beiden Versicherungszweigen sein, der am leichtesten in Form einer integrierten Pflegeversicherung zu realisieren wäre, die die gesamte Bevölkerung umfasst. Sollte sich dies nicht realisieren lassen, weil der politische Wille dazu fehlt, könnten die Folgen der Risikoselektion durch Schaffung eines Finanzausgleichs zwischen Sozialer Pflegeversicherung und Privater Pflegepflichtversicherung ausgeglichen werden wie er schon einmal, nämlich 2005 im Koalitionsvertrag der damaligen Großen Koalition vorgesehen war.¹⁹

¹⁹ Im damaligen Koalitionsvertrag hieß es dazu: „Zum Ausgleich der unterschiedlichen Risikostrukturen wird eine Finanzausgleich zwischen gesetzlicher und privater Pflegeversicherung eingeführt.“ (CDU, CSU und SPD 2005: 108).

4 Pflege im Spiegel amtlicher Statistiken und anderer Datenquellen

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

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

Zunächst wird dabei auf die *Statistik der Pflegekassen* und die vom Statistischen Bundesamt in Zusammenarbeit mit den Statistischen Landesämtern durchgeführte *Pflegestatistik* als Datenquellen eingegangen (Abschnitt 4.1). Anschließend wird die *Entwicklung der Zahl der Pflegebedürftigen* (Abschnitt 4.2) beschrieben, sowie die Entwicklung der *Prävalenzen* (Abschnitt 4.3) präsentiert. Es folgt eine Darstellung der *Begutachtungen des Medizinischen Dienstes* (Abschnitt 4.4) und der Zahl der *Pflegepersonen* (Abschnitt 4.5). Des Weiteren wird auf die *ambulanten Pflegedienste* (Abschnitt 4.6) und die entsprechenden *stationären Pflegeeinrichtungen* (Abschnitt 4.7) eingegangen. Abschließend wird die *Finanzierung der Pflege*

thematisiert (Abschnitt 4.8). Die einzelnen Merkmale werden, soweit möglich, als Zeitreihe bis zum jeweils aktuell verfügbaren Berichtsjahr, hier 2012, 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. Das BMG erhält auch Daten vom *PKV-Verband* über die privat pflegepflichtversicherten Bürger, die gleichfalls aufbereitet und veröffentlicht werden. Die *Pflegestatistik* nach § 109 SGB XI beruht auf zwei Datenquellen: einer Erhebung bei den Leistungsanbietern (ambulante und stationäre Pflegeeinrichtungen) über erbrachte Leistungen und die personelle Ausstattung der Einrichtungen sowie einer Erhebung bei den Kostenträgern (den Pflegekassen und den privaten Versicherungsunternehmen) über die Leistungsgewährung und die Leistungsempfänger. Die Pflegestatistik wird von den Statistischen Ämtern des Bundes und der Länder seit 1999 alle zwei Jahre erhoben.²⁰

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

²⁰ Der Stichtag für die ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen ist der 15.12. und der Stichtag für die Pflegekassen und die privaten Versicherungsunternehmen ist der 31.12. des Jahres. Die Rücksendung der Erhebung erfolgt jeweils bis zum 31.3. des Folgejahres.

Bezogen auf den Berichtszeitraum und den Umfang der zur Verfügung gestellten Informationen sind mit beiden Datensätzen unterschiedliche Vor- und Nachteile verbunden. Während die Statistik der Pflegekassen den Berichtszeitraum seit Einführung der Pflegeversicherung umfasst und jährlich erhoben wird, stellt die Pflegestatistik erst ab 1999 Informationen zur Verfügung und wird nur alle zwei Jahre erstellt. Die Statistik der Pflegekassen weist wiederum andere Nachteile auf:

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 hinsichtlich der Pflegeeinrichtungen 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.

Des Weiteren unterscheiden sich die Statistik der Pflegekassen und der Pflegestatistik auch durch unterschiedliche Abgrenzungen und Definitionen. Beispielsweise sind 79 Tsd. *behinderte Menschen*, die Leistungen nach § 43a SGB XI in Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen erhalten, in der Statistik der Pflegekassen enthalten, nicht jedoch in der Pflegestatistik. In der Pflegestatistik sind hingegen ca. 10 Tsd. Pflegebedürftige ohne Pflegestufe („Pflegestufe 0“) enthalten, die vollstationär in Pflegeheimen versorgt werden. Diese sind wiederum in der Statistik der Pflegekassen nicht enthalten. Manche Definitionen der verschiedenen Leistungsarten divergieren ebenfalls zwischen den beiden Statistiken. So ist die Verhinderungspflege in den Daten der Pflegestatistik in den Pflegeschleistungen bzw. in den Kombinationsleistungen enthalten, während die Tages- und Nachtpflege (bis 2007) sowie die Kurzzeitpflege in den stationären Leistungen enthalten

sind.²¹ Dies hat zur Folge, dass sich für die in den beiden Statistiken betrachteten jeweiligen Leistungsarten auch unterschiedliche relative Häufigkeiten ergeben können.²²

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

Weitere Datengrundlagen, die insbesondere für die Analyse der *Pflegepersonen* (Abschnitt 4.5) genutzt werden, sind die Daten der *Rentenversicherung* und des *Sozio-ökonomischen Panel (SOEP)*.

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

Eine weitere Datenquelle ist das *Sozio-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 2011 knapp über 11 Tsd. Haushalte mit mehr als 25 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 privaten Pfllegetätigkeiten gestellt.

²¹ Die Verhinderungspflege wird in ca. 1,5%, die Tages- und Nachtpflege in ca. 1,3% und die Kurzzeitpflege in ca. 0,7% aller Leistungsfälle genutzt.

²² Vgl. hierzu auch die Ausführungen der Statistischen Ämter (Statistisches Bundesamt 2011b: 26).

Darüber hinaus werden die Daten der *Sozialhilfe* und der *Kriegsopferfürsorge* (Abschnitt 4.8) für die Analyse der Finanzierung der Kosten der Pflegebedürftigkeit herangezogen.

4.2 Die Entwicklung der Zahl der Pflegebedürftigen

Die folgenden Abschnitte geben einen grundlegenden Überblick über die Entwicklung der Zahl der Pflegebedürftigen in Deutschland. Die dargestellten Entwicklungen gliedern sich dabei in die Entwicklungen nach *Pflegestufen* (Abschnitt 4.2.1) und nach *Leistungsarten* (Abschnitt 4.2.2). Anschließend wird verglichen inwieweit sich die Entwicklungen in Pflegestatistik und Kassendatenstatistik unterscheiden (Abschnitt 4.2.3).

4.2.1 Die Entwicklung der Zahl der Pflegebedürftigen nach Pflegestufen

Die Entwicklung der Zahl der Pflegebedürftigen wird zunächst anhand der oben beschriebenen Daten der *Sozialen Pflegeversicherung* nachgezeichnet. Wie in Tabelle 4 zu sehen ist, ist die Zahl der in der Sozialen Pflegeversicherung versicherten Pflegebedürftigen seit Einführung der Pflegeversicherung 1995 von anfänglich 1,06 Mio. innerhalb von vier Jahren auf 1,83 Mio. angestiegen. Dabei ist zu berücksichtigen, dass im ersten Jahr der Pflegeversicherung noch keine stationären Leistungen gewährt wurden. Ab dem Jahr 2000 führten die jährlichen Zuwächse von durchschnittlich 48 Tsd. zu einem Anstieg der Zahl der Pflegebedürftigen auf ca. 2,4 Mio. im Jahr 2012, wobei die stärksten Zuwächse in den Jahren 2008 (84.200 Pflegebedürftige), 2009 (121.736 Pflegebedürftige) und 2012 (79.280 Pflegebedürftige) zu verzeichnen sind. In den Jahren 2010 (52.578 Pflegebedürftige) und 2011 (29.575 Pflegebedürftige) sind die Anstiege der Zahl der Pflegebedürftigen dagegen deutlich niedriger.

Gründe für die Entwicklung bis 1999 werden vor allem in allgemeinen Einführungseffekten gesehen, wonach sich – verbunden mit dem steigenden Bekanntheitsgrad der Pflegeversicherung – erst ein Bestand an Pflegebedürftigen aufbauen musste. Der weitere langfristige, kontinuierliche Anstieg ist vor allem durch die demografische Alterung und nicht durch eine Veränderung der altersspezifischen Prävalenzen in diesem Zeitraum bedingt (vgl. Abschnitt 4.3).

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

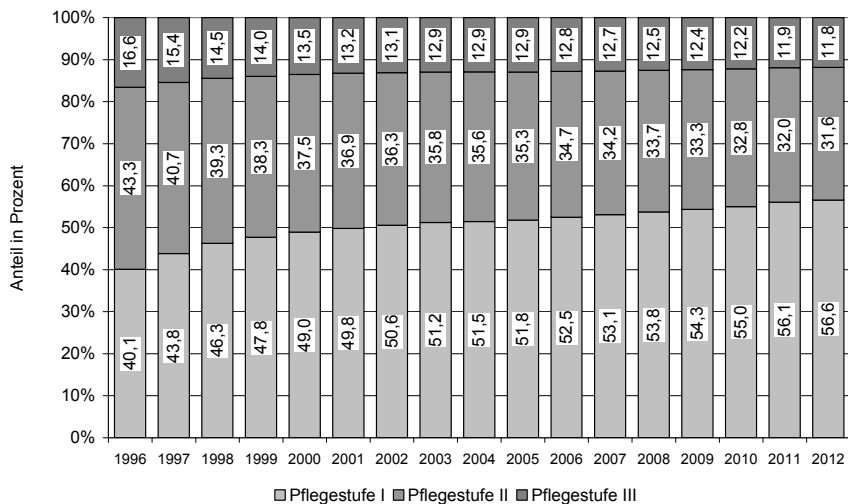
	Anzahl der Pflegebedürftigen			
	Insgesamt	Pflegestufe I	Pflegestufe II	Pflegestufe III
1995	1.061.418	-	-	-
1996	1.546.746	620.318	670.147	256.281
1997	1.659.948	727.864	675.965	256.119
1998	1.738.118	804.356	682.431	251.331
1999	1.826.362	872.264	698.846	255.252
2000	1.822.169	892.583	683.266	246.320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

Quelle: BMG (2013a)

Die deutlichen Anstiege in den Jahren 2008 und 2009 sind vermutlich primär auf das zum 1.7.2008 in Kraft getretene PflWG zurückzuführen. Danach haben Antragsteller mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz einen Rechtsanspruch auf zusätzliche Betreuungsleistungen gemäß § 45b SGB XI, selbst wenn sie nicht pflegebedürftig im Sinne des SGB XI sind. In der Folge ist die Zahl der Erstbegutachtungen sprunghaft angestiegen (vgl. Abschnitt 4.4), was auch zu einer höheren Zahl Pflegebedürftiger im Sinne des SGB XI geführt haben dürfte.

Die Entwicklung der Verteilungen der Pflegestufen im Zeitraum von 1996 bis 2012 (Abbildung 5) zeigt, dass sich die Anteile der Pflegestufen vor allem bis 2000 deutlich in Richtung Pflegestufe I verschoben haben: Während 1996 40,1% der Pflegebedürftigen in Pflegestufe I waren, erhöhte sich dieser Anteilswert auf 49% im Jahr 2000. Auch in den Folgejahren erhöhte sich dieser Anteil noch, wenn auch in geringerem Tempo auf zuletzt 56,6% im Jahr 2012.

Abbildung 5: Verteilungen der Pflegestufen in der Sozialen Pflegeversicherung nach Jahr



Quelle: BMG (2013a)

Demgegenüber war der Anteil der Pflegebedürftigen in Pflegestufe II und III rückläufig (bei absolut betrachtet in etwa konstanten Fallzahlen in diesen Stufen). 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 31,6% im Jahr 2012, während der Anteil der Pflegebedürftigen in Pflegestufe III von 16,6% (1996), über 13,5% (2000) auf zuletzt 11,8% (2012) zurück ging. Auch hier sind für die 1990er Jahre Einführungseffekte zu beachten; So wurden die Personen, die bei Einführung der Pflegeversicherung Pflegeleistungen nach §§ 53–57 SGB V erhalten haben, automatisch in Pflegestufe II eingestuft, was zu einem im Vergleich zur normalen Begutachtung womöglich zu hohen Anteil der Pflegebedürftigen in Stufe II und einem zu niedrigen Anteil in Pflegestufe I geführt haben mag. 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.

Tabelle 5: Entwicklung der Zahl der Pflegebedürftigen in der Pflegestatistik nach Pflegestufen

	Anzahl der Pflegebedürftigen				
	Insgesamt	Pflegestufe I	Pflegestufe II	Pflegestufe III ¹⁾	noch nicht zugeordnet ²⁾
1999	2.016.091	926.476	784.824	289.518	19.527
2001	2.039.780	980.621	772.397	276.420	10.342
2003	2.076.935	1.029.078	764.077	276.126	7.654
2005	2.128.550	1.068.943	768.093	280.693	10.821
2007	2.246.829	1.156.779	787.456	291.752	10.833
2009 ³⁾	2.338.252	1.247.564	787.018	293.096	10.574
2011 ³⁾	2.501.441	1.370.017	818.190	304.736	8.498

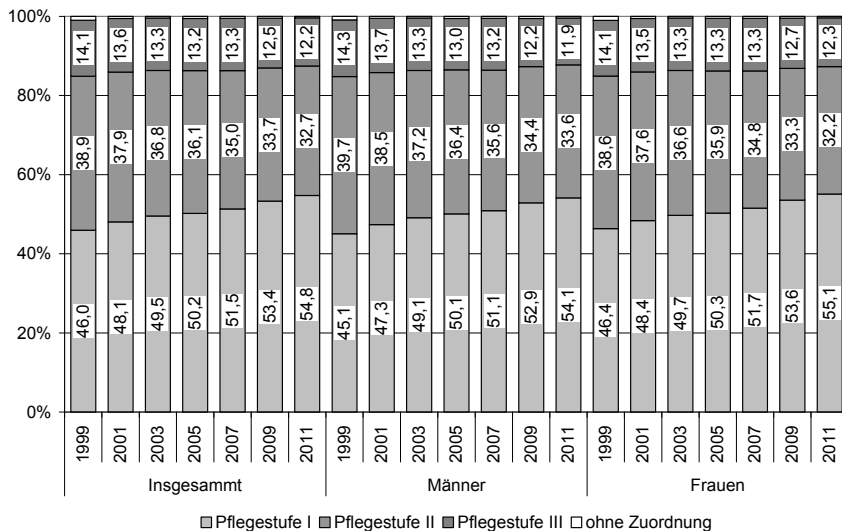
1) Einschließlich Härtefälle

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

3) Eingeschränkte Vergleichbarkeit mit den Vorjahren (siehe Fußnote 23)

Quelle: Pflegestatistik 1999-2011

Abbildung 6: Verteilung der Pflegestufen in der Pflegestatistik nach Jahr und Geschlecht



Quelle: Pflegestatistik (1999 – 2011)

Tabelle 6: Entwicklung der Zahl der Pflegebedürftigen in der Privaten Pflegepflichtversicherung nach Pflegestufe

	Anzahl der Pflegebedürftigen			
	Insgesamt	Pflegestufe I	Pflegestufe II	Pflegestufe III
1997	88.377			
1998	96.968			
1999	102.947			
2000	106.709			
2001	110.980			
2002	114.452			
2003	116.845			
2004	122.583			
2005	128.343	55.694	50.329	22.320
2006	134.722	59.420	52.252	23.050
2007	140.230	62.009	54.521	23.700
2008	131.062	67.659	53.226	21.175
2009	138.181	69.353	48.360	20.468
2010	142.696	72.732	49.377	20.587
2011	145.099	71.892	52.095	21.112

Quelle: PKV-Zahlenbericht (2005-2011)

Eine ähnliche Entwicklung belegen die Daten der Pflegestatistik, anhand derer die Entwicklung jedoch erst ab 1999 nachgezeichnet werden kann. Nach der Pflegestatistik ist die Zahl der Pflegebedürftigen insgesamt (in Sozialer und Privater Pflegeversicherung) von 2,02 Mio. im Jahr 1999 um 24% auf 2,5 Mio. im Jahr 2011 angestiegen (Tabelle 5).²³

²³ Für 2011 wird der Anstieg der Zahl der Pflegebedürftigen insgesamt durch eine Überzeichnung der „reinen“ Pflegegeldempfänger um etwa 4 Prozentpunkte zu hoch ausgewiesen. Die Vergleichbarkeit der Zahlen aus dem Jahr 2009 mit den Vorjahren ist ebenso eingeschränkt, da die teilstationären Fälle unterschiedlich berücksichtigt werden. Bis zur Erhebung 2007 wurden sie bei den stationären Fällen mitgezählt. Da die Bezieher von teilstationären Leistungen aber überwiegend auch ambulante Pflegeleistungen erhalten, kam es bis 2007 zu vielen Doppelzählungen. Die Messweise im Jahr 2009 unterschätzt hingegen eher die Zahl der Leistungsbezieher, weil es auch eine Reihe von Leistungsbeziehern gibt, die nur teilstationäre Leistungen beziehen. Diese werden in der Gesamtzählung des Jahres 2009 nicht erfasst.

Zu beachten ist jedoch, dass im gleichen Zeitraum die Zahl der mindestens 60-jährigen Bevölkerung in Deutschland ebenfalls um 15 % zugenommen hat, die Zahl der mindestens 80-jährigen Bevölkerung sogar um 49 %. Da die Pflegebedürftigen zu knapp 90 % 60 Jahre und älter sind (Statistisches Bundesamt 2013), ist die Zunahme der Zahl der Pflegebedürftigen nicht unmittelbar als Ausdruck eines tendenziell höheren Risikos von Pflegebedürftigkeit zu werten, sondern überwiegend als Folge der demografischen Entwicklung zu sehen.

Ebenso wie mit den Daten der *Sozialen Pflegeversicherung* lässt sich anhand der *Pflegestatistik* die Entwicklung der Verteilung der Pflegestufen nachzeichnen. So zeigt sich in Abbildung 6 ebenfalls die zuvor festgestellte schleichende Verschiebung der Anteile in den Pflegestufen in Richtung Pflegestufe I: Während 1999 46 % der Pflegebedürftigen in Pflegestufe I waren, erhöhte sich der Anteil bis 2011 auf 54,8 %. Demgegenüber stehen die Rückgänge der Anteile der Pflegestufen II und III: Der Anteil der Pflegebedürftigen der Pflegestufe II reduzierte sich von 38,9 % im Jahr 1999 auf 32,7 % im Jahr 2011, während der Anteil der Pflegebedürftigen in der Pflegestufe III von 14,1 % (1999) auf 12,2 % (2011) zurückging.

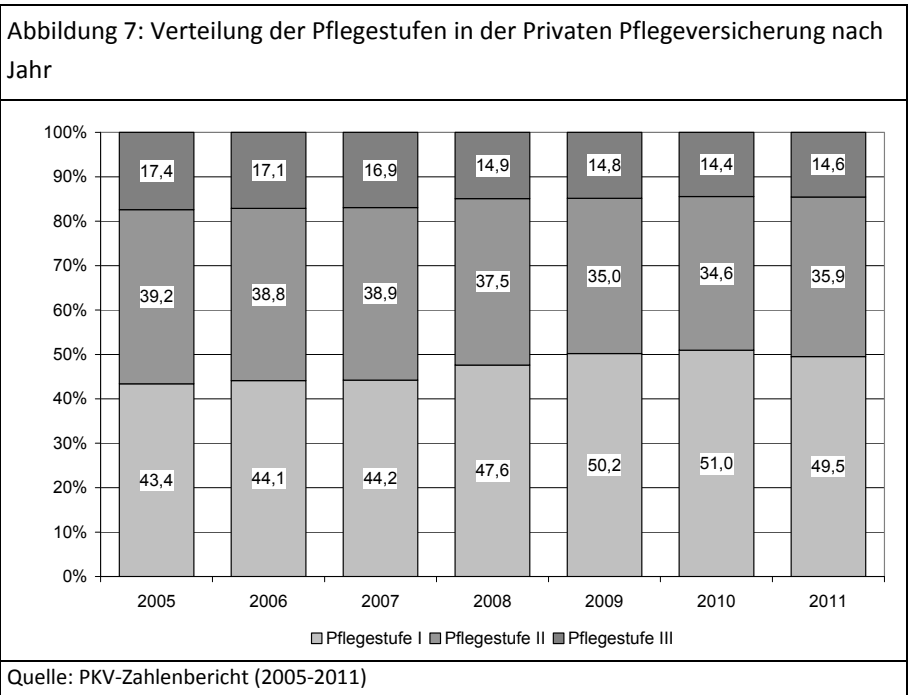
Die etwas höheren Werte der Pflegestatistik gegenüber der *Sozialen Pflegeversicherung* (2,5 Mio. gegenüber 2,32 Mio. in 2011) resultieren vor allem aus der Berücksichtigung der *Privaten Pflegepflichtversicherung*, deren Bestand im Jahr 2011 145.099 Pflegebedürftige umfasst hat (Verband der privaten Krankenversicherung e. V. 2012)²⁴, und deren Entwicklung im Folgenden berichtet wird.

In der privaten Pflegepflichtversicherung²⁵ (Tabelle 6) ist die Zahl der Leistungsbezieher von 88 Tsd. im Jahr 1997 auf 145 Tsd. im Jahr 2011 angestiegen. Dies ent-

²⁴ Darüber hinaus unterscheiden sich beide Datenquellen u. a. durch noch nicht erfolgte Zuordnungen von Pflegestufen in Pflegeheimen, durch mögliche Doppelerfassungen sowie durch eine z. T. unterschiedliche Erfassung von behinderten Menschen, die insgesamt zu einer Abweichung in Höhe von 40.000 Pflegebedürftigen führen (vgl. zum Überblick Statistisches Bundesamt 2011b).

²⁵ Nachfolgend wird nur auf die Private Pflegepflichtversicherung eingegangen. Daneben gibt es auch noch private Pflegezusatzversicherungen und seit Inkrafttreten des Pflege-Neuausrichtungsgesetzes auch geförderte private Pflegezusatzversicherungen („Pflege-Bahr“, siehe auch Kapitel 3), die hier nicht behandelt werden.

spricht einem jährlichen Anstieg von absolut 2-6Tsd. bzw. relativ von 2-6% der Pflegebedürftigen. Lediglich im Jahr 2008 waren knapp 4Tsd. (ca. 3%) Menschen weniger pflegebedürftig als im Vorjahr 2007. Auch die Verteilung der Pflegestufen (Abbildung 7) folgt im Wesentlichen der der *Sozialen Pflegeversicherung* sowie der *Pflegestatistik*: Während Pflegestufe I anteilig zunehmend häufiger wird, nehmen die Besetzungen der Pflegestufen II und III anteilig jeweils ab. Beim Vergleich der Versichertenkollektive sind die Anteilswerte für Pflegestufe I dabei in der *privaten Pflegeversicherung* am niedrigsten (49,5% im Jahr 2011), gefolgt von denen der *Pflegestatistik* (54,8% im Jahr 2011) sowie von denen der *Sozialen Pflegeversicherung* (56,1% im Jahr 2011). Ob mit den Datenquellen, bzw. der Versicherungsart auch unterschiedliche Wahrscheinlichkeiten verbunden sind, pflegebedürftig zu sein – wie die unterschiedliche Verteilung der Pflegestufen vermuten lässt – wird in Abschnitt 4.3 diskutiert.



4.2.2 Die Entwicklung der Zahl der Pflegebedürftigen nach Leistungsarten

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

In der Sozialen Pflegeversicherung²⁶ (Tabelle 7 und Abbildung 8) werden im Jahr 2012 nahezu drei Viertel (1,46 Mio. bzw. 65,4%) der Pflegebedürftigen zu Hause versorgt (ohne Berücksichtigung der vollstationären Pflege in Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen, der Tages- und Nachtpflege, Kurzzeitpflege und häuslichen Pflege bei Verhinderung der Pflegeperson). Dabei erhalten 1,08 Mio. Pflegebedürftige (48,3%) ausschließlich 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 510 Tsd. Pflegebedürftige in Privathaushalten durch ambulante Pflegedienste (mit)betreut, wobei 129 Tsd. Pflegebedürftige (5,8%) ausschließlich Pflegesachleistungen zur Finanzierung ambulanter Pflegedienste und 380 Tsd. (17,1%) Kombinationsleistungen beziehen, also sowohl Pflegedienste als auch Pflegegeld in Anspruch nehmen.

²⁶ Für die Soziale Pflegeversicherung werden noch weitere Leistungen getrennt ausgewiesen, die hier aber nicht dargestellt werden: Vollstationäre Pflege in Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen, Tages- und Nachtpflege, Kurzzeitpflege und häusliche Pflege bei Verhinderung der Pflegeperson. Die Verhinderungspflege ist in der Pflegestatistik in den Pflegesachleistungen bzw. in den Kombinationsleistungen enthalten; die Tages- und Nachtpflege (bis 2007) und die Kurzzeitpflege werden in der Pflegestatistik unter den stationären Leistungen erfasst.

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

	Anzahl der Pflegebedürftigen ¹⁾				
	Insgesamt ²⁾	Pflegegeld ³⁾	Pflegesachleistung ³⁾	Kombinationsleistung	Stationär
1995	1.052.790	887.697	82.763	82.330	----
1996	1.540.203	943.877	105.879	135.305	355.142
1997	1.672.185	970.775	119.167	157.390	424.853
1998	1.721.078	962.669	133.895	171.764	452.750
1999	1.813.095	982.877	152.648	192.556	485.014
2000	1.802.188	954.684	159.693	193.018	494.793
2001	1.838.827	962.130	161.653	201.667	513.377
2002	1.880.606	977.327	165.679	205.322	532.278
2003	1.880.649	968.289	169.580	202.710	540.070
2004	1.881.128	959.580	169.357	203.544	548.647
2005	1.896.929	959.546	173.251	204.348	559.784
2006	1.942.649	977.034	180.944	208.825	575.846
2007	1.977.125	986.294	184.280	217.724	588.827
2008	2.036.127	1.009.122	182.191	244.425	600.389
2009	2.112.772	1.034.561	179.795	284.670	613.746
2010	2.167.089	1.050.894	183.014	311.739	621.442
2011	2.181.331	1.050.806	166.190	323.775	624.333
2012	2.227.844	1.075.835	129.489	380.186	642.334

1) Die Anzahl der Pflegebedürftigen ist aus Leistungstagen errechnet.

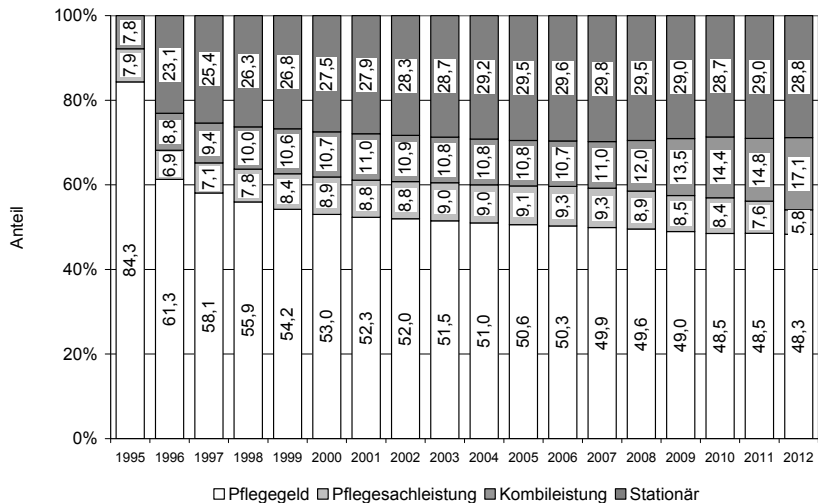
2) Die Leistungen der Vollstationären Pflege in Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen, die Tages-, Nacht- und Kurzzeitpflege sowie die häusliche Pflege bei Verhinderung der Pflegeperson werden nicht einzeln aufgeführt werden (siehe Fußnote 26).

3) ausschließlicher Bezug

Quelle: BMG (2011b)

Bezogen auf alle Pflegebedürftigen hat die Inanspruchnahme des Pflegegelds von 61,3% im Jahr 1996 auf 48,3% im Jahr 2012 abgenommen, wobei der jährliche Rückgang des Anteilswertes nur anfänglich stärker ausgeprägt war, und seit 2002 weniger als 1% des jeweiligen Vorjahreswertes beträgt. Der Anteil der Nutzer von Pflegesachleistungen hat dagegen von 6,9% im Jahr 1996 auf 9,3% im Jahr 2007 zugenommen. Hier betragen die jährlichen Zuwachsraten seit 2002 maximal 2%. Der Anteil der Bezieher von Pflegesachleistungen nimmt auf zuletzt 5,8% im Jahr 2012 ab.

Abbildung 8: Verteilung der Leistungsarten in der Sozialen Pflegeversicherung nach Jahr



Quelle: BMG (2011b)

Anmerkung: Ohne Berücksichtigung der vollstationären Pflege in Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen, der Tages- und Nachtpflege, Kurzzeitpflege und häuslichen Pflege bei Verhinderung der Pflegeperson

Der Anteil der Nutzer von Kombinationsleistungen ist in den ersten Jahren der Pflegeversicherung angestiegen und liegt von 1998 bis 2007 konstant bei 10–11%. In den Folgejahren lässt sich dagegen ein deutlicher Anstieg auf zuletzt 17,1% im Jahr 2012 erkennen.

Werden die Anteilswerte für Sachleistungs- und Kombinationsleistungsempfänger (also die Pflegebedürftigen, bei denen ambulante Pflegedienste an der Pflege beteiligt sind) addiert, so zeigt sich ein kontinuierlich steigender Anteilswert von 15,7% im Jahr 1996 auf zuletzt 22,9% im Jahr 2012, also ein Anstieg um 7 Prozentpunkte bzw. 46% des Ausgangswertes. Der Rückgang des Anteils für Sachleistungsempfänger ab 2007 wird dabei durch den Anstieg des Anteils für Kombinationsleistungsempfänger überkompensiert.

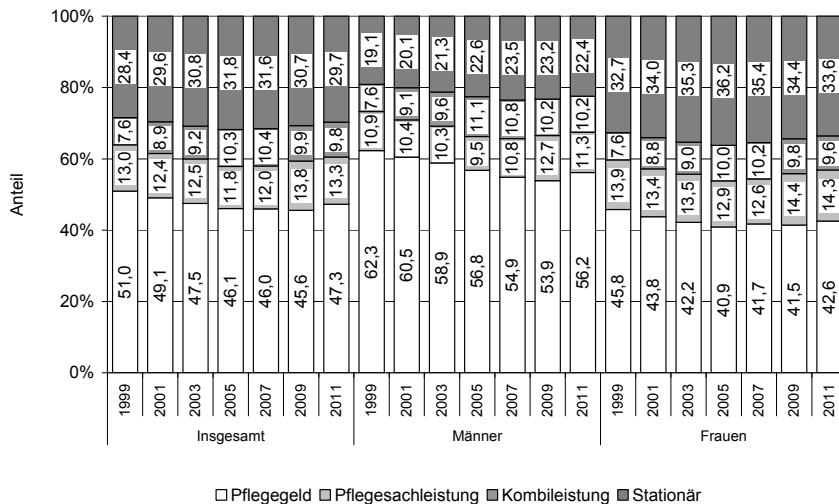
Tabelle 8: Entwicklung der Zahl der Pflegebedürftigen in der Pflegestatistik nach Leistungsart

	Anzahl der Pflegebedürftigen				
	Insgesamt	Pflegegeld ¹⁾	Pflegesachleistung ¹⁾	Kombinationsleistung	Stationär
1999	2.016.091	1.027.591	261.461	153.828	573.211
2001	2.039.780	1.000.736	253.852	180.827	604.365
2003	2.076.935	986.520	259.598	190.528	640.289
2005	2.128.550	980.425	251.346	220.197	676.582
2007	2.246.829	1.033.286	270.092	234.140	709.311
2009	2.338.252	1.065.564	323.227	231.971	717.490
2011	2.501.441	1.182.057	331.616	244.648	743.120

1) ausschließlicher Bezug

Quelle: Pflegestatistik (1999-2011)

Abbildung 9: Verteilung der Leistungsarten in der Pflegestatistik nach Jahr und Geschlecht



Quelle: Pflegestatistik (1999-2011)

Der Anteil der Bezieher stationärer Leistungen liegt höher als der der Sachleistungs- und Kombinationsleistungsempfänger zusammen. Auch dieser Anteilswert steigt zunächst deutlich, ab 1999 bis 2007 jedoch ebenfalls „nur noch“ um 1–2%

pro Jahr gegenüber dem Vorjahreswert. Seit 2007 ist der Anteil der vollstationär gepflegten Pflegebedürftigen rückläufig.

Insgesamt sind damit die Entwicklungen in der jüngeren Vergangenheit überwiegend durch „schleichende“ Veränderungen gekennzeichnet, wobei der Anteil der Geldleistungsempfänger und damit der rein informellen Pflegearrangements monoton zurückgeht. Diese Verschiebung in Richtung formeller Pflegearrangements hat sich zunächst vor allem in einem steigenden Anteil stationärer Pflege niedergeschlagen. Seit 2007 steigen die Anteilswerte aber nur noch bei den Kombinationsleistungen. Der Trend zur formellen Pflege ist damit ungebrochen, allerdings inzwischen mit anderem Vorzeichen, nämlich einer stärkeren Betonung der häuslichen Pflege unter Beteiligung ambulanter Pflegedienste.

Die Daten der *Pflegestatistik* zeigen Unterschiede in der Inanspruchnahme zwischen Männern und Frauen. Die Inanspruchnahme von Pflegegeld ist 2011 bei den Frauen um 13,6 Prozentpunkte niedriger als bei den Männern, dafür liegt der Anteil der Pflegebedürftigen in stationärer Pflege um 11,2 Prozentpunkte höher als bei den Männern, was im Wesentlichen auf die unterschiedliche Altersstruktur der Geschlechter, aber auch auf Unterschiede im Familienstand zurückgeführt werden kann.²⁷ Die Entwicklungen verlaufen dabei für Männer und Frauen auf unterschiedlichem Niveau, aber mit gleichen Trends. Jeweils zeigen sich die Zunahme der Zahl der Pflegearrangements, an denen Pflegedienste beteiligt sind, sowie der Rückgang des Anteils der vollstationär gepflegten Pflegebedürftigen.

Die veröffentlichten Daten der *privaten Pflegeversicherung* erlauben nur eine relativ grobe Differenzierung in ambulante und stationäre Pflege (Tabelle 9). Dabei zeigt sich, dass ab dem Jahr 2005 der Anteil der ambulanten Pflege bei etwa konstant 70% und der Anteil der stationären Pflege bei etwa konstant 30% liegt. Hierbei muss jedoch auch berücksichtigt werden, dass die Leistungsbezieher in der Privaten Pflegeversicherung eine andere Altersstruktur aufweisen und damit verbunden eine andere Inanspruchnahmestruktur.

²⁷ Da der Anteil der Alleinlebenden, insbesondere der Verwitweten, bei den hochaltrigen Frauen größer ist als bei den hochaltrigen Männern, verfügen sie über ein geringeres Partnerpflegepotential und nehmen daher häufiger stationäre Pflegeleistungen in Anspruch.

Tabelle 9: Entwicklung der Zahl der Pflegebedürftigen in der Privaten Pflegeversicherung nach Leistungen

	Pflegebedürftige		
	Insgesamt	Ambulante Pflege (Anteil in Klammern)	Stationäre Pflege (Anteil in Klammern)
1997	88377		
1998	96968		
1999	102947		
2000	106709		
2001	110980		
2002	114452		
2003	116845		
2004	122583		
2005	128343	89231 (69,5 %)	39112 (30,5 %)
2006	134722	93438 (69,4 %)	41284 (30,6 %)
2007	140230	98351 (70,1 %)	41879 (29,9 %)
2008	142060	100215 (70,5 %)	41845 (29,5 %)
2009	138181	96548 (69,9 %)	41633 (30,1 %)
2010	142696	99409 (69,7 %)	43287 (30,3 %)
2011	145099	101237 (69,8 %)	43862 (30,2 %)

Quelle: PKV-Zahlenbericht (2005-2011)

4.2.3 Die Entwicklung der Zahl der Pflegebedürftigen im Vergleich der Datenquellen

Abschließend sind in Tabelle 10 die Entwicklungen der Zahl der Pflegebedürftigen anhand der drei Datenquellen gegenübergestellt. Die Zahlen der Leistungsempfänger der *Sozialen Pflegeversicherung* zuzüglich der *Privaten Pflegeversicherung* entsprechen weitgehend den in der *Pflegestatistik* ausgewiesenen Zahlen, da diese beide Versichertenarten mit einbezieht. Dennoch gibt es immer auch Abweichungen in Höhe von knapp 40 Tsd. (2011) bis knapp 90 Tsd. (1999), die z. T. auf unterschiedlichen Erfassungen von behinderten Menschen oder Menschen ohne Pflegestufe in Pflegeheimen beruhen (siehe Abschnitt 4.1). Darüber hinaus wird vermutet, dass insbesondere verbesserte Datenlieferungen der Pflegekassen für die *Pflegestatistik* zu einer Abweichung in Höhe von 40.000 Pflegebedürftigen im Jahr 2011 geführt haben (vgl. zum Überblick Statistisches Bundesamt 2011b).

Tabelle 10: Entwicklung der Zahl der Pflegebedürftigen nach Datenquelle				
	(1)	(2)	(3)	(4)
	Pflegestatistik	Soziale Pflegeversicherung (SPV)	Private Pflegepflicht- versicherung (PPV)	Differenz von SPV und PPV zur Pflegestatistik = (1) – (2) – (3)
1995		1.061.418		
1996		1.546.746		
1997		1.659.948	88.377	
1998		1.738.118	96.968	
1999	2.016.091	1.826.362	102.947	86.782
2000		1.822.169	106.709	
2001	2.039.780	1.839.602	110.980	89.198
2002		1.888.969	114.452	
2003	2.076.935	1.895.417	116.845	64.673
2004		1.925.703	122.583	
2005	2.128.550	1.951.953	128.343	48.254
2006		1.968.505	134.722	
2007	2.246.829	2.029.285	140.230	77.314
2008		2.113.485	131.062	
2009	2.338.252	2.235.221	138.181	-35.150
2010		2.287.799	142.696	
2011	2.501.441	2.317.374	145.099	38.968
2012		2.396.654		

Quelle: Pflegestatistik (1999 – 2011); BMG (2013a); PKV-Zahlenbericht (2005-2011)

Zusätzlich beruhen sowohl die Daten der *Sozialen Pflegeversicherung* als auch der *Privaten Pflegeversicherung* auf Querschnitterhebungen, die per se bei unterschiedlichen Stichtagen und z. T. relativ kurzen Verweildauern in Pflegebedürftigkeit zu unterschiedlichen Ergebnissen führen können (Müller et al. 2010). Insgesamt machen diese Unterschiede damit auch deutlich, dass die Datenquellen mit unterschiedlichen Zielsetzungen und Berichtswegen konzipiert wurden (vgl. auch Statistischen Bundesamt 2011a).

4.3 Die Prävalenz von Pflegebedürftigkeit

Während die Entwicklungen der absoluten Häufigkeiten der Pflegebedürftigen (Abschnitt 4.2) letztlich „nur“ über die quantitative Verbreitung der Inanspruchnahme von Leistungen nach SGB XI informieren, lassen sie keine Aussagen darüber zu, ob sich die altersspezifische Wahrscheinlichkeit einer Pflegebedürftigkeit im Zeitverlauf geändert hat. Zur Beantwortung dieser Frage muss die Entwicklung der Zahl der Pflegebedürftigen unabhängig von der altersstrukturellen Entwicklung betrachtet werden, mit anderen Worten, es muss die Entwicklung der so genannten Prävalenzen nachgezeichnet werden. Im Folgenden werden daher die *Prävalenzen* im Zeitraum von 1999 bis 2011 für alle Pflegestufen untersucht (Abschnitt 4.3.1). Ergänzt wird diese Betrachtung um die Analyse von Unterschieden in der Prävalenz zwischen den einzelnen Versicherungsarten (Abschnitt 4.3.2). Haben also beispielsweise Versicherte in der Privaten Pflegeversicherung eine niedrigere Prävalenz – und sind damit gesünder – als Versicherte der Sozialen Pflegeversicherung? Die Analysen zum zeitlichen Wandel werden anhand der *Pflegestatistik* durchgeführt, weil diese die Prävalenzen in der Gesamtbevölkerung abbildet, und die Unterschiede anhand der Daten der *Privaten* sowie *Sozialen Pflegeversicherung*.

4.3.1 Die Entwicklung der Prävalenzen

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

Prävalenzen und ihre Entwicklung sind von entscheidender Bedeutung für Vorausberechnungen zur zukünftigen Zahl der Pflegebedürftigen und zur zukünftigen Finanzentwicklung der Pflegeversicherung. Die Frage nach den Veränderun-

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

Allerdings wird in den Studien zur gesunden bzw. aktiven Lebenserwartung meist nicht die Inanspruchnahme von Pflegeleistungen nach SGB XI untersucht, sondern die Entwicklung der allgemeinen Morbidität, wobei aber verstärkt auch subjektive Selbsteinschätzungen in den Funktionseinschränkungen bei den (instrumentellen) „Aktivitäten des täglichen Lebens“ (ADL/IADL) zum Einsatz kommen (Unger 2003; 2006). Dabei ist die Bestimmung des individuellen Hilfebedarfs nach dem ADL/IADL-Konzept der sozialrechtlichen Bestimmung von Pflegebedürftigkeit im Rahmen der Pflegeversicherung sehr ähnlich. Mit diesem Konzept werden funktionelle Beeinträchtigungen gemessen: Bei den basalen Lebensaktivitäten (ADL) handelt es sich um die regelmäßige Selbstpflege (Waschen, An- und Ausziehen), die Einnahme von Mahlzeiten, Toilettenbenutzung sowie innerhäusliche Mobilität. Die instrumentellen Lebensaktivitäten (IADL) umfassen Haushaltsführung,

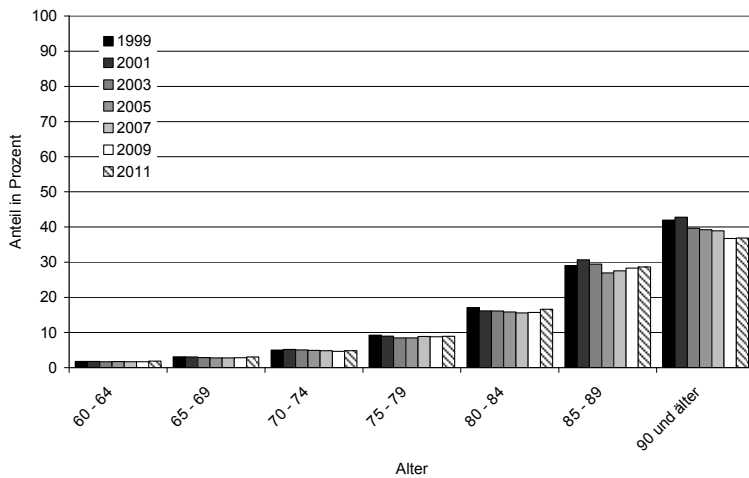
Nahrungszubereitung und außerhäusliche Mobilität. Mithilfe dieser Indikatoren können ebenfalls das Ausmaß funktionaler Beeinträchtigung und damit auch die Pflegebedürftigkeit nach derzeitigem Recht bestimmt werden.

Studien, die sich der zeitlichen Veränderung der Lebenserwartung in und ohne Pflegebedürftigkeit widmen, sind dagegen vergleichsweise selten. So haben Unger et al. (2011) festgestellt, dass sich zwischen den Perioden 1999-2003 und 2004-2008 sowohl die Lebenserwartung frei von Pflegebedürftigkeit, als auch die Lebensjahre in Pflegebedürftigkeit *gleichermaßen* ausgedehnt haben. Mit anderen Worten kam es sowohl absolut als auch relativ betrachtet nicht zu einer Kompression der Pflegebedürftigkeit auf einen kürzeren Abschnitt vor dem Tod, was insgesamt, d. h. über alle Pflegestufen hinweg betrachtet, eine (nahezu) gleichbleibende Prävalenz von Pflegebedürftigkeit nahelegt.

Kann nun anhand der Daten der Pflegestatistik für den Zeitraum von 1999 bis 2011 ebenfalls von gleichbleibenden Pflegeprävalenzen gesprochen werden? Für eine realistische Betrachtung ist es dabei notwendig, die alters- und geschlechtsspezifischen Prävalenzen in den letzten Jahren auf Basis von 5-Jahres-Altersklassen zu untersuchen.

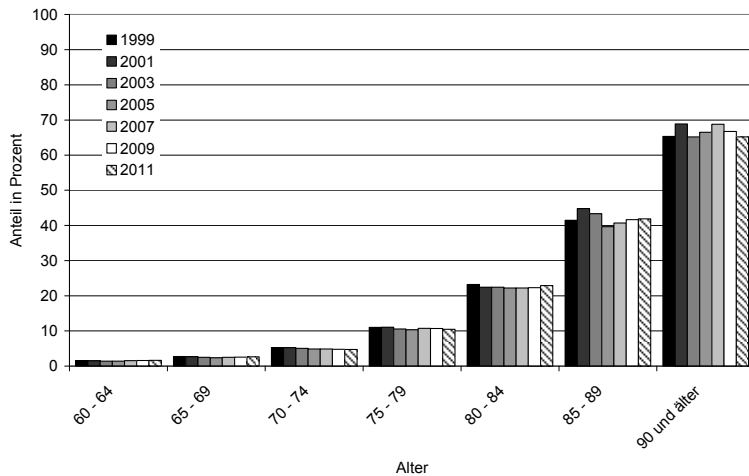
Zunächst zeigt sich dabei der bekannte Anstieg der Pflegewahrscheinlichkeit mit dem Alter (Abbildung 10 und Abbildung 11). Männer und Frauen haben zunächst in der Altersgruppe der 70-74-Jährigen eine etwa 5-prozentige und in der Altersgruppe der 75-80-Jährigen eine etwa 10-prozentige Wahrscheinlichkeit pflegebedürftig zu sein. Ab der Gruppe der 80-84-Jährigen steigt nun die Wahrscheinlichkeit bei den Frauen stärker an als bei den Männern, und erreicht beispielsweise in der Gruppe der über 90-Jährigen etwa 40% bei den Männern und etwa 65% bei den Frauen. Diese Ergebnisse stehen in Übereinstimmung mit den Ergebnissen der Untersuchungen zur gesunden Lebenserwartung: Demnach leben Frauen zwar insgesamt länger, verbringen aber insgesamt mehr Lebensjahre in gesundheitlicher Beeinträchtigung (Bebbington 1988; Klein & Unger 1999; Land 1994; Unger 2006).

Abbildung 10: Prävalenzen von Pflegebedürftigkeit von Männern (alle Pflegestufen) nach Altersgruppen und Jahr



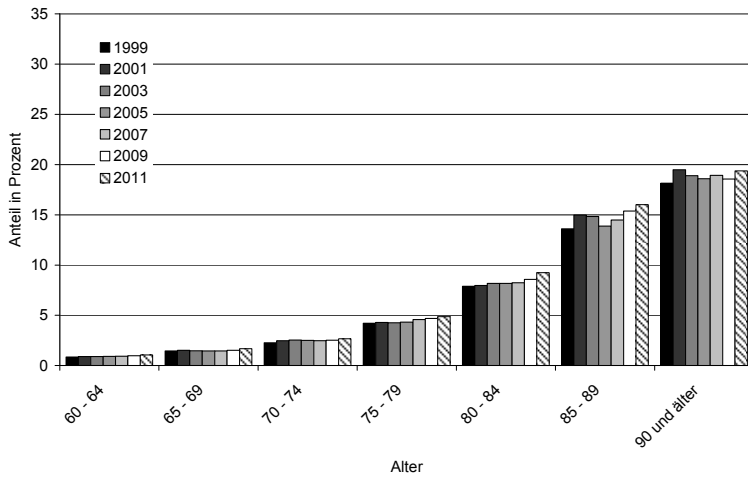
Quelle: Pflegestatistik 1999 - 2011

Abbildung 11: Prävalenzen von Pflegebedürftigkeit von Frauen (alle Pflegestufen) nach Altersgruppen und Jahr



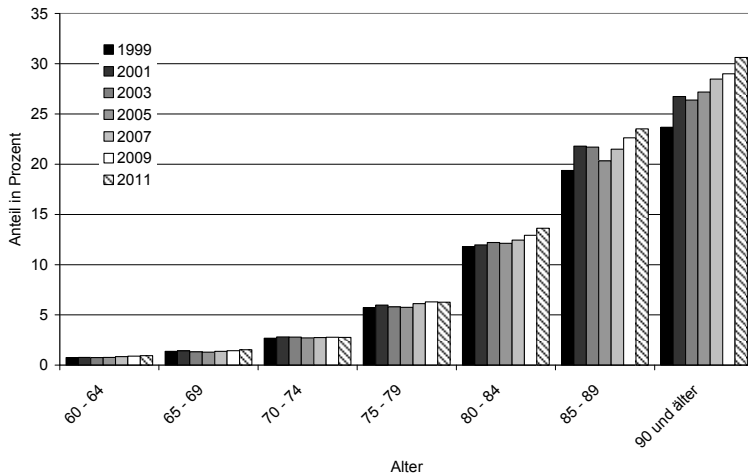
Quelle: Pflegestatistik 1999 - 2011

Abbildung 12: Prävalenzen von Pflegebedürftigkeit von Männern (Pflegestufe I) nach Altersgruppen und Jahr



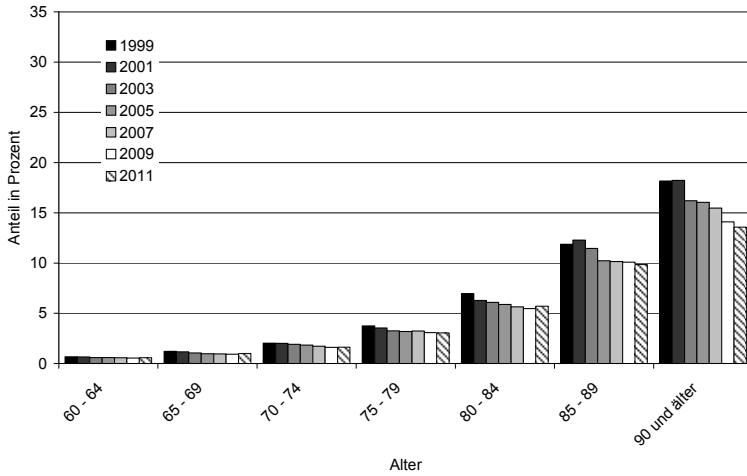
Quelle: Pflegestatistik 1999 – 2011

Abbildung 13: Prävalenzen von Pflegebedürftigkeit von Frauen (Pflegestufe I) nach Altersgruppen und Jahr



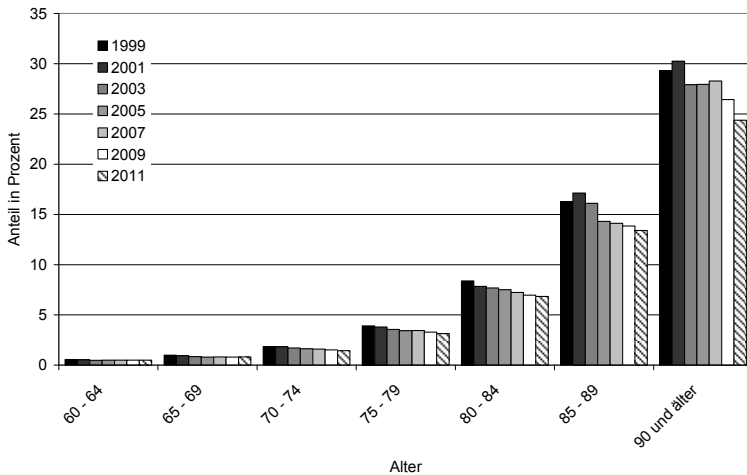
Quelle: Pflegestatistik 1999 – 2011

Abbildung 14: Prävalenzen von Pflegebedürftigkeit von Männern (Pflegestufe II) nach Altersgruppen und Jahr



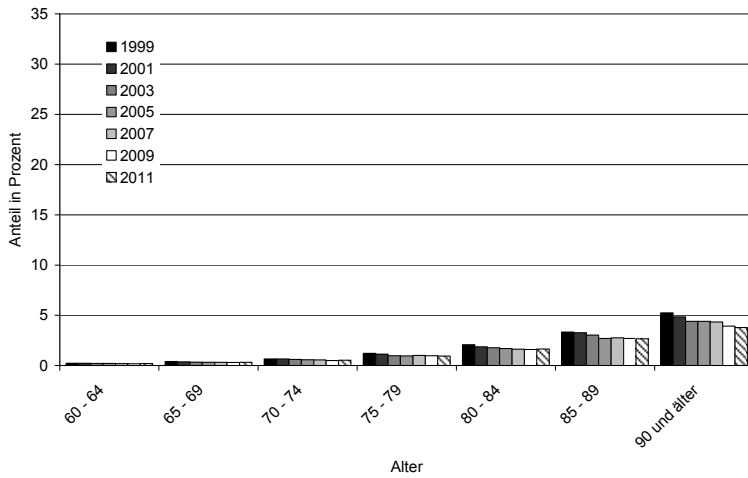
Quelle: Pflegestatistik 1999 – 2011

Abbildung 15: Prävalenzen von Pflegebedürftigkeit von Frauen (Pflegestufe II) nach Altersgruppen und Jahr



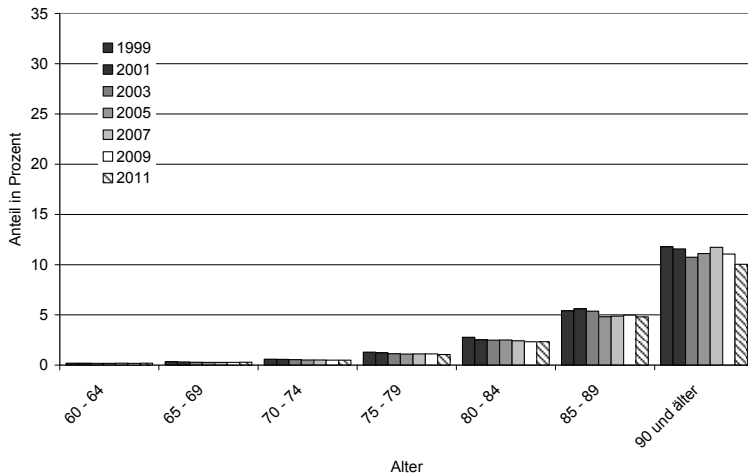
Quelle: Pflegestatistik 1999 - 2011

Abbildung 16: Prävalenzen von Pflegebedürftigkeit von Männern (Pflegestufe III) nach Altersgruppen und Jahr



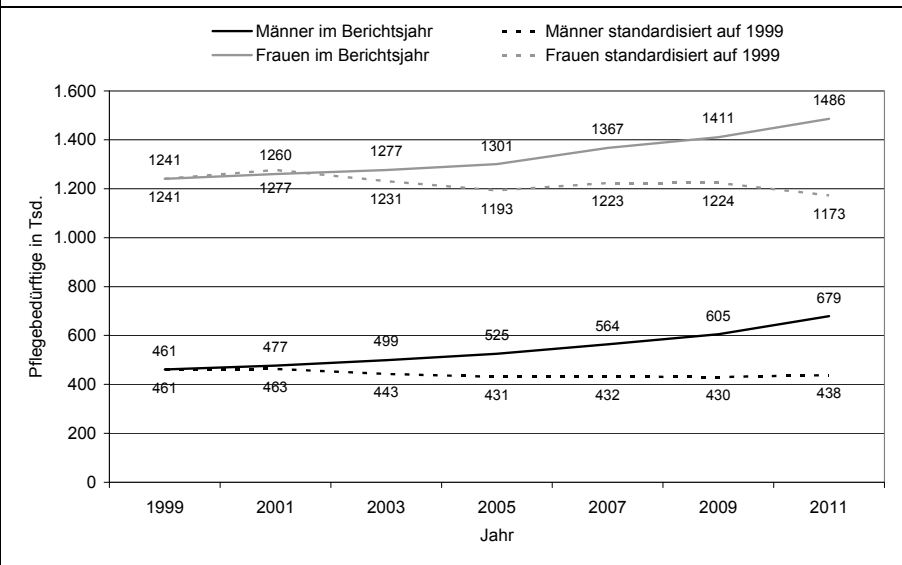
Quelle: Pflegestatistik 1999 - 2011

Abbildung 17: Prävalenzen von Pflegebedürftigkeit von Frauen (Pflegestufe III) nach Altersgruppen und Jahr



Quelle: Pflegestatistik 1999 - 2011

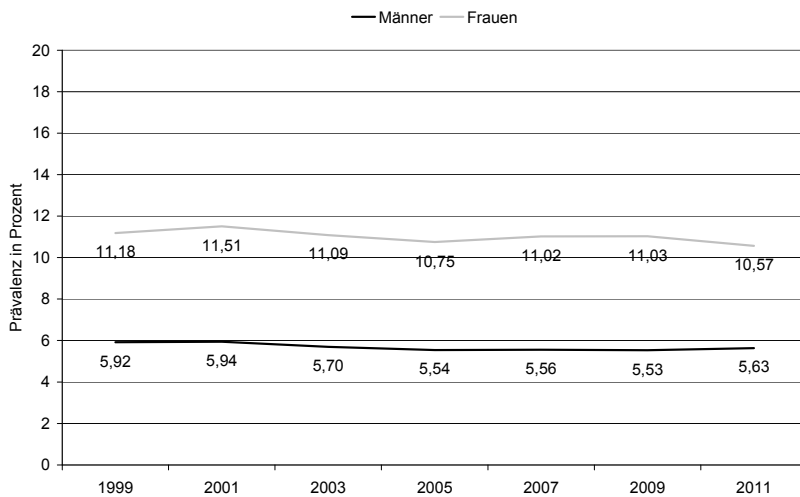
Abbildung 18: Entwicklung der Zahl der Pflegebedürftigen im Alter ab 60 Jahren nach Geschlecht



Quelle: Pflegestatistik 1999 - 2011

Die Veränderung der Pflegeprävalenzen im Zeitverlauf ist dagegen schwieriger zu beurteilen. So sind bis zu einem Alter von 85 Jahren die altersspezifischen Prävalenzen praktisch unverändert. In den beiden höchsten Altersklassen gehen die Prävalenzen bei den Männern sogar leicht zurück, während bei den Frauen, die hinsichtlich der Gesamtzahl der Pflegebedürftigen das Geschehen prägen, kein eindeutiger Trend auszumachen ist und diese Prävalenzen eher als im Zeitverlauf unverändert anzusehen sind. Damit ist der absolute Anstieg der Zahl der Pflegebedürftigen (siehe Abschnitt 4.2) nicht auf eine Erhöhung der alters- und geschlechtsspezifischen Wahrscheinlichkeit von Pflegebedürftigkeit in der jüngsten Vergangenheit, sondern vielmehr auf die veränderte Altersstruktur zurückzuführen. Je größer der Anteil der Älteren an der Bevölkerung wird, desto größer wird bei im Zeitverlauf gleichbleibender, aber mit dem Alter steigender Prävalenz auch die Zahl der Pflegebedürftigen.

Abbildung 19: Entwicklung der Prävalenz von Pflegebedürftigkeit ab 60 Jahren nach Geschlecht (standardisiert auf 1999)



Quelle: Pflegestatistik 1999 - 2011

Vor diesem Hintergrund stellt sich die Frage, wie es zu der „schleichenden“ Ausweitung an Pflegebedürftigen der Pflegestufe I, also einer Veränderung der Prävalenzstruktur gekommen ist (vgl. Abschnitt 4.2): Bei genauerer Betrachtung zeigen sich in den einzelnen Pflegestufen (Abbildung 12 – Abbildung 17) unterschiedliche Entwicklungen. So kam es in Pflegestufe I seit Einführung der Pflegeversicherung zu einer Erhöhung der Prävalenzen im Zeitverlauf (Abbildung 12 und Abbildung 13). Im Gegensatz hierzu zeigt sich in Pflegestufe II und III (Abbildung 14 – Abbildung 17), zumindest der Tendenz nach, eine geringfügige Abnahme über die Zeit. Die Entwicklung zur höheren Prävalenz der Pflegestufe I zeigt sich dabei insbesondere bei den Frauen (Abbildung 13). Der Rückgang in Pflegestufe II und III ist sowohl für Männer als auch für Frauen deutlich erkennbar (Abbildung 14 – Abbildung 17). Werden die Entwicklungen in den einzelnen Pflegestufen *relativ* zueinander betrachtet, dann zeigt sich die schleichende Zunahme an Leistungsbeziehern der Pflegestufe I gegenüber den Pflegestufen II und III.

Der Tendenz nach scheint damit eine gewisse Parallelität in den festgestellten Entwicklungen in Studien zur gesunden Lebenserwartung (Unger 2006) und in der sozialrechtlichen Inanspruchnahme von Leistungen nach SGB XI vorzuliegen: Bei schwereren *relativ* zu leichteren gesundheitlichen Beeinträchtigungen, bzw. bei höheren *relativ* zu niedrigeren Pflegestufen ist insgesamt eine Verbesserung im Zeitverlauf, im Sinne eines Rückgangs der Prävalenz, zu beobachten.

Abschließend wird in Abbildung 18 simuliert, wie sich die Zahl der Pflegebedürftigen im Alter ab 60 Jahren bis zum Jahr 2011 entwickelt hätte, wenn die Altersstruktur aus dem Jahr 1999 für alle Beobachtungszeitpunkte zugrunde gelegt wird („Altersstandardisierung“). Es wird mit anderen Worten geprüft, welcher Anteil der Veränderung der altersstrukturellen Zusammensetzung der Bevölkerung (also der „Alterung“ der Bevölkerung) an dem Anstieg der Zahl der Pflegebedürftigen zukommt. Wird zunächst die tatsächliche Entwicklung der Zahl der Pflegebedürftigen im jeweiligen Berichtsjahr betrachtet, zeigt sich, dass die Zahl der pflegebedürftigen Männer von 461 Tsd. im Jahr 1999 um 47 % auf 679 Tsd. im Jahr 2011 ansteigt, die der Frauen von 1,241 Mio. um 20 % auf 1,486 Mio. Wird eine Altersstandardisierung basierend auf dem Jahr 1999 durchgeführt, zeigen sich hingegen nahezu keine bzw. nur geringe Veränderungen – und zwar in Richtung auf eine leichte *Verringerung* der Zahl der Pflegebedürftigen: Bei Altersstandardisierung verringert sich die Zahl der pflegebedürftigen Frauen von 1999 bis 2011 um 5,5 %, die der Männer um 5 %. Hätte sich die Altersstruktur seit 1999 nicht verändert, läge die Zahl der pflegebedürftigen Männer im Jahr 2011 um 55 % (438 Tsd. gegenüber 679 Tsd.) und die der Frauen um 26 % (1,173 Mio. gegenüber 1,486 Mio.) unter den tatsächlichen Werten. Der Fallzahlenanstieg ist damit ausschließlich der Bevölkerungsalterung zuzuschreiben.

Ein ähnliches Ergebnis zeigt sich, wenn die altersgruppenspezifischen Prävalenzen auf ein Basisjahr – hier 1999 – standardisiert und zusammengefasst auf die über 60-Jährigen bezogen werden (Abbildung 19). Die Prävalenzen bei den Männern und Frauen liegen in den ersten drei Jahren der Pflegestatistik minimal höher als in den letzten vier Jahren, woraus sich insgesamt tendenziell leicht fallende Prävalenzen ergeben. Bei den Männern 5,92 % im Jahr 1999 und 5,63 % im Jahr 2011 sowie bei den Frauen 11,18 % im Jahr 1999 und 10,57 % im Jahr 2011. Das Ausmaß

dieser Verschiebung ist zu gering, um insgesamt bereits von sinkenden Prävalenzen sprechen zu können.

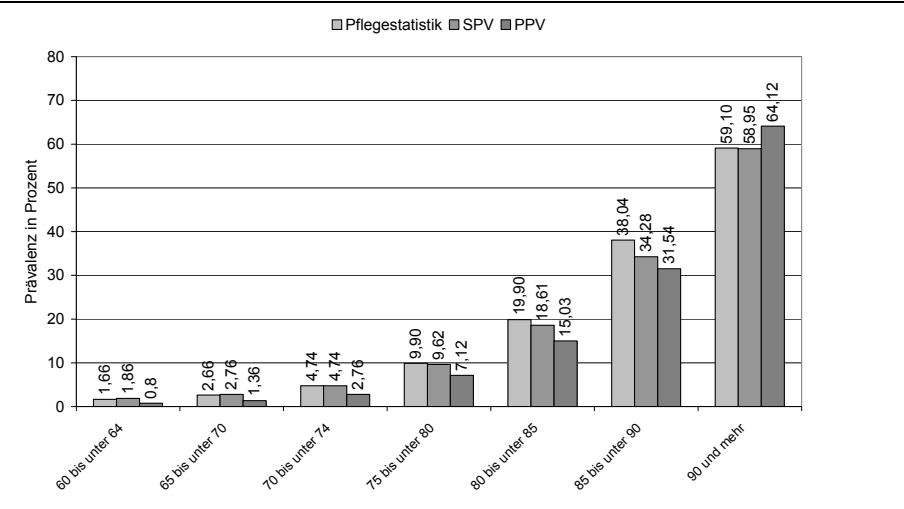
4.3.2 Unterschiede in den Prävalenzen zwischen Sozialer und Privater Pflegeversicherung

Wurden vorstehend die Prävalenzen für die gesamte Wohnbevölkerung anhand der Pflegestatistik analysiert, werden nun die Prävalenzen für Versicherte der Sozialen Pflegeversicherung und der privaten Pflegepflichtversicherung getrennt dargestellt und miteinander verglichen.

In Abbildung 20 sind hierzu die Prävalenzen von Pflegebedürftigkeit von Männern und Frauen, in Abbildung 21 die von Männern sowie in Abbildung 22 die von Frauen, jeweils nach Versicherungsart, wiedergegeben. Die altersspezifischen Prävalenzen sind dabei sowohl bei den Männern als auch bei den Frauen bis zur Altersgruppe der bis 90-Jährigen in der PPV deutlich niedriger als in der SPV. Erst ab Alter 90 kehrt sich dieses Verhältnis um. Der kontraintuitive Befund, wonach die Daten der Pflegestatistik – die ja die Pflegebedürftigen der SPV und der PPV umfassen – ab Alter 80 die höchsten Prävalenzen aufweisen, ist vermutlich darauf zurückzuführen, dass die Prävalenzen der Pflegestatistik im Nenner die Bestandsgrößen der Bevölkerungsfortschreibung des Statistischen Bundesamts enthalten, die insbesondere in den höheren Altersjahren mit Ungenauigkeiten behaftet sind. Dafür spricht zudem, dass dieser Effekt hauptsächlich bei Männern auftritt, deren Bevölkerungsfortschreibung in den oberen Altersjahren auf wesentlich geringer besetzten Altersgruppen als bei den Frauen basiert, und damit weitaus anfälliger für Verzerrungen ist.

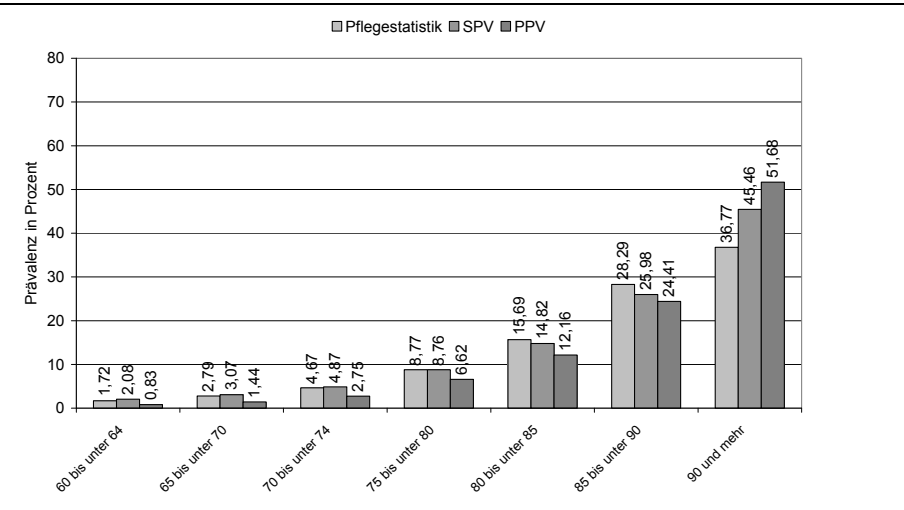
Nachfolgend werden daher vor allem die Prävalenzen für Soziale Pflegeversicherung und Private Pflegepflichtversicherung direkt verglichen und nicht auf die Prävalenzen der Pflegestatistik abgestellt. In Abbildung 23 und in Abbildung 24 sind die Prävalenzen zusätzlich nach der Pflegestufe differenziert wiedergegeben.

Abbildung 20: Vergleich der Prävalenzen von Pflegebedürftigkeit im Jahr 2008/09 (alle Pflegestufen) von Männern und Frauen ab 60 Jahren nach Versicherungsart



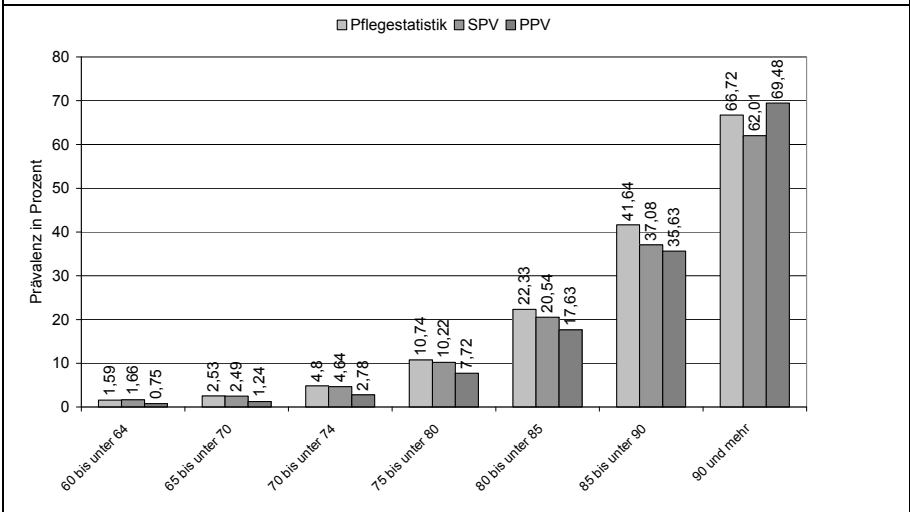
Quelle: Pflegestatistik 1999 - 2011

Abbildung 21: Vergleich der Prävalenzen von Pflegebedürftigkeit im Jahr 2008/09 (alle Pflegestufen) der Männer ab 60 Jahren nach Versicherungsart



Quelle: Pflegestatistik 2009, BMG (2009), Daten des PKV-Verbands 2008

Abbildung 22: Vergleich der Prävalenzen von Pflegebedürftigkeit im Jahr 2008/09 (alle Pflegestufen) der Frauen ab 60 Jahren nach Versicherungsart

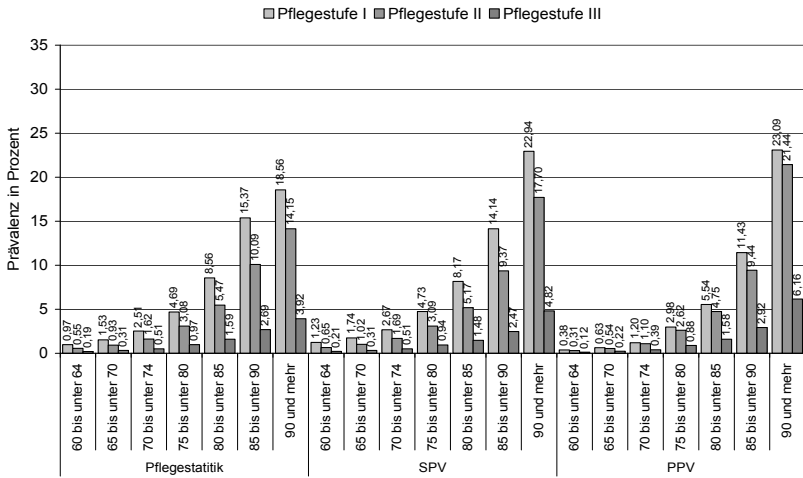


Quelle: Pflegestatistik 2009, BMG (2009), Daten des PKV-Verbands 2008

Zur Verdeutlichung der Abweichungen insgesamt sind in Abbildung 25 die Prävalenzen der Sozialen und der Privaten Pflegeversicherung ins Verhältnis gesetzt. Gut erkennbar ist dabei, dass die Prävalenzen in der PPV überwiegend deutlich unter denen der SPV liegen. Beispielsweise beträgt die PPV-Prävalenz bis etwa zum Alter 20 ca. 50-60% der SPV-Prävalenzen. Danach sind im Altersbereich von 20-55 Jahren die Unterschiede am größten. Beispielsweise im Alter 35-40 bei den Männern beträgt die PPV-Prävalenz nur ca. 10% der SPV-Prävalenz. Diese Unterschiede werden in den höheren Altersklassen immer geringer, bis etwa im Alter um 90 Jahre die Prävalenzen der PPV die der SPV sogar übersteigen.

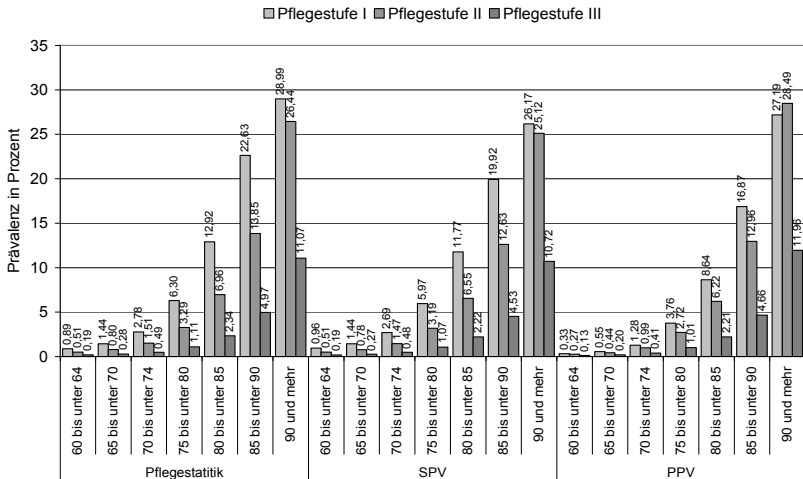
Der Verlauf des Verhältnisses der SPV- und PPV-Prävalenzen über den Lebensverlauf ist dabei im Vergleich von Männern und Frauen recht ähnlich und plausibel. Der Eintritt in den jeweiligen Versicherungszeitpunkt erfolgt in jungen Jahren. Hierbei kommt es zu einer Risikoselektion, die sich unmittelbar in den Pflegeprävalenzen niederschlägt.

Abbildung 23: Vergleich der Prävalenzen von Pflegebedürftigkeit im Jahr 2008/09 der Männer ab 60 Jahren nach Versicherungsart und Pflegestufe



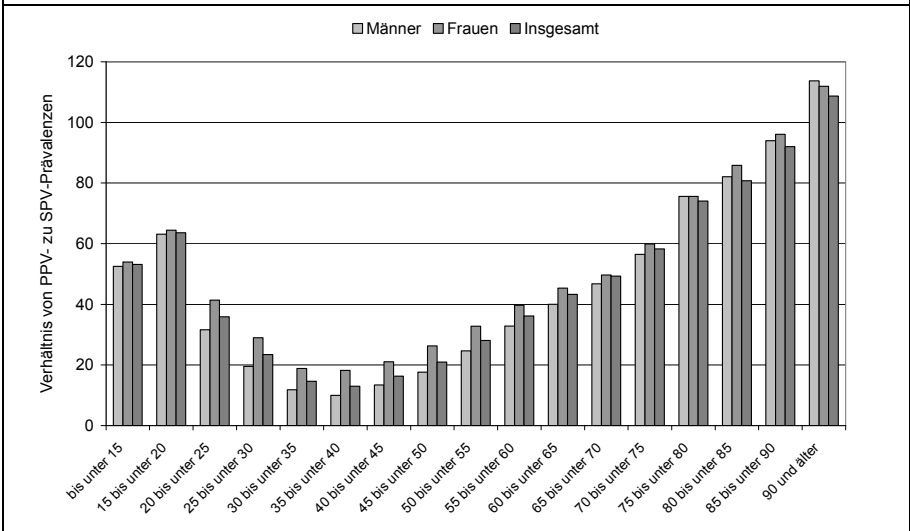
Quelle: Pflegestatistik 2009, BMG (2009), Daten des PKV-Verbands 2008

Abbildung 24: Vergleich der Prävalenzen von Pflegebedürftigkeit im Jahr 2008/09 der Frauen nach Versicherungsart und Pflegestufe



Quelle: Pflegestatistik 2009, BMG (2009), Daten des PKV-Verbands 2008

Abbildung 25: Pflegeprävalenzen der Privaten Pflegepflichtversicherung im Verhältnis zu denen der Sozialen Pflegeversicherung (alle Pflegestufen) für das Jahr 2008



Quelle: BMG (2009), Daten des PKV-Verbands 2008

Dieser Unterschied schmilzt im Lebensverlauf ab, zum einen weil die im Lebensverlauf auftretenden Erkrankungen dann nicht mehr zu einer Risikoselektion führen und Sozial- und Privatversicherte gleichermaßen treffen können. Zum anderen führt die niedrigere Lebenserwartung der Sozialversicherten dazu, dass der Bevölkerungsteil mit den höchsten gesundheitlichen Risiken in diesem Versicherungskollektiv früher verstirbt und so nicht mehr pflegeprävalent ist. Insgesamt macht die Abbildung deutlich, dass die Private Pflegeversicherung über ein Versicherungskollektiv mit wesentlich günstigeren altersspezifischen Prävalenzen verfügt. Dies gilt umso mehr als die PPV einen höheren Männeranteil aufweist (PKV 2011a) und deren Prävalenzen niedriger sind als die der Frauen gleichen Alters.

4.4 Begutachtungen des Medizinischen Dienstes

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

Im Folgenden werden die Zugänge in die Pflegebedürftigkeit anhand der Begutachtungen in den Daten des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e. V (MDS) dargestellt (Abschnitt 4.4.1), da sich die Zugänge in bzw. die Wechsel zwischen den einzelnen Pflegestufen aus unterschiedlichen Arten von Begutachtungen ergeben.²⁸ Anschließend wird die Entwicklung der daraus resultierenden inzidenten Fälle nach der Pflegestufe thematisiert (Abschnitt 4.4.2). Abschließend wird auf die Entwicklung der zusätzlichen Betreuungsleistungen nach § 45b SGB XI für Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz (PEA) eingegangen (Abschnitt 4.4.3).

