

Pflege-Report 2017

„Die Versorgung der Pflegebedürftigen“

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

Schattauer (Stuttgart) 2017

Auszug Seite 255-303



21	Pflegebedürftigkeit in Deutschland	255
	<i>Antje Schwinger, Kathrin Jürchott und Chrysanthi Tsiasioti</i>	
21.1	Einführung	255
21.2	Pflegeprävalenzen und Versorgungsformen bei Pflegebedürftigkeit	258
21.2.1	Prävalenz der Pflegebedürftigkeit	258
21.2.2	Versorgungsformen bei Pflegebedürftigkeit.....	263
21.2.3	Eintritt in die Pflegebedürftigkeit und Verweildauer	268
21.3	Kennzahlen zur medizinisch-therapeutischen Versorgung von Pflegebedürftigen	275
21.3.1	Ambulante ärztliche Versorgung	275
21.3.2	Stationäre Versorgung.....	280
21.3.3	Versorgung mit Arzneimitteln	284
21.3.4	Versorgung mit Heilmittelleistungen.....	295
21.4	Zusammenfassung.....	300

21 Pflegebedürftigkeit in Deutschland

Antje Schwinger, Kathrin Jürchott und Chrysanthi Tsiasioti

Abstract

Der Beitrag liefert ein ausführliches Bild zum Stand der Pflegebedürftigkeit in Deutschland sowie zur gesundheitlichen Versorgung der Pflegebedürftigen. Die Analysen basieren auf standardisierten AOK-Daten und zeigen Pflegeprävalenz, Pflegeverläufe und Pflegeversorgungsformen auf. Darüber hinaus werden Kennzahlen zur gesundheitlichen Versorgung der Pflegebedürftigen ausgewiesen. Im Fokus stehen die Inanspruchnahme von ärztlichen und stationären Leistungen und mit Blick auf risikobehaftete Arzneimittelverordnungen Polymedikation, Verordnungen gemäß der PRISCUS-Liste sowie die Verordnungsraten von Psychopharmaka. Die Ergebnisse werden jeweils der Versorgung der Nicht-Pflegebedürftigen gleichen Alters gegenübergestellt und nach Schwere der Pflege und den spezifischen Versorgungssettings unterschieden.

The article provides detailed insight into the present situation of long-term care in Germany as well as health care provision of people in need of care. The analyses are based on standardised AOK data and describe the prevalence and progression of long-term care and the types of care services. The article provides key health care figures relating to the utilisation of medical and hospital services, to risky medication events such as polypharmacy and prescriptions of drugs to be found on the PRISCUS list. The findings are set in relation to the health care supply of men and women of the same age who are not in need of care. The analyses are differentiated according to severity of need of care and specific care settings.

21.1 Einführung

Im Jahr 2015 waren rund 2,8 Mio. und damit vier von 100 gesetzlich versicherten Bundesbürgern pflegebedürftig. Der Beitrag widmet sich der pflegerischen und gesundheitlichen Versorgung dieser Personen. In den Blick genommen wird, wie sich Häufigkeit und Schwere der Pflegebedürftigkeit im Zeitverlauf verändert haben, wie lange die Personen in der Pflegebedürftigkeit verweilen und welche Versorgungsformen die Betroffenen wählen (Abschnitt 21.2). Mit Blick auf die gesundheitliche Versorgung wird analysiert, welche Inanspruchnahme die Pflegeleistungsempfänger hinsichtlich ärztlicher und stationärer Leistungen sowie in Bezug auf Arznei- und Heilmitteltherapien aufweisen (Abschnitt 21.3).