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

4.4.1 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 Leis-

²⁸ Der Antrag auf Leistungen der Pflegeversicherung wird bei der zuständigen Pflegekasse gestellt, die diesen Antrag bescheidet. Sie folgt dabei aber regelmäßig der Begutachtung des MDK, so dass von einer weitgehenden Übereinstimmung der MDK-Empfehlungen und der Bescheide der zuständigen Pflegekasse ausgegangen werden kann.

tungen 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.²⁹

Insgesamt hat sich die Zahl der Begutachtungen von anfänglich 1,7 Mio. Gutachten im Jahr 1995 nach nur wenigen Jahren auf 1,3 Mio. verringert und blieb bis zum Jahr 2007 relativ konstant (Tabelle 11). Die Zahl der Erstgutachten lag anfänglich bei 1,4 Mio. im Jahr 1996. Diese Zahl verringerte sich im Zeitraum von 1999 bis 2007 auf durchschnittlich 675 Tsd., wobei auch der Anteil an Erstbegutachtungen in diesem Zeitraum nahezu konstant bei 52% aller Begutachtungen liegt. Analog dazu nahm der Anteil der Höherstufungs- bzw. Wiederholungsgutachten, für den sich erst ein Bestand an Pflegebedürftigen aufbauen musste, zu Beginn stark zu und bewegt sich seit 2002 bei absolut 540 Tsd. Personen, bzw. bei 41% der Begutachtungen. Als Grund für eine noch sehr geringe Zahl der Höherstufungs- und Wiederholungsgutachten im Jahr 1996, die in den Jahren 1997 und 1998 deutlich anstieg, kann die mittlere Zeit zwischen Erst- und Folgebegutachtung gesehen werden, die auf 2 bis 3 Jahre geschätzt werden kann (MDS 2006: 8). Die Zahl der Widerspruchsgutachten lag mit durchschnittlich 80 Tsd. bzw. mit durchschnittlich 6,5% über den gesamten Beobachtungszeitraum deutlich niedriger.³⁰

²⁹ Seit Inkrafttreten des Pflege-Qualitätssicherungsgesetzes vom 9.9.2001 (BGBl I S. 2320) zum 1.1.2002 kann der Heimträger einen Heimbewohner verpflichten, einen Höherstufungsantrag zu stellen, wenn „Anhaltspunkte dafür [bestehen], dass der pflegebedürftige Heimbewohner auf Grund der Entwicklung seines Zustandes einer höheren Pflegestufe zuzuordnen ist“ (§ 87a Abs. 2 Satz 1 SGB XI). Hintergrund dieser Norm ist, dass der Heimbewohner selbst (bzw. seine Angehörigen) in der Regel nicht an einer Höherstufung interessiert ist, da der die Pflegeversicherungsleistungen übersteigende Teil des Pflegesatzes mit der Pflegestufe regelmäßig steigt (vgl. Tabelle 23 in Abschnitt 4.7.3 auf Seite 129).

³⁰ Die Widerspruchsgutachten werden im Folgenden nicht weiter betrachtet, da sie insgesamt nur ca. 6,5% der durchgeführten Begutachtungen ausmachen und darüber hinaus in ca. 60% der Fälle zu keiner Änderung der Pflegestufenempfehlung führen.

Tabelle 11: Zahl der Begutachtungen für ambulante und stationäre Leistungen der Sozialen Pflegeversicherung nach Gutachtenart (Anteile in Prozent in Klammern)

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

1) Werte der „Übergangsstatistik“.

Trennung nach Begutachtungsarten ab 2009 (MDS 2009: 5).

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

Durch das zum 1.7.2008 in Kraft getretene Pflege-Weiterentwicklungsgesetz (PfwG) haben Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz einen Rechtsanspruch auf zusätzliche Betreuungsleistungen gemäß § 45b bzw. § 87b SGB XI. Da mit dieser Gesetzesänderung der Kreis der Leistungsberechtigten (Versicherte unterhalb Pflegestufe I) erweitert wurde, haben sich in der Folge auch Personen einer Begutachtung unterzogen, die ansonsten keinen Antrag auf Leistungen der Pflegeversicherung (oder keinen Antrag auf Wiederholungsbegutach-

tung) gestellt hätten.³¹ Im Jahr 2008 stieg die Zahl der Begutachtungen daher um ca. 200 Tsd. (15%) auf ca. 1,5 Mio. gegenüber ca. 1,3 Mio. im Jahr 2007 an. Das hohe Niveau der Zahl der Begutachtungen setzt sich auch in den Jahren 2009-2012 mit durchschnittlich ca. 1,5 Mio. fort, wobei 53% auf Erstbegutachtungen, 40% auf Höherstufungs- bzw. Wiederholungsgutachten und 7% auf Widersprüche entfallen. Die Anteile schwanken dabei geringfügig, sind aber im Zeitverlauf weitgehend stabil.

4.4.2 Entwicklung der Erstbegutachtungen nach Pflegestufen

Aus den verschiedenen Begutachtungen resultieren unterschiedliche Zugänge zu den Bestandsgrößen der Pflegebedürftigen: Während die Erstbegutachtungen zu Neuzugängen in die einzelnen Pflegestufen führen, tragen die Höherstufungs- und Wiederholungsgutachten zu Wechseln zwischen den einzelnen Pflegestufen bei. Im Folgenden wird daher auf die Erstbegutachtungen eingegangen. Die zweite Form der Begutachtung, die den Bestand an Pflegebedürftigen beeinflusst, sind die Höherstufungs- und Wiederholungsbegutachtungen. Da hierzu jedoch keine neuen Daten des MDS vorliegen, wird auf den BARMER GEK Pflegereport 2011 (Rothgang et al. 2011b) verwiesen.

In Tabelle 12 sind die Erstbegutachtungen der Anträge auf ambulante und stationäre Leistungen aufgeführt. Demnach wurden zur Einführung der Pflegeversicherung 1995 ca. 1,7 Mio. Anträge auf ambulante Leistungen begutachtet. Obwohl in den Jahren seit 1996 zusätzlich Anträge auf stationäre Leistungen begutachtet wurden, blieb der Spitzenwert von 1995 in der Folge unerreicht. Bis 2002 nahm die Anzahl an Erstbegutachtungen ab, da immer weniger Menschen erstmalig Leistungen der Pflegeversicherung beantragten. Von 2005 bis 2007 nahm die Zahl der Erstbegutachtungen dann – demografisch bedingt – wieder leicht zu.

³¹ Dies zeigt sich auch daran, dass bei den Erstantragstellern überproportionale Zuwächse vorlagen, bei denen „keine Pflegebedürftigkeit“ im Sinne des Gesetzes oder „Pflegebedürftigkeit im Rahmen der Pflegestufe I“ festgestellt wurden (MDS 2010b: 3). Damit beantragen verstärkt auch Versicherte mit einem relativ niedrigen Hilfebedarf Leistungen der Pflegeversicherung.

Tabelle 12: 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	828.989	567.990	408.023	131.581	26.970
2010	792.964	546.352	400.447	120.530	25.375
2011	769.852	526.579	377.998	119.327	29.254
2012	833.494	565.942	421.748	117.523	26.672

* nur Antragsteller auf ambulante Leistungen

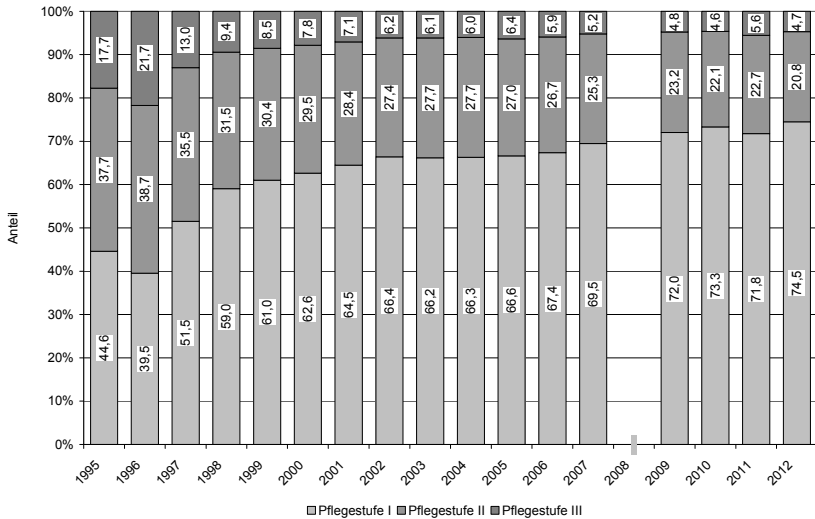
1) Werte für 2008 nicht verfügbar.

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

Der Anteil abgelehnter Anträge beläuft sich während des gesamten Zeitraums auf etwa 30%. Zwischen 1999 und 2007 wird etwa 475 Tsd. Menschen jährlich im Rahmen der Erstbegutachtung eine Pflegestufe zuerkannt. Im Jahr 2009 kommt es dann – aus den bereits genannten Gründen – zu einem sprunghaften Anstieg der Erstbegutachtungen um 18% gegenüber 2007. Im Jahr 2010 reduziert sich zwar die Zahl der Erstbegutachtungen um 4,3% und im Jahr 2011 um weitere 3%, im Jahr 2012 steigt sie jedoch wieder um 8% auf zuletzt 833.494 und liegt damit um rund 120 Tsd. höher als in den Jahren zwischen 1999 und 2007.

In Abbildung 26 ist die Pflegestufenverteilung der Erstbegutachtungen seit 1995 abgetragen. Auffallend ist im Zeitablauf insbesondere der steigende Anteil der Pflegestufe I und der relative Rückgang der Anteile in den Pflegestufen II und III.

Abbildung 26: Verteilung der Pflegestufen bei ambulanten und stationären Erstbegutachtungen nach Jahr



Werte für 2008 nicht verfügbar.

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

Als Gründe hierfür können – insbesondere für die ersten Jahre – Einführungseffekte angesehen werden. Demnach werden anfänglich – auch bei Betrachtung von inzidenten Fällen – *alle* Pflegebedürftigen, d. h. auch alle bereits bestehenden Leistungsfälle, erfasst, die – im Vergleich zu Neufällen – einen höheren durchschnittlichen Pflegegrad beanspruchen, weil sie schon eine längere „Pflegekarriere“ mit tendenziell ansteigendem Pflegebedarf aufweisen. Damit lässt sich u. a. der zunächst höhere Anteil in den Pflegestufen II und III in den ersten 3 Jahren der Pflegebegutachtung erklären (MDS 2006: 11). Erst danach werden nur die innerhalb eines Jahres „neu“ hinzukommenden Pflegebedürftigen erfasst (vgl. MDS 2006: 11). Darüber hinaus wurde bei Einführung der Pflegeversicherung festgelegt, dass die Bezieher von Pflegeleistungen nach § 53ff. SGB V, also der Pflegebedürftigen im Sinne der damaligen – lediglich ambulanten – GKV-Leistungen, ohne vorherige Begutachtung der Pflegestufe II zugeordnet wurden. Des Weiteren führte die Begutachtungspraxis auch dazu, dass Erstantragsteller in Alten-/Pflege-

heimen meist im Rahmen eines Kurzgutachtens bei festgestellter Pflegebedürftigkeit in der Statistik als Pflegestufe I ausgewiesen wurden, und erst in der Folgebegutachtung der Grad der Pflegebedürftigkeit ermittelt wurde. Damit wurden sie in den Erstbegutachtungen (z. T. zu niedrig) als Pflegestufe I geführt (vgl. ausführlicher MDS 2006: 11). Wird jedoch der jüngere Zeitraum seit 1999 betrachtet, der von diesen Einführungseffekten nicht betroffen ist, lässt sich bei den inzidenten Fällen – entsprechend der Zunahme bei den Bestandsgrößen der Pflegebedürftigen (vgl. Abschnitt 4.2) – ebenfalls eine schleichende Zunahme an Pflegebedürftigen der Pflegestufe I feststellen und eine Abnahme bei den Pflegestufen II und III. Im Beobachtungsjahr 2011 kommt es erstmals zu einem Rückgang der Erstbegutachtungen in Pflegestufe I, wobei sich im Jahr 2012 wieder der langfristige Trend der Vorjahre fortsetzt und mit 74,5% ein erneuter Höchstwert bei den Erstbegutachtungen mit Pflegestufe I vorliegt. Ebenfalls setzt sich der langfristige Trend der Abnahme des Anteils der Erstbegutachtungen mit Pflegestufe II fort.

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

4.4.3 Zusätzliche Betreuungsleistungen für Menschen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz

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

erstmalig ein Leistungsanspruch auch für die Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz ausgedehnt, bei denen die Voraussetzungen von Pflegebedürftigkeit nach §§ 14 und 15 SGB XI nicht vorliegen.

In Abbildung 27 ist dazu die Entwicklung der Zahl der Personen, die bei der Begutachtung als PEA im ambulanten Bereich *begutachtet* wurden, also nach § 43a SGB XI anspruchsberechtigt sind, wiedergegeben. Abbildung 28 enthält die entsprechenden Werte für den stationären Bereich. Für diese Personen können die Pflegeheime besondere Betreuungskräfte einstellen, die zusätzlich finanziert werden (§ 87b SGB XI).³² Bei den absoluten Werten³³ zeigen sich dabei unterschiedliche Entwicklungen: Während im ambulanten Bereich eine deutliche Zunahme von 143 Tsd. im Jahr 2008 auf 173 Tsd. im Jahr 2012 zu beobachten ist, zeigt sich im stationären Bereich eine deutliche Abnahme von 75 Tsd. im Jahr 2008 auf 51 Tsd. im Jahr 2012. Werden ambulanter und stationärer Bereich zusammen betrachtet, liegt die Zahl derer, denen im Rahmen der Begutachtung Ansprüche auf Leistungen für PEA eingeräumt wurden, im hier betrachteten Zeitraum stabil zwischen 210 und 220 Tsd.

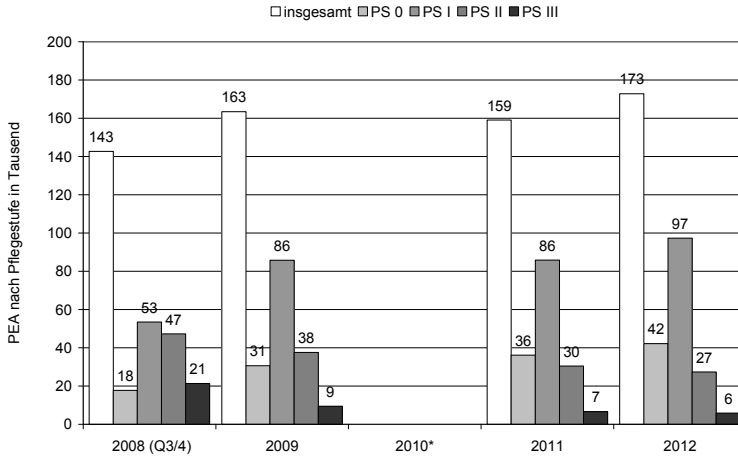
Differenziert nach den Pflegestufen zeigen sich ebenfalls deutlich divergierende Entwicklungen: Während die Zahl der Personen ohne Pflegestufe (sog. Pflegestufe „0“) und mit Pflegestufe I von 2008 bis 2012 ansteigt, nimmt die Zahl der anspruchsberechtigten Personen mit den höheren Pflegestufen II und III tendenziell ab. Diese Entwicklungen zeigen sich sowohl in der ambulanten, als auch in der stationären Pflege.

³² Neben den Anträgen auf ambulante bzw. stationäre Leistungen sind noch Anträge auf abschließliche Leistungen für PEA möglich, für die jedoch keine Quoten auf Anspruchsberechtigung vorliegen. Da die Zahl der so positiv beschiedenen Anträge jedoch äußerst gering ist (ca. 8 Tsd. im Jahr 2009, MDS 2010b), ist ihr Einfluss auf die Gesamtentwicklung eher zu vernachlässigen.

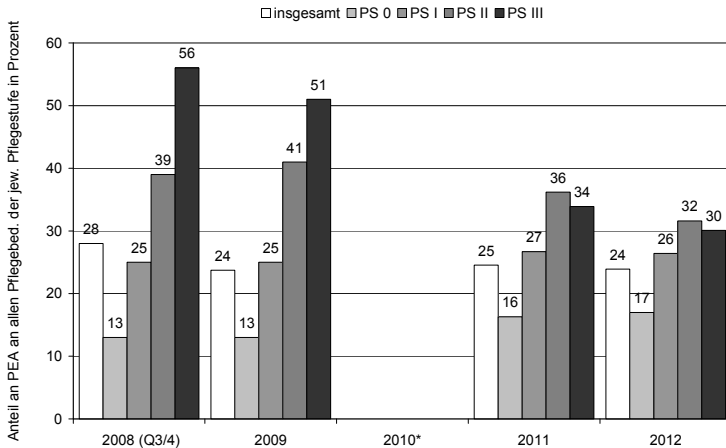
³³ Wiedergegeben sind Inzidenzen, also Anspruchsberechtigte unter den *Erstbegutachtungen*. Für den Bestand kann die Quote entsprechend höher liegen. Davon zu trennen sind die Leistungsbezieher der zusätzlichen Betreuungsleistungen, deren Anzahl jedoch nur mit Kassendaten bestimmbar ist.

Abbildung 27: Anspruchsberechtigte Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz bei der Erstbegutachtung zur häuslichen Pflege

Anspruchsberechtigte Personen



Anteil der anspruchsberechtigten Personen an allen Erstbegutachtungen nach Pflegestufe

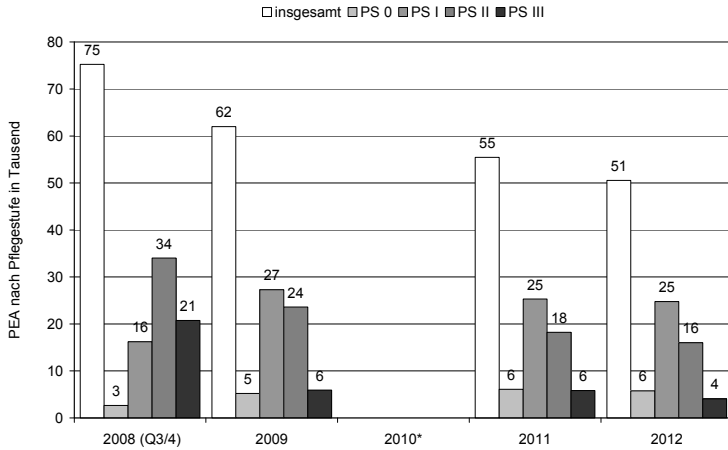


*Werte für 2010 nicht verfügbar.

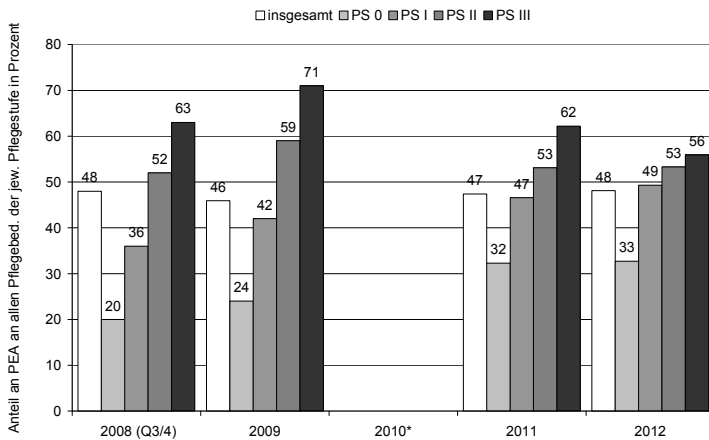
Quelle: MDS (2010b, 2009, 2007a, 2007b, 2006)

Abbildung 28: Anspruchsberechtigte Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz bei der Erstbegutachtung zur stationären Pflege

Anspruchsberechtigte Personen



Anteil der anspruchsberechtigten Personen an allen Erstbegutachtungen nach Pflegestufe



*Werte für 2010 nicht verfügbar.

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

Tabelle 13: Anspruchsberechtigte im Jahr 2012 gemäß § 45a SGB XI nach Pflegestufe und Pflegearrangement – Ergebnisse der Erstbegutachtung

	ambulant		stationär	
	in Tsd.	%	in Tsd.	%
Pflegestufe "0"	42	24,4	6	11,8
Pflegestufe I	97	56,4	25	49,0
Pflegestufe II	27	15,7	16	31,4
Pflegestufe III	6	3,5	4	7,8
insgesamt	172		51	

Quelle: MDS (2010b)

Ein Grund für diese Entwicklung liegt in steigenden Anteilen an Anspruchsberechtigten unter den Antragstellern mit den Pflegestufen „0“ und I bzw. in den sinkenden Anteilen an Anspruchsberechtigten unter den Antragstellern mit den Pflegestufen II und III (Abbildung 27 und Abbildung 28, untere Grafik). Ein weiterer Grund ist die Zunahme der Gesamtzahl der Pflegebedürftigen in Stufe I und der Abnahme der Gesamtzahl der Pflegebedürftigen in den Stufen II und III (Abbildung 5 und Abbildung 6)

Betrachtet man *alle* Personen, denen Ansprüche auf Leistungen für Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz zugesprochen wurden (Tabelle 13), dann haben im Jahr 2012 in der ambulanten Pflege 24,4% und in der stationären Pflege 11,8% *keine* Pflegestufe. Demnach kommen die Ansprüche auf zusätzliche Betreuungsleistungen zu ganz erheblichen Anteilen Menschen zugute, die bereits pflegebedürftig sind.

4.5 Die Pflegepersonen

Ein zentrales Anliegen der Pflegeversicherung ist die Stärkung der häuslichen Pflege. So besagt § 3 SGB XI ausdrücklich: *„Die Pflegeversicherung soll mit ihren Leistungen vorrangig die häusliche Pflege und die Pflegebereitschaft der Angehörigen und Nachbarn unterstützen, damit die Pflegebedürftigen möglichst lange in ihrer häuslichen Umgebung bleiben können. Leistungen der teilstationären Pflege und der Kurzzeitpflege gehen den Leistungen der vollstationären Pflege vor.“* Gegenwärtig belegen die Daten zu den Pflegeleistungen in der Sozialen Pflegeversicherung die Bedeutung der häuslichen Pflege: So werden im Jahr 2012 ca. 1,08 Mio.

Pflegebedürftige als Pflegegeldempfänger ohne Hinzuziehung zugelassener Pflegeeinrichtungen und weitere 380 Tsd. Pflegebedürftige sowohl von privaten Pflegepersonen als auch von professionellen Pflegediensten zu Hause gepflegt (Kombinationsleistungsempfänger, vgl. Abschnitt 4.2). Angesichts der soziodemografischen Veränderungen, insbesondere durch sinkende Geburtenzahlen, einen Rückgang der Eheschließungen und steigenden Scheidungsraten sowie steigender Frauenerwerbstätigkeit, zunehmender Mobilität und damit geringerer räumlicher Nähe von Familienangehörigen und des zunehmenden Anteils von Single-Haushalten stellt sich allerdings die Frage, ob sich der Anteil familialer Pflege in Zukunft weiter aufrecht erhalten lässt. Gleichzeitig mit dem Absinken des relativen Pflegepotentials ist auch mit einem Sinken der Pflegebereitschaft zu rechnen, da die Pflege zunehmend weniger als Familienpflicht, sondern eher als „gesamtgemeinschaftliche Aufgabe“ (§ 8 Abs. 1 SGB XI) wahrgenommen wird. Die Milieus mit ausgeprägter Pflegebereitschaft, wie beispielsweise das „traditionelle Unterschicht-Milieu“ verlieren zudem quantitativ an Bedeutung (Blinkert & Klie 1999; 2000). So zeigen die Daten zur Entwicklung der Inanspruchnahme von Pflegeversicherungsleistungen, dass der Anteil der reinen Geldleistungsempfänger seit Einführung der Pflegeversicherung kontinuierlich zurückgegangen ist (vgl. Abschnitt 4.2.2).

Um die Entwicklung der Familienpflege genauer bewerten zu können, ist eine Bestimmung der Zahl der Pflegepersonen erforderlich. Einen ersten Anhaltspunkt für die Anzahl von Pflegepersonen bieten die Leistungsempfänger des Pflegegeldes und der Kombinationsleistungen. Diese Leistungen werden von den Pflegekassen für die Sicherstellung der häuslichen Pflege an die Pflegebedürftigen ausgezahlt. Diese Leistung bezogen im Jahr 2012 1,46 Mio. Pflegebedürftige. Die Anzahl der an der häuslichen Pflege beteiligten Personen ist aber deutlich höher, u. a., weil sich mehrere Personen die Pflege aufteilen können. So werden zwar 36% aller Pflegebedürftigen von einer Hauptpflegeperson gepflegt, dem stehen aber 29% der Pflegebedürftigen gegenüber, die von zwei Hauptpflegepersonen gepflegt werden, und 27% aller Pflegebedürftigen werden sogar von drei und mehr Hauptpflegepersonen gepflegt (Meyer et al. 2007: 17).

Es können zwar einige Untersuchungen gestützt auf kleinere Befragtengruppen von pflegenden Angehörigen angeführt werden, die deren spezifische Situation darstellen,³⁴ Informationen über die Entwicklung der Zahl der Pflegepersonen im Zeitverlauf liegen bislang jedoch nur vereinzelt vor.³⁵ Die Gründe liegen vor allem darin, dass repräsentative Erhebungen zur Anzahl von Pflegepersonen und zum Ausmaß von Pflegeleistungen fehlen. Um diese Lücke zu schließen, wird in diesem Abschnitt die Entwicklung der Pflegepersonen, also der Personen, die eine nichterwerbsbezogene Pflegeleistung ausüben, im Zeitverlauf untersucht. Eine hierfür geeignete und kaum genutzte Datengrundlage sind die prozessproduzierten Daten der Rentenversicherung.³⁶ Diese lassen Rückschlüsse auf den pflegenden Personenkreis zu, da innerhalb der Rentenversicherung – bei nichterwerbsbezogener Pflege – Rentenansprüche erworben werden können. Des Weiteren bieten die Scientific-Use-Files (SUF) der Rentenversicherung auch die Möglichkeit, die Versichertenbiografien auszuwerten, um beispielsweise die Dauer von Pflegeleistungen zu bestimmen. Allerdings sind die Anspruchsvoraussetzungen für Rentenversicherungsleistungen hoch. So werden diese weder für Pflegepersonen gewährt, die im Umfang von wöchentlich 30 Stunden oder mehr berufstätig sind, noch für Pflegepersonen, die bereits das Rentenalter erreicht haben (s. u.). Betrachtet wird also auch hier nur ein Teil aller Pflegepersonen. Darüber hinaus kann deshalb auf repräsentative Survey-Daten wie die des Sozio-ökonomischen Panels (SOEP) des Deutschen Instituts für Wirtschaftsforschung (DIW) zurückgegriffen werden, die ebenfalls Informationen zu geleisteter Pflege enthalten. Die Charakterisierung als „Pflegeperson“ orientiert sich dabei vor allem an den in den

³⁴ 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).

³⁵ Auch die MUG I und die MUG III-Studie erlaubt zwar einen Vergleich von Merkmalen der Hauptpflegepersonen über eine Dekade hinweg, jedoch nur zu zwei Zeitpunkten.

³⁶ Lediglich von Stegmann & Mika (2007) wurde die ehrenamtliche Pflege in den Versichertenbiografien der gesetzlichen Rentenversicherung analysiert. Jedoch konzentriert sich auch ihre Untersuchung auf die Gruppe der Pflegepersonen und vernachlässigt die Frage nach der Verbreitung der Pflegepersonen insgesamt.

betrachteten Datengrundlagen jeweils verwendeten Definitionen und Erhebungskonzepten von geleisteter Pflege.

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

Zu den Leistungen der Pflegeversicherung gehört die Übernahme der Beiträge an die Rentenversicherung für "Pflegepersonen" im Sinne des § 19 SGB XI. Seit dem 1.4.1995 besteht für Personen in der gesetzlichen Rentenversicherung Versicherungspflicht (d. h. die Pflicht der Pflegeversicherung, für diese Personen Beiträge an die Rentenversicherung abzuführen), wenn sie einen pflegebedürftigen Menschen nicht erwerbsmäßig wenigstens 14 Stunden wöchentlich in seiner häuslichen Umgebung pflegen und dieser Anspruch auf Leistungen aus der Sozialen oder privaten Pflegeversicherung hat. Darüber hinaus darf der Umfang der Erwerbstätigkeit der Pflegepersonen 30 Std. in der Woche nicht übersteigen, und diese dürfen selbst noch keine Altersrente beziehen (vgl. Rothgang 1997: 254f.). Dabei richtet sich die Höhe der Beiträge nach dem Schweregrad (Pflegestufe) der Pflegebedürftigkeit und nach dem vom Medizinischen Dienst festgestellten zeitlichen Umfang der Pflege Tätigkeit. Die Beiträge sollen dabei durch ihre entsprechende Höhe³⁷ das Potenzial haben, nennenswert zu den Rentenanwartschaften beizutragen und so die familiäre Pflege anzuerkennen und die Pflegepersonen besser abzusichern und somit dazu beizutragen, dass auch weiterhin häuslich gepflegt wird (vgl. Stegmann & Mika 2007: 772).

³⁷ Beispielsweise werden in Pflegestufe I bei einem Pflegeumfang von 14 Std./Woche 0,266 Entgeltpunkte gutgeschrieben, während in Pflegestufe III und einem Pflegeumfang von 28 Std./Woche 0,8 Entgeltpunkte gutgeschrieben werden (vgl. Stegmann & Mika 2007: 780). Ein Entgeltpunkt entspricht dabei den Beitragszahlungen, die ein gesetzlich Rentenversicherter mit durchschnittlichem versicherungspflichtigen Entgelt im Laufe eines Jahres einahlt.

Tabelle 14: Pflegepersonen bis zum Rentenalter nach Pflegedauer und Jahr

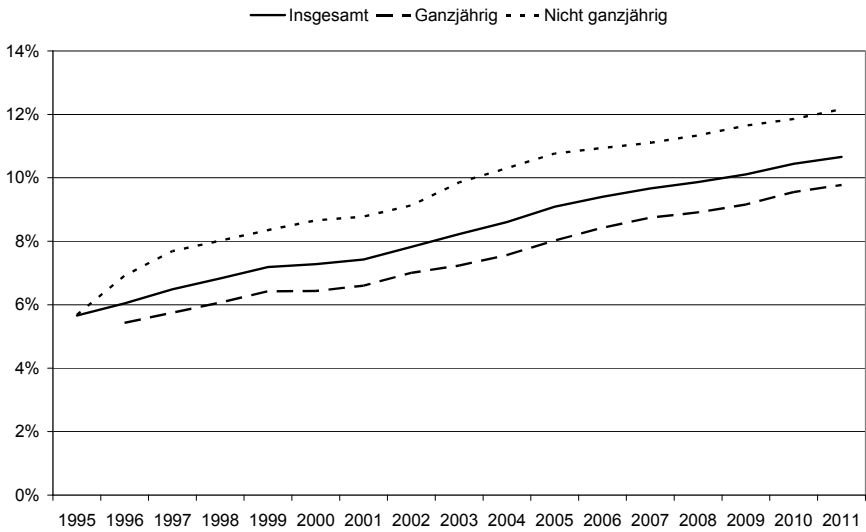
	Männer			Frauen		
	Insgesamt	Ganzjährig	Nicht ganzjährig	Insgesamt	Ganzjährig	Nicht ganzjährig
1995	11.204	147	11.057	186.705	3.211	183.494
1996	24.657	13.067	11.590	383.456	227.643	155.813
1997	33.445	18.450	14.995	482.310	302.370	179.940
1998	36.463	19.808	16.655	497.674	306.650	191.024
1999	36.788	19.844	16.944	474.886	289.014	185.872
2000	38.404	21.090	17.314	489.290	306.634	182.656
2001	37.520	20.747	16.773	467.804	293.520	174.284
2002	37.156	20.484	16.672	437.768	271.897	165.871
2003	38.085	20.751	17.334	424.684	266.094	158.590
2004	37.931	20.616	17.315	402.681	251.963	150.718
2005	39.533	21.351	18.182	395.435	244.735	150.700
2006	39.367	21.605	17.762	379.307	234.716	144.591
2007	39.498	21.829	17.669	369.211	227.739	141.472
2008	39.891	21.910	17.981	364.425	223.852	140.573
2009	40.577	22.764	17.813	360.915	225.811	135.104
2010	39.699	22.309	17.390	340.562	211.277	129.285
2011	41.025	23.712	17.313	343.901	218.884	125.017

Quelle: Deutsche Rentenversicherung (1995–2011a)

In Tabelle 14 ist die Zahl der Pflegepersonen wiedergegeben, für die während eines Jahres entweder ganzjährig oder für einen Teil des Jahres Beiträge in die Rentenversicherung eingezahlt wurden. In diesem Zusammenhang ist darauf zu verweisen, dass anhand der Versichertenkonten natürlich nur „jüngere“ Altersgruppen bis zum Rentenalter untersucht werden können und damit in erster Linie die Pflege durch die Kindergeneration abgebildet wird.

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

Abbildung 29: Anteil der männlichen Pflegepersonen, für die Beiträge zur Rentenversicherung gezahlt werden



Quelle: Tabelle 14.

Interessant ist weiterhin die separate Betrachtung von pflegenden Männern und Frauen: Die Zahl der weiblichen Pflegepersonen liegt dabei bis zum Jahr 2005 immer mindestens zehnmal so hoch wie die der männlichen.

Allerdings unterscheidet sich auch die Entwicklung zwischen den beiden Geschlechtern. Während bereits nach wenigen Jahren die Zahl der Männer, für die Beiträge gezahlt werden, bei durchschnittlich 38 Tsd. liegt und dann lange Zeit im Wesentlichen konstant bleibt, nimmt die entsprechende (deutlich höhere) Zahl der Frauen von 482 Tsd. im Jahr 1997 auf 343 Tsd. im Jahr 2011 ab. Von dieser drastischen Abnahme um mehr als $\frac{1}{4}$ sind dabei gleichermaßen die durchgehend ganzjährige Pflege als auch die nicht ganzjährige Pflege betroffen. Insgesamt zeigt sich damit eine *rückläufige Tendenz der intergenerativen Pflege*, die durch einen Rückgang der Zahl der pflegenden Frauen im erwerbsfähigen Alter ausgelöst ist.

Tabelle 15: Pflegepersonen bis zum Rentenalter nach Geburtsjahren
(Rentenzugangsjahren)

Geburtsjahre	Rentenzugangsjahr	Altersrenten	Pflegepersonen	Anteil (in %)
1935–40	2000	587.380	12.461	2,12
1936–41	2001	532.706	11.920	2,24
1937–42	2002	491.282	11.343	2,31
1938–43	2003	513.439	12.245	2,38
1939–44	2004	494.292	11.175	2,26
1940–45	2005	449.490	10.345	2,30
1941–46	2006	429.194	12.022	2,80
1942–47	2007	450.538	11.079	2,46
1943–48	2008	461.235	11.337	2,60
1944–49	2009	444.319	11.560	2,46
1945–50	2010	427.010	10.701	2,51
1946–51	2011	452.275	11.132	2,46

Quelle: Deutsche Rentenversicherung (1995–2011b)

Weiterhin zeigt sich eine Verschiebung im Geschlechterverhältnis der Pflegenden, die in Abbildung 29 verdeutlicht wird: Der Anteil der pflegenden Männer hat sich insgesamt von knapp 6% auf knapp 11% annähernd verdoppelt. Dabei ist der Anteil der Männer bei der nicht ganzjährigen Pflege regelmäßig höher als bei der ganzjährigen Pflege. Dies kann ein Indiz dafür sein, dass langjährige familiäre Pflege noch in einem stärkeren Maße durch Frauen erfolgt.

Die Daten der Rentenversicherung erlauben über die eben durchgeführte jahresweise Betrachtung der Entwicklung der Zahl der Pflegepersonen hinaus auch die Beantwortung der Frage, ob eine Person *jemals* im Lebensverlauf gepflegt hat oder nicht. Für die empirische Analyse werden daher in einem zweiten Schritt die Rentenzugänge der Jahre 2000–2011 herangezogen und überprüft, welcher Anteil dieser Jahrgänge Rentenansprüche aus geleisteter Pflege erworben hat.³⁸ In diesem Zusammenhang ist darauf zu verweisen, dass anhand der Rentenzugänge nur ältere Geburtsjahrgänge mit abgeschlossenen Erwerbsverläufen betrachtet und folglich auch keine Aussagen zum Pflegeverhalten oberhalb der Altersjahre des Altersrentenbeginns (von ca. 60–65 Jahren) gemacht werden können. In Tabelle

³⁸ Für die Rentenzugangsjahre vor 2000 werden die Pflegepersonen nicht ausgewiesen.

15 sind hierzu die Altersrenten gemeinsam für Männer 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 2,1–2,8% aller Personen, die in den Jahren 2000–2011 erstmalig eine Altersrente bezogen haben, jemals in ihrem Leben vor ihrer Verrentung gepflegt. Dabei ist jedoch zu bedenken, dass im hier betrachteten Zeitraum die älteren im Vergleich zu den jüngeren Kohorten weniger Zeit hatten – nach Einführung der Pflegeversicherung 1995 – Berücksichtigungszeiten aus geleisteter Pflege zurückzulegen: Während für die Rentenzugangskohorte 2000 ein Zeitraum von maximal 5 Jahren zur Verfügung stand, betrug dieser für die Rentenzugangskohorte 2011 schon 16 Jahre. Dass dennoch – und bei steigender Zahl der Pflegebedürftigen – kein eindeutiger Anstieg der Quote festzustellen ist, spricht wiederum eher für *abnehmende* familiäre Pflegekapazitäten im Bereich der intergenerativen Pflege oder aber dafür, dass die Pflegelast auf mehrere Schultern verteilt wurde und somit die Grenze von mindestens 14 Stunden nicht mehr erreicht wurde.

4.5.2 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, also der Hälfte der täglichen Mindestpflegezeit der in den Daten der Rentenversicherung angewendeten Definition abgebildet. Die Pflegetätigkeit wurde über die Frage erhoben: „Wie viele Stunden pro Tag entfallen bei Ihnen an einem durchschnittlichen Werktag auf die folgenden Tätigkeiten – Versorgung und Betreuung von pflegebedürftigen Personen?“

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

	Insgesamt	Männer	Quote	Frauen	Quote
2001	3.095.391	1.142.370	3,88	1.953.021	6,17
2002	3.452.475	1.341.540	4,36	2.110.935	6,35
2003	3.641.520	1.391.106	4,37	2.250.414	6,59
2004	3.837.078	1.494.234	4,64	2.342.844	6,71
2005	3.576.157	1.339.016	4,10	2.237.141	6,32
2006	3.801.435	1.404.759	4,34	2.396.676	6,82
2007	3.859.015	1.463.956	4,49	2.395.059	6,81
2008	4.182.533	1.561.068	4,75	2.621.465	7,43
2009	3.781.698	1.345.974	4,09	2.435.724	6,89
2010	4.288.958	1.489.798	4,53	2.799.160	7,92
2011	3.506.089	1.327.536	4,02	2.178.553	6,17

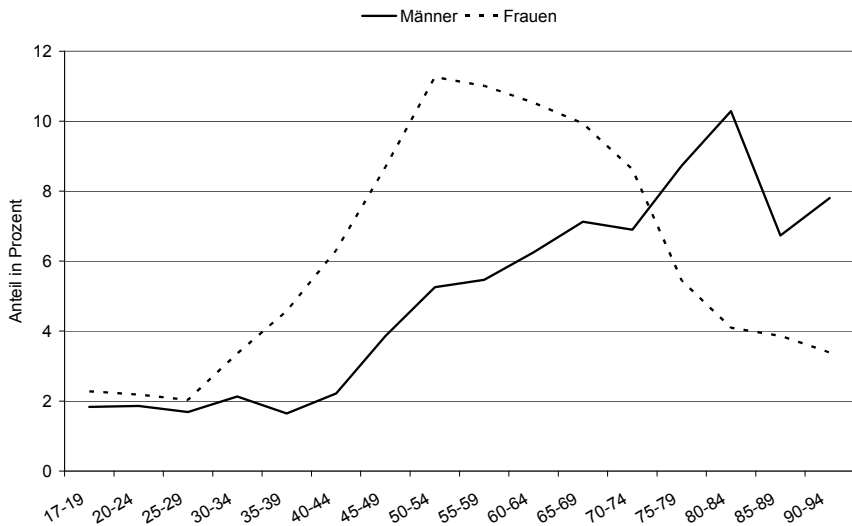
Quelle: SOEP v28, gewichtet

Betrachtet man die Entwicklung in Tabelle 16, zeigt sich, dass den ca. 1,76 Mio. Pflegebedürftigen im Jahr 2011 (vgl. Abschnitt 4.2), die zu Hause gepflegt werden (also Pflegegeld, Sachleistung oder Kombinationsleistungen beziehen), ca. 3,5 Mio. und damit zweimal so viele Pflegenden gegenüberstehen. Die Entwicklung ist dabei überwiegend von einem *relativen Anstieg* der Zahl der Pflegenden gekennzeichnet: Während 2001 ca. 3,09 Mio. Pflegenden an der häuslichen Pflege beteiligt waren, stieg die Anzahl bis 2011 auf 3,5 Mio., während sich die Zahl der häuslich versorgten Pflegebedürftigen in diesem Zeitraum nur um rund 22%, von 1,44 Mio. auf 1,76 Mio. erhöht hat.

Der Anteil der an der Pflege beteiligten Männer belief sich während des Zeitraums auf nahezu konstant 35%. Auf einen pflegenden Mann kommen damit zwei pflegende Frauen. Ein Vergleich der MUG I-Studie mit der MUG III-Studie zeigt hingegen einen Anstieg des Anteils pflegender Männer von 17% im Jahr 1991 auf 27% im Jahr 2002 (Schneekloth & Wahl 2005: 77). Hierbei muss jedoch berücksichtigt werden, dass im SOEP – im Gegensatz zu den MUG-Studien – nicht nur die „Hauptpflegepersonen“, sondern alle an der Pflege beteiligten Personen erfasst werden.

Dass die Häufigkeit einer Übernahme von Pflgetätigkeiten sich im Lebenszyklus bei Männern und Frauen unterschiedlich darstellt, zeigt Abbildung 30.

Abbildung 30: Pflegepersonen nach Alter und Geschlecht



Quelle: SOEP v28, gewichtet

Demnach pflegen Frauen im Alter von 50–69 Jahren am häufigsten, während Männer erst in höheren Altersjahren pflegen (vgl. Schupp & Künemund 2004). Gründe für diese stärkere Verbreitung der Pflegetätigkeiten in jüngeren Jahren bei den Frauen könnten darin liegen, dass beim Tod des ersten Elternteils meist die weibliche Kindergeneration die Verantwortung für den verbliebenen Elternteil übernimmt (Stein et al. 1998). Der höhere Anteil an pflegenden Männern in den höheren Altersjahren ist vermutlich darauf zurückzuführen, dass Männer – bei gleichem Alter – seltener verwitwet sind als Frauen und dadurch auch häufiger ihre Partnerinnen pflegen. Insgesamt kann damit sowohl von intergenerativer Pflege (vor allem bei den weiblichen Pflegepersonen) als auch von intragenerativer Pflege (vor allem bei den männlichen Pflegepersonen) gesprochen werden.³⁹

³⁹ Kritisch anzumerken ist, dass den auf die Bevölkerung der BRD hochgerechneten Auswertungen, insbesondere in den höheren Altersjahren, z. T. geringe absolute Fallzahlen an Pflegepersonen zugrunde liegen.

Gründe für die insgesamt stärkere Verbreitung von Pflegeleistungen bei den Frauen können auch in der schwierigen Vereinbarkeit von Pflege und Erwerbstätigkeit liegen. So haben nach Daten der MUG III-Studie aufgrund der Pflege 10% der Hauptpflegepersonen ihre Erwerbstätigkeit aufgegeben und weitere 11% den Umfang der Erwerbstätigkeit eingeschränkt. Da nur etwa die Hälfte der Hauptpflegepersonen zu Beginn der Pflege überhaupt erwerbstätig war, liegt der Anteil der Personen, die ihre Berufstätigkeit aufgeben/einschränken, bezogen auf den Personenkreis der vor der Übernahme der Pflege Erwerbstätigen, sogar doppelt so hoch (Schneekloth & Wahl 2005: 79; vgl. auch BMFSFJ 2011: 123).

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

4.6 Ambulante Pflegedienste

In diesem Kapitel werden Infrastruktur und personelle Ausstattung der ambulanten Pflegedienste in ihrer Entwicklung von 1999 bis 2011 dargestellt. Zunächst folgt die Verteilung der ambulanten Pflegedienste nach Trägern und ihrem Angebot (Abschnitt 4.6.1). Danach schließt sich eine Beschreibung des in den Pflegediensten eingesetzten Personals an, wobei insbesondere auch auf die Kapazitäten der ambulanten Dienste eingegangen wird, um eine Vergleichbarkeit mit den Kapazitätsentwicklungen der stationären Pflegeheime zu ermöglichen (Abschnitt 4.6.2).

4.6.1 Entwicklung der Zahl der ambulanten Dienste

Bei den ambulanten Pflegediensten ist im Vergleich zum stationären Bereich nur ein moderater absoluter Anstieg der Zahl der Pflegeeinrichtungen von 10.820 im Jahr 1999 auf 12.349 im Jahr 2011 und damit um 14% zu verzeichnen (Tabelle 17).

Tabelle 17: Entwicklung der Anzahl der ambulanten Pflegedienste nach Angebot und Träger

	1999	2001	2003	2005	2007	2009	2011
<i>Pflegedienste (alle Träger)</i>							
Insgesamt	10.820	10.594	10.619	10.977	11.529	12.026	12.349
mit anderen Sozialleistungen gemischt:							
häusl. Krankenpfl. o. Hilfe n. SGB V	10.389	10.247	10.284	10.650	11.204	11.694	11.999
Hilfe zur Pflege nach SGB XII	6.979	7.281	7.487	5.841	6.946	7.311	7.602
sonstige ambulante Hilfeleistungen	5.350	5.272	5.219	4.726	5.140	5.396	5.152
eigenst. Dienst e. Wohneinrichtung ¹⁾	687	824	984	1.020	1.075	1.090	1.152
eigenst. Dienst e. sonst. Einrichtung ²⁾	167	188	202	216	229	225	223
eigenst. Dienste an einem Pflegeheim	³⁾	590	624	633	690	711	765
<i>Pflegedienste (private Träger)</i>							
Insgesamt	5.504	5.493	5.849	6.327	6.903	7.398	7.772
mit anderen Sozialleistungen gemischt:							
häusl. Krankenpfl. o. Hilfe n. SGB V	5.264	5.293	5.638	6.122	6.689	7.156	7.513
Hilfe zur Pflege nach SGB XII	3.267	3.554	3.948	3.338	4.065	4.357	4.684
sonstige ambulante Hilfeleistungen	1.744	1.854	2.064	1.988	2.279	2.489	2.450
eigenst. Dienst e. Wohneinrichtung ¹⁾	244	299	388	419	489	516	544
eigenst. Dienst e. sonst. Einrichtung ²⁾	24	26	38	40	46	50	50
eigenst. Dienste an einem Pflegeheim	³⁾	211	236	266	273	303	296
<i>Pflegedienste (freigemeinn. Träger)</i>							
Insgesamt	5.103	4.897	4.587	4.457	4.435	4.433	4.406
mit anderen Sozialleistungen gemischt:							
häusl. Krankenpfl. o. Hilfe n. SGB V	4.918	4.758	4.472	4.337	4.327	4.347	4.318
Hilfe zur Pflege nach SGB XII	3.608	3.616	3.433	2.429	2.786	2.848	2.834
sonstige ambulante Hilfeleistungen	3.517	3.337	3.080	2.670	2.779	2.821	2.636
eigenst. Dienst e. Wohneinrichtung ¹⁾	426	496	571	574	552	544	576
eigenst. Dienst e. sonst. Einrichtung ²⁾	117	140	136	147	149	145	146
eigenst. Dienste an einem Pflegeheim	³⁾	356	365	343	384	382	437
<i>Pflegedienste (öffentliche Träger)</i>							
Insgesamt	213	204	183	193	191	195	171
mit anderen Sozialleistungen gemischt:							
häusl. Krankenpfl. o. Hilfe n. SGB V	207	196	174	191	188	191	168
Hilfe zur Pflege nach SGB XII	104	111	106	74	95	105	84
sonstige ambulante Hilfeleistungen	89	81	75	68	82	86	66
eigenst. Dienst e. Wohneinrichtung ¹⁾	17	29	25	27	34	29	32
eigenst. Dienst e. sonst. Einrichtung ²⁾	26	22	28	29	34	30	27
eigenst. Dienste an einem Pflegeheim	³⁾	23	23	24	33	26	32
1) Z. B. Altenheim, Altenwohnheim, betreutes Wohnen. 2) Z. B. Krankenhaus. 3) nicht verfügbar							
Quelle: Pflegestatistik 1999 - 2011							

Auffallend ist dabei, dass das Verhältnis von privaten Trägern und freigemeinnützigen Trägern 1999 mit 5.504 zu 5.103 noch annähernd ausgeglichen war. Seitdem ist die Zahl der Pflegedienste in privater Trägerschaft bis zum Jahr 2011 um 41% auf 7.772 angestiegen, während die Zahl der Pflegedienste der freigemeinnützigen Träger um 14% auf zuletzt 4.406 kontinuierlich abgenommen hat. Die Pflegedienste der öffentlichen Träger sind dagegen bei leicht abnehmender Tendenz nur schwach vertreten (ca. 200).

Ein Kennzeichen der ambulanten Pflegedienste ist, dass nahezu alle Dienste (97%) neben den Leistungen nach SGB XI auch häusliche Krankenpflege und fast $\frac{2}{3}$ aller Dienste auch Hilfe zur Pflege nach SGB XII anbieten. Organisatorisch sind dabei im Jahr 2011 knapp 10% der Pflegedienste an Wohneinrichtungen (z. B. Altenheime, Altenwohnheim oder betreutes Wohnen) und 6% an Pflegeheime angeschlossen. Betrachtet man die Entwicklung über den gesamten Zeitraum, ist ebenfalls bemerkenswert, dass die Zahl der Pflegedienste als eigenständige Dienste von Wohneinrichtungen bzw. Pflegeheimen über alle Träger hinweg drastisch um 67% zugenommen hat.

4.6.2 Personal und Kapazitäten der ambulanten Dienste

Die Entwicklung des Pflegedienstpersonals zeigt einen Anstieg von 183.782 im Jahr 1999 um 58% auf 290.714 im Jahr 2011 und damit auch eine Personalzunahme in den einzelnen Pflegediensten (Tabelle 18). Entsprechend der Entwicklung in den stationären Einrichtungen bleibt aber auch hier die absolute Zahl der Vollzeitbeschäftigten von 1999 bis 2005 nahezu konstant und steigt erst seit 2007 etwas an, während die Zahl der Teilzeit- und geringfügig Beschäftigten über den gesamten Zeitraum deutlich zunimmt. Die Zahl der Praktikanten, Schüler und Auszubildenden ist innerhalb des Zeitraums von 1.816 auf 5.326 gewachsen, während die Zahl der Zivildienstleistenden drastisch von 7.421 auf 2.062 im Jahr 2009 und zuletzt auf 64 im Jahr 2011 abgenommen hat. Die Anzahl der Helfer im freiwilligen sozialen Jahr schwankt im Zeitraum von 1999 bis 2011 zwischen 460–703.

Tabelle 18: Pflegedienstpersonal nach Beschäftigungsverhältnis und Tätigkeitsbereich							
	1999	2001	2003	2005	2007	2009	2011
	Anzahl						
Personal insgesamt	183.782	189.567	200.897	214.307	236.162	268.891	290.714
Beschäftigungsverhältnis							
Vollzeit	56.914	57.524	57.510	56.354	62.405	71.964	79.755
Teilzeit über 50 %	49.149	55.008	60.762	68.141	77.762	89.052	100.514
Teilzeit ≤ 50 %, nicht geringf.	28.794	30.824	32.797	35.040	36.683	40.279	42.487
geringfügig beschäftigt	39.126	37.326	42.565	47.957	53.034	60.496	61.671
Praktikant, Schüler, Auszub.	1.816	1.809	2.460	3.530	3.462	4.492	5.326
Helfer im freiw. soz. Jahr	562	471	642	703	599	545	460
Zivildienstleistender	7.421	6.605	4.161	2.582	2.217	2062	64
Überw. Tätigkeitsbereich							
Pflegedienstleitung	11.528	12.122	12.786	13.753	14.859	15.695	16.671
Grundpflege	119.388	124.602	135.540	147.973	163.580	187.710	204.795
hauswirtschaftliche Versorgung	34.902	33.738	32.449	29.853	33.140	36.602	38.092
Verw., Geschäftsführung	9.121	9.695	10.447	11.666	12.349	13.161	14.144
sonstiger Bereich	8.843	9.410	9.675	11.062	12.234	15.723	17.012
	In Prozent						
Personal insgesamt	100	100	100	100	100	100	100
Beschäftigungsverhältnis							
Vollzeit	30,9	30,3	28,6	26,3	26,4	26,8	27,4
Teilzeit über 50 %	26,7	29	30,2	31,8	32,9	33,1	34,6
Teilzeit ≤ 50 %, nicht geringf.	15,7	16,3	16,3	16,4	15,5	15,0	14,6
geringfügig beschäftigt	21,3	19,7	21,2	22,4	22,5	22,5	21,2
Praktikant, Schüler, Auszub.	1	1	1,2	1,6	1,5	1,7	1,8
Helfer im freiw. soz. Jahr	0,3	0,2	0,3	0,3	0,3	0,2	0,2
Zivildienstleistender	4	3,5	2,1	1,2	0,9	0,8	0,0
Überw. Tätigkeitsbereich							
Pflegedienstleitung	6,3	6,4	6,4	6,4	6,3	5,8	5,7
Grundpflege	65	65,7	67,5	69	69,3	69,8	70,4
hauswirtschaftliche Versorgung	19	17,8	16,2	13,9	14	13,6	13,1
Verw., Geschäftsführung	5	5,1	5,2	5,4	5,2	4,9	4,9
sonstiger Bereich	4,8	5	4,8	5,2	5,2	5,8	5,9
Quelle: Pflegestatistik 1999-2011							

Tabelle 19: Entwicklung der Kapazitäten im ambulanten im Vergleich zum stationären Bereich

	ambulant			im Vergleich zu stationär	
	Anzahl Pflegedienste	Anzahl Beschäftigter	Vollzeit-äquivalente	Anzahl Pflegeheime	Anzahl Betten
1999	10.820	183.782	108.799	8.859	645.456
2001	10.594	189.567	113.951	9.165	647.292
2003	10.619	200.897	119.793	9.743	713.195
2005	10.977	214.307	125.811	10.424	757.186
2007	11.529	236.162	140.504	11.029	799.059
2009	12.026	268.891	160.921	11.634	845.007
2011	12.349	290.714	178.096	12.354	875.549
	Veränderung in Prozent				
1999–2001	-2,1	+3,1	+4,7	+3,5	+0,3
2001–2003	+0,2	+6,0	+5,1	+6,3	+10,2
2003–2005	+3,4	+6,7	+5,0	+7,0	+6,2
2005–2007	+5,0	+10,2	+11,7	+5,8	+5,5
2007–2009	+4,3	+13,9	+14,5	+5,5	+5,8
1999–2011	+14,1	+58,2	+63,7	+39,5	+35,6

Quelle: Tabelle 17, Tabelle 18, Tabelle 21, Tabelle 22

Für 65 % der Beschäftigten im Jahr 1999 und 70,4 % der Beschäftigten im Jahr 2011 war der überwiegende Tätigkeitsbereich die Grundpflege. Der Anteil der Beschäftigten, die in hauswirtschaftlicher Versorgung tätig sind, zeigte einen Rückgang von 19 % auf 13,1 %. Der Anteil der Beschäftigten in der Pflegedienstleitung (6 %), in der Verwaltung und Geschäftsführung (5 %) sowie in sonstigen Bereichen (5 %) blieb nahezu konstant.

Der schwache Anstieg der Zahl der Pflegedienste überdeckt den tatsächlichen Ausbau der Kapazitäten, der aber mit einem Konzentrationsprozess auf dem Markt einhergeht: Die Dienste werden größer, so dass Kapazitäten, d. h. die Zahl der durch ambulante Dienste versorgten Pflegebedürftigen, deutlich stärker steigen als die Zahl der Dienste. Approximativ kann dies an der Entwicklung der Beschäftigten abgelesen werden. Während die Zahl der Vollzeitbeschäftigten nur in geringem Umfang gestiegen ist, ist die Zahl der Teilzeitbeschäftigten stark angestiegen. Werden beide Personalkategorien auf Vollzeitäquivalente umgerechnet, zeigt sich eine Steigerung von 63,7 % im ambulanten Bereich, die darauf hinweist,

dass der Kapazitätsausbau im ambulanten Bereich nicht hinter den im stationären zurückgefallen ist, sondern diesen deutlich (35,6%) übertrifft (Tabelle 19). Außerdem weist der Vergleich des starken Beschäftigungsanstiegs mit einer nur sehr moderaten Steigerung der Zahl der Pflegedienste auf starke Konzentrationsprozesse im ambulanten Pflegemarkt hin.

4.7 Die stationären Pflegeeinrichtungen

In diesem Abschnitt werden Infrastruktur und personelle Ausstattung der stationären Pflegeeinrichtungen in ihrer Entwicklung von 1999 bis 2011 dargestellt. Zunächst folgt die Verteilung der stationären Pflegeeinrichtungen nach Trägern und ihrem Angebot (Abschnitt 4.7.1). Danach schließt sich eine Beschreibung des in den Pflegeeinrichtungen eingesetzten Personals an, wobei auch hier auf die Kapazitäten, also die Bettenzahl der stationären Pflegeeinrichtungen eingegangen wird, um eine Vergleichbarkeit mit den Kapazitätsentwicklungen der ambulanten Pflegedienste zu ermöglichen (Abschnitt 4.7.2). Des Weiteren erfolgt eine Darstellung der Heimentgelte (Abschnitt 4.7.3), also der Kosten, die durch eine Heimunterbringung entstehen.⁴⁰

4.7.1 Einrichtungen

Die Zahl der Pflegeheime ist seit 1999 von 8.859 um 40% auf 12.354 im Jahr 2011 angestiegen (Tabelle 20).⁴¹

⁴⁰ Der Frage, ob die Heimbevölkerung immer älter und kränker ins Heim kommt und damit ein sozialstruktureller Wandel der Pflegeheimbewohner beobachtet werden kann, wird in Kapitel 5 nachgegangen.

⁴¹ Aussagen zur Entwicklung der Zahl der Pflegeheime vor Einführung der Pflegestatistik sind nur sehr begrenzt möglich. Insbesondere haben „die Mehrzahl der früher neben Pflegeheimen bestehenden Altenwohnheime oder mehrgliedrigen Alteneinrichtungen den überwiegenden Teil ihrer Wohn- und/oder Heimplätze umgewidmet oder ausgegliedert und einen Versorgungsvertrag als stationäre Pflegeeinrichtung abgeschlossen“ (BMG 2001).

Tabelle 20: Entwicklung der Anzahl der Pflegeeinrichtungen nach Art und Träger der Einrichtung

	1999	2001	2003	2005	2007	2009	2011
Pflegeheime (alle Träger)							
Insgesamt	8.859	9.165	9.743	10.424	11.029	11.634	12.354
für ältere Menschen	8.333	8.603	9.170	9.723	10.259	10.873	11.569
für behinderte Menschen ²⁾	203	221	226	236	262	251	259
für psychisch kranke Menschen	323	341	347	353	345	332	341
für schwerkranke und sterbende Menschen	¹⁾	¹⁾	¹⁾	112	163	179	185
Pflegeheime (private Träger)							
Insgesamt	3.092	3.286	3.610	3974	4322	4.637	4998
für ältere Menschen	2.854	3.043	3.364	3664	4004	4.333	4679
für behinderte Menschen ²⁾	64	66	61	75	70	65	64
für psychisch kranke Menschen	174	177	185	203	194	183	189
für schwerkranke und sterbende Menschen	¹⁾	¹⁾	¹⁾	32	54	57	66
Pflegeheime (freigemeinnützige Träger)							
Insgesamt	5.017	5.130	5.405	5748	6072	6.373	6721
für ältere Menschen	4.805	4.893	5.157	5431	5690	5.987	6319
für behinderte Menschen ²⁾	122	137	147	148	177	175	186
für psychisch kranke Menschen	90	100	101	93	102	98	105
für schwerkranke und sterbende Menschen	¹⁾	¹⁾	¹⁾	76	103	113	111
Pflegeheime (öffentliche Träger)							
Insgesamt	750	749	728	702	635	624	635
für ältere Menschen	674	667	649	628	565	554	571
für behinderte Menschen ²⁾	17	18	18	13	15	11	9
für psychisch kranke Menschen	59	64	61	57	49	51	47
für schwerkranke und sterbende Menschen	¹⁾	¹⁾	¹⁾	4	6	8	8
1) noch nicht erhoben							
2) Nicht erfasst werden im vollstationären Bereich die Empfänger/-innen von Pflegeleistungen der Hilfe für behinderte Menschen nach § 43a SGB XI.							
Anmerkung: Die Art des Pflegeheims ist nach der jeweils überwiegenden Personengruppe eingeteilt.							
Quelle: Pflegestatistik 1999 - 2011							

Die Mehrzahl, nämlich 6.721 bzw. 54% der Heime, befand sich 2011 in freigemeinnütziger Trägerschaft.⁴² Der Anteil der 4.998 Heime in privater Trägerschaft belief sich auf 40% und weitere 635 Heime, bzw. 5% aller Heime, befanden sich in öffentlicher Trägerschaft.

Die Zahl der Pflegeheime ist insbesondere dadurch gestiegen, dass die Zahl der Pflegeheime für ältere Menschen zugenommen hat. Dabei hat sich deren Zahl je nach Trägerschaft unterschiedlich entwickelt: Während die Zahl der Pflegeheime für ältere Menschen in freigemeinnütziger Trägerschaft von 4.805 im Jahr 1999 um 32% auf 6.319 im Jahr 2011 zugenommen hat, findet sich bei den privaten Trägern ein drastischerer Anstieg um 64%, von 2.854 (1999) auf 4.679 (2011). Die Zahl der Pflegeheime in öffentlicher Trägerschaft ist dagegen rückläufig. Die Zahl der Pflegeheime für psychisch kranke Menschen ist über alle Träger relativ konstant. Die Zahl der Pflegeheime für behinderte Menschen verändert sich zwar absolut nicht in solch bedeutsamen Umfang wie die Zahl der Pflegeheime für ältere Menschen, doch gibt es auch hier, jeweils abhängig vom Träger, deutliche Zunahmen von bis zu 45%.

4.7.2 Personal und Kapazitäten der stationären Einrichtungen

Betrachtet man die Entwicklung des Heimpersonals in Tabelle 21, dann zeigt sich ein Anstieg der Beschäftigtenzahl von 440.940 im Jahr 1999 um 50% auf 661.179 im Jahr 2011.⁴³ Dieser Anstieg beruht dabei im Wesentlichen auf dem Anstieg der Teilzeit- und geringfügig Beschäftigten. Die Anzahl der Vollzeitbeschäftigten bleibt dagegen bei durchschnittlich 203–219 Tsd. weitgehend konstant.

⁴² Im Erhebungsbogen der Pflegestatistik werden genannt: Deutscher Caritasverband, Diakonisches Werk, Arbeiterwohlfahrt, Deutsches Rotes Kreuz, Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband, bzw. die jeweils angeschlossenen Träger sowie die Zentralwohlfahrtsstelle der Juden in Deutschland und die jüdische Kultusgemeinde.

⁴³ Bis zur Einführung der Pflegestatistik nach § 109 SGB XI konnten nur sehr begrenzt Aussagen zu den Auswirkungen der Pflegeversicherung auf den Arbeitsmarkt getroffen werden (BMG 2001: 75).

Tabelle 21: Heimpersonal nach Beschäftigungsverhältnis und Tätigkeitsbereich

	1999	2001	2003	2005	2007	2009	2011
	Anzahl						
Personal insgesamt	440.940	475.368	510.857	546.397	573.545	621.392	661.179
Beschäftigungsverhältnis							
Vollzeit	211.544	218.898	216.510	208.201	202.764	207.126	212.416
Teilzeit über 50 %	100.897	120.218	140.488	162.385	184.594	212.488	241.000
Teilzeit unter 50 %, nicht geringfügig	54.749	61.843	71.066	78.485	84.666	96.154	101.863
geringfügig beschäftigt	42.795	44.371	49.179	55.238	58.730	60.689	62.371
Praktikant, Schüler, Auszub.	16.782	16.511	22.031	31.623	32.315	34.309	37.158
Helfer im freiwilligen sozialen Jahr	2.389	2.273	3.373	4.003	3.951	3.697	3.628
Zivildienstleistender/ Helfer im BFD ¹⁾	11.784	11.254	8.210	6.462	6.523	6.928	256/ 2.487
Überwiegender Tätigkeitsbereich							
Pflege und Betreuung	287.267	315.200	345.255	374.116	393.772	413.128	434.703
soziale Betreuung	14.967	16.741	17.833	20.253	22.405	25.577	27.122
Zusätzliche Betreuung (§ 87b SGB XI)	-	-	-	-	-	16.350	24.549
Hauswirtschaftsbereich	93.622	96.874	98.627	100.346	102.547	107.884	113.711
haustechnischer Bereich	13.635	13.797	13.929	14.373	15.057	16.231	16.051
Verwaltung, Geschäftsführung	24.502	26.120	28.021	30.176	31.754	33.726	35.388
sonstiger Bereich	6.947	6.636	7.192	7.133	8.010	8.494	9.655
	In Prozent						
Personal insgesamt	100	100	100	100	100	100	100
Beschäftigungsverhältnis							
Vollzeit	48	46	42,4	38,1	35,4	33,3	32,1
Teilzeit über 50 %	22,9	25,3	27,5	29,7	32,2	34,2	36,5
Teilzeit unter 50 %, nicht geringfügig	12,4	13	13,9	14,4	14,8	15,5	15,4
geringfügig beschäftigt	9,7	9,3	9,6	10,1	10,2	9,8	9,4
Praktikant, Schüler, Auszub.	3,8	3,5	4,3	5,8	5,6	5,5	5,6
Helfer im freiwilligen sozialen Jahr	0,5	0,5	0,7	0,7	0,7	0,6	0,5
Zivildienstleistender/ Helfer im BFD ¹⁾	2,7	2,4	1,6	1,2	1,1	1,1	0,0/0,4
Überwiegender Tätigkeitsbereich							
Pflege und Betreuung	65,1	66,3	67,6	68,5	68,7	66,5	65,7
soziale Betreuung	3,4	3,5	3,5	3,7	3,9	4,1	4,1
Zusätzliche Betreuung (§ 87b SGB XI)	-	-	-	-	-	2,6	3,7
Hauswirtschaftsbereich	21,2	20,4	19,3	18,4	17,9	17,4	17,2
haustechnischer Bereich	3,1	2,9	2,7	2,6	2,6	2,6	2,4
Verwaltung, Geschäftsführung	5,6	5,5	5,5	5,5	5,5	5,4	5,4
sonstiger Bereich	1,6	1,4	1,4	1,3	1,4	1,4	1,5
1) Helfer und Helferinnen im Bundesfreiwilligendienst werden erst ab 2011 erhoben.							
Quelle: Pflegestatistik 1999 – 2011							

Der Anteil der Vollzeitbeschäftigten hat somit von 48% im Jahr 1999 kontinuierlich auf 32,1% im Jahr 2011 abgenommen. Die Zahl der Praktikanten, Schüler und Auszubildenden hat innerhalb des Zeitraums von 17Tsd. auf 37Tsd. zugenommen, während die Zahl der Zivildienstleistenden (bis zum Jahr 2009) von 12Tsd. auf 7Tsd. abgenommen hat. Die Helfer im freiwilligen sozialen Jahr sind zwar absolut betrachtet auch leicht stärker vertreten, ihr Anteil bewegt sich jedoch konstant bei unter einem Prozent.

Der überwiegende Tätigkeitsbereich des Heimpersonals entfiel mit nahezu 66% auf Pflege und Betreuung der Bewohner. Die soziale Betreuung der Bewohner nimmt derzeit nur 4,1% der zeitlichen Ressourcen in Anspruch, allerdings mit leicht steigender Tendenz. Ab dem Jahr 2009 wurden die Zusätzlichen Betreuungsleistungen nach § 87b SGB XI aufgenommen, nach denen Pflegeheimen zweckgebunden für Pflegebedürftige mit erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf Vergütungszuschläge zustehen. Der Anteil der hierfür eingestellten zusätzlichen Betreuungskräfte an allen Beschäftigten stieg von 2,6% im Jahr 2009 auf 3,7% im Jahr 2011. Der hauswirtschaftliche bzw. haustechnische Bereich nahm dagegen absolut betrachtet leicht zu. Der Anteil des überwiegend in diesem Bereich eingesetzten Personals reduzierte sich jedoch in den letzten Jahren auf zusammen knapp 20% im Jahr 2011. Auf Verwaltung und Geschäftsführung entfielen nahezu konstant 5,5% aller Tätigkeiten.

Dem Anstieg der Zahl der Pflegeheime steht ein Anstieg der Zahl der Heimplätze in etwa der gleichen Größenordnung gegenüber (Tabelle 22): 1999 standen 8.859 Pflegeheime mit 645.456 Pflegeplätze zur Verfügung, während 2011 auf die 12.354 Pflegeheime 875.549 Pflegeplätze kamen. Die Zahl der Heimplätze hat sich damit in dem genannten 12-Jahres-Zeitraum um insgesamt 45,6% erhöht. Dabei lag die durchschnittliche Pflegeplatzzahl während des betrachteten Zeitraums pro Heim bei 72. Konzentrationsprozesse wie im ambulanten Sektor finden sich bei den Heimen somit nicht. Die Zahl der Vollzeitäquivalente, die in der ambulanten Pflege tätig sind, hat sich dagegen im Vergleich sogar um 63,7% erhöht. Damit ist die Verbreitung der ambulanten Versorgung durch Pflegedienste in den letzten 12 Jahren weitaus stärker angestiegen als die Versorgung durch stationäre Pflegeheime (vgl. Kapitel 4.6.2).

Tabelle 22: Entwicklung der Heime nach Pflegeangebot und Auslastung							
	1999	2001	2003	2005	2007	2009	2011
Pflegeheime insgesamt	8.859	9.165	9.743	10.424	11.029	11.634	12.354
Verfügbare Plätze							
Heimplätze insgesamt	645.456	674.292	713.195	757.186	799.059	845.007	875.549
Vollstationäre Pflege	631.382	658.317	694.939	737.815	777.015	818.608	841.575
davon Dauerpflege	621.502	648.543	683.941	726.448	765.736	808.213	830.781
davon Kurzzeitpflege	9.880	13.558	10.998	11.367	11.279	10.395	31.230
Tagespflege	13.339	15.522	17.831	19.044	21.610	25.975	33.549
Nachtpflege	735	453	425	327	434	425	420
Durchschnittliche Platzzahl pro Heim	72,9	73,6	73,2	72,6	72,5	72,6	70,9
Auslastung in Prozent							
Vollstationäre Dauerpflege	89,2	89,8	89,5	88,7	87,6	86,6	87,1
Vollstationäre Kurzzeitpflege	¹⁾	¹⁾	¹⁾	¹⁾	¹⁾	¹⁾	¹⁾
Tagespflege ²⁾	77	79,9	95,8	100	107,3	120,8	130,5
Nachtpflege	23,5	12,1	6,8	5,5	7,6	5,7	4,3
1) Berechnung nicht sinnvoll							
2) Bei der teilstationären Pflege werden die versorgten Pflegebedürftigen erfasst, mit denen am 15.12. ein Vertrag besteht. Wenn die Pflegebedürftigen nur an einigen Tagen der Woche versorgt werden, kann die ausgewiesene Auslastung über 100% liegen.							
Quelle: Pflegestatistik 1999 - 2011							

Die überwiegende Mehrheit der Heimplätze, etwa 95 %, steht für die vollstationäre Dauerpflege zur Verfügung. Auf die vollstationäre Kurzzeitpflege, bzw. auf die Tagespflege, entfallen bis 2009 lediglich 10Tsd. bzw. 25Tsd. Heimplätze und auf die Nachtpflege nur wenige Hundert. Im Jahr 2011 hat sich dagegen die Zahl der Kurzzeit- und Tagespflegeplätze auf 31 Tsd. bzw. 33 Tsd. drastisch erhöht. Betrachtet man die Entwicklung zwischen 1999 und 2011, dann hat vor allem die Zahl der vollstationären Dauerpflegeplätze um 33 % und die Zahl der Kurzzeit- bzw. Tagespflegeplätze um 216 % bzw. um 151 % zugenommen.

Das Platzangebot war dabei im Bereich der stationären Dauerpflege bei leicht abnehmender Tendenz zu 87,1% ausgelastet, was etwa 723 Tsd. Pflegebedürftigen im Jahr 2011 entspricht. Jedoch ist zu berücksichtigen, dass in der Pflegestatistik die Pflegebedürftigen mit der so genannten Pflegestufe „0“ nicht erhoben werden. Der Wert der tatsächlichen Auslastungsquote fällt daher etwas höher aus. Im

Zeitverlauf bewegt sich die Auslastung zwischen 86,6% (2009) und 89,8% (2001), also auf ähnlichem Niveau, wobei die Auslastung in der letzten Dekade insgesamt leicht zurückgegangen ist. Allerdings bestehen erhebliche regionale Unterschiede. So liegt die Auslastung 2011 in Rheinland-Pfalz bei 80,1%, in Mecklenburg-Vorpommern dagegen bei 96,7% (Rothgang & Müller 2013: 40).

4.7.3 Heimentgelte

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

Die Gesamtkosten, die für einen Pflegeplatz in Einrichtungen der stationären Pflege anfallen („Gesamtheimentgelte“ nach § 87a SGB XI) liegen jedoch erheblich höher. Sie enthalten die *Pflegesätze*, also die „Entgelte der Heimbewohner oder ihrer Kostenträger für die teil- oder vollstationären Pflegeleistungen des Pflegeheims sowie für die soziale Betreuung und, soweit kein Anspruch auf Krankenpflege nach § 37 des Fünften Buches besteht, für die medizinische Behandlungspflege“ (§ 84 Abs. 1 SGB XI), die Kosten für *Unterkunft und Verpflegung*, die sogenannten Hotelkosten, sowie die gesondert berechenbaren *Investitionskosten* (vgl. Rothgang et al. 2009: 35f.).⁴⁴

⁴⁴ Die den Bewohnern in Rechnung gestellten *Investitionskosten* können nicht der Pflegestatistik entnommen werden, da diese nicht erhoben werden. Diese belaufen sich im Jahr 2009 auf durchschnittlich ca. 12,99 Euro pro Tag (Rothgang & Jakobs 2013: S.10; TNS Infratest Sozialforschung 2011: S.156). Weiterhin werden *Zusatzleistungen* in Form von besonderen Komfortleistungen und die *Ausbildungsumlage* ebenfalls wegen fehlender Erfassung im Folgenden nicht berücksichtigt.

Tabelle 23: Entwicklung der monatlichen Pflegekosten, Versicherungsleistungen und Eigenanteilen in der stationären Pflege

Jahr	Pflegestufe	Pflegekosten	Unterkunft und Verpflegung	Investitionskosten ¹⁾	Gesamtentgelt	Versicherungsleistungen	Eigenanteil Pflegekosten	Eigenanteil insgesamt
		(1)	(2)	(3)	(4)= (1)+(2)+(3)	(5)	(6)=(1)-(5)	(7)=(4)-(5)
1999	I	1.156	548	358	2.062	1.023	133	1.039
	II	1.521	548	358	2.427	1.279	242	1.148
	III	1.977	548	358	2.883	1.432	545	1.451
2001	I	1.186	578	367	2.131	1.023	163	1.108
	II	1.582	578	367	2.527	1.279	303	1.248
	III	2.008	578	367	2.953	1.432	576	1.521
2003	I	1.247	578	376	2.201	1.023	224	1.178
	II	1.673	578	376	2.627	1.279	394	1.348
	III	2.099	578	376	3.053	1.432	667	1.621
2005	I	1.277	578	376	2.231	1.023	254	1.208
	II	1.702	578	376	2.656	1.279	423	1.377
	III	2.128	578	376	3.082	1.432	696	1.650
2007	I	1.307	608	385	2.300	1.023	284	1.277
	II	1.733	608	385	2.726	1.279	454	1.447
	III	2.158	608	385	3.151	1.432	726	1.719
2009	I	1.362	617	395	2.374	1.023	339	1.351
	II	1.792	617	395	2.804	1.279	513	1.525
	III	2.249	617	395	3.261	1.470	779	1.791
2011	I	1.369	629	405	2.403	1.023	346	1.380
	II	1.811	629	405	2.845	1.279	532	1.566
	III	2.278	629	405	3.312	1.510	768	1.802

1) Die Zeitreihe der Investitionskosten wurde aus den Werten für 2001 und 2009 inter- und extrapoliert.

Quelle: Pflegestatistik 1999 – 2011; Rothgang & Jakobs 2013

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

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

Wie hoch die Gesamtentgelte in der stationären Pflege (bestehend aus Pflegekosten, Kosten für Unterkunft und Verpflegung und Investitionskosten) insgesamt ausfallen, und welche *Eigenanteile* daraus resultieren, wird nachfolgend beschrieben. Die Höhe der Pflegekosten (=Vergütung für allgemeine Pflegeleistungen und soziale Betreuung) richtet sich nach den einzelnen Pflegeklassen (denen die Pflegestufen entsprechen): Im Jahr 2011 belaufen sich die (bundes-)durchschnittlichen Pflegesätze bei Pflegestufe I auf 45,03€, bei Pflegestufe II auf 59,57€ und bei Pflegestufe III auf 74,92€ pro Tag. Zusätzlich sind Entgelte für Unterkunft und Verpflegung zu zahlen, die für alle Pflegestufen einheitlich sind und die sich 2011 im (Bundes-)Durchschnitt auf 20,69€ pro Tag belaufen. Zudem fallen noch 13,32€ pro Tag an gesondert in Rechnung gestellten Investitionskosten an. Von jedem Pflegebedürftigen im Heim der Pflegestufe I, der 2011 eine vollstationäre Dauerpflege beansprucht, sind also durchschnittlich zusammen 65,72€ pro Tag für Pflege sowie für Unterkunft und Verpflegung an das Heim zu entrichten. Zuzüglich der Investitionskosten sind das bei durchschnittlich 30,4 Tagessätzen 2.403€ pro Monat. Bei Pflegestufe II ergeben sich Monatsbeträge von 2.845€ und bei Pflegestufe III von 3.312€.

Waren bei Einführung der Pflegeversicherung die Leistungen der Pflegeversicherung noch teilweise ausreichend, um die Pflegesätze zu decken (Roth & Rothgang 1999), lag der durchschnittliche Pflegesatz selbst in Pflegestufe I im Jahr 1999 schon mehr als 100€ über den Versicherungsleistungen (Tabelle 23).

	Pflegekosten			Unterkunft/ Verpflegung
	I	II	III	
Insgesamt	1369	1811	2250	629
Private	1290	1697	2123	585
Freigemeinnützige	1403	1865	2356	654
Öffentliche	1496	1951	2420	648
Quelle: Pflegestatistik 2011				

Aufgrund der unzureichenden Dynamisierung der Pflegeversicherungsleistungen (Rothgang & Jacobs 2013) waren im Jahr 2011 bereits durchschnittliche Eigenanteile von 350 € (Pflegestufe I) bis über 750 € (Pflegestufe III) zu verzeichnen.⁴⁵ Die Eigenanteile, die von den Pflegebedürftigen *insgesamt* zu erbringen sind (einschließlich Unterkunft und Verpflegung und Investitionskosten), belaufen sich im Jahr 2011 sogar auf 1.380 € (Pflegestufe I) bis 1.802 € (Pflegestufe III).

Unterschiede in den Pflegekosten bestehen auch zwischen den einzelnen Trägern der stationären Einrichtungen. Wie Tabelle 24 demonstriert, liegen insbesondere die Heimentgelte bei den Einrichtungen in privater Trägerschaft in allen Pflegestufen erkennbar unter den Heimentgelten der Einrichtungen in freigemeinnütziger Trägerschaft und diese wiederum unter den Heimentgelten der Einrichtungen der öffentlichen Träger, wobei sich die Heimentgelte der Einrichtungen in freigemeinnütziger und öffentlichen Trägerschaft insbesondere in den höheren Pflegeklassen nur wenig unterscheiden.

Die *Trägerschaft* der Pflegeeinrichtung, also die Unterscheidung zwischen öffentlichen, privaten und freigemeinnützigen Einrichtungen, steht dabei auch in engem Zusammenhang mit einer unterschiedlichen Personalstruktur und begründet u. a. dadurch auch unterschiedliche Pflegekosten (Mennicken et al. 2013): „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 Per-

⁴⁵ Die Dynamisierungsregel des § 30 SGB XI sieht vor, dass alle drei Jahre, erstmals im Jahr 2014, Notwendigkeit und Höhe einer Anpassung der Leistungen der Pflegeversicherung durch die Bundesregierung zu prüfen sei.

sonal 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. 2008: 67).

4.8 Finanzierung der Pflegebedürftigkeit

Die Kosten, die durch eine Pflegebedürftigkeit entstehen, werden zum Teil durch die Pflegeversicherung abgedeckt, darüber hinaus tragen aber auch andere Träger zur Finanzierung von Pflegebedürftigkeit bei, z. B. die Kriegsopferversorgung. Trotzdem können weitere Deckungslücken entstehen – insbesondere im Bereich der stationären Pflege: So kann es zu Finanzierungsproblemen kommen, wenn der Pflegebedürftige bzw. seine unterhaltspflichtigen Angehörigen nicht in der Lage sind, den Teil der Heimentgelte, der die Leistungen der Pflegeversicherung übersteigt, zu tragen. In diesen Fällen können Leistungen der Sozialhilfe (bzw. der Kriegsopferfürsorge) in Anspruch genommen werden. Der folgende Abschnitt gibt einen Überblick über die mit der Pflegebedürftigkeit in Zusammenhang stehenden Einnahmen und Ausgaben. Dabei wird die Finanzentwicklung der quantitativ bedeutendsten Träger der Finanzierung von Pflegebedürftigkeit, der Sozialen und Privaten Pflegeversicherung (Abschnitt 4.8.1 und Abschnitt 4.8.2), der Sozialhilfe (Abschnitt 4.8.3) und der Kriegsopferversorgung (Abschnitt 4.8.4) dargestellt. Das Kapitel endet mit einem Überblick über die Gesamtausgaben zur Finanzierung von Langzeitpflege (Abschnitt 4.8.5).

4.8.1 Die Finanzentwicklung der Sozialen Pflegeversicherung

Pflegebedürftigkeit wird wesentlich durch die Soziale Pflegeversicherung finanziert. Deren *Einnahmen* resultieren dabei fast ausschließlich aus Beiträgen, die im Umlageverfahren aufgebracht werden. Wie in Tabelle 25 zu sehen ist, stiegen die Einnahmen von 1995 bis 1997 von zunächst 8,41 Mrd. auf 15,94 Mrd. € an. Dieser sprunghafte Anstieg ist auf die Anhebung des Beitragssatzes von 1,0% auf 1,7% im Juli 1996 zurückzuführen, der bereits bei Einführung der Pflegeversicherung im Pflege-Versicherungsgesetzes festgelegt worden war und der Finanzierung der erst ab Juli 1996 gewährten Leistungen bei stationärer Pflege dienen soll. Bis 2008 war der allgemeine Beitragssatz konstant, allerdings wurde mit dem Kinder-

Berücksichtigungsgesetz vom 15.12.2004 (BGB I: 3448) ab 1.1.2005 ein Zusatzbeitragssatz für Kinderlose in Höhe von 0,25 Beitragssatzpunkten eingeführt. Im Rahmen des PflWG wurde der Beitragssatz zum 1. Juli 2008 um 0,25 Prozentpunkte von 1,70% auf 1,95% erhöht. Für Kinderlose stieg der Beitragssatz ebenfalls um 0,25 Prozentpunkte auf 2,20%. Seit dem 1. Januar 2013 liegt der Beitragssatz bei 2,05 Prozent (für Kinderlose bei 2,3 Prozent). Insgesamt sind die jährlichen Einnahmen von 1997 bis 2012 um 7,1 Mrd. € auf 23,04 Mrd. € gestiegen. Sie waren dabei in den Jahren 2003 und 2007 sogar rückläufig. Der Rückgang im Jahr 2007 ist dabei ein Artefakt der Vorverlegung der Fälligkeit des Gesamtsozialversicherungsbeitrags im Rahmen des Gesetzes zur Änderung des Vierten und Sechsten Buches Sozialgesetzbuch vom 3.8.2005, die dazu geführt hat, dass 2006 für die Beschäftigten 13 Monatsbeiträge abgeführt wurden. Damit wurden die Einnahmen 2006 künstlich erhöht, so dass 2007 nur wieder auf den „normalen“ Pfad zurückgekehrt wird (Rothgang & Dräther 2009: 42). Von 1997 bis 2012 sind damit die Einnahmen um durchschnittlich 2,5% pro Jahr gewachsen (geometrisches Mittel). Allerdings gehen hierbei sowohl die Einführung des Zusatzbeitrags für Kinderlose als auch die Beitragsanhebungen 2008 und 2013 ein. Wird deshalb ein um diese Sondereffekte bereinigter Zeitraum, beispielsweise von 1997 bis 2007 betrachtet, so ergibt sich eine durchschnittliche nominale jährliche Wachstumsrate (geometrisches Mittel) der nominalen Beitragseinnahmen (ebenso wie der Gesamteinnahmen) von lediglich 0,92% (Rothgang & Dräther 2009: 45).

Bei den *Ausgaben* handelt es sich überwiegend um Leistungsausgaben – der Anteil der Verwaltungskosten lag 2012 bei lediglich 3,3% 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 46% auf die Leistungen bei vollstationärer Pflege. Die Ausgaben für Pflegegeld betragen 23% und für Pflegesachleistungen im ambulanten Bereich 14% der Gesamtausgaben. Von 1997 bis 2012 lagen die durchschnittlichen jährlichen Gesamtausgabensteigerungen bei 2,8% (geometrisches Mittel), allerdings mit einer deutlich abnehmenden Tendenz. So lagen die Ausgabensteigerungen nach den Jahren 1998 (4,9%), 1999 (3,0%) und 2000 (2,0%) zwischen 2004 und 2006 sogar unter einem Prozent. Im Jahr 2007

erhöhte sich die Ausgabensteigerung wieder auf 1,7% und in den Jahren 2008, 2009 und 2010 sogar auf 4,3%, 6,2%, bzw. 5,5%, während sie im Jahr 2011 bei „nur“ 2,3% lag. Im Jahr 2012 erhöhte sie sich wiederum auf 4,6%. Diese jüngsten Erhöhungen in den Jahren 2008 bis 2012 sind allerdings vor allem auf die Anhebung der Leistungssätze zum 1. Juli 2008, zum 1. Januar 2010 und zum 1. Januar 2012 zurückzuführen. Da die erste Anhebung erst in der Jahresmitte 2008 erfolgte, sind die Ausgaben von 2008 zu 2009 ebenfalls deutlich gestiegen. Lediglich 2011 ist nicht von einer weiteren Anhebung der Leistungssätze geprägt; entsprechend niedrig liegt die Ausgabensteigerung. Die Leistungsanpassungen betreffen vor allem den ambulanten Bereich. Dies schlägt sich in den Ausgabensteigerungen nieder. So stiegen die Geldleistungen und die Pflegesachleistungen zwischen den Jahren 2008 und 2012 um jeweils 20% auf 5,08 bzw. 3,11 Mrd. €, während die Leistungen für die vollstationäre Pflege nur um 10% auf 9,96 Mrd. € angestiegen sind. Letzteres ist darauf zurückzuführen, dass die Leistungssätze für vollstationäre Pflege in den Stufen I und II nicht erhöht wurden, wohl aber in Pflegestufe III. Einen insgesamt geringen Anteil an allen Ausgaben – jedoch mit der höchsten Zuwachsrate von 100% im Jahr 2008, 217% im Jahr 2009 und 47% im Jahr 2010 – stellen die (meist demenzbedingten) zusätzliche Betreuungsleistungen nach § 45b SGB XI dar. Diese Ausgaben sind gestiegen nachdem Antragstellern im PflWG ab Juli 2008 auch dann ein Rechtsanspruch auf zusätzliche Betreuungsleistungen zugestimmt wird, wenn nicht die Voraussetzungen von Pflegebedürftigkeit nach §§ 14 und 15 SGB XI vorliegen und gleichzeitig die Leistungsbeträge deutlich erhöht wurden (vgl. Rothgang et al. 2011b für eine vertiefte Analyse). Im Jahr 2011 belief sich der Anstieg der Ausgabensteigerung bei Betreuungsleistungen auf „nur noch“ 18% und 2012 auf lediglich 15%. Es ist daher davon auszugehen, dass die Einführungseffekte hier langsam ausklingen und die Leistung inzwischen bei den Nutzern „angekommen“ ist. Ebenfalls einen geringen Anteil an allen Ausgaben, jedoch mit hohen Zuwachsraten, zeigen die stationären Vergütungszuschläge gemäß § 87b SGB XI und die Ausgaben für Pflegeberatung. Die Ausgaben für die Vergütungszuschläge sind von 0,21 Mrd. € im Jahr 2009 auf 0,54 Mrd. € im Jahr 2012 gestiegen, die Ausgaben für Pflegeberatung von 0,03 Mrd. € im Jahr 2009 auf 0,07 Mrd. € im Jahr 2012.

Tabelle 25: Finanzentwicklung der Sozialen Pflegeversicherung (in Mrd. €)

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

Tabelle 25: Finanzentwicklung der Sozialen Pflegeversicherung (in Mrd. €)

	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Einnahmen									
Beitragseinnahmen	16,64	17,38	18,36	17,86	19,61	21,19	21,64	22,13	22,92
Sonstige Einnahmen	0,23	0,12	0,13	0,16	0,16	0,12	0,14	0,11	0,13
Einnahme insgesamt	16,87	17,49	18,49	18,02	19,77	21,31	21,78	22,24	23,04
Ausgaben									
Leistungsausgaben	16,77	16,98	17,14	17,45	18,20	19,33	20,43	20,89	21,85
Davon									
Geldleistung	4,08	4,05	4,02	4,03	4,24	4,47	4,67	4,74	5,08
Pfllegesachleistung	2,37	2,40	2,42	2,47	2,60	2,75	2,91	2,98	3,11
Pflegeurlaub	0,17	0,19	0,21	0,24	0,29	0,34	0,40	0,44	0,50
Tages-/Nachtpflege	0,08	0,08	0,09	0,09	0,11	0,15	0,18	0,21	0,25
Zusätzl.									
Betreuungsleistung	0,02	0,02	0,03	0,03	0,06	0,19	0,28	0,33	0,38
Kurzzeitpflege	0,20	0,21	0,23	0,24	0,27	0,31	0,34	0,35	0,38
Soziale Sicherung der Pflegeperson	0,93	0,90	0,86	0,86	0,87	0,88	0,88	0,87	0,89
Pfleagemittel/techn. Hilf.	0,34	0,38	0,38	0,41	0,46	0,44	0,44	0,41	0,44
Vollstationäre Pflege	8,35	8,52	8,67	8,83	9,05	9,29	9,56	9,71	9,96
Vollstationäre Pflege in Behindertenheimen	0,23	0,23	0,24	0,24	0,24	0,25	0,26	0,26	0,26
Stat. Verg.-Zuschläge	–	–	–	–	0,00	0,21	0,45	0,50	0,54
Pflegeberatung	–	–	–	–	0,01	0,03	0,07	0,08	0,07
Verwaltungskosten	0,58	0,59	0,62	0,62	0,65	0,68	0,71	0,71	0,75
Kostenanteil für MDK	0,27	0,28	0,27	0,27	0,28	0,31	0,30	0,32	0,34
Sonstige Kosten	0,07	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Ausgaben insgesamt	17,69	17,86	18,03	18,34	19,14	20,33	21,45	21,92	22,94
Liquidität									
Überschuss	-0,82	-0,36	0,45	-0,32	0,63	0,99	0,34	0,31	0,10
Investitionsdarlehen an den Bund	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Mittelbestand	3,42	3,05	3,50	3,18	3,81	4,80	5,13	5,45	5,55
In Monatsausgaben lt. Haushaltsplan	2,27	2,01	2,29	2,06	2,33	2,78	2,87	2,93	2,86
Quelle: BMG (2013)									

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

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

Seit Mitte der 2000er Jahre konnte ein nachhaltiges Defizit somit nur durch Beitragsatzanstiege (und den Zusatzbeitragsatz für Kinderlose) verhindert werden. Ursächlich hierfür sind Entwicklungen der Einnahmen- und Ausgabenseite. Zunächst ist die *Zahl der Leistungsempfänger* stark gestiegen – was weit überwiegend auf die demografischen Veränderungen zurückgeführt werden kann (vgl. Abschnitt 4.2). Hierdurch ist es aber zu entsprechenden Ausgabeneffekten gekommen, die durch den *Trend zur – für die Pflegeversicherung ausgabenintensiveren – professionellen Pflege* noch verstärkt wurden.

Gleichzeitig leidet die Pflegeversicherung – ebenso wie die gesetzliche Krankenversicherung – unter einer anhaltenden *strukturellen Einnahmeschwäche*, die sich in dem geringen Wachstum der Gesamtsumme der Beitragspflichtigen Einnahmen (Grundlohnsumme) zeigt. So ist das Bruttoinlandsprodukt (BIP) von 1993⁴⁶ bis 2011 um insgesamt 51,5% gestiegen, die Grundlohnsumme hingegen nur um 31,2 Prozent. Dies entspricht jährlichen durchschnittlichen (geometrisches Mittel) Wachstumsraten von 2,3% (BIP) bzw. 1,5% (Grundlohnsumme). Die Grundlohnsummenentwicklung ist demnach jährlich um 0,8% hinter der Entwicklung des Bruttoinlandsprodukts zurückgeblieben (Rothgang & Götze 2013). Dazu kommen sozialpolitische Eingriffe, mit denen der Gesetzgeber selbst die Einnahmehasis der Pflegeversicherung geschwächt hat. So beruht das Defizit des Jahres 2000 vor allem auf einer gesetzlichen Absenkung der Beitragszahlung für Arbeitslose, die zu Mindereinnahmen der Pflegeversicherung von rund 200 Mio.€ geführt hat. Ohne diesen Eingriff des Gesetzgebers hätte die Pflegeversicherung demnach 2000 mit einem positiven Saldo abgeschlossen. Ebenso ist in Zukunft damit zu rechnen, dass der Pflegeversicherung durch eine steigende Inanspruchnahme der Möglichkeit von Gehaltsumwandlungen weitere Beiträge entzogen werden.

⁴⁶ 1993 ist als Basisjahr gewählt, um größere wiedervereinigungsbedingte Sprünge auszugleichen.

4.8.2 Die Finanzierung von Pflegebedürftigkeit durch die private Pflegeversicherung

Die Private Pflegepflichtversicherung umfasst im Jahr 2011 einen Versichertenbestand von 9,666 Mio. Menschen gegenüber 69,623 Mio. Menschen in der Sozialen Pflegeversicherung. Etwa 12% dieser Versicherten sind damit privat pflegepflicht-versichert.⁴⁷ Die Versicherungsprämien werden, wie in der privaten Krankenversicherung, unabhängig vom Einkommen des Versicherten kalkuliert (vgl. Rothgang et al. 2007 für Details). Wegen der unterschiedlichen Finanzierungsverfahren von Sozialer (Umlageverfahren) und Privater Pflegepflichtversicherung (Kapitaldeckungsverfahren) ist ein Vergleich der beiden Versicherungszweige nur eingeschränkt möglich. Im Folgenden werden daher nur wenige zentrale Kennzahlen der privaten Pflegeversicherung beschrieben.

Die jährlichen *Einnahmen* der privaten Pflegepflichtversicherung erreichten nach einem Anstieg in den ersten Jahren nach Einführung der Pflegeversicherung im Jahr 1997 und 1998 mit 2,16Mrd.€ ihren Höhepunkt, gingen anschließend bis 2003 zurück und lagen bis 2007 nahezu konstant bei 1,88Mrd.€(Tabelle 26). Diese Entwicklung ist insbesondere durch Prämienreduktionen in der Privatversicherung bei steigender Versichertenzahl verursacht. Im Jahr 2008 kam es zu einem Anstieg auf 1,97Mrd.€ und in den Folgejahren zu einem Anstieg auf zuletzt 2,1Mrd.€.

Demgegenüber sind die *Versicherungsleistungen* anfänglich stark gestiegen auf 450Mio.€ in den Jahren 1997 und 1998 und haben sich bis 2007 kontinuierlich erhöht. In den letzten Jahren erfolgten ebenfalls sprunghafte Anstiege der *Leistungs Ausgaben* auf 618Mio.€ (2008) bis 720Mio.€ (2011). Hier zeichnet sich erstmals die demografische Alterung des Versichertenbestands der privaten Pflegepflichtversicherung ab, die nach vorliegenden Vorausberechnungen dazu führen wird, dass sich die Zahl der Leistungsempfänger in der privaten Pflegeversicherung in den nächsten Dekaden deutlich schneller und stärker erhöhen wird als in der Sozialen Pflegeversicherung (Rothgang & Jacobs 2011: 11).

⁴⁷ Zusätzlich sind noch einige Menschen anderweitig versichert, wie beispielsweise durch die freie Heilsfürsorge für Polizei, Feuerwehr oder Bundeswehr.

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

Quelle: PKV (2006; 2007; 2008; 2009; 2011a; 2011b; 2012).

Aus den Beitragseinnahmen und Ausgaben einschließlich der Altersrückstellungen resultiert ein *Überschuss*, der sich von 1997 bis 2007 von 1,7 Mrd. € auf 1,3 Mrd. € pro Jahr verringert hat, 2008 und 2009 aber wieder um jeweils 50 Mio. € gestiegen ist und in 2010 und 2011 konstant geblieben ist. Seit Beginn der Pflegeversicherung wurden insgesamt 24.022 Mrd. € an Altersrückstellungen angesammelt.

Kritisch zu sehen ist allerdings, dass die private (PPV) und die Soziale Pflegeversicherung (SPV) höchst ungleich verteilte *Pflegersiken* aufweisen (Rothgang 2010, vgl. Abschnitt 4.3.2). Während die Leistungsausgaben bei der SPV je Versichertem rund 241 €/Jahr betragen, belaufen sich die Leistungsausgaben in der PPV auf 60 €/Jahr. Selbst wenn für die Beihilfeberechtigten noch geschätzte Beihilfezahlungen hinzuaddiert werden, ergibt sich ein Betrag von 121 €/Jahr, der zudem noch überschätzt sein dürfte (vgl. Dräther et al. 2009). Weiterhin sind die Privatversicherten deutlich einkommensstärker. Berechnungen zeigen, dass das nach den Regeln der GKV berechnete beitragspflichtige Einkommen der Privatvollversicherten um gut 60 Prozent über dem der GKV-Versicherten liegt (Leinert 2006;

Arnold & Rothgang 2010: 78).⁴⁸ Ein Finanzausgleich zwischen privater und gesetzlicher Pflegeversicherung würde daher zu einer Entlastung der Sozialen Pflegeversicherung in Höhe von bis zu 2 Mrd. € führen (Arnold & Rothgang 2010).

4.8.3 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.⁴⁹

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

Tabelle 27 gibt zunächst einen Überblick über die Entwicklung der Zahl der Empfänger von „Hilfe zur Pflege“. Diese hat sich seit Einführung der Pflegeversicherung innerhalb weniger Jahre halbiert: von 453 Tsd. im Jahr 1994 (ein Jahr vor Einführung der Pflegeversicherung) auf 222 Tsd. im Jahr 1998.⁵⁰ In den Folgejahren stieg die Empfängerzahl wieder, insbesondere seit dem niedrigsten Wert im Jahr 2003, und liegt zuletzt im Jahr 2011 bei 330 Tsd.

⁴⁸ Während Leinert mit Daten des Sozio-ökonomischen Panels rechnet, benutzen Arnold & Rothgang die Einkommens- und Verbrauchsstichprobe des Statistischen Bundesamtes (EVS) – jeweils aus dem Jahr 2003. Die übereinstimmenden Ergebnisse zeigen die Robustheit dieses Wertes.

⁴⁹ Bei Vorliegen der individuellen Voraussetzungen wird stattdessen Kriegsofopferfürsorge in Anspruch genommen. Vgl. hierzu Abschnitt 4.8.4.

⁵⁰ Vgl. Roth & Rothgang 2001 für eine vertiefende Analyse.

Tabelle 27: Empfänger von Hilfe zur Pflege am Jahresende

	Insgesamt	Ambulant	Stationär
1994	453.613	189.254	268.382
1995	372.828	85.092	288.199
1996	285.340	66.387	219.136
1997	250.911	64.396	186.672
1998	222.231	62.202	160.238
1999	247.333	56.616	190.868
2000	261.404	58.797	202.734
2001	255.883	60.514	195.531
2002	246.212	59.801	186.591
2003	242.066	55.405	186.867
2004	246.372	55.233	191.324
2005	261.316	59.771	202.361
2006	273.063	60.492	213.348
2007	266.701	64.067	203.584
2008	284.899	67.544	218.406
2009	299.321	76.801	223.600
2010	317.670	83.509	235.245
2011	330.400	90.213	241.420

Quelle: Statistisches Bundesamt (2013)

Betrachtet man die Empfängerzahlen im ambulanten und stationären Bereich separat, dann zeigt sich, dass im ambulanten Bereich zunächst ein drastischer Rückgang um $\frac{2}{3}$ der Empfängerzahlen, von 189Tsd. im Jahr 1994 auf 57Tsd. im Jahr 1999 zu verzeichnen ist. Anschließend ist die Entwicklung vor allem durch Schwankungen zwischen 55Tsd. und 60Tsd. gekennzeichnet, wobei seit 2007 die Empfängerzahlen wieder deutlich ansteigen. Insgesamt ist die Hilfe zur Pflege im ambulanten Bereich jedoch nur gering verbreitet. So stehen den 90Tsd. Empfängern von Hilfe zur Pflege außerhalb von Einrichtungen im Jahr 2011 1,76 Mio. Leistungsempfänger der Pflegeversicherung im ambulanten Bereich gegenüber. Damit kommen auf einen Empfänger von Hilfe zur Pflege außerhalb von Einrichtungen etwa 20 Empfänger von Pflegeversicherungsleistungen bei häuslicher Pflege.

Im stationären Bereich ist die Zahl der Empfänger von Hilfe zur Pflege deutlich höher, was im Wesentlichen auf die Höhe der Heimentgelte zurückzuführen ist und auf die Schwierigkeiten, die erforderlichen erheblichen Eigenanteile zu tragen.

Jahr	Insgesamt	Ambulant	Stationär
1994	6.599.240	803.366	5.795.873
1995	6.263.896	509.492	5.754.404
1996	4.823.045	370.420	4.452.625
1997	2.508.574	375.471	2.133.103
1998	2.284.230	390.280	1.893.949
1999	2.319.851	396.850	1.923.000
2000	2.307.817	421.231	1.895.586
2001	2.349.025	439.419	1.909.605
2002	2.421.293	473.638	1.947.654
2003	2.420.352	514.889	1.905.463
2004	2.513.250	525.181	1.988.069
2005	2.610.673	546.963	2.063.709
2006	2.529.942	600.989	1.928.953
2007	2.666.213	623.611	2.042.602
2008	2.751.300	666.684	2.084.615
2009	2.878.313	714.033	2.164.280
2010	2.966.927	763.163	2.203.763
2011	3.104.107	801.913	2.302.194

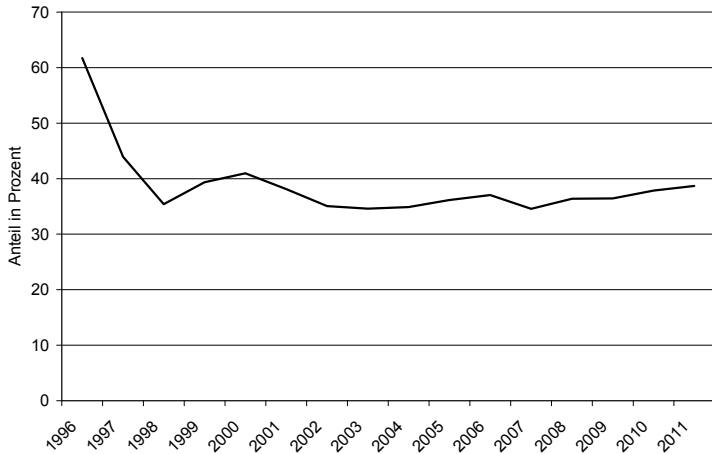
Quelle: Statistisches Bundesamt (2013)

Hier war die Entwicklung seit 1996 durch einen Rückgang auf 160Tsd. im Jahr 1998 gekennzeichnet (vgl. Roth & Rothgang 2001 für Details). Anschließend kam es wieder zu einem Anstieg bis auf 203Tsd. im Jahr 2000, einem Rückgang auf 186Tsd. im Jahr 2002 und seitdem zu einem kontinuierlichen Anstieg bis auf 214Tsd. im Jahr 2006. 2007 ging die Zahl der Empfänger von Hilfe zur Pflege erneut auf 204Tsd. zurück und stieg in den Jahren ab 2008 wieder kontinuierlich an, auf zuletzt 241Tsd. im Jahr 2011.

Welche finanziellen Auswirkungen die Entwicklung der Zahl der Empfänger von Hilfe zur Pflege auf die Sozialhilfeausgaben (Netto-Ausgaben⁵¹) hat, ist in Tabelle 28 wiedergegeben.

⁵¹ Im Unterschied zur Kriegsopferfürsorge werden die Sozialhilfeausgaben in Brutto- und Nettoausgaben separiert. Zu den „Einkommen“ werden beispielsweise Unterhaltsansprüche gegen Unterhaltsverpflichtete, oder Leistungen von Sozialhilfeträgern gezählt.

Abbildung 31: Anteil der Empfänger von Hilfe zur Pflege in stationären Einrichtungen an Pflegebedürftigen in stationären Einrichtungen insgesamt



Quelle: Tabelle 7 und Tabelle 27.

Demnach sind die gesamten (Netto-)Ausgaben für Hilfe zur Pflege von rund 6,6 Mrd. € im Jahr 1994 auf 2,3 Mrd. € im Jahr 2000 und damit um 75 % zurückgegangen. Anschließend sind sie dann bis 2011 wieder auf 3,1 Mrd. € gestiegen. Diese Entwicklung ist vor allem durch einen deutlichen Ausgabenrückgang im stationären Bereich von 5,8 Mrd. im Jahr 1994 auf 1,9 Mrd. im Jahr 1998 gegeben. In den Folgejahren schwankten die Ausgaben überwiegend zwischen 1,9 und 2,0 Mrd. bei zuletzt steigender Tendenz. Im ambulanten Bereich ist ebenfalls ein deutlicher Rückgang der Ausgaben von 803 Mio. im Jahr 1994 auf 370 Mio. im Jahr 1996 zu verzeichnen. Auffällig ist aber, dass seit 1997 ein Ausgabenanstieg auf zuletzt 801 Mio. € im Jahr 2011 eingesetzt hat, obwohl die Empfängerzahlen im gleichen Zeitraum im ambulanten Bereich teilweise rückläufig waren (vgl. Tabelle 27). Angesichts des drastischen Anstiegs der Ausgaben der Hilfe zur Pflege um 4,6 % im Jahr 2011 auf 3,1 Mrd. €, bzw. des Anstiegs der Zahl der Empfänger von Hilfe zur Pflege um 2,9 % im Jahr 2011 auf 340 Tsd., stellt sich die Frage ob, der Anteil der sozialhilfebedürftigen Pflegebedürftigen an den Pflegebedürftigen insgesamt zu-

genommen hat. Hierzu wird in Abbildung 31 für den Bereich der stationären Pflege der Anteil der Empfänger von Hilfe zur Pflege an allen Pflegebedürftigen in den stationären Einrichtungen abgetragen. Nach anfänglich hohen Anteilen von Sozialhilfeempfängern pendelte sich der Anteil bereits Ende der 1990er Jahre zwischen 35 und 40% ein, wo er bis heute liegt. Eine deutliche Ausweitung des Sozialhilfebezugs von Pflegebedürftigen liegt insofern nicht vor. Die Wahrscheinlichkeit dafür, als Pflegebedürftiger sozialhilfebedürftig zu werden, ist demnach nicht gestiegen, vielmehr sind die gestiegenen Empfängerzahlen und Leistungsausgaben auf demografische Veränderungen zurückzuführen, nach denen mehr Menschen in das pflegerelevante Alter vorrücken.

4.8.4 Die Finanzierung von Pflegebedürftigkeit durch die Kriegsopferfürsorge

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

Tabelle 29: Leistungsempfänger und Bruttoausgaben der Kriegsofopferfürsorge für laufende Leistungen

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

1) Seit dem Berichtsjahr 2000 wird die Statistik nur noch alle 2 Jahre erhoben
Quelle: Statistisches Bundesamt (2011b)

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.

In Tabelle 29 sind die Zahl der Leistungsempfänger und die Bruttoausgaben⁵² für laufende Ausgaben insgesamt ausgewiesen sowie die Ausgaben für die Leistungsempfänger, die Hilfe zur Pflege als Teil der Kriegsofopferfürsorge erhalten. Seit Einführung der Pflegeversicherung hat sich die Zahl der Leistungsempfänger von 149Tsd. im Jahr 1995 auf 34Tsd. im Jahr 2012 reduziert. Die Zahl der Empfänger von Hilfen zur Pflege hat dabei von 58Tsd. (39% aller Leistungsempfänger) auf 13Tsd. (37% aller Leistungsempfänger) abgenommen, ihr Anteil an allen Empfängern von Leistungen der Kriegsofopferfürsorge ist damit im Wesentlichen gleich geblieben. Die Bruttoausgaben haben sich von ca. 1.354 Mio. € auf 430 Mio. € verrin-

⁵² Siehe Fußnote 51.

gert. Dass die Ausgaben für die Hilfe zur Pflege den größten Anteil an allen Leistungsausgaben der Kriegsofopferfürsorge stellen, wird vor allem in den ersten Jahren nach Einführung der Pflegeversicherung deutlich: Während 1995 der Anteil noch 75% betrug, reduzierte er sich auf 47% im Jahr 2012. Insgesamt zeigt sich aber, dass die Kriegsofopferfürsorge, die bei Einführung der Pflegeversicherung noch einen beachtlichen Anteil der Pflegekosten getragen hat, inzwischen deutlich an Bedeutung verliert. Das ist im Wesentlichen darauf zurückzuführen, dass die Kriegsgeneration, deren Mitglieder aufgrund von im 2. Weltkrieg erlittenen Schäden Ansprüche gegen die Kriegsofopferfürsorge hatten, zunehmend verstirbt.

4.8.5 Die Finanzierung von Pflegebedürftigkeit im Überblick

Der folgende Abschnitt gibt abschließend einen Überblick über die zuvor genannten Ausgaben für Pflegebedürftigkeit im Jahr 2011. Es handelt sich hierbei nur um die Ausgaben für Pflegebedürftigkeit und nicht um die Ausgaben für die Pflegebedürftigen. Ausgaben, die etwa in der Krankenversicherung für Pflegebedürftige anfallen, werden hier nicht berücksichtigt. Differenziert wird zwischen öffentlichen und privaten Ausgaben. Die Private Pflegepflichtversicherung wird für den Zweck dieser Übersicht dem öffentlichen Sektor zugerechnet, da auch sie per Gesetz gegründet wurde und ihre Mitglieder einer Versicherungspflicht unterliegen.

Die öffentlichen Ausgaben können dabei den Berichterstattungen aus den jeweiligen Organisationen (Pflegeversicherung, Sozialhilfe, Kriegsofopferversorgung) entnommen werden,⁵³ während die geschätzten Angaben zu privaten Ausgaben auf Befragungen beruhen. Für die privaten Ausgaben für Pflege im Pflegeheim wurden die Leistungsempfänger (entsprechend ihrer Pflegestufe) mit dem pro Kopf zu tragenden Anteil an den Heimentgelten, die nicht von der Pflegeversicherung getragen werden, multipliziert.

⁵³ Bei diesem institutionellen Zugang werden damit auch die Ausgaben für Pflegegeld berücksichtigt. Die Opportunitätskosten der familialen Pflege, die insbesondere auf Einkommensausfällen für aufgegebenen oder reduzierten Erwerbstätigkeit beruhen, werden dagegen nicht berücksichtigt. Würden derartige indirekte Kosten und intangible Kosten berücksichtigt, würde sich das Bild deutlich verändern.

Tabelle 30: Ausgaben für Pflegebedürftigkeit nach Finanzierungsquelle in 2011			
Ausgabenquelle	in Mrd. €	als % der öffentl./ priv. Ausgaben	als % aller Ausgaben
Öffentliche Ausgaben	25,95	100	61,9
Soziale Pflegeversicherung	21,92	84,5	52,3
Private Pflegeversicherung	0,72	2,8	1,7
Sozialhilfe	3,10	11,9	7,4
Kriegsopferfürsorge ²⁾	0,21	0,8	0,5
Private Ausgaben*	15,97	100	38,1
Pflegeheim ¹⁾	10,76	67,4	25,7
häusliche Pflege	5,21	32,6	12,4
Insgesamt	41,92	---	100
*Schätzungen			
1) Die verwendeten Heimentgelte stammen aus der Pflegestatistik 2011.			
2) Durchschnittswert der Jahre 2010 und 2012.			
Quelle: BMG (2011c); PKV (2011a); Statistisches Bundesamt (2011a; 2011b; 2011d)			

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.⁵⁴

Wie in Tabelle 30 zu sehen ist, werden etwas mehr als 1/3 der Ausgaben privat finanziert. Hiervon entfallen etwa ein Drittel (= 12,4% der Gesamtkosten) auf den häuslichen und zwei Drittel (= 25,7% der Gesamtkosten) auf den stationären Bereich. Bei den öffentlichen Ausgaben wird mit 84,5% der bei Weitem größte Teil von der Sozialen Pflegeversicherung abgedeckt, während auf die Sozialhilfe 11,9% entfallen. Demgegenüber ist der Anteil, der jeweils von der privaten Pflegepflichtversicherung und der Kriegsopferversorgung getragen wird, mit 2,8% bzw. 0,8% relativ gering. Insgesamt entfallen auf die Soziale Pflegeversicherung 52,3% aller Ausgaben, auf die privat getragene stationäre Pflege 25,7%, auf die privat getra-

⁵⁴ Die Höhe der selbst getragenen Kosten von 247 Euro/Monat wurde der Infratest-Studie zu den „Wirkungen des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes“ von 2011 entnommen (BMG 2011e: 48).

gene häusliche Pflege 12,4%, auf die Sozialhilfe 7,4% und auf die private Pflegeversicherung 1,7 bzw. auf die Kriegsopferfürsorge 0,5%. Die Soziale Pflegeversicherung ist damit der wichtigste Kostenträger, der auch damit das gesamte Pflegeversicherungssystem prägt. Gleichzeitig deckt die Soziale Pflegeversicherung aber nur gut die Hälfte der entstehenden Kosten und Ausgaben (ohne die Opportunitätskosten der familialen Pflege zu berücksichtigen) ab. Gemeinsam decken beide Zweige der Pflegeversicherung, also Soziale Pflegeversicherung und Private Pflegepflichtversicherung 54% der Ausgaben ab. Damit zeigt sich der Teilversicherungscharakter der Pflegeversicherung sehr deutlich.

5 Pflegebedürftigkeit im Spiegel der Routinedaten

In Kapitel 4 wurden die Zahl der Pflegebedürftigen und das Versorgungsangebot auf Basis der amtlichen Statistiken beschrieben. Allerdings ist es nicht möglich, mit den Daten der amtlichen Statistiken auch die *Prozesshaftigkeit* von Pflegebedürftigkeit darzustellen. Abfolgen von Pflegeleistungen oder von Einstufungen über mehrere Jahre oder auch die Dauer von Pflegebedürftigkeit können nicht beschrieben werden. Ebenso ist es nicht möglich, *Sektor übergreifende* medizinische und pflegerische Versorgung abzubilden. Beides ermöglichen die Routinedaten der Kranken- und Pflegekassen. In diesem Kapitel werden daher die Versorgungsverläufe auf Basis der Routinedaten der BARMER GEK untersucht. Die prozessproduzierten Kassendaten erlauben eine Beschreibung der Pflegebedürftigen über die in der amtlichen Statistik verwendeten Merkmale Alter, Geschlecht, Pflegestufe und Pflegeleistung hinaus durch Bezugnahme auf die erheblich eingeschränkte allgemeine Alltagskompetenz, die Morbidität und die Mortalität. Die Beschreibung und die Auswertung der Routinedaten orientiert sich dabei an der „Guten Praxis Sekundärdatenanalyse“ (AGENS 2008).

Abschnitt 5.1 beschreibt zunächst die verwendete Datenbasis. Abschnitt 5.2 geht anschließend auf den Zusammenhang von Morbidität und Pflegebedürftigkeit ein. Hierbei wird untersucht, welche Erkrankungen zu Pflegebeginn vorliegen, welche im weiteren Verlauf hinzukommen und welche Diagnosen als Pflege begründend angesehen werden können. In Abschnitt 5.3 wird dargestellt, wie wahrscheinlich es ist, jemals im Leben pflegebedürftig zu werden, und wie sich dies über die Sterbekohorten der letzten Jahre gewandelt hat. In Abschnitt 5.4 erfolgt dann die Darstellung der durchschnittlich zu erwartenden Zeit in Pflegebedürftigkeit von Geburt an bzw. ab verschiedenen Lebensaltern, und Abschnitt 5.5 analysiert, wie lang eine Pflegebedürftigkeit dauert, wenn sie eingetreten ist. In Abschnitt 5.6 wird der Frage nachgegangen, ob die Pflegebedürftigen wirklich immer älter und immer kränker ins Pflegeheim kommen, wie dies in der Öffentlichkeit häufig behauptet wird, und in Abschnitt 5.7 wird schließlich die Verteilung der Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz auf Pflegestufen und Pflegearrangements beschrieben.

5.1 Routinedaten als Basis für die Analyse der Pflegebedürftigkeit

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

Als Schwäche der Routinedaten wird oftmals deren teilweise unzureichende *Validität* genannt. Dieser Einwand ist zum Teil dann berechtigt, wenn die Daten nicht zahlungsrelevant sind und nicht weiter überprüft werden. Pflegeleistungen sind aber ausnahmslos zahlungsrelevant und die Einstufung in die Pflegestufen erfolgt nicht per Selbstangabe, sondern durch den MDK. Daher sind die hier verwendeten Daten zur Inanspruchnahme von Pflegeleistungen als sehr valide anzusehen.

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

Auch hinsichtlich der Pflegeprävalenzen gibt es leichte Unterschiede zwischen der hier betrachteten Versichertenpopulation und der Gesamtbevölkerung. Diese bestehen darin, dass die BARMER GEK-Versicherten tendenziell gesünder sind und eine etwas niedrigere Pflegeprävalenz aufweisen als die übrigen Versicherten der SPV. Die SPV-Versicherten in ihrer Gesamtheit weisen hingegen eine deutlich hö-

here Prävalenz auf als die Privatversicherten (Rothgang & Jacobs 2011). Insgesamt liegen die alters- und geschlechtsspezifischen Pflegeprävalenzen der BARMER GEK-Versicherten etwas unter denen der Pflegestatistik (Rothgang et al. 2011b: 118f.). Dieser Unterschied wird in den Hochrechnungen nicht korrigiert, so dass sich in der Hochrechnung etwas niedrigere Fallzahlen als in der Pflegestatistik ergeben. Aus diesem Grund wird nachstehend in der Regel darauf verzichtet, die absoluten Fallzahlen auszuweisen, die sich aus der Hochrechnung ergeben und stattdessen auf die entsprechenden Verteilungen abgestellt, die von dieser Unterschätzung der Gesamtzahl nicht betroffen sind.

Nachfolgend werden die verwendeten Routinedaten der BARMER GEK kurz beschrieben (Abschnitt 5.1.1), die gesetzlichen und datentechnischen Definitionen von Pflegebedürftigkeit verglichen (Abschnitt 5.1.2) und die Variablenkonstruktionen, Selektionen und Gewichtungen vorgestellt (Abschnitt 5.1.4).

5.1.1 Beschreibung der BARMER GEK Routinedaten

Die Datenbasis für das gesamte Kapitel 5 sind die Routinedaten der BARMER GEK. Die Routinedaten werden dem Zentrum für Sozialpolitik von der BARMER GEK in Form von pseudonymisierten Daten auf einem geschützten Server zur Datenfernverarbeitung zur Verfügung gestellt. Die Routinedaten werden regelmäßig aus dem Prozess gezogen und als verschiedene Teildatensätze gespeichert. Alle Angaben, die direkt auf eine einzelne Person schließen lassen könnten, werden für die wissenschaftlichen Zwecke gelöscht. Hierzu zählen Name, Adresse, Sozialversicherungsnummer. Die einzelnen Teildatensätze zu den verschiedenen medizinischen und pflegerischen Leistungen lassen sich aber über das Pseudonym verknüpfen.

Für die bearbeiteten Fragestellungen wurde auf mehrere Teildatensätze zurückgegriffen:

- Die *Stammdaten* liefern grundlegende demografische Informationen zum Geschlecht, Geburtsjahr, zu den Mitgliedschaftszeiten und zum Versichertenstatus.
- Die *Pflegedaten* enthalten Informationen über die Leistungen der Sozialen Pflegeversicherung (SGB XI). Angegeben sind die Leistungsarten und Pflegestufen mit Beginn und Ende des jeweiligen Leistungsbezugs.

- Die Daten zu den *ambulant-ärztlichen Leistungen* liefern quartalsweise die vergebenen Diagnosen inklusive der Schlüssel zur Diagnosesicherheit.
- Der Datensatz zu *Krankenhausbehandlungen* liefert taggenaue Informationen über Krankenhausaufenthalte. Auch hierzu sind die Diagnosen gemäß der Internationalen Klassifikation der Krankheiten (ICD-Codes) angegeben.
- Der Datensatz zu *Heilmittelverordnungen* liefert taggenaue Informationen über das Verordnungsdatum der Heilmittel (hauptsächlich Physiotherapie, aber auch Ergotherapie, Logopädie, Podologie und einige Kuren).
- Die Daten zu den *Rehabilitationen* sind derzeit noch nicht einheitlich im System der BARMER GEK erfasst. Sie entstammen den bisherigen Datenbanksystemen der beiden Vorläuferkassen. Die verwendeten zusammengespielten Daten zur Rehabilitation enthalten nur noch die Rehabilitationsleistungen der Krankenkasse. Weitere Differenzierungsmerkmale (z. B. Kostenträger, Art der Rehabilitation (stationär, ambulant, mobil), Indikationszuordnung (geriatrisch vs. indikationsspezifisch) und Diagnostellung) lassen sich derzeit noch nicht umfassend und in ausreichender Datenqualität verwenden.

5.1.2 Zur Definition von Pflegebedürftigkeit, Versorgungsart und Pflegearrangement

Im Rahmen dieses Pflegereports – wie auch in der Pflegestatistik und in der Berichterstattung des BMG ist „Pflegebedürftigkeit“ immer als *sozialrechtlicher Begriff* zu verstehen. Es gelten damit immer nur diejenigen Personen als pflegebedürftig, die pflegebedürftig im Sinne des SGB XI sind und im jeweiligen Erhebungszeitraum Pflegeleistungen beziehen.⁵⁵

⁵⁵ Pflegebedürftigkeit im Sinne des SGB XI ist prinzipiell durch die Vergabe einer Pflegestufe gemäß §§ 14-15 SGB XI definiert. Pflegeleistungen werden teilweise aber auch schon gewährt, wenn die Pflegestufe (noch) nicht festgestellt ist. Umgekehrt gibt es Personen mit zugewiesener Pflegestufe, für die es noch keine Pflegeleistung gibt. Die Zahl der von einem

Zur Ermittlung der Zahl der Pflegebedürftigen auf Basis der Routinedaten werden Bezugszeiten mit folgenden Leistungen der Pflegeversicherung berücksichtigt:

- *Pflegesachleistung* (§ 36 SGB XI: Pflege durch ambulante Pflegedienste),
- *Pflegegeld* (§ 37 SGB XI: für selbst beschaffte Pflegehilfen),
- *Verhinderungspflege* (§ 39 SGB XI: häusliche Pflege bei Verhinderung der Pflegeperson; wird auch Urlaubspflege genannt),
- *Tages- und Nachtpflege* (§ 41 SGB XI: stationäre Pflege als Ergänzung zur häuslichen Pflege; wird auch teilstationäre Pflege genannt),
- *Kurzzeitpflege* (§ 42 SGB XI: vorübergehende stationäre Pflege),
- *Vollstationäre Pflege* (§ 43 SGB XI: dauerhafte vollstationäre Pflege),
- *Zuschuss für stationäre Pflege* (§ 43 Abs. 4 SGB XI: vollstationäre Pflege trotz gegenteiliger Empfehlung der Pflegekasse),
- *Kostenerstattung an Vertragseinrichtung ohne Vertragsvereinbarung* (§ 91 SGB XI: Leistungen an Pflegeheime oder ambulante Pflegedienste ohne Vertragsvereinbarung nach §§ 85 oder 89 SGB XI),
- *Pflege in vollstationären Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen* (§ 43a SGB XI: Leistungen in einer „...vollstationären Einrichtung der Hilfe für behinderte Menschen, in der die Teilhabe am Arbeitsleben und am Leben in der Gemeinschaft, die schulische Ausbildung oder die Erziehung behinderter Menschen im Vordergrund des Einrichtungszwecks stehen...“).

Zur langfristigen Verlaufsdarstellung werden zudem Zeiten berücksichtigt mit

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

Als *pflegebedürftig* gelten in der Konvention der Pflegestatistik prinzipiell die Versicherten, die Pflegegeld beziehen oder Pflegeleistungen durch ambulante Pfe-

dieser Phänomene betroffenen Versicherten ist letztlich aber gering. In Übereinstimmung mit der Pflegestatistik und der Berichterstattung des BMG wird in diesem Report der Leistungsbezug als Definitionsmerkmal für Pflegebedürftigkeit im Sinne des SGB XI verwendet.

gedienste oder stationäre Pflegeeinrichtungen (ohne Pflege in vollstationären Einrichtungen der Behindertenhilfe) erhalten. Im vorliegenden Pflegereport werden davon abweichend auch die Personen als Pflegebedürftige erfasst, die in vollstationären Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen gepflegt werden.

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

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

Informelle Pflege: Die Pflegebedürftigen werden prinzipiell nur von nicht professionellen Pflegepersonen, in der Regel Angehörigen, zu Hause gepflegt und nur im Verhinderungsfall wird eine professionelle Hilfe in Anspruch genommen (Pflegegeld; Verhinderungspflege).

Formell-ambulante Pflege: Die Pflegebedürftigen werden prinzipiell zu Hause gepflegt. Dabei wird regelmäßig ein Pflegedienst in Anspruch genommen (Sachleistungen; Kombinationsleistung; teilstationäre Pflege; Kurzzeitpflege; Kostenerstattungen an Vertragseinrichtung ohne Vertragsvereinbarung). Auch die Kurzzeitpflege ist hier gefasst, weil die Orientierung meist auf die Überbrückung kürzerer Zeiten ausgerichtet ist, in der die häusliche Pflege organisiert werden soll oder die Pflegepersonen Urlaub machen wollen.

Vollstationäre Pflege: Die Pflegebedürftigen werden dauerhaft im Heim versorgt (dauerhafte vollstationäre Heimpflege; Zuschüsse für stationäre Pflege).

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

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

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

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

5.1.3 Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz (PEA)

Ebenso wie die Pflegebedürftigkeit wird auch die Alltagskompetenz bei der Begutachtung durch den MDK beurteilt. Personen mit festgestellter erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz gemäß § 45a SGB XI haben bei ambulanter Pflege (informell oder formell-ambulant) einen Anspruch auf besondere Betreuungsleistungen im Umfang von 100€ (Grundbetrag) bzw. 200€ (erhöhter Betrag).⁵⁶ Die Anspruchsberechtigung selbst wird in den Routinedaten nicht erfasst. Erfasst wird aber die Inanspruchnahme von *zusätzlichen Betreuungsleistungen nach § 45b SGB XI* (Abschnitt 5.7). Diese Leistungsangabe erfolgt in den Routinedaten der vormals GEK-Versicherten, die den entsprechenden Analysen zugrunde gelegt werden, pro Quartal und wird in den Analysen auf die Monate des Quartals umgelegt.

5.1.4 Weitere Variablenkonstruktion, Selektionen, Gewichtung

Für die Auswertungen wurden, wenn nicht anders ausgewiesen, *keine Altersbeschränkungen* vorgenommen. Altersbeschränkungen erlauben die Konzentration auf eine bestimmte Zielgruppe, etwa die Altenpflege, geben dann aber kein vollständiges Bild auf die Pflegebedürftigkeit insgesamt. Um ein vollständiges Bild zu gewinnen, werden seit dem Pflereport 2011 die Pflegebedürftigen aller Altersgruppen in die Betrachtung einbezogen. Eine Selektion wurde jedoch hinsichtlich der *Versichertenzeit* vorgenommen. Damit geprüft werden kann, ob Pflegebedürftigkeit oder eine Diagnose erstmalig auftritt, muss vor dem Berichtsjahr mindestens ein zurückliegendes Beobachtungsfenster von 12 Monaten vorliegen (Ausnahme 0-1-Jährige).

Im Einzelnen wurden für die Analysen folgende Variablen verwendet:

Erkrankungen: Zur Messung der Erkrankungen wurde auf die dokumentierten Diagnosen aus der ambulant-ärztlichen Behandlung und der Krankenhausbehand-

⁵⁶ Zudem haben Heime Anspruch auf zusätzliche Vergütung für besondere Betreuungskräfte für die Betreuung von Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz (§ 87b SGB XI).

lung zurückgegriffen. In Deutschland wird zur Verschlüsselung von Diagnosen in der medizinischen Versorgung die ICD-10-GM angewendet, die durch das Deutsche Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI 2011) ins Deutsche übersetzt und ergänzt wird. Die Übersetzung basiert auf der Klassifikation der Erkrankungen, wie sie von der WHO (2010) vorgenommen wird.

Schon der BARMER GEK Pflegereport 2012 (Rothgang et al. 2012) und die Studien von Lübke und Meinck (2012) sowie Meinck et al. (2012) haben gezeigt, dass geriatrische Merkmale (zur Zuordnung der ICDs zu den Merkmalen siehe Rothgang et al. 2012) in hohem Maße mit Pflegebedürftigkeit korrelieren. Es handelt sich dabei im Wesentlichen um geriatrische Merkmalskomplexe (GtMK), wie sie verwendet wurden, um geriatrische Multimorbidität (GtMM) mit Routinedaten zu bestimmen (Lübke & Meinck 2012; Meinck et al. 2012). Der Operationalisierungsvorschlag, dem in diesem Report gefolgt wird, basiert auf einem Positionspapier von geriatrischen Fachgesellschaften unter dem Titel „Abgrenzungskriterien der Geriatrie“ in der Version V1.3 (Borchelt et al. 2004). In dem Operationalisierungsvorschlag wurden 15 mit ICD-10-GM-Codes hinterlegte GtMK als Grundlage zur Bestimmung der GtMM genutzt (KCG 2012). Eine allgemeingültige Definition des geriatrischen Patienten gibt es aber nicht (MDS 2012: 38; Pick 2008: 44).⁵⁷ Dies wird auch deutlich durch die Entwicklung der Definitionen von geriatrischen Merkmalskomplexen, wie sie an anderer Stelle vorgenommen werden (Borchelt et al. 2013).

Für die vorliegenden Analysen wurden die Vorschläge des Kompetenz-Centrums Geriatrie (KCG) für eine etwas bessere Differenzierbarkeit minimal abgewandelt. Diese Änderungen betreffen insbesondere die Ausgliederung des Primären Parkinson-Syndroms aus den „Kognitiven Defiziten“, die hier nun „Demenzen und andere organische und symptomatische psychische Störungen“ heißen sowie die Differenzierung der Inkontinenz, weil es hier unterschiedliche Wirkungen in der Bedeutung für den Pflegeverlauf geben kann. Die so definierten GtMK sind:

- Immobilität (inkl. protrahierter Mobilisierungsverlauf)
- Sturzneigung und Schwindel

⁵⁷ Zur Definition des geriatrischen Patienten durch den MDS siehe Abschnitt 6.1.2

- Demenz und andere organische und symptomatische psychische Störungen
- Stuhlinkontinenz
- Harninkontinenz
- Dekubitalulcera
- Fehl- und Mangelernährung
- Störungen im Flüssigkeits- und Elektrolythaushalt
- Depression, Angststörung
- Schmerz
- Sensibilitätsstörungen
- Herabgesetzte Belastbarkeit, Gebrechlichkeit
- Starke Seh- und Hörbehinderung
- Medikationsprobleme
- Hohes Komplikationsrisiko
- Verzögerte Rekonvaleszenz.

Diese Liste der Merkmalskomplexe beinhaltet nicht alle Merkmale, die einen geriatrischen Patienten beschreiben könnten (vgl. MDS 2012: 40ff.) und längst nicht alle Diagnosen, die im Zusammenhang mit Pflegebedürftigkeit stehen. Daher werden noch weitere Diagnosen berücksichtigt, die einerseits auch zur Beschreibung eines geriatrischen Patienten sinnvoll sein können oder andererseits sich in den Analysen der bisherigen BARMER GEK Pflegereporte als stark mit der Pflegebedürftigkeit in Verbindung stehend erwiesen haben. Es handelt sich hierbei um:

- Intelligenzminderung
- Größere Entwicklungsstörungen
- Epilepsie
- Lähmungen
- Sonstige Krankheiten des Gehirns
- Down-Syndrom
- Parkinson
- Krebs
- Multiple Sklerose

- Schlaganfall
- Frakturen.

Für die Analysen im Schwerpunkt Kapitel werden zudem noch Diagnosen berücksichtigt, die für die Gewährung von Rehabilitationsmaßnahmen von Bedeutung sind:

- Schädlicher Rausch- und Suchtmittelkonsum
- Herzinsuffizienz
- Herzinfarkt.

Die diesbezügliche Information wird aus den ambulanten Diagnosedaten, die nur quartalsweise vorliegen, und den Krankenhausdiagnosedaten gezogen. Das Merkmal wird dann als gegeben angenommen, wenn im jeweiligen Quartal oder in einem der zurückliegenden drei Quartale eine Diagnosestellung vorliegt. Da die Erfassung der Erkrankungen anhand der Diagnosedaten auch aus zurückliegenden Quartalen erfolgt, wird für diese Zeit auch überprüft, dass ein Versicherungsverhältnis besteht (Ausnahme: Alter 0-1 Jahre).

Medizinische Rehabilitation: Für die Monate, in denen eine Rehabilitationsleistung beginnt, wird der Variablen der Wert 1 gegeben, ansonsten 0. Berücksichtigt sind dafür sowohl die dokumentierten ambulanten als auch die dokumentierten stationären Rehabilitationsleistungen. Anschlussheilbehandlungen sind ebenso berücksichtigt wie Rehabilitationsleistungen, die nicht als Anschlussheilbehandlung zu werten sind. Leistungen anderer Kostenträger als der Krankenkasse sind ausgeschlossen.

Heilmittelverordnungen: Aus den Abrechnungsdaten der Heilmittelverordnungen wurden die Datumsangaben zu den Verordnungen ausgelesen. Ist für einen Monat eine Verordnung dokumentiert, dann erhält die Variable Heilmittel den Wert 1, ansonsten 0.

Geschlecht: Frauen (Variablenwert = 1) werden mit Männern (Variablenwert = 0) verglichen.

Alter: Das Alter wurde durch die Subtraktion des Geburtsjahres vom jeweiligen Beobachtungsjahr ermittelt. In der Regel werden 5-Jahres-Alterskategorien gebil-

det oder Altersklassifikationen wie in der Pflegestatistik (z. B. Statistisches Bundesamt 2011d) vorgenommen.

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

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

Hochrechnung: Die Hochrechnung der Ergebnisse erfolgt auf von der jeweiligen Versichertenbevölkerung der BARMER GEK unter Berücksichtigung der Differenzierung nach Alter und Geschlecht auf die gesamte Bundesbevölkerung zum entsprechenden Zeitpunkt. Dazu werden die Versicherten in 5-Jahres-Alterskategorien bis zur rechtsoffenen Alterskategorie 90+ eingeteilt.⁵⁸

In einigen Auswertungen werden Zeitreihen über einen längeren Beobachtungszeitraum dargestellt. Da für die vormaligen BARMER-Versicherten dazu keine Informationen vorliegen, wird für die Zeitreihenanalyse und die Lebensverlaufsanalyse nur auf die Daten der vormaligen GEK-Versicherten zurückgegriffen. Der Beobachtungszeitraum für die Pflegeleistungen umfasst dabei maximal die Jahre 1998–2011 und das erste Halbjahr 2012.

Von *Pflegeinzidenz* wird für das Berichtsjahr 2012 (Abschnitt 5.2) dann gesprochen, wenn im ganzen Jahr 2011 keine Pflegeleistungen in Anspruch genommen wurden, wohl aber im Jahr 2012. Daher werden für diese Untersuchungen nur die Versicherten berücksichtigt, die auch *durchgängig im Jahr 2011 und mindestens im Januar 2012 versichert* waren (gilt nicht für 0-1-Jährige).

⁵⁸ Eine Gewichtung anhand weiterer Faktoren, wie z. B. Sozialstatus oder Morbidität, wäre sinnvoll, lässt sich aufgrund fehlender Vergleichsdaten oder im Einzelnen zu geringer Zellbesetzungen aber nicht umsetzen.

Die Verlaufsanalysen zur Lebenserwartung in Pflegebedürftigkeit beruhen auf den Routinedaten der vormals GEK-Versicherten. Eine *Pflegeinzidenz* wird dabei unter Berücksichtigung der Information zum erstmaligen Pflegezugang bestimmt (Abschnitt 5.5).

5.2 Morbidität und Pflegebedürftigkeit

Im letzten Pflegereport wurde eine Reihe von Diagnosen ermittelt, die bei pflegebedürftigen Personen häufiger gestellt werden als bei nicht pflegebedürftigen Personen (Rothgang et al. 2012: 160 ff.). Je nach Alterskategorie zeigten sich verschiedene Diagnosen (ICD-3-Steller) als besonders relevant. Häufig im Kindesalter vorkommende und für die Pflegebedürftigkeit relevant erscheinen einige Diagnosen aus der Diagnosehauptgruppe *„Angeborene Fehlbildungen, Deformitäten und Chromosomenanomalien“*. Hierzu gehört insbesondere das Down-Syndrom. Aber auch Diagnosen aus dem Bereich der Intelligenzminderung und der Entwicklungsstörungen sind von Bedeutung. Im mittleren Alter sind bei Pflegebedürftigen häufig Lähmungen zu finden (spastische Lähmungen, Querschnittlähmungen). Mit steigendem Alter sind auch Diagnosen aus der Diagnosehauptgruppe *„einzelne Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde, die anderenorts nicht klassifiziert sind“*, von Bedeutung – insbesondere Harninkontinenz und Stuhlinkontinenz. Ebenfalls im Alter häufiger und bei Pflegebedürftigen noch häufiger auftretend sind Dekubitalulcera und Demenzen.

Gegenüber dem nicht geriatrischen Patienten besteht ein relativ hohes Risiko der Einschränkungen der Selbstständigkeit im Alltag bis hin zur Pflegebedürftigkeit (MDS 2012a: 43). Entsprechend zeigen sich auch deutliche Zusammenhänge zwischen geriatrietypischen Merkmalskomplexen und Pflegebedürftigkeit (Lübke & Meinck 2012; Meinck et al. 2012, Rothgang et al. 2012).

Sind aber diese einzelnen Diagnosen auch die Pflege begründenden Diagnosen? Und welche der Diagnosen bestimmt am meisten die Pflegebedürftigkeit? Welche Diagnosen treten zwar häufig im Zusammenhang auf, sind aber lediglich begleitende Diagnosen?

Bei den Pflegebegutachtungen des MDK werden Pflege begründende Diagnosen mit erhoben. Die Berichterstattung des MDS liefert hierzu aber nur wenige Infor-

mationen,⁵⁹ die zudem selten veröffentlicht werden,⁶⁰ wobei die Aussagekraft der dokumentierten Diagnosen als eingeschränkt wahrgenommen⁶¹ und die Bedeutung für die Vergabe einer Pflegestufe als nachrangig angesehen wird.⁶² Neben der Erwähnung der undifferenzierten Diagnosehauptgruppen werden dort als Einzeldiagnosen vor allem Schlaganfall, Demenz und Krebsleiden genannt. Als Diagnosehauptgruppen treten insbesondere „Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde, die andernorts nicht klassifiziert sind“, „Psychische und Verhaltensstörungen“, „Neubildungen“, „Krankheiten des Kreislaufsystems“, „Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems“ sowie „Krankheiten des Nervensystems“ (MDS 2013a). Diagnosen aus der Hauptgruppe „Angeborene Fehlbildungen, Deformitäten und Chromosomenanomalien“ werden häufig bei Kindern und Jugendlichen als Pflege begründende Diagnosen genannt (MDS 2013).

Küpper-Nübelen et al. (2006: 103) stellen bei Auswertungen von Gutachtendaten aus Hessen ähnliche Häufigkeitsverteilungen fest. Der größte Teil der Pflegebedürftigen hat Pflege begründenden Diagnosen aus dem Bereich der abnormen klinischen und Laborbefunde bekommen hat (42,6%) – insbesondere Senilität und Harninkontinenz. Die zweithäufigste Diagnosehauptgruppe sind demnach Krank-

⁵⁹ Der Erfassungsbogen (MDS 2009a: 129) hat zwei explizite Felder zur Diagnoseeingabe sowie ein Freitextfeld. Im Rahmen der Pflegestatistik-Richtlinien nach § 53a Satz 1 Nr. 3 SGB XI wird für die Berichterstattung nur die erste pflegebegründende Diagnose berücksichtigt (MDS 2000). Mögliche Darstellungen der Multimorbidität entfallen damit.

⁶⁰ Seit dem Berichtsjahr 1998 werden die Pflegeberichte des Medizinischen Dienstes veröffentlicht (MDS 2000; 2001; 2003; 2005; 2006; 2007a; 2007b; 2009; 2010b; zuletzt 2013). Grobe Differenzierungen der pflegebegründenden Diagnosen nach den drei bis fünf häufigsten Diagnosehauptgruppen finden sich zuletzt im Pflegebericht für 2006 (MDS 2007b) und im in den Berichten für 2011/2012 (MDS 2013; 2013a). Eine Aufzählung von häufigen Einzeldiagnosen in den häufigsten Diagnosehauptgruppen gab es zuletzt für den Berichtszeitraum 2001-2002 (MDS 2003)

⁶¹ „Zudem ist zu berücksichtigen, dass die diagnostischen Möglichkeiten eines Gutachters im Rahmen eines Haus- / Heimbisuches eingeschränkt sind“ (MDS 2007b: 17).

⁶² Die „Feststellung der Pflegebedürftigkeit nach SGB XI wird ... nicht auf bestimmte Krankheitsbilder oder Diagnosen wie z. B. Demenz abgestellt, sondern auf einen tatsächlichen Hilfebedarf“ (MDS 2009: 7).

heiten des Kreislaufsystems, gefolgt von Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und psychischen und Verhaltensstörungen. Auch Krankheiten des Nervensystems werden noch zu über 10% dokumentiert.

Die Verknüpfung der prozessproduzierten Pflegedaten mit den Krankenhausdaten und den Daten zur ambulanten ärztlichen Behandlung bieten eine umfassendere Möglichkeit, den Zusammenhang von Erkrankungen und dem Eintritt in die Pflegebedürftigkeit näher zu untersuchen. In den ersten Pflegereporten sind derartige Untersuchungen schon für ausgewählte Diagnosegruppen durchgeführt worden, deren Auswahl im Wesentlichen in Anlehnung an die Berichterstattung des MDS erfolgte. Damit ist es aber zu einer Vorauswahl gekommen, die ein unvollständiges Bild produziert. Um die Relevanz der Erkrankungen (Diagnosen) für die Pflegebedürftigkeit zu ergründen, wurden im Pflegereport 2012 explorativ die dreistelligen ICD-Kodierungen herangezogen und es wurden Merkmalskomplexe aus der geriatrischen Forschung betrachtet. Im vorliegenden Report wird die Morbiditätsanalyse nun gebündelt. Die bisher gefundenen Einzeldiagnosen und Diagnosegruppen werden überarbeitet und als zusammengefasste Morbiditätsmerkmale neu in die Berechnung eingegeben. Dabei wird zunächst die Verteilung der Morbiditätsmerkmale zum Zeitpunkt der Pflegeinzidenz (Abschnitt 5.2.1) und dann das Risiko eines Pflegeeintritts bei Vorliegen der Morbiditätsmerkmale (Abschnitt 5.2.2) untersucht. Abschließend wird die Verteilung der Diagnosen im weiteren Verlauf der Pflegebedürftigkeit analysiert (Abschnitt 5.2.3).

5.2.1 Morbidität bei Eintritt in die Pflegebedürftigkeit

Wie schon im Pflegereport 2012 beschrieben, sind die Diagnosestellungen bei Pflegebedürftigkeit abhängig vom Alter (Rothgang et al. 2012). Vor diesem Hintergrund werden im Folgenden die Verteilungen der Diagnosestellungen für unterschiedliche Alterskategorien vorgenommen. In der ersten Kategorie befinden sich die Kinder im Alter von 0-14 Jahren. In den nachfolgenden Jahren ist die Zahl der Pflegeinzidenzen relativ gering. Daher werden die Jugendlichen zusammen mit den Erwachsenen bis zum Alter von 59 Jahren zusammengefasst. Ab dem Alter von 60 Jahren steigen dann die Pflegeinzidenzen deutlich an.

Tabelle 31: Inzidente Pflegebedürftigkeit: Diagnosen nach Pflegestufe																
Alterskategorien	0-14 J.			15-59 J.			60-74 J.			75-84 J.			85+ J.			
	Pflegestufen	I	II	III	I	II	III	I	II	III	I	II	III	I	II	III
Morbiditätsmerkmale	Anteil der Erkrankten an den inzidenten Pflegebedürftigen der jeweiligen Subgruppe (in %)															
Medikationsprobleme	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Immobilität	1	1	0	4	3	4	4	4	4	4	5	4	4	5	5	
Sturzneigung und Schwindel	4	6	14	22	24	18	32	30	26	42	41	34	45	47	40	
Demenz und andere Störungen	1	2	17	16	18	16	29	27	23	41	42	37	41	51	44	
Stuhlinkontinenz	3	0	29	9	19	24	11	22	25	12	27	31	12	27	30	
Harninkontinenz	5	4	29	20	28	31	25	35	34	32	44	45	35	49	46	
Dekubitalucera	0	0	0	12	17	16	15	22	23	14	24	29	15	26	29	
Fehl- und Mangelernährung	9	28	29	15	31	23	13	25	27	8	19	25	8	17	22	
Flüssigkeits- und Elektrolythaushalt	11	19	43	33	42	41	39	48	49	40	53	53	42	55	57	
Depression, Angststörung	2	4	29	40	34	28	38	33	26	34	30	29	29	27	25	
Schmerz	0	5	14	23	33	35	22	27	30	20	23	26	17	19	22	
Sensibilitätsstörungen	1	1	14	20	15	10	22	17	13	20	16	16	13	11	11	
Belastbarkeit, Gebrechlichkeit	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	2	2	3	4	5	
Starke Seh- und Hörbehinderung	18	20	17	18	13	13	30	20	14	39	27	21	42	34	29	
Hohes Komplikationsrisiko	29	43	71	41	45	39	51	52	46	54	57	55	52	56	50	
Verzögerte Rekonvaleszenz	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	1	0	
Intelligenzminderung	13	5	0	3	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	
Größere Entwicklungsstörungen	49	52	17	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Epilepsie	12	20	0	12	16	26	7	11	12	5	8	9	3	5	5	
Lähmungen	10	17	50	23	27	33	14	23	23	10	19	25	6	15	18	
Sonstige Krankheiten des Gehirns	2	6	14	7	13	23	4	8	11	3	5	8	2	3	4	
Down-Syndrom	8	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Parkinson	0	0	0	2	1	1	8	5	3	9	8	5	4	5	3	
Krebs	7	19	67	34	65	71	36	61	73	29	46	61	23	31	43	
Multiple Sklerose	0	0	0	9	3	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	
Schlaganfall	1	1	17	12	9	4	24	21	15	34	34	30	41	45	42	
Frakturen	1	4	0	11	12	12	13	18	16	13	21	22	10	18	21	
Herzinsuffizienz	1	0	0	3	2	1	7	4	2	11	10	6	14	15	10	
Rausch- und Suchtmittel	0	1	17	30	24	13	21	16	12	8	7	6	4	4	4	
Herzinfarkt	0	0	0	2	2	2	4	4	3	5	5	5	5	6	5	

Quelle: BGEK 2012 hochgerechnet auf die Bundesbevölkerung am Jahresende 2011.

Im Hinblick auf die Fallzahlen und die sich verändernden körperlichen und geistigen Zustände sind die weiteren Alterskategorien gefasst als 60-74-Jährige, 75-84-Jährige und über 85-Jährige. Tabelle 31 beschreibt die Verteilungen hinsichtlich der Pflegestufen und Tabelle 32 hinsichtlich der Pflegearrangements.

Für eine Reihe von Diagnosen, die als geriatrische Merkmalskomplexe gefasst sind oder in Verbindung mit Pflegebedürftigkeit gebracht werden, liegt die Prävalenz bei den inzidenten Pflegebedürftigen in vielen Alterskategorien bei unter 10%. Dazu gehören Medikationsprobleme, Immobilität, eingeschränkte Belastbarkeit und Gebrechlichkeit sowie verzögerte Rekonvaleszenz. Eine Prävalenz von weniger als 10% liegt auch vor bei Intelligenzminderung, größerer Entwicklungsstörungen, sonstigen Krankheiten des Gehirns, Down-Syndrom, Parkinson oder Multipler Sklerose.

Wenn vielfach Herz-Kreislaufkrankungen als Pflege begründende Diagnose erwähnt werden (z. B. MDS 2013), dann verbirgt sich dahinter im Wesentlichen der Schlaganfall. Weitere schwerwiegende Herz-Kreislaufkrankungen, wie die Herzinsuffizienz und der Herzinfarkt, sind bei Pflegeeintritt seltener diagnostiziert.

Viele Erkrankungen haben eine deutliche Altersabhängigkeit im Zusammenspiel mit dem Pflegeeintritt. So treten geriatrietypische Merkmalskomplexe bei den inzidenten Pflegefällen vor allem in hohem Alter gehäuft auf. Dennoch gibt es auch in der Alterskategorie 15—59 Jahre, in der normalerweise noch nicht von geriatrischen Patienten gesprochen wird, teilweise schon beträchtliche Prävalenzen. Der Anteil der demenziell erkrankten Menschen an den erstmalig Pflegebedürftigen ist zwar in dieser Alterskategorie nicht einmal halb so groß wie in der ältesten Alterskategorie und ähnliche Verhältnisse finden sich auch bei Sturzneigung und Schwindel, Harninkontinenz, Dekubitalulcera sowie bei starken Seh- und Hörbehinderungen; bei anderen geriatrietypischen Merkmalen sind die Anteile an den erstmalig pflegebedürftigen Personen in der jüngeren Alterskategorie aber auch sogar ähnlich hoch oder noch höher. Die betrifft z. B. die Fehl- und Mangelernährung, Depressionen und Angststörungen, oder die Sensibilitätsstörung. Störungen im Flüssigkeits- und Elektrolythaushalt, starke Seh- und Hörbehinderungen sowie erhöhte Komplikationsrisiken sind durchweg auf einem hohen Prävalenzniveau zu finden. Intelligenzminderung, größere Entwicklungsstörungen und das Down-

Syndrom sind die Diagnosen, die ganz speziell im Kindesalter vor Pflegeeintritt gestellt wurden. Epilepsie, Lähmungen sowie sonstige Krankheiten des Gehirns haben sowohl im Kindesalter als auch im jüngeren Erwachsenenalter eine größere Bedeutung im Zusammenhang mit Pflegeeintritt. Multiple Sklerose sowie der Konsum von Rausch- und Suchtmitteln stehen insbesondere im jüngeren Erwachsenenalter im Zusammenhang mit dem Pflegeeintritt und sind im höheren Alter mit geringeren Anteilen unter den erstmalig Pflegebedürftigen zu finden.

Einige Erkrankungen sind in besonderer Weise auch mit der Pflegestufe verbunden. Gerade im Kindesalter sind in Pflegestufe III besonders viele Erkrankungen diagnostiziert. Lähmungen, Krebs sowie erhöhte Komplikationsrisiken sind besonders häufig bei den Kindern, die mit Pflegestufe III pflegebedürftig werden. Aber auch 17% der Kinder mit Pflegestufe III haben eine Schlaganfalldiagnose. Mit Pflegestufe I sind im Kindesalter vor allem die größeren Entwicklungsstörungen, die Intelligenzminderung und das Down-Syndrom von größerer Bedeutung als für die Kinder mit Pflegestufe II oder III. Mit steigender Pflegestufe beim Pflegeeintritt wird über alle Alterskategorien die Inkontinenz wahrscheinlicher. Je höher die Pflegestufe, desto geringer erscheinen allerdings die Seh- und Hörbehinderungen. Hierbei handelt es sich vermutlich weniger um eine geringere Betroffenheit mit steigender Pflegestufe, sondern eher um eine zurückgehende Diagnosetätigkeit.

Wie häufig eine Diagnose im Vorfeld einer Pflegebedürftigkeit ist, ist aber nicht nur abhängig von dem Alter und der Pflegestufe, sondern auch von dem *Pflegearrangement*. Tabelle 32 zeigt die Anteile der Pflegebedürftigen mit den genannten Diagnosen differenziert nach Pflegearrangement.

Die Anzahl der Kinder, die pflegebedürftig ins Pflegeheim kommen, ist so verschwindend gering, dass Anteilswerte nicht berechenbar sind. Unter den Kindern, bei denen sofort der Pflegedienst mithilft, sind mehr Erkrankungen und Symptome festgestellt. So gibt es bei ihnen vermehrt Fehl- und Mangelernährung, Störungen im Flüssigkeits- und Elektrolythaushalt, starke Seh- und Hörbehinderungen, erhöhte Komplikationsrisiken, größere Entwicklungsstörungen, Epilepsie, Lähmungen, sonstige Krankheiten des Gehirns und Frakturen. Bei inzidenten Pflegebedürftigen mit informeller Pflege liegt nur Intelligenzminderung und Krebs etwas häufiger und Down-Syndrom deutlich häufiger vor.

Tabelle 32: Inzidente Pflegebedürftigkeit: Diagnosen nach Pflegearrangement

Alterskategorien	0-14 J.			15-59 J.			60-74 J.			75-84 J.			85+ J.		
	I	D	H	I	D	H	I	D	H	I	D	H	I	D	H
Morbiditätsmerkmale	Anteil der Erkrankten an den inzidenten Pflegebedürftigen der jeweiligen Subgruppe (in %)														
Medikationsprobleme	0	0		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Immobilität	1	0		3	5	4	3	4	5	3	5	5	3	5	4
Sturzneigung und Schwindel	4	8		21	23	27	29	35	30	37	44	42	39	47	47
Demenz und andere Störungen	2	0		12	18	34	23	31	44	35	43	57	32	44	58
Stuhlinkontinenz	2	8		8	15	29	8	19	28	9	19	26	8	17	22
Harninkontinenz	5	8		15	28	42	21	33	43	27	39	46	28	41	46
Dekubitalucera	0	0		10	18	21	13	22	22	11	20	22	11	20	22
Fehl- und Mangelernährung	11	27		17	24	23	14	20	22	8	13	15	6	11	13
Flüssigkeits- und Elektrolythaushalt	12	25		29	45	41	36	48	46	34	50	50	32	51	52
Depression, Angststörung	2	8		38	39	29	34	37	38	31	34	36	25	29	32
Schmerz	1	0		26	30	22	24	24	22	19	22	20	15	18	17
Sensibilitätsstörungen	1	0		18	18	16	21	19	17	20	19	14	13	13	10
Belastbarkeit, Gebrechlichkeit	0	0		0	0	0	0	1	1	1	2	2	3	4	4
Starke Seh- und Hörbehinderung	18	33		18	15	14	31	22	21	42	32	28	44	39	37
Hohes Komplikationsrisiko	31	36		41	41	48	51	52	48	52	57	52	48	56	51
Verzögerte Rekonvaleszenz	0	0		0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	1	0
Intelligenzmindering	12	9		3	3	2	0	1	1	0	0	0	0	0	0
Größere Entwicklungsstörungen	49	58		1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Epilepsie	12	25		11	16	26	6	10	14	4	6	8	2	3	4
Lähmungen	11	36		22	26	33	14	18	26	9	13	19	5	8	13
Sonstige Krankheiten des Gehirns	2	18		8	11	20	4	6	10	3	4	5	2	2	3
Down-Syndrom	8	0		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Parkinson	0	0		2	1	1	8	5	5	10	8	7	4	4	4
Krebs	9	8		45	49	35	44	47	39	34	35	29	25	27	23
Multiple Sklerose	0	0		9	4	2	1	1	0	0	0	0	0	0	0
Schlaganfall	1	0		10	10	11	23	24	19	32	36	34	37	45	41
Frakturen	1	18		8	12	22	12	15	23	13	15	22	9	12	17
Herzinsuffizienz	1	8		2	4	4	5	7	6	7	13	12	10	16	16
Rausch- und Suchtmittel	1	0		21	29	42	16	22	27	6	8	9	3	4	4
Herzinfarkt	0	0		2	3	2	4	4	5	5	5	5	4	5	5

Quelle: BGEK 2012 hochgerechnet auf die Bundesbevölkerung am Jahresende 2011.
Anmerkung: I = informelle Pflege; D = formell-ambulante Pflege; H Pflegeheim

Diejenigen, die mit der Pflegebedürftigkeit direkt ins Pflegeheim kommen, sind vermehrt inkontinent, haben häufiger Dekubitalulcera, Lähmungen, sonstige Krankheiten des Gehirns oder Frakturen, aber allen voran Demenzen und andere Störungen. Es gibt aber auch Diagnosen, die bei Pflegebedürftigen, die ins Pflegeheim kommen, auffällig seltener diagnostiziert sind. Dazu gehören starke Seh- und Hörbehinderungen und Krebs. Als Erklärungsfaktoren für diese unterschiedlichen Verteilungen sind die Heilungsperspektiven, Häufigkeit der Diagnostik oder auch die erwarteten Überlebenszeiten möglicherweise von Bedeutung.

5.2.2 Morbidität als Eintrittsgrund in die Pflegebedürftigkeit

Die vorstehenden Analysen zeigen nur Assoziationen zwischen den Erkrankungen und dem Auftreten von Pflegebedürftigkeit. Ob die Erkrankungen aber auch als ursächlich für einen Pflegeeintritt gesehen werden können, wird erst deutlich, wenn der Übergang vom Zustand ohne Pflegebedürftigkeit in Pflegebedürftigkeit analysiert wird. Dazu werden in Tabelle 33 fünf Regressionsmodelle für die fünf verschiedenen Alterskategorien dargestellt. Als erklärende Faktoren gehen ausschließlich die einzelnen Diagnosegruppen ein. Eine Differenzierung nach Geschlecht wird nicht vorgenommen, da die altersspezifische Eintrittswahrscheinlichkeit für Frauen und Männer fast identisch ist (Rothgang et al. 2010: 120).

Im Kindesalter ist die das Down-Syndrom die Diagnose, der am häufigsten eine Pflegebedürftigkeit nachfolgt. Im Vergleich zu Kindern ohne Down-Syndrom ist das Pflegeeintrittsrisiko um einen Faktor von über 50 erhöht. Ein 24-faches Risiko haben Kinder mit Krebs, ein 17-faches Risiko Kinder mit größeren Entwicklungsstörungen. In keinem Alter gibt es eine deutlichere Risikoerhöhung durch eine Erkrankung. Ein rund vierfaches Risiko haben Kinder mit Fehl- und Mangelernährung, mit Intelligenzminderung, mit Epilepsie oder mit Lähmungen. Auch das erhöhte Komplikationsrisiko sowie Störungen im Flüssigkeits- und Elektrolythaushalt führen noch zu einer Verdreifachung des Risikos. Die geringere Fallzahl von Pflegeeinritten unter den Kindern lassen dann keine weiteren Erkrankungen mehr als signifikanten Faktor erscheinen.