Datengrundlage und Methoden

Die Analysen basieren auf anonymisierten¹ Abrechnungsdaten der AOK. Für die gesetzliche Pflegeversicherung steht dem Wissenschaftlichen Institut der AOK (WiDO) ab 2011 ein bundesweiter Datensatz zur Verfügung. Die Daten können sowohl jahresübergreifend als auch in Kombination mit weiteren im WiDO vorliegenden Abrechnungsinformationen der gesetzlichen Krankenversicherung analysiert werden. Für die Standardisierung der AOK-Routinedaten wird die amtliche Statistik über die Versicherten der GKV (KM 6) mit Erhebungsstichtag 1. Juli eines Jahres genutzt. Die Darstellung der AOK-Routinedaten erfolgt also so, als würden die AOK-Versicherten bezogen auf 5-Jahres-Altersklassen die gleiche Alters- und Geschlechtsstruktur aufweisen wie die gesetzlich versicherte Bundesbevölkerung. Im Sinne der Übertragbarkeit der dargestellten Ergebnisse auf die gesetzlich versicherte Bevölkerung werden damit Verzerrungen ausgeglichen, die aufgrund von Alters- und Geschlechtsunterschieden zwischen AOK- und Bundespopulation auftreten können. Andere Einflussgrößen, die eine Inanspruchnahme von Pflege- oder Gesundheitsleistungen bedingen, betrifft dies jedoch nicht.

An einigen Stellen wird ferner auf die amtliche Statistik PG 2 „Leistungsempfänger nach Pflegestufen, Altersgruppen und Geschlecht“ des Bundesministeriums für Gesundheit zurückgegriffen. Diese ist Teil der Geschäfts- und Rechnungsergebnisse der sozialen Pflegeversicherung (SPV) und umfasst alle pflegebedürftigen Leistungsempfänger. Die PG 2 ist eine stichtagsbezogene Statistik, die von allen Trägern der SPV am 30. Juni bzw. 31. Dezember zu erstellen und zu melden ist.

Analysierte Leistungen der Pflegeversicherung

Leistungen aus der Pflegeversicherung umfassen eine Vielzahl an Hilfestellungen für Pflegebedürftige und deren Pflegepersonen. Zur finanziellen Unterstützung für eine selbst beschaffte Pflegehilfe ist das Pflegegeld gedacht (§ 37 SGB XI). Der Pflegebedürftige erhält einen nach Pflegestufe differenzierten monatlichen Geldbetrag und stellt damit seine Versorgung selbst sicher. In der Regel bedeutet dies, dass der Pflegebedürftige durch einen Angehörigen (Ehepartner/in, Tochter) oder auch durch Freunde, Nachbarn oder Bekannte gepflegt wird. Man spricht in diesem Fall auch von einem informellen Pflegearrangement, da (regelmäßig) kein professioneller Pflegedienst etc. in die Pflege eingebunden ist. Der Pflegebedürftige kann aber auch wählen, gleichzeitig Hilfestellungen durch Pflegedienste – so genannte Pflegesachleistungen (§ 36 SGB XI) – in Anspruch zu nehmen. Er kann hierfür seinen gesamten Leistungsanspruch verwenden oder Geld- und Sachleistungsbezug kombinieren (§ 38 SGB XI). Für die Organisation solcher sogenannter professioneller oder formeller Pflegearrangements erhält er höhere Leistungspauschalen. Ist eine ambulante Pflege nicht (mehr) möglich, so finanziert die Pflegeversicherung bis zu den entsprechenden Pflegesätzen Aufwendungen für (Grund)Pflege, medizinische Behandlungspflege und soziale Betreuung in vollstationären Pflegeheimen (§ 43 SGB XI).

In den folgenden Analysen wird in der Regel dargestellt, ob es Unterschiede zwischen Pflegebedürftigen gibt, die ambulant oder vollstationär versorgt sind. Bei der Gruppe derjenigen, die im ambulanten Umfeld – d. h. in der Regel in der eige-

¹ Anonymisiert gemäß § 67 (8) SGB X

nen Häuslichkeit – versorgt werden, wird zusätzlich zwischen solchen, die nur Geldleistungen (aber keine Sachleistungen) und solchen, die Sach- oder Kombinationsleistungen beziehen, differenziert.

Pflegebedürftige, die im ambulanten Umfeld versorgt werden, haben die Möglichkeit, zusätzlich zum Pflegegeld bzw. parallel zur ergänzenden Versorgung durch einen Pflegedienst weitere Unterstützungsleistungen zu nutzen. Dies ist zum einen die Tages- und Nachtpflege (§ 41 SGB XI). Das Angebot richtet sich insbesondere an demenziell erkrankte Personen, damit diese für Zeiten im Tagesablauf in einer entsprechenden teilstationären Einrichtung betreut und gepflegt werden können. Weitere Angebote, die auf die temporäre Entlastung der Pflegeperson bzw. auf die Stabilisierung der häuslichen Pflegesituation zielen, sind die Verhinderungspflege (§ 39 SGB XI) sowie die Kurzzeitpflege (§ 42 SGB XI). Auch diese Angebotsformen werden in den folgenden Analysen berücksichtigt.