Alterskategorien	Relatives Risiko (RR)									
	0-14 J.	15-59 J.	60-74 J.	75-84 J.	85+ J.					
Medikationsprobleme	0,00	4,40		1,26		1,48		1,18		
Immobilität	5,30	1,80		1,16		1,51	***	1,37	*	
Sturzneigung und Schwindel	1,17	1,35		1,43	***	1,29	***	1,24	***	
Demenz und andere Störungen	2,70	1,97	***	3,84	***	4,04	***	2,73	***	
Stuhlinkontinenz	3,33	0,91		1,16		1,26	**	1,17		
Harninkontinenz	1,30	2,52	***	1,81	***	1,97	***	1,88	***	
Dekubitalucera	0,00	2,12	***	2,29	***	1,75	***	1,59	***	
Fehl- und Mangelernährung	4,01	**	3,40	***	2,67	***	1,70	***	1,40	***
Flüssigkeits- und Elektrolythaushalt	2,89	*	4,20	***	3,58	***	2,75	***	2,27	***
Depression, Angststörung	0,90		1,34	*	1,22	**	1,17	**	1,05	
Schmerz	0,96		2,17	***	1,85	***	1,51	***	1,26	***
Sensibilitätsstörungen	2,07		1,48	*	1,15		1,00		0,89	
Belastbarkeit, Gebrechlichkeit	0,00		2,39		1,69		1,29		1,30	
Starke Seh- und Hörbehinderung	1,17		0,74		0,55	***	0,53	***	0,66	***
Hohes Komplikationsrisiko	2,69	***	1,62	***	1,47	***	1,24	***	1,21	***
Verzögerte Rekonvaleszenz	0,00		1,31		1,17		1,18		0,99	
Intelligenzminderung	4,90	***	2,84	**	1,63		1,15		0,71	
Größere Entwicklungsstörungen	17,10	***	3,65	*	2,74		0,24		1,10	
Epilepsie	3,98	***	2,04	***	1,26		1,13		1,08	
Lähmungen	4,33	***	4,81	***	2,43	***	1,62	***	1,42	**
Sonstige Krankheiten des Gehirns	0,67		1,64	*	1,06		1,10		0,94	
Down-Syndrom	52,97	***	5,14		0,95		0,02		.	
Parkinson	0,00		5,94	***	2,94	***	1,95	***	1,43	**
Krebs	24,31	***	12,21	***	3,16	***	1,57	***	1,16	**
Multiple Sklerose	0,00		5,56	***	2,10	*	1,42		0,97	
Schlaganfall	1,28		2,02	***	1,49	***	1,42	***	1,29	***
Frakturen	1,49		1,59	*	1,50	***	1,35	***	1,19	
Herzinsuffizienz	5,22		1,70		1,89	***	1,82	***	1,62	***
Rausch- und Suchtmittel	1,24		1,83	***	1,38	***	1,08		1,00	
Herzinfarkt	0,00		1,29		0,88		1,00		1,08	

Anmerkung: Anhand von Alter und Geschlecht fallzahlnneutral standardisiert auf die Bundesbevölkerung am Jahresende 2011.
Selektion: Pflegeeintritt im Jahr 2012. * p<0,05; ** p<0,01; *** p<0,001

Für eine Pflegeinzidenz im Jugendalter und im mittleren Erwachsenenalter spielt das Down-Syndrom dann keine signifikante Rolle mehr. Kinder mit Down-

Syndrom sind in aller Regel schon vorab als pflegebedürftig anerkannt worden. Alle weiteren im Kindesalter wirksamen Erkrankungen und Symptome zeigen sich aber auch im Jugendalter und mittleren Erwachsenenalter noch als ursächlich für eine neu auftretende Pflegebedürftigkeit. Allerdings sind die relativen Risiken im Allgemeinen geringer als im Kindesalter. Einzig die Störungen im Flüssigkeits- und Elektrolythaushalt zeigen sich als noch deutlicherer Effekt. Zu den schon im Kindesalter signifikanten Risikofaktoren für eine Pflegebedürftigkeit kommen unter den 15-59-Jährigen noch die Harninkontinenz, Dekubitalulcera, Störungen im Flüssigkeits- und Elektrolythaushalt, Schmerz, Parkinson-Syndrom, Multiple Sklerose, Schlaganfall und der Konsum von Rausch- und Suchtmitteln hinzu.

Die meisten Diagnosen, die für die 15-59-Jährigen den Pflegeeintritt wahrscheinlicher machen, erhöhen auch in den weiteren Alterskategorien die Eintrittswahrscheinlichkeit. In aller Regel verringert sich allerdings das relative Risiko bei Vorliegen der Erkrankung aber mit dem Alter. Während Störungen im Flüssigkeits- und Elektrolythaushalt das Pflegerisiko in der Alterskategorie 15-59-Jahre noch vervierfachen, wird das Pflegerisiko in der höchsten Alterskategorie gerade mal verdoppelt. Noch deutlicher sind die Reduktionen der Risikosteigerungen bei Lähmungen vom Faktor 4,8 auf 1,4 oder beim Parkinson-Syndrom vom Faktor 5,9 auf 1,4. Multiple Sklerose und der Rausch- und Suchtmittelkonsum verlieren gänzlich ihre Wirkung. Durchweg hohe Pflegeeintrittswahrscheinlichkeiten gibt es bei Vorliegen einer Demenz oder anderen Störung und bei Störungen im Flüssigkeits- und Elektrolythaushalt. Durchweg signifikante Steigerungen der Pflegeeintrittswahrscheinlichkeit gibt es bei Fehl- und Mangelernährung, bei Störungen des Flüssigkeits- und Elektrolythaushalts, bei hohem Komplikationsrisiko, bei Lähmungen und bei Krebs.

Insgesamt lässt sich feststellen dass die Effekte über das Alter nicht konstant sind. Bei einigen Diagnosen ist dies dem Umstand geschuldet, dass die Pflegebedürftigkeit quasi sofort im Kindesalter vorliegt und diese Personen dann später nicht mehr pflegebedürftig werden können, weil sie es schon von früher Kindheit an sind. Dies betrifft in besonders hohem Maße das Down-Syndrom, aber auch die Intelligenzminderung und die größeren Entwicklungsstörungen. Andere Erkrankungen, deren Effekt bei höheren Altersklassen geringer ist, sind möglicherweise

nicht ausreichend ausdifferenziert. So ergibt sich bei Krebs im Kindesalter ein Risikofaktor von über 50, pflegebedürftig zu werden. Dieser nimmt dann in der zweiten Alterskategorie ab auf den Faktor 12 und liegt in der höchsten Alterskategorie gerade mal noch bei wenig signifikanten 1,16. Hier ließe sich vermuten, dass sich dahinter unterschiedliche Krebsarten verbergen, die in den unterschiedenen Altersgruppen ungleich verteilt sind und in jeweils unterschiedlichem Umfang Pflegebedürftigkeit auslösen können. Ähnliches gilt möglicherweise für Lähmungen und Herzinsuffizienz. Ein Faktor, der dazu beiträgt, dass die Effektstärke mit dem Alter abnimmt, ist aber auch, dass in höherem Alter mehrere Krankheiten zusammenkommen, die dann gemeinsam als Ursache für die Pflegebedürftigkeit gelten müssen. Der Effekt des Pflegeeintritts wird somit auf mehrere Erkrankungen verteilt und die einzelne Erkrankung verliert an Erklärungskraft.

Auffällig ist schließlich, dass sich nicht nur die stets in erster Linie mit Pflegebedürftigkeit in Zusammenhang gebrachten Diagnosen (Demenz, Schlaganfall, hüftgelenksnahe Frakturen) als bedeutsam für den Pflegeeintritt herausstellen. Im Hinblick auf den Pflegeeintritt sehr bedeutende Erkrankungen und Symptome, bei denen die Risikoerhöhung etwa die des Schlaganfalls übertrifft, sind jene, die den Pflegebedarf schon in der Erkrankungsdefinition direkt anzeigen. Hier sind vor allem Lähmungen, Störungen im Flüssigkeits- und Elektrolythaushalt, Fehl- und Mangelernährung, Dekubitalulcera und Harninkontinenz zu nennen. Zudem sind noch Schmerzen, Herzinsuffizienz und im nicht ganz hohen Alter Krebs wesentliche Faktoren für den Pflegeeintritt. In der Altenbevölkerung (60 Jahre und älter) hat Demenz aber die größte Bedeutung für den Eintritt in die Pflegebedürftigkeit. Demenz führt fast zwangsläufig zur Pflegebedürftigkeit (Rothgang et al. 2010: 163), aber eher langfristig, während andere hier genannten Diagnosen teilweise direkter mit einem Pflegeeintritt verbunden sind – insbesondere im Kindesalter.

5.2.3 Morbidität bei fortdauernder Pflegebedürftigkeit

Die Morbiditätsmerkmale, die zu Beginn einer Pflegebedürftigkeit vorliegen, können einerseits dauerhaft Bestand haben und die Pflegebedürftigkeit begleiten, sie können aber andererseits auch über die Zeit verschwinden, während die Pflegebedürftigkeit weiterhin Bestand hat. Inzident Pflegebedürftige und fortdauernd

Pflegebedürftige können sich entsprechend im Erkrankungsspektrum unterscheiden. Tabelle 34 zeigt nun die Anteile der Erkrankten an den Versicherten, die mindestens im zweiten Monat pflegebedürftig sind (fortdauernde Pflege). Dabei wird wiederum je Alterskategorie und Pflegestufe der Anteilswert für das Vorliegen der jeweiligen Diagnosen innerhalb der Subgruppe angegeben. Tabelle 34 gibt diese Werte differenziert nach Pflegestufe an, Tabelle 35 differenziert nach Pflegearrangements.

Von den geriatrischen Merkmalskomplexen sind Medikationsprobleme, verminderte Belastbarkeit und Gebrechlichkeit sowie verzögerte Rekonvaleszenz relativ unbedeutend (Tabelle 34). Häufigste Diagnosen sind Demenz und andere Störungen und dann die Harninkontinenz. Im Kindesalter sowie im jüngeren und mittleren Erwachsenenalter sind Intelligenzminderung, Entwicklungsstörungen, Epilepsie, Lähmungen, sonstige Krankheiten des Gehirns, Down-Syndrom, Multiple Sklerose sowie Rausch- und Suchtmittelkonsum von Bedeutung. Dass die Anteilswerte für Pflegebedürftige mit diesen Erkrankungen mit steigendem Alter rückläufig sind liegt nicht etwa daran, dass diese Erkrankungen verschwinden, sondern u. a. daran, dass andere Erkrankungen dazukommen, die dann mehr Gewicht haben. So ist die steigende Zahl der Pflegebedürftigen mit Krebs, Schlaganfall, Frakturen oder Demenz mit ursächlich dafür, dass die Anteilswerte der anderen Erkrankungen so deutlich zurückgehen. In Pflegestufe III haben in den beiden ältesten Alterskategorien rund 80% eine Demenz oder andere Störungen, rund 50% haben eine Harninkontinenz, ein Viertel hat eine Stuhlinkontinenz und ein Drittel hat einen Schlaganfall gehabt. Zudem ist zu vermuten, dass manche Erkrankungen in höherem Alter nicht mehr vollständig diagnostiziert werden. Dies betrifft starke Seh- und Hörbehinderung, aber auch Sturz- und Schwindelneigung, Depression und Angststörungen, Schmerzen, Sensibilitätsstörungen, hohes Komplikationsrisiko und sogar Krebs, Schlaganfall, Herzinsuffizienz, Herzinfarkt sowie schädlichen Rausch- und Suchtmittelkonsum.

Ähnliche Befunde lassen sich auch bei einer Differenzierung nach Pflegearrangements finden (Tabelle 35). So sind die Pflegeheimbewohner häufiger von Demenz und sonstigen Störungen betroffen als die Pflegebedürftigen in häuslicher Pflege (Zweidrittel vs. 30-40%).

Tabelle 34: Fortdauernde Pflegebedürftigkeit: Diagnosen nach Pflegestufe																
Alterskategorien	0-14 J.			15-59 J.			60-74 J.			75-84 J.			85+ J.			
	Pflegestufen	I	II	III	I	II	III	I	II	III	I	II	III	I	II	III
Morbiditätsmerkmale	Anteil der Erkrankten innerhalb der Subgruppen (in%)															
Medikationsprobleme	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Immobilität	0	1	1	2	2	4	3	4	6	3	5	6	3	4	6	6
Sturzneigung und Schwindel	4	4	5	13	14	12	25	29	26	34	36	32	36	37	33	33
Demenz und andere Störungen	1	1	3	13	16	21	24	37	57	36	55	77	37	60	81	81
Stuhlinkontinenz	2	5	12	3	8	19	6	15	26	7	18	26	8	17	21	21
Harninkontinenz	8	13	21	12	21	36	22	38	50	29	46	53	32	47	51	51
Dekubitalucera	0	1	2	5	8	12	11	16	24	11	19	26	12	20	25	25
Fehl- und Mangelernährung	3	5	9	3	3	6	5	7	10	4	7	10	4	7	10	10
Flüssigkeits- und Elektrolythaushalt	3	4	8	9	10	11	21	24	25	24	30	29	27	31	29	29
Depression, Angststörung	2	1	2	26	22	16	36	37	31	34	35	29	29	32	27	27
Schmerz	1	2	3	12	10	7	19	19	14	19	18	14	16	17	14	14
Sensibilitätsstörungen	0	1	1	11	8	5	22	19	13	19	17	10	13	11	7	7
Belastbarkeit, Gebrechlichkeit	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	2	2	3	3	3	3
Starke Seh- und Hörbehinderung	21	23	25	18	17	13	32	27	18	40	30	19	41	32	22	22
Hohes Komplikationsrisiko	17	20	26	21	20	25	38	38	37	43	42	33	40	38	29	29
Verzögerte Rekonvaleszenz	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Intelligenzminderung	17	24	36	15	20	27	1	1	2	0	0	0	0	0	0	0
Größere Entwicklungsstörungen	44	53	60	6	8	14	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Epilepsie	12	19	52	14	19	36	8	15	22	5	9	15	3	4	7	7
Lähmungen	15	23	53	27	37	59	20	36	40	11	23	24	6	11	14	14
Sonstige Krankheiten des Gehirns	2	4	12	6	9	19	3	5	9	3	3	4	2	2	3	3
Down-Syndrom	13	18	5	6	10	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Parkinson	0	0	0	1	1	1	7	11	13	9	16	21	5	9	13	13
Krebs	5	3	2	9	7	4	22	20	14	22	20	14	19	17	12	12
Multiple Sklerose	0	0	0	9	10	12	3	7	12	1	1	2	0	0	0	0
Schlaganfall	1	1	1	4	4	3	19	18	13	29	30	22	37	39	33	33
Frakturen	1	1	2	7	7	5	15	22	20	13	20	19	9	13	13	13
Herzinsuffizienz	0	1	1	2	2	1	4	4	3	7	7	5	9	9	7	7
Rausch- und Suchtmittel	0	0	0	13	8	4	18	14	10	7	6	4	3	3	2	2
Herzinfarkt	0	0	0	1	1	1	3	3	2	4	4	2	3	3	2	2

Quelle: BGEK 2012 hochgerechnet auf die Bundesbevölkerung am Jahresende 2011.

Tabelle 35: Fortdauernde Pflegebedürftigkeit: Diagnosen nach Pflegearrangement

Alterskategorien	0-14 J.			15-59 J.			60-74 J.			75-84 J.			85+ J.			
	Pflegearrangements	I	D	H	I	D	H	I	D	H	I	D	H	I	D	H
Morbiditätsmerkmale	Anteil der Erkrankten innerhalb der Subgruppen (in%)															
Medikationsprobleme	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Immobilität	1	1	0	2	4	4	3	4	4	3	4	4	3	4	4	4
Sturzneigung und Schwindel	4	6	4	11	19	20	24	30	28	33	37	33	33	38	35	35
Demenz und andere Störungen	1	4	4	10	21	47	19	35	61	29	44	71	29	42	69	69
Stuhlinkontinenz	4	11	16	5	14	23	6	14	21	7	14	19	8	12	16	16
Harninkontinenz	11	22	17	15	31	45	21	37	46	27	40	47	30	39	46	46
Dekubitalucera	1	2	5	4	16	15	10	18	18	11	17	19	11	17	18	18
Fehl- und Mangelernährung	4	16	21	2	6	8	5	7	8	4	6	7	4	6	7	7
Flüssigkeits- und Elektrolythaushalt	4	11	20	7	17	19	19	26	25	22	29	30	23	30	31	31
Depression, Angststörung	2	1	1	20	32	26	34	38	37	30	34	37	25	28	33	33
Schmerz	1	2	9	10	13	10	20	18	14	19	18	17	15	16	17	17
Sensibilitätsstörungen	1	1	4	7	13	11	22	20	15	21	18	13	13	13	9	9
Belastbarkeit, Gebrechlichkeit	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	2	2	3	3	3
Starke Seh- und Hörbehinderung	22	22	37	17	16	15	33	26	22	42	33	27	41	37	31	31
Hohes Komplikationsrisiko	19	38	51	18	30	33	39	40	33	44	45	36	40	41	34	34
Verzögerte Rekonvaleszenz	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Intelligenzminderung	22	30	52	21	9	17	1	1	3	0	0	0	0	0	0	0
Größere Entwicklungsstörungen	49	53	62	10	3	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Epilepsie	20	35	59	19	19	34	8	13	20	5	7	10	3	3	5	5
Lähmungen	23	46	54	33	53	46	25	32	29	14	17	18	6	8	10	10
Sonstige Krankheiten des Gehirns	4	12	14	8	9	21	3	5	7	2	3	3	2	2	2	2
Down-Syndrom	13	6	2	9	2	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Parkinson	0	0	0	1	1	2	8	10	11	11	13	15	5	7	9	9
Krebs	4	2	1	7	9	7	24	19	13	25	21	14	21	19	14	14
Multiple Sklerose	0	0	0	8	19	10	6	6	4	1	1	1	0	0	0	0
Schlaganfall	1	3	0	3	5	6	18	19	16	28	30	27	35	39	37	37
Frakturen	1	2	4	5	10	14	16	20	20	15	17	17	9	11	12	12
Herzinsuffizienz	0	2	5	1	2	3	4	5	5	6	8	8	7	9	9	9
Rausch- und Suchtmittel	0	1	0	6	14	25	12	15	24	5	6	8	2	3	3	3
Herzinfarkt	0	1	0	1	1	1	3	3	2	4	4	3	4	3	2	2

Quelle: BGEK 2012 hochgerechnet auf die Bundesbevölkerung am Jahresende 2011.
Anmerkung: I = informelle Pflege; D = formell-ambulante Pflege; H Pflegeheim

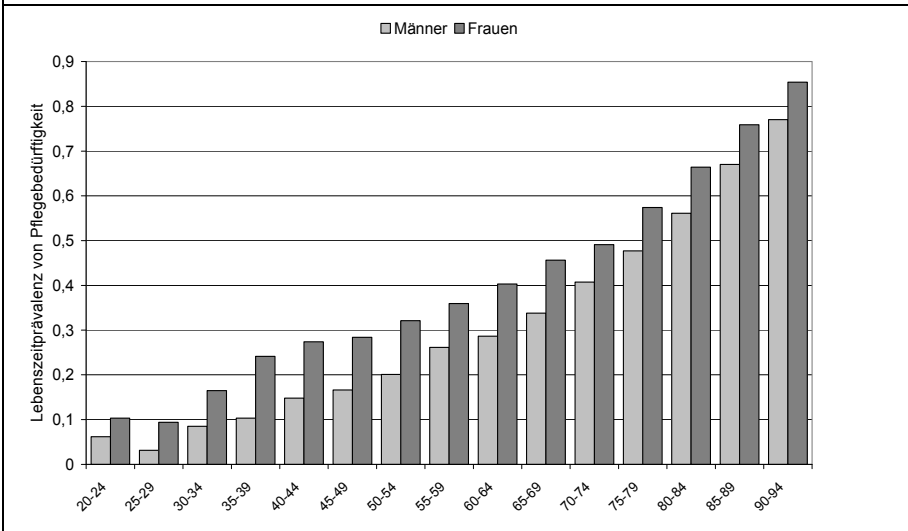
Höhere Prävalenzen im Heim finden sich auch bei Dekubitalulcera, Fehl- und Mangelernährung oder Lähmungen. Teilweise finden sich im Heim auch verringerte Diagnosehäufigkeiten. Dies gilt für Sensibilitätsstörungen, für starke Seh- und Hörbehinderungen, für erhöhtes Komplikationsrisiko, für Krebs, für Schlaganfall und Herzinfarkt. Mögliche Ursachen hierfür sind schon erwähnt.

Werden die Diagnosen zum Zeitpunkt der Pflegeinzidenz mit den Diagnosen im Zeitraum ab dem zweiten Monat der Pflegebedürftigkeit verglichen, zeigen sich einige Unterschiede. Einige Diagnosen zeigen sich als Ursache für den Pflegeeintritt, verlieren dann aber etwas ihrer Bedeutung mit der Pflegedauer, bei anderen ist es umgekehrt: Demenzen und andere Störungen sind bei fortdauernder Pflegebedürftigkeit häufiger als im Monat der Pflegeinzidenz. Dies trifft in den meisten Alterskategorien auch bei Lähmungen, Epilepsie, Entwicklungsstörungen und Intelligenzminderung zu. Deren größere Bedeutung in höheren Altersklassen ist auch darauf zurückzuführen, dass es sich hierbei um progrediente Krankheiten handelt. Die insbesondere im Fokus der Pflege stehenden Diagnosen sind die Fehl- und Mangelernährung, Störungen im Flüssigkeits- und Elektrolythaushalt, Dekubitalulcera, Inkontinenz und auch Immobilität. Hier zeigt sich für die fortdauernd Pflegebedürftigen eine geringere Prävalenz als für die Inzident pflegebedürftigen Versicherten.

5.3 Die Lebenszeitprävalenz von Pflegebedürftigkeit

Die individuelle und gesellschaftliche Bedeutung des Pflegerisikos wird besonders deutlich, wenn die Wahrscheinlichkeit betrachtet wird, *überhaupt jemals* im Leben pflegebedürftig zu werden (Lebenszeitprävalenz). Reine Querschnittsbetrachtungen können demgegenüber leicht dazu führen, das Pflegerisiko zu unterschätzen. So sind derzeit nur 3% der Bevölkerung pflegebedürftig. Der Anteil der Pflegebedürftigen an den 16,9 Mio. Personen, die 65 Jahre und älter sind und damit in besonderem Maße dem Risiko einer Pflegebedürftigkeit ausgesetzt sind, liegt auch „nur“ bei 21%. Die Gesamtlebenszeitprävalenz zeigt dagegen realistisch an, wie groß das Risiko insgesamt ist, jemals im Laufe seines Lebens pflegebedürftig zu werden, und unterstreicht damit die gesellschaftliche Bedeutung des Pflegerisikos.

Abbildung 32: Lebenszeitprävalenz der Todesfälle nach Altersgruppen



Quelle: Quelle: Routinedaten vormals GEK-Versicherter

Für diese Analyse wurden die Todesfälle der GEK dahingehend retrospektiv ausgewertet, ob sie jemals vor dem Tod ambulante oder stationäre Pflegeleistungen in Anspruch genommen habe. Im Unterschied zu früheren Untersuchungen (Rotgang et al. 2010; 2011b) wurden *alle* Altersjahre in die Berechnung mit einbezogen, sowie die *Mitversicherten* ausgeschlossen.⁶³

Wie hoch die Lebenszeitprävalenz insgesamt ist, hängt insbesondere davon ab, in welchem Alter gestorben wird. In Abbildung 32 wird daher zunächst die Altersabhängigkeit der Lebenszeitprävalenz untersucht. Dabei zeigt sich ein deutlicher, sich beschleunigender Anstieg mit dem Alter, wobei die Anteilswerte bei den Frauen leicht über denen der Männer liegen. Von den Personen, die im Alter 20-29 versterben, sind „nur“ weniger als 10% jemals in ihrem Leben pflegebedürftig gewesen. Bei Versterbenden im Alter von 50-70 Jahren liegt der Anteil der Pflegebedürftigen an den Todesfällen schon bei 20-50%, und bei den über 80-Jährigen

⁶³ Durch den Ausschluss der Mitversicherten in überwiegend jüngeren Altersjahren liegen erst ab Alter 20 Sterbefälle vor, die in die Berechnung eingehen.

erhöht sich dieser Anteil sogar auf 55-85%. Wie groß die Wahrscheinlichkeit ist, *jemals* im Leben pflegebedürftig gewesen zu sein, ist damit in erster Linie vom erreichten Lebensalter abhängig.

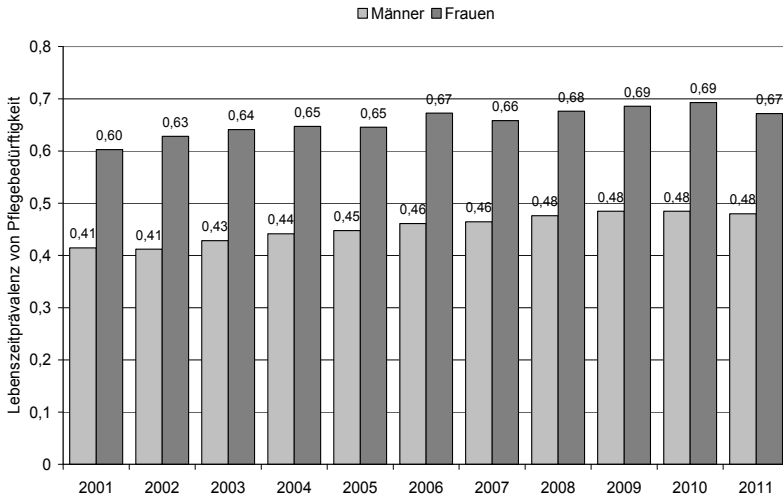
Letztlich ist die durchschnittliche Lebenszeitprävalenz über alle Sterbealter damit in erheblichem Maße auch von der Altersverteilung der Sterbefälle abhängig. In Abbildung 33 ist daher die Entwicklung der durchschnittlichen Lebenszeitprävalenz zwischen 2001 und 2011 auf die Altersverteilung der Sterbefälle in Deutschland im Jahr 2011 standardisiert.⁶⁴ Dadurch wird das stark schwankende Sterbealter in den pflegerelevanten Altersgruppen über die Jahre kontrolliert und die Entwicklung gibt Aufschluss darüber, ob sich die Wahrscheinlichkeit, vor dem Tod pflegebedürftig gewesen zu sein, *unabhängig von alterstrukturellen Entwicklungen*, erhöht oder vermindert.

Auffällig ist zunächst, dass die Lebenszeitprävalenz von Frauen deutlich höher ist, als die der Männer. Waren 2001 41% der verstorbenen Männer pflegebedürftig vor ihrem Tod, so waren es bei den Frauen schon 60%. Die Gründe hierfür liegen zum einen darin, dass Frauen in jedem Sterbealter eine höhere Lebenszeitprävalenz aufweisen als Männer (Abbildung 32). Zum anderen haben Frauen aber auch eine höhere Lebenserwartung. Dadurch gelangen mehr Frauen in ein höheres Lebensalter und sterben in höherem Alter und damit verbunden mit einer höheren Lebenszeitprävalenz.

Bei den Männern erhöht sich der Wert der altersstandardisierten Lebenszeitprävalenz bis 2008 auf dann 48%, bei den Frauen bis 2009 auf dann 69%. Danach wird ein Plateau erreicht bzw. sinkt die altersstandardisierte Lebenszeitprävalenz bei den Frauen sogar wieder geringfügig. Dies impliziert aber nicht, dass die Lebenszeitprävalenz insgesamt konstant bleibt, da die Bevölkerung altert und dieser Alterungseffekt die nicht altersstandardisierte Lebenszeitprävalenz wieder erhöht.

⁶⁴ Die Standardisierung an den Sterbefällen in Deutschland erlaubt zudem repräsentative Aussagen zur Lebenszeitprävalenz in Deutschland. Geringfügige Abweichungen gegenüber früheren Berechnungen (z.B. Rothgang et al. 2011b) beruhen auf unterschiedlichen Alterseingrenzungen sowie unterschiedlichen Referenzpopulationen zur Altersstandardisierung.

Abbildung 33: Pflegewahrscheinlichkeit der Todesfälle nach Jahr



Standardisiert auf die Altersverteilung der Sterbefälle in Deutschland im Jahr 2011.

Quelle: Routinedaten vormals GEK-Versicherter

Dabei ist allerdings zu beachten, dass diese Prävalenz schon aus logischen Gründen nicht immer weiter steigen kann: bereits heute wird jeder zweite Mann und werden zwei von drei Frauen pflegebedürftig.

5.4 Lebenserwartung in und ohne Pflegebedürftigkeit

Über die Lebenserwartung, die ohne bzw. in Pflegebedürftigkeit verbracht wird, ist zurzeit noch wenig bekannt, obwohl derzeit ca. 2,5 Mio. pflegebedürftige Menschen in Deutschland leben. Einige Studien, die bislang zur Lebenserwartung in und ohne Pflegebedürftigkeit vorliegen, sind 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 drei bislang vorliegenden deutschlandweiten Studien von Bickel (2001a) ist älteren Datums (sie bezieht sich auf das Jahr 1999) und beruht auf einer relativ groben Diffe-

renzierung in 5-Jahres-Altersgruppen. Die zweite Studie wurde im GEK-Pflegereport 2009 (Rothgang et al. 2009) vorgestellt. In ihr wird die periodenbezogene Lebenserwartung ohne bzw. in Pflegebedürftigkeit in Deutschland in der Periode 2000–2008 berechnet.

Darüber hinaus liegen Studien jüngerer Datums vor, in der die *Entwicklung* der Lebenserwartung in und ohne Pflegebedürftigkeit im Vergleich der Perioden 1999–2003 und 2004–2008 (Unger et al. 2011) bzw. 1999–2004 und 2005–2010 (Rothgang et al. 2011b) betrachtet wird.⁶⁵

In diesem Abschnitt wird ebenfalls untersucht, wie hoch die periodenbezogene Lebenserwartung ohne bzw. in Pflegebedürftigkeit in Deutschland ist, und welche *aktuelleren* Entwicklungen sich im Vergleich der Perioden 2002–2006 und 2007–2011 zeigen. Bei der Analyse steht vor allem im Vordergrund, ob – analog der Befunde der Studien zur Lebenserwartung in Gesundheit (vgl. Cambois & 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.

In Tabelle 36 sind die Ergebnisse der Berechnungen der Lebenserwartungen insgesamt und nach Pflegestufe, jeweils getrennt für Männer und Frauen sowie nach Erhebungszeitraum und verschiedene Altersjahre wiedergegeben. In Abbildung 34 bzw. Abbildung 35 sind darüber hinaus exemplarisch die den Berechnungen zugrunde liegenden Überlebensfunktionen ab Geburt für Männer und Frauen des Erhebungszeitraums 2007–2011 dargestellt.⁶⁶

⁶⁵ In den Studien wird – analog der Berechnung der allgemeinen Lebenserwartung – die Lebenserwartung in bzw. ohne Pflegebedürftigkeit periodenbezogen, also im Querschnitt, berechnet.

⁶⁶ Aufgrund der geringen optischen Abweichungen gegenüber der Periode 2002–2006 wird auf eine eigene Darstellung der Kurven für 2002–2006 verzichtet. Für die Berechnungen siehe Unger et al. 2011.

Tabelle 36: Fernere Lebenserwartung im Alter x 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 2002–2006									
0	75,11	73,73	0,67	0,53	0,19	98,2	0,9	0,7	0,2
20	57,22	55,95	0,62	0,49	0,16	97,8	1,1	0,9	0,3
40	38,32	37,09	0,61	0,48	0,14	96,8	1,6	1,3	0,4
60	20,76	19,5	0,62	0,5	0,15	93,9	3	2,4	0,7
70	13,16	11,85	0,64	0,52	0,15	90,1	4,8	4	1,1
80	7,12	5,74	0,68	0,56	0,15	80,5	9,5	7,8	2,1
90	3,23	1,81	0,71	0,57	0,15	55,9	22	17,5	4,7
Männer 2007–2011									
0	77,1	75,54	0,83	0,54	0,19	98	1,1	0,7	0,2
20	58,48	57,03	0,77	0,51	0,17	97,5	1,3	0,9	0,3
40	39,17	37,78	0,75	0,49	0,15	96,4	1,9	1,3	0,4
60	21,41	20	0,77	0,5	0,15	93,4	3,6	2,3	0,7
70	13,81	12,36	0,78	0,52	0,15	89,5	5,7	3,8	1,1
80	7,45	5,95	0,81	0,54	0,14	79,9	10,8	7,3	1,9
90	3,47	1,95	0,78	0,6	0,14	56,2	22,5	17,2	4,1
Frauen 2002–2006									
0	80,69	78	1,33	0,98	0,37	96,7	1,7	1,2	0,5
20	62,55	59,93	1,31	0,96	0,35	95,8	2,1	1,5	0,6
40	43,21	40,61	1,31	0,95	0,34	94	3	2,2	0,8
60	24,59	21,94	1,33	0,97	0,35	89,3	5,4	3,9	1,4
70	15,87	13,18	1,35	0,99	0,36	83,1	8,5	6,2	2,2
80	8,58	5,83	1,34	1,03	0,38	68	15,6	12	4,4
90	3,93	1,56	0,97	1	0,41	39,7	24,6	25,4	10,3
Frauen 2007–2011									
0	82,55	79,67	1,53	0,97	0,38	96,5	1,9	1,2	0,5
20	63,87	61,08	1,49	0,94	0,37	95,6	2,3	1,5	0,6
40	44,26	41,51	1,48	0,93	0,35	93,8	3,3	2,1	0,8
60	25,36	22,58	1,48	0,94	0,35	89,1	5,9	3,7	1,4
70	16,58	13,78	1,5	0,95	0,36	83,1	9	5,7	2,2
80	8,93	6,12	1,47	0,96	0,37	68,6	16,5	10,7	4,2
90	3,95	1,49	1,14	0,93	0,39	37,7	28,9	23,5	9,9

Abbildung 34: Überlebende Männer der Jahre 2007–2011 ab Geburt, differenziert nach Pflegebedürftigkeit

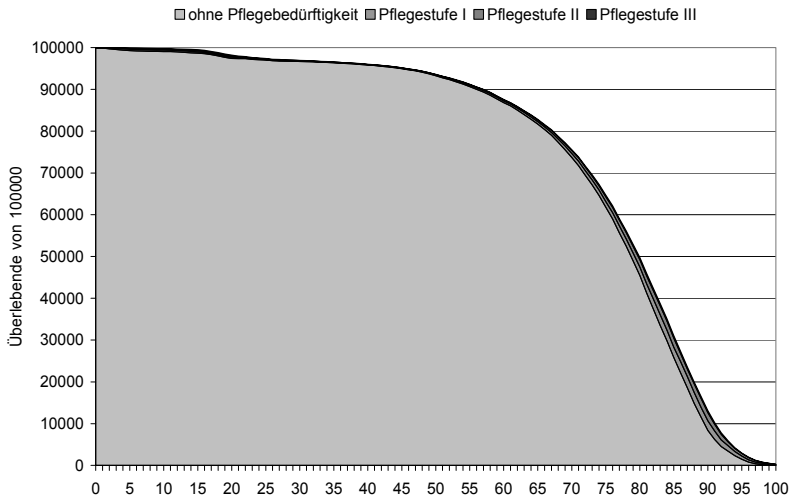


Abbildung 35: Überlebende Frauen der Jahre 2007–2011 ab Geburt, differenziert nach Pflegebedürftigkeit

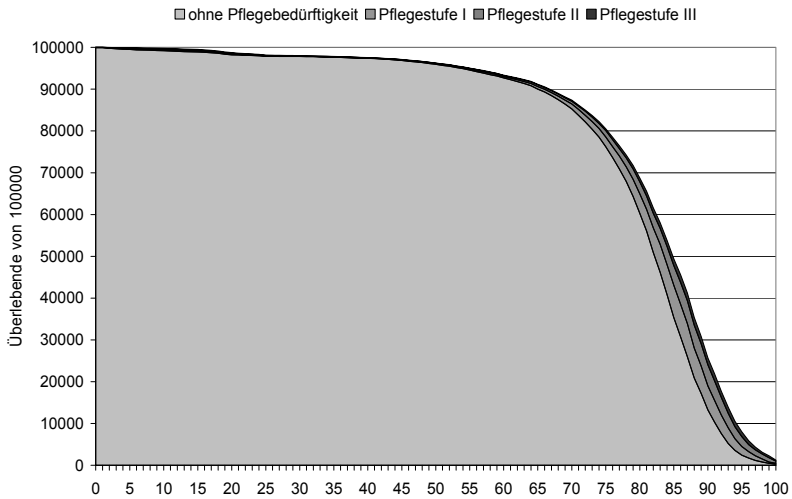
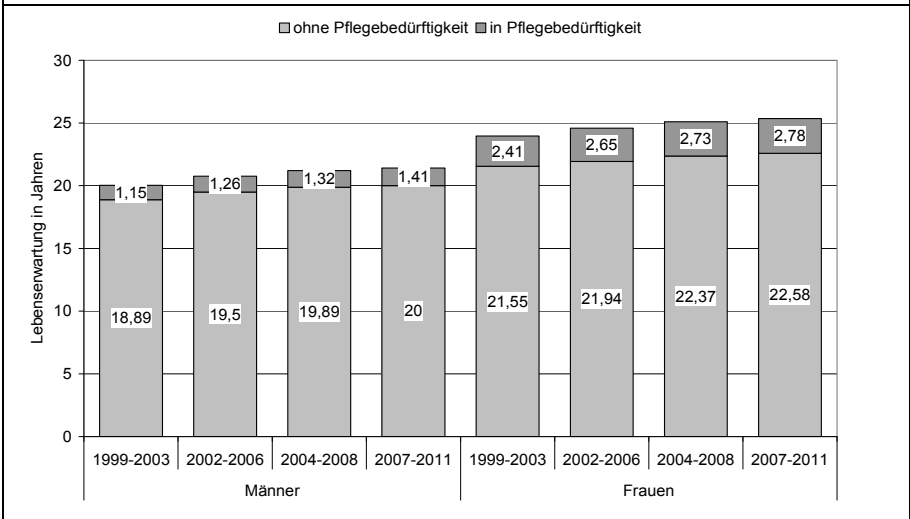


Abbildung 36: Entwicklung der Lebenserwartung ab Alter 60 nach Pflegebedürftigkeit

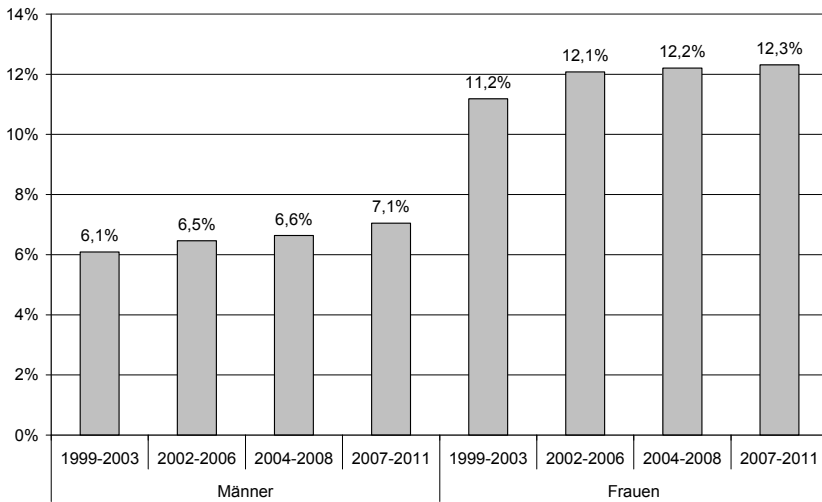


Quelle: Tabelle 36; Rothgang et al. 2010

Zunächst kann festgehalten werden, dass in der Periode 2002–2006 mit 73,73 von 75,11 Jahren, also mit 98,2% der weitaus größte Anteil der Lebenserwartung bei den *Männern* bei Geburt frei von Pflegebedürftigkeit verbracht wird. Dem stehen 1,39 Jahre gegenüber, die in Pflegebedürftigkeit erlebt werden. Davon entfallen 0,67 Jahre auf die Pflegestufe I, 0,53 Jahre auf Pflegestufe II und 0,19 Jahre auf die Pflegestufe III. Insgesamt entfallen die meisten Lebensjahre in Pflegebedürftigkeit auf die Pflegestufe I, gefolgt von Pflegestufe II und schließlich von Pflegestufe III. Da Pflegebedürftigkeit in erster Linie in den höheren Altersjahren auftritt, nimmt der Anteil der (ferneren) Lebensjahre ohne Pflegebedürftigkeit mit dem Alter ab und beträgt beispielsweise im Alter 80 in der Periode 2002–2006 nur noch 80,5%.

Für *Frauen* ergibt sich in der Periode 2002–2006 eine Lebenserwartung bei Geburt von 80,69 Jahren. Davon sind 78 Jahre frei von Pflegebedürftigkeit, 2,69 Jahre (=3,3% der Lebenserwartung bei Geburt) werden in Pflegebedürftigkeit verbracht. Die Lebenserwartung der Frauen ist damit 5,58 Jahre höher als die der Männer. Allerdings verbringen Frauen auch durchschnittlich 1,3 Jahre länger in Pflegebedürftigkeit als Männer.

Abbildung 37: Entwicklung des Anteils der in Pflegebedürftigkeit verbrachten Restlebenszeit ab dem Alter 60



Quelle: Tabelle 36; Rothgang et al. 2010

Aus diesem Grund übersteigt ihre Lebenserwartung ohne Pflegebedürftigkeit die der Männer nur um 4,27 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 und erhöhen sich anteilig an der Lebenserwartung insgesamt mit Erreichen höherer Altersjahre.

Betrachtet man die *Entwicklung* der Lebenserwartung bei Geburt zwischen den beiden hier untersuchten Perioden, dann steigt diese bei den *Männern* von 75,11 Jahre in der Periode 2002–2006 auf 77,1 Jahre in der Periode 2007–2011 und damit um 2,56% an. Gleichzeitig zeigt sich, dass sich die Lebenserwartung ohne Pflegebedürftigkeit von 73,73 Jahre auf 75,54 Jahre erhöht hat. Die männliche Bevölkerung in Deutschland wird demnach nicht nur älter, sondern es werden zusätzlich auch mehr „gesunde“ Lebensjahre erlebt. Dieser Anstieg der Lebenserwartung ohne Pflegebedürftigkeit fällt jedoch mit 2,45% etwas geringer als bei der Lebenserwartung insgesamt aus. In der Folge reduziert sich dadurch auch der An-

teil der Lebenserwartung ohne Pflegebedürftigkeit an der Lebenserwartung insgesamt. Dieser Betrag in der Periode 2002–2006 98,2% und in der Periode 2007–2011 98%. Bezogen auf die Lebenserwartung in Pflegebedürftigkeit entspricht dies einem Anstieg von 1,39 Jahre in der Periode 2002–2006 auf 1,56 Jahre in der Periode 2007–2011. 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.⁶⁷

Bei den *Frauen* zeigt sich im Wesentlichen ein ähnliches Bild: Für die Frauen hat sich die Lebenserwartung bei Geburt insgesamt von 80,69 Jahren um 2,3% auf 82,55 Jahre erhöht, während die Lebenserwartung ohne Pflegebedürftigkeit etwas geringer von 78 Jahren um 2,1% auf 79,67 Jahre gestiegen ist. Der Anteil der Lebenserwartung ohne Pflegebedürftigkeit an der Lebenserwartung fällt damit minimal von 96,7% in der Periode 2002–2006 auf 96,5% in der Periode 2007–2011. Die Zahl der Lebensjahre in Pflegebedürftigkeit hat sich zwischen den beiden Perioden entsprechend von 2,68 Jahre auf 2,88 Jahre erhöht.

Ob es im Zeitverlauf zu einer Kompression der Pflegebedürftigkeit auf einen kürzeren Abschnitt vor dem Tod kommt, wird besonders bei der Betrachtung längerer Zeiträume und dann, wenn die Restlebenserwartung der Altenbevölkerung betrachtet wird, deutlich. Dazu wurden die hier durchgeführten Berechnungen um die Ergebnisse einer früheren Studie (Rothgang et al. 2011b) ergänzt (Abbildung 32). So stieg die Lebenserwartung *ohne* Pflegebedürftigkeit im Alter 60 bei den Männern (Frauen) von 18,89 (21,55) Jahren in der Periode 1999–2003 auf 20 (22,58) Jahre in der Periode 2007–2011 und damit um 5,9% (4,8%). Die zu erwartenden Lebensjahre *in* Pflegebedürftigkeit stiegen hingegen bei den Männern (Frauen) von 1,15 (2,41) Jahren in der Periode 1999–2003 auf 1,41 (2,78) Jahre in der Periode 2007–2011 und damit sogar um 22,6% (15,4%), also drei- bis viermal

⁶⁷ Auch bei Betrachtung höherer Altersjahre kann keine Kompression von Pflegebedürftigkeit festgestellt werden (Rothgang et al. 2010, S.127ff.).

so stark.⁶⁸ Den damit einhergehend steigenden Anteil der in Pflegebedürftigkeit verbrachten Restlebenszeit verdeutlicht Abbildung 37: Lag er bei den Männern in der Periode 1999-2003 noch bei 6,1%, ist er bis zur Periode 2007-11 auf 7,1%, also um 16% des Ausgangswertes gestiegen. Bei den Frauen liegt dieser Anteil höher. Im Vergleich der beiden betrachteten Perioden ist er aber ebenfalls gestiegen, und zwar um 10% des Ausgangswertes, von 11,2% auf 12,3%.

5.5 Wie lange dauert eine Pflegebedürftigkeit?

Die in Pflegebedürftigkeit verbrachten Zeiten erhöhen sich natürlich, wenn nicht die Gesamtbevölkerung zugrunde gelegt wird, sondern nur diejenigen, die in ihrem Leben überhaupt einmal pflegebedürftig werden. Wie lang ist also die Überlebenszeit, wenn die Pflegebedürftigkeit erstmalig eingetreten ist und durch welche Faktoren wird diese Dauer beeinflusst? Um diesen Fragen nachzugehen, werden nachstehend die Überlebensfunktionen ab Eintritt in die Pflegebedürftigkeit im Längsschnitt⁶⁹ nachgezeichnet, wobei nach Alter, Geschlecht, Pflegestufe und Pflegeleistung unterschieden wird. Die Überlebensfunktionen geben jeweils an, wie groß der Anteil derer ist, die bis zum jeweils betrachteten Zeitpunkt noch am Leben sind. Als Maßzahl der zentralen Tendenz wird dabei die Zeit angegeben, zu der 50% der jeweiligen Population verstorben ist.⁷⁰

In Abbildung 38 sind zunächst die Überlebensfunktionen für pflegebedürftige Männer und Frauen getrennt berechnet. Während die Sterblichkeit in den ersten Monaten, insbesondere bei Männern, sehr hoch ist, nimmt sie im weiteren Verlauf der Pflegebedürftigkeit immer weiter ab. Gleichzeitig liegt die Überlebens-

⁶⁸ Da hier Durchschnittswerte betrachtet werden, also auch diejenigen, die zeitlebens nie pflegebedürftig werden, in die Berechnung eingehen, kann aus der Ausweitung der Lebensjahre in Pflegebedürftigkeit, nicht automatisch auf eine Ausweitung *individueller* Pflegeverläufe geschlossen werden.

⁶⁹ Zur Problematik, Pflegeverläufe aus Querschnittsdaten zu generieren, vgl. Müller et al. 2010.

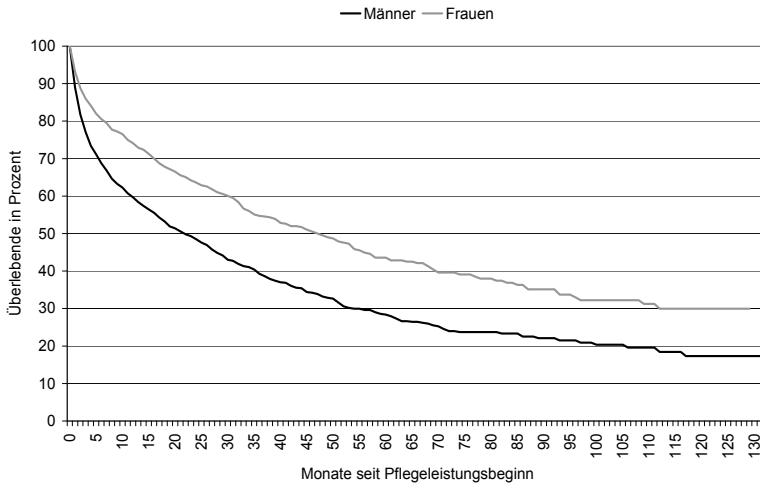
⁷⁰ Die Angabe der durchschnittlichen Überlebenszeit ist dagegen wenig sinnvoll, da es sich um eine sehr schiefe Verteilung handelt und vergleichsweise wenige Pflegebedürftige mit hohen Überlebenszeiten diesen Mittelwert nach oben verzerrten.

kurve der Frauen durchgängig deutlich über der der Männer. Im Ergebnis sind so 50% der Männer bereits nach 21 Monaten verstorben, während diese Marke bei den Frauen erst nach 47 Monaten, also nach mehr als der doppelten Zeit, erreicht wird. Eine Pflegebedürftigkeitsdauer von mehr als 10 Jahren weisen 20% der Männer und 30% der Frauen auf.

Diese Verläufe können nun weiter nach Alter und Geschlecht sowie nach Pflegearrangement und Pflegestufe differenziert werden. In Abbildung 39 sind die Überlebensfunktionen nach *Geschlecht* und zusätzlich nach dem *Eintrittsalter in die Pflegebedürftigkeit* differenziert. Mit höherem Eintrittsalter erhöht sich dabei die Sterblichkeit, mit der Folge, dass weniger Menschen überleben. So überleben nach 132 Monaten (11 Jahren) noch knapp 80% der 0-19-Jährigen, 60-70% der 20-39-Jährigen, 35-40% der 40-59-Jährigen, 15-25% der 60-79-Jährigen, aber lediglich 5-15% der über 80-Jährigen. Mit Ausnahme der Pflegebedürftigen, die im Alter von 0-19 Jahren pflegebedürftig geworden sind, überleben die weiblichen Pflegebedürftigen dabei durchgängig länger als die männlichen. So sind bei den männlichen Pflegebedürftigen mit einem Eintrittsalter von mindestens 80 Jahren 50% bereits nach 22 Monaten verstorben, während eine 50%ige Sterbequote bei den weiblichen Pflegebedürftigen erst nach 42 Monaten erreicht wird. Insgesamt ist in allen Altersgruppen die Sterblichkeit in den ersten Monaten nach Eintritt in die Pflegebedürftigkeit deutlich höher als im weiteren Verlauf, was vermutlich durch eine Risikoselektion erklärbar ist, nach der die "ungünstigen" Risiken eher versterben und die vergleichsweise "günstigen" Risiken zu einer niedrigeren Sterblichkeit im Zeitverlauf beitragen.

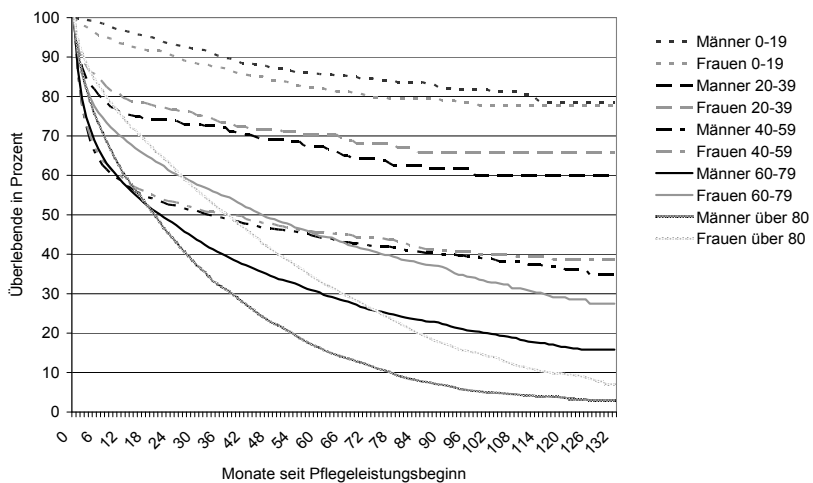
In Abbildung 40 sind die Pflegeverläufe nach den *Pflegeleistungen* differenziert, mit denen der Eintritt in die Pflegebedürftigkeit erfolgte. Hier ist deutlich zu erkennen, dass sich die Überlebensfunktionen der Pflegesachleistungsempfänger von denen der Empfänger stationärer Leistungen kaum unterscheiden. Beispielsweise sind von den Pflegesachleistungsempfängern nach 23 Monaten und bei den Empfängern stationärer Leistungen nach 25 Monaten bereits 50% verstorben. Bei den Geldleistungsempfängern hingegen ist die Hälfte erst nach 36 Monaten, d. h. ein Jahr später, verstorben.

Abbildung 38: Anteil der Überlebenden nach Pflegeeintritt in den Jahren 2000-2011 nach Geschlecht



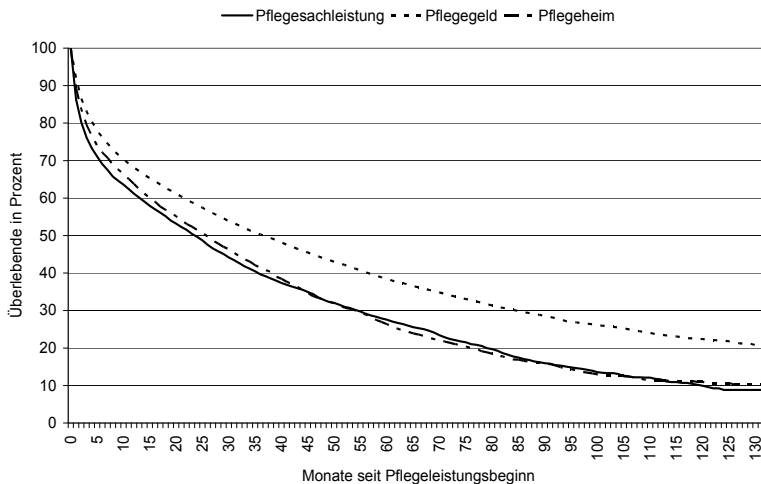
Quelle: Routinedaten vormals GEK-Versicherter

Abbildung 39: Anteil der Überlebenden nach Pflegeeintritt in den Jahren 2000-2011 nach Pflegeeintrittsalter und Geschlecht



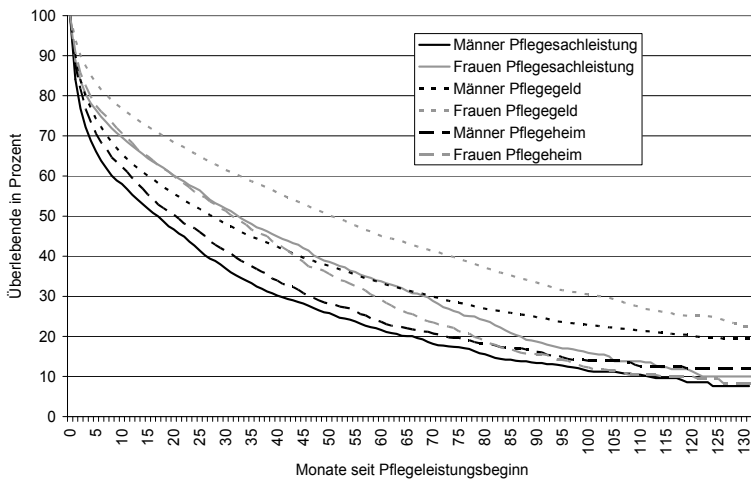
Quelle: Routinedaten vormals GEK-Versicherter

Abbildung 40: Anteil der Überlebenden nach Pflegeeintritt in den Jahren 2000-2011 nach Leistung



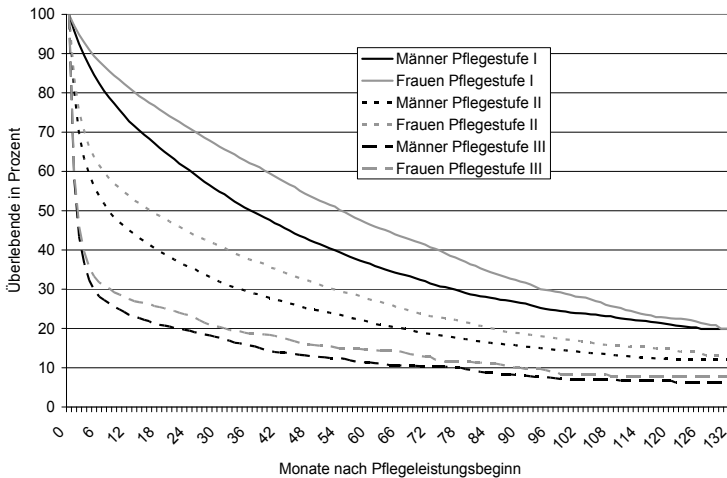
Quelle: Routinedaten vormals GEK-Versicherter

Abbildung 41: Anteil der Überlebenden nach Pflegeeintritt in den Jahren 2000-2011 nach Leistung



Quelle: Routinedaten vormals GEK-Versicherter

Abbildung 42: Anteil der Überlebenden nach Pflegeeintritt in den Jahren 2000-2011 nach Pflegestufe



Quelle: Routinedaten vormals GEK-Versicherter

Am längsten ist die Überlebenszeit, wenn die Pflege mit informeller Pflege beginnt (Pflegegeld). In dieser Gruppe enthalten sind in der Regel auch die Fälle mit geringeren körperlichen oder geistigen Einschränkungen. Die längere Lebenserwartung resultiert somit aus der geringeren gesundheitlichen Einschränkung und nicht aus dem Pflegearrangement. Ein weiterer Grund für die unterschiedlichen Überlebenszeiten liegt darin, dass die Pflegearrangements mit dem Alter korrelieren. So sind beispielsweise Pflegeheimbewohner deutlich älter als Pflegebedürftige im häuslichen Umfeld. Die geringeren Überlebensraten bei stationärer Pflege lassen sich daher zum Teil auch aus diesen Alterseffekten erklären.

Weiterhin unterscheiden sich die Pflegearrangements auch nach dem Geschlecht der Pflegebedürftigen. In Abbildung 41 sind die Pflegeverläufe neben den *Pflegeleistungen* deshalb zusätzlich nach *Geschlecht* differenziert. Auch hier zeigt sich bei allen Leistungen, dass die Überlebenskurven der Männer durchweg unterhalb derer der Frauen verlaufen, wobei die Überlebensraten für Männer bei der Pflegeleistung etwas niedriger sind als bei stationärer Pflege, während dies bei den Frauen genau umgekehrt ist.

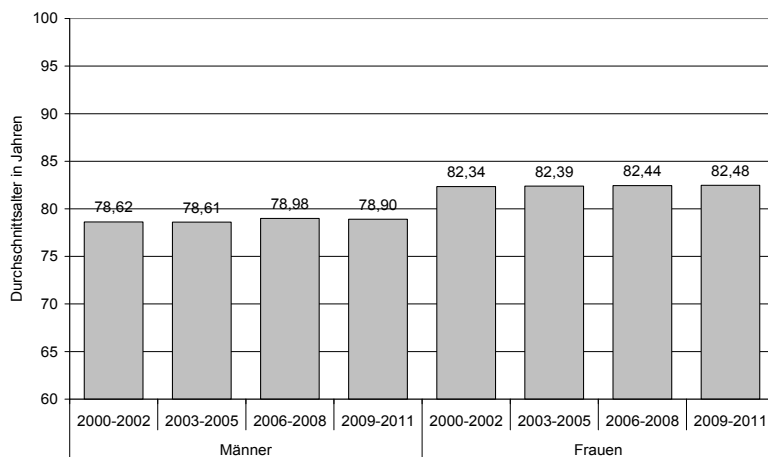
Deutlich gravierendere Unterschied, insbesondere in den ersten Monaten, zeigen sich, wenn nach den *Eingangspflegestufen* differenziert wird (Abbildung 42). Im sechsten Monat sind noch 84% (Männer) bzw. 89% (Frauen) der Pflegebedürftigen mit der Eingangspflegestufe I am Leben, mit Eingangspflegestufe II sind es noch 56% (Männer) bzw. 64% (Frauen) und mit Eingangspflegestufe III lediglich 30% (Männer) bzw. 33% (Frauen). Bereits nach einem halben Jahr sind somit $\frac{2}{3}$ aller Pflegebedürftigen, deren Pflegebedürftigkeit mit Pflegestufe III beginnt, verstorben. Bei den Pflegebedürftigen, die ihre Pflegebedürftigkeit mit Stufe II (Stufe I) beginnen, wird dieser Wert im 35-55. Monat (80-100. Monat) erreicht. Bemerkenswert erscheint auch, dass die Sterblichkeit in der höchsten Pflegestufe III anfänglich sehr hoch, danach aber im Vergleich zu den anderen Pflegestufen relativ niedrig ist. Werden in Pflegestufe III die ersten 2-4 Jahre überlebt, kann sich daran noch eine längere Phase der Pflegebedürftigkeit anschließen.

5.6 Immer älter und kränker ins Heim?

In der aktuellen pflegepolitischen Diskussion wird häufig die These vertreten, dass sich die Bewohnerstruktur von Pflegeheimen stark wandelt und Pflegeheime auf dem Weg sind, zu „Institutionen des Sterbens“ (Winter 2008) zu werden. Dies würde einen grundlegenden Wandel der stationären Langzeitpflege implizieren. Zu dieser These liegen zwar viele Erfahrungsberichte, aber nur wenige Studien vor. Die einschlägigste Untersuchung hierzu (Borchert & Rothgang 2007) nutzt nur einen relativ kurzen Beobachtungszeitraum von 2000 bis 2005, in dem die Autoren keine drastische Zunahme des Alters bei Heimeintritt feststellen. Offen bleibt in der Untersuchung auch, welchen Beitrag die demografische Alterung der Gesellschaft bei dieser Entwicklung spielt.

Nachfolgend werden daher Veränderungen in der Struktur der Heimbewohnerschaft analysiert. Als Indikatoren werden dazu das Alter, die anhand der Pflegestufen gemessene Morbidität und die Überlebensdauer der Heimbewohner herangezogen. Dabei wird sowohl auf die Inzidenz eingegangen, da diese schneller auf Veränderungen reagiert, als auch auf die Prävalenz, die auch die Bestandsfälle berücksichtigt und damit ein realistischeres Bild der aktuellen Situation liefert.

Abbildung 43: Durchschnittsalter bei Heimeintritt nach Geschlecht



Das Durchschnittsalter bezieht sich auf die Heimeintritte ab einem Alter von 60 Jahren.

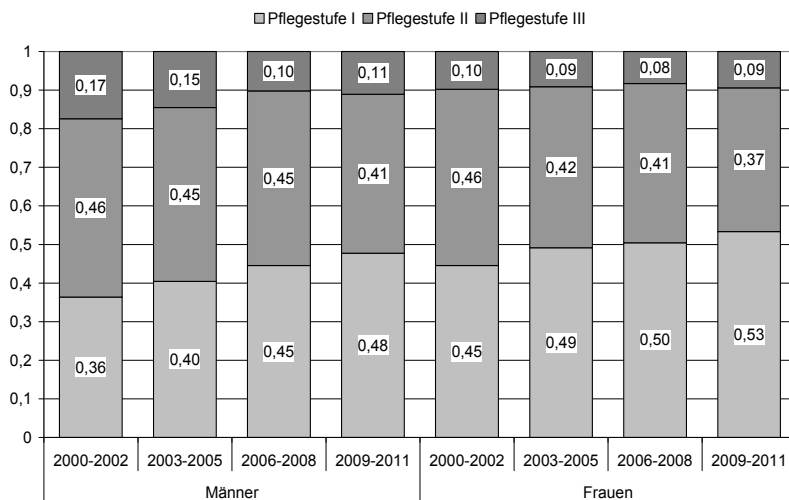
Quelle: Routinedaten vormals GEK-Versicherter

Für die hier interessierende Frage nach der Lebenswirklichkeit in Pflegeheimen steht zunächst die Frage nach dem *Ausmaß der Veränderung* im Vordergrund. Darauf aufbauend wird dann untersucht, inwieweit Veränderungen auf den demographischen Wandel, d. h. den sich ändernden Bevölkerungsaufbau zurückgeführt werden können.

Hinsichtlich der Veränderung des *Alters der Heimbewohner* sind in Abbildung 43 die Durchschnittsalter bei Heimeintritt im Zeitverlauf wiedergegeben, um die Entwicklung anhand eines einfachen Parameters zusammenzufassen. Insgesamt steigt das Durchschnittsalter bei den Männern von 78,62 Jahren in der Periode 2000-2002 auf 78,90 Jahren in der Periode 2009-2011 und damit nur minimal an. Auch das Durchschnittsalter der Frauen erhöht sich im gleichen Zeitraum nur sehr leicht, von 82,34 Jahren auf 82,48.

Als weiterer Indikator soll die gesundheitliche Verfassung betrachtet werden, in der die pflegebedürftigen Menschen in die stationären Pflegeheime gelangen. Veränderungen der Morbidität werden dabei indirekt über die *Verteilung der Pflegestufen* bei den Heimeintritten zwischen 2000 und 2011 untersucht.

Abbildung 44: Verteilung der Pflegestufen bei Heimeintritt nach Geschlecht



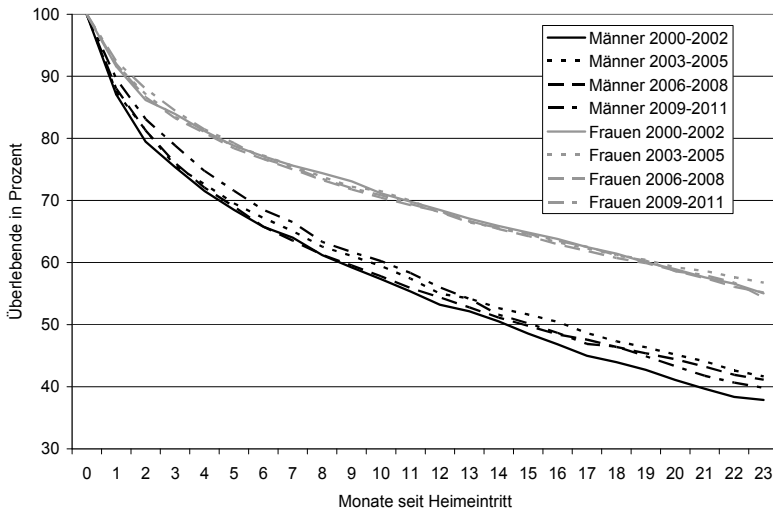
Die Heimeintritte werden ab 60 Altersjahren berücksichtigt.

Quelle: Routinedaten vormals GEK-Versicherter

Wie in Abbildung 44 zu sehen ist, verschiebt sich die Pflegestufenverteilung in Richtung niedrigerer Pflegestufen: Während bei den Männern 36 % (46 %, 17 %) der Heimeintritte in der Periode 2000-2002 in Pflegestufe I (II, III) erfolgen, erhöht (verringert) sich dieser Wert auf 48 % (41 %, 11 %) in der Periode 2009-2011. Bei den Frauen zeigt sich eine ähnliche Entwicklung. Eine Tendenz zur gesundheitlichen Verschlechterung lässt sich damit an dieser Stelle nicht nachweisen.

Bleibt als dritter Indikator die *Überlebensdauer* in der stationären Pflege. In Abbildung 45 wird zeigt die Überlebensfunktionen für die ersten 24 Monate nach dem erstmaligen Heimeintritt dargestellt. Bei den Männern zeigt sich, zumindest der Tendenz nach, eine geringfügige Abnahme der Sterblichkeit und damit verbunden, eine leichte Erhöhung des Anteils an Überlebenden im Zeitverlauf. Bei den Frauen lässt sich dagegen kein systematischer Zusammenhang zwischen den einzelnen Überlebensfunktionen erkennen, damit aber auch keine Verringerung der Überlebenszeiten (Abbildung 43).

Abbildung 45: Anteil der Überlebenden nach Heimeintritt im Zeitverlauf nach Geschlecht



Die Heimeintritte werden ab 60 Altersjahren berücksichtigt.

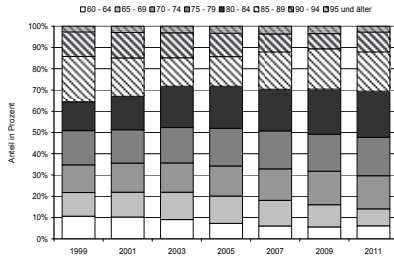
Quelle: Routinedaten vormals GEK-Versicherter

Bei der Betrachtung der inzidenten Fälle, also der Situation bei Heimeintritt, sollten Veränderungen besser erkennbar sein. Zu jedem Stichtag besteht die Heimbevölkerung aber aus neuen und alten Fällen. Um die aktuelle Situation abzubilden wird nachfolgend daher auf die Prävalenz von Pflegebedürftigkeit in der stationären Pflege Bezug genommen und untersucht, wie sich die Altersverteilung und das Durchschnittsalter im Pflegeheim entwickeln und ob Veränderungen in der Altersstruktur, also die Alterung der Gesellschaft, dafür verantwortlich gemacht werden können.

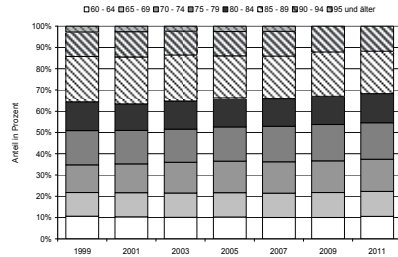
Wie Abbildung 46 zeigt, hat sich die Altersgruppe der 80-84-Jährigen Männer (die generell den größten Anteil an den männlichen Heimbewohnern stellen) über den 12-Jahres-Zeitraum erheblich vergrößert, wenn das entsprechende Berichtsjahr zugrunde gelegt wird. Wird hingegen die Pflegewahrscheinlichkeit jeder Altersgruppe auf ein Jahr, hier 1999, standardisiert, dann wird deutlich, dass sich die relativen Häufigkeiten über die Jahre hinweg nur wenig unterscheiden.

Abbildung 46: Pflegebedürftige Männer in Pflegeheimen nach Altersgruppen und Geschlecht

im Berichtsjahr



Standardisiert auf 1999¹⁾

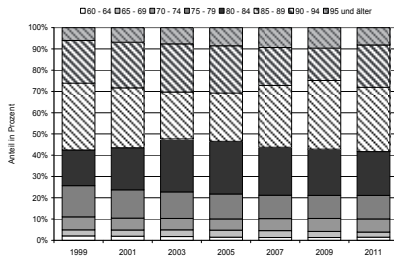


1) Für die Jahre 2009 und 2011 wurden die Prävalenzen für die Altersgruppen der 90-94-Jährigen und die der über 95-Jährigen zusammengefasst.

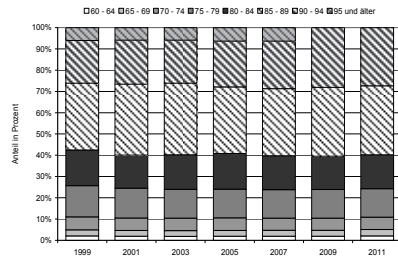
Quelle: Pflegestatistik 1999-2011

Abbildung 47: Pflegebedürftige Frauen in Pflegeheimen nach Altersgruppen und Geschlecht

im Berichtsjahr



Standardisiert auf 1999¹⁾



1) Für die Jahre 2009 und 2011 wurden die Prävalenzen für die Altersgruppen der 90-94-Jährigen und die der über 95-Jährigen zusammengefasst.

Quelle: Pflegestatistik 1999-2011

Die erkennbaren Veränderungen im Zeitverlauf sind weniger auf Veränderungen in den Wahrscheinlichkeiten zurückzuführen, in einem bestimmten Alter pflegebedürftig zu sein, als auf altersstrukturelle Veränderungen in der Bevölkerung in Deutschland im pflegerelevanten Alter.

Ähnliches gilt für die Frauen (Abbildung 47). Auch hier zeigen sich deutliche Veränderungen, wenn das entsprechende Berichtsjahr zugrunde gelegt wird. Wird

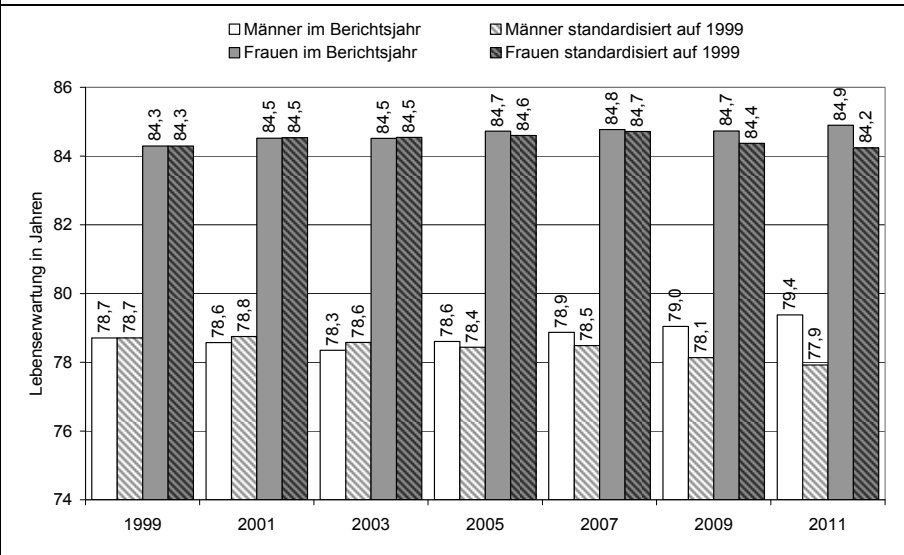
hingegen auf eine Standardbevölkerung (des Jahres 1999) standardisiert, dann zeigen sich auch hier ähnliche relative Häufigkeiten über die Zeit.

Entsprechend verändert sich das Durchschnittsalter der Heimbevölkerung (Abbildung 48). Bei den Männern (Frauen) steigt es von 78,7 (84,3) Jahre im Jahr 1999 auf 79,4 (84,9) Jahre im Jahr 2011.⁷¹ Während das Durchschnittsalter bei den Männern erst ab 2003 monoton – und dann bis 2011 um insgesamt mehr als ein Jahr – steigt, steigt es bei den Frauen über den gesamten Zeitraum, dafür insgesamt aber nur um 0,6 Jahre. Nach Altersstandardisierung beträgt das Durchschnittsalter bei den Männern (Frauen) „nur“ noch 77,9 (84,2) Jahre und liegt damit sogar noch leicht unter dem Ausgangswert von 1999. Auch die Veränderungen im Durchschnittsalter der Heimbevölkerung sind damit auf altersstrukturelle Veränderungen zurückführbar.

Insgesamt bestätigt sich damit die These von einer zunehmend älter und kränker werdenden Heimbevölkerung nicht: Zwar steigt das Durchschnittsalter der Heimbevölkerung an, aber nur in einem begrenzten Ausmaß, bei den Männern um 0,7 und bei den Frauen um 0,5 Jahre (Abbildung 48). Diese Anstiege resultieren bei den Männern zudem noch zum Teil auf einer längeren Überlebensdauer im Heim. Wird das Durchschnittsalter zum Zeitpunkt des Heimeintritts betrachtet, das von den Veränderungen in den Überlebensdauern nicht betroffen ist, verschwindet der Effekt fast vollständig. Männer sind beim Heimeintritt in den Jahren 2009-2011 um lediglich 0,28 Jahre älter als in den Jahren 2000-2002, und bei Frauen beläuft sich der Unterschied sogar nur auf 0,14 Jahre, also nicht einmal 2 Monate (Abbildung 44). Eine deutliche Verschiebung der Altersstruktur sieht sicherlich anders aus. Beim zweiten Indikator, der Überlebensdauer im Heim, zeigt sich bei den Männern sogar eine Verbesserung, während sich bei den Frauen keine nennenswerten Veränderungen ergeben (Abbildung 45).

⁷¹ Das Durchschnittsalter liegt damit durchgängig – und bei den Frauen merklich – über dem der Neuzugänge. Das ist darauf zurückzuführen, dass die im Pflegeheim überlebte Zeit bei der Berechnung des Durchschnitts für die Heimbewohner mit eingeht, bei der Berechnung des Zugangsalters aber nicht.

Abbildung 48: Durchschnittsalter der Heimbevölkerung



Quelle: Pflegestatistik 1999-2011

Beim dritten Indikator, der Pflegestufenstruktur, gibt es schließlich bei Männern und Frauen eine Verschiebung aus den höheren Pflegestufen in Pflegestufe I (Abbildung 44), die eher für eine Gesundheitsverbesserung in der stationären Pflege steht. Insgesamt finden sich damit keine überzeugenden Belege dafür, dass sich das Pflegeheim seit der Jahrtausendwende zum „Siechenheim“ bzw. zum „Sterbeheim“ verwandelt hat.

5.7 Pflegestufen und Leistungsbezug von PEA in häuslicher Pflege

Der in §§ 14-15 SGB XI normierte Pflegebedürftigkeitsbegriff stellt auf verrichtungsbezogene Hilfsbedürftigkeit als Definitionsmerkmal der Pflegebedürftigkeit ab. Um der damit verbundenen leistungsrechtlichen Engführung entgegenzutreten, wurden bereits in dem am 1.1.2002 in Kraft getretenen Pflegeleistungs-Ergänzungsgesetz (PflEG) vom 14.12.2001 (BGBl. I S. 3728) weitere Leistungsansprüche für Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz (PEA) geschaffen. Diese Leistungsansprüche auf besondere Betreuungsleistungen in am-

bulanter Pflege gemäß § 45b SGB XI wurden in dem am 1.7.2008 in Kraft getretenen Pflege-Weiterentwicklungsgesetz (PfWG) vom 28.5.2008 (BGBl. I S. 874) noch weiter ausgebaut und durch entsprechende Leistungen im stationären Bereich (§ 87b SGB XI) ergänzt. Auch vor dem Hintergrund der seit längerer Zeit geführten Diskussion um einen neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff (vgl. Abschnitt 3.2.1) wird nachfolgend untersucht, wie sich die Inanspruchnahme der zusätzlichen Betreuungsleistungen nach § 45b SGB XI entwickelt hat (vgl. hierzu auch Rothgang et al. 2011). Dazu werden zunächst die Veränderung der rechtlichen Rahmenbedingungen beschrieben (Abschnitt 5.7.1), um anschließend die Auswirkungen der gesetzlichen Maßnahmen auf die Inanspruchnahme zusätzlicher Betreuungsleistungen in der häuslichen Pflege durch verschiedene Subpopulationen darzustellen. In Abschnitt 5.7.2 wird dazu nach Pflegearrangements differenziert, und Abschnitt 5.7.3 zeigt die Inanspruchnahmen differenziert nach Pflegestufen. Im Fazit zur Inanspruchnahme zusätzlicher Betreuungsleistungen (Abschnitt 5.7.4) werden diese Entwicklungen zusammenfassend diskutiert.

5.7.1 Gesetzliche Berücksichtigung der PEA

Seit 1995 haben Pflegebedürftige Anspruch auf Pflegeleistungen aus der Pflegeversicherung. Viele Menschen bedürfen aber nicht (nur) der pflegerischen Leistungen, sondern sind auf Grund von demenziellen Erkrankungen oder anderen Störungen in ihrer Alltagskompetenz eingeschränkt und bedürften vor allem ständiger Betreuung. Demenziell erkrankte Menschen können beispielsweise sehr lange noch alle Dinge des täglichen Lebens selber verrichten, aber sie gefährden sich oder ihre Mitmenschen durch unachtsamen Umgang oder Vergesslichkeit. Die daraus resultierenden allgemeinen Betreuungsnotwendigkeiten wurden bei der Leistungsbemessung gemäß §§ 14f. SGB XI zunächst nicht explizit berücksichtigt.

Mit dem PfIEG wurde Jahre später 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 2001a). Im Jahr 2002 wurden mit dem PfIEG die *zusätzlichen Betreuungsleistungen*

gen nach § 45b SGB XI in das SGB XI aufgenommen, auf die seit dem 1. April 2002⁷² ein Leistungsanspruch besteht. Die mit dem Gesetz eingeführten zusätzlichen Betreuungsleistungen sind zweckgebundene Kostenerstattungen bei Inanspruchnahme von Tages- bzw. Nachtpflege, Kurzzeitpflege, Angeboten zugelassener Pflegedienste zur allgemeinen Anleitung und Betreuung oder niedrigschwelliger Betreuungsangebote (§ 45b SGB XI). Sie richten sich an PEA. Hierzu zählen gemäß § 45a SGB XI Pflegebedürftige im Sinne des SGB XI mit demenzbedingten Fähigkeitsstörungen, geistiger Behinderung oder psychischer Erkrankung, die einen erheblichen allgemeinen Betreuungs- und Beobachtungsbedarf haben. Zusätzlich zu den Betreuungs- und Beobachtungsbedarfen musste zunächst auch eine Pflegebedürftigkeit im Sinne der §§ 14-15 SGB XI vorliegen. Mit dem Inkrafttreten des PflEG zum 1. Juli 2008 ist dann eine Ausweitung des anspruchsberechtigten Personenkreises erfolgt. Seither können auch PEA, deren Hilfebedarf im Bereich der Grundpflege und hauswirtschaftlichen Versorgung die Schwelle für eine Pflegebedürftigkeit im Sinne des SGB XI nicht überschreitet („Pflegestufe 0“, vgl. Nakielski 2013), diese Leistungen in Anspruch nehmen.

Die maximalen Geldleistungen für zusätzliche Betreuungsleistungen wurden im PflEG zunächst auf 460€ pro Jahr festgelegt. Mit dem PflEG wurde der Anspruch auf einen monatlichen Anspruch geändert. Dieser beträgt seitdem 100€ als Grundbetrag bzw. 200€ als erhöhter Betrag. In der Jahressumme hat sich somit der Anspruch von 460€ auf 1.200€ (Grundbetrag) bzw. 2.400€ (erhöhter Betrag) gesteigert.

Mit dem PNG, dessen für die Leistungsausweitung relevanten Teile am 1.1.2013 in Kraft getreten sind, wurden die Leistungsansprüche nochmals ausgeweitet. Nunmehr können Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz in der „Pflegestufe 0“ erstmalig auch Pflegegeld und Pflegesachleistungen beziehen. Für PEA der Pflegestufe I und II erhöht sich das Pflegegeld und die Pflegesachleistung im Vergleich zu Pflegebedürftige ohne erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz

⁷² Die Übergangsregelung des § 122 SGB XI regelt, dass § 45b SGB XI erst ab 1.4.2002 in Kraft tritt wiewohl die Neuregelungen im SGB XI ansonsten zum 1.1.2002 in Kraft treten (Art. 6 Abs. 2 PflEG).

(§ 123 SGB XI). Diese Zuschläge gelten auch für die Verhinderungspflege nach § 39 SGB XI. Die Pflegesachleistung kann für PEA zudem jetzt auch für häusliche Betreuung eingesetzt werden (§ 124 SGB XI).

Der Effekt dieser Erweiterungen auf die Inanspruchnahmen kann mit den vorliegenden Daten derzeit noch nicht bewertet werden. Die nachfolgenden Auswertungen der Routinedaten der vormals GEK-Versicherten beschreiben daher nur die Effekte des PfIEG und des PFWG.

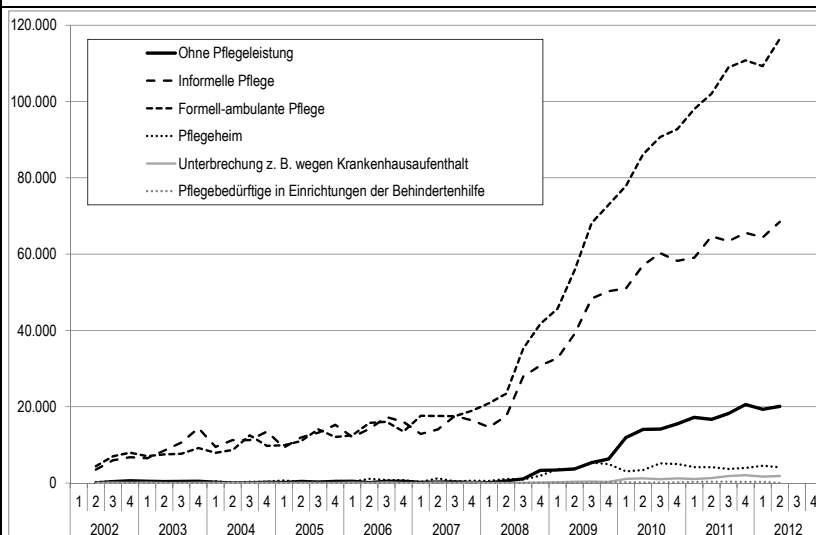
5.7.2 Zusätzliche Betreuungsleistungen und Pflegearrangements

Auf Basis der Routinedaten der vormals GEK-Versicherten werden Hochrechnungen auf die Bevölkerung in Deutschland vorgenommen. Abbildung 49 zeigt, wie sich die Zahl der Personen, die die zusätzlichen Betreuungsleistungen in Anspruch nehmen, seit ihrer Einführung entwickelt hat.⁷³

Im Einführungsjahr haben in keinem Quartal mehr als 16 Tsd. Personen die zusätzlichen Betreuungsleistungen in Anspruch genommen. Bis zum 2. Quartal 2008 ist diese Zahl dann langsam auf 43 Tsd. angestiegen. Erst mit der Ausweitung der Leistungen ab dem 3. Quartal 2008 ist es zu einem sprunghaften Anstieg der Zahl der Personen, die die zusätzlichen Betreuungsleistungen in Anspruch nehmen, gekommen. So lag die Zahl der Nutzer schon im 3. Quartal 2008 bei 65 Tsd. und stieg dann kontinuierlich weiter bis zum 4. Quartal 2011 auf 203 Tsd. Personen. Im Jahresmittel von 2007 (letztes Jahr vor der Reform und noch unbeeinflusst durch die Ankündigungseffekte des PFWG) lag die Zahl der Leistungsempfänger pro Quartal bei 34 Tsd., im 2. Quartal 2012 bei 211 Tsd. Die Fallzahl hat sich seit Ausweitung des Leistungsanspruchs damit versechsfacht.

⁷³ Die Ansprüche galten in der Zeit vom 1. April 2002 bis 30. Juni 2008 nur für Pflegebedürftige im Sinne der §§ 14-15 SGB XI. Die Zahl der Bezieher der zusätzlichen Betreuungsleistungen ohne Pflegeleistungen sollte bei null liegen. Allerdings sind die Leistungen nach § 45b SGB XI quartalsweise erhoben, aber den Pflegearrangements und Pflegestufen monatsweise zugeordnet. Dies führt im geringen Maße zu fehlerhaften Zuordnungen zu nicht anspruchsberechtigten Personen.

Abbildung 49: Personen mit zusätzlichen Betreuungsleistungen in Deutschland im jeweiligen Quartal der Jahre 2002–2012 – nach Pflegearrangements

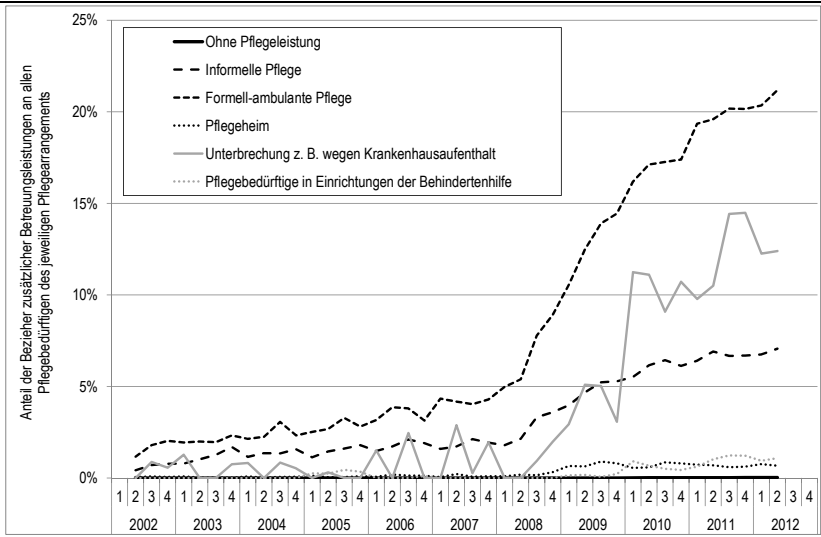


Quelle: Routinedaten vormals GEK-Versicherter; nach Alter und Geschlecht hochgerechnet auf die Bevölkerung in Deutschland in den jeweiligen Jahren

Anmerkung: Siehe Fußnote 73, S. 193

In der Zeit vor dem PfwG haben etwa gleich viele Pflegebedürftige mit informeller Pflege und mit formell-ambulanter Pflege zusätzlichen Betreuungsleistungen in Anspruch genommen. Ab der Einführung des PfwG ist aber die Zahl der Leistungsempfänger mit formell-ambulanter Pflege deutlicher angestiegen. Waren es bei beiden Pflegearrangements in den Jahren 2006 und 2007 um die 15 bis 18 Tsd. Personen, so stieg die Zahl der Leistungsbezieher von zusätzlichen Betreuungsleistungen mit informeller Pflege bis zum zweiten Quartal 2012 auf 68 Tsd. an, aber bei denjenigen mit formell-ambulanter Pflege sogar auf 116 Tsd. Seit Mitte 2008 besteht der Anspruch unabhängig von einer Pflegestufe. Seither ist auch die Zahl der Leistungsbezieher zusätzlicher Betreuungsleistungen, die sonst keine Pflegeleistungen in Anspruch nehmen von 3 Tsd. im 4. Quartal 2008 auf 20 Tsd. im 2. Quartal 2012 angestiegen. Die Zahl der Fälle mit Unterbrechungszeiten von Pflegeleistungen oder Zeiten in Einrichtungen der Behindertenhilfe ist vergleichsweise gering. Im zweiten Quartal 2012 sind es gerade einmal 2 Tsd. Personen.

Abbildung 50: Inanspruchnahme zusätzlicher Betreuungsleistungen im jeweiligen Quartal der Jahre 2002–2012 – nach Pflegearrangement

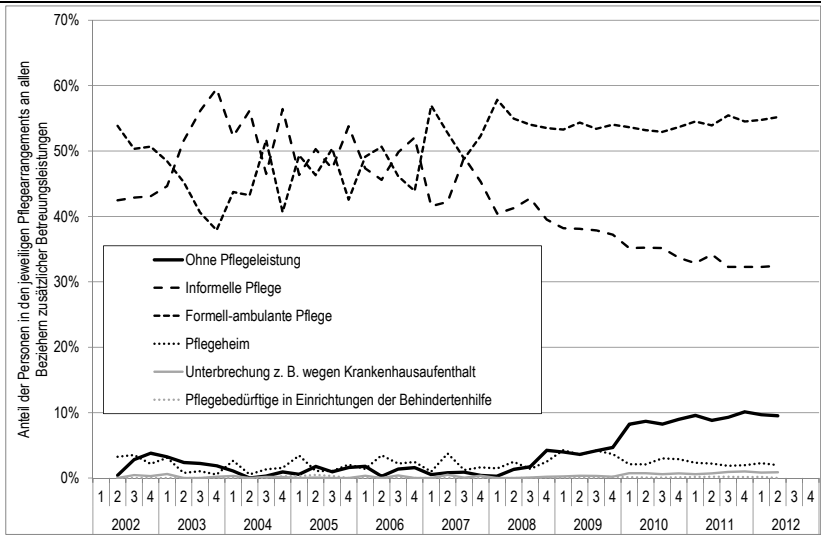


Quelle: Routinedaten vormals GEK-Versicherter; nach Alter und Geschlecht hochgerechnet auf die Bevölkerung in Deutschland in den jeweiligen Jahren

Anmerkung: Siehe Fußnote 73, S. 193

Von denjenigen, die – meist wegen eines Krankenhausaufenthalts – eine Unterbrechung im Leistungsbezug haben, nehmen über 10% zusätzliche Betreuungsleistungen in Anspruch (Abbildung 50). Bei Pflegebedürftigen in Einrichtungen der Behindertenhilfe spielen die zusätzlichen Betreuungsleistungen dagegen durchweg fast keine Rolle, und die Inanspruchnahmequote liegt bestenfalls bei rund 1%. In der Gruppe der Pflegebedürftigen mit informeller Pflege ist der Anteil der Leistungsbezieher zusätzlicher Betreuungsleistungen im Zeitraum von 2002 bis 2007 von unter 1% auf knapp 2% gestiegen. Bis zum zweiten Quartal 2012 folgte dann ein Anstieg auf 7%. Das Inanspruchnahmeniveau für Pflegebedürftige mit formell-ambulanter Pflege liegt im gesamten beobachteten Zeitraum deutlich höher. In der ersten Phase bis zum PFWG stieg der Anteil von knapp 2% im Jahr 2002 auf gut 4% im Jahr 2007, nach Inkrafttreten des PFWG dann aber bis auf 21% im zweiten Quartal 2012.

Abbildung 51: Pflegearrangements der Bezieher zusätzlicher
Betreuungsleistungen im jeweiligen Quartal der Jahre 2002–2012



Quelle: Routinedaten vormals GEK-Versicherter; nach Alter und Geschlecht hochgerechnet auf die Bevölkerung in Deutschland in den jeweiligen Jahren

Anmerkung: Siehe Fußnote 73, S. 193

In Abbildung 51 wird die Betrachtung nun umgekehrt und untersucht, wie sich die Bezieher zusätzlicher Betreuungsleistungen auf die Pflegearrangements verteilen. Durch diese Entwicklung der Fallzahlen hat sich auch der Anteil der Pflegebedürftigen mit informeller Pflege unter den Leistungsbeziehern von zusätzlichen Betreuungsleistungen verringert. Wegen der geringeren Fallzahlen schwanken die Anteilswerte für informelle und formell-ambulante Pflege in den Jahren 2002 bis 2007 merklich. Nach der Einführung des PfwG zeigt sich dann aber eine klare Entwicklungstendenz: Unter den Empfängern zusätzlicher Betreuungsleistungen liegt der Anteil der Pflegebedürftigen mit formell-ambulanter Pflege relativ konstant um 54%, der Anteil der Pflegebedürftigen mit informeller Pflege sinkt hingegen von über 40% auf 32%, während der Anteil der Personen ohne Pflegearrangement auf rund 10% steigt. Die Inanspruchnahme von Pflegesachleistungen erhöht somit auch die Inanspruchnahmequote der zusätzlichen Betreuungsleistungen.

gen. Dies dürfte insbesondere darauf zurückzuführen sein, dass Pflegedienste die PEA erst auf die Möglichkeit der zusätzlichen Betreuungsleistungen hinweisen und diese Angebote vermitteln.

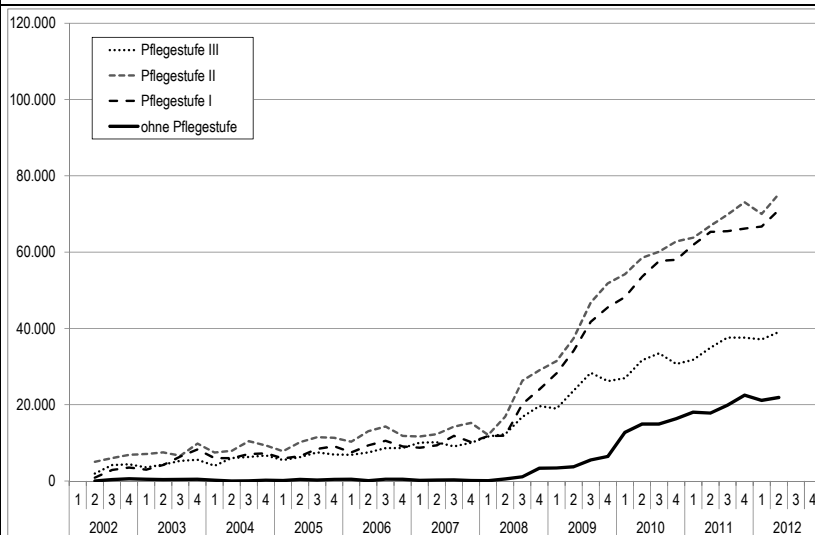
5.7.3 Zusätzliche Betreuungsleistungen und Pflegestufen

Verbunden mit demenziellen Erkrankungen und anderen psychischen Störungen ist auch eine tendenziell höhere Pflegestufe (siehe Abschnitt 5.2.3). Entsprechend ist mit einer höheren Pflegestufe auch eine höhere Wahrscheinlichkeit der Inanspruchnahme von zusätzlichen Betreuungsleistungen zu vermuten. Diese Hypothese kann anhand der Daten der Abbildung 52 geprüft werden.

Abbildung 52 zeigt die Anzahl der Personen, die zusätzliche Betreuungsleistungen in Anspruch nehmen differenziert nach Pflegestufe. Da Pflegeheimbewohner keinen Anspruch auf Leistungen nach § 45b SGB XI haben, sind sie bei der Auszählung nach Pflegestufen nicht berücksichtigt. Dies gilt ebenso für die Darstellung der Quoten der Leistungsbezieher innerhalb der Pflegestufen (Abbildung 53) wie für die Verteilung der Pflegestufen unter den Beziehern von zusätzlichen Betreuungsleistungen (Abbildung 54).

In jedem Quartal haben die meisten Personen mit zusätzlichen Betreuungsleistungen die Pflegestufe II (Abbildung 52). Im ersten Jahr sind es rund 5-7Tsd., während rund 3Tsd. (4Tsd.) Personen in Pflegestufe I (III) sind. Im ersten Quartal im Jahr 2008 sind alle drei Pflegestufen fast in gleichem Umfang unter den Leistungsempfängern zu finden. Jeweils rund 12Tsd. Personen haben Pflegestufe I, II oder III. Anschließend steigt aber die Zahl der Pflegebedürftigen mit Pflegestufe I und II deutlich stärker an als die Zahl der Pflegebedürftigen mit Pflegestufe III. Mit Pflegestufe I und II sind es im zweiten Quartal 2012 schließlich 71Tsd. bzw. 75Tsd., während der Wert für Pflegestufe III nur auf 39Tsd. wächst. Die Zahl derer ohne Pflegestufe ist bis zum zweiten Quartal 2012 auf über 20Tsd. angestiegen. Die Gesamtzahl der Leistungsbezieher zusätzlicher Betreuungsleistungen in häuslicher Pflege erreicht im zweiten Quartal 2012 207Tsd. Personen.

Abbildung 52: Personen mit zusätzlichen Betreuungsleistungen in Deutschland im jeweiligen Quartal der Jahre 2002–2012 – nach Pflegestufen

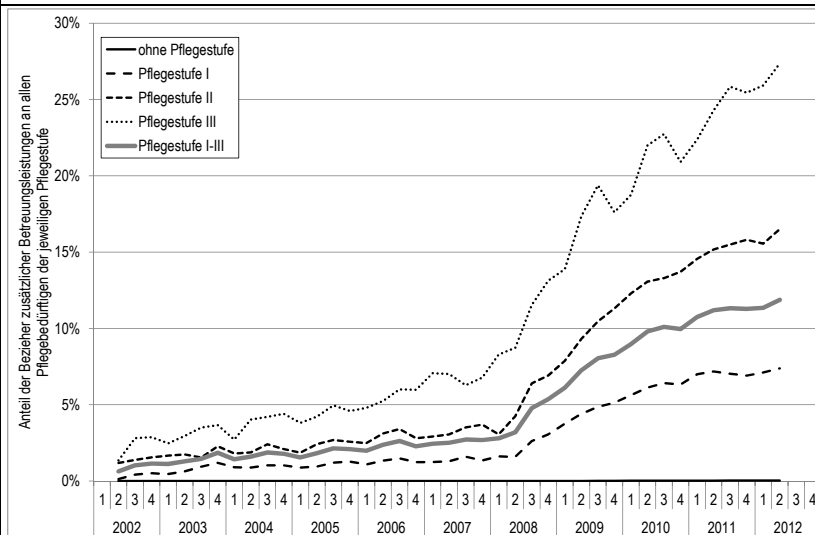


Quelle: Routinedaten vormals GEK-Versicherter; nach Alter und Geschlecht hochgerechnet auf die Bevölkerung in Deutschland in den jeweiligen Jahren

Anmerkung: Siehe Fußnote 73, S. 193

Der geringere Fallzahlenanstieg bei Pflegebedürftigen der Pflegestufe III ist insbesondere darauf zurückzuführen, dass die Zahl der Pflegebedürftigen in dieser Stufe insgesamt niedriger ist als in Pflegestufe I und II (vgl. Abschnitt 4.2.1). Um die Bedeutung der Inanspruchnahme zusätzlicher Betreuungsleistungen in den einzelnen Pflegestufen zu erfassen, ist in Abbildung 53 angegeben, wie hoch der Anteil der Leistungsempfänger in den jeweiligen Pflegestufen ist. Die Abbildung zeigt, dass die höchsten Inanspruchnahmequoten über den gesamten Zeitraum für die Pflegebedürftigen mit Pflegestufe III zu beobachten sind. Die zweithöchsten Quoten zeigen sich mit Pflegestufe II und mit Pflegestufe I weitaus niedrigere. Mit Pflegestufe III wird Ende 2011 schon eine Quote von mehr als 25% erreicht – Tendenz steigend. Mit Pflegestufe II ist immerhin eine Quote von über 15% erreicht – Tendenz ebenfalls steigend, und mit Pflegestufe I wird eine Quote von rund 7% erreicht – Tendenz stagnierend. Unter allen Pflegebedürftigen (Pflegestufe I-III) in informeller und formell-ambulanter Pflege steigt die Quote auf 12%.

Abbildung 53: Inanspruchnahmequote zusätzlicher Betreuungsleistungen im jeweiligen Quartal der Jahre 2002–2012 – nach Pflegestufen



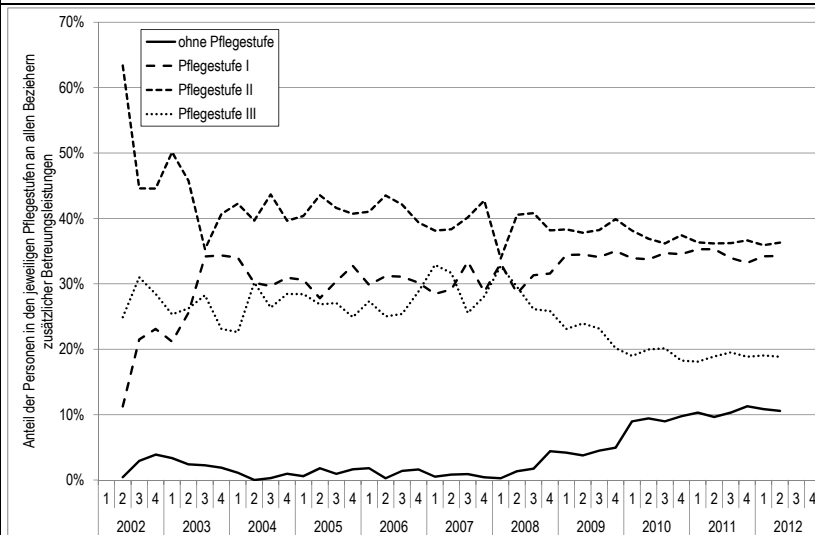
Quelle: Routinedaten vormals GEK-Versicherter; nach Alter und Geschlecht hochgerechnet auf die Bevölkerung in Deutschland in den jeweiligen Jahren

Anmerkung: Siehe Fußnote 73, S. 193

Die Quote derjenigen, die keine Pflegestufe haben, kann bei Weitem nicht so groß werden, da die Vergleichspopulation immens groß ist und alle Nicht-Pflegebedürftigen umfasst. Dennoch sind die Anteilswerte so hoch, dass signifikante Zahlen zuletzt schon auf der zweiten Stelle hinter dem Komma der Prozentangaben erscheinen. Ende 2008 waren 0,004% der nicht pflegebedürftigen Personen Leistungsbezieher von zusätzlichen Betreuungsleistungen. Im zweiten Quartal 2012 sind es 0,028%. Von rund Viertausend nicht pflegebedürftigen Personen ist also eine Person Leistungsempfänger zusätzlicher Betreuungsleistungen gemäß § 45b SGB XI.

Wird wiederum die Betrachtung umgekehrt und untersucht, welche Pflegestufen die Bezieher zusätzlicher Betreuungsleistungen haben, ergibt sich das in Abbildung 54 enthaltene Bild: In den Jahren 2002 bis 2007 war es prinzipiell noch nicht möglich, ohne *Pflegestufe* die zusätzlichen Betreuungsleistungen zu beziehen.

Abbildung 54: Pflegestufen der Bezieher zusätzlicher Betreuungsleistungen im jeweiligen Quartal der Jahre 2002–2012



Quelle: Routinedaten vormals GEK-Versicherter; nach Alter und Geschlecht hochgerechnet auf die Bevölkerung in Deutschland in den jeweiligen Jahren

Anmerkung: Siehe Fußnote 73, S. 193

Dass dennoch Leistungsempfänger ohne Pflegestufe ausgewiesen werden, ist auf die angesprochene Unschärfe in der Messung zurückzuführen und damit ein statistisches Artefakt. Ab dem zweiten Halbjahr 2008 ist dann aber die Möglichkeit gegeben, auch ohne Pflegestufe zusätzliche Betreuungsleistung zu beziehen. Ein merklich steigender Anteil der Personen ohne Pflegestufe wird aber erst 2010 deutlich. Ende 2008 lagen die Anteile der Leistungsbezieher ohne Pflegestufe an allen Leistungsbeziehern unter 2%. Im Jahr 2010 stieg er dann auf 9% und bis zum Jahr 2012 auf rund 11%.

Zuletzt ist die Gesamtzahl der Pflegebedürftigen in Pflegestufe III weniger stark gestiegen als die Zahl der Pflegebedürftigen mit Pflegestufe I und II (s. Abschnitt 4.2.1). Entsprechend sinkt auch der Anteil der Leistungsempfänger mit Pflegestufe III unter den Beziehern zusätzlicher Betreuungsleistungen. Der Rückgang des Anteils der Bezieher zusätzlicher Betreuungsleistungen mit Pflegestufe III nach In-

krafttreten des Pfwg fällt allerdings wesentlich deutlicher aus als der Rückgang des Anteils der Pflegebedürftigen in Pflegestufe III. Auch die Anteilswerte der Pflegebedürftigen mit Pflegestufe II unter den Beziehern von zusätzlichen Betreuungsleistungen gehen leicht zurück. Mit der Einführung des Pfwg ist der Anteil der Pflegebedürftigen mit Pflegestufe I hingegen zunächst sprunghaft gestiegen und stagniert nun bei ca. 34%.

5.7.4 Fazit zu den Inanspruchnahmen zusätzlicher Betreuungsleistungen

Mit Einführung der zusätzlichen Betreuungsleistungen und deren späteren Ausbau ist auf die Kritik einer unzureichenden Berücksichtigung des Betreuungsbedarfs und insbesondere der damit verbundenen strukturelle Benachteiligung von Menschen mit Demenz reagiert worden. Das Ausmaß der Inanspruchnahme dieser Leistungen liegt aber deutlich unter den möglichen Quoten. Allein der Anteil der demenziell erkrankten Menschen unter den Pflegebedürftigen im häuslichen Bereich von rund einem Drittel ließe eine durchaus höhere Quote erwarten, als sich schließlich mit 12% unter den Pflegebedürftigen zeigt. Dies kann einerseits an der Messmethode der Inanspruchnahme liegen. Diese weist schließlich die Inanspruchnahmen pro Quartal aus; der Anspruch kann aber aufgespart werden und sogar ins jeweils nächste Jahr übertragen werden. Somit kann es zu einer Unterschätzung der Quoten der Inanspruchnahme kommen. Dies kommt möglicherweise gerade in den ersten Jahren ab 2002 zum Tragen, da die jährliche Leistungssumme von 460€ auch schneller aufgebraucht ist als die Leistungssumme von 1.200€ bzw. 2.400€, die ab Mitte 2008 möglich ist. Die Quote der Inanspruchnahme kann auch deshalb nicht abschließend bewertet werden, weil die Kenntnisse über die bestehenden Ansprüche immer noch fehlen. Zudem gibt es aber auch einen großen Anteil Anspruchsberechtigter, die diese Leistungen nicht in Anspruch nehmen wollen (vgl. Rothgang et al. 2011b: 250).

Der Anstieg der Inanspruchnahme ist nur wenig durch eine veränderte Altersstruktur beeinflusst (Rothgang et al. 2011b: 214). Dies zeigt sich daran, dass sich die auf das Jahr 2008 standardisierten Werte kaum von den realen Werten unterscheiden. Der Anstieg der Inanspruchnahme ist also eher ein Resultat der steigenden Wahrnehmung und Akzeptanz dieser Leistungen, der möglicherweise auch

noch im Zusammenhang mit sich entwickelnden Versorgungsstrukturen steht. Welches davon nun die tatsächlichen Ursachen sind, lässt sich anhand der Routinedaten nicht feststellen. Allerdings ist von einem immer noch andauernden Einführungseffekt auszugehen.

Der Zugang zu den zusätzlichen Betreuungsleistungen gelingt Pflegebedürftigen mit Kontakt zum Pflegedienst besser als Pflegebedürftigen, die ausschließlich Pflegegeld erhalten. Dies zeigt sich insbesondere auch bei den deutlich höheren Steigerungsraten der Inanspruchnahmen durch Personen, die vom Pflegedienst versorgt werden. Mindestens drei Gründe können dafür eine Rolle spielen:

1. Der Pflegedienst kann besser beratend tätig sein und die Pflegebedürftigen auf die Möglichkeiten der zusätzlichen Betreuungsleistungen aufmerksam machen.
2. Der Anteil der demenziell Erkrankten ist unter den Pflegebedürftigen, bei denen der Pflegedienst hilft, größer als bei den Pflegegeldempfängern (siehe Abschnitt 5.2.3).
3. Die bei Pflegebedürftigen zum Teil verbreitete generelle Abneigung, Fremde an sich heranzulassen, verhindert in gleicher Weise die Inanspruchnahme von Pflegesachleistungen und zusätzlicher Betreuungsleistungen.

Der bestehende Pflegebedürftigkeitsbegriff wird dafür kritisiert, dass auf seiner Grundlage insbesondere Menschen mit Demenz nicht als pflegebedürftig im Sinne des SGB XI eingestuft werden. Dies kann anhand der vorstehenden Analysen nur zum Teil bestätigt werden. Von den Beziehern der zusätzlichen Betreuungsleistungen waren 2012 nur 11% ohne Pflegestufe. Wird nicht auf die Leistungsempfänger nach § 45b SGB XI, sondern auf die Leistungsberechtigten nach § 45a SGB XI abgestellt, erhöht sich dieser Anteilswert. Fast ein Viertel der bei der Erstbegutachtung positiv begutachteten PEA im ambulanten Bereich und knapp ein Achtel derer im stationären Bereich erhält keine Pflegestufe und gilt als nicht-pflegebedürftig im Sinne des SGB XI (siehe Abschnitt 4.4.3). Die Unterschiede in den Anteilen bei der Erstbegutachtung und den Anteilen in der Inanspruchnahme können verschiedene Gründe haben:

1. PEA ohne Pflegestufe könnten die Leistungen weniger annehmen.
2. PEA erhalten im weiteren Lebensverlauf doch noch eine Pflegestufe, die bei der Erstbegutachtung festgestellten Quoten verschieben sich also im Pflegeverlauf.
3. Feststellungen der PEA finden auch bei schon vergebener Pflegestufe bei Wiederholungsbegutachtungen statt.

Mit einem Anteilswert von fast 90% stammt der weit überwiegende Teil der Nutznießer zusätzlicher Betreuungsleistungen somit aus dem Kreis der auch vor dem PFWG bereits leistungsberechtigten Personen. Die unzureichende Erfassung von Demenz und anderen Störungen im derzeitigen Pflegebedürftigkeitsbegriff führt daher weniger dazu, dass PEA als nicht pflegebedürftig im Sinne des SGB XI angesehen werden, sondern insbesondere dazu, dass sie in eine zu niedrige Pflegestufe eingestuft werden. Der Großteil der Bezieher von zusätzlichen Betreuungsleistungen gilt aber als pflegebedürftig, würde aber unter Anwendung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs höher eingestuft werden.

6 Rehabilitation bei Pflegebedürftigkeit

"Reha vor Pflege" ist der Grundsatz, der das Verhältnis von Rehabilitation und Pflege im Sozialrecht prägt. § 5 SGB Abs. 1 SGB XI legt hierzu fest, dass Pflegekassen und Leistungsträger darauf hinzuwirken haben, „daß frühzeitig alle geeigneten Leistungen der Prävention, der Krankenbehandlung und zur medizinischen Rehabilitation eingeleitet werden, um den Eintritt von Pflegebedürftigkeit zu vermeiden.“ Der Vorrang bleibt aber auch nach Eintreten der Pflegebedürftigkeit bestehen: „Die Leistungsträger haben im Rahmen ihres Leistungsrechts auch nach Eintritt der Pflegebedürftigkeit ihre Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und ergänzenden Leistungen in vollem Umfang einzusetzen und darauf hinzuwirken, die Pflegebedürftigkeit zu überwinden, zu mindern sowie eine Verschlimmerung zu verhindern.“ (§ 5 Abs. 2 SGB XI).

Das bedeutet aber nicht, dass jeder Mensch zwangsläufig vor einer möglichen Pflegebedürftigkeit eine medizinische Rehabilitation bekommt. Es muss eine Reihe an Bedingungen erfüllt sein, damit eine Indikation zur medizinischen Rehabilitation besteht: 1.) Es muss eine Rehabilitationsbedürftigkeit vorliegen. Das heißt, die Selbstständigkeit im Alltag ist durch nicht nur vorübergehende Beeinträchtigungen der Aktivitäten bedroht oder eingeschränkt und kurative Maßnahmen sind nicht ausreichend. 2.) Andere Leistungen dürfen vor der Rehabilitation nicht medizinisch notwendig sein. 3.) Der Patient muss rehabilitationsfähig sein. 4.) Es muss eine positive Rehabilitationsprognose geben (MDS 2012a: 52).

Wie die Festlegungen zur Inanspruchnahme von medizinischen Rehabilitationen sich gestalten und entwickeln, wird in Abschnitt 6.1 beschrieben. Neben der Darstellung des rechtlichen Rahmens und seiner Entwicklung in Bezug auf medizinische Rehabilitation im Allgemeinen und im Zusammenhang mit Pflegebedürftigkeit im Besonderen werden auch die bisherigen wissenschaftlichen Erkenntnisse zum Zusammenhang von medizinischer Rehabilitation und Pflegebedürftigkeit kurz skizziert.

Im anschließenden Abschnitt 6.2 werden auf Grundlage der Routinedaten der BARMER GEK die Versorgungsverläufe bezüglich des Zusammenwirkens von medizinischer Rehabilitation und Pflege beleuchtet. Es wird dabei sowohl der Frage

nach dem Umfang nachgegangen als auch der Frage nach den Outcomes. In Abschnitt 6.3 werden die Ergebnisse zusammengefasst und diskutiert.

6.1 Institutioneller Rahmen und Wissensstand

Die rechtliche Rahmung der medizinischen Rehabilitation ist über verschiedene Sozialgesetzbücher verteilt. Abschnitt 6.1.1 beschreibt zunächst zusammenfassend die grundlegenden rechtlichen Vorgaben und Definitionen. In Abschnitt 6.1.2 werden die verschiedenen Formen der medizinischen Rehabilitation definiert. Unterschieden wird zwischen geriatrischer Rehabilitation und indikationsspezifischer Rehabilitation, sowie innerhalb dieser Formen die stationäre, ambulante und mobile Rehabilitation. In Abschnitt 6.1.3 wird schließlich der Forschungsstand bezüglich der Versorgung vor und bei Pflegebedürftigkeit beleuchtet.

6.1.1 Rechtliche Grundlagen

6.1.1.1 Anspruch auf Krankenbehandlung

Versicherte haben nach § 27 SGB V generell einen Anspruch auf Krankenbehandlung, wenn sie notwendig ist, um eine Krankheit zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern. Diese Krankenbehandlung umfasst auch Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und ergänzende Leistungen. Bei der Krankenbehandlung ist dabei besonders den speziellen Bedürfnissen psychisch kranker Menschen Rechnung zu tragen, insbesondere bei der Versorgung mit Heilmitteln und bei der medizinischen Rehabilitation (§ 27 Abs. 1 SGB V). Gerade unter den Pflegebedürftigen und bei den Versicherten an der Grenze zur Pflegebedürftigkeit sind diese psychischen – insbesondere dementiellen – Erkrankungen sehr häufig. Wenn ambulante Krankenbehandlungen nicht ausreichen, dann sind ambulante (§ 40 Abs. 1 SGB V) oder stationäre (§ 40 Abs. 2 SGB V) medizinische Rehabilitationen zu erbringen.

6.1.1.2 Rehabilitation – Behinderung – Pflegebedürftigkeit

Die medizinische Rehabilitation ist insgesamt darauf ausgerichtet, die *"Selbstbestimmung"* [von behinderten Menschen und von Behinderung bedrohten Men-

schen] und gleichberechtigte Teilhabe am Leben in der Gesellschaft zu fördern, Benachteiligungen zu vermeiden oder ihnen entgegenzuwirken" (§ 1 SGB IX). Die Leistungen der medizinischen Rehabilitation umfassen insbesondere: "1. Behandlung durch Ärzte, Zahnärzte und Angehörige anderer Heilberufe, soweit deren Leistungen unter ärztlicher Aufsicht oder auf ärztliche Anordnung ausgeführt werden, einschließlich der Anleitung, eigene Heilungskräfte zu entwickeln, 2. Früherkennung und Frühförderung behinderter und von Behinderung bedrohter Kinder, 3. Arznei- und Verbandmittel, 4. Heilmittel einschließlich physikalischer, Sprach- und Beschäftigungstherapie, 5. Psychotherapie als ärztliche und psychotherapeutische Behandlung, 6. Hilfsmittel, 7. Belastungserprobung und Arbeitstherapie" (§ 26 Abs. 2 SGB IX) sowie "1. Hilfen zur Unterstützung bei der Krankheits- und Behinderungsverarbeitung, 2. Aktivierung von Selbsthilfepotentialen, 3. mit Zustimmung der Leistungsberechtigten Information und Beratung von Partnern und Angehörigen sowie von Vorgesetzten und Kollegen, 4. Vermittlung von Kontakten zu örtlichen Selbsthilfe- und Beratungsmöglichkeiten, 5. Hilfen zur seelischen Stabilisierung und zur Förderung der sozialen Kompetenz, unter anderem durch Training sozialer und kommunikativer Fähigkeiten und im Umgang mit Krisensituationen, 6. Training lebenspraktischer Fähigkeiten, 7. Anleitung und Motivation zur Inanspruchnahme von Leistungen der medizinischen Rehabilitation" (§ 26 Abs. 3 SGB IX). Somit sind die einzelnen Bestandteile der Leistungen in vielen Teilen ähnlich der Krankentherapien. Die Zielsetzung der medizinischen Rehabilitation ist aber, die Selbstbestimmung und Teilhabe zu fördern. Der Rehabilitationbegriff basiert dabei mehr auf der Definition von Fähigkeitsstörungen der WHO, die der ICF (DIMDI 2005) zugrunde liegt, als auf einer Definition von Erkrankungen. Ziel der medizinischen Rehabilitation ist daher nicht die Heilung von Erkrankungen, sondern Aktivitäten zu erhalten bzw. wiederzuerlangen (BAR 2005: 129; MDS 2012: 17f.). Gemeint ist mit "Leistungen zur medizinischen Rehabilitation" immer eine komplexe interdisziplinäre Leistung, die in der GKV nach § 40 SGB V zu erbringen ist. Demgegenüber stehen Einzelleistungen (Heilmittel) die eine rehabilitative Zielsetzung haben können (MDS 2009a: 85).

Die Definition von Behinderung schließt pflegebedürftige Menschen mit ein und bezieht sich auf die Beeinträchtigung der Teilhabe des Menschen an der Gesell-

schaft (BMG 2009a). Das SGB IX, das SGB XI und das SGB V regeln die Notwendigkeit, Leistungen der Prävention oder Rehabilitation einzusetzen, um den Eintritt von Pflegebedürftigkeit zu vermeiden und auch nach Eintritt der Pflegebedürftigkeit mit Hilfe von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation (vor dem Einsatz von Pflegeleistungen) darauf hinzuwirken, Pflegebedürftigkeit zu überwinden, zu mindern sowie eine Verschlimmerung zu verhindern. Hierzu erbringen die Pflegekassen selber auch vorläufige Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, wenn eine sofortige Leistungserbringung erforderlich ist (u. a. § 26 SGB IX; §§ 5, 31, 32 SGB XI; § 11 Abs. 2 SGB V).

Rehabilitation vor Pflege und Rehabilitation bei Pflege sind somit Grundbausteine der medizinischen Versorgung in Deutschland. Die Leistungen zur Pflege und zur Teilhabe und zur medizinischen Rehabilitation haben das gemeinsame Ziel, die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft zu fördern (BMG 2009a).

6.1.1.3 Begutachtungen zur Indikation medizinischer Rehabilitation

Die Gutachter des Medizinischen Dienstes stellen als Umsetzung des genannten Grundsatzes seit 2008 im Rahmen der Begutachtung von Pflegebedürftigkeit auch fest, ob und in welcher Art und in welchem Umfang Maßnahmen zur Beseitigung, Minderung oder Verhütung einer Verschlimmerung der Pflegebedürftigkeit einschließlich der Leistung der medizinischen Rehabilitation geeignet, notwendig und zumutbar sind (§ 18 Abs. 1 SGB XI). Im Rahmen der Pflegebegutachtungen des MDK gehen die eventuellen Rehabilitationsempfehlungen nicht von einer pflegebegründenden Diagnose aus, sondern von den Beurteilungen der Fähigkeiten des Antragstellers in Bezug auf die Aktivitäten des täglichen Lebens (ATL) (MDS 2012).

Der MDK muss im Rahmen seiner Begutachtung feststellen, ob überhaupt eine Rehabilitation medizinisch angemessen ist. Dabei ist zu bewerten, ob eine Rehabilitationsbedürftigkeit vorliegt, ob eine Rehabilitationsfähigkeit gegeben ist, ob realistische alltagsrelevante Rehabilitationsziele formuliert werden können und ob es eine positive Rehabilitationsprognose gibt (MDS 2009a: 86ff.). Sind alle Kriterien erfüllt, wird eine Rehabilitationsindikation festgestellt und eine medizinische Rehabilitation empfohlen.

In diesem Fall muss auch entschieden werden, ob eine geriatrische oder eine indikationsspezifische Rehabilitation angezeigt ist. Zudem ist in den Rehabilitationsempfehlungen auch noch anzugeben, ob die Rehabilitation als ambulante, stationäre oder mobile Rehabilitation erbracht werden sollte (MDS 2009a: 137).

Die Feststellungen des MDK im Pflegegutachten stellen für die Pflegekassen eine wichtige Voraussetzung dar, um ihren Auftrag erfüllen zu können, bei den zuständigen Leistungsträgern darauf hinzuwirken, dass frühzeitig alle geeigneten Leistungen der Prävention, der Krankenbehandlung und zur medizinischen Rehabilitation eingeleitet werden.

6.1.1.4 Krankenkasse als Entscheidungsträger

Die Krankenkassen als Kostenträger der Rehabilitation entscheiden dann letztlich über Art, Dauer, Umfang, Beginn der Rehabilitation und die Rehabilitationseinrichtung. Das SGB V beschreibt die Verantwortung der Krankenkassen: *"Die Krankenkasse bestimmt nach den medizinischen Erfordernissen des Einzelfalls Art, Dauer, Umfang, Beginn und Durchführung der Leistungen nach den Absätzen 1 und 2 sowie die Rehabilitationseinrichtung nach pflichtgemäßem Ermessen; die Krankenkasse berücksichtigt bei ihrer Entscheidung die besonderen Belange pflegender Angehöriger. ... Leistungen nach den Absätzen 1 und 2 können nicht vor Ablauf von vier Jahren nach Durchführung solcher oder ähnlicher Leistungen erbracht werden, deren Kosten auf Grund öffentlich-rechtlicher Vorschriften getragen oder bezuschusst worden sind, es sei denn, eine vorzeitige Leistung ist aus medizinischen Gründen dringend erforderlich. ... "* (§ 40 Abs. 3 SGB V). Die Krankenkassen haben somit grundsätzlich das Recht, die Notwendigkeit einer rehabilitativen Behandlung zu überprüfen, jedoch ist im Falle einer Antragstellung in Folge einer Pflegebegutachtung festgelegt, dass eine weiterführende Prüfung nicht erforderlich ist.

Die Krankenkassen sind dabei aber an Vorgaben gebunden. Der G-BA beschließt die zur Sicherung der ärztlichen Versorgung erforderlichen Richtlinien über die Gewährung für eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung der Versicherten. Der G-BA soll u. a. Richtlinien beschließen über die Verordnung von im Einzelfall gebotenen Leistungen zur medizinischen Rehabilitation (§ 92

SGB V). Die Rehabilitations-Richtlinie des G-BA von 2004 und die Schaffung eines Anspruchs auf ein Versorgungsmanagement bei stationärer Behandlung seit 2007 sollen dazu beitragen, dass Vertrags- und Krankenhausärzte solche Maßnahmen bei Bedarf verstärkt veranlassen. Neben diesen Zugangswegen zu rechtzeitigen präventiven, kurativen und rehabilitativen Maßnahmen sind auch die Kranken- und Pflegekassen sowie der Medizinische Dienst verpflichtet, auf die Einleitung präventiver und rehabilitativer Maßnahmen hinzuwirken, auch und gerade, wenn Pflegebedürftigkeit unmittelbar droht oder bereits eingetreten ist.

6.1.1.5 Aktuelle rechtliche Weiterentwicklung im Bereich Reha und Pflege

Am 30.10.2012 ist das Pflege-Neuausrichtungsgesetz (PNG) in Kraft getreten. Darin werden u. a. die Regelungen konkretisiert und erweitert, die die Rehabilitation vor und bei Pflege betreffen. Die Resultate finden sich insbesondere in den §§ 7 Abs. 2, 18, 18a SGB XI, § 42 Abs. 4 SGB V. Es werden zum einen der Informationsfluss verbessert und zum anderen Leistungen ausgeweitet.

So werden die Gutachter verpflichtet, eine gesonderte Rehabilitationsempfehlung auszusprechen und an die Pflegekasse zu übersenden (§ 18 Abs. 6 SGB XI). Der Antragsteller wird von der Pflegekasse spätestens mit der Mitteilung der Entscheidung über die Pflegebedürftigkeit über die Rehabilitationsempfehlung informiert und erhält eine Stellungnahme der Pflegekasse. Zusätzlich wird der Antragsteller informiert, dass mit der Zuleitung einer Mitteilung über den Rehabilitationsbedarf an den zuständigen Rehabilitationsträger automatisch ein Antragsverfahren ausgelöst wird, sofern der Antragsteller in dieses Verfahren einwilligt (§ 18a Abs. 1 SGB XI). Die Unterrichtung hat dabei in einer für die Antragsteller verständlichen Weise zu erfolgen (§ 7 Abs. 2 SGB XI).

Um die Transparenz der Rehabilitationsempfehlungen zu gewährleisten, sind für die Jahre 2013-2015 Berichtspflichten festgeschrieben. So sollen vom Spitzenverband Bund der Pflegekassen jährlich bis zum 1. September für das Vorjahr die Anzahl der Empfehlungen, die Anzahl der Rehabilitationsanträge, die Anzahl der Genehmigungen und der Ablehnungen sowie die Anzahl der durchgeführten medizinischen Rehabilitationen in einem Bericht veröffentlicht werden (§ 18a Abs. 2 und 3 SGB XI).

Eine Leistungserweiterung findet im Rahmen der Kurzzeitpflege statt. Leistungen zur Kurzzeitpflege können ab 30.10.2012 auch in Einrichtungen in Anspruch genommen werden, in denen stationäre Leistungen zur medizinischen Vorsorge oder Rehabilitation erbracht werden. Dies ist dann möglich, wenn für die Vorsorge oder Rehabilitation einer Pflegeperson die gleichzeitige Unterbringung und Pflege des Pflegebedürftigen erforderlich ist (§ 42 Abs. 4 SGB XI). Diese Leistungserweiterung zielt nicht direkt auf die pflegebedürftige Person, nutzt aber u. U. der Pflegeperson dabei, nicht selber pflegebedürftig zu werden und die Pflege weiterhin durchführen zu können.

Insgesamt wird somit durch das PNG angestrebt, die Information der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen hinsichtlich Rehabilitation zu verbessern und eine größere Transparenz der Prüfung des Antrags auf Rehabilitation durch die Pflegekassen zu erreichen.

6.1.2 Formen der Rehabilitation

6.1.2.1 Geriatrische vs. indikationsbezogene Rehabilitation

Rehabilitationsleistungen können indikationsspezifisch, d. h. krankheitsbezogen z. B. als kardiologische und orthopädische Rehabilitation, oder indikationsübergreifend typischerweise als geriatrische Rehabilitation erbracht werden (MDS 2012a: 34)

Um einen geriatrischen Patienten zu identifizieren, geht der MDK bei der Begutachtung von den beiden Identifikationskriterien geriatritypische Multimorbidität und höheres Lebensalter (in der Regel 70 Jahre oder älter) aus (MDS 2012: 40). Für die Empfehlung einer geriatrischen Rehabilitation müssen demnach "*multiple strukturelle oder funktionelle Schädigungen bei mindestens zwei behandlungsbedürftigen Erkrankungen*" vorliegen (MDS 2012: 41), die aus dem Bereich eines geriatrischen Syndroms stammen. Dazu gehören Immobilität, Sturzneigung und Schwindel, kognitive Defizite, Inkontinenz (Harninkontinenz, selten Stuhlinkontinenz), Dekubitalulcera, Fehl- und Mangelernährung, Störungen im Flüssigkeits- und Elektrolythaushalt, Depression und Angststörung, chronische Schmerzen, Sensibilitätsstörungen, herabgesetzte körperliche Belastbarkeit und Gebrechlich-

keit, starke Sehbehinderung sowie ausgeprägte Schwerhörigkeit. Weitere relevante Sachverhalte sind die Mehrfachmedikation, herabgesetzte Medikamententoleranz und häufige Krankenhausbehandlung. Häufige antragsrelevante Hauptdiagnosen beim geriatrischen Patienten sind Zustand nach Schlaganfall, Zustand nach Hüftgelenksnahen Frakturen, Zustand nach operativer Versorgung mit Totalendoprothesen von Hüfte und Knie, Zustand nach Gliedmaßenamputation bei peripherer arterieller Verschlusskrankheit oder diabetischem Gefäßleiden. Ebenso finden sich bei geriatrischen Patienten neurologische, kardiopulmonale und muskuloskeletale Erkrankungen wie auch Tumor- und Stoffwechselerkrankungen als Hauptdiagnosen (MDS 2012: 42). Weitere, aber eventuell nicht zwangsläufig aktuell behandlungsbedürftige Diagnosen sind Parkinson-Syndrom, arterielle Hypertonie, koronare Herzkrankheit mit oder ohne Zustand nach Herzinfarkt, Herzinsuffizienz, degenerative Erkrankungen des Stütz- und Bewegungsapparates, Diabetes mellitus, chronisch-obstruktive Lungenerkrankung, Demenz und Depression. Zu den Definitionsmerkmalen des geriatrischen Patienten gehöre aber auch die Einschränkung der Selbstständigkeit im Alltag bis hin zur Pflegebedürftigkeit sowie ggf. Krankheitskomplikationen (Thrombosen, interkurrente Infektionen, Frakturen, verzögerte Rekonvaleszenz u. a.) (MDS 2012: 42).

6.1.2.2 Ambulant – stationär – mobil

Eine Zuweisung zur medizinischen Rehabilitation erfolgt primär als ambulante Rehabilitation. Diese kommt dann in Betracht, wenn folgende Bedingungen erfüllt sind: 1. Das Rehabilitationsziel ist durch eine ambulante Rehabilitation erreichbar. 2. Eine ständige ärztliche Überwachung und pflegerische Versorgung des/der Versicherten sind nicht erforderlich. Die hausärztliche Versorgung ist außerhalb der Rehabilitationszeiten sichergestellt. 3. Der Versicherte verfügt über die zur Inanspruchnahme der ambulanten Rehabilitation erforderliche Mobilität und über ausreichende Aktivitäten zur Selbstversorgung (ATL). 4. Er ist für die ambulante Leistungserbringung physisch und psychisch ausreichend belastbar. 5. Die Rehabilitationseinrichtung kann in einer zumutbaren Fahrzeit erreicht werden. 6. Eine Herausnahme aus dem sozialen Umfeld ist nicht notwendig. 7. Die hauswirtschaftliche Versorgung ist sichergestellt (MDS 2012a: 35). In den Fällen, in denen eine ambulante Rehabilitation nicht angezeigt ist, kann eine stationäre Rehabilita-

tion empfohlen werden. Anstelle der ambulanten oder stationären Rehabilitation kann aber auch eine mobile Rehabilitation erfolgen, wenn weder eine ambulante noch eine stationäre Rehabilitation möglich ist.

6.1.3 Reha vor und bei Pflege: vorliegende Befunde

Empirische Studien zu Art und Umfang rehabilitativer Leistungen zur Verhinderung von Pflegebedürftigkeit oder bei Vorliegen von Pflegebedürftigkeit sind insgesamt äußerst rar (z. B. Meinck et al 2013). Spezielle Studien, die den Umfang des Bedarfs im Vergleich zu den Leistungsanspruchnahmen ermitteln, sind mit Routinedaten schwerlich zu erstellen. In der empirischen Umsetzungsstudie zum Neuen Begutachtungsassessment (NBA) zeigen sich allerdings deutlich höhere Anteile festgestellter Rehabilitationsindikationen bei einer Pflegebegutachtung mit dem NBA als bei einer Begutachtung mittels des herkömmlichen Verfahrens (vgl. Wingenfeld 2011a). Dies könnte ein Hinweis darauf sein, dass das bisherige Verfahren das bestehende Potenzial nicht vollständig ausschöpft.

Im Folgenden wird ein Überblick gegeben, welche Befunde es zur Zahl der Rehabilitationsempfehlungen bei Pflegebegutachtungen gibt (Abschnitt 6.1.3.1), wie viele Maßnahmen zum Begutachtungszeitpunkt bereits laufen (6.1.3.2), in welchem Maße Rehabilitationsempfehlungen umgesetzt werden (6.1.3.3), inwieweit Rehabilitation zur Verringerung von Pflegebedürftigkeit führt (6.1.3.4) und wie insgesamt die Versorgungslage beurteilt wird (6.1.3.5).

6.1.3.1 Rehabilitationsempfehlungen bei Pflegebegutachtungen

Obwohl der MDK bei seinen Pflegebegutachtungen auch die Rehabilitationsfähigkeit erhebt und ggf. Indikationen zur medizinischen Rehabilitation feststellt, werden die Ergebnisse wenig (MDS: 2001; 2005; 2007b) bis gar nicht (MDS 2000; 2003; 2006; 2007a; 2009; 2010b) in den Berichten zur Begutachtung ausgewiesen. Vor dem Hintergrund der *"vier häufigsten krankheitsbedingten Ursachen von Pflegebedürftigkeit"* (MDS 2003: 4) wird der ambulanten geriatrischen Rehabilitation eine bedeutende Rolle zugeschrieben (MDS 2003: 4, 25, 35). Wie groß die Rolle dieser speziellen Maßnahme empirisch ist oder auch die Rolle aller rehabilitativen Maßnahmen, bleibt aber offen.

Tabelle 37: Empfehlungen von rehabilitativen Leistungen durch den MDK

	Bei Erst- und Folgebegutachtungen durch den MDK im Jahr 2006		Bei Erstantragstellern auf ambulante Leistungen im Jahr 2003
	Diagnose I60-I64, I69	Gesamt	
	In %	In %	In %
Krankengymnastik	20,8	7,6	11,0
Ergotherapie	7,4	1,2	2,0
Logopädie	0,8	6,0	1,4
Rehabilitationsmaßnahmen	5,0	2,3	2,9

Quelle: (MDS 2007b: 25; MDS 2005: 31)

Tabelle 38: Gutachterliche Empfehlungen bei Kindererstbegutachtungen im Jahr 1999

	Nicht pflegebedürftig	Pflegestufe I	Pflegestufe II	Pflegestufe III
	In %	In %	In %	In %
Präventive Maßnahmen zur Vermeidung einer drohenden Pflegebedürftigkeit	17,8			
Krankengymnastik		30,1	33,7	41,8
Ergotherapie		13,8	15,4	12,9
Logopädie		13,8	14,1	15,5
Sonstige Maßnahmen ^(a)		22,3	26,3	26,3

Quelle: (MDS 2001: 54)

(a): Unter den Begriff sonstige Maßnahmen subsumieren sich alle weiteren denkbaren, durch die gesetzliche Kranken- oder Pflegeversicherung zu leistenden Maßnahmen, die einen positiven Einfluss auf den individuellen Pflegebedarf des Antragstellers haben können.

Nur für das Jahr 2006 werden in den Berichten zur Begutachtung Gesamtzahlen an Rehabilitationsempfehlungen ausgegeben (MDS 2007b). Der Anteil der Pflegebedürftigen in den Begutachtungen mit einer Empfehlung zur Rehabilitation lag bei 2,3 % (Tabelle 37). Diese Betrachtung schließt dabei Erstbegutachtungen ebenso ein wie Wiederholungsbegutachtungen. Ausgewiesen wurde zudem eine besonders hohe Zahl an Rehabilitationsempfehlungen für Patienten mit einem Schlaganfall.

Tabelle 39: Gutachterliche Empfehlungen der MDK zur medizinischen Rehabilitation bei Erstbegutachtungen zur Pflegebedürftigkeit im Jahr 2010

	Nicht pflegebedürftig	Pflegestufe I	Pflegestufe II	Pflegestufe III	Gesamt mit Pflegestufe
	im häuslichen Bereich				
Begutachtungen	196.889	284.888	57.734	8.032	350.654
Empfehlungen zur medizinischen Rehabilitation	1.709	3.430	1.088	93	4.611
Anteil Empfehlungen	0,9%	1,2%	1,9%	1,2%	1,3%
	im stationären Bereich				
Begutachtungen	16.923	45.541	23.203	4.406	73.150
Empfehlungen zur medizinischen Rehabilitation	133	482	306	28	816
Anteil Empfehlungen	0,8%	1,1%	1,3%	0,6%	1,1%
	gesamt				
Begutachtungen	213.812	330.429	80.937	12.438	423.804
Empfehlungen zur medizinischen Rehabilitation	1.842	3.912	1.394	121	5.427
Anteil Empfehlungen	0,9%	1,2%	1,7%	1,0%	1,3%
Quelle: BMG 2011e: 92; eigene Berechnungen					

Für die Jahre 1999 (Tabelle 38) und 2003 (Tabelle 37) wurden Teilauswertungen publiziert. In beiden Fällen sind nur die Erstantragsteller berücksichtigt. Die Zahl der Empfehlungen zu verschiedenen Maßnahmen ist bei Kindern besonders hoch (MDS 2001). Die speziellen Maßnahmen, die im Umfang mit den Zahlen aus dem Berichtsjahr 2006 verglichen werden können, beziehen sich aber nur auf Empfehlungen zur Krankengymnastik, zur Ergotherapie und zur Logopädie. Empfehlungen zur medizinischen Rehabilitationen sind für das Berichtsjahr 1999 nicht speziell ausgewiesen. Aktuellere Zahlen des BMG (2011e: 92; Tabelle 39) liegen deutlich unter den Zahlen des MDS aus dem Berichtsjahr 2003. Sind vom MDS für alle ambulanten Erstantragsteller noch Empfehlungsquoten von 2,9% ausgewiesen, so werden diesbezüglich vom BMG für das Jahr 2010 nur noch 1,3% Empfehlungen zur medizinischer Rehabilitation berichtet (2011e: 92; Tabelle 39). Die Anteile der Rehabilitationsempfehlungen variieren nach Pflegestufe und Pflegesetting, errei-

chen aber in keiner Subgruppe im Jahr 2010 die Höhe von 2,9%. Auch insgesamt liegt die Empfehlungsquote bei 1,3%. Der Anteil der Empfehlungen hat sich in dem Zeitraum somit mehr als halbiert. Wie viel Prozent der Gutachten mit einer Empfehlung zu Rehabilitationsmaßnahmen verbunden sind, dazu kursieren neben diesen veröffentlichten Zahlen des MDS und des BMG noch verschiedene andere Zahlen. So berichten Windeler et al. (2008: 81) in einer Studie zur Evaluation des Neuen Begutachtungsassessment (NBA), in der bei rund 1.500 Antragstellern nicht nur das derzeit geltende Begutachtungsverfahren, sondern auch das NBA angewendet wurde, bei der normalen Begutachtung einen Anteil von 1,41% Begutachtungen, die auch Rehabilitationsempfehlungen enthalten, und eine etwa dreifache Quote bei der Begutachtung mit dem NBA. In einer Studie auf Basis der Begutachtungen in Hessen wurde für die Jahre 2001 und 2002 eine Empfehlungsquote zur medizinischen Rehabilitation von 0,9% ausgewiesen (Küpper-Nybelen et al. 2006: 103). In insgesamt 15 Prozent der 7.840 ausgewerteten Pflegegutachten wurde eine Empfehlung für eine Einzelleistung mit rehabilitativem Charakter (Heilmittel plus medizinische Rehabilitation) ausgesprochen, 90% davon bezogen sich auf krankengymnastische Therapien. Auf Basis der Gutachterdaten aus den Bundesländern Berlin, Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern, Niedersachsen, Sachsen-Anhalt und Schleswig-Holstein wurden die Empfehlungen für rehabilitative Maßnahmen der Jahre 1996-1998 ausgezählt. In 6,1% der Begutachtungen kam es zu einer Empfehlung für Krankengymnastik, in 1,1% der Fälle wurde Ergotherapie, in 0,7% der Fälle wurde Logopädie und in 2,6% der Fälle "*sonstige Rehabilitation*" empfohlen (Dangel et al. 2005: 43). Ob mit "*sonstiger Rehabilitation*" ausschließlich Leistungen zur medizinischen Rehabilitation gemeint sind oder auch podologische Therapien und/oder andere, wird dabei nicht deutlich. Selbst auf Basis der MDK-Gutachten werden also je nach Region und Messzeitpunkt deutlich unterschiedliche Quoten ausgewiesen. Geht man aber von den letzten Berichten des BMG (2011e) aus, dann haben im Bundesdurchschnitt 1,3% der erstbegutachteten Pflegebedürftigen eine Rehabilitationsempfehlung erhalten.

6.1.3.2 Laufende Maßnahmen zum Begutachtungszeitpunkt

Laut dem Pflegebericht des Medizinischen Dienstes für 2006 (MDS 2007b: 25) ist es auf Grundlage der MDS-Statistiken dem MDS nicht möglich zu beurteilen, in

welchem Umfang vor der Begutachtung schon Rehabilitationsmaßnahmen durchgeführt wurden, obwohl in den Gutachten zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit vorangegangene Leistungen der medizinischen Rehabilitation abgefragt werden (MDS 2009a: 128). Die Studie von Dangel et al. (2005: 43) weist aber auf Basis der Daten des MDS einen Anteil von 14 % der Begutachtungsfälle aus, bei denen rehabilitative Maßnahmen (verordnete Heilmittel und medizinische Rehabilitation zusammen) zum Zeitpunkt der Begutachtung vorgenommen werden.

6.1.3.3 Umsetzung der Rehabilitationsempfehlungen

Anhand der einzelnen Begutachtungsdaten ist es nicht möglich, zu beurteilen, ob im Anschluss an die Empfehlung dann auch eine entsprechende Rehabilitationsmaßnahme durchgeführt wurde (MDS 2007b: 25). Eine personenbezogene Beurteilung wäre nur dann möglich, wenn die Daten aller aufeinander folgenden Begutachtungen einer Person personenbezogen verknüpft werden. Zur Umsetzung der Empfehlungen rehabilitativer Maßnahmen in tatsächliche Leistungen ist somit sehr wenig bekannt. Küpper-Nybelen et al. (2006) untersuchen basierend auf den Pflegegutachten des MDK Hessen und den Daten der Versichertenstichprobe aus der AOK Hessen die Umsetzungsraten. Sie beschränkten sich bei der Betrachtung allerdings auf die Heilmittelpfehlungen. Nach der Empfehlung kam es nur bei 55,3% (Krankengymnastik) bzw. bei etwa einem Drittel (Ergotherapie und Logopädie) der Fälle innerhalb der nächsten drei Monate nach Gutachtendatum tatsächlich zu einer Verordnung. Die Umsetzung der Empfehlung zur Rehabilitation wurde nicht untersucht.

Auch Dangel et al. haben sich zum Ziel gesetzt, das Ausmaß der Realisierungen von Empfehlungen zu ermitteln (2005: 3). Datengrundlage dafür ist letztlich eine schriftliche Befragungen von pflegebedürftigen Versicherten aus sieben Krankenkassen (12.742 versandte Fragebögen, Rücklaufquote 18,5%, davon ausgefüllte Bögen 91,2%) (Dangel et al. 2005: 102ff.). Als einziges Ergebnis wird aber nur ein Anteil von 32,5% der Pflegebedürftigen berichtet, die regelmäßig ärztlich verordnete Krankengymnastik bekommen. Ob dies nun genau die Personen sind, denen auch eine entsprechende Empfehlung ausgesprochen wurde, konnte nicht gezeigt werden, da die Befragungsdaten nicht mit den auch vorliegenden Begutachtungs-

daten verknüpft werden konnten. Angaben zur Umsetzung der Empfehlungen zur medizinischen Rehabilitation sind nicht enthalten.

6.1.3.4 Rehabilitation und Verringerung von Pflegebedürftigkeit

§ 18 Abs. 1 SGB XI verlangt im Rahmen der Begutachtungen, "*Feststellungen darüber zu treffen, ob und in welchem Umfang Maßnahmen zur Beseitigung, Minderung oder Verhütung einer Verschlimmerung der Pflegebedürftigkeit einschließlich der Leistungen zur medizinischen Rehabilitation geeignet, notwendig und zumutbar sind*". Auf Basis der Pflegebegutachtungen kann nicht überprüft werden, ob sich die Situation der Pflegebedürftigen im Anschluss an eventuell ausgeführte Rehabilitationsmaßnahmen verbessert (MDS 2007b: 25). Einige evidenzbasierte Leitlinien für geriatrische Patienten und Leitlinien für rehabilitative Maßnahmen sind zwar vorhanden, aber empirisch gesicherter Erkenntnisse darüber, welche Angebote bei welchen Versicherten tatsächlich zu einer Vermeidung, Verminderung oder Verhütung einer Verschlimmerung von Pflegebedürftigkeit führen, liegen kaum vor. In einigen Fällen gibt es positive Anzeichen, dass Rehabilitation geeignet ist, Pflegebedürftigkeit zu verringern, und in anderen Fällen ist diese Wirkung (noch) nicht nachgewiesen oder nicht nachweisbar. Zu den Fällen, bei denen positive Wirkungen wahrscheinlich sind, gehören die medizinischen Rehabilitationen bei Schlaganfall oder bei hüftgelenksnahen Frakturen (Meier-Baumgartner et al. 2002). Im Fall der hüftgelenksnahen Frakturen wird bezüglich der Pflegebedürftigkeit explizit eine geringere Übergangsrate ins Pflegeheim ausgewiesen (Meier-Baumgartner et al. 2002: 84). Insgesamt kommen die Autoren aber für beide Diagnosen zu einer positiven Bilanz, was den Einsatz von komplexen Rehabilitationen angeht (Meier-Baumgartner et al. 2002: 109) – auch, wenn die von ihnen untersuchten Studien in den seltensten Fällen einen direkten Hinweis auf den weiteren Pflegeverlauf bieten. Nur indirekte Hinweise auf eine Verringerung einer Pflegebedürftigkeit gibt es auch in der "Leitlinie körperliche Aktivität zur Sekundärprävention und Therapie kardiovaskulärer Erkrankungen". Diese beziehen sich nur auf internationale Studien, solche, die sich mit der beruflichen Integration beschäftigen und Meta-Analysen (Bjarnason-Wehrens 2009: 8) bzw. leiten die Wirkung nur logisch aus dem Zusammenhang ab (Bjarnason-Wehrens 2009: 27).

Insgesamt ist die Studienlage zur Wirksamkeit von Rehabilitation noch unbefriedigend. Es fehlt an Untersuchungen, die der Bedeutung der verschiedenen Maßnahmen zur Förderung von Selbstständigkeit vergleichend nachgehen (Wingefeld et al. 2011a: 139). Eine Wirksamkeit von Rehabilitationen mit Routinedaten zu messen, halten Meinck et al. (2013) wegen der Selektivität bezüglich der Leistungserbringung für nicht machbar. Garms-Homolová und Roth (2004: 46) kommen zu dem Schluss, dass insgesamt der Erfolg rehabilitativer Maßnahmen nicht immer nachweisbar ist. Zwar zitiert sie einige Studien zur geriatrischen Rehabilitation, in denen eine Verbesserung des funktionalen Status und der Fähigkeiten im Bereich der ATL nach der Behandlung nachgewiesen wurden; diese Verbesserungen seien aber mitunter sehr marginal gewesen. Selbst die Leitlinien der Rehabilitation aphasischer Störungen nach Schlaganfall befinden sich noch in der Entwicklungsstufe S1 (DGN 2012). Und auch in einer S3-Leitlinie zur Demenz mangelt es noch an ausreichenden Wirksamkeitsnachweisen für die Rehabilitation. Es wird aber nicht unbedingt von geringer Wirksamkeit ausgegangen, sondern von einer mangelhaften Studienlage (DGPPN 2009: 76f).

Immer wieder wird berichtet (Lürken 2001: 53; MDS 2009: 53; DIMDI 2012), dass rehabilitative Leistungen für demenziell Erkrankte häufig kontrovers diskutiert und eher negativ beurteilt werden, wodurch eine Rehabilitationsempfehlung eher unwahrscheinlicher wird. Lürken (2001: 53) spricht dabei provozierend gar von "*diagnostischem Nihilismus*". Obwohl der MDS (2009: 54) und das DIMDI (2012) ebenfalls die Wirkungen rehabilitativer Leistungen im Hinblick auf die Behandlung von Demenz als wenig gesichert ansehen, wird darauf hingewiesen, dass auch im Fall des Vorliegens einer Demenz sehr wohl die Rehabilitation bei anderen Erkrankungen erfolgversprechend sein kann (ausführlich in Korczak et al. 2012). Zu berücksichtigen sei dabei aber, dass demenziell Erkrankte eventuell Probleme haben, wenn das vertraute häuslich Umfeld zur Therapie verlassen werden müsste. Entsprechend spielt sich die Behandlung im Wesentlichen im ambulanten Setting ab, während (teil-)stationäre Aufenthalte meist nur kurze Episoden in den Behandlungsverläufen darstellen (Godemann et al. 2013: 289).

Eine Darstellung, wie Pflegeverläufe mit und ohne Rehabilitation aussehen, liefern aktuell Seger et al. (2013). Datenbasis dafür sind die Routinedaten der Deutschen

BKK. Pflegebedürftige werden zum Pflegeeintritt nach Alter, Geschlecht, Versorgungsart und Pflegestufe differenziert. Zusätzlich wird danach unterschieden, ob innerhalb der Zeit der Pflegeleistungen auch medizinische Rehabilitationsleistungen erfolgten. Das wesentliche Resultat dieser Studie ist eine höhere Überlebenszeit für Pflegebedürftige mit Rehabilitation. Diesem Ergebnis haftet aber leider ebenso wie in vielen anderen Studien zur Rehabilitation der Makel an, dass es sich nicht um eine randomisierte kontrollierte Studie handelt. Zwei Verzerrungen verringern die Aussagekraft der Studie hinsichtlich einer kausalen Interpretation des Zusammenhangs von Rehabilitation und Pflege deutlich: Ersten sind die Rehabilitanden nicht zufällig Rehabilitanden, sondern, weil für sie Erfolgsaussichten gesehen werden. Dass sich die vermuteten Erfolgsaussichten in einem längeren Leben wiederfinden, kann daher ein Selektionseffekt sein. Dies gilt umso mehr, als gar nicht versucht wird, die Strukturgleichheit von Interventions- und Kontrollgruppe etwa durch Kontrolle von Drittvariablen herzustellen. Zweitens wird in diesen Analysen die Rehabilitationsleistung im Zeitraum der Pflegebedürftigkeit berücksichtigt. Das bedeutet, die Rehabilitanden überleben ja zunächst einmal die Zeit mit der Rehabilitationsleistung und haben dadurch schon bedingt durch die Messmethode eine längere Lebenserwartung. Diejenigen ohne Rehabilitation können quasi am ersten Tag nach Pflegebeginn versterben, aber diejenigen mit Rehabilitationsleistungen erst nach den Maßnahmen. Eine längere Lebenserwartung ist daher durch die Messmethode bedingt. Letztlich zeigt auch diese Studie nicht, inwieweit hier möglicherweise kausale Beziehungen bestehen.

Eine kausale Beziehung ist mit Routinedaten schwerlich nachweisbar. Unkontrollierte Selektionseffekte und weitere methodische Hemmnisse können eine bedeutende Rolle spielen. Wenn es nicht gelingt, eine gewisse Risikoadjustierung vorzunehmen, dann kann man sich nur darauf beschränken, Verteilungen von Folgezuständen mit oder ohne Therapie darzustellen, ohne kausale Aussagen zu treffen. Höherwertige prospektive kontrollierte Studien mit strukturgleichen Gruppen, bei denen die Strukturgleichheit etwa mittels Randomisierung sichergestellt wird, sind aber ethisch schwer vertretbar, weil dazu einer Gruppe rehabilitative Maßnahmen vorenthalten werden müssten (Garms-Homolová & Roth 2004: 46).

Einheitliche Standards in der Auswertung von Routinedaten der Krankenkassen bezüglich der medizinischen Rehabilitationsleistungen konnte es lange Zeit überhaupt nicht geben, weil eine Datenübermittlung gemäß § 301 SGB V noch gar nicht vereinbart war (Meinck & Lübke 2012: 66). Einige Krankenkassen haben aber auch in den Zeiten der fehlenden Datenübermittlungsvorordnung die Daten zur Rehabilitation im Rahmen ihrer Antrags- und Abrechnungsverfahren gespeichert – in der Qualität, in der es möglich war. Zum 6. März 2012 entstand die Rahmenvereinbarung über das Verfahren zur Abrechnung und Übermittlung von Daten zwischen Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen und der gesetzlichen Krankenversicherung und der gesetzlichen Rentenversicherung (GKV-Spitzenverband 2012f). Dies lässt für die Zukunft auf eine verbesserte Auswertungsmöglichkeit von Routinedaten im Bereich der Rehabilitation hoffen.

6.1.3.5 Beurteilungen der Versorgungslage: Über- oder Unterversorgung?

Obwohl letztlich nicht klar ist, wie viele medizinische Rehabilitationsleistungen vor oder während der Pflegebedürftigkeit in Anspruch genommen werden und werden sollten, wird wiederholt ein unzureichendes Volumen an Leistungen moniert (Wingenfeld et al. 2011a; Pick 2008; Küpper-Nybelen et al. 2006; Garms-Homolová & Roth 2004; Lürken 2001; Martin et al. 2000). So schreiben beispielsweise Wingenfeld et al. (2011a: 127): *„Der Umfang, in dem Rehabilitationsmaßnahmen bei manifester oder drohender Pflegebedürftigkeit durchgeführt werden, ist seit den Anfängen der Pflegeversicherung hinter den Erwartungen zurückgeblieben“*. Dabei bleibt unklar, was denn der „erwartete“ Rahmen ist. Eine Beurteilung der Versorgungslage ist daraus also nicht abzuleiten.

Die Ausgabenentwicklungen der gesetzlichen Krankenkassen in den zurückliegenden Jahren zeigen, dass die Vorsorge und Rehabilitation nicht die Kostentreiber des Gesundheitswesens sind. Während die Gesundheitsausgaben der GKV insgesamt um 50% von 112 Mrd. € im Jahr 1995 auf 168 Mrd. € im Jahr 2011 gestiegen sind, blieben die Ausgaben für Vorsorge und Rehabilitation fast konstant bei 2,5 Mrd. € (Statistisches Bundesamt 2013: 25). Gerade vor dem Hintergrund der alternden Bevölkerung und der Zuständigkeit der Krankenkassen für die medizinische Rehabilitation als Prävention von Pflege, wäre eher ein Anstieg der Ausgaben

für medizinische Rehabilitationen zu erwarten. Auch aus diesen Zahlen ist aber nicht ableitbar, ob derzeit auf eine Unterversorgung zugesteuert wird oder vormals eine Überversorgung gegeben war oder andere Leistungen komplementär oder substitutiv wirken.

Vielfach werden aber Anreizstrukturen benannt, die ggf. eine zu geringe Versorgungsrate provozieren könnten. Dazu zählen „u. a. das Fehlen von Anreizen zur Inanspruchnahme von Rehabilitationsangeboten, die Zurückhaltung von Gutachtern bei der Empfehlung von Rehabilitationsmaßnahmen, ein ebenfalls verhaltenes Agieren der niedergelassenen Ärzte, ein mangelhafter Ausbau wohnortnaher, auf pflegebedürftige ältere Menschen zugeschnittener Leistungsangebote sowie unzureichend gelöste Schnittstellenprobleme (vgl. z B. Dunkelberg et al. 2002; Schweizer 2001; Deck et al. 2000; Wolf/Matthesius 1998; Neubauer 1997)“ (Wingefeld et al. 2011a: 127). Ein anderer Ansatz zur Ermittlung etwaiger Versorgungslücken, stellt auf die Anreizstrukturen ab, die einer Inanspruchnahme von Rehabilitationsleistungen auch dann entgegenstehen, wenn diese medizinisch sinnvoll ist (Jacobs 1995; Rothgang 2001; Rothgang & Preuss 2009). So kann es zu einer Rationierung von rehabilitativen Maßnahmen kommen, wenn bei niedergelassenen Ärzten Verordnungen etwa von Heilmitteln zur Überschreitung von Budgetgrenzen führen. Fehlanreize gibt es aber auch im Verhältnis von GKV und SPV (vgl. Abschnitt 3.2.4). Während die Krankenkassen wettbewerblich agieren müssen, ist in der Pflegeversicherung der Finanzausgleich zwischen den Kassen als reiner Ausgabenausgleich ausgestaltet worden (§ 66 SGB XI). Im GKV-Bereich tragen die Kassen damit das wirtschaftliche Risiko, im SPV-Bereich nicht. Dies bietet Anreize, Kosten aus dem wettbewerblichen Bereich in den nicht-wettbewerblichen Bereich zu transferieren und einen Anreiz keine Rehabilitationsleistungen zu gewähren, um Pflegebedürftigkeit zu vermeiden, da die Kosten der Rehabilitation von der jeweiligen Kasse getragen werden, die Entlastung der Pflege aber über alle Kassen verteilt wird. Inwieweit dieser Fehlanreiz die tatsächlichen Handlungen der Kassen tatsächlich beeinflusst, ist aber noch unbekannt. Ebenso müssten auch die Wirkungen der anderen genannten Anreizstrukturen empirisch untermauert werden.

Ein regional deutlich unterschiedlich hohes Versorgungsangebot an geriatrischen Rehabilitationsmöglichkeiten wird auch von Pick (2008: 46) moniert. So sind in den süd-westlichen Bundesländern besonders hohe Kapazitäten an stationären geriatrischen Reha-Betten vorzufinden, während in den Stadtstaaten, Hessen, Nordrhein-Westfalen und Brandenburg besonders viele geriatrische Krankenhausbetten vorzufinden sind. Insgesamt liegen aber in Sachsen, Sachsen-Anhalt und Niedersachsen die Gesamtkapazitäten deutlich unter dem Bundesdurchschnitt (Pick 2008: 47). Dies ist aber nicht unbedingt ein Beleg für unterschiedliche Versorgungsdichte, sondern kann auch lediglich Ausdruck dessen sein, dass ähnliche Versorgungsangebote je nach Bundesland teilweise als Reha-Einrichtung gemäß § 107 Abs. 2 SGB V, teilweise aber als Krankenhaus gemäß § 107 Abs. 1 SGB V zugelassen sind. Selbst wenn die Versorgungsdichte unterschiedlich sein sollte, lässt sich aber nicht sagen, ob es sich bei den Ländern mit umfangreicher Ausstattung um eine Überversorgung handelt oder in den Ländern mit geringerer Ausstattung um Unterversorgung.

Bezüglich der Feststellung zur Indikation zur medizinischen Rehabilitation ist zu bedenken, dass verschiedene Faktoren vor einer Zuweisung zur medizinischen Rehabilitation berücksichtigt werden müssen: Rehabilitationsbedürftigkeit, Rehabilitationsfähigkeit, Rehabilitationsziele und Rehabilitationsprognose. Laut Windeler et al. (2008: 83) ist bei zweidrittel der Männer und dreiviertel der Frauen in ihrer Untersuchungspopulation keine realistische Möglichkeit zur Verbesserung oder keine ausreichende Rehabilitationsfähigkeit festzustellen. Zudem beschreiben sie bei rund 12% der untersuchten Personen eine laufende Therapie, die ausreichend ist, und bei weiteren 7% gerade abgeschlossene Maßnahmen, die erst noch in ihrer Wirkung beurteilt werden müssten. Weder für die Personenkreise, die keine Rehabilitationsfähigkeit aufweisen, noch für die, bei denen Maßnahmen gerade erst abgeschlossen sind, lassen sich aber ohne weiteres Versorgungslücken bei rehabilitativen Maßnahmen unterstellen.

Insgesamt kann somit keine abschließende Beurteilung der Versorgungslage getroffen werden. Die einen Argumente sprechen dafür, die Versorgung ist ausreichend, und andere Argumente lassen eine Unterversorgung erahnen.

6.2 Analyse mit GKV- und SPV-Routinedaten

Insgesamt ist – jenseits der Frage, ob Unterversorgung vorliegt – schon der Wissenstand darüber, wie viele medizinische Rehabilitationen vor und während der Pflegebedürftigkeit geleistet werden, unbefriedigend. Daher wird im Folgenden untersucht, welche Pflegebedürftigen medizinische Rehabilitationsleistungen bekommen oder bekommen haben. Aus der Forderung nach Rehabilitation zur Verhinderung von Pflegebedürftigkeit folgt, dass die Zahl der Rehabilitationen im überschaubaren Zeitraum vor Eintritt in die Pflegebedürftigkeit besonders hoch sein sollte. In Abschnitt 6.2 wird daher untersucht, in welchem Umfang Rehabilitation vor Eintritt der Pflegebedürftigkeit stattfindet. Die Prüfung der Indikation zur medizinischen Rehabilitation im Rahmen der Antragsbegutachtung für Pflegeleistungen zielt dagegen darauf ab, Rehabilitationspotentiale zu identifizieren, die einer Verschlimmerung der Pflegebedürftigkeit verhüten oder deren Folgen mildern sollen. Werden Indikationen zur medizinischen Rehabilitation festgestellt, entspricht das einem Antragsverfahren und es müsste anschließend zu einer entsprechenden Inanspruchnahme von Rehabilitationsleistungen kommen. In Abschnitt 6.2.2 wird daher untersucht, in welchem Maße die Inanspruchnahme von medizinischer Rehabilitation mit den berichteten Anteilen an Indikationen zur medizinischen Rehabilitation korrespondiert, und, welche Faktoren eine Inanspruchnahme positiv oder negativ beeinflussen. Schließlich wird in Abschnitt 6.2.3 dargestellt, in welchem Umfang medizinische Rehabilitationen auch noch im weiteren Pflegeverlauf erfolgen. Dazu wird der Umfang der medizinischen Rehabilitationen von Pflegebedürftigen mit dem Umfang der medizinischen Rehabilitationen von Nicht-Pflegebedürftigen verglichen. Inwieweit es gelingt, mit medizinischen Rehabilitationen die Ziele zu erreichen, wird in Abschnitt 6.2.4 beschrieben. Erfolge können die Verhinderung des Eintritts in die Pflege sein, aber auch die Verringerung des Ausmaßes an Pflegebedürftigkeit. In vielen Fällen wird es vielleicht sogar „nur“ darum gehen, die Verschlechterung des Gesundheitszustands zu verlangsamen.

Bei allen Betrachtungen wird versucht, eine angemessene Risikoadjustierung vorzunehmen. Dazu werden neben Alter und Geschlecht auch mit Pflegebedürftigkeit und medizinischer Rehabilitation in Zusammenhang stehende Diagnosen kontrol-

liert. Pflegebedürftige werden zudem nach Pflegearrangement und nach Pflegestufe differenziert. Trotz dieser Kontrolle gelingt es letztlich nicht, alle Unterschiede zwischen den Personen mit und ohne medizinische Rehabilitation auszugleichen. Eine kausale Wirkung von medizinischer Rehabilitation ist somit mit den Routinedaten nicht darstellbar. Hierzu wären randomisierte kontrollierte Studien notwendig, die aber nicht durchgeführt werden können, da alle Versicherte einen Rechtsanspruch auf medizinische Rehabilitation haben und für die Studie daher die Versicherten der Kontrollgruppe schlechter gestellt werden müssten als im Status quo. Das ist aus ethischen Gründen nicht möglich.

In den gesamten Auswertungen erfolgt eine Selektion nach den über 65-Jährigen. Begründet ist dies einerseits mit einer erst dann langsam beginnenden erhöhten Wahrscheinlichkeit der Pflegebedürftigkeit (vgl. Abschnitt 4.3) und andererseits durch versicherungsrechtliche Umstände. Die Zuständigkeit für „Reha vor Pflege“ liegt prinzipiell bei der Krankenkasse, deren Daten den folgenden Untersuchungen zugrunde liegen. Vor dem Renteneintritt sind aber vermehrt auch die Rentenversicherung und die Unfallversicherung für Rehabilitationen als Kostenträger verantwortlich. Diese verfolgen zwar andere Primärzielen (Stichwort: Wiedereingliederung ins Berufsleben), haben aber in gleicher Weise die Aufgabe, Pflegebedürftigkeit zu verhindern. Da aber die Informationen über die Leistungen der Rentenversicherung und der Unfallversicherung im Gesamtdatenbestand der BARMER GEK nicht zur Analyse zur Verfügung stehen, können entsprechende Analysen nicht durchgeführt werden. Die Beschränkung auf die über 65-Jährigen ist daher datentechnisch notwendig.

Eine weitere Beschränkung der Analysemöglichkeiten liegt in der derzeit noch unzureichenden Differenzierbarkeit der Rehabilitationsleistungen in den Routinedaten der BARMER GEK begründet. Eine Zuordnung zu Fachbereichen ist nur äußerst eingeschränkt möglich. Aus diesem Grund kann die ursprünglich geplante Unterscheidung zwischen orthopädischer, onkologischer und neurologischer Rehabilitation sowie Rehabilitation in anderen Fachbereichen, wie auch im Bereich der geriatrischen Rehabilitation, nicht vorgenommen werden.

Der Zusammenhang von geriatrischer Rehabilitation mit der Vermeidung von Pflegebedürftigkeit liegt zwar sehr nah, aber auch andere indikationsbezogene

Rehabilitationsmaßnahmen sind geeignet, Symptome zu verändern, die eine Pflegebedürftigkeit wahrscheinlicher machen. Krebserkrankungen sind häufige pflegebegründende Diagnosen. Eine onkologische Rehabilitation könnte daher geeignet sein, die Wahrscheinlichkeit des Auftretens von Pflegebedürftigkeit zu verringern. Dies gilt ebenso für die kardiologische Rehabilitation im Falle von Herz-Kreislaufkrankungen und für psychiatrisch-neurologische Rehabilitationen bei entsprechenden Erkrankungen und auch für alle anderen rehabilitativen Maßnahmen. Von daher erscheint ein erster allgemeiner Blick auf das gesamte Rehabilitationsgeschehen als angemessen.

6.2.1 Reha vor Auftreten von Pflegebedürftigkeit

Wie schon erwähnt, müsste vor Eintritt in die Pflegebedürftigkeit die Zahl der Rehabilitationen erhöht sein, wenn dem Grundsatz „Reha vor Pflege“ gefolgt wird. Um darzustellen, inwieweit dies zutrifft, werden die Rehabilitationsleistungen vor Pflegeeintritt betrachtet. Ab dem Monat des ersten Leistungsbezugs wird 12 Monate in die Vergangenheit geschaut, in welchem Monat letztmalig eine medizinische Rehabilitation begonnen wurde. Diese Verteilungen werden zunächst differenziert nach Pflegearrangement, Pflegestufen sowie Alter und Geschlecht grafisch dargestellt und diskutiert (Abschnitt 6.2.1.1). Im Anschluss werden in einer tabellarischen Auswertung auch für weitere Merkmale die jeweiligen Anteile der Rehabilitanden unter den Pflegeinzidenten ausgewiesen (Abschnitt 6.2.1.2). Abschließend erfolgt eine Analyse, welches die statistisch signifikanten Einflussfaktoren für eine Rehabilitation bis 3 Monate vor Pflegeeintritt sind. Berücksichtigt werden dabei neben Pflegestufe, Pflegearrangement, Alter und Geschlecht auch Diagnosestellungen sowie vorangegangene Rehabilitationsleistungen, aktuelle und vorangegangene Heilmittelverordnungen (6.2.1.3).

6.2.1.1 Anzahl der Rehabilitationen vor erstmaligem Bezug von Pflegeversicherungsleistungen

In dem Monat, in dem von 65-Jährigen und Älteren die ersten Pflegeleistungen in Anspruch genommen werden, beginnen 2,1% dieser Pflegebedürftigen eine Rehabilitation.

Abbildung 55: Zeitpunkt des Beginns der letzten medizinischer Rehabilitation 12 Monate rückblickend ab Pflegeeintritt, differenziert nach Pflegearrangement

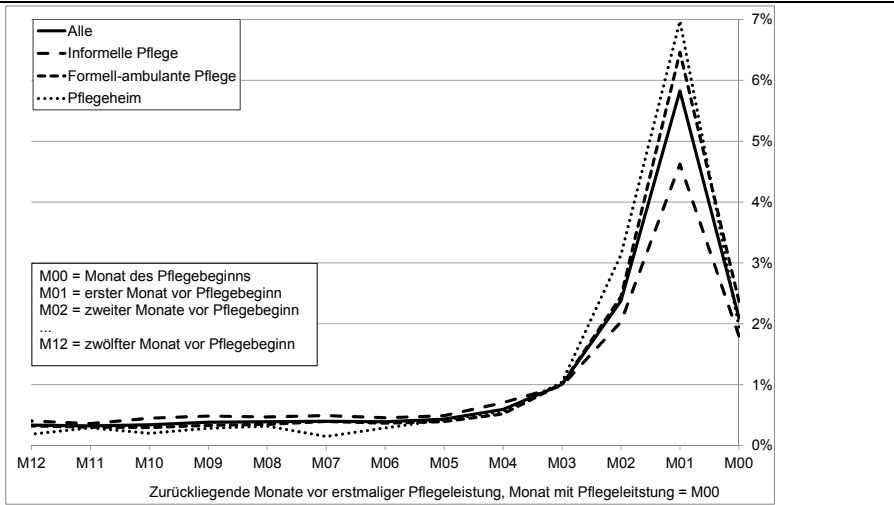
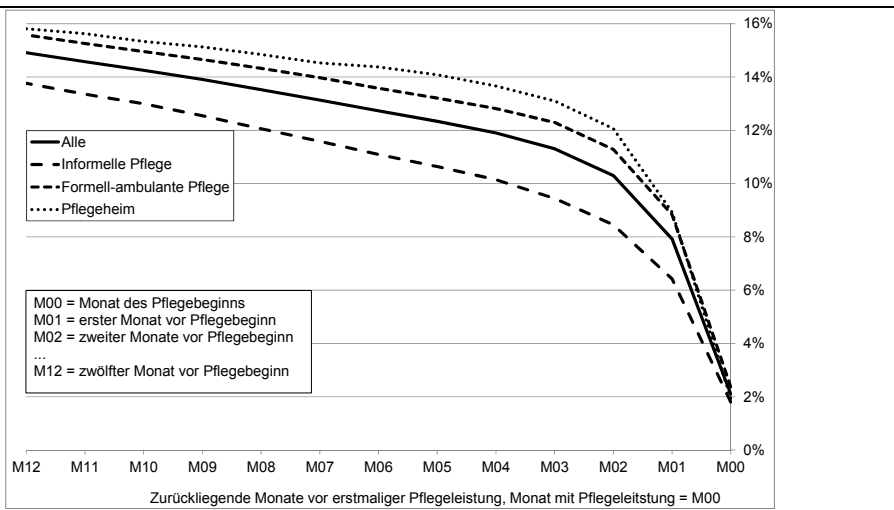


Abbildung 56: Anteil der Rehabilitanden unter den Pflegebedürftigen im Zeitraum bis X Monate rückblickend ab Pflegeeintritt – nach Pflegearrangement



Anmerkung: Standardisiert auf die Bevölkerung in Deutschland am Jahresende 2011. Selektion: Pflegeeintritt im Jahr 2011 im Alter ab 65 Jahren

Fast 6 % der Pflegebedürftigen begann schon einen Monat vor Pflegebeginn eine Rehabilitation. Die Anteile mit einem letztmaligen Antritt vor Pflegebeginn reduzieren sich dann bei retrospektiver Betrachtung auf 2,4% im zweiten Monat vor der Pflegebedürftigkeit, 1 % im dritten Monat vor Pflegebeginn bis auf 0,3% im 12. Monat vor Pflegebeginn. Eine erhöhte Reaktivität ist also ein Quartal vor Auftreten der Pflegebedürftigkeit festzustellen, für weiter zurückliegende Zeiträume ergeben sich weitgehend konstante Quoten der Inanspruchnahme.

In Abbildung 56 werden die Anteile der Pflegebedürftigen, die vor erstmaligem Bezug einer Leistung wegen Pflegebedürftigkeit eine Rehabilitation in Anspruch genommen haben, – wiederum in retrospektiver Betrachtung – kumuliert. Insgesamt haben 12,3% der Pflegebedürftigen innerhalb der letzten 6 Monate (inklusive des Monats des Beginns der Pflegebedürftigkeit) vor Auftreten der Pflegebedürftigkeit eine Rehabilitation begonnen. Innerhalb der zurückliegenden 13 Monate (inklusive Pflegeeintrittsmonat) sind es 14,9%. Im Vergleich dazu haben die nicht pflegebedürftigen Personen innerhalb von 12 Monaten zu 4 % mindestens eine Rehabilitation erhalten (hier nicht dargestellt).

Die Häufigkeit der Inanspruchnahmen der Rehabilitationen unterscheidet sich nach den Pflegearrangements zu Beginn der Pflegebedürftigkeit. Dieser Unterschied zeigt sich besonders in den Quoten einen und zwei Monate vor Auftreten der Pflegebedürftigkeit. Vor einem Beginn in informeller Pflege ist der Anteil geringer als im Durchschnitt. Im Monat eins vor Pflegebedürftigkeit liegt die Quote bei 4,6%. Im zweiten Monat vor Pflegeinzidenz bei 2,0% (Abbildung 55). Die Pflegebedürftigen, die mit formell-ambulanter Pflege die Pflegekarriere starten, erhielten im Monat unmittelbar davor zu 6,5% und im zweiten Monat zuvor zu 2,4 % letztmalig eine Rehabilitation. 7,0% bzw. 3,1 % sind es bei denjenigen, deren Pflegebeginn im Pflegeheim liegt. In den Monaten, die mehr als 4 Monate vor Auftreten der Pflegebedürftigkeit liegen, haben diejenigen, mit Beginn in formeller Pflege, jeweils einen geringfügig höheren Anteil an letztmaliger Rehabilitation vor dem Pflegebeginn. In der Summe (Abbildung 56) über die beobachteten 13 Monate resultiert aber immer noch ein geringerer Gesamtanteil (13,8%) als bei den Pflegebedürftigen mit formell-ambulanter Pflege (15,6%) oder mit Pflegebeginn im Pflegeheim (15,8%) (siehe auch Tabelle 40).

Abbildung 57: Beginn der letzten medizinischer Rehabilitation 12 Monate rückblickend ab Pflegeeintritt, differenziert nach Pflegestufen

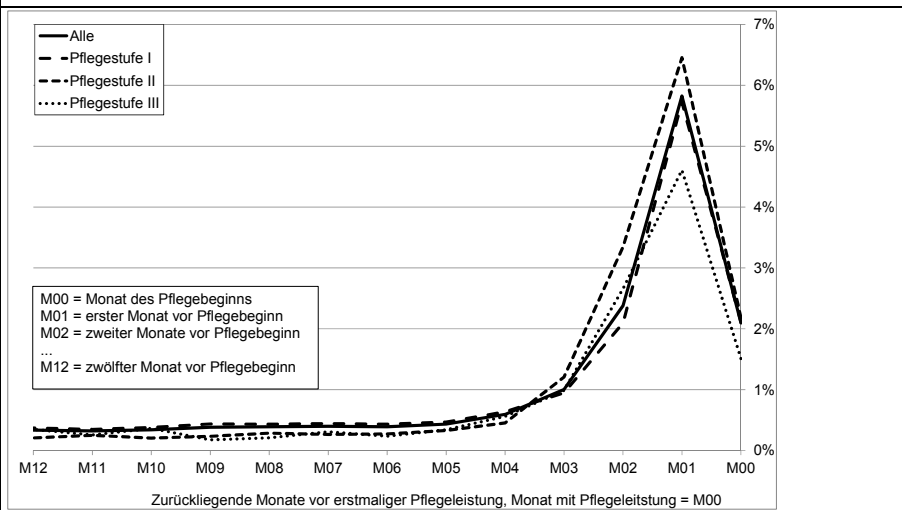
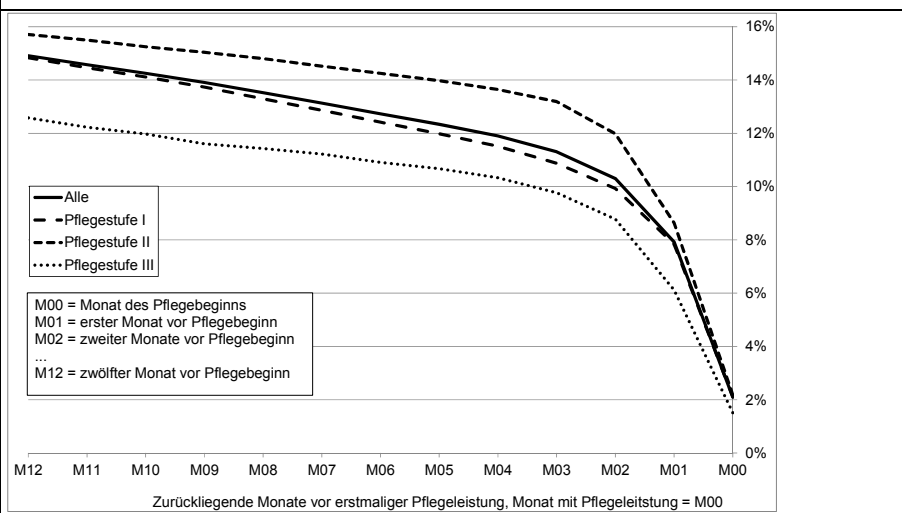


Abbildung 58: Anteil der Rehabilitanden unter den Pflegebedürftigen im Zeitraum bis X Monate rückblickend ab Pflegeeintritt – differenziert nach Pflegestufen



Anmerkung: Standardisiert auf die Bevölkerung in Deutschland am Jahresende 2011.
 Selektion: Pflegeeintritt im Jahr 2011 im Alter ab 65 Jahren

Die Unterscheidung nach Pflegestufen zeigt ebenfalls im Monat vor dem Pflegeeintritt die größten Differenzen. Die höchsten Quoten mit Rehabilitation gibt es bei Pflegestufe II, die zweitmeisten bei Pflegestufe I und am wenigsten, wenn die Pflegebedürftigkeit mit Pflegestufe III beginnt (Abbildung 57, Abbildung 58).

Die Rehabilitation derjenigen, die ihre Pflegekarriere mit Pflegestufe II starten, wird tendenziell eher kurz vor der Pflegebedürftigkeit durchgeführt. Bei Pflegebeginn in Pflegestufe I verteilt sich die Rehabilitation weiter über den zurückliegenden Zeitraum. Je weiter man zurückblickt, desto mehr nähert sich die Kurve jemals erfolgter Rehabilitationen derjenigen mit Pflegestufe II an (Abbildung 58). Diejenigen, die mit Pflegestufe III pflegebedürftig werden, erhalten fast durchweg zu jedem Monat zuvor weniger Rehabilitationen und somit auch in der Summe weniger.

6.2.1.2 Bivariate Analyse der Erklärungsfaktoren für die Anzahl der Rehabilitationen vor Auftreten von Pflegebedürftigkeit

Die Begründung für die unterschiedlichen Rehabilitationshäufigkeiten kann in unterschiedlichen gesundheitlichen Zuständen, im Alter oder dem Geschlecht des Pflegebedürftigen liegen, die dann mit Pflegeform und -stufe korrelieren. Nachfolgend wird die Rehabilitationshäufigkeit daher auch nach diesen Merkmalen untersucht.

Die Unterscheidung nach Alter und Geschlecht zeigt für Männer und für Frauen über den gesamten beobachteten Zeitraum eine relativ gleichbleibende Tendenz: Je jünger desto mehr Rehabilitationen (Abbildung 58, Abbildung 59). Insgesamt erhielten 18,8% der 65-69-Jährigen innerhalb der beobachteten 13 Monate eine Rehabilitation. Von den 80-84-Jährigen waren es nur 14,9% und von den über 90-Jährigen 9,4%. Aufsummiert ist der Unterschied zwischen Frauen und Männern nur gering. Männer erhielten zu 15,1% eine Rehabilitation und Frauen zu 14,8%. Innerhalb der einzelnen Alterskategorien gibt es keine einheitliche Tendenz: teils gibt es mehr Rehabilitationen für Frauen und teils ist es umgekehrt.

Abbildung 59: Beginn der letzten medizinischer Rehabilitation 12 Monate rückblickend ab Pflegeeintritt, differenziert nach Alter und Geschlecht

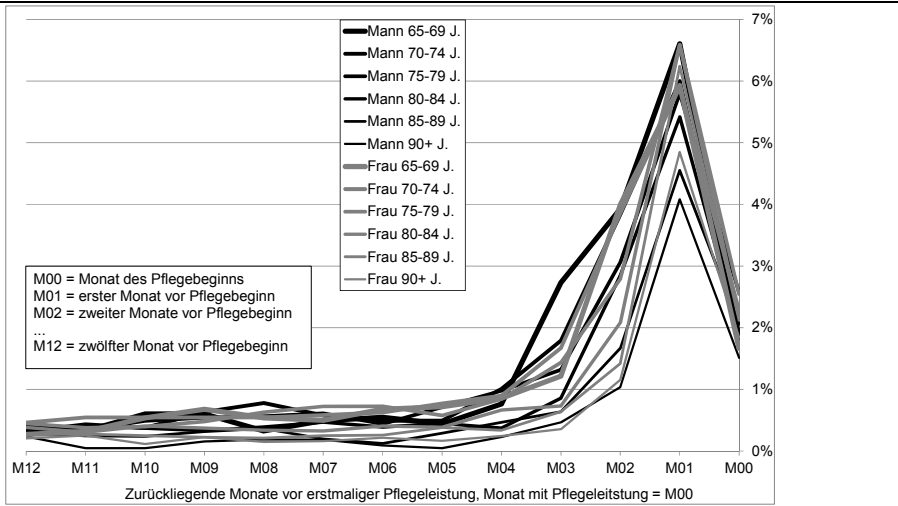
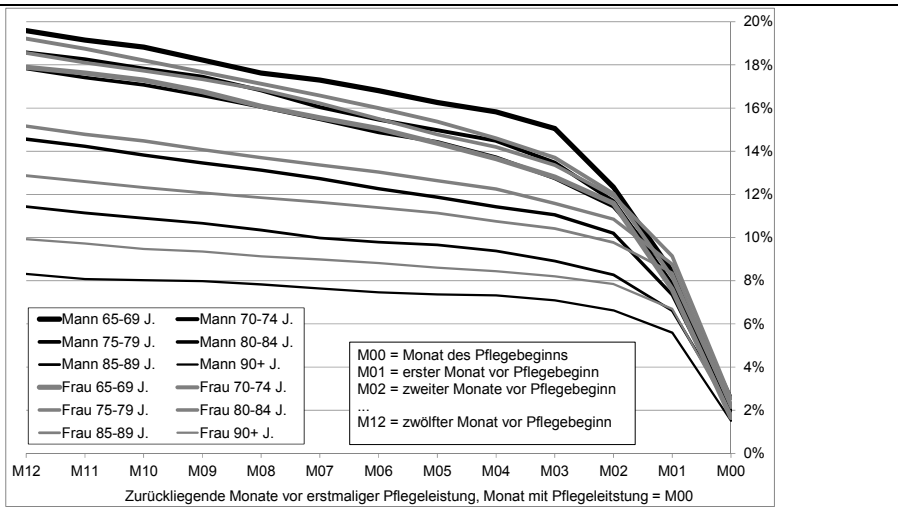


Abbildung 60: Anteil der Rehabilitanden unter den Pflegebedürftigen im Zeitraum bis X Monate rückblickend ab Pflegeeintritt – nach Alter und Geschlecht



Anmerkung: Standardisiert auf die Bevölkerung in Deutschland am Jahresende 2011.
 Selektion: Pflegeeintritt im Jahr 2011 im Alter ab 65 Jahren

Tabelle 40: Anteil der Rehabilitanden unter den Pflegebedürftigen im Zeitraum bis X Monate rückblickend ab Pflegeeintritt

Differenzierungsmerkmal	N	Pflegeeintritt	Bis zu 3 Monate zuvor	Bis zu 12 Monate zuvor
Alle	511.208	2,1 %	11,3 %	14,9 %
Informelle Pflege	194.905	1,8 %	9,4 %	13,8 %
Formell-ambulante Pflege	248.960	2,4 %	12,3 %	15,6 %
Pflegeheim	67.070	2,0 %	13,1 %	15,8 %
Pflegestufe I	381.400	2,1 %	10,9 %	14,8 %
Pflegestufe II	106.458	2,2 %	13,2 %	15,7 %
Pflegestufe III	23.272	1,5 %	9,8 %	12,6 %
Mann	203.209	2,0 %	11,4 %	15,1 %
Frau	308.000	2,2 %	11,3 %	14,8 %
65-69 Jahre	32.968	1,7 %	14,1 %	18,8 %
70-74 Jahre	67.230	2,1 %	13,6 %	18,9 %
75-79 Jahre	89.885	2,6 %	13,1 %	18,2 %
80-84 Jahre	127.305	2,1 %	11,4 %	14,9 %
85-89 Jahre	121.929	2,1 %	10,0 %	12,4 %
90+ Jahre	71.892	1,7 %	7,9 %	9,4 %
Medikationsprobleme	884	2,7 %	16,6 %	19,7 %
Immobilität	24.938	2,1 %	12,6 %	16,1 %
Sturzneigung und Schwindel	233.753	2,3 %	12,3 %	16,1 %
Demenz und andere Störungen	226.296	2,1 %	10,5 %	13,5 %
Stuhlinkontinenz	98.985	2,7 %	14,6 %	17,9 %
Harninkontinenz	214.808	2,5 %	13,0 %	16,6 %
Dekubitalulcera	113.869	2,4 %	13,3 %	16,9 %
Fehl- und Mangelernährung	68.447	1,8 %	10,2 %	13,4 %
Flüssigkeits- und Elektrolythaushalt	258.637	2,3 %	11,9 %	15,4 %
Depression, Angststörung	181.385	2,2 %	12,5 %	16,7 %
Schmerz	116.486	2,2 %	11,1 %	15,6 %
Sensibilitätsstörungen	90.737	2,7 %	14,0 %	19,3 %
Belastbarkeit, Gebrechlichkeit	14.600	2,3 %	10,1 %	13,1 %
Starke Seh- und Hörbehinderung	215.467	2,4 %	12,1 %	16,0 %
Hohes Komplikationsrisiko	294.983	2,6 %	13,4 %	17,7 %
Verzögerte Rekonvaleszenz	2.353	2,4 %	10,0 %	13,7 %
Intelligenzmindering	1.283	0,0 %	11,7 %	13,6 %
Größere Entwicklungsstörungen	166	0,0 %	16,3 %	21,7 %
Epilepsie	28.892	2,9 %	19,7 %	24,9 %

Tabelle 40: Anteil der Rehabilitanden unter den Pflegebedürftigen im Zeitraum bis X Monate rückblickend ab Pflegeeintritt

Differenzierungsmerkmal	N	Pflegeeintritt	Bis zu 3 Monate zuvor	Bis zu 12 Monate zuvor
Lähmungen	68.742	4,5%	29,9%	34,9%
Sonstige Krankheiten des Gehirns	21.031	2,1%	13,2%	17,2%
Down-Syndrom	13	0,0%	0,0%	0,0%
Parkinson	37.597	2,3%	10,9%	15,7%
Krebs	174.119	1,7%	8,1%	11,6%
Multiple Sklerose	1.426	4,0%	18,4%	22,8%
Herzinsuffizienz	206.052	2,4%	11,8%	15,7%
Schlaganfall	81.332	4,1%	26,0%	31,0%
Frakturen	64.705	4,6%	20,4%	24,8%
Rausch- und Suchtmittelkonsum	44.845	2,5%	11,9%	16,1%
Herzinfarkt	30.247	3,5%	15,5%	20,3%
Keine GtMK	13.573	1,2%	7,0%	9,5%
1 GtMK	38.203	1,2%	8,4%	11,3%
2 GtMK	65.598	1,4%	9,5%	12,7%
3+ GtMK	393.834	2,3%	12,0%	15,8%
Keine Diagnose	5.481	1,1%	5,0%	7,1%
1 Diagnose	18.997	0,6%	4,9%	7,6%
2 Diagnosen	37.980	1,1%	6,4%	9,2%
3 Diagnosen	55.895	1,2%	7,8%	10,9%
4 Diagnosen	68.069	1,6%	9,1%	12,6%
5+ Diagnosen	324.787	2,6%	13,4%	17,3%

Anmerkung: Standardisiert auf die Bevölkerung in Deutschland am Jahresende 2011.
 Selektion: Pflegeeintritt im Jahr 2011 im Alter ab 65 Jahren

Das Vorliegen einer der untersuchten Erkrankungen geht in der Regel mit einer höheren Rehabilitationsquote einher. Eine negative Differenz von mindestens zwei Prozentpunkten zeigt sich für den untersuchten Zeitraum von 13 Monaten nur bei Krebs und beim Down-Syndrom. Eine um mehr als zwei Prozentpunkte erhöhte Quote findet sich bei Pflegebedürftigen mit Stuhlinkontinenz, mit Sensibilitätsstörungen, mit hohem Komplikationsrisiko, mit größeren Entwicklungsstörungen, mit Epilepsie, mit Lähmungen, mit sonstigen Erkrankungen des Gehirns, mit multipler Sklerose, mit Schlaganfall, mit hüftgelenknahen Frakturen oder mit Herzinfarkt (Tabelle 40). Die Diagnosen mit besonders häufigen Rehabilitationen

stammen überwiegend nicht aus dem im Kapitel 5 definierten Bereich der geriatypischen Merkmalskomplexe (GtMK). Schlaganfall und hüftgelenksnahen Fraktur sind auch in der Literatur sehr häufig genannte Rehabilitationsgründe (z. B. Meier-Baumgartner et al. 1992; Meier-Baumgartner et al. 2002).

Je mehr verschiedene Diagnosen vorliegen, desto höher ist die Wahrscheinlichkeit einer vorangegangenen Rehabilitation. Dies gilt sowohl bei einer Gesamtbetrachtung der berücksichtigten Erkrankungen als auch bei der Betrachtung der GtMK. Ohne GtMK und ohne eine der berücksichtigten Diagnosen haben im Beobachtungszeitraum von 13 Monaten 7,1% eine Rehabilitation bekommen. Mit drei oder mehr GtMK sind es dann 15,8% und ab fünf der insgesamt berücksichtigten Erkrankungen sind es 17,3%.

6.2.1.3 Multivariate Analyse der Erklärungsfaktoren für die Anzahl der Rehabilitationen vor Auftreten von Pflegebedürftigkeit

Viele der vorstehend genannten Faktoren (Pflegearrangement, Pflegestufe, Geschlecht, Alter, Erkrankungen) korrelieren miteinander. Um zu identifizieren, welche der Faktoren die entscheidenden Faktoren für eine höhere oder geringere Wahrscheinlichkeit einer Rehabilitation sind, müssen alle Faktoren gleichzeitig in einem statistischen Modell in ihrem Effekt auf die Rehabilitation betrachtet werden. Da eine medizinische Rehabilitation besonders häufig in den letzten drei Monaten vor dem erstmaligen Bezug von Leistungen bei Pflegebedürftigkeit und im Pflegeinzidenzmonat selber in Anspruch genommen wird, wird dazu nachfolgend auf diesen Zeitraum abgestellt.

In der Tabelle 41 sind die Ergebnisse zweier Cox-Regressionen abgebildet, die nach Erklärungsfaktoren für unterschiedliche Inanspruchnahmen in diesem Zeitfenster von insgesamt 4 Monaten suchen. Modell 1 berücksichtigt, das Geschlecht, das Alter, das Pflegearrangement, die Pflegestufen, zurückliegende Rehabilitationsmaßnahmen, zurückliegende und aktuelle Heilmittelverordnungen sowie die Liste der berücksichtigten Erkrankungen und Symptome. Das Modell 2 berücksichtigt statt der einzelnen Erkrankungen und Symptome die Summe der GtMK und die Summe aller aufgeführten Erkrankungen und Symptome. Bei den ausgewiesenen Werten handelt es sich um relative Risiken (RR).

Tabelle 41: Cox- Regression zur Wahrscheinlichkeit einer Rehabilitation innerhalb der drei Monate vor Pflegeeintritt oder im Pflegeeintrittsmonat

Effekt	Modell 1 ⁷⁴	Modell 2
	RR	RR
Formell-ambulante Pflege	1,42 ***	1,46 ***
Pflegeheim	0,65 ***	0,64 ***
Pflegestufe II	0,79 **	0,77 ***
Pflegestufe III	0,55 **	0,54 **
Frau	1,01	1,05
70-74 Jahre	0,97	0,96
75-79 Jahre	0,92	0,92
80-84 Jahre	0,80 ***	0,80 ***
85-89 Jahre	0,69 ***	0,69 ***
90+ Jahre	0,54 ***	0,54 ***
Reha 4-12 Monate zurückliegend	1,32 ***	1,34 ***
Reha 13-48 Mon. zurückliegend	1,40 ***	1,43 ***
Heilmittel 0-3 Mon. zurückliegend	1,11 ***	1,11 ***
Heilmittel 4-12 Mon. zurückliegend	0,81 ***	0,80 ***
Heilmittel 13-48 Mon. zurückliegend	1,46 ***	1,52 ***
Medikationsprobleme	1,22	
Immobilität	0,98	
Sturzneigung und Schwindel	0,93	
Demenz und andere Störungen	0,66 ***	
Stuhlinkontinenz	1,00	
Harninkontinenz	1,01	
Dekubitalulcera	1,04	
Fehl- und Mangelernährung	0,95	

⁷⁴ Das Cox-Regressionsmodell misst die Übergangsraten von einem Zustand in einen anderen pro Zeit. Die berechneten Koeffizienten des Modells können in relative Risiken umgerechnet werden. Diese relativen Risiken sind in den hier dargestellten Modellen ausgewiesen. Das relative Risiko (RR) ist ein statistisches Maß, das angibt, wie hoch die Wahrscheinlichkeit eines Ereignisses oder Zustands (je Zeiteinheit) für eine Gruppe im Vergleich zur Vergleichsgruppe ist bzw., um welchen Faktor sich das Risiko verändert, wenn der Merkmalswert um eins erhöht wird. Im Modell 1 Tabelle 41 wird beispielsweise das RR von 0,80 für das Alter 80-84 Jahre ausgewiesen. Das bedeutet, das Risiko innerhalb der beobachteten Zeit pflegebedürftig zu werden ist bei 80-84-Jährigen um 20 % geringer als in der Referenzkategorie, der 65-69-Jährigen – unter Konstanthaltung aller anderen Merkmale.

Tabelle 41: Cox- Regression zur Wahrscheinlichkeit einer Rehabilitation innerhalb der drei Monate vor Pflegeeintritt oder im Pflegeeintrittsmonat

Effekt	Modell 1 ⁷⁴	Modell 2
	RR	RR
Flüssigkeits- und Elektrolythaushalt	0,93	
Depression, Angststörung	0,98	
Schmerz	0,85 *	
Sensibilitätsstörungen	1,01	
Belastbarkeit, Gebrechlichkeit	0,77	
Starke Seh- und Hörbehinderung	0,96	
Hohes Komplikationsrisiko	1,15 **	
Verzögerte Rekonvaleszenz	0,59	
Intelligenzminderung	1,14	
Größere Entwicklungsstörungen	1,89	
Epilepsie	1,13	
Lähmungen	2,12 ***	
Sonstige Krankheiten des Gehirns	0,82	
Down-Syndrom	.0,01	
Parkinson	1,01	
Krebs	0,60 ***	
Multiple Sklerose	1,24	
Herzinsuffizienz	0,96	
Schlaganfall	1,45 ***	
Frakturen	2,17 ***	
Rausch- und Suchtmittelkonsum	0,77 **	
Herzinfarkt	1,12	
Anzahl GtMK		0,74 ***
Anzahl Erkrankungen		1,26 ***

Anmerkung: Standardisiert auf die Bevölkerung in Deutschland am Jahresende 2011
 Selektion: Pflegeeintritt im Jahr 2011 im Alter ab 65 Jahren; * p<0,05; ** p<0,01; *** p<0,001;
 RR = relatives Risiko; Referenzkategorien; Mann, Alter 65-69 Jahre, informelle Pflege, Pflegestufe I, keine Reha in dem Zeitraum, kein Heilmittel in dem Zeitraum, Erkrankung liegt nicht vor.

Die minimalen Unterschiede zwischen Frauen und Männern, wie sie sich in der bivariaten Betrachtung zeigen, sind im Modell nicht signifikant. Männern und Frauen unterscheiden sich somit unter Kontrolle der anderen Variablen in den Modellen nicht bezüglich vorangegangener Rehabilitationen (Tabelle 41). Die in der bivariaten Betrachtung gefundenen Unterschiede zwischen den Alterskategorien finden sich dagegen im Modell wieder. Je älter die Pflegebedürftigen sind,

desto geringer ist c. p. die Wahrscheinlichkeit, dass kurz vor Pflegeeintritt eine Rehabilitation stattgefunden hat. Der Unterschied zwischen den Alterskategorien wird also nicht durch das kontrollierte Erkrankungsspektrum bestimmt.

Im Vergleich zu den Personen, die informell gepflegt werden, erhielten diejenigen mit formell-ambulanter Pflege und auch die Pflegeheimbewohner c. p. mehr Rehabilitationen. Diese Unterschiede bleiben über beide Modelle stabil und finden sich auch in den bivariaten Betrachtungen.

Bei Pflegebeginn mit Pflegestufe III sind weniger und bei Beginn mit Pflegestufe I mehr Rehabilitationen durchgeführt worden als bei Beginn mit Pflegestufe I. Diese Rangfolge zeigt sich ebenfalls in der bivariaten Betrachtung. Die Differenzen verschieben sich im Modell aber leicht. Ein Teil der Unterschiede in Bezug auf die Pflegestufen ist also durch die je nach Stufen unterschiedliche Verteilung der Erkrankungen, der vorangegangenen Versorgung und durch demographische Variablen erklärt. Diese Faktoren führen somit nicht nur zu einer unterschiedlichen Einstufung in Pflegestufen, sondern beeinflussen auch die Wahrscheinlichkeiten dafür, in den letzten Monaten vor Auftreten der Pflegebedürftigkeit eine Rehabilitation in Anspruch genommen zu haben.

Prinzipiell soll keine Rehabilitation gewährt werden, wenn schon in den letzten vier Jahren eine entsprechende Rehabilitation geleistet wurde (§ 40 Abs. 3 SGB V). Trotzdem zeigen sich erhöhte Wahrscheinlichkeiten einer Rehabilitation vor Eintritt einer Pflegebedürftigkeit gerade dann, wenn auch schon in den Monaten und Jahren zuvor eine Rehabilitation geleistet wurde. Hier kommt dann möglicherweise die einschränkende Bedingung zum Zuge, dass bei dringender medizinischer Notwendigkeit eine weitere Rehabilitation ermöglicht werden soll. In ähnlichem Maße, wie die vorangegangenen Rehabilitationen eine Rehabilitation vor Pflegebeginn wahrscheinlicher machen, reduziert sich allerdings die Wahrscheinlichkeit, wenn Heilmittel aktuell oder in Zeiträumen zuvor verordnet wurden.

Insgesamt 30 Diagnosegruppen sind im ersten in Tabelle 41 angegebenen Modell berücksichtigt. Neben den GtMK sind weitere als pflegebegründend erkannte Diagnosen sowie einige Erkrankungen, die im Rahmen von Rehabilitationen oft von Bedeutung sind, berücksichtigt. Die meisten Erkrankungen und Symptome erscheinen unauffällig bezüglich ihrer Wirkung auf die Rehabilitationswahrschein-

lichkeit. Bei Vorliegen des Down-Syndroms gibt es gar keine Rehabilitationen vor Pflegeeintritt. Besonders wenige Rehabilitationen im Vorfeld einer Pflegebedürftigkeit gibt es sonst noch bei Demenz und anderen Störungen, bei Patienten mit Schmerzdiagnosen, bei Krebspatienten und Patienten mit Rausch- und Suchtmittelkonsum. Erhöhte Quoten sind c. p. feststellbar bei Patienten mit hohem Komplikationsrisiko, Patienten mit Lähmungen, Schlaganfallpatienten sowie Patienten mit hüftgelenksnahen Frakturen. Die höchsten Quoten mit einem relativen Risiko (RR) von mehr als 2 sind gegeben bei Lähmungen und Frakturen.

Bei den Patienten mit Diagnosen, die zu einer verringerter Rehabilitationswahrscheinlichkeit führen, ist davon auszugehen, dass ihnen aufgrund dieser Diagnosen (Down-Syndrom, Demenz, Sucht) eine geringere Therapierfähigkeit zugesprochen wird bzw. andere medizinische Versorgungsleistungen Vorrang haben (Krebs). Die Rehabilitationsfähigkeit bei Demenz wird vielfach infrage gestellt, allerdings wurden deutliche Nachweise erbracht, dass die Rehabilitationsfähigkeit sehr wohl gegeben ist, die Prozeduren nur etwas länger dauern (Korczyk et al. 2012).

Das zweite Modell in Tabelle 41 berücksichtigt nur die Anzahl der GtMK und die Anzahl der vergebenen 30 Diagnosegruppen, aber nicht die einzelnen Diagnosegruppen. Bei simultaner Berücksichtigung der Anzahlen an Diagnosen und GtMK zeigen sich ein negativer Wert für die GtMK und ein positiver Wert für die Anzahl aller Erkrankungen. Das impliziert, dass die Diagnosen außerhalb der GtMK in höherem Ausmaß dafür verantwortlich sind, dass eine Rehabilitation durchgeführt wird.

Die Faktoren Alter, Geschlecht, Pflegestufe, Pflegearrangement, vorangegangene Rehabilitation und vorangegangene Heilmittelverordnungen haben in beiden Modellen fast dieselbe Wirkung. Differenzen in den Effekten sind bestenfalls graduell. Ein Vorzeichenwechsel ist in keinem Fall festzustellen. Diese Faktoren wirken also stabil – unabhängig davon, ob man die Erkrankungen einzeln aufführt oder ihre Anzahl berücksichtigt. Die Effekte sind insgesamt so stabil, dass sie bei bivariater und multivariater Analyse in die gleiche Richtung zeigen.

6.2.2 Medizinische Rehabilitationen nach Erstbegutachtung

Bei der Erstbegutachtung der Antragsteller auf Pflegeversicherungsleistungen ist immer auch zu prüfen, ob Rehabilitation empfohlen werden kann. Daher ist mit einer Rehabilitationshäufigkeit nach der Begutachtung zu rechnen, die im Rahmen der Quoten der Rehabilitationsempfehlungen liegt. Nachfolgend wird daher untersucht, wie häufig medizinische Rehabilitationen nach erstmaligem Auftreten von Pflegebedürftigkeit durchgeführt werden und unter welchen Bedingungen es mehr oder weniger zu Rehabilitationen kommt. Der Zeitpunkt der Erstbegutachtung lässt sich nicht immer eindeutig identifizieren, daher wird im Folgenden vom ersten Leistungsbezug aus gerechnet. Ab dem Monat des ersten Leistungsbezugs wird prospektiv geprüft, in welchem Monat erstmalig eine medizinische Rehabilitation durchgeführt wird.

Zunächst wird die Gesamtzahl der Rehabilitationen innerhalb der ersten drei Monate der Pflegebedürftigkeit ermittelt. Dabei wird auch untersucht, inwieweit sich die Rehabilitationswahrscheinlichkeiten nach Pflegearrangements und nach Pflegestufen unterscheiden. Die Gesamtzahl der Rehabilitationen wird mit der Gesamtzahl der Rehabilitationsempfehlungen verglichen, wie sie aus verschiedenen Studien bekannt sind (Abschnitt 6.2.2.1). Anschließend werden Erklärungsfaktoren für die Inanspruchnahmen betrachtet. Die Darstellung der Anteilswerte mit Rehabilitationsleistungen erfolgt zunächst bivariat. Dabei werden die Verteilungen separat nach Geschlecht, Alter, einzelnen Erkrankungen und Anzahl an Erkrankungen betrachtet (Abschnitt 6.2.2.2). Möglicherweise vorzufindende Unterschiede beispielsweise zwischen Männer und Frauen müssen aber nicht am Geschlechterstatus liegen, sondern können auch durch verschiedene Altersverteilungen, verschiedene Erkrankungen u. a. hervorgerufen sein. Um die tatsächlichen erklärenden Merkmale zu identifizieren, werden nach den Darstellungen der bivariaten Verteilungen noch zwei Cox-Regressionsmodelle vorgestellt, in denen alle Merkmale gleichzeitig in ihrem Effekt auf die Rehabilitationswahrscheinlichkeit beurteilt werden (Abschnitt 6.2.2.3).

6.2.2.1 Anzahl der Rehabilitationen nach erstmaligem Bezug von Pflegeversicherungsleistungen

In dem Monat, in dem von 65-Jährigen und Älteren die ersten Pflegeleistungen in Anspruch genommen werden, liegt die Inanspruchnahme von Rehabilitationsleistungen bei 2,1% (Abbildung 61).⁷⁵ Die berichteten Raten von Reha-Empfehlungen im Rahmen der Erstbegutachtung von Anträgen auf Pflegeversicherungsleistungen lagen teilweise deutlich darunter (0,9% von Küpper-Nybelen et al. 2006: 103; 1,4% von Windeler et al. 2008: 81; 1,3% vom BMG 2011e: 92). Die vom MDS ausgewiesenen Anteile der Begutachtungen mit Rehabilitationsempfehlungen liegen bei 2,3% über alle Gutachten (MDS 2007b) und bei 2,9% bei den Begutachtungen der ambulanten Erstantragsteller (MDS 2005: 31). Allerdings sind diese Werte des MDS bereits älteren Datums. Die Anteile der beobachteten Rehabilitationsleistungen im ersten Monat der Pflegebedürftigkeit liegen somit im Bereich der Empfehlungsquote des MDS. Werden aber die beobachteten Rehabilitationsleistungen aus dem Pflegeeintrittsmonat und den beiden folgenden Monaten der Pflegebedürftigkeit zusammen genommen, wird eine Rehabilitationsquote von fast 4% erreicht, die deutlich über den berichteten Empfehlungsquoten liegt.

Von den über 65-Jährigen, die im Jahr 2011 erstmalig pflegebedürftig geworden sind, haben 2% im Monat des Pflegebeginns medizinische Rehabilitationen angetreten, gut 1% tritt die Rehabilitation im ersten Monat nach Pflegebeginn an (Abbildung 61). Die Anteile mit einem erstmaligen Antritt ab Pflegebeginn reduzieren sich dann über die weiteren Beobachtungsmonate auf ein viertel Prozent. Insgesamt summieren sich die Anteile der in den Monaten jeweils erstmaligen Rehabilitationen über die beobachteten 12 Monate nach erstmaliger Gewährung von Pflegeleistungen auf 7,3% (Abbildung 62). Dieser Wert liegt noch weiter über der Quote der Rehabilitationsempfehlungen im Rahmen der Pflegebegutachtung. Rehabilitationen bei Pflegebedürftigkeit werden also nicht nur durch die Erstbegutachtungen ausgelöst, sondern auch noch danach initiiert.

⁷⁵ Dieser Wert stimmt mit dem in Abschnitt 6.2.1.1 referiertem Werte überein, da der Monat in dem die Pflegeversicherungsleistungen erstmals gewährt werden sowohl bei der retrospektiven als auch bei der prospektiven Betrachtung der Ausgangsmonat ist.

Abbildung 61: Zeitpunkt der ersten medizinischer Rehabilitation – Anteil der Pflegebedürftigen in den Monaten ab Pflegeeintritt, nach Pflegearrangement

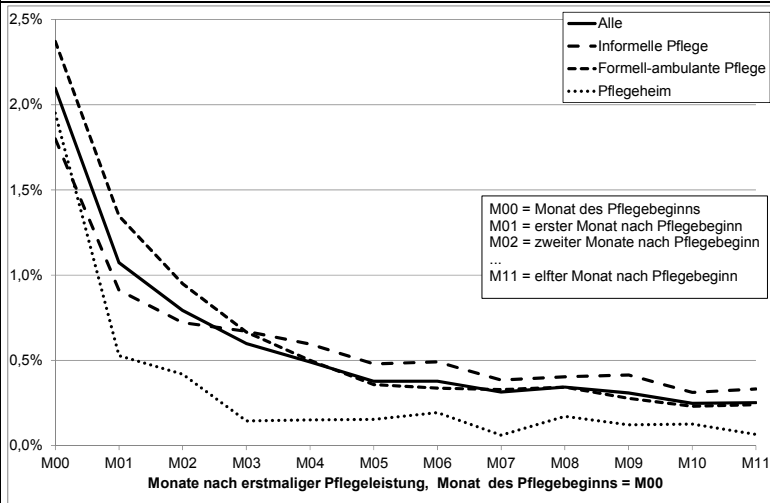
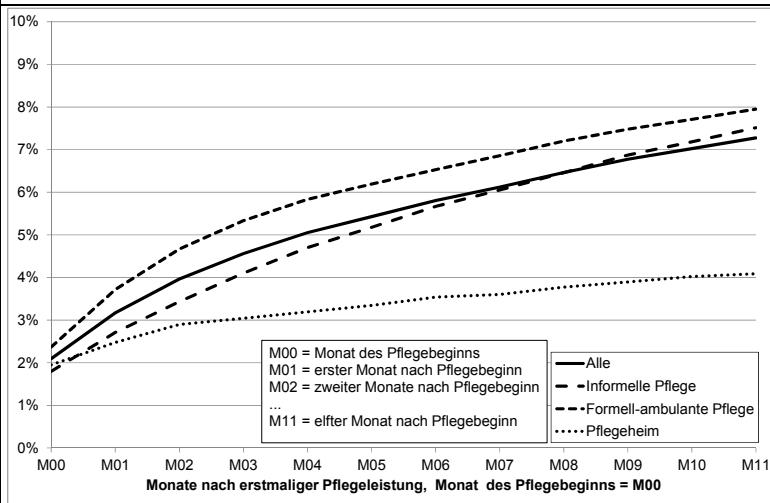


Abbildung 62: Anteil der Rehabilitanden unter den Pflegebedürftigen im Zeitraum bis X Monate ab Pflegeeintritt – nach Pflegearrangement



Anmerkung: Standardisiert auf die Bevölkerung in Deutschland am Jahresende 2011.
 Selektion: Pflegeeintritt im Jahr 2011 im Alter ab 65 Jahren

Bei Pflegebeginn in informeller Pflege ist der Reha-Anteil geringer als im Durchschnitt über alle Pflegearrangements. Ab dem vierten Monat nach Pflegebeginn sind dann aber „Aufholeffekte“ zu beobachten (Abbildung 61). Kumuliert wird dann im neunten Monat nach dem Pflegeeintrittsmonat die durchschnittliche Reha-Quote über alle Pflegebedürftige überschritten (Abbildung 62). Die Pflegebedürftigen, die ihre Pflegekarriere mit formell-ambulanter Pflege starten, erhalten im Monat, in dem sie erstmals Pflegeversicherungsleistungen beziehen, zu einem höheren Anteil eine Rehabilitation. Während dieser Anteil bei den Pflegebedürftigen mit informeller Pflege bei 1,8% liegt, liegt er bei den formell-ambulant gepflegten Pflegebedürftigen bei 2,4%. Auch in den nächsten drei Monaten liegen die Anteile jeweils höher. Im dritten Monat nach Pflegebeginn sind die Anteile dann aber gleich und anschließend kleiner. In der Summe (Abbildung 62) über die ersten 12 Monate resultiert aber immer noch ein höherer Anteil (7,9%) als bei den Pflegebedürftigen mit informeller Pflege (7,5%). Der Einbezug von Pflegediensten in die Pflege scheint demnach die erfolgreiche Beantragung von Leistungen der medizinischen Rehabilitation zu befördern. Weitaus geringer sind die Reha-Quoten unter den Pflegebedürftigen im Pflegeheim. Dies gilt ab dem ersten Monat nach Leistungsbeginn für jeden einzelnen Monat (Abbildung 61) und erst recht für den gesamten Betrachtungszeitraum (Abbildung 62). Kumuliert liegt die Reha-Quote bei den Heimbewohnern insgesamt nur bei 4,1% und damit nur halb so hoch wie bei den Pflegebedürftigen, die ihre Pflegebedürftigkeit in formell-ambulanter Pflege beginnen (Abbildung 62).

Differenziert nach Pflegestufen zeigt sich ein entsprechendes Bild. Die höchsten Reha-Quoten gibt es bei Pflegestufe I, die zweithöchste bei Pflegestufe II und die niedrigste, wenn die Pflegebedürftigkeit mit Pflegestufe III beginnt (Tabelle 42, Abbildung 63, Abbildung 64). Im Monat des Pflegebeginns erhalten jeweils über 2% der Pflegebedürftigen mit Pflegestufe I und II eine Rehabilitation. Bei Pflegebedürftigen mit Pflegestufe III liegt dieser Anteil bei nur 1,5%. Während auch in den nachfolgenden Monaten in Pflegestufe I noch viele erstmalige Rehabilitationen durchgeführt werden, flacht die Kurve bei Pflegebedürftigen mit Pflegestufe II schon deutlich ab. Bei solchen mit Pflegestufe III erfolgen nach dem dritten Monat schon fast gar keine erstmaligen Rehabilitationen mehr (Abbildung 63).

Abbildung 63: Zeitpunkt der ersten medizinischer Rehabilitation – Anteil der Pflegebedürftigen in den Monaten ab Pflegeeintritt, nach Pflegestufe

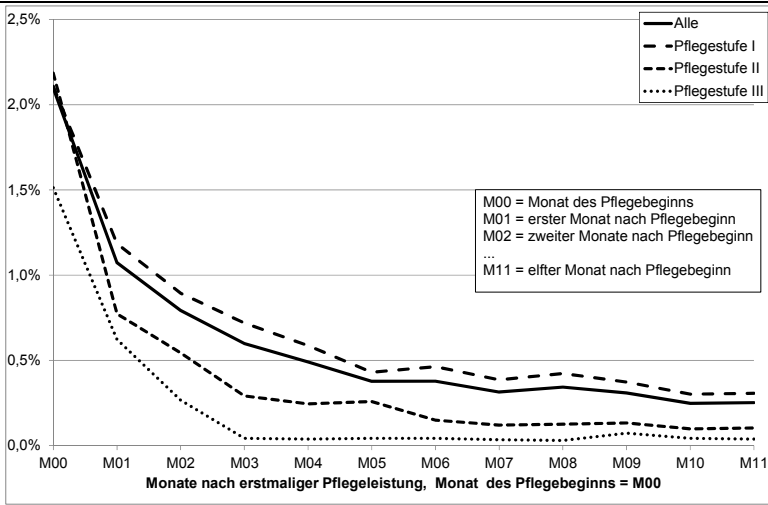
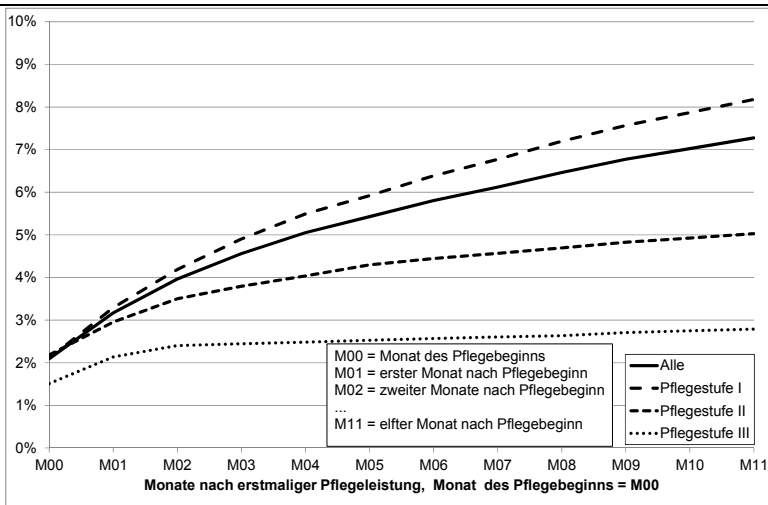


Abbildung 64: Anteil der Rehabilitanden unter den Pflegebedürftigen im Zeitraum bis X Monate ab Pflegeeintritt – differenziert nach Pflegestufen



Anmerkung: Standardisiert auf die Bevölkerung in Deutschland am Jahresende 2011.
 Selektion: Pflegeeintritt im Jahr 2011 im Alter ab 65 Jahren

Während der kumulierte Anteil der erstmaligen Rehabilitanden mit Pflegestufe I (und – wenn auch weniger ausgeprägt – mit Stufe II) im Verlauf der beobachteten zwölf Monate kontinuierlich und deutlich ansteigt, ist dieser Anteil bei den Pflegebedürftigen, die ihre Pflegekarriere mit Pflegestufe III beginnen, annähernd konstant (Abbildung 64). Die entsprechende Quote steigt lediglich von 2,4% im zweiten Monat auf 2,8% im elften Monat nach Pflegebeginn.

6.2.2.2 Bivariate Analyse der Erklärungsfaktoren für die Anzahl der Rehabilitationen nach Auftreten von Pflegebedürftigkeit

Weitere Unterscheidungsmerkmale, nach denen die Rehabilitationshäufigkeit nach Pflegebeginn betrachtet wird, sind Alter, Geschlecht und Diagnosestellungen. Im Monat der erstmaligen Gewährung von Pflegeversicherungsleistungen unterscheiden sich Männer und Frauen kaum voneinander. Jeweils liegt die Reha-Quote bei knapp über 2%. Im dritten Monat (= zweiter Monate nach Pflegeeintrittsmonat) liegt dieser Anteilswert bei den Frauen aber schon bei 4,2%, bei den Männern dagegen noch bei 3,5%. Nach zwölf Monaten (= elfter Monat nach Pflegeeintrittsmonat) haben 7,7% der Frauen und nur 6,6% der Männer eine Leistung der medizinischen Rehabilitation erhalten (Tabelle 42). Die Differenzierung nach Alter zeigt keinen linearen Zusammenhang. Im ersten Monat der Pflegebedürftigkeit haben die 75-79-Jährigen mit 2,6% die höchste Quote. Die 65-69-Jährigen und die über 90-Jährigen weisen jeweils Rehabilitationsquoten von 1,7% auf. Die 75-79-Jährigen haben auch nach drei Monaten und nach zwölf Monaten die höchste Quote, aber der relative der Unterschied zu den 65-69-Jährigen wird deutlich geringer. Nach zwölf Monaten haben 8,9% die 75-79-Jährigen und 8,4% der 65-69-Jährigen eine Maßnahme der medizinischen Rehabilitation erhalten. Der Unterschied zwischen diesen Alterskategorien verschwindet somit fast. Die Ältesten weisen auch nach zwölf Monaten deutlich niedrigere Quoten auf. So liegt der Anteil der über 90-Jährigen mit Rehabilitation innerhalb der ersten zwölf Monate nur bei 4,8%.

Tabelle 42: Anteil der Rehabilitanden unter den Pflegebedürftigen im Zeitraum bis X Monate ab Pflegeeintritt

	N	Pflegeeintritt = M00	Bis 2. Monate (bis M02) nach Pflegeeintritt	Bis 11. Monate (bis M11) nach Pflegeeintritt
Alle	511.208	2,1%	4,0%	7,3%
Informelle Pflege	194.905	1,8%	3,4%	7,5%
Formell-ambulante Pflege	248.960	2,4%	4,7%	7,9%
Pflegeheim	67.070	2,0%	2,9%	4,1%
Pflegestufe I	381.400	2,1%	4,2%	8,2%
Pflegestufe II	106.458	2,2%	3,5%	5,0%
Pflegestufe III	23.272	1,5%	2,4%	2,8%
Mann	203.209	2,0%	3,5%	6,6%
Frau	308.000	2,2%	4,2%	7,7%
65-69 Jahre	32.968	1,7%	3,8%	8,4%
70-74 Jahre	67.230	2,1%	4,4%	8,3%
75-79 Jahre	89.885	2,6%	4,5%	8,9%
80-84 Jahre	127.305	2,1%	4,1%	7,5%
85-89 Jahre	121.929	2,1%	3,8%	6,4%
90+ Jahre	71.892	1,7%	2,9%	4,8%
Medikationsprobleme	884	2,7%	4,4%	8,7%
Immobilität	24.938	2,1%	4,5%	9,7%
Sturzneigung und Schwindel	233.753	2,3%	4,6%	8,8%
Demenz und andere Störungen	226.296	2,1%	3,8%	6,7%
Stuhlinkontinenz	98.985	2,7%	4,8%	8,4%
Harninkontinenz	214.808	2,5%	4,6%	8,2%
Dekubitalulcera	113.869	2,4%	4,7%	8,8%
Fehl- und Mangelernährung	68.447	1,8%	3,5%	6,2%
Flüssigkeits- und Elektrolythaushalt	258.637	2,3%	4,6%	8,4%
Depression, Angststörung	181.385	2,2%	4,5%	8,7%
Schmerz	116.486	2,2%	4,6%	9,1%
Sensibilitätsstörungen	90.737	2,7%	5,1%	10,7%
Belastbarkeit, Gebrechlichkeit	14.600	2,3%	3,9%	7,2%
Starke Seh- und Hörbehinderung	215.467	2,4%	4,6%	8,7%
Hohes Komplikationsrisiko	294.983	2,6%	5,1%	9,6%
Verzögerte Rekonvaleszenz	2.353	2,4%	4,8%	11,7%
Intelligenzminderung	1.283	0,0%	0,0%	4,5%
Größere Entwicklungsstörungen	166	0,0%	0,0%	0,0%

Tabelle 42: Anteil der Rehabilitanden unter den Pflegebedürftigen im Zeitraum bis X Monate ab Pflegeeintritt

	N	Pflegeeintritt = M00	Bis 2. Monate (bis M02) nach Pflegeeintritt	Bis 11. Monate (bis M11) nach Pflegeeintritt
Epilepsie	28.892	2,9%	5,3%	9,5%
Lähmungen	68.742	4,5%	7,9%	13,7%
Sonstige Krankheiten des Gehirns	21.031	2,1%	4,1%	7,6%
Down-Syndrom	13	0,0%	0,0%	0,0%
Parkinson	37.597	2,3%	4,4%	9,8%
Krebs	174.119	1,7%	3,0%	5,6%
Multiple Sklerose	1.426	4,0%	7,7%	14,1%
Herzinsuffizienz	206.052	2,4%	4,4%	8,3%
Schlaganfall	81.332	4,1%	7,0%	11,9%
Frakturen	64.705	4,6%	9,6%	17,7%
Rausch- und Suchtmittelkonsum	44.845	2,5%	4,8%	8,9%
Herzinfarkt	30.247	3,5%	6,3%	10,7%
Keine GtMK	13.573	1,2%	1,5%	1,9%
1 GtMK	38.203	1,2%	2,1%	3,3%
2 GtMK	65.598	1,4%	2,6%	4,7%
3+ GtMK	393.834	2,3%	4,5%	8,3%
Keine Diagnose	5.481	1,1%	1,3%	1,7%
1 Diagnose	18.997	0,6%	1,2%	2,1%
2 Diagnosen	37.980	1,1%	1,9%	3,2%
3 Diagnosen	55.895	1,2%	2,1%	3,8%
4 Diagnosen	68.069	1,6%	3,0%	5,4%
5+ Diagnosen	324.787	2,6%	4,9%	9,1%

Anmerkung: Standardisiert auf die Bevölkerung in Deutschland am Jahresende 2011.

Selektion: Pflegeeintritt im Jahr 2011 im Alter ab 65 Jahren

Liegt eine der untersuchten Erkrankungen vor, erhöht sich in den meisten Fällen die Wahrscheinlichkeit einer Rehabilitation. Häufiger findet Rehabilitationen bei Sensibilitätsstörungen, bei verzögerter Rekonvaleszenz, bei Schlaganfall und Herzinfarkt statt und am häufigsten bei Lähmungen, Multipler Sklerose und Frakturen. Die Erkrankungen mit den geringsten Reha-Häufigkeiten sind solche, die überwiegend von Kindheit an vorliegen: Intelligenzminderung, Entwicklungsstörungen,

Down-Syndrom. Personen mit diesen Diagnosen haben in den ersten drei Monaten seit Pflegebeginn keine Rehabilitation bekommen.

Mit der Anzahl der Erkrankungen steigt auch die Wahrscheinlichkeit einer Rehabilitation. Dies gilt sowohl für die Summe aller einzeln berücksichtigten Erkrankungen als auch für die Summe der GtMK. Ohne GtMK und eine der berücksichtigten Diagnosen haben nach zwölf Monaten unter 2% eine Rehabilitation erhalten. Mit drei oder mehr GtMK (fünf oder mehr der insgesamt berücksichtigten Erkrankungen) sind es dann mehr als 8% (9%).

6.2.2.3 Multivariate Analyse der Erklärungsfaktoren für die Anzahl der Rehabilitationen nach Auftreten von Pflegebedürftigkeit

Viele der im vorigen Abschnitt untersuchten Faktoren (Pflegearrangement, Pflegestufe, Geschlecht, Alter, Erkrankungen) korrelieren miteinander. Um herauszufinden, welche der Faktoren für eine höhere oder geringere Reha-Wahrscheinlichkeit ausschlaggebend sind, werden alle Faktoren gleichzeitig in einem statistischen Modell in ihrem Effekt auf die Rehabilitation betrachtet (Tabelle 43).

Geht man davon aus, dass nach einer Begutachtung eine gewisse Wartezeit verstreichen kann und zudem Pflegeleistungen rückwirkend genehmigt werden können, erscheint ein Zeitraum von drei Monaten nach Leistungsgewährung für eine Beurteilung, wer möglicherweise als direkte Folge einer Begutachtung eine Rehabilitation erhalten hat, angemessen. Um die Effekte der betrachteten Differenzierungsmerkmale bei Kontrolle der jeweils anderen Merkmale zu ermitteln, wird eine Cox-Regression berechnet. Aus diesem Modell lassen sich Unterschiede in den Eintrittswahrscheinlichkeiten in Form des relativen Risikos ablesen (Tabelle 43). In der Tabelle sind hierzu zwei Modelle abgebildet. Das erste Modell berücksichtigt Geschlecht, Alter, Pflegearrangement, Pflegestufen, zurückliegende Rehabilitationsmaßnahmen, zurückliegende und aktuelle Heilmittelverordnungen sowie die Liste der berücksichtigten Erkrankungen und Symptome. Das zweite Modell berücksichtigt statt der einzelnen Erkrankungen und Symptome die Summe der GtMK und die Summe aller aufgeführten Erkrankungen und Symptome.

Tabelle 43: Cox-Regression zur Wahrscheinlichkeit einer Rehabilitation innerhalb der ersten drei Monate der Pflegebedürftigkeit

Effekt	Modell 1	Modell 2
	RR	RR
Formell-ambulante Pflege	1,21 ***	1,22 ***
Pflegeheim	0,79 **	0,78 **
Pflegestufe II	0,82 ***	0,74 ***
Pflegestufe III	0,65 **	0,54 ***
Frau	1,08	1,25 ***
65-69 Jahre	0,87	0,86
75-79 Jahre	0,96	0,99
80-84 Jahre	0,82 **	0,90
85-89 Jahre	0,76 ***	0,85 *
90+ Jahre	0,59 ***	0,68 ***
Reha 1-3 Monate zurückliegend	0,27 ***	0,34 ***
Reha 4-12 Mon. zurückliegend	0,60 ***	0,67 ***
Reha 13-48 Mon. zurückliegend	0,52 ***	0,56 ***
Heilmittel in aktuellen 3 Monaten	1,99 ***	2,46 ***
Heilmittel 1-3 Mon. zurückliegend	1,28 ***	1,26 ***
Heilmittel 4-12 M. zurückliegend	1,53 ***	1,53 ***
Heilmittel 13-48 M. zurückliegend	1,23 **	1,23 **
Medikationsprobleme	0,95	
Immobilität	0,90	
Sturzneigung und Schwindel	1,02	
Demenz und andere Störungen	0,80 ***	
Stuhlinkontinenz	1,00	
Harninkontinenz	1,07	
Dekubitalulcera	1,01	
Fehl- und Mangelernährung	0,83 **	
Flüssigkeits- und Elektrolythaushalt	1,14 **	
Depression, Angststörung	1,07	
Schmerz	1,02	
Sensibilitätsstörungen	1,08	
Belastbarkeit, Gebrechlichkeit	0,94	
Starke Seh- und Hörbehinderung	1,15 **	
Hohes Komplikationsrisiko	1,73 ***	
Verzögerte Rekonvaleszenz	0,73	
Intelligenzminderung	0,00	
Größere Entwicklungsstörungen	0,00	

Tabelle 43: Cox-Regression zur Wahrscheinlichkeit einer Rehabilitation innerhalb der ersten drei Monate der Pflegebedürftigkeit

Effekt	Modell 1	Modell 2
	RR	RR
Epilepsie	1,00	
Lähmungen	1,91 ***	
Sonstige Krankheiten des Gehirns	0,88	
Down-Syndrom	0,00	
Parkinson	0,99	
Krebs	0,74 ***	
Multiple Sklerose	1,35	
Herzinsuffizienz	1,02	
Schlaganfall	1,52 ***	
Frakturen	2,72 ***	
Rausch- und Suchtmittelkonsum	1,11	
Herzinfarkt	1,47 ***	
Anzahl GtMK		0,75 ***
Anzahl Erkrankungen		1,39 ***

Anmerkung: Standardisiert auf die Bevölkerung in Deutschland am Jahresende 2011
 Selektion: Pflegeeintritt im Jahr 2011 im Alter ab 65 Jahren; * p<0,05; ** p<0,01; *** p<0,001;
 RR = relatives Risiko; Referenzkategorien; Mann, Alter 70-74 Jahre, informelle Pflege, Pflegestufe I, keine Reha in dem Zeitraum, kein Heilmittel in dem Zeitraum, Erkrankung liegt nicht vor.

Der Unterschied, der in der bivariaten Betrachtung zwischen Männern und Frauen bezüglich nachfolgender Rehabilitationen zu erkennen ist (Tabelle 42), erweist sich im ersten Modell als nicht signifikant und im zweiten Modell als Wahrscheinlichkeitserhöhung um 25 % für Frauen. Letzteres entspricht ziemlich genau dem – bivariaten – gefundenen Unterschied der Reha-Quoten von 4,2 % zu 3,5 % innerhalb der ersten drei Monate nach Pflegeeintritt. Die geschlechtsspezifischen Unterschiede sind somit weitgehend unabhängig von der Zahl der Erkrankungen und GtMK (Modell 2). Allerdings sind einzelne Erkrankungen hoch signifikant und können dann den Geschlechterunterschied erklären (Modell 1).

Anders als bei der Analyse der Rehabilitation vor der Pflegebedürftigkeit ist bei der Analyse der Rehabilitation nach Beginn der Pflegebedürftigkeit die Alterskategorie 70-74-Jahre als Referenzkategorie gewählt, in der die höchsten Rehabilitationswahrscheinlichkeiten nach Pflegebeginn festgestellt werden. Im Vergleich zur

Alterskategorie der 70-74-Jährigen sinkt die Reha-Quote mit jeder höheren Altersklasse, und zwar in beiden Modellen. Ob dies auf geringere Reha-Bereitschaft älterer Menschen oder auf eine geringere Indikation zurückzuführen ist, kann allein anhand der Zahlen nicht unterschieden werden.

Im Vergleich zu den Personen, die informell gepflegt werden, erhalten diejenigen mit formell-ambulanter Pflege *ceteris paribus* mehr Rehabilitationen. Bei Heimbewohnern ist die Quote dagegen geringer. Diese Unterschiede bleiben auch in der multivariaten Betrachtung über beide Modelle stabil. Es handelt sich also um eigenständige Effekte, die nicht auf unterschiedliche Verteilungen bei den anderen hier betrachteten Merkmalen zurückgeführt werden können. Dass auch andere Versorgungsbereiche besser genutzt werden, wenn in der häuslichen Pflege ein Pflegedienst mit beteiligt ist, zeigte sich auch schon bei den Inanspruchnahmen der zusätzlichen Betreuungsleistungen (Rothgang et al. 2011b) und bei der häuslichen Krankenpflege (Rothgang & Müller 2013). Dies kann durch das besondere Engagement der Pflegedienste begründet sein, aber auch durch die besondere Klientel, die einen Pflegedienst in Anspruch nehmen (müssen). Offensichtliche besondere Merkmale der Klientel wie Alter, Geschlecht, Pflegestufe, Erkrankungen, vorangegangene Versorgung werden in den Modellen kontrolliert. Auch wenn weitere nicht kontrollierte latente Merkmale denkbar sind,⁷⁶ sprechen die Ergebnisse insgesamt doch dafür, dass die Anwesenheit eines Pflegedienstes entscheidend dazu beiträgt, dass weitere Bedarfe der Pflegebedürftigen erkannt und entsprechende Anträge gestellt werden und so auch die Reha-Quote steigt.

Interessant sind auch die Werte für diejenigen, die bei Eintritt der Pflegebedürftigkeit Leistungen bei stationärer Pflege in Anspruch nehmen. Sie weisen vor Eintritt der Pflegebedürftigkeit in der deskriptiven Betrachtung eine teilweise sogar höhere Reha-Quote auf (Abbildung 56 in Abschnitt 6.2.1.1). Diese ist aber insbesondere Ausdruck stärkerer gesundheitlicher Einschränkungen und verschwindet, wenn der Gesundheitszustand kontrolliert wird (Tabelle 41 in Abschnitt 6.2.1.3). Nach Eintritt der Pflegebedürftigkeit haben sie eine deutlich geringere Reha-

⁷⁶ Hierzu könnten beispielsweise die Dauer der Pflegebedürftigkeit oder unterschiedliche Grade der Beeinträchtigung innerhalb einer Pflegestufe gehören.

Quote, und dies auch wenn Erkrankungen und GtMK kontrolliert werden (Tabelle 43, Modell 1 und 2). Dies spricht dafür, dass die Tatsache eines Heimaufenthaltes selbst, die Chance auf eine Rehabilitation schmälert.

Mit steigender Pflegestufe sinkt die Reha-Wahrscheinlichkeit. Dies ist das deutliche Ergebnis aus den bivariaten Betrachtungen (Abschnitt 6.2.2.2): Dieser Effekt bleibt auch in den beiden Modellen in Tabelle 43 erhalten. Die Reha-Häufigkeit sinkt – bei Kontrolle der mit der Pflegestufe korrelierten Faktoren wie Alter, Geschlecht, Erkrankungen und Pflegearrangement – in beiden Modellen stetig mit der Pflegestufe, und der Unterschied ist in beiden Modellen durchweg signifikant. Die Pflegestufe hat also einen eigenen Effekt, der insbesondere in der jeweiligen medizinischen Vorgeschichte, einer geringeren Reha-Bereitschaft der Pflegebedürftigen und ihres familialen Umfelds oder in einer geringeren Neigung von Leistungserbringern, Rehabilitation vorzuschlagen, liegen kann.

Der § 40 Abs. 3 SGB V schränkt die Gewährung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation ein, wenn im zurückliegenden Zeitraum von vier Jahren solche oder ähnliche Leistungen erbracht wurden, deren Kosten auf Grund öffentlich-rechtlicher Vorschriften getragen oder bezuschusst worden sind – es sei denn, sie sind wegen dringender medizinischer Notwendigkeiten dennoch angezeigt. Entsprechend dieser Vorgaben, zeigen beide Modelle für diejenigen, die in den drei Monaten vor Eintritt in die Pflegebedürftigkeit gerade eine Rehabilitation angetreten sind, deutlich reduzierte Wahrscheinlichkeiten für eine weitere Rehabilitation in nächster Zeit. Liegt die Rehabilitation allerdings schon länger als ein Vierteljahr zurück, verliert dieser Effekt an Gewicht. Selbst eine mehr als ein Jahr zurückliegende Rehabilitation halbiert aber annähernd die Reha-Wahrscheinlichkeit im Vergleich zu Personen, die in den letzten 4 Jahren keine Rehabilitation hatten.

Anstelle der mehrdimensionalen und interdisziplinären medizinischen Rehabilitation als komplexer Intervention können auch Heilmittel (insbesondere Krankengymnastik, Logopädie, Ergotherapie, Physiotherapie) als Maßnahmen mit rehabilitativem Charakter verordnet werden. Erwartet werden könnte daher ein substitutiver Zusammenhang zwischen Rehabilitation und Heilmittelinanspruchnahme. Tatsächlich zeigt sich aber gerade für diejenigen, die aktuell – also in den ersten drei Monaten der Pflegebedürftigkeit – Heilmittel verordnet bekommen haben,

auch eine – deutlich – höhere Rehabilitationswahrscheinlichkeit. Heilmittel und Rehabilitation sind also eher komplementär als substitutiv. Dabei ist die Reha-Wahrscheinlichkeit nach Feststellung der Pflegebedürftigkeit höher, wenn vor deren Feststellung Heilmittel verordnet wurden. Dies kann für eine sinnvolle Behandlungskaskade sprechen (erst Heilmittel, dann die weitergehende Rehabilitation), kann auch Ausdruck sozialrechtlicher Regelungen sein (das Zusammenreffen von Heilmitteln und Rehabilitation ist nicht beschränkt) oder auch ein Zeichen von überdurchschnittlicher Therapierfähigkeit und Therapiewilligkeit der Betroffenen.

Die meisten der kontrollierten Erkrankungen und Symptome haben keinen signifikanten Effekt auf die Reha-Häufigkeit. Für drei Erkrankungen bzw. Symptome sind bei der bivariaten Analyse überhaupt keine Rehabilitationen innerhalb des Beobachtungszeitraums festgestellt worden. Dies sind die Intelligenzminderung, die größeren Entwicklungsstörungen und das Down-Syndrom. Alle diese Symptome sind i. d. R. angeboren bzw. frühzeitig im Lebensverlauf feststellbar. Als Ursache für eine Rehabilitation im höheren Alter kommen sie somit kaum mehr infrage. Tatsächlich verhindern sie sogar eine Rehabilitation.⁷⁷

Drei weitere Erkrankungen sind mit geringeren Rehabilitationswahrscheinlichkeiten verbunden. Dies sind Demenz, Fehl- und Mangelernährung sowie Krebs. Demenz und Krebs erschienen schon bei der Analyse der Rehabilitation vor der Pflegebedürftigkeit als Faktoren, die die Reha-Häufigkeit verringern. Bei Demenz wird häufig die Reha-Fähigkeit der Pflegebedürftigen in Frage gestellt. Wenn bei onkologischen Patienten bereits Pflegebedürftigkeit vorliegt, dürfte das Krebsleiden in der Regel schon weit fortgeschritten sein und eine Wiedergenesung erscheint weniger wahrscheinlich. Dies zeigt sich auch in den deutlich verkürzten Überlebensraten der Krebspatienten, die pflegebedürftig werden (z. B. Rothgang et al.

⁷⁷ Insgesamt haben 4 % der Pflegebedürftigen innerhalb des Beobachtungszeitraums eine medizinische Rehabilitation in Anspruch genommen. Bezogen auf die rund 1.300 Pflegebedürftigen mit den genannten Symptomen, ergibt dies einen Erwartungswert von 52, der sich deutlich von den tatsächlichen 0 Fällen unterscheidet. Dass dieser Effekt im Modell nicht als statistisch signifikant ausgewiesen wird, ist auf die Schwierigkeit des Cox-Modells zurückzuführen, mit Werten von null umzugehen, und damit ein Artefakt der Berechnungsmethode.

2011b: 161; Abschnitt 6.2.3). Fehl- und Mangelernährung können als Indikatoren für eine nicht qualitätsgesicherte Pflege interpretiert werden. In einem solchen Umfeld dürfte auch die Neigung zur Inanspruchnahme einer Rehabilitation weniger ausgeprägt sein. Die Wahrscheinlichkeiten einer Rehabilitation sind auch im multivariaten Modell deutlich überdurchschnittlich nach Herzinfarkt, nach Frakturen, bei Lähmungen und im Fall von hohen Komplikationsrisiken vor oder zu Beginn der Pflegebedürftigkeit, die möglicherweise auch ursächlich für die Pflegebedürftigkeit sind. Frakturen (RR=2,72) und Lähmungen (1,91) führen dabei zur höchsten Wahrscheinlichkeit einer Rehabilitation.

Das zweite Modell zeigt, dass die Zahl der GtMK unter Kontrolle der Zahl aller im ersten Modell berücksichtigten Erkrankungen und Symptome einen negativen Effekt auf die Rehabilitationswahrscheinlichkeit aufweist. Dies impliziert, dass der Einfluss der anderen Erkrankungen und Symptome (insbesondere Lähmungen, Schlaganfall, Frakturen und Herzinfarkt) den – in der bivariaten Analyse (Tabelle 42) positiven – Effekt der Anzahl der GtMK überlagert. Es ist somit weniger der geriatrische Patient, der fortlaufend oder immer mal wieder eine Rehabilitation bekommt, sondern es ist eher der akute Patient, der aufgrund seiner akuten Erkrankung eine Rehabilitation bekommt.

6.2.3 Reha bei Pflege: Interner und externer Vergleich

In den Abschnitten 6.2 und 6.2.2 sind die Rehabilitationshäufigkeiten in ihrem zeitlichen Bezug zum Beginn einer Pflegebedürftigkeit untersucht worden. Um Aussagen darüber treffen zu können, ob Pflegebedürftigkeit die Rehabilitationshäufigkeiten insgesamt erhöht oder verringert, ist darüber hinaus aber ein Vergleich zu Versicherten ohne Pflegebedürftigkeit notwendig. In diesem Abschnitt wird daher der Frage nachgegangen, ob Pflegebedürftige mehr oder weniger Leistungen der medizinischen Rehabilitationen in Anspruch nehmen als Nicht-Pflegebedürftige. Auch diese Frage soll zunächst beleuchtet werden, indem Pflegebedürftige und nicht Pflegebedürftige insgesamt (deskriptiv) und in Bezug auf die einzelnen Kontrollmerkmale (bivariat) miteinander verglichen werden (6.2.3.1). Darauf aufbauend wird dann in einem multivariaten statistischen Re-

gressionsmodell analysiert, welche erklärenden Faktoren – bei Kontrolle der anderen Faktoren – für eventuelle Unterschiede verantwortlich sind.

6.2.3.1 Deskription und bivariate Analysen

Tabelle 44 zeigt die Rehabilitationsquoten für Personen ohne Pflegeversicherungsleistungen und für solche mit Pflegeversicherungsleistungen, wobei die letzteren noch in die inzidenten und prävalenten Fälle differenziert werden.

Die auf Deutschland Ende 2011 hochgerechnete Ausgangspopulation der 65-Jährigen und Älteren umfasst 16,88 Mio. Menschen (Tabelle 44). Ohne Pflegeleistungen sind davon 15,18 Mio. Menschen. Frauen überwiegen, und in der Altersverteilung machen sich noch immer die Kriegsfolgen bemerkbar: Die 65-69-Jährigen (Geburtsjahre 1942-1946) sind mit rund 4 Mio. Personen weniger vertreten als die 70-74-Jährigen (Geburtsjahre 1937-1941) mit rund 5 Mio. Personen. In dem beobachteten Alter ab 65 Jahren ist nach Angaben des Statistischen Bundesamtes (2013a) die Versorgungsart bei Pflegebedürftigkeit gleichmäßiger verteilt als bei einer Gesamtansicht aller Pflegebedürftigen. Dies beruht darauf, dass mit steigendem Alter der Anteil der Pflegegeldempfänger – und damit auch der Anteil informellen Pflege – rückläufig ist. Die Pflegestufe I bleibt aber auch in diesem Alter die häufigste Pflegestufe.

Rund 10% dieser Population (1,68 Mio.) erhielten in den zurückliegenden 48 Monaten mindestens eine Rehabilitation und fast die Hälfte hatte in diesem Zeitraum Heilmittel verordnet bekommen (8,13 Mio.). 0,3% der Personen ohne Pflegeleistungen traten im Jahr 2011 im jeweiligen Beobachtungsmonat eine Rehabilitation an. Bei Vorliegen einer Pflegebedürftigkeit hängt die monatliche Reha-Häufigkeit von der Nähe zum Monat, in dem Pflegebedürftigkeit festgestellt wurde, ab (Abschnitt 6.2.2). Das findet sich auch in den Ergebnissen in Tabelle 44 wieder. Von den inzidenten Fällen treten 2,1% im Monate des Pflegebeginns eine Rehabilitation an. Die fortlaufend Pflegebedürftigen haben demgegenüber geringere Rehabilitationsanteile von rund 0,4%. Für diese Pflegebedürftigen gibt es im jeweiligen Beobachtungsmonat also etwas mehr Rehabilitationen als für nicht pflegebedürftige Menschen.

Tabelle 44: Anteil der Personen, die im Beobachtungsmonat eine medizinische Rehabilitation begonnen haben – Jahr 2011

	Gesamtzahl aller Personen	Anteile der Personen ...		
		ohne Pflege	im ersten Pflegemonat	mit fortlaufender Pflege
		... mit Rehabilitation		
Alle	16.880.550	0,3%	2,1%	0,4%
ohne Pflege	15.180.072	0,3%	.	.
Einr. d. Hilfe f. behinderte Menschen	3.918	.	0,0%	0,1%
Informelle Pflege	572.212	.	1,8%	0,5%
Formell-ambulante Pflege	515.874	.	2,4%	0,5%
Pflegeheim	608.474	.	2,0%	0,1%
Keine Pflegestufe	15.180.205	0,3%	0,0%	0,0%
Pflegestufe I	927.882	.	2,1%	0,5%
Pflegestufe II	559.230	.	2,2%	0,3%
Pflegestufe III	213.233	.	1,5%	0,1%
Mann	7.247.697	0,3%	2,0%	0,4%
Frau	9.632.853	0,4%	2,2%	0,3%
65-69 Jahre	4.039.543	0,3%	1,7%	0,6%
70-74 Jahre	5.001.255	0,3%	2,1%	0,5%
75-79 Jahre	3.438.528	0,4%	2,6%	0,5%
80-84 Jahre	2.367.684	0,4%	2,1%	0,4%
85-89 Jahre	1.372.711	0,4%	2,1%	0,3%
90+ Jahre	660.829	0,3%	1,7%	0,2%
Reha 1-3 Monate zurückliegend	172.359	1,3%	1,9%	1,7%
Reha 4-12 Mon. zurückliegend	494.541	0,9%	2,7%	1,0%
Reha 13-48 Mon. zurückliegend	1.682.810	0,7%	2,8%	0,7%
Heilmittel in aktuellen 3 Monaten	1.268.878	0,5%	2,5%	0,2%
Heilmittel 1-3 Mon. zurückliegend	2.683.585	0,6%	2,1%	0,5%
Heilmittel 4-12 M. zurückliegend	4.598.453	0,6%	2,4%	0,5%
Heilmittel 13-48 M. zurückliegend	8.130.661	0,5%	2,3%	0,4%
Medikationsprobleme	4.089	1,6%	2,7%	0,8%
Immobilität	165.738	1,3%	2,1%	0,5%
Sturzneigung und Schwindel	3.375.562	0,6%	2,3%	0,5%
Demenz und andere Störungen	1.747.202	0,7%	2,1%	0,3%
Stuhlinkontinenz	509.827	1,3%	2,7%	0,4%
Harninkontinenz	2.130.664	0,6%	2,5%	0,4%
Dekubitalcera	797.866	1,0%	2,4%	0,5%
Fehl- und Mangelernährung	280.634	1,1%	1,8%	0,5%
Flüssigkeits- und Elektrolythaush.	2.059.951	1,0%	2,3%	0,5%

Tabelle 44: Anteil der Personen, die im Beobachtungsmonat eine medizinische Rehabilitation begonnen haben – Jahr 2011

	Gesamtzahl aller Personen	Anteile der Personen ...		
		ohne Pflege	im ersten Pflegemonat	mit fortlaufender Pflege
		... mit Rehabilitation		
Depression, Angststörung	3.519.118	0,5%	2,2%	0,4%
Schmerz	1.577.181	0,8%	2,2%	0,6%
Sensibilitätsstörungen	1.761.122	0,6%	2,7%	0,6%
Belastbarkeit, Gebrechlichkeit	93.776	0,7%	2,2%	0,4%
Starke Seh- und Hörbehinderung	8.553.013	0,4%	2,4%	0,4%
Hohes Komplikationsrisiko	5.883.686	0,8%	2,6%	0,6%
Verzögerte Rekonvaleszenz	12.274	1,2%	2,6%	0,9%
Intelligenzminderung	20.066	0,4%	0,0%	0,1%
Größere Entwicklungsstörungen	1.952	0,3%	0,0%	0,0%
Epilepsie	314.363	0,8%	2,9%	0,4%
Lähmungen	563.906	2,0%	4,5%	0,6%
Sonstige Krankheiten des Gehirns	199.596	0,7%	2,2%	0,4%
Down-Syndrom	439	1,6%	0,0%	0,3%
Parkinson	393.853	0,6%	2,3%	0,4%
Krebs	3.282.206	0,4%	1,7%	0,4%
Multiple Sklerose	42.133	0,5%	4,2%	0,5%
Herzinsuffizienz	2.455.106	0,7%	2,4%	0,4%
Schlaganfall	847.847	1,3%	4,1%	0,6%
Frakturen	464.709	2,0%	4,6%	1,2%
Rausch- und Suchtmittelkonsum	831.183	0,6%	2,5%	0,5%
Herzinfarkt	414.144	1,3%	3,5%	0,7%
Keine GtMK	3.441.543	0,0%	1,2%	0,1%
1 GtMK	4.654.579	0,2%	1,2%	0,2%
2 GtMK	3.725.133	0,4%	1,4%	0,2%
3+ GtMK	5.059.295	0,8%	2,3%	0,4%
Keine Diagnose	2.767.904	0,0%	1,1%	0,1%
1 Diagnose	3.789.141	0,1%	0,6%	0,1%
2 Diagnosen	3.458.271	0,3%	1,0%	0,1%
3 Diagnosen	2.521.827	0,4%	1,2%	0,2%
4 Diagnosen	1.657.978	0,6%	1,7%	0,2%
5+ Diagnosen	2.685.429	1,1%	2,6%	0,5%
Anmerkung: Standardisiert auf die Bevölkerung in Deutschland am Jahresende 2011.				
Selektion: Messzeitpunkt ab beliebigem Monat im Jahr 2011 im Alter ab 65 Jahren				

Es kann nun geprüft werden, wie sich diese Unterschiede verändern, wenn auf bestimmte Personengruppen abgestellt wird. Werden Frauen und Männer unterschieden, zeigen sich zwar unterschiedliche Reha-Quoten, die strukturellen Unterschiede zwischen Nicht-Pflegebedürftigen, inzidenten und prävalenten Pflegebedürftigen bleiben aber bestehen. Anders stellt sich das bei der Altersabhängigkeit dar: Menschen ohne Pflegebedürftigkeit treten mit höherem Alter noch mehr Rehabilitationen an; bei Vorliegen einer Pflegebedürftigkeit sinkt die Rehabilitationswahrscheinlichkeit mit dem Alter.

Eine Unterscheidung nach Pflegearrangement und nach Pflegestufen zeigt die schon in Abschnitt 6.2.2 erkannten Ergebnisse: Die Reha-Quote im Monat des Pflegeeintritts unterscheidet sich weniger als die Reha-Quote in der fortdauernden Pflegebedürftigkeit. Pflegeheimbewohner und Pflegebedürftige mit Pflegestufe III erhalten in fortdauernder Pflegebedürftigkeit deutlich weniger Rehabilitationen.

Zurückliegende Rehabilitationen und zurückliegende Heilmittelversorgungen erhöhen die jeweils aktuellen Rehabilitationswahrscheinlichkeiten – sowohl für Nicht-Pflegebedürftige, für inzident Pflegebedürftige als auch für Pflegebedürftige mit fortlaufender Pflege. Das heißt, Erkrankte erhalten oftmals mehrere rehabilitative Maßnahmen nebeneinander und nacheinander. Die medizinische Notwendigkeit hat hier also Vorrang vor der Regelung Rehabilitationen nur einmal für einen jeweiligen Zweck innerhalb von 4 Jahren zu genehmigen. Eine Ausnahme bildet aber die Gruppe der fortlaufend Pflegebedürftigen; bei ihnen werden im Beobachtungsmonat durchschnittlich weniger Rehabilitationen durchgeführt, wenn zeitnah auch Heilmittel verordnet sind (0,2% bei "Heilmittel in aktuellen 3 Monaten" vs. 0,4% bei "Alle").

Über alle 65-Jährigen und älteren *nicht pflegebedürftigen Personen* liegt die Rehabilitationswahrscheinlichkeit im aktuellen Monat bei 0,3%. Verglichen mit diesem Wert ergibt sich bei Vorliegen jeglicher der berücksichtigten Erkrankungen eine erhöhte Rehabilitationswahrscheinlichkeit. Die einzige Ausnahme bilden die größeren Entwicklungsstörungen.

Über alle *inzident pflegebedürftigen Personen* liegen die Reha-Quoten bei Vorliegen der einzelnen erwähnten Diagnosen nicht immer über dem Durchschnitts-

wert für alle inzident pflegebedürftigen Personen (2,1%). Deutlich – mit einem Faktor von mindestens 1,5 – erhöht sind Reha-Quoten lediglich bei einigen Diagnosen vor: Lähmungen, Multiple Sklerose, Schlaganfall, Frakturen, und Herzinfarkt. Verglichen mit den durchschnittlichen Reha-Quoten von 0,4% bei fortlaufender Pflegebedürftigkeit sind ebenfalls nur einige Diagnosen auffällig, bei denen es zu höheren Quoten kommt: Schmerz, Sensibilitätsstörungen, hohes Komplikationsrisiko, verzögerte Rekonvaleszenz, Lähmungen, Schlaganfall, Frakturen und Herzinfarkt. Es gibt also einige Diagnosen, die in allen drei Vergleichsgruppen die Reha-Quote erhöhen, aber auch andere, die in den Vergleichsgruppen unterschiedlich wirken.

6.2.3.2 Multivariate Analysen

Die vorstehenden bivariaten Analyse blenden aus, dass die Erklärungsvariablen wie Alter, medizinische Vorgeschichte, Pflegestufe etc. untereinander korreliert sind. Um die Effekte zu separieren, werden im statistischen Cox-Regressionsmodell alle Merkmale gleichzeitig in ihrer Wirkung auf die Rehabilitationswahrscheinlichkeit betrachtet (Tabelle 45). Wiederum werden die betrachteten Erkrankungen und Symptome dabei zum einen einzeln in die Regression einbezogen (Modell 1) und zum anderen die Anzahl der GtMK bzw. der berücksichtigten Erkrankungen und Symptome (Modell 2).

Trotz einiger hoher positiver Korrelationen der erklärenden Variablen untereinander – z. B. des Alters mit der Pflegebedürftigkeit – bleiben die Effekte für viele Merkmale in der multivariaten Analyse genauso erhalten wie in der bivariaten Betrachtung.

Auch bei Kontrolle von Alter, Geschlecht und Erkrankungen liegt die Reha-Wahrscheinlichkeit für Pflegebedürftige pro Monat nur bei Dreiviertel der Wahrscheinlichkeiten für nicht pflegebedürftige Personen. Dies ist der Referenzwert für die Pflegebedürftigen mit Pflegestufe I in informeller Pflege. Ein Pflegebedürftiger mit Pflegestufe II hat dagegen eine nochmals halbierte Rehabilitationswahrscheinlichkeit wie ein Pflegebedürftiger mit Pflegestufe I, und für Pflegebedürftige mit Pflegestufe III beträgt die Rehabilitationswahrscheinlichkeit nur ein Fünftel der Wahrscheinlichkeit in Pflegestufe I.

Tabelle 45: Rehabilitationswahrscheinlichkeit von Pflegebedürftigen im Vergleich zu Nicht-Pflegebedürftigen im jeweiligen Beobachtungsmonat im Jahr 2011

	Modell 1 mit Demografie und Pflege	Modell 2 mit Versorgung u. Diagnosen	Modell 3 mit P.-Stufe und Arrangement	Modell 4 mit Anzahl der Diagnosen
Pflegebedürftig	1,18 ***	0,49 ***	0,75 ***	0,75 ***
Einr. d. Hilfe f. behinderte Menschen			0,22	0,13
Formell-ambulante Pflege			1,01	0,99
Pflegeheim			0,33 ***	0,30 ***
Pflegestufe II			0,53 ***	0,50 ***
Pflegestufe III			0,20 ***	0,18 ***
Frau	1,05	1,04	1,05	1,06 *
70-74 Jahre	1,24 ***	1,05	1,05	1,06
75-79 Jahre	1,55 ***	1,07	1,07	1,09 *
80-84 Jahre	1,53 ***	0,94	0,94	0,98
85-89 Jahre	1,29 ***	0,78 ***	0,80 ***	0,85 **
90+ Jahre	0,88	0,62 ***	0,67 ***	0,70 ***
Reha 1-3 Monate zurückliegend		1,88 ***	1,81 ***	2,28 ***
Reha 4-12 Mon. zurückliegend		1,40 ***	1,36 ***	1,60 ***
Reha 13-48 Mon. zurückliegend		1,29 ***	1,27 ***	1,43 ***
Heilmittel in aktuellen 3 Monaten		0,67 ***	0,68 ***	0,70 ***
Heilmittel 1-3 Mon. zurückliegend		1,04	1,06	1,06
Heilmittel 4-12 M. zurückliegend		1,43 ***	1,44 ***	1,44 ***
Heilmittel 13-48 M. zurückliegend		1,22 ***	1,22 ***	1,21 ***
Medikationsprobleme		1,21	1,13	
Immobilität		1,28 **	1,28 **	
Sturzneigung und Schwindel		1,15 ***	1,13 ***	
Demenz und andere Störungen		0,92 *	0,99	
Stuhlinkontinenz		0,96	1,04	
Harninkontinenz		1,06	1,07	
Dekubitalulcera		1,11 *	1,14 **	
Fehl- und Mangelernährung		0,96	0,97	
Flüssigkeits- und Elektrolythaush.		1,70 ***	1,68 ***	
Depression, Angststörung		1,08 **	1,08 *	
Schmerz		1,27 ***	1,26 ***	
Sensibilitätsstörungen		1,13 ***	1,10 **	
Belastbarkeit, Gebrechlichkeit		1,00	1,01	
Starke Seh- und Hörbehinderung		0,93 **	0,91 ***	
Hohes Komplikationsrisiko		4,09 ***	4,07 ***	
Verzögerte Rekonvaleszenz		1,08	1,02	

Tabelle 45: Rehabilitationswahrscheinlichkeit von Pflegebedürftigen im Vergleich zu Nicht-Pflegebedürftigen im jeweiligen Beobachtungsmonat im Jahr 2011

	Modell 1 mit Demografie und Pflege	Modell 2 mit Versorgung u. Diagnosen	Modell 3 mit P.-Stufe und Arrangement	Modell 4 mit Anzahl der Diagnosen
Intelligenzmindering		0,67	0,75	
Größere Entwicklungsstörungen		0,68	0,71	
Epilepsie		1,01	1,06	
Lähmungen		2,01 ***	2,07 ***	
Sonstige Krankheiten des Gehirns		0,99	0,98	
Down-Syndrom		1,88	2,37	
Parkinson		1,09	1,12	
Krebs		0,87 ***	0,85 ***	
Multiple Sklerose		1,01	1,07	
Herzinsuffizienz		1,15 ***	1,14 ***	
Schlaganfall		1,62 ***	1,62 ***	
Frakturen		3,31 ***	3,23 ***	
Rausch- und Suchtmittelkonsum		1,17 **	1,16 **	
Herzinfarkt		2,05 ***	2,02 ***	
Anzahl GtMK				0,85 ***
Anzahl Erkrankungen				1,50 ***
Anmerkung: Standardisiert auf die Bevölkerung in Deutschland am Jahresende 2011.				
Selektion: Messzeitpunkt ab beliebigem Monat im Jahr 2011 im Alter ab 65 Jahren				
* p<0,05; ** p<0,01; *** p<0,001				

Verglichen mit nicht pflegebedürftigen Personen mit sonst gleichen Bedingungen stellt sich somit für Pflegebedürftige in Pflegestufe III eine Reha-Wahrscheinlichkeit heraus, die nicht einmal ein Sechstel beträgt ($0,75 \cdot 0,20 = 15\%$). Pflegeheimbewohner haben im Vergleich zu den Pflegebedürftigen in häuslicher Pflege eine Reha-Wahrscheinlichkeit, die nur ein Drittel beträgt. Die Reha-Quote der Pflegeheimbewohner beträgt sogar nur ein Viertel der Reha-Quote von Nicht-Pflegebedürftigen – und das auch nur, wenn sie in Pflegestufe I sind. Mit Pflegestufe III haben Pflegeheimbewohner eine Reha-Quote, die nur noch Zwanzigstel der Reha-Quote von Nicht-Pflegebedürftigen beträgt.

Weitere Ergebnisse dieser Analyse sind, dass Rehabilitationsmaßnahmen häufiger durchgeführt werden, wenn zuvor auch schon Rehabilitationsmaßnahmen durchgeführt oder Heilmittel verordnet wurden. Wenn aktuell Heilmittel verordnet

wurden dann reduziert dies Reha-Quote. Es zeigt sich somit eine additive Wirkung über die Zeit, aber eine substitutive Wirkung zum jeweiligen Zeitpunkt.

Bezüglich des kontrollierten Erkrankungsspektrums lässt sich folgendes feststellen: Es zeigen sich relativ wenige signifikante Effekte durch die Einzelerkrankungen, die dann teilweise wenig relevant sind (wenig verschieden von eins). Erkrankungen und Symptomen von größerer Bedeutung sind insbesondere Lähmungen, hüftgelenksnahe Frakturen, Herzinfarkt sowie Schlaganfall und Störungen im Flüssigkeits- und Elektrolythaushalt Die deutlich positiven Faktoren, die also die Rehabilitationswahrscheinlichkeit fundamental bestimmen, finden sich überwiegend im Bereich der Erkrankungen und Symptome, die nicht zu den GtMK gehören. Entsprechend verringert die gemessene Zahl an GtMK sogar die Rehabilitationswahrscheinlichkeit, wenn gleichzeitig die Zahl aller Erkrankungen und Symptome berücksichtigt werden. Ausschlaggebend für eine Rehabilitation sind somit nicht die chronisch-degenerativen Verfallsprozesse, sondern eher die akuten Ereignisse wie Schlaganfall, Lähmungen, die auch oftmals mit Schlaganfall verbunden sind, Herzinfarkt oder Frakturen.

6.2.4 Outcomes nach Reha

Im Kontext der Pflegebedürftigkeit liegt das Ziel der Rehabilitation darin, Pflegebedürftigkeit zu vermeiden oder zumindest zu verzögern. Von zentralem Interesse ist es daher zu überprüfen, inwieweit dieses Ziel erreicht werden kann. Hierzu können „Pflegekarrieren“ mit und ohne Rehabilitation miteinander verglichen werden.

Es ist schon verschiedentlich versucht worden, mit Routinedaten Versorgungsverläufe mit und ohne Rehabilitation oder mit verschiedenen Arten von rehabilitativen Leistungen und deren Outcome darzustellen (z. B. Bauknecht et al. 2009, Abbas et al. 2013, Seger et al. 2013). Die methodologische Schwierigkeit dabei ist, dass eine Gegenüberstellung dieser Verläufe nur dann als kausaler Effekt interpretiert werden kann, wenn die Gruppen mit und ohne Rehabilitation strukturgleich sind. In klinischen Studien wird eine solche Strukturgleichheit mittels Randomisierung der Probanden in Interventions- und Kontrollgruppe erzielt. Bei Beobachtungsstudien – und als solches sind Analysen mittels Kassendaten einzustu-

fen – erfolgt diese Aufteilung aber gerade nicht zufällig, sondern systematisch anhand von Reha-Bedürftigkeit, Reha-Fähigkeit und Reha-Prognose in Bezug auf realistische Reha-Ziele. Es ist daher davon auszugehen, dass die Rehabilitanden systematisch bessere Voraussetzungen für einen positiven Krankheitsverlauf aufweisen als die Nicht-Rehabilitanden und ein einfacher Vergleich daher unter erheblichen Verzerrungen leidet. Dem kann entgegengetreten werden durch Matching-Verfahren oder durch retrospektive Kontrolle relevanter Faktoren in Regressionsmodellen. Dabei ist aber von vorne herein klar, dass die Verzerrung wegen der nicht erfassten latenten Variablen und der verbleibenden unberücksichtigten Heterogenität innerhalb von Subkategorien nicht vollständig aufgehoben werden können. Die in Studien ermittelten Effekte von Rehabilitation unterscheiden sich dann auch danach, wie gut der zeitliche Ablauf der Ereignisse erfasst wurde und wie gut es gelungen ist, eine angemessene Risikoadjustierung vorzunehmen.

Die Analyse anhand der Routinedaten kann daher nur versuchen, eine Risikoadjustierung so gut wie möglich vorzunehmen. Dazu werden im Folgenden die schon in den vorstehenden Abschnitten verwendeten Kontrollen genutzt, insbesondere soziodemographische Faktoren (Alter, Geschlecht), die medizinische Vorgeschichte, sowie die mit geriatrischen Patienten, mit Rehabilitation und mit Pflegebedürftigkeit in Verbindung gebrachten Erkrankungen und Symptome. Dennoch bleibt die Risikoadjustierung unvollkommen. Die Ergebnisse der Berechnungen können zunächst zeigen, inwieweit Unterschiede in den Verläufen überhaupt auftreten und wie groß diese sind. Dort, wo größere Unterschiede auftreten, können Denkansätze entwickelt werden, die Erklärungen auf theoretischer Ebene beschreiben. Sie können dann Grundlage für vertiefende Diskussionen in den Fachgesellschaften sein oder Initiatoren für randomisierte kontrollierte Studien, die allein geeignet sind, einen Kausaleffekt methodisch sauber nachzuweisen.

Rehabilitation soll den Eintritt von Pflegebedürftigkeit vermeiden (§ 5 Abs. 1 SGB XI) oder zumindest verzögern. In Abschnitt 6.2.4.1 wird daher untersucht, inwieweit sich die Übergangswahrscheinlichkeit in die Pflegebedürftigkeit und die Sterbewahrscheinlichkeit für die (noch) *nicht Pflegebedürftigen* mit und ohne Rehabilitationsleistungen innerhalb eines Beobachtungsfensters von 24 Monaten unterscheiden. Weiterhin soll Rehabilitation dazu beitragen, „die Pflegebedürftig-

keit zu überwinden, zu mindern oder eine Verschlimmerung zu verhindern“ (§ 5 Abs. 2 SGB XI). In Abschnitt 6.2.4.2 werden *für Pflegebedürftige* mit und ohne Rehabilitation deshalb die Sterbewahrscheinlichkeit und die Wahrscheinlichkeiten einer Pflegestufenerhöhung innerhalb von 24 Monaten untersucht.

6.2.4.1 Pflegeeintritt und Tod mit und ohne Rehabilitation

Das gewählte Beobachtungsfenster beginnt im Januar 2011. Eingeschlossen werden alle Personen im Alter von 65 Jahren und mehr, die im Jahr zuvor durchgängig versichert, aber nicht pflegebedürftig waren. Unterschieden werden diese Personen in der Untersuchung danach, ob sie im Januar oder in den drei Monaten zuvor eine Rehabilitation erhalten haben. Für den Zeitraum bis zum Dezember 2012 werden dann die Pflegeeintritte und die Todesereignisse ausgewertet. Tabelle 46 zeigt differenziert nach den bisher schon verwendeten Unterscheidungsmerkmalen die Anzahl der Personen mit und ohne Rehabilitation innerhalb der genannten vier Monate sowie die jeweiligen Anteile der Personen mit und ohne Rehabilitation mit Pflegeeintritt oder mit Todesereignis, wobei die beiden letztgenannten Ereignisse auch nacheinander für dieselbe Person eintreten können.

15,1 Mio. Personen haben keine und 194 Tsd. haben mindestens eine medizinische Rehabilitation in Anspruch genommen. Von den Personen ohne Rehabilitation sind 6 % pflegebedürftig geworden und 5 % verstorben. Von den Personen mit Rehabilitation sind 13 % pflegebedürftig geworden und 7 % verstorben. Die Personen mit Rehabilitation werden also häufiger pflegebedürftig und versterben ebenfalls häufiger. Dies ist aber nicht kausal auf die Wirkung der Rehabilitation zurückzuführen. Der Zusammenhang ist vielmehr umgekehrt: Rehabilitation wird tendenziell häufiger bei einem schlechteren Gesundheitszustand in Anspruch genommen, und dieser schlechtere Gesundheitszustand führt zu Pflegebedürftigkeit und zu einem früheren Tod.

Dies wird deutlich, wenn Subgruppen betrachtet werden (Tabelle 46) oder ein multivariates Modell gerechnet wird (Tabelle 47 und Tabelle 48).

Tabelle 46: Anteile der nicht pflegebedürftigen Personen mit Pflegeeintritt oder Todesereignis innerhalb von 24 Monaten ab Januar 2011

	Anzahl		Anteil Mit Reha	Pflegeeintritt		Tod	
	Ohne Reha	Mit Reha		Ohne Reha	Mit Reha	Ohne Reha	Mit Reha
Alle	15.118.413	194.499	1,3%	6%	13%	5%	7%
Mann	6.666.948	83.051	1,2%	6%	13%	6%	8%
Frau	8.451.466	111.448	1,3%	7%	14%	4%	6%
65-69 Jahre	3.913.017	37.694	1,0%	2%	6%	2%	3%
70-74 Jahre	4.780.514	59.298	1,2%	3%	8%	3%	4%
75-79 Jahre	3.163.056	49.863	1,6%	6%	12%	4%	6%
80-84 Jahre	1.997.310	30.855	1,5%	12%	21%	8%	11%
85-89 Jahre	957.066	13.437	1,4%	23%	34%	13%	16%
90+ Jahre	307.449	3.352	1,1%	38%	50%	22%	27%
Medikationsprobleme	2.565	106	4,0%	40%	24%	28%	30%
Immobilität	88.062	3.718	4,1%	31%	35%	17%	16%
Sturzneigung und Schwindel	2.647.915	52.043	1,9%	14%	23%	7%	10%
Demenz und andere Störungen	865.923	18.123	2,1%	36%	46%	16%	19%
Stuhlinkontinenz	215.871	7.065	3,2%	45%	62%	33%	40%
Harninkontinenz	1.361.109	28.588	2,1%	19%	34%	11%	16%
Dekubitalucera	445.091	12.124	2,7%	30%	43%	22%	26%
Fehl- und Mangelernährung	149.925	4.000	2,6%	49%	58%	48%	43%
Flüssigkeits- und Elektrolythaushalt	1.413.305	38.020	2,6%	24%	33%	19%	18%
Depression, Angststörung	2.897.566	51.778	1,8%	11%	20%	6%	8%
Schmerz	1.210.208	31.573	2,5%	14%	20%	9%	9%
Sensibilitätsstörungen	1.435.764	30.911	2,1%	11%	21%	7%	9%
Belastbarkeit, Gebrechlichkeit	49.761	1.069	2,1%	36%	45%	20%	24%
Starke Seh- und Hörbehinderung	7.745.656	107.954	1,4%	6%	12%	4%	5%
Hohes Komplikationsrisiko	4.956.380	115.483	2,3%	10%	16%	7%	8%
Verzögerte Rekonvaleszenz	9.227	295	3,1%	32%	34%	18%	19%
Intelligenzmindering	11.657	133	1,1%	17%	41%	8%	15%
Größere Entwicklungsstörungen	1.502	20	1,3%	12%	50%	5%	0%
Epilepsie	192.701	4.954	2,5%	19%	39%	12%	18%
Lähmungen	284.354	14.931	5,0%	30%	44%	18%	17%
Sonstige Krankheiten des Gehirns	142.534	3.081	2,1%	22%	37%	17%	24%
Down-Syndrom	148	7	4,5%	9%	0%	14%	0%
Parkinson	209.430	4.739	2,2%	28%	42%	9%	11%
Krebs	2.866.875	40.173	1,4%	10%	17%	10%	13%

Tabelle 46: Anteile der nicht pflegebedürftigen Personen mit Pflegeeintritt oder Todesereignis innerhalb von 24 Monaten ab Januar 2011

	Anzahl		Anteil	Pflegeeintritt		Tod	
	Ohne Reha	Mit Reha		Ohne Reha	Mit Reha	Ohne Reha	Mit Reha
Multiple Sklerose	22.935	441	1,9%	12%	21%	4%	8%
Herzinsuffizienz	1.790.646	42.475	2,3%	18%	24%	14%	15%
Schlaganfall	556.962	21.343	3,7%	21%	32%	13%	13%
Frakturen	293.115	16.864	5,4%	27%	30%	13%	12%
Rausch- und Suchtmittelkonsum	714.556	12.870	1,8%	11%	20%	9%	10%
Herzinfarkt	335.111	12.271	3,5%	14%	16%	15%	13%
Keine GtMK	3.454.593	16.336	0,5%	2%	3%	2%	4%
1 GtMK	4.501.149	41.544	0,9%	3%	4%	3%	3%
2 GtMK	3.412.862	48.213	1,4%	5%	7%	4%	4%
3+ GtMK	3.749.810	88.406	2,3%	16%	23%	10%	11%
Keine Diagnose	2.805.957	10.552	0,4%	2%	2%	2%	3%
1 Diagnose	3.730.692	27.965	0,7%	2%	3%	2%	2%
2 Diagnosen	3.257.996	37.992	1,2%	4%	4%	3%	3%
3 Diagnosen	2.252.993	35.693	1,6%	6%	7%	5%	3%
4 Diagnosen	1.374.264	28.488	2,0%	10%	13%	7%	6%
5+ Diagnosen	1.696.511	53.808	3,1%	26%	32%	17%	16%

Anmerkung: Standardisiert auf die Bevölkerung in Deutschland am Jahresende 2011.

Selektion: Zustand im Januar 2011 im Alter ab 65 Jahren

Mit Rehabilitation bedeutet Rehabilitationsleistung im Zeitraum Oktober 2010 bis Januar 2011

So weisen die Älteren (75-89 Jahre) und diejenigen mit Erkrankungen und Symptomen (Ausnahme: Intelligenzminderung) jeweils einen überdurchschnittlichen Anteil an Rehabilitanden auf. Ein höherer Anteil an Rehabilitanden zeigt sich auch bei mindestens 2 GtMK und dem Vorliegen von mindestens 3 der hier berücksichtigten Diagnosen. Für die Älteren (80 Jahre und älter) und bei Vorliegen der untersuchten Erkrankungen und Symptome sind aber auch die Pflegeeintrittswahrscheinlichkeit sowie die Sterberate innerhalb der beobachteten 24 Monate durchgängig deutlich höher als im Durchschnitt. Ausnahmen hiervon sind lediglich größere Entwicklungsstörungen (bzgl. Tod), Down-Syndrom (bei Rehabilitation) und starke Seh- und Hörbehinderungen (praktisch keine Effekte). Der höhere Anteil von Personen mit höherem Risiko ist daher ursächlich für die schlechtere Prognose der Rehabilitanden verantwortlich.

Wird nun gefragt, wie sich der Risikounterschied zwischen Rehabilitanden und Nicht-Rehabilitanden in den einzelnen Subgruppen darstellt, zeigt sich zunächst, dass die höhere Pflegequote bei beiden Geschlechtern gleichermaßen vorzufinden ist. Bei den jüngeren Versicherten (65-74 Jahre) sowie bei Vorliegen von Intelligenzminderung größeren Entwicklungsstörungen und Downs-Syndrom vergrößert sich der Risikounterschied in Bezug auf das Eintreten von Pflegebedürftigkeit sogar noch, bei allen anderen Erkrankungen und Symptomen sowie dem Auftreten von geriatritypischen Merkmalskomplexen verringert sich dieser Unterschied jedoch deutlich. Dies zeigt, dass das unterschiedliche Pflegerisiko zwischen Rehabilitation und Nicht-Rehabilitanden zu großen Teilen auf den Gesundheitszustand und das Alter der Betroffenen zurückgeführt werden kann, die sich zwischen Rehabilitanden und Nicht-Rehabilitanden unterscheiden. Allerdings ist das Pflegerisiko nur bei Vorliegen von Medikationsproblemen für Rehabilitanden niedriger als für Nicht-Rehabilitanden. Auch unter – an dieser Stelle nur bivariater – Kontrolle weitere Erklärungsfaktoren bleibt es dabei, dass die Rehabilitanden ein höheres Risiko aufweisen, pflegebedürftig zu werden.

In Bezug auf den Endpunkt „Tod“ zeigt sich eine relative Vergrößerung des Risikounterschieds von Rehabilitanden und Nicht-Rehabilitanden bei den Frauen, den 65-69jährigen sowie den 75-79jährigen sowie dem Vorliegen von Sturzneigung und Schwindel, Harninkontinenz, Intelligenzminderung, größeren Entwicklungsstörungen, Epilepsie, sonstigen Krankheiten des Gehirns, Down-Syndrom und Multiple Sklerose. Alle anderen Erkrankungen und Symptome reduzieren relativ gesehen den Unterschied oder führen sogar dazu, dass das Risiko für Rehabilitanden niedriger ist als für Nicht-Rehabilitanden. Letzteres trifft zu bei Vorliegen von Immobilität, Fehl- und Mangelernährung, Störungen des Flüssigkeits- und Elektrolythaushalts, Lähmungen, Frakturen und Herzinfarkt. Bei gleichzeitigem Vorliegen von mehreren der hier erfassten Diagnosen ist das Risiko für Rehabilitanden ebenfalls geringer als für Nicht-Rehabilitanden. Bei Multimorbidität ist somit ein protektiver Effekt der Rehabilitation zu erkennen.

Um die Effekte der verschiedenen Merkmale auf die Outcomes zu analysieren, werden nachstehend multivariate Regressionsmodelle berechnet, in denen der Effekt der Rehabilitation von weiteren Effekten getrennt wird.

Tabelle 47: Cox-Regression zur Wahrscheinlichkeit eines Pflegeeintritts ab Januar 2011 – Berücksichtigung separater Diagnosegruppen

Effekt	Modell 1		Modell 2 mit Interaktion	
	RR		RR	RR
Rehabilitation	1,37 ***		1,76 ***	
Frau	1,00		1,00	
70-74 Jahre	1,52 ***		1,52 ***	
75-79 Jahre	2,62 ***		2,61 ***	
80-84 Jahre	4,94 ***		4,93 ***	
85-89 Jahre	8,52 ***		8,51 ***	
90+ Jahre	13,47 ***		13,44 ***	Interaktionen mit Reha
Medikationsprobleme	1,23 *		1,24 *	0,90
Immobilität	1,42 ***		1,41 ***	1,17
Sturzneigung und Schwindel	1,21 ***		1,22 ***	0,85 ***
Demenz und andere Störungen	2,98 ***		3,01 ***	0,69 ***
Stuhlinkontinenz	1,52 ***		1,51 ***	1,23 **
Harninkontinenz	1,57 ***		1,56 ***	1,06
Dekubitalucera	1,84 ***		1,83 ***	1,12 *
Fehl- und Mangelernährung	2,21 ***		2,22 ***	0,81 **
Flüssigkeits- und Elektrolythaushalt	2,12 ***		2,12 ***	0,99
Depression, Angststörung	1,17 ***		1,17 ***	1,04
Schmerz	1,35 ***		1,35 ***	0,95
Sensibilitätsstörungen	1,10 ***		1,10 ***	1,06
Belastbarkeit, Gebrechlichkeit	1,13 ***		1,13 ***	0,98
Starke Seh- und Hörbehinderung	0,68 ***		0,68 ***	0,94
Hohes Komplikationsrisiko	1,20 ***		1,21 ***	0,88 **
Verzögerte Rekonvaleszenz	1,13 *		1,13 *	1,05
Intelligenzmindering	1,34 ***		1,33 ***	1,40
Größere Entwicklungsstörungen	1,27		1,20	28,37 ***
Epilepsie	1,29 ***		1,28 ***	1,06
Lähmungen	1,86 ***		1,82 ***	1,45 ***
Sonstige Krankheiten des Gehirns	1,25 ***		1,25 ***	1,09
Down-Syndrom	1,54		1,71	0,04
Parkinson	2,07 ***		2,07 ***	1,05
Krebs	1,46 ***		1,46 ***	0,87 **
Multiple Sklerose	1,49 ***		1,48 ***	1,21
Herzinsuffizienz	1,36 ***		1,36 ***	0,92
Schlaganfall	1,28 ***		1,28 ***	1,09
Frakturen	1,50 ***		1,50 ***	0,95
Rausch- und Suchtmittelkonsum	1,55 ***		1,55 ***	0,95
Herzinfarkt	1,10 ***		1,11 ***	0,78 **

Tabelle 48: Cox-Regression zur Wahrscheinlichkeit eines Pflegeeintritts ab Januar 2011 – Berücksichtigung der Anzahl der Diagnosegruppen

Effekt	Modell 1		Modell 2 mit Interaktion		
	RR		RR		RR
Rehabilitation	1,32	***	1,36	***	
Frau	0,98	**	0,98	**	
70-74 Jahre	1,44	***	1,44	***	
75-79 Jahre	2,40	***	2,40	***	
80-84 Jahre	4,66	***	4,66	***	
85-89 Jahre	8,53	***	8,52	***	Interaktionen mit Reha
90+ Jahre	14,71	***	14,71	***	
Anzahl GtMK	0,96	***	0,96	***	
Anzahl Erkrankungen	1,52	***	1,52	***	1,03

Anmerkung: Standardisiert auf die Bevölkerung in Deutschland am Jahresende 2011.
 Selektion: Pflegeeintritt im Jahr 2011 im Alter ab 65 Jahren
 Rehabilitation bedeutet Rehabilitationsleistung im Zeitraum Oktober 2010 bis Januar 2011
 * p<0,05; ** p<0,01; *** p<0,001

Tabelle 47 und Tabelle 48 analysieren dabei den Übergang in die Pflegebedürftigkeit und Tabelle 49 und Tabelle 50 die Sterbewahrscheinlichkeit, jeweils für das Beobachtungsfenster von 24 Monaten. In Modell 1 werden jeweils die Effekte der Rehabilitation, von Alter und Geschlecht sowie die Effekte der Erkrankungen dargestellt. Im Modell 2 wird zusätzlich noch ein Interaktionseffekt der Erkrankungen mit der Rehabilitation berücksichtigt – also der spezielle Effekt einer Rehabilitation bei Vorliegen genau dieser jeweils genannten Erkrankung oder des Symptoms. Die Erkrankungen und Symptome werden dabei einzeln (Tabelle 47 und Tabelle 49) oder nur über ihre Gesamtzahl (Tabelle 48 und Tabelle 50) erfasst.

Wie Tabelle 47 zeigt, führt ein höheres Alter und das Vorliegen von Erkrankungen und Symptomen (mit Ausnahme von starken Seh- und Hörbehinderungen) in Modell 1 und Modell 2 durchgehende zu einer Erhöhung des Pflegerisikos. Auch unter Kontrolle der Erkrankungen und der demografischen Merkmale zeigt sich aber in Modell 1 eine signifikant erhöhte Pflegewahrscheinlichkeit für Rehabilitanden, deren Risiko das derer ohne Rehabilitation um 37 % übersteigt. Dies spricht dafür, dass die Morbidität, die ursächlich für eine Pflegebedürftigkeit ist, mit den berücksichtigten Diagnosen nicht vollständig erfasst ist.

In Modell 2 ist das relative Risiko für Rehabilitanden noch größer: Ihr Risiko, pflegebedürftig zu werden, liegt um 76 % über dem derer, die keine medizinische Rehabilitation in Anspruch nehmen. Allerdings bezieht sich dieser (signifikante) Effekt jetzt nur auf diejenigen, die keine der berücksichtigten Erkrankungen und Symptome aufweisen und ist daher nicht direkt mit dem Haupteffekt des Modell 1 vergleichbar. Für diejenigen, die eine Erkrankung aufweisen, sind vielmehr die relativen Risiken für Rehabilitation und der Interaktionseffekt miteinander zu multiplizieren, um den Gesamteffekt der Rehabilitation bei Vorliegen dieser Erkrankung zu ermitteln. Die Interaktionseffekte selbst sind dabei teilweise größer und teilweise kleiner als 1. Wird für den Interaktionseffekt ein RR von größer als 1 ausgewiesen, wird bei Vorliegen der Diagnose ein noch höheres Pflegerisiko errechnet, wenn eine Rehabilitation durchgeführt wurde. Für fast alle Einzeldiagnosen muss festgestellt werden, dass Personen mit Rehabilitation eine höhere Pflegewahrscheinlichkeit haben als Personen ohne Rehabilitation (nicht signifikante Ausnahme: Down-Syndrom)⁷⁸.

Werden die Erkrankungen und Symptome nicht einzeln betrachtet, sondern nur ihre Anzahl, ergibt sich im Wesentlichen dasselbe Bild (Tabelle 48). Das Pflegerisiko derer, die eine medizinische Rehabilitation in Anspruch nehmen, ist signifikant, um 32 % (Modell 1) bzw. 36 % (Modell 2), höher als das derjenigen ohne Rehabilitation. Die Berücksichtigung der Interaktionseffekte in Modell 2 verändert die Ergebnisse hier weniger, weil gerade die Verknüpfung spezifischer Erkrankungen mit einer Rehabilitation wegfällt und nur noch der Interaktionseffekt mit der Anzahl der Erkrankungen und GtMK berücksichtigt wird.

Insgesamt ergibt sich somit der robuste Befund, dass die Inanspruchnahme einer Rehabilitation mit einem höheren Risiko, pflegebedürftig zu werden, einhergeht. Hierfür bieten sich mindestens drei Erklärungsansätze an:

⁷⁸ Nur wenn das Produkt aus Interaktionseffekt und dem Haupteffekt der Rehabilitation kleiner als 1 wäre, dann wäre die Pflegewahrscheinlichkeit nach Rehabilitation kleiner als ohne Rehabilitation. Dazu müsste der Interaktionseffekt ein geringeres RR als 0,57 aufweisen. ($1/1,76 = 0,57$): 1 ist der neutrale Wert, der keinen Unterschied zwischen Rehabilitanden und Nicht-Rehabilitanden ausweist. 1,76 ist das RR des Haupteffekts der Rehabilitation.

1. Fehlende Berücksichtigung der Heterogenität innerhalb der Subgruppen
Erfasst wird lediglich, *ob* eine Erkrankung vorliegt. Erfolgt die Rehabilitation häufiger bei den schweren Fällen, besteht so eine systematische Verzerrung, die zu Unterschieden zwischen Rehabilitanden und Nicht-Rehabilitanden führt, die nicht auf die Rehabilitation zurückzuführen sind, sondern darauf auf dass sich die beiden Gruppen hinsichtlich der Schwere der Erkrankung systematisch unterscheiden.
2. Unvollständige Erfassung der relevanten Erkrankungen:
Möglich ist auch, dass nicht alle wesentlichen Erkrankungen berücksichtigt sind und/oder auch deren Operationalisierung unangemessen ist. Es ist sehr wahrscheinlich, dass die Erkrankungen nicht vollständig, nicht angemessen (zeitlicher Bezug) erfasst wurden. Findet sich diese nicht erfasste Morbidität verstärkt in der Gruppe der Rehabilitanden, erklärt das die beobachtete positive Korrelation zwischen Rehabilitation und Pflege-
risiko.
3. Negativer Effekte der Rehabilitation:
Theoretisch ist auch ein negativer Effekt der Rehabilitation auf das Pflege-
risiko nicht auszuschließen. Dagegen sprechen allerdings Rehabilitationsstudien, die bei Rehabilitanden im Vorher-Nachher-Vergleich eine Verbesserung von Funktionsfähigkeiten feststellen (z. B. Karoff & Huber 2010; Korczak et al. 2012 oder als Übersicht Meier-Baumgartner et al. 1992; Meier-Baumgartner et al. 2002). Genau diese Fähigkeit die Verrichtungen des täglichen Lebens selbständig zu meistern, werden aber bei der Pflegebegutachtung gemessen.

Anders sieht es mit dem zweiten hier untersuchten Outcome aus, dem Mortalitätsrisiko. Rehabilitation ist kein akutmedizinisches Instrument, um das Todesereignis zu verhindern oder zu verzögern, sondern um die Fähigkeiten im Alltag so gut wie möglich wieder herzustellen. Insofern ist mit entscheidenden Effekten der Rehabilitation auf die Mortalität eigentlich nicht zu rechnen. Allerdings kann Rehabilitation indirekt auch auf diesen Outcome wirken, indem die Alltagskompetenz gesteigert wird und somit eventuelle Folgeerkrankungen oder Unfälle vermieden werden.

Tabelle 49: Cox-Regression zur Wahrscheinlichkeit des Todesereignisses im Laufe von 24 Monaten ab Januar 2011 – Berücksichtigung separater Diagnosegruppen

Effekt	Modell 1		Modell 2 mit Interaktion	
	RR		RR	RR
Rehabilitation	0,92 **		1,25 **	
Frau	0,65 ***		0,65 ***	
70-74 Jahre	1,33 ***		1,33 ***	
75-79 Jahre	1,90 ***		1,90 ***	
80-84 Jahre	2,95 ***		2,95 ***	
85-89 Jahre	4,47 ***		4,47 ***	
90+ Jahre	6,89 ***		6,88 ***	Interaktionen mit Reha
Medikationsprobleme	1,24		1,22	1,56
Immobilität	1,04		1,04	1,20
Sturzneigung und Schwindel	0,88 ***		0,88 ***	0,94
Demenz und andere Störungen	1,35 ***		1,36 ***	0,93
Stuhlinkontinenz	1,68 ***		1,66 ***	1,35 **
Harninkontinenz	1,08 ***		1,08 ***	1,04
Dekubitalucera	1,73 ***		1,73 ***	1,11
Fehl- und Mangelernährung	3,05 ***		3,07 ***	0,78 **
Flüssigkeits- und Elektrolythaushalt	2,58 ***		2,59 ***	0,83 **
Depression, Angststörung	0,98 *		0,98 *	1,00
Schmerz	1,31 ***		1,31 ***	0,92
Sensibilitätsstörungen	0,98		0,98	0,93
Belastbarkeit, Gebrechlichkeit	1,00		1,01	0,83
Starke Seh- und Hörbehinderung	0,57 ***		0,57 ***	0,91
Hohes Komplikationsrisiko	1,27 ***		1,27 ***	0,88 *
Verzögerte Rekonvaleszenz	0,83 *		0,82 *	1,57
Intelligenzminderung	1,03		1,04	0,78
Größere Entwicklungsstörungen	1,00		1,00	0,00
Epilepsie	1,23 ***		1,23 ***	1,03
Lähmungen	1,39 ***		1,39 ***	1,02
Sonstige Krankheiten des Gehirns	1,69 ***		1,69 ***	1,07
Down-Syndrom	4,00		4,27 *	0,00
Parkinson	1,07 **		1,08 **	0,75 *
Krebs	2,27 ***		2,27 ***	0,95
Multiple Sklerose	0,81 *		0,79 *	1,71
Herzinsuffizienz	1,66 ***		1,66 ***	1,05
Schlaganfall	1,24 ***		1,24 ***	1,01
Frakturen	1,03 *		1,04 *	0,97
Rausch- und Suchtmittelkonsum	1,59 ***		1,59 ***	0,78 **
Herzinfarkt	1,52 ***		1,53 ***	0,81 *

Tabelle 50: Cox-Regression zur Wahrscheinlichkeit des Todesereignisses ab Januar 2011 – Berücksichtigung der Anzahl der Diagnosegruppen

Effekt	Modell 1		Modell 2 mit Interaktion			
	RR		RR		RR	
Rehabilitation	0,88	***	1,03			
Frau	0,61	***	0,61	***		
70-74 Jahre	1,27	***	1,27	***		
75-79 Jahre	1,73	***	1,73	***		
80-84 Jahre	2,71	***	2,71	***		
85-89 Jahre	4,31	***	4,30	***		
90+ Jahre	7,09	***	7,08	***	Interaktionen mit Reha	
Anzahl GtMK	0,71	***	0,71	***	1,12	***
Anzahl Erkrankungen	1,74	***	1,75	***	0,90	***

Anmerkung: Standardisiert auf die Bevölkerung in Deutschland am Jahresende 2011.
 Selektion: Pflegeeintritt im Jahr 2011 im Alter ab 65 Jahren
 Rehabilitation bedeutet Rehabilitationsleistung im Zeitraum Oktober 2010 bis Januar 2011
 * p<0,05; ** p<0,01; *** p<0,001

Tabelle 49 zeigt die Effekte der Rehabilitation auf die Sterberate bei Kontrolle der einzelnen Erkrankungen und Symptome. Im Modell 1 wird dabei für Rehabilitanden eine auf dem 1%-Niveau signifikante um 8% geringere Sterberate als für Nicht-Rehabilitanden berechnet. Dieser Haupteffekt wechselt sein Vorzeichen, wenn die Interaktionseffekte von Rehabilitation und Erkrankung (Modell 2) berücksichtigt werden. Das Mortalitätsrisiko der Rehabilitanden, die keine Erkrankung aufweisen, ist dann um 25% höher als das der Nicht-Rehabilitanden.⁷⁹ Bei einigen Diagnosen wird dieser Haupteffekt im Interaktionseffekt von Rehabilitation und Erkrankung wieder ausgeglichen. Dies sind Fehl- und Mangelernährung, Störungen im Flüssigkeits- und Elektrolythaushalt, hohes Komplikationsrisiko, Parkinson-Syndrom, Rausch- und Suchtmittelkonsum sowie Herzinfarkt.

Werden nicht die einzelnen Erkrankungen in das Modell eingespeist, sondern nur deren Zahl (und die Zahl der GtMK), zeigt sich eine steigende Sterberate mit der Gesamtzahl der Erkrankungen. Die Zahl der GtMK reduziert bei Kontrolle der Ge-

⁷⁹ Liegen Erkrankungen vor, müssen wieder die relativen Risiken von Haupt- und Interaktionseffekt miteinander multipliziert werden, um sie mit dem Haupteffekt der Rehabilitation und der Erkrankung in Modell 1 zu vergleichen.

samtzahl die Sterberate. Bei den Rehabilitanden wird dieser Effekt allerdings etwas nivelliert. Dies zeigt sich im Interaktionseffekt, der gegenläufig wirkt. In der Summe bleibt der Effekt der höheren Sterblichkeit bei höherer Gesamtzahl der Erkrankungen auch für Rehabilitanden erhalten – er ist nur nicht so ausgeprägt, wie bei Nicht-Rehabilitanden (Tabelle 50).

Ursachen für diese Ergebnisse können wiederum ungenaue Spezifikationen der Erkrankungen und Symptome in den Berechnungsmodellen sein. Weiterhin kommen zusätzliche Selektionseffekte in Betracht. So werden diejenigen, die dem Tod sehr nah sind, tendenziell weniger rehabilitativ als akutstationär versorgt. Wenn keine positive Rehabilitationsprognose gegeben werden kann, findet keine Rehabilitation statt. Der in der Berechnung zum Ausdruck kommende positive Effekt der Rehabilitation kann somit Ausdruck von Positivselektion oder von wirkungsvoller Rehabilitation sein.

6.2.4.2 Höherstufung oder Tod bei Pflegebedürftigkeit

Analog zu Abschnitt 6.2.4.1, in dem die Pflegeeintrittswahrscheinlichkeit und die Sterberate in Abhängigkeit von Demografie, Erkrankungen und Rehabilitation untersucht wurden, wird in diesem Abschnitt analysiert, welchen Einfluss Rehabilitation auf die Wahrscheinlichkeit von Pflegestufenänderungen und die Sterberate hat. Ausgangspunkt sind die pflegebedürftigen Versicherten der BARMER GEK im Januar 2011, die auf die deutsche Bevölkerung hochgerechnet werden.

Diese Hochrechnungen ergibt eine Fallzahl von gut 1,6 Mio. Personen im Alter von 65 und mehr Jahren, die im Januar 2011 pflegebedürftig sind (Tabelle 51). Davon erhielten etwas über 32 Tsd. eine Rehabilitation im Januar 2011 oder in den drei Monaten zuvor. Dies entspricht einem Anteil von gut 2%. Ohne Rehabilitation erlebten 25% eine Höherstufung in den folgenden 24 Monaten, mit Rehabilitation waren es 24%. Ohne Rehabilitation verstarben 37% der Pflegebedürftigen und mit Rehabilitation 31%. Wie auch bei den entsprechenden Analysen in Abschnitt 6.2.4.1 können hieraus keine Aussagen über Kausalität abgeleitet werden, weil sich die Gruppe der Rehabilitanden und Nicht-Rehabilitanden strukturell unterscheiden. Aussagekräftiger ist schon die Betrachtung von Subgruppen.

Tabelle 51: Anteile der pflegebedürftigen Personen mit Pflegestufenerhöhung oder Todesereignis innerhalb von 24 Monaten ab Januar 2011

	Anzahl		Anteil	Höherstufung		Tod	
	Ohne Reha	Mit Reha	Mit Reha	Ohne Reha	Mit Reha	Ohne Reha	Mit Reha
Alle	1.580.776	32.467	2,1 %	25 %	24 %	37 %	31 %
Einr. d. Hilfe f. behinderte Menschen	4.002	13	0,3 %	6 %	54 %	15 %	0 %
Informelle Pflege	537.433	12.201	2,3 %	23 %	23 %	27 %	24 %
Formell-ambulante Pflege	473.492	14.562	3,1 %	25 %	23 %	37 %	31 %
Pflegeheim	565.848	5.691	1,0 %	26 %	29 %	46 %	44 %
Noch keine Pflegestufe	157	0	0,0 %	0 %	.	50 %	.
Pflegestufe I	855.861	22.328	2,6 %	32 %	29 %	28 %	26 %
Pflegestufe II	524.128	8.983	1,7 %	21 %	14 %	43 %	39 %
Pflegestufe III	200.630	1.155	0,6 %	.	.	56 %	57 %
Mann	503.572	11.306	2,2 %	25 %	25 %	41 %	37 %
Frau	1.077.204	21.161	2,0 %	24 %	23 %	35 %	27 %
65-69 Jahre	89.095	2.636	3,0 %	15 %	20 %	20 %	22 %
70-74 Jahre	162.425	4.776	2,9 %	19 %	22 %	25 %	22 %
75-79 Jahre	227.405	6.082	2,7 %	23 %	21 %	29 %	26 %
80-84 Jahre	342.286	8.256	2,4 %	25 %	24 %	34 %	31 %
85-89 Jahre	406.368	7.092	1,7 %	26 %	25 %	40 %	36 %
90+ Jahre	353.198	3.625	1,0 %	28 %	32 %	51 %	44 %
Medikationsprobleme	1.213	35	2,9 %	29 %	0 %	46 %	29 %
Immobilität	66.607	1.565	2,3 %	29 %	27 %	43 %	40 %
Sturzneigung und Schwindel	599.320	14.734	2,5 %	29 %	28 %	37 %	32 %
Demenz und andere Störungen	818.354	12.549	1,5 %	30 %	32 %	43 %	37 %
Stuhlinkontinenz	270.539	6.031	2,2 %	32 %	37 %	55 %	50 %
Harninkontinenz	677.143	14.139	2,1 %	29 %	32 %	43 %	36 %
Dekubitalulcera	327.187	7.497	2,3 %	29 %	30 %	52 %	45 %
Fehl- und Mangelernährung	119.223	2.745	2,3 %	30 %	34 %	63 %	58 %
Flüssigkeits- und Elektrolythaushalt	551.738	13.977	2,5 %	30 %	29 %	48 %	41 %
Depression, Angststörung	546.030	13.214	2,4 %	26 %	26 %	34 %	28 %
Schmerz	300.065	7.558	2,5 %	25 %	25 %	38 %	31 %
Sensibilitätsstörungen	241.797	6.979	2,9 %	25 %	26 %	33 %	28 %
Belastbarkeit, Gebrechlichkeit	41.547	729	1,8 %	31 %	33 %	49 %	42 %
Starke Seh- und Hörbehinderung	619.429	15.038	2,4 %	25 %	24 %	29 %	23 %
Hohes Komplikationsrisiko	700.739	20.120	2,9 %	25 %	25 %	41 %	33 %
Verzögerte Rekonvaleszenz	2.397	46	1,9 %	36 %	33 %	36 %	17 %

Tabelle 51: Anteile der pflegebedürftigen Personen mit Pflegestufenerhöhung oder Todesereignis innerhalb von 24 Monaten ab Januar 2011

	Anzahl		Anteil	Höherstufung		Tod	
	Ohne Reha	Mit Reha	Mit Reha	Ohne Reha	Mit Reha	Ohne Reha	Mit Reha
Intelligenzmindering	8.831	59	0,7 %	16 %	46 %	26 %	17 %
Größere Entwicklungsstörungen	455	0	0,0 %	16 %	.	30 %	.
Epilepsie	109.320	2.651	2,4 %	23 %	26 %	39 %	34 %
Lähmungen	250.597	8.955	3,6 %	20 %	27 %	36 %	31 %
Sonstige Krankheiten des Gehirns	50.234	1.107	2,2 %	26 %	31 %	41 %	36 %
Down-Syndrom	337	0	0,0 %	15 %	.	36 %	.
Parkinson	171.630	3.559	2,1 %	30 %	28 %	39 %	28 %
Krebs	327.264	7.341	2,2 %	25 %	26 %	45 %	41 %
Multiple Sklerose	18.927	297	1,6 %	15 %	28 %	18 %	3 %
Herzinsuffizienz	574.479	12.822	2,2 %	27 %	26 %	45 %	38 %
Schlaganfall	251.194	8.402	3,3 %	24 %	26 %	38 %	30 %
Frakturen	134.450	6.609	4,9 %	32 %	28 %	40 %	32 %
Rausch- und Suchtmittelkonsum	102.333	2.282	2,2 %	24 %	27 %	35 %	35 %
Herzinfarkt	61.662	1.899	3,1 %	26 %	23 %	49 %	42 %
Keine GtMK	66.705	802	1,2 %	14 %	9 %	29 %	22 %
1 GtMK	167.830	2.598	1,5 %	17 %	15 %	28 %	23 %
2 GtMK	251.886	4.116	1,6 %	20 %	17 %	30 %	27 %
3+ GtMK	1.094.355	24.951	2,3 %	27 %	27 %	40 %	32 %
Keine Diagnose	34.520	312	0,9 %	14 %	7 %	30 %	26 %
1 Diagnose	95.477	1.029	1,1 %	18 %	9 %	26 %	19 %
2 Diagnosen	169.670	2.317	1,4 %	20 %	19 %	27 %	23 %
3 Diagnosen	214.599	3.416	1,6 %	21 %	17 %	30 %	23 %
4 Diagnosen	227.683	4.106	1,8 %	22 %	17 %	33 %	25 %
5+ Diagnosen	838.827	21.286	2,5 %	28 %	28 %	43 %	34 %

Anmerkung: Standardisiert auf die Bevölkerung in Deutschland am Jahresende 2011.

Selektion: Zustand im Januar 2011 im Alter ab 65 Jahren

Mit Rehabilitation bedeutet Rehabilitationsleistung im Zeitraum Oktober 2010 bis Januar 2011

Wiederum ist zunächst festzustellen, dass sich der Anteil der Rehabilitanden bei den verschiedenen Subgruppen unterscheidet (Tabelle 51, Spalte 3). Höhere Anteile als in der gesamten Versichertenpopulation gibt es insbesondere bei den Jüngeren (65-84 Jahre), den Pflegebedürftigen in informeller sowie formell-ambulanter Pflege und in Pflegestufe I sowie überwiegend bei Versicherten mit

somatischen Erkrankungen und Symptomen (Tabelle 51, Spalte 3). Gerade die jüngeren Versicherten weisen aber geringere Höherstufungs- und Sterberaten auf als die 85-Jährigen und Älteren, und auch die Pflegebedürftigen in informeller Pflege haben bessere Outcomes. Gleichzeitig weisen die unter den Rehabilitanden ebenfalls überrepräsentierten Versicherten mit Erkrankungen bei den meisten Erkrankungen häufiger Höherstufungen und Todesfälle auf als die Gesamtpopulation. Tatsächlich unterscheiden sich die Outcome-Quoten innerhalb der Subgruppen kaum zwischen Rehabilitanden und Nicht-Rehabilitanden (Tabelle 51).

Um die simultanen Einflüsse von Demographie, Morbidität und Rehabilitation auf die Wahrscheinlichkeit einer Höherstufung näher zu erkunden, werden wieder Cox-Regressionen berechnet. Für die Modellierung der Wahrscheinlichkeit einer Pflegestufenerhöhung werden nur diejenigen Versicherten ausgewählt, für die eine Pflegestufenerhöhung überhaupt noch möglich ist, so dass die Pflegebedürftigen mit Pflegestufe III nicht in die Modellbildung eingehen. Für die Modellierung der Sterberaten werden aber wieder die Daten aller Pflegebedürftigen berücksichtigt.

Modell 1 stellt wiederum die Haupteffekte dar, während Modell 2 zusätzlich die Interaktionseffekte der Erkrankungen mit den Rehabilitationsleistungen mit einbezieht. Tabelle 52 zeigt die Ergebnisse, wenn die berücksichtigten Erkrankungen und Symptomen einzeln betrachtet werden, während in die in Tabelle 53 widergegebene Regression nur die Zahl der vorhandenen GtMK bzw. der Erkrankungen und Symptome eingeht.

Bei Kontrolle von Pflegestufe, Pflegearrangement, Alter und Geschlecht sowie einer Reihe relevanter Erkrankungen und Symptome zeigt sich bei Pflegebedürftigen mit Rehabilitationsleistung eine um 10% geringere Wahrscheinlichkeit für eine Höherstufung als für Pflegebedürftige ohne Rehabilitation (Modell 1). Modell 2 weist für Pflegebedürftige ohne Erkrankungen eine sogar noch größere Risikoreduktion (17%) aus, allerdings ist dieser Effekt nicht mehr signifikant. Auch die Interaktionseffekte zeigen selten (leicht) signifikante Effekte. Rehabilitationsleistungen bei Vorliegen der einzelnen aufgeführten Erkrankungen scheinen somit keinen wahrnehmbaren Effekt auf eine verringerte Zahl an Höherstufungen zu haben.

Tabelle 52: Cox-Regression zur Wahrscheinlichkeit einer Pflegestufenerhöhung ab Januar 2011 – Berücksichtigung der Einzeldiagnosen; ohne Pflegestufe III

Effekt	Modell 1	Modell 2 mit Interaktion	
	RR	RR	RR
Rehabilitation	0,90 **	0,83	
Einr. d. Hilfe f. behinderte Menschen	0,26 ***	0,26 ***	
Formell-ambulante Pflege	1,03 *	1,03 *	
Pflegeheim	1,17 ***	1,17 ***	
Pflegestufe II	0,58 ***	0,58 ***	
Frau	0,80 ***	0,80 ***	
70-74 Jahre	1,21 ***	1,21 ***	
75-79 Jahre	1,39 ***	1,39 ***	
80-84 Jahre	1,51 ***	1,51 ***	
85-89 Jahre	1,69 ***	1,69 ***	
90+ Jahre	2,11 ***	2,11 ***	Interaktion mit Reha
Medikationsprobleme	0,78	0,80	0,00
Immobilität	1,06 *	1,06 *	0,95
Sturzneigung und Schwindel	1,03 **	1,04 **	0,95
Demenz und andere Störungen	1,82 ***	1,82 ***	0,80 **
Stuhlinkontinenz	1,37 ***	1,37 ***	1,15
Harninkontinenz	1,24 ***	1,23 ***	1,17
Dekubitalucera	1,45 ***	1,45 ***	0,92
Fehl- und Mangelernährung	1,51 ***	1,51 ***	1,05
Flüssigkeits- und Elektrolythaushalt	1,30 ***	1,30 ***	0,94
Depression, Angststörung	0,95 ***	0,94 ***	1,09
Schmerz	0,97 *	0,97 *	0,98
Sensibilitätsstörungen	0,92 ***	0,91 ***	1,04
Belastbarkeit, Gebrechlichkeit	1,05	1,06	0,93
Starke Seh- und Hörbehinderung	0,78 ***	0,78 ***	1,01
Hohes Komplikationsrisiko	1,00	1,00	1,03
Verzögerte Rekonvaleszenz	0,91	0,91	1,01
Intelligenzminderung	0,84 *	0,84 *	1,18
Größere Entwicklungsstörungen	0,85	0,85	,
Epilepsie	1,03	1,03	1,03
Lähmungen	0,93 ***	0,92 ***	1,26 *
Sonstige Krankheiten des Gehirns	1,08 **	1,07 *	1,23
Down-Syndrom	1,75	1,75	,
Parkinson	1,24 ***	1,24 ***	0,97
Krebs	1,18 ***	1,18 ***	1,07
Multiple Sklerose	0,91	0,91	1,14
Herzinsuffizienz	1,05 ***	1,05 ***	1,04
Schlaganfall	1,06 ***	1,06 ***	1,00
Frakturen	1,03 *	1,04 *	0,97
Rausch- und Suchtmittelkonsum	0,88 ***	0,88 ***	1,15
Herzinfarkt	1,09 **	1,09 ***	0,86

Tabelle 53: Cox-Regression zur Wahrscheinlichkeit einer Pflegestufenerhöhung ab Januar 2011 – Berücksichtigung der Zahl der Diagnosen; ohne Pflegestufe III

Effekt	Modell 1	Modell 2 mit Interaktion	
	RR	RR	RR
Rehabilitation	0,85 ***	0,70 ***	
Einr. d. Hilfe f. behinderte Menschen	0,29 ***	0,29 ***	
Formell-ambulante Pflege	1,15 ***	1,15 ***	
Pflegeheim	1,49 ***	1,49 ***	
Pflegestufe II	0,68 ***	0,68 ***	
Frau	0,77 ***	0,77 ***	
70-74 Jahre	1,24 ***	1,24 ***	
75-79 Jahre	1,50 ***	1,50 ***	
80-84 Jahre	1,69 ***	1,69 ***	
85-89 Jahre	1,90 ***	1,90 ***	
90+ Jahre	2,40 ***	2,40 ***	Interaktionen mit Reha
Anzahl GtMK	1,13 ***	1,13 ***	0,94
Anzahl Erkrankungen	1,03 ***	1,02 ***	1,08 *

Anmerkung: Standardisiert auf die Bevölkerung in Deutschland am Jahresende 2011.
 Selektion: Pflegeeintritt im Jahr 2011 im Alter ab 65 Jahren
 Rehabilitation bedeutet Rehabilitationsleistung im Zeitraum Oktober 2010 bis Januar 2011
 * p<0,05; ** p<0,01; *** p<0,001

Die insbesondere in Modell 1 zu beobachtende Risikoreduktion kann für eine funktionierende Rehabilitation im Sinne der Verminderung oder Verhinderung der Pflegebedürftigkeit sprechen oder aber für einen nicht kontrollierbaren Selektionsbias, der z. B. darauf beruht, dass die Erkrankungen bei Rehabilitanden einen anderen Schweregrad haben als bei Nicht-Rehabilitanden.

Wird anstelle der einzelnen Erkrankungen die Anzahl der GtMK und die Anzahl der Erkrankungen und Symptome insgesamt kontrolliert (Tabelle 53), vergrößert sich der signifikante Effekt der Rehabilitation sogar noch. Die Reduktion des relativen Risikos beträgt nun 15 % (Modell 1) bzw. – nur für die Versicherten ohne GtMK und berücksichtigte Erkrankungen – 30 % (Modell 2). Meist vorhandene Erkrankungen erhöhen im Zusammenhang mit Rehabilitation aber wiederum die Wahrscheinlichkeit einer Höherstufung.

Tabelle 54: Wahrscheinlichkeit des Todesereignisses innerhalb von 24 Monaten bei Pflegebedürftigen im Januar 2011 – Cox-Modell mit Einzeldiagnosen

Effekt	Modell 1	Modell 2 mit Interaktion	
	RR	RR	RR
Rehabilitation	0,99	1,03	
Einr. d. Hilfe f. behinderte Menschen	0,86	0,86	
Formell-ambulante Pflege	1,17 ***	1,17 ***	
Pflegeheim	1,38 ***	1,38 ***	
Pflegestufe II	1,47 ***	1,47 ***	
Pflegestufe III	2,01 ***	2,01 ***	
Frau	0,67 ***	0,67 ***	
70-74 Jahre	1,26 ***	1,26 ***	
75-79 Jahre	1,48 ***	1,48 ***	
80-84 Jahre	1,71 ***	1,72 ***	
85-89 Jahre	2,14 ***	2,14 ***	Interaktionen mit Reha
90+ Jahre	2,81 ***	2,80 ***	
Medikationsprobleme	1,03	1,03	1,15
Immobilität	0,94 ***	0,94 ***	1,05
Sturzneigung und Schwindel	0,89 ***	0,89 ***	1,05
Demenz und andere Störungen	1,04 ***	1,04 ***	1,06
Stuhlinkontinenz	1,29 ***	1,28 ***	1,24 *
Harninkontinenz	0,96 ***	0,96 ***	0,97
Dekubitalucera	1,31 ***	1,31 ***	0,98
Fehl- und Mangelernährung	1,62 ***	1,62 ***	1,08
Flüssigkeits- und Elektrolythaushalt	1,44 ***	1,44 ***	1,02
Depression, Angststörung	0,89 ***	0,89 ***	0,91
Schmerz	1,01	1,02	0,95
Sensibilitätsstörungen	0,95 ***	0,95 ***	0,90
Belastbarkeit, Gebrechlichkeit	1,02	1,02	0,86
Starke Seh- und Hörbehinderung	0,68 ***	0,68 ***	0,88
Hohes Komplikationsrisiko	1,14 ***	1,14 ***	0,94
Verzögerte Rekonvaleszenz	0,86	0,87	0,41
Intelligenzmindering	0,79 ***	0,79 ***	0,50
Größere Entwicklungsstörungen	1,01	1,01	,
Epilepsie	0,98	0,98	1,13
Lähmungen	0,88 ***	0,88 ***	1,01
Sonstige Krankheiten des Gehirns	1,14 ***	1,13 ***	1,18
Down-Syndrom	1,76	1,76	,
Parkinson	0,95 ***	0,96 ***	0,87
Krebs	1,46 ***	1,45 ***	1,09
Multiple Sklerose	0,62 ***	0,63 ***	0,18
Herzinsuffizienz	1,27 ***	1,27 ***	1,06
Schlaganfall	1,05 ***	1,05 ***	0,96
Frakturen	0,96 **	0,96 **	0,90
Rausch- und Suchtmittelkonsum	1,03	1,03	1,11
Herzinfarkt	1,37 ***	1,37 ***	0,94

Tabelle 55: Wahrscheinlichkeit des Todesereignisses innerhalb von 24 Monaten bei Pflegebedürftigen im Januar 2011 – Cox-Modell mit Anzahl der Diagnosen

Effekt	Modell 1	Modell 2 mit Interaktion	
	RR	RR	RR
Rehabilitation	0,95	0,90	
Einr. d. Hilfe f. behinderte Menschen	0,77 *	0,77 *	
Formell-ambulante Pflege	1,21 ***	1,21 ***	
Pflegeheim	1,42 ***	1,42 ***	
Pflegestufe II	1,52 ***	1,52 ***	
Pflegestufe III	2,22 ***	2,22 ***	
Frau	0,65 ***	0,65 ***	
70-74 Jahre	1,27 ***	1,27 ***	
75-79 Jahre	1,54 ***	1,54 ***	
80-84 Jahre	1,89 ***	1,89 ***	
85-89 Jahre	2,40 ***	2,40 ***	
90+ Jahre	3,25 ***	3,25 ***	Interaktionen mit Reha
Anzahl GtMK	0,94 ***	0,94 ***	1,01
Anzahl Erkrankungen	1,13 ***	1,13 ***	1,00

Anmerkung: Standardisiert auf die Bevölkerung in Deutschland am Jahresende 2011.
 Selektion: Pflegeeintritt im Jahr 2011 im Alter ab 65 Jahren
 Rehabilitation bedeutet Rehabilitationsleistung im Zeitraum Oktober 2010 bis Januar 2011
 * p<0,05; ** p<0,01; *** p<0,001

In der Summe scheint die Rehabilitation noch positive Effekte auf die Vermeidung von Höherstufungen zu haben. Allerdings ist wieder darauf hinzuweisen, dass die Ergebnisse ebenfalls durch nicht erfasste Verzerrungen hervorgerufen werden können, die darauf beruhen, dass sich Rehabilitanden und Nicht-Rehabilitanden auch innerhalb der Subgruppen unterscheiden.

In gleicher Weise, wie zuvor die Höherstufungen untersucht wurden, werden in Tabelle 54 und Tabelle 55 die Einflüsse der Rehabilitation auf die Todesraten modelliert. Tabelle 54 zeigt wieder die Modelle mit der Differenzierung nach einzelnen Erkrankungen und Symptomen und Tabelle 55 die Modelle mit den Anzahlen an GtMK und allen berücksichtigten Erkrankungen und Symptomen.

Weder in Tabelle 54, noch in Tabelle 55 zeigt sich ein signifikanter Effekt der Rehabilitation. Die Effektstärke ist zudem jeweils sehr gering. Auch die Interaktionseffekte der Rehabilitation mit den Erkrankungen (Modell 2, Tabelle

54) und mit der Zahl der Erkrankungen und GtMK (Modell 2, Tabelle 55) sind (mit Ausnahme des schwach signifikanten Effekts der Stuhlinkontinenz in Tabelle 54) nicht signifikant.

6.3 Fazit

Sollen die Ergebnisse zum Zusammenhang von Reha und Pflege zusammengefasst werden, ist auf das Ausmaß der Rehabilitation Pflegebedürftiger (Abschnitt 6.3.1), den Zusammenhang von Pflegestufe sowie Pflegearrangement auf der einen und Rehabilitation auf der anderen Seite (Abschnitt 6.3.2), Rehabilitation bei geriatrischen und bei Akutpatienten (Abschnitt 6.3.3), Rehabilitation nach Alter und Geschlecht (Abschnitt 6.3.4) und die Limitationen bei der Analyse des Zusammenhangs von Pflege und Rehabilitation mittels Routinedaten (Abschnitt 6.3.5) einzugehen.

6.3.1 Ausmaß der Rehabilitation Pflegebedürftiger

Pflegebedürftige nehmen bei ansonsten gleichen Bedingungen (Alter, Geschlecht, Erkrankungen etc.) nur halb so viele Leistungen der medizinischen Rehabilitationen in Anspruch wie Nicht-Pflegebedürftige (Tabelle 45). Allerdings erhalten Pflegebedürftige in den Monaten vor Eintritt der Pflegebedürftigkeit in höherem Ausmaß Rehabilitationen: So haben rund 15 % der erstmalig Pflegebedürftigen im Jahr zuvor mindestens eine Rehabilitation erhalten. Nicht pflegebedürftige Personen haben in diesem Zeitraum zu 4 % eine Rehabilitation erhalten. Rund 6 % der Pflegebedürftigen haben sogar im Monat direkt vor Pflegeeintritt eine Rehabilitation erhalten. Vor Eintritt der Pflegebedürftigkeit finden also verstärkt Rehabilitationsanstrengungen statt.

Verschiedene Aspekte können für die geringere Rehabilitationsquote nach Pflegeeintritt sein: Die vorangegangenen Rehabilitationen vor der Pflegebedürftigkeit, eine geringe Quote der Reha-Empfehlungen bei der Begutachtung, aber auch Fehlanreize im Finanzierungssystem.

Im Rahmen der Pflegebegutachtung werden nur bei 1,3 % der Erstbegutachtungen Reha-Empfehlungen ausgesprochen (BMG 2011e). Diese Quote wird von vielen

Fachleuten für zu niedrig gehalten. So zeigte sich im Rahmen der Erprobung des Neuen Begutachtungsassessment, dass allein eine andere Vorgehensweise bei der Begutachtung zu einer Verdreifachung der Reha-Empfehlungsquote geführt hat (Windeler et al. 2008: 81). Eine mögliche Ursache für niedrige Reha-Quoten bei Pflegebedürftigen kann also im Ablauf der Reha-Begutachtung gesehen werden, die optimiert werden kann.

Die geringe Empfehlungsquote ist sicherlich auch in der hohen Reha-Quote unmittelbar vor Eintritt der Pflegebedürftigkeit begründet. Für die Fälle, für die bereits eine Rehabilitation durchgeführt wurde, bietet sich eine erneute Rehabilitation dann nicht mehr an.

Eine andere mögliche Ursache für niedrige Reha-Quoten liegt in den Fehlanreizen des Finanzierungssystems, die dazu führen, dass Krankenkassen einen objektiven Anreiz haben, möglichst wenig Ausgaben für die Rehabilitation von Pflegebedürftigen zu tätigen (Abschnitt 3.2.4).

Rehabilitation bei Pflegebedürftigkeit ist aber nicht nur Folge einer Reha-Empfehlung im Rahmen der erstmaligen Pflegebedürftigkeitsbegutachtung. Die Analysen zeigen vielmehr, dass die Reha-Häufigkeit zwar im Monat des Erstbezugs von Pflegeleistungen mit einem Anteil von 2,1% den höchsten Wert einnimmt, der in den Folgemonaten kontinuierlich auf 0,25% sinkt (Abbildung 61). Auch in den Folgemonaten nach der Erstbegutachtung werden aber Rehabilitationen angetreten, so dass im ersten Jahr nach erstmaliger Feststellung der Pflegebedürftigkeit insgesamt 7% der Pflegebedürftigen eine Rehabilitation antreten (Abbildung 62).

6.3.2 Rehabilitation nach Pflegestufe und Pflegearrangement

Die Rehabilitationshäufigkeit von Pflegebedürftigen hängt u. a. ab von der Pflegestufe und dem Pflegearrangement. Für Pflegebedürftige, die bereits bei Erstbegutachtung in Pflegestufe III eingestuft werden, liegt die Rehabilitationswahrscheinlichkeit vor wie nach Pflegebeginn dabei deutlich niedriger als für die Pflegebedürftigen, die in Pflegestufe I oder II eingestuft werden. Schon im dritten Monat nach erstmaliger Leistungsgewährung findet dann praktisch keine Rehabilitation mehr statt. Ein höheres Ausmaß an Pflegebedürftigkeit reduziert also die

Reha-Wahrscheinlichkeit – auch bei Kontrolle von Alter, Geschlecht, Pflegearrangement und einer Reihe von Erkrankungen und Symptomen (Tabelle 41 und Tabelle 43).

Diejenigen, die bei Pflegeeintritt stationäre Pflegeleistungen in Anspruch nehmen, haben unmittelbar zuvor eine größere Reha-Häufigkeit. Bei Kontrolle der demographischen Faktoren sowie der Morbidität und der Pflegestufe verschwindet dieser Effekt aber (Tabelle 41). Nach Pflegeeintritt sinkt die Reha-Häufigkeit für Heimbewohner drastisch. Bereits ab dem 4. Monat nach Heimeintritt findet Rehabilitation praktisch nicht mehr statt (Abbildung 63). Dieser Effekt zeigt sich auch bei Kontrolle der genannten Faktoren (Tabelle 43). Allerdings muss offen bleiben, inwieweit Angebote mit rehabilitativem Charakter im Heim selbst als funktionales Äquivalent für eine Rehabilitation dienen können.

6.3.3 Rehabilitation bei geriatrischen und Akutpatienten

Die Analysen zu den Reha-Häufigkeiten zeigen hohe Reha-Quoten insbesondere dann, wenn Lähmungen, Schlaganfall, Frakturen, Multiple Sklerose und Herzinfarkt vorliegen (Tabelle 42). Bei Schlaganfall, Frakturen und Herzinfarkt handelt es sich um Akutereignisse und bei Lähmungen und Multiple Sklerose sind womöglich aktuelle Schübe Auslöser für die Rehabilitation. Rehabilitation wird somit verstärkt von Akutpatienten in Anspruch genommen und weniger durch geriatrische multimorbide Patienten ohne akutem Ereignis.

6.3.4 Rehabilitation nach Alter und Geschlecht

Die Reha-Wahrscheinlichkeiten unterscheiden sich für Männer und Frauen nicht wesentlich, weder im deskriptiven Vergleich noch bei Kontrolle von Alter, Erkrankung und Pflegebedürftigkeit. Allerdings sind starke Alterseffekte bei Pflegebedürftigen vorhanden. Liegt keine Pflegebedürftigkeit vor, schwankt die monatliche Reha-Häufigkeit um 0,3-0,4%. Bei fortlaufender Pflegebedürftigkeit sinkt die Reha-Quote mit dem Alter kontinuierlich. Sie ist bei den 65-69-Jährigen dreieinhalb Mal so hoch wie bei den 90-Jährigen und Älteren (Tabelle 44). Inwieweit dieser Effekt auf objektiv geringere Reha-Fähigkeit zurückzuführen ist und inwieweit

dies Ausdruck sinkender Anstrengungen des Medizin- und Pflegesystems bei älteren pflegebedürftigen Menschen ist, kann an dieser Stelle nicht geklärt werden.

6.3.5 Limitationen

Beim Versuch, die Wirksamkeit der Rehabilitation zu messen, zeigen sich die Grenzen der Versorgungsforschung mit Routinedaten. Da die Inanspruchnahme oder Nicht-Inanspruchnahme von Rehabilitation nicht zufällig erfolgt, sondern aufgrund einer Begutachtung, in der auf die individuelle Rehabilitationsbedürftigkeit, Rehabilitationsfähigkeit und Rehabilitationsprognose des betreffenden Versicherten abgestellt wird, unterscheiden sich die Gruppe der Versicherten mit und ohne Rehabilitation strukturell. Dem kann mittels Matching-Verfahren oder – wie in diesem Report – im Rahmen von multivariaten Regressionsmodellen entgegengetreten werden. Allerdings können so nur die bekannten Einflussfaktoren kontrolliert werden und das auch nur in dem Umfang, in dem sie in den Daten erfasst werden. Etwa die Schwere einer gegebenen Erkrankung liegt dabei regelmäßig nicht vor. Es ist daher nicht ohne weiteres möglich, unterschiedliche Pflegeverläufe oder Mortalitätsraten kausal auf die Rehabilitation zurückzuführen. Solche Kausalanalysen bedürfen eines Vergleichs von strukturgleichen Gruppen, wie er insbesondere im Rahmen randomisierter kontrollierter Studie durchgeführt werden kann.

7 Literatur

- Abbas, Sascha; Ihle, Peter; Hein, Rebecca; Schubert, Ingrid (2013): Rehabilitation geriatrischer Patienten nach Schlaganfall – Ein Vergleich zweier Versorgungssysteme in Deutschland anhand von Routinedaten der gesetzlichen Krankenkasse. Die Rehabilitation. doi: 10.1055/s-0033-1334914
- AGENS [= Arbeitsgruppe Erhebung und Nutzung von Sekundärdaten] (2008): GPS - Gute Praxis Sekundärdatenanalyse: Revision nach grundlegender Überarbeitung. In: Gesundheitswesen, 70: 54-60.
- Akerlof, G. A. (1970): The Market for „Lemons“. In: Quarterly Journal of Economics. Vol. 84, 488–500.
- 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.
- Augurzyk, B.; Borchert, L.; Deppisch, R.; Krolop, S.; Mennicken, R.; Preuss, M.; Rothgang, H.; Stocker-Müller, M.; Wasem, J. (2007): Gründe für die Höhe der Heimentgelte in den stationären Pflegeeinrichtungen in Nordrhein-Westfalen, Wissenschaftliches Gutachten im Auftrag des Ministeriums für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen, Endbericht. Hg. v. Rheinisch-Westfälisches Institut für Wirtschaftsforschung (RWI).
- Augurzyk, 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.
- BAR [= Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation] (2005): Rehabilitation und Teilhabe. Wegweiser für Ärzte und andere Fachkräfte der Rehabilitation. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag
- BARMER GEK (2012): Geschäftsbericht-2011. URL: <http://www.barmer-gek.de/barmer/web/Portale/Presseportal/Subportal/Infothek/Daten-und-Fakten/Geschaeftsbericht/PDF-Geschaeftsbericht-2011,property=Data.pdf>. (aktuell am 10.10.2012).
- Bauknecht, M.; Braun, B.; Müller, R. (2009): GEK-Bandscheiben-Report. Versorgungsforschung mit GEK-Routinedaten. St. Augustin: Asgard
- BdV [= Bund der Versicherten] (2013): Merkblatt – „Pflege-Bahr“: Staatlich geförderte, private Pflegezusatzversicherung; URL: www.bunderversicherten.de/Kranken-Pflege/Pflege-Bahr (letzter Zugriff: 10.07.2013)
- Bebbington, A.C. (1988): The expectation of life without disability in England and Wales. In: Social Science and Medicine, 27: 321–326.
- Benedix, U.; Hammer, G.; Medjedović, I.; Schröder, E. (2013): Arbeitskräftebedarf und Personalentwicklung in der Pflege. Eine Erhebung im Land Bremen. Bremen: Institut Arbeit und Wirtschaft der Universität Bremen & Arbeitnehmerkammer Bremen.
- Bickel, H. (2001a): Lebenserwartung und Pflegebedürftigkeit in Deutschland. In: Das Gesundheitswesen, 63: 9–14.
- Biederbick, A.; Weber, R. (2013): Die staatlich geförderte Pflegeversicherung: Zum Nutzen des deutschen Pflegeversicherungssystems und zur Entlastung zukünftiger Generationen, in: G+S - Gesundheits- und Sozialpolitik, 4: 21-23.
- Bjarnason-Wehrens, B.; Schulz, O.; Gielen, S.; Halle, M.; Dürsch, M.; Hambrecht, R.; Lowis, H.; Kindermann, W.; Schulze, R.; Rauch, B. (2009): Leitlinie körperliche Aktivität zur Sekundärprävention und Therapie kardiovaskulärer Erkrankungen. Clinical Research in Cardiology Supplements, 4(3), 1-44.

- Blank, F. (2011): Die Riester-Rente: Ihre Verbreitung, Förderung und Nutzung, in: Soziale Sicherheit, 12: 414 f.
- Blinkert, B.; Klie, T. (1999): Pflege im Wandel. Studie zur Situation häuslich versorgter Pflegebedürftiger. Hannover: Vincentz.
- Blinkert, B.; Klie, T. (2000): Pflegekulturelle Orientierungen und soziale Milieus, in: Sozialer Fortschritt, 10: 237-245.
- Blinkert, B.; Klie, T. (2001): Zukünftige Entwicklung des Verhältnisses von professioneller und häuslicher Pflege bei differierenden Arrangements und privaten Ressourcen bis zum Jahr 2050. Expertise im Auftrag der Enquête-Kommission Demographischer Wandel des Deutschen Bundestages. In: Enquête-Kommission "Demographischer Wandel" Deutschen Bundestag, (Hrsg.): Herausforderungen unserer älter werdenden Gesellschaft an den einzelnen und die Politik. Heidelberg: R.v. Decker's. URL: http://www2.sociologie.uni-freiburg.de/fifas/all/pdf/Expertise_Bundestag.pdf. (aktuell am 08.05.2012).
- Blinkert, B.; Klie, T. (2005): Solidarität in Gefahr? Veränderung der Pflegebereitschaften und Konsequenzen für die Altenhilfe und Pflege. In: Klie, T.; Buhl, A.; Entzian, H.; Hedtke-Becker, A.; Wallrafen-Dreisow, H. (Hrsg.): Die Zukunft der gesundheitlichen, sozialen und pflegerischen Versorgung älterer Menschen. Frankfurt a. M.: Mabuse. S. 293-315.
- Blinkert, B.; Klie, T. (2007): Soziale Integration und Beantwortung des Pflegebedarfs pflegebedürftiger Menschen – Bedarf nach Chancen. In: Schwendemann, W.; Götzlmann, A. (Hg.) (2007): Soziale Gesundheit. Freiburg: FEL Verlag Forschung – Entwicklung – Lehre (Evangelische Hochschulperspektiven). S. 208-226
- BMA [= Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung] (1997): Erster Bericht über die Entwicklung der Pflegeversicherung seit ihrer Einführung am 01. Januar 1995. URL: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/dateien/Publikationen/Pflege/Berichte/Erster_Bericht_ueber_die_Entwicklung_der_Pflegeversicherung_seit_ihrer_Einfuehrung_am_01._Januar_1995.pdf (aktuell am 04.12.2012)
- BMFSFJ [= Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend] (2011): Neue Wege – gleiche Chancen. Gleichstellung von Frauen und Männern im Lebensverlauf. Erster Gleichstellungsbericht. Stellungnahme der Bundesregierung zum Gutachten der Sachverständigenkommission Gutachten der Sachverständigenkommission. Deutscher Bundestag: Drucksache 17/6240. <http://www.bmfsfj.de/RedaktionBMFSFJ/Broschuerenstelle/Pdf-Anlagen/Erster-Gleichstellungsbericht-Neue-Wege-Gleiche-Chancen,property=pdf,bereich=bmfsfj,sprache=de,rwb=true.pdf> (aktuell am 6.11.2011).
- BMG [= Bundesministerium für Gesundheit] (2001): Zweiter Bericht zur Entwicklung der Pflegeversicherung. URL: http://www.bmg.bund.de/fileadmin/dateien/Publikationen/Pflege/Berichte/Zweiter_Bericht_ueber_die_Entwicklung_der_Pflegeversicherung.pdf (aktuell am 12.11.2013)
- BMG [= Bundesministerium für Gesundheit] (2009a): Bericht des Beirats zur Überprüfung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs. URL: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/redaktion/pdf_publikationen/Umsatzungsbericht-Pflegebeduerftigkeitsbegriff_200905.pdf;
- BMG [= Bundesministerium für Gesundheit] (2009b): Umsetzungsbericht des Beirats zur Überprüfung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs. URL: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/redaktion/pdf_publikationen/Umsatzungsbericht-Pflegebeduerftigkeitsbegriff_200905.pdf.

- BMG [= Bundesministerium für Gesundheit] (2011e): Bericht der Bundesregierung über die Entwicklung der Pflegeversicherung und den Stand der pflegerischen Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland. URL: http://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/dateien/Downloads/P/Pflegebericht/Bericht_Entwicklung_Pflegeversicherung.pdf (aktuell am 17.01.2012)
- BMG [= Bundesministerium für Gesundheit] (2013): Bericht des Expertenbeirats zur konkreten Ausgestaltung des neuen Pflegebeduerftigkeitsbegriffs. URL: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/dateien/Downloads/P/Pflegebeduerftigkeitsbegriff/130627_Bericht_Expertenbeirat_Pflegebeduerftigkeitsbegriff.pdf (aktuell am 31.07.2013)
- BMG [= Bundesministerium für Gesundheit] (2013a). Leistungsempfänger der sozialen Pflegeversicherung am Jahresende nach Pflegestufen. URL: http://www.bmg.bund.de/fileadmin/dateien/Downloads/Statistiken/Pflegeversicherung/Leistungsempfaenger_insgesamt/Leistungsempfaenger-nach-Altersgruppen-und-Pflegestufen-insgesamt_121231-1.pdf (aktuell am 12.11.2013)
- BMG [= Bundesministerium für Gesundheit] (2013b). Leistungsempfänger der sozialen Pflegeversicherung im Jahresdurchschnitt nach Leistungsarten. URL: http://www.bmg.bund.de/fileadmin/dateien/Downloads/Statistiken/Pflegeversicherung/Leistungsempfaenger_Art_Pflegestufen/Leistungsempfaenger-nach-Leistungsarten-und-Pflegestufen_Stand_Juni2013.pdf (aktuell am 12.11.2013)
- BMG [= Bundesministerium für Gesundheit] (2013c). Die Finanzentwicklung der Sozialen Pflegeversicherung. URL: http://www.bmg.bund.de/fileadmin/dateien/Downloads/Statistiken/Pflegeversicherung/Finanzentwicklung_Pflegeversicherung_xls/03-Finanzentwicklung-der-sozialen-Pflegeversicherung_Stand_Juni2013-1.pdf (aktuell am 12.11.2013)
- BMG [= Bundesministerium für Gesundheit] (2013d): Gesetzliche Krankenversicherung. Vorläufige Rechnungsergebnisse, 1.-4. Quartal 2012. Stand: 11. März 2013. URL: http://www.bmg.bund.de/fileadmin/dateien/Downloads/Statistiken/GKV/Finanzergebnisse/Rechnungsergebnisse_1.-4._Quartal_2012.pdf (aktuell am 13.11.2013)
- BMG [= Bundesministerium für Gesundheit] (2013e): Pflegeversicherung. Versicherte der sozialen Pflegeversicherung nach Versichertengruppen und Geschlecht. URL: http://bmg.bund.de/fileadmin/dateien/Downloads/Statistiken/Pflegeversicherung/Versicherte_nach_Versichertengruppen_Geschlecht_xls/07-Versicherte-nach-Versichertengruppen-und-Geschlecht_Stand_Juni2013.pdf (13.11.2013).
- Borchelt, M.; Pientka, L.; Wrobel, Norbert (2004): Abgrenzungskriterien der Geriatrie. Version 1.3 vom 16-03-2004. URL: <http://ebookbrowse.com/gdoc.php?id=347801268&url=a6057b22cf7ae70a0a16017d139ec15e>. (aktuell am 05.10.2012).
- Borchelt, M.; Wrobel, N.; Trilhof, G. (2013): Online-Kodierleitfaden Altersmedizin 2010. Geriatrietypische Multimorbidität: Merkmalkomplexe. URL: <http://www.geriatrie-drug.de/dkger/main/gtmm-2010.html> (aktuell am 25.09.2013)
- Borchert, L.; Rothgang, H. (2007): Pflegeheime und Sterblichkeit: Immer älter und gebrechlicher ins Heim? In: Helmert, U.; Braun, B.; Milles, D.; Rothgang, H. (Hrsg.): Gesundheitspolitik, Arbeits- und Sozialmedizin, WNV: Bremerhaven, S.255-268.
- Bundestagsausschuss für Gesundheit (2012): Ausschuss-Drs. 17(14)287 vom 12.06.2012 (Änderungsantrag 18 zum Entwurf eines Gesetzes zur Neuausrichtung der Pflegeversicherung).
- Cambois, E.; Robine, J.M. (1996): An international comparison of trends in disability-free life expectancy. In: Eisen, R. et al. (Hrsg.): Long-term care: Economic issues and policy solutions. Norwell: Kluwer, S. 11-23.

- CDU, CSU und SPD (2005): Gemeinsam für Deutschland - mit Mut und Menschlichkeit. Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und SPD. 11.11.2005. URL: http://www.cdu.de/doc/pdf/05_11_11_Koalitionsvertrag.pdf (aktuell am 30.10.2008)
- CDU, CSU und FDP (2009): Wachstum. Bildung. Zusammenhalt. Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und FDP für die 17. Legislaturperiode vom 26. Oktober 2011: S. 93.
- Comas-Herrera A, Wittenberg R, Costa-Font J, Gori C, Di Maio A, Patxot C, Pickard L, Pozzi A, Rothgang H (2006): Future long-term care expenditure in Germany, Spain, Italy and the United Kingdom. In: Ageing and Society, 6, 2: S. 285-302.
- Dangel, B.; Kolleck, B.; Korporal, J. (2005): Rehabilitation Pflegebedürftiger. Konzept - Umsetzung - Ergebnisse. München, Jena: Urban & Fischer
- DAV [=Deutsche Aktuarvereinigung] (2008): Herleitung der Rechnungsgrundlagen DAV 2008 P für die Pflegerenten(zusatz)versicherung der DAV-Unterarbeitsgruppe „Rechnungsgrundlagen der Pflegeversicherung“. URL: <https://aktuar.de/dav/veroeffentlichungen/sonstiges/> (Zugriff am 01.10.2012).
- Deck, R.; Heinrichs, K.; Koch, H.; Kohlmann, T.; Mittag, O.; Peschel, U.; Ratschko, K. H.; Welk, H.; Zimmermann, M. (2000): „Schnittstellenprobleme“ in der medizinischen Rehabilitation: die Entwicklung eines Kurzfragebogens zur Ermittlung des Informations- und Kommunikationsbedarfs bei Hausärzten. In: Das Gesundheitswesen, 62 (8/9), S. 431–436.
- Deutsche Bundesbank (2012): Monatsbericht, September 2012.
- Deutsche Rentenversicherung (1995-2011a): Statistik der Deutschen Rentenversicherung: Versicherte. Deutsche Rentenversicherung: Würzburg.
- Deutsche Rentenversicherung (1995-2011b): Statistik der Deutschen Rentenversicherung: Rentenzugänge. Deutsche Rentenversicherung: Würzburg.
- Deutscher Bundestag (2001a): Entwurf eines Gesetzes zur Ergänzung der Leistungen bei häuslicher Pflege von Pflegebedürftigen mit erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf (Pflegeleistungs-Ergänzungsgesetz - PflEG) - Drucksache 14/7154.
- DGGÖ [=Deutsche Gesellschaft für Gesundheitsökonomie] (2012): Für eine verpflichtende private Pflegevorsorge mit Zuschüssen für Bedürftige. Stellungnahme der DGGÖ vom 21.06.2013; URL: <http://file.dggoe.de/presse/2012-06-19-Pflegereform-Stellungnahme-DGG%C3%96.pdf> (Zugriff: 05.08.2013).
- DGN [= Deutsche Gesellschaft für Neurologie] (2012): Rehabilitation aphasischer Störungen nach Schlaganfall. Entw ick lungsstufe: S1, Stand: September 2012. URL: http://www.dgn.org/images/stories/dgn/leitlinien/LL_2012/pdf/ll_92_2012_rehabilitation_aphasischer_strungen_nach_schlaganfall.pdf (aktuell am 26.09.2013)
- DGPPN [= Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde]; DGN, [= Deutsche Gesellschaft für Neurologie] (2009): S3-Leitlinie "Demenzen". URL: <http://media.dgppn.de/mediadb/media/dgppn/pdf/leitlinien/s3-leitlinie-demenz-kf.pdf> (aktuell am 16.12.2009).
- DIE LINKE (2013): Wahlprogramm der Partei DIE LINKE zur Bundestagswahl 2013; Download unter: www.die-linke.de/wahlen/wahlprogramm/ [Zugriff: 08.07.2013].
- DIMDI [= Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information] (2005): ICF - Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit. World Health Organization: Genf. URL: http://www.dimdi.de/dynamic/de/klassi/downloadcenter/icf/endafassung/icf_endfassung-2005-10-01.pdf (aktuell am 03.11.2006)
- DIMDI [= Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information] (2011): ICD-10-GM Version 2012 (OID 1.2.276.0.76.5.409). Systematisches Verzeichnis. URL: <http://www.dimdi.de/dynamic/de/klassi/downloadcenter/icd-10-gm/version2012/systematik/x1gbp2012.zip> (aktuell am 01.11.2011)

- DIMDI [= Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information] (2012): HTA-Bericht: "Reha vor Pflege" gilt auch bei leichter Demenz. URL: http://www.dimdi.de/static/de/hta/aktuelles/news_0334.html_319159480.html (aktuell am 15.01.2013)
- Döhner, H.; Gerlach, A.; Köpke, S.; Lüdecke, D. (2011): Wissenschaftlich Begleitung der Pflegestützpunkte in Hamburg. Abschlussbericht. Herausgegeben von der Behörde für Soziales, Familie, Gesundheit und Verbraucherschutz (BSG). Hamburg; <http://www.chemie.uni-hamburg.de/igtw/Gesundheit/images/pdf/abschlussbericht.pdf>; (13.11.2013)
- Döhner, H., Rothgang, H. (2006): Pflegebedürftigkeit. Zur Bedeutung der familialen Pflege für die Sicherung der Langzeitpflege, in: Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz, Vol. 49, No. 6: 583-594.
- Döhner, H.; Kohler, S.; Lüdecke, D. 2007. Pflege durch Angehörige. Ergebnisse und Schlussfolgerungen aus der europäischen Untersuchung EUROFAMCARE. Informationsdienst Altersfragen 3, Mai/Juni 2007: S. 9-14.
- 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.
- Dunkelberg, S.; Lachmann, A.; van den Bussche, H.; Müller, K. (2002): Was denken Hausärzte aus den neuen und alten Bundesländern über Rehabilitation? In: Das Gesundheitswesen, 64 (6), S. 369–374
- Engelmann, D.; Gohde, J.; Künzel, G.; Schmidt, S. (Redaktionsgruppe) (2013): Gute Pflege vor Ort. Das Recht auf eigenständiges Leben im Alter. Positionen-papier im Auftrag der Abteilung Wirtschafts- und Sozialpolitik der Friedrich-Ebert-Stiftung. Berlin: Friedrich-Ebert-Stiftung.
- Fuchs, J.; Dörfler, K. (2005): Projektion des Erwerbspersonenpotenzials bis 2050. Annahmen und Datengrundlage. IAB-Forschungsbericht Nr. 25. Ergebnisse aus der Projektarbeit des Instituts für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung, Nürnberg: Bundes-agentur für Arbeit. URL: <http://www.iab.de/185/section.aspx/Publikation/k050927n02> [11.11.2013].
- Garms-Homolová, V.; Roth, G. (2004): Vorkommen, Ursachen und Vermeidung von Pflegemängeln. Forschungsbericht im Auftrag der Enquete-Kommission „Situation und Zukunft der Pflege in Nordrhein-Westfalen“ des Landtags Nordrhein-Westfalen; http://www.landtag.nrw.de/portal/WWW/GB_I/I.1/EK/EKALT/13_EK3/Gutachten/Pflegemaengel_NRW.pdf [22.08.2013]
- GKV-Spitzenverband (2012f): Rahmenvereinbarung über das Verfahren zur Abrechnung und Übermittlung von Daten zwischen Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen und der gesetzlichen Krankenversicherung (§ 301 Abs. 4 SGB V) sowie der gesetzlichen Rentenversicherung (Datenübermittlungs-Rahmenvereinbarung). URL: http://www.gkv-datenaustausch.de/leistungserbringer/reha_einrichtungen/reha_einrichtungen.jsp (aktuell am 30.08.2013)
- Godemann, F.; Sievers, C.; Hackel, N. (2013): Die Qualität der Behandlung von Menschen mit demenziellen Störungen in Deutschland: Eine Analyse mit Routinedaten einer Krankenkasse. In Repschläger, U.; Schulte, C.; Osterkamp, N. (Hrsg.), BARMER GEK Gesundheitswesen aktuell 2013. Beiträge und Analysen (S. 288-312). Wuppertal: BARMER GEK.
- Hackmann, T.; Moog, S. (2010): Pflege im Spannungsfeld von Angebot und Nachfrage. In: Zeitschrift für Sozialreform, 56, 1, S. 113-137.
- Hagen, K.; Kleinlein, A. (2011): Zehn Jahre Riester-Rente: Kein Grund zum Feiern. DIW-Wochenbericht Nr. 47, 3-14.
- Hoberg, R.; Klie, T.; Künzel, G. (2013c): Strukturreform Pflege und Teilhabe. URL: http://agp-freiburg.de/downloads/pflege-teilhabe/Reformpaket_Strukturreform_PFLEGE_TEILHABE_Langfassung.pdf (aktuell am 22.10.2013)

- Hoffer, H. (2013): Der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff: Die Empfehlungen des Expertenbeirats zur konkreten Ausgestaltung seiner Einführung revisited, in: Gesundheits- und Sozialpolitik, 4: 14-20.
- Jacobs K (1995): Zur Kohärenz von gesetzlicher Pflegeversicherung und anderen Zweigen der Sozialversicherung, in: Fachinger U, Rothgang H (Hrsg.) (1995): Die Wirkungen des Pflege-Versicherungsgesetzes, Berlin: Duncker & Humblot: 245-262.
- Jacobs, K.; Rothgang, H. (2012): Der Pflege-Bahr: zum Schaden der Sozialen Pflegeversicherung und ihrer Versicherten, in: G+S - Gesundheits- und Sozialpolitik, Heft 5: 41-50.
- Jacobs, K.; Rothgang, H. (2013): Der Pflege-Bahr: falsches Signal und untaugliches Geschäftsmodell. Replik zu Biederbick und Weber, in: G+S - Gesundheits- und Sozialpolitik, 4: 24-27.
- Jacobzone S., Cambois E., Chaplain E., Robine JM. (1998): Long term care services to older people, a perspective on future needs: the impact of improving health of older people. OECD Working Paper AWP 4.2.
- Jacobzone, S. (1999): An Overview of International Perspectives in the Field of Ageing and Care for Frail Elderly Persons, Labour Market and Social Policy Occasional Papers n° 38, OECD, Paris.
- Joost, A.; Metzenrath, A. (2012): Wissenschaftliche Begleitung der Implementierung der Pflegestützpunkte in Hessen; IWAK-Abschlussbericht, März 2012; <http://www.iwak-frankfurt.de/documents/ABWBPflegestuetzpunkte.pdf>. (13.11.2013)
- Karoff, M.; Huber, D. (2010): Rehabilitation bei Herz-Kreislaufkrankungen. Was gibt es Neues in der kardiologischen Rehabilitation? 19. Reha-Wissenschaftliches Kolloquium, 8.-10. März 2010 in Leipzig.
- KCG [=Kompetenz Centrum Geriatrie] (2012): Operationalisierung geriatrytypischer Merkmalskomplexe gemäß ICD-10-GM Version 2008/2009: (KCG: Stand 30.07.2012) URL: http://www.kcgeriatrie.de/downloads/120730_kcg_geriatrietypischen%20Merkmalskomplexe.pdf (aktuell am 26.09.2012)
- Klein, T.; Unger, R. (1999): Aktive Lebenserwartung in der Bundesrepublik, Das Gesundheitswesen, 61: 168-178.
- Kleinlein A (2011): Zehn Jahre „Riester-Rente“: Bestandsaufnahme und Effizienzanalyse. WISO Diskurs, Friedrich-Ebert-Stiftung, Bonn.
- Klie, T.; Blinkert, B. (2000): Pflegekulturelle Orientierungen und soziale Milieus. Ergebnisse einer Untersuchung über die sozialstrukturelle Verankerung von Solidarität. In: Sozialer Fortschritt Jg.10/2000, S.237-245.
- Klie, T.; Blinkert, B. (2004): Gesellschaftlicher Wandel und demographische Veränderungen als Herausforderungen für die Sicherstellung der Versorgung von pflegebedürftigen Menschen. In: Sozialer Fortschritt, 11/12/2004, S. 319-325.
- Klie, T.; Schmidt, R. (1999): Die Pflegeversicherung ist unter strategisch-politischen Gesichtspunkten ein großer Erfolg – allerdings besteht Reformbedarf. In: Theorie und Praxis der sozialen Arbeit, 50. Jg., 2, 48-53.
- Korczak, D.; Steinhäuser, G.; Kuczera, C. (2012): Effektivität der ambulanten und stationären geriatrischen Rehabilitation bei Patienten mit der Nebendiagnose Demenz. Köln: DIMDI. URL: http://portal.dimdi.de/de/hta/hta_berichte/hta331_bericht_de.pdf (aktuell am 15.01.2013)
- Kreienbrock, L.; Schach, S. (2005): Epidemiologische Methoden. München: Spektrum Akademischer Verlag.
- Küpper-Nybelen, J.; Ihle, P.; Deetjen, W.; Schubert, I. (2006): Empfehlung rehabilitativer Maßnahmen im Rahmen der Pflegebegutachtung und Umsetzung in der ambulanten Versorgung. Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 39:100-108
- Land, K.C.; Guralnik, J.M.; Blazer, D.G. (1994): Estimating Increment-Decrement Life Tables with Multiple Covariates from Panel Data: The Case of Active Life Expectancy. In: Demography, 31: 297-319.

- Leinert, J. (2006): Einkommenselektion und ihre Folgen. In: Jacobs, K. et al. (Hrsg.): Fairer Wettbewerb oder Risikoselektion? Analysen zur gesetzlichen und privaten Krankenversicherung, Bonn: WlDO, S.31-48.
- Lübke, N.; Meinck, M. (2012): Geriatrietypische Multimorbidität im Spiegel von Routinedaten – Teil 1. Auswertung von stationären Krankenhausdaten und Pflegedaten. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, 45, 6, S. 485-497.
- Lüngen, M. (2012): Vollversicherung in der Pflege - Quantifizierung von Handlungsoptionen. Gutachten im Auftrag von ver.di. URL: http://www.verdi.de/++file++50a3affa6f6844778600001c/download/Gutachten_Pflegeversicheru ng.pdf (aktuell am 18.10.2013)
- Lürken, L. (2001): Begutachtung von Pflegebedürftigkeit nach SGB XI. Weichenstellung für Interventionsprogramme der geriatrischen Rehabilitation. Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 34: Suppl 1, I/49-I/56
- Martin, S.; Zimprich, D.; Oster, P.; Wahl, H.-W.; Minnemann, E.; Baethe, M.; Grün, U; Martin, P. (2000): Erfolg und Erfolgsvariabilität stationärer Rehabilitation alter Menschen: Eine empirische Studie auf der Basis medizinischgeriatrischer und psychosozialer Indikatoren. Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 33; 24-35.
- MASFF [= Ministerium für Arbeit, Soziales, Frauen und Familie Brandenburg] (2011): Evaluation von Pflegestützpunkten im Land Brandenburg, 2011; http://www.masf.brandenburg.de/sixcms/media.php/4055/Evaluationsbericht%20PSP%20Brandenburg_final.pdf. (13.11.2013)
- MDS [= Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen e. V.] (2013): Pflegebericht 2011/2012. Begutachtungen des Medizinischen Dienstes für die Pflegeversicherung. Essen: MDS. URL: [http://www.sindbad-mds.de/infomed/sindbad.nsf/0/c70f48372e9bbfc3c1257b82003e8d9d/\\$FILE/MDK_PflegeBeg_Statistik%202011-2012.pdf](http://www.sindbad-mds.de/infomed/sindbad.nsf/0/c70f48372e9bbfc3c1257b82003e8d9d/$FILE/MDK_PflegeBeg_Statistik%202011-2012.pdf) (aktuell am 6.11.2013)
- MDS [= Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen e. V.] (2013a): Statistiken der Pflegeberichterstattung. Berichtsjahr 2012. MDK 99. URL: [http://www.sindbad-mds.de/infomed/sindbad.nsf/0/c70f48372e9bbfc3c1257b82003e8d9d/\\$FILE/13-06-MDK_PflegeBeg_Statistik%202012.pdf#page=1&zoom=auto,0,595](http://www.sindbad-mds.de/infomed/sindbad.nsf/0/c70f48372e9bbfc3c1257b82003e8d9d/$FILE/13-06-MDK_PflegeBeg_Statistik%202012.pdf#page=1&zoom=auto,0,595) (aktuell am 06.11.2013)
- MDS [= Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e. V.] (2000): Pflegebericht des Medizinischen Dienstes. Berichtszeitraum 1998. Essen.
- MDS [= Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e. V.] (2001): Pflegebericht des Medizinischen Dienstes. Berichtszeitraum 1999/2000. Essen.
- MDS [= Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e. V.] (2003): Pflegebericht des Medizinischen Dienstes. Berichtszeitraum 2001/2002. Essen.
- MDS [= Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e. V.] (2005): Pflegebericht des Medizinischen Dienstes 2003. Essen.
- MDS [= Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e. V.] (2006): Pflegebericht des Medizinischen Dienstes 2004. Essen: MDS.
- MDS [= Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e. V.] (2007a): Pflegebericht des Medizinischen Dienstes 2005. Essen: MDS.
- MDS [= Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e. V.] (2007b): Pflegebericht des Medizinischen Dienstes 2006. Essen: MDS.
- MDS [= Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e. V.] (2009): Pflegebericht des Medizinischen Dienstes 2007-2008. Essen: MDS.

- MDS [= Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e. V.] (2009a): Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes zur Begutachtung von Pflegebedürftigkeit nach dem XI. Buch des Sozialgesetzbuches. Essen: MDS. URL: http://www.mds-ev.de/media/pdf/BRI_Pflege_090608.pdf. (aktuell am 04.11.2010).
- MDS [= Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e. V.] (2010b): Begutachtungen des Medizinischen Dienstes für die Pflegeversicherung 2009. Essen: MDS.
- MDS [= Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e. V.] (2012): 3. Bericht des MDS nach § 114a Abs. 6 SGB XI. Qualität in der ambulanten und stationären Pflege. URL: http://www.mds-ev.de/media/pdf/MDS_Dritter_Pflege_Qualitaetsbericht_Endfassung.pdf. (aktuell am 26.04.2012).
- MDS [= Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e. V.] (2012a): Begutachtungs-Richtlinie Vorsorge und Rehabilitation. Essen: MDS. URL: http://www.mds-ev.de/media/pdf/2012_02_06_BGR_final.pdf (aktuell am 25.09.2013)
- Meier-Baumgartner, H.P.; Nerenheim-Duscha, I.; Görres, S. (1992): Die Effektivität von Rehabilitation bei älteren Menschen unter der besonderen Berücksichtigung psychosozialer Komponenten bei ambulanter, teilstationärer und stationärer Betreuung. Literaturrecherche im Auftrag des BMFS. Stuttgart: Kohlhammer
- Meier-Baumgartner, H.P.; Pientka, L.; Anders, J.; Heer, J.; Friedrich, C. (2002): Die Effektivität der postakuten Behandlung und Rehabilitation älterer Menschen nach einem Schlaganfall oder einer hüftgelenksnahen Fraktur. Arbeitspapier. Stuttgart: Verlag W. Kohlhammer
- Meinck, M.; Lübcke, N.; Ernst, F. (2012): Geriatrietypische Multimorbidität im Spiegel von Routinedaten – Teil 2. Ambulante und stationäre Diagnosen bei geriatrisch versorgten und pflegebedürftigen Versicherten. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, 45.
- Meinck, M.; Lübcke, N.; Polak, U. (2013): Rehabilitation vor Pflegebedürftigkeit im Alter: eine Analyse anhand von Routinedaten. In: Die Rehabilitation, e-first. doi: 10.1055/s-0033-1347233
- Meinck, M.; Lübcke, N. (2012): Maßnahmen der Frührehabilitation und medizinischen Rehabilitation in der GKV mit besonderem Fokus auf Pflegebedürftigkeit - Möglichkeiten von Auswertungen mittels Routinedaten. In: Deutsche Rentenversicherung Bund, (Hrsg.): DRV-Schriften Band 98. 21. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium. Berlin: DRV. S. 66-67. URL: http://forschung.deutsche-rentenversicherung.de/ForschPortalWeb/ressource?key=tagungsband_21_reha_kolloqu.pdf. (aktuell am 15.01.2013).
- Mennicken, R.; Augurzyk, B.; Rothgang, H.; Wasem, J. (2013): Explaining differences in remuneration rates of nursing homes in Germany, in: European Journal of Health Economics, published ahead of print. DOI 10.1007/s10198-013-0483-2.
- Müller, R.; Braun, B. (Hrsg.) (2006): Vom Quer- zum Längsschnitt – Möglichkeiten der Analysen mit GKV-Daten. St. Augustin: Asgrad.
- Müller, R.; Rothgang, H. (2013): Trend geht zu alternativen Pflegeformen. In: Häusliche Pflege(06), 26-29.
- 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), 230-237.
- Nakielski, H. (2012): Pflege-Neuausrichtungsgesetz: Die wichtigsten Änderungen im Überblick. In: Soziale Sicherheit, Heft 7: 247.
- Nakielski, H. (2013): Pflegeversicherung: Die eigenartige Pflegestufe 0. In: Soziale Sicherheit, 1: 4.
- Neubauer, G. (1997): Geriatrische Rehabilitation aus ökonomischer Sicht. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 30 (6), S. 439–442.

- OPG [= Operation Gesundheitswesen. Gesundheitspolitische Nachrichten und Analysen der Presseagentur Gesundheit] (2013): Pflege-Bahr: FDP-Vorhersage nicht erreicht. Tarifübersicht zeigt, Erstattungsbeträge sinken deutlich bei höherem Alter. OPG, 11. Jahrgang, Ausgabe 08 vom 21. März 2013: 14-16.
- Pabst, S.; Rothgang, H. (2000): Reformfähigkeit und Reformblockaden: Kontinuität und Wandel bei Einführung der Pflegeversicherung, in: Leibfried, S.; Wagschal, U. (Hg.): Der deutsche Sozialstaat. Bilanzen – Reformen – Perspektiven. Frankfurt: Campus: 340-377.
- Pick, P. (2008): Geriatrische Rehabilitation. Perspektiven aus Sicht des MDK. In: Füsgen, I. (Hrsg.): Geriatrische Rehabilitation. Vom Ermessen zur Pflicht – auch für den dementen Patienten. 26. Workshop des „Zukunftsforum Demenz“ 9. Juli 2007, Erlangen, Dokumentationsreihe Band 22 (S. 43-48). Wiesbaden: Verlagsgesellschaft.
- 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 2009, 19 (7): 4.
- PKV [= Verband der privaten Krankenversicherung e. V.] (2006): Zahlenbericht der Privaten Krankenversicherung 2005/2006. Köln, Berlin: PKV.URL: http://www.pkv.de/publikationen/rechenschafts_und_zahlenberichte/archiv_der_pkv_zahlenbericht/zahlenbericht_2005_2006.pdf. (aktuell am 31.10.2012).
- PKV [= Verband der privaten Krankenversicherung e. V.] (2007): Zahlenbericht der Privaten Krankenversicherung 2006/2007. Köln, Berlin: PKV.URL: http://www.pkv.de/publikationen/rechenschafts_und_zahlenberichte/archiv_der_pkv_zahlenbericht/zahlenbericht_2006_2007.pdf. (aktuell am 31.10.2012).
- PKV [= Verband der privaten Krankenversicherung e. V.] (2008): Zahlenbericht der Privaten Krankenversicherung 2007/2008. Köln, Berlin: PKV.URL: http://www.pkv.de/publikationen/rechenschafts_und_zahlenberichte/archiv_der_pkv_zahlenbericht/zahlenbericht_2007_2008.pdf. (aktuell am 31.10.2012).
- PKV [= Verband der privaten Krankenversicherung e. V.] (2009): Zahlenbericht der Privaten Krankenversicherung 2008/2009. Köln, Berlin: PKV.URL: http://www.pkv.de/publikationen/rechenschafts_und_zahlenberichte/archiv_der_pkv_zahlenbericht/zahlenbericht-2008-2009.pdf. (aktuell am 31.10.2012).
- PKV [= Verband der privaten Krankenversicherung e. V.] (2011a): Zahlenbericht der Privaten Krankenversicherung 2010/2011. Köln, Berlin: PKV.URL: http://www.pkv.de/publikationen/rechenschafts_und_zahlenberichte/archiv_der_pkv_zahlenbericht/zahlenbericht-2010-2011.pdf. (aktuell am 31.10.2012).
- PKV [= Verband der privaten Krankenversicherung e. V.] (2011b): Zahlenbericht der Privaten Krankenversicherung 2009/2010. Korrigierte Version [Stand Januar 2011]. Köln, Berlin: PKV.URL: http://www.pkv.de/publikationen/rechenschafts_und_zahlenberichte/archiv_der_pkv_zahlenbericht/zahlenbericht-2009-2010.pdf. (aktuell am 31.10.2012).
- PKV [= Verband der privaten Krankenversicherung e. V.] (2012): Rechenschaftsbericht der Privaten Krankenversicherung 2011. Köln, Berlin: PKV. URL: http://www.pkv.de/w/files/shop_rechenschaftsberichte/pkv-rechenschaftsbericht-2011.pdf. (aktuell am 11.11.2012).
- PKV [= Verband der privaten Krankenversicherung e. V.] (2013a): Große Nachfrage nach geförderter Pflegevorsorge – gerade auch bei jungen Leuten. Pressemitteilung, Berlin, 19.06.2013.
- Robine, J.M.; Romieu, I.; Michel, J.P. (2003): Trends in Health Expectancies. In: Robine, J.M.; Jagger, C.; Mathers, C.D.; Crimmins, E.; Suzman, R. (Ed.) Determining Health Expectancies, Chichester, United Kingdom: John Wiley & Sons. S. 75-101.

- Roth, G.; Rothgang, H. (2001): Sozialhilfe und Pflegebedürftigkeit: Analyse der Zielerreichung und Zielverfehlung der Gesetzlichen Pflegeversicherung nach fünf Jahren, in: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, 34, 4: 292-305.
- Rothgang, H. (1997): Ziele und Wirkungen der Pflegeversicherung. Eine ökonomische Analyse, Frankfurt/ New York: Campus.
- Rothgang, H. (2001): Finanzwirtschaftliche und strukturelle Entwicklungen in der Pflegeversicherung bis 2040 und mögliche alternative Konzepte. Expertise für die Enquete-Kommission "Demographischer Wandel" des Deutschen Bundestags, Universität Bremen, Zentrum für Sozialpolitik.
- Rothgang, H. (2004): Demographischer Wandel und Pflegebedürftigkeit in Nordrhein-Westfalen. Gutachten für die Enquetekommission "Situation und Zukunft der Pflege in NRW", Endbericht. URL: http://www.landtag.nrw.de/portal/WWW/GB_I/I.1/EK/EKALT/13_EK3/Gutachten/Demographischer_Wandel_Pflegebeduerftigkeit.pdf. (aktuell am 11.03.2011).
- Rothgang, H. (2010): Gerechtigkeit im Verhältnis von Sozialer Pflegeversicherung und Privater Pflegepflichtversicherung. In: Das Gesundheitswesen, 72, 3: S. 154– 160.
- Rothgang, Heinz (2011): Solidarität in der Pflegeversicherung: Das Verhältnis von Sozialer Pflegeversicherung und Privater Pflegepflichtversicherung, in: Sozialer Fortschritt, Heft 4-5/2011: 81-87.
- Rothgang, H. (2012a): Nach der Mini-Reform: Wesentliche Probleme bleiben ungelöst, in: Soziale Sicherheit, Heft 7: 245-254.
- Rothgang, H. (2012b): Der "Pflege-Bahr": Umverteilung von unten nach oben, in: Soziale Sicherheit, Heft 6: 204.
- Rothgang, H. (2012e): Pflege-Neuausrichtungsgesetz und „Pflege-Bahr“: Ein kleiner Schritt – in die falsche Richtung, in: Info_Dienst für Gesundheitsförderung. Zeitschrift für Gesundheit Berlin-Brandenburg. 12. Jahrgang, Heft 2: 17.
URL: http://www.gesundheitberlin.de/download/Infodienst-2012-02_verlinkt.pdf
- Rothgang, H. (2013): Der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff – und seine Umsetzung, in: Soziale Sicherheit, Heft 7: 245-250.
- Rothgang, H.; Bohns, S.; Bauknecht, M.; Sauer, S. (2012b): Evaluation der Pflegestützpunkte im Kontext weiterer Beratungsstellen im Land Bremen. URL: http://www.soziales.bremen.de/sixcms/media.php/13/2012_05_30%20Abschlussbericht%20zur%20Evaluation%20der%20Bremer%20Pflegest%FCtzpunkte%20-bf-.26106.pdf; letzter Zugriff: soeben aber über Umwege, nicht ganz so zu finden
- 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.; Götze, R. (2013): Perspektiven der solidarischen Finanzierung, in: Jacobs, K.; Schulze, S. (Hg.): Die Krankenversicherung der Zukunft – Anforderungen an ein leistungsfähiges System , 127-175.
- Rothgang, H.; Iwansky, S.; Müller, R.; Sauer, S.; Unger, R. (2010): BARMER GEK Pflegereport 2010. Schwerpunktthema: Demenz und Pflege. BARMER GEK Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse, Band 5. St. Augustin: Asgard.
- Rothgang, H.; Iwansky, S.; Müller, R.; Sauer, S.; Unger, R. (2011b): BARMER GEK Pflegereport 2011. Schwerpunktthema: zusätzliche Betreuungsleistungen für Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz. BARMER GEK Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse, Band 11. St. Augustin: Asgard.

- Rothgang, H.; Jacobs, K. (2011): Substanziell und solidarisch – Zur Zukunft der Pflegeversicherung, G+S - Gesundheits- und Sozialpolitik, Heft 4: 9-19.
- Rothgang, H.; Jacobs, K. (2013): Pflegereform 2014: Was ist zu tun? G+G Wissenschaft, 13, 3: 7-14.
- 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.; Müller, R. (2013): Der Osten boomt. Aktuelle Entwicklung der stationären Pflege im Ländervergleich, in: Altenheim, Heft 6: 36-41.
- Rothgang, H.; Müller, R. (2013b): Ökonomische Expertise. Verlagerung der Finanzierungskompetenz für Medizinische Behandlungspflege in Pflegeheimen von der Pflege- in die Krankenversicherung. URL: http://agp-freiburg.de/downloads/pflege-teilhabe/Reformpaket_Oekonomische_Expertise_Rothgang.pdf (aktuell am 22.10.2013)
- Rothgang, H.; Müller, R.; Unger, R. (2012a): Themenreport Pflege 2030. Was ist zu erwarten - was ist zu tun. Gütersloh: Bertelsmann Stiftung. URL: http://www.bertelsmann-stiftung.de/cps/rde/xbcr/SID-75DE7508-3025D7F9/bst/xcms_bst_dms_36979__2.pdf (aktuell am 07.02.2013)
- Rothgang, H.; Müller, R.; Unger, R.; Weiß, C.; Wolter, A. (2012): BARMER GEK Pflegereport 2012. Schwerpunktthema: Kosten bei Pflegebedürftigkeit. Siegburg: Asgard-Verlagsservice.
- 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).
- Schmähl W. (2011): Die Riester-Reform von 2001 – Entscheidungen, Begründungen, Folgen. Soziale Sicherheit 60 (12), 405-414.
- Schnabel, R. (2007): Zukunft der Pflege. URL: <http://www.insm.de/insm/dms/insm/text/publikationen/studien/endbericht-zukunft-pflege/Endbericht%20Zukunft%20Pflege.pdf>. (aktuell am 08.05.2012).
- Schneekloth, U.; Wahl (2005): Entwicklungstrends beim Hilfe- und Pflegebedarf in Privathaushalten - Ergebnisse der Infratest-Repräsentativerhebung. In: Schneekloth, U.; Wahl, H. W. (Hrsg.): Möglichkeiten und Grenzen selbständiger Lebensführung in privaten Haushalten (MuG III). Repräsentativbefunde und Vertiefungsstudien zu häuslichen Pflegearrangements, Demenz und professionellen Versorgungsangeboten. München: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. S. 55-98.
- Schneider, T.; Drobnic, S.; Blossfeld, H.-P. (2001): Pflegebedürftige Personen im Haushalt und das Erwerbsverhalten verheirateter Frauen. In: Zeitschrift für Soziologie, 30, 5: S. 362-383.
- Schupp, J.; Künemund, H. (2004): Private Versorgung und Betreuung von Pflegebedürftigen in Deutschland. DIW-Wochenbericht, 71: 289-294.
- Schweizer, C. (2001): Mobile Rehabilitation – Ein Rehabilitationskonzept für Pflegebedürftige. Saarbrücken: Institut für Sozialforschung und Sozialwirtschaft
- Seger, W.; Sittaro, N.-A.; Lohse, R.; Rabba, J. (2013): Vergleich von Pflegeverlauf und Sterblichkeit von Pflegebedürftigen mit und ohne medizinische Rehabilitation. Hannover Morbiditäts- und Mortalitätspflegestudie. Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie. doi: 10.1007/s00391-013-0521-9
- 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. C. (2000): Zur Benachteiligung Demenzkranker im Rahmen der Pflegeversicherung. In: Zeitschrift für Sozialreform, 46, 12: 1048–1051.

- Statistische Ämter des Bundes und der Länder (2010): Demographischer Wandel in Deutschland. Heft 2: Auswirkungen auf Krankenhausbehandlungen und Pflegebedürftige im Bund und in den Ländern. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt. URL: <https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Bevoelkerung/VorausberechnungBevoelkerung/KrankenhausbehandlungPflegebeduerftige.html>
- Statistisches Bundesamt (2002): Pflegestatistik 1999. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. 4. Bericht: Ländervergleich – Pflegeheime. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt.
- Statistisches Bundesamt (2003): Pflegestatistik 2001. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. 4. Bericht: Ländervergleich – Pflegeheime. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt.
- Statistisches Bundesamt (2005): Pflegestatistik 2003. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. 4. Bericht: Ländervergleich – Pflegeheime. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt.
- Statistisches Bundesamt (2007): Pflegestatistik 2005. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. 4. Bericht: Ländervergleich – Pflegeheime. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt.
- Statistisches Bundesamt (2008a): Pflegestatistik 2007. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. Deutschlandergebnisse. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt.
- Statistisches Bundesamt (2009): Pflegestatistik 2007. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. 4. Bericht: Ländervergleich – Pflegeheime. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt.
- Statistisches Bundesamt (2011a): Sozialleistungen. Fachserie 13, Reihe 2.3. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt.
- Statistisches Bundesamt (2011b): Kriegsopferfürsorge. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt.
- Statistisches Bundesamt (2011d): Pflegestatistik 2009 - Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung - Deutschlandergebnisse. URL: <https://www-ec.destatis.de/csp/shop/sfg/bpm.html.cms.cBroker.cls?cmspath=struktur,vollanzeige.csp&ID=1026840>. (aktuell am 21.02.2011).
- Statistisches Bundesamt (2013): Gesundheit. Ausgaben 1995 bis 2011. Fachserie 12 Reihe 7.1.2. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt. URL: https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Gesundheit/Gesundheitsausgaben/AusgabenGesundheitLangeReihePDF_2120712.pdf?__blob=publicationFile (aktuell am 23.05.2013)
- Statistisches Bundesamt (2013a): Pflegestatistik 2011 - Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung - Deutschlandergebnisse. 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 Warentest (2013): Lieber ohne Förderung. Gute Pflegetagegeldversicherungen können die Finanzlücke im Pflegefall schließen, die staatlich geförderte Vorsorge taugt aber wenig. Finanztest, Heft 5, 70 –77.
- SVR-Gesundheit [= Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen] (2005): Koordination und Qualität im Gesundheitswesen. Gutachten 2005. Kurzfassung. URL: <http://www.svr-gesundheit.de/Gutachten/Gutacht05/Kurzfassung.pdf> (aktuell am 12.05.2010)
- Swart, E.; Ihle, P. (Hrsg.) (2005): Routinedaten im Gesundheitswesen. Handbuch Sekundärdatenanalyse. Grundlagen, Methoden und Perspektiven. Bern: Verlag Hans Huber.
- TNS INfratest Sozialforschung 2011: Abschlussbericht zur Studie „Wirkungen des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes“. Bericht zu den Repräsentativerhebungen im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit, München.
- Unger, R. (2003): Soziale Differenzierung der aktiven Lebenserwartung im internationalen Vergleich. Eine Längsschnittuntersuchung mit den Daten des Sozio-ökonomischen Panel und der Panel Study of Income Dynamics, Deutscher Universitäts-Verlag: Wiesbaden.

- Unger, R. (2006): Trends in active life expectancy in Germany between 1984 and 2003 – A cohort analysis with different indicators of health. In: *Journal of Public Health*, 14: S. 155-163.
- Unger, R.; Müller, R.; Rothgang, H. (2011): Lebenserwartung in und ohne Pflegebedürftigkeit. Ausmaß und Entwicklungstendenzen in Deutschland. In: *Das Gesundheitswesen*, 73: 292-297.
- Unger, R., Rothgang, H. (2010): Häusliche Hilfe- und Pflegebedürftigkeit in Ost- und Westdeutschland. Die Bedeutung des Einkommens bei der Erklärung von Strukturunterschieden, in: Krause, P., Ostner, I. (Hg.): *Leben in Ost- und Westdeutschland: Eine sozialwissenschaftliche Bilanz der deutschen Einheit 1990-2010*. Frankfurt: Campus, 625-640.
- von Ferber, L.; Behrens, J. (Hrsg.) (1997): *Public Health Forschung mit Gesundheits- und Sozialdaten – Stand und Perspektiven*. Sankt Augustin: Asgard Verlag.
- vzbv [=Verbraucherzentrale Bundesverband] (2012): *Die Zusatzversicherung für Pflege – eine sinnvolle Ergänzung?*; www.vzbv.de/10919.htm (letzter Zugriff: 10.07.2013).
- WHO [= World Health Organization] (2010): *International Classification of Diseases (ICD)*. URL: <http://www.who.int/classifications/icd/en/> (aktuell am 28.10.2010).
- Windeler, J.; Görres, S.; Thomas, S.; Kimmel, A.; Langner, I.; Reif, K.; Wagner, A. (2008): *Abschlussbericht. Maßnahmen zur Schaffung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs und eines neuen bundesweit einheitlichen und reliablen Begutachtungsinstrumentes zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit nach dem SGB XI*. Bremen
- Wingefeld, K. (2000): Pflegebedürftigkeit, Pflegebedarf und pflegerische Leistungen. In: *Rennen-Allhoff, B.; Schaeffer, D. (Hg.): Handbuch Pflegewissenschaft*. München: Juventa, 339-362.
- Wingefeld, K.; Büscher, A.; Gansweid, B. (2011a): *Das neue Begutachtungsassessment zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit*. Schriftenreihe Modellprogramm zur Weiterentwicklung der Pflegeversicherung, Band 2. Berlin: GKV-Spitzenverband. URL: http://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/presse/publikationen/schriftenreihe/GKV-Schriftenreihe_Pflege_Band_2_18962.pdf (aktuell am 25.09.2013)
- Winkel, R.; Nakielski, H. (2013): Neue Leistungen für Demenzerkrankte. Was sich 2013 im Bereich Pflege ändert(e). In: *Soziale Sicherheit*, 2: 55–59.
- Winter, M. H.-J. (2008): Pflegeheime auf dem Weg zu Institutionen des Sterbens? In: *G+G Wissenschaft*, 8(4), 15-22.
- Wolf, N.; Matthesius, G. (1998): Empfehlung von rehabilitativen Maßnahmen bei älteren pflegebedürftigen Menschen durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung in Berlin und Brandenburg. In: *Das Gesundheitswesen* 60 (2), S. 65–74.
- Zok, K. (2011): *Erwartungen an die Pflegereform*. *WidOmonitor*, Ausgabe 2/2011; URL: http://www.wido.de/wido_monitor_2_20110.html (Zugriff am 01.10.2012).

8 Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Monatliche Prämien für die staatlich geförderte ergänzende Pflegeversicherung nach Eintrittsalter gemäß der Musterkalkulation der PKV	27
Abbildung 2: Zunahme der Zahl der Pflegebedürftigen bis 2050	40
Abbildung 3: Entwicklung des Erwerbspersonenpotentials	40
Abbildung 4: Personallücke in der Pflege im Vergleich zu heute bei fortgeschriebenen Inanspruchnahmetrends	45
Abbildung 5: Verteilungen der Pflegestufen in der Sozialen Pflegeversicherung nach Jahr	63
Abbildung 6: Verteilung der Pflegestufen in der Pflegestatistik nach Jahr und Geschlecht	64
Abbildung 7: Verteilung der Pflegestufen in der Privaten Pflegeversicherung nach Jahr	67
Abbildung 8: Verteilung der Leistungsarten in der Sozialen Pflegeversicherung nach Jahr	70
Abbildung 9: Verteilung der Leistungsarten in der Pflegestatistik nach Jahr und Geschlecht	71
Abbildung 10: Prävalenzen von Pflegebedürftigkeit von Männern (alle Pflegestufen) nach Altersgruppen und Jahr	78
Abbildung 11: Prävalenzen von Pflegebedürftigkeit von Frauen (alle Pflegestufen) nach Altersgruppen und Jahr	78
Abbildung 12: Prävalenzen von Pflegebedürftigkeit von Männern (Pflegestufe I) nach Altersgruppen und Jahr	79
Abbildung 13: Prävalenzen von Pflegebedürftigkeit von Frauen (Pflegestufe I) nach Altersgruppen und Jahr	79
Abbildung 14: Prävalenzen von Pflegebedürftigkeit von Männern (Pflegestufe II) nach Altersgruppen und Jahr	80
Abbildung 15: Prävalenzen von Pflegebedürftigkeit von Frauen (Pflegestufe II) nach Altersgruppen und Jahr	80
Abbildung 16: Prävalenzen von Pflegebedürftigkeit von Männern (Pflegestufe III) nach Altersgruppen und Jahr	81
Abbildung 17: Prävalenzen von Pflegebedürftigkeit von Frauen (Pflegestufe III) nach Altersgruppen und Jahr	81
Abbildung 18: Entwicklung der Zahl der Pflegebedürftigen im Alter ab 60 Jahren nach Geschlecht	82
Abbildung 19: Entwicklung der Prävalenz von Pflegebedürftigkeit ab 60 Jahren nach Geschlecht (standardisiert auf 1999)	83
Abbildung 20: Vergleich der Prävalenzen von Pflegebedürftigkeit im Jahr 2008/09 (alle Pflegestufen) von Männern und Frauen ab 60 Jahren nach Versicherungsart	86
Abbildung 21: Vergleich der Prävalenzen von Pflegebedürftigkeit im Jahr 2008/09 (alle Pflegestufen) der Männer ab 60 Jahren nach Versicherungsart	86
Abbildung 22: Vergleich der Prävalenzen von Pflegebedürftigkeit im Jahr 2008/09 (alle Pflegestufen) der Frauen ab 60 Jahren nach Versicherungsart	87
Abbildung 23: Vergleich der Prävalenzen von Pflegebedürftigkeit im Jahr 2008/09 der Männer ab 60 Jahren nach Versicherungsart und Pflegestufe	88
Abbildung 24: Vergleich der Prävalenzen von Pflegebedürftigkeit im Jahr 2008/09 der Frauen nach Versicherungsart und Pflegestufe	88
Abbildung 25: Pflegeprävalenzen der Privaten Pflegepflichtversicherung im Verhältnis zu denen der Sozialen Pflegeversicherung (alle Pflegestufen) für das Jahr 2008	89
Abbildung 26: Verteilung der Pflegestufen bei ambulanten und stationären Erstbegutachtungen nach Jahr	95
Abbildung 27: Anspruchsberechtigte Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz bei der Erstbegutachtung zur häuslichen Pflege	98

Abbildung 28: Anspruchsberechtigte Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz bei der Erstbegutachtung zur stationären Pflege	99
Abbildung 29: Anteil der männlichen Pflegepersonen, für die Beiträge zur Rentenversicherung gezahlt werden	105
Abbildung 30: Pflegepersonen nach Alter und Geschlecht	109
Abbildung 31: Anteil der Empfänger von Hilfe zur Pflege in stationären Einrichtungen an Pflegebedürftigen in stationären Einrichtungen insgesamt	137
Abbildung 32: Lebenszeitprävalenz der Todesfälle nach Altersgruppen	170
Abbildung 33: Pflegewahrscheinlichkeit der Todesfälle nach Jahr	172
Abbildung 34: Überlebende Männer der Jahre 2007–2011 ab Geburt, differenziert nach Pflegebedürftigkeit	175
Abbildung 35: Überlebende Frauen der Jahre 2007–2011 ab Geburt, differenziert nach Pflegebedürftigkeit	175
Abbildung 36: Entwicklung der Lebenserwartung ab Alter 60 nach Pflegebedürftigkeit	176
Abbildung 37: Entwicklung des Anteils der in Pflegebedürftigkeit verbrachten Restlebenszeit ab dem Alter 60	177
Abbildung 38: Anteil der Überlebenden nach Pflegeeintritt in den Jahren 2000-2011 nach Geschlecht	181
Abbildung 39: Anteil der Überlebenden nach Pflegeeintritt in den Jahren 2000-2011 nach Pflegeeintrittsalter und Geschlecht	181
Abbildung 40: Anteil der Überlebenden nach Pflegeeintritt in den Jahren 2000-2011 nach Leistung	182
Abbildung 41: Anteil der Überlebenden nach Pflegeeintritt in den Jahren 2000-2011 nach Leistung	182
Abbildung 42: Anteil der Überlebenden nach Pflegeeintritt in den Jahren 2000-2011 nach Pflegestufe	183
Abbildung 43: Durchschnittsalter bei Heimeintritt nach Geschlecht	185
Abbildung 44: Verteilung der Pflegestufen bei Heimeintritt nach Geschlecht	186
Abbildung 45: Anteil der Überlebenden nach Heimeintritt im Zeitverlauf nach Geschlecht	187
Abbildung 46: Pflegebedürftige Männer in Pflegeheimen nach Altersgruppen und Geschlecht	188
Abbildung 47: Pflegebedürftige Frauen in Pflegeheimen nach Altersgruppen und Geschlecht	188
Abbildung 48: Durchschnittsalter der Heimbevölkerung	190
Abbildung 49: Personen mit zusätzlichen Betreuungsleistungen in Deutschland im jeweiligen Quartal der Jahre 2002–2012 – nach Pflegearrangements	194
Abbildung 50: Inanspruchnahme zusätzlicher Betreuungsleistungen im jeweiligen Quartal der Jahre 2002–2012 – nach Pflegearrangement	195
Abbildung 51: Pflegearrangements der Bezieher zusätzlicher Betreuungsleistungen im jeweiligen Quartal der Jahre 2002–2012	196
Abbildung 52: Personen mit zusätzlichen Betreuungsleistungen in Deutschland im jeweiligen Quartal der Jahre 2002–2012 – nach Pflegestufen	198
Abbildung 53: Inanspruchnahmequote zusätzlicher Betreuungsleistungen im jeweiligen Quartal der Jahre 2002–2012 – nach Pflegestufen	199
Abbildung 54: Pflegestufen der Bezieher zusätzlicher Betreuungsleistungen im jeweiligen Quartal der Jahre 2002–2012	200
Abbildung 55: Zeitpunkt des Beginns der letzten medizinischer Rehabilitation 12 Monate rückblickend ab Pflegeeintritt, differenziert nach Pflegearrangement	226
Abbildung 56: Anteil der Rehabilitanden unter den Pflegebedürftigen im Zeitraum bis X Monate rückblickend ab Pflegeeintritt – nach Pflegearrangement	226
Abbildung 57: Beginn der letzten medizinischer Rehabilitation 12 Monate rückblickend ab Pflegeeintritt, differenziert nach Pflegestufen	228
Abbildung 58: Anteil der Rehabilitanden unter den Pflegebedürftigen im Zeitraum bis X Monate rückblickend ab Pflegeeintritt – differenziert nach Pflegestufen	228

Abbildung 59: Beginn der letzten medizinischer Rehabilitation 12 Monate rückblickend ab Pflegeeintritt, differenziert nach Alter und Geschlecht	230
Abbildung 60: Anteil der Rehabilitanden unter den Pflegebedürftigen im Zeitraum bis X Monate rückblickend ab Pflegeeintritt – nach Alter und Geschlecht	230
Abbildung 61: Zeitpunkt der ersten medizinischer Rehabilitation – Anteil der Pflegebedürftigen in den Monaten ab Pflegeeintritt, nach Pflegearrangement	240
Abbildung 62: Anteil der Rehabilitanden unter den Pflegebedürftigen im Zeitraum bis X Monate ab Pflegeeintritt – nach Pflegearrangement	240
Abbildung 63: Zeitpunkt der ersten medizinischer Rehabilitation – Anteil der Pflegebedürftigen in den Monaten ab Pflegeeintritt, nach Pflegestufe	242
Abbildung 64: Anteil der Rehabilitanden unter den Pflegebedürftigen im Zeitraum bis X Monate ab Pflegeeintritt – differenziert nach Pflegestufen	242

9 Tabellenverzeichnis

Tabelle 1:	Monatliche „Finanzierungslücke“ ohne und mit „Pflege-Bahr“	29
Tabelle 2:	Zunahme der Zahl der Pflegebedürftigen zwischen 2009 und 2030 in %	44
Tabelle 3:	Pflegebedürftige nach Alters- und Prävalenzstruktur 2008	55
Tabelle 4:	Entwicklung der Zahl der Pflegebedürftigen in der Sozialen Pflegeversicherung nach Pflegestufe	62
Tabelle 5:	Entwicklung der Zahl der Pflegebedürftigen in der Pflegestatistik nach Pflegestufen	64
Tabelle 6:	Entwicklung der Zahl der Pflegebedürftigen in der Privaten Pflegepflichtversicherung nach Pflegestufe	65
Tabelle 7:	Entwicklung der Zahl der Pflegebedürftigen in der Sozialen Pflegeversicherung im Jahresdurchschnitt nach ausgewählter Leistungsart	69
Tabelle 8:	Entwicklung der Zahl der Pflegebedürftigen in der Pflegestatistik nach Leistungsart	71
Tabelle 9:	Entwicklung der Zahl der Pflegebedürftigen in der Privaten Pflegeversicherung nach Leistungen	73
Tabelle 10:	Entwicklung der Zahl der Pflegebedürftigen nach Datenquelle	74
Tabelle 11:	Zahl der Begutachtungen für ambulante und stationäre Leistungen der Sozialen Pflegeversicherung nach Gutachtenart (Anteile in Prozent in Klammern)	92
Tabelle 12:	Erstbegutachtungen der Anträge auf Zuweisung einer Pflegestufe	94
Tabelle 13:	Anspruchsberechtigte im Jahr 2012 gemäß § 45a SGB XI nach Pflegestufe und Pflegearrangement – Ergebnisse der Erstbegutachtung	100
Tabelle 14:	Pflegepersonen bis zum Rentenalter nach Pflegedauer und Jahr	104
Tabelle 15:	Pflegepersonen bis zum Rentenalter nach Geburtsjahren (Rentenzugangsjahren)	106
Tabelle 16:	Pflegepersonen über 16 Jahren nach Jahr und Geschlecht und Anteil an der Bevölkerung	108
Tabelle 17:	Entwicklung der Anzahl der ambulanten Pflegedienste nach Angebot und Träger	111
Tabelle 18:	Pflegedienstpersional nach Beschäftigungsverhältnis und Tätigkeitsbereich	113
Tabelle 19:	Entwicklung der Kapazitäten im ambulanten im Vergleich zum stationären Bereich	114
Tabelle 20:	Entwicklung der Anzahl der Pflegeeinrichtungen nach Art und Träger der Einrichtung	116
Tabelle 21:	Heimpersonal nach Beschäftigungsverhältnis und Tätigkeitsbereich	118
Tabelle 22:	Entwicklung der Heime nach Pflegeangebot und Auslastung	120
Tabelle 23:	Entwicklung der monatlichen Pflegekosten, Versicherungsleistungen und Eigenanteilen in der stationären Pflege	122
Tabelle 24:	Monatliche Pflegekosten in der stationären Pflege nach Träger	124
Tabelle 25:	Finanzentwicklung der Sozialen Pflegeversicherung (in Mrd. €)	128
Tabelle 26:	Finanzentwicklung der privaten Pflegeversicherung (in Mio. €)	133
Tabelle 27:	Empfänger von Hilfe zur Pflege am Jahresende	135
Tabelle 28:	Netto-Ausgaben der Sozialhilfe für Hilfe zur Pflege (in Tsd. €)	136
Tabelle 29:	Leistungsempfänger und Bruttoausgaben der Kriegsopterfürsorge für laufende Leistungen	139
Tabelle 30:	Ausgaben für Pflegebedürftigkeit nach Finanzierungsquelle in 2011	141
Tabelle 31:	Inzidente Pflegebedürftigkeit: Diagnosen nach Pflegestufe	158
Tabelle 32:	Inzidente Pflegebedürftigkeit: Diagnosen nach Pflegearrangement	161
Tabelle 33:	Cox-Modelle zur Erklärung der Pflegeinzidenz	163
Tabelle 34:	Fortdauernde Pflegebedürftigkeit: Diagnosen nach Pflegestufe	167
Tabelle 35:	Fortdauernde Pflegebedürftigkeit: Diagnosen nach Pflegearrangement	168
Tabelle 36:	Fernere Lebenserwartung im Alter x nach Geschlecht und Pflegestufe	174
Tabelle 37:	Empfehlungen von rehabilitativen Leistungen durch den MDK	213
Tabelle 38:	Gutachterliche Empfehlungen bei Kindererstbegutachtungen im Jahr 1999	213

Tabelle 39:	Gutachterliche Empfehlungen der MDK zur medizinischen Rehabilitation bei Erstbegutachtungen zur Pflegebedürftigkeit im Jahr 2010	214
Tabelle 40:	Anteil der Rehabilitanden unter den Pflegebedürftigen im Zeitraum bis X Monate rückblickend ab Pflegeeintritt	231
Tabelle 41:	Cox- Regression zur Wahrscheinlichkeit einer Rehabilitation innerhalb der drei Monate vor Pflegeeintritt oder im Pflegeeintrittsmonat.....	234
Tabelle 42:	Anteil der Rehabilitanden unter den Pflegebedürftigen im Zeitraum bis X Monate ab Pflegeeintritt	244
Tabelle 43:	Cox-Regression zur Wahrscheinlichkeit einer Rehabilitation innerhalb der ersten drei Monate der Pflegebedürftigkeit.....	247
Tabelle 44:	Anteil der Personen, die im Beobachtungsmonat eine medizinische Rehabilitation begonnen haben – Jahr 2011.....	254
Tabelle 45:	Rehabilitationswahrscheinlichkeit von Pflegebedürftigen im Vergleich zu Nicht-Pflegebedürftigen im jeweiligen Beobachtungsmonat im Jahr 2011	258
Tabelle 46:	Anteile der nicht pflegebedürftigen Personen mit Pflegeeintritt oder Todesereignis innerhalb von 24 Monaten ab Januar 2011.....	263
Tabelle 47:	Cox-Regression zur Wahrscheinlichkeit eines Pflegeeintritts ab Januar 2011 – Berücksichtigung separater Diagnosegruppen	266
Tabelle 48:	Cox-Regression zur Wahrscheinlichkeit eines Pflegeeintritts ab Januar 2011 – Berücksichtigung der Anzahl der Diagnosegruppen	267
Tabelle 49:	Cox-Regression zur Wahrscheinlichkeit des Todesereignisses im Laufe von 24 Monaten ab Januar 2011 – Berücksichtigung separater Diagnosegruppen.....	270
Tabelle 50:	Cox-Regression zur Wahrscheinlichkeit des Todesereignisses ab Januar 2011 – Berücksichtigung der Anzahl der Diagnosegruppen.....	271
Tabelle 51:	Anteile der pflegebedürftigen Personen mit Pflegestufenerhöhung oder Todesereignis innerhalb von 24 Monaten ab Januar 2011.....	273
Tabelle 52:	Cox-Regression zur Wahrscheinlichkeit einer Pflegestufenerhöhung ab Januar 2011 – Berücksichtigung der Einzeldiagnosen; ohne Pflegestufe III	276
Tabelle 53:	Cox-Regression zur Wahrscheinlichkeit einer Pflegestufenerhöhung ab Januar 2011 – Berücksichtigung der Zahl der Diagnosen; ohne Pflegestufe III.....	277
Tabelle 54:	Wahrscheinlichkeit des Todesereignisses innerhalb von 24 Monaten bei Pflegebedürftigen im Januar 2011 – Cox-Modell mit Einzeldiagnosen.....	278
Tabelle 55:	Wahrscheinlichkeit des Todesereignisses innerhalb von 24 Monaten bei Pflegebedürftigen im Januar 2011 – Cox-Modell mit Anzahl der Diagnosen	279

In der BARMER GEK Edition, Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse, sind bisher erschienen:

Band 1:	Grobe, T.G., Dörning, H., Schwartz, F.W.: BARMER GEK Arztreport. ISBN 978-3-537-44101-0	Euro 14,90
Band 2:	Glaeske, G., Schick Tanz, C.: BARMER GEK Arzneimittel-Report 2010. ISBN 978-3-537-44102-7	Euro 14,90
Band 3:	Bitzer, E.M., Grobe, T.G., Dörning, H., Schwartz, F.W.: BARMER GEK Report Krankenhaus 2010. ISBN 978-3-537-44103-4	Euro 14,90
Band 4:	Sauer, K., Kemper, C., Kaboth, K., Glaeske, G.: BARMER GEK Heil- und Hilfsmittel-Report 2010. 2010 ISBN 978-3-537-44104-1	Euro 14,90
Band 5:	Rothgang, H., Iwansky, S., Müller, R., Sauer, S., Unger, R.: BARMER GEK Pflegereport 2010. ISBN 978-3-537-44105-8	Euro 14,90
Band 6:	Grobe, T.G., Dörning, H., Schwartz, F.W.: BARMER GEK Arztreport 2011. ISBN 978-3-537-44106-5	Euro 14,90
Band 7:	Schäfer, T., Schneider, A., Mieth, I.: BARMER GEK Zahnreport 2011. ISBN 978-3-537-44107-2	Euro 14,90
Band 8:	Glaeske, G., Schick Tanz, C.: BARMER GEK Arzneimittelreport 2011. ISBN 978-3-537-44108-9	Euro 14,90
Band 9:	Bitzer, E.M., Grobe, T.G., Neusser, S., Mieth, I., Schwartz, F.W.: BARMER GEK Report Krankenhaus 2011. ISBN 978-3-537-44109-6	Euro 14,90
Band 10:	Sauer, K., Kemper, C., Glaeske, G.: BARMER GEK Heil- und Hilfsmittelreport 2011. ISBN 978-3-537-44110-2	Euro 14,90
Band 11:	Rothgang, H., Iwansky, S., Müller, R., Sauer, S., Unger, R.: BARMER GEK Pflegereport 2011. ISBN 978-3-537-44111-9	Euro 14,90
Band 12:	Grobe, T.G., Dörning, H., Schwartz, F.W.: BARMER GEK Arztreport 2012. ISBN 978-3-537-44112-6	Euro 14,90
Band 13:	Schäfer, T., Schneider, A., Hussein, R., Schwartz, F.W.: BARMER GEK Zahnreport 2012. ISBN 978-3-943-74478-1	Euro 14,90

Band 14:	Glaeske, G., Schicktanz, C.: BARMER GEK Arzneimittelreport 2012. ISBN 978-3-943-74479-8	Euro 14,90
Band 15:	Bitzer, E.M., Grobe, T.G., Neusser, S., Lorenz, C.: BARMER GEK Report Krankenhaus 2012. ISBN 978-3-943-74480-4	Euro 14,90
Band 16:	Kemper, C., Sauer, K., Glaeske, G.: BARMER GEK Heil- und Hilfsmittelreport 2012. ISBN 978-3-943-74481-1	Euro 14,90
Band 17:	Rothgang, H., Müller, R., Unger, R., Weiß, C., Wolter, A.: BARMER GEK Pflegereport 2012. ISBN 978-3-943-74482-8	Euro 14,90
Band 18:	Grobe, T.G., Bitzer, E.M., Schwartz, F.W.: BARMER GEK Arztreport 2013. ISBN 978-3-943-74483-5	Euro 14,90
Band 19:	Schäfer, T., Schneider, A., Hussein, R., Bitzer, E.M. BARMER GEK Zahnreport 2013. ISBN 978-3-943-74484-2	Euro 14,90
Band 20:	Glaeske, G., Schicktanz, C.: BARMER GEK Arzneimittelreport 2013. ISBN 978-3-943-74485-9	Euro 14,90
Band 21:	Bitzer, E.M., Grobe, T.G., Neusser, S., Lorenz, C.: BARMER GEK Report Krankenhaus 2013. ISBN 978-3-943-74486-6	Euro 14,90
Band 22:	Sauer, K., Kemper, C., Schulze, J., Glaeske, G.: BARMER GEK Heil- und Hilfsmittelreport 2013. ISBN 978-3-943-74487-3	Euro 14,90