Nicht ausgewertet werden hingegen zusätzliche niedrigschwellige Betreuungs- und Entlastungsleistungen (§ 45b SGB XI). Dies sind kommunal und ehrenamtlich eingebundene Angebote bzw. Modellvorhaben, die seit dem Pflege-Weiterentwicklungsgesetz 2008 eine Förderung durch die Pflegekassen erfahren.

Wirkungen des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs

Mit dem 1. Januar 2017 ist ein neuer Pflegebedürftigkeitsbegriff eingeführt worden. Bei Einführung der Sozialen Pflegeversicherung vor mehr als 20 Jahren stand die Absicherung von somatisch bedingten dauerhaften Einschränkungen bei Aktivitäten des alltäglichen Lebens (wie z. B. der Körperpflege, der Mobilisation etc.) im Fokus. Seit Anfang des Jahrtausends wurden zwar zunehmend Ansprüche definiert, die sich aus kognitiv bedingten Bedarfslagen – d. h. aus einer so genannten eingeschränkten Alltagskompetenz – ergeben. Erst mit Einführung des neuen Begutachtungsinstruments (NBA) am 01.01.2017 aber wurde die Bemessung der Leistungsansprüche – unabhängig von den zugrunde liegenden Ursachen – auf eine einheitliche Grundlage gestellt. (Hoffer 2017, Kapitel 2 in diesem Band, gibt eine umfassende Übersicht zum neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff.) Die nachfolgenden Analysen beruhen auf Daten des Jahres 2015. Wirkungen des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs können daher nicht aufgezeigt werden.

Die Analysen unterscheiden deshalb weiterhin zwischen Pflegebedürftigen ohne und mit so genannter eingeschränkter Alltagskompetenz (im Folgenden: PEA-Status). Der Gesetzgeber hatte im Sinne von Übergangsregeln bis zur Umsetzung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs auch für Personen mit demenzbedingten Fähigkeitsstörungen, geistigen Behinderungen oder psychischen Erkrankungen, die dauerhaft zu einer erheblichen Einschränkung der Alltagskompetenz führen, Ansprüche auf Leistungen der Pflegeversicherung eingeführt (§ 45a SGB XI). Ein Anspruch auf Pflegeleistungen aufgrund eingeschränkter Alltagskompetenz (PEA) konnte zusätzlich zu einer Pflegestufe vorliegen. Etwas vereinfacht gesprochen erfasste die Pflegestufe die somatisch orientierten Defizite bei der Körperhygiene, der Ernährung sowie der Mobilität. Die Einstufung als Person mit eingeschränkter Alltagskompetenz zeigte hingegen an, ob die Person darüber hinaus aufgrund demenzbedingter Fähigkeitsstörungen, geistiger Behinderungen oder psychischer Erkrankungen dauerhaft so eingeschränkt ist, dass sie zusätzlich zu dem somatisch orientierten Hilfebedarf einen erheblichen allgemeinen Betreuungsbedarf aufweist. Die

nachfolgenden Analysen differenzieren insofern nicht nach den heute geltenden fünf Pflegegraden, sondern nach Pflegestufe und „Demenz“-Status im Sinne der bis Ende 2016 geltenden gesetzlichen Grundlage.

21.2 Pflegeprävalenzen und Versorgungsformen bei Pflegebedürftigkeit

21.2.1 Prävalenz der Pflegebedürftigkeit

Pflegebedürftige nach Alter und Geschlecht

Laut Sozialgesetzbuch XI – das die Pflegeversicherung regelt – gelten Personen als pflegebedürftig, die „wegen einer körperlichen, geistigen oder seelischen Krankheit oder Behinderung für die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens auf Dauer (...) Hilfe“ benötigen (§ 14 SGB XI). Mit Ende des Jahres 2015 waren laut amtlicher Statistik der gesetzlichen Pflegeversicherung 2,8 Mio. Personen in diesem Sinne pflegebedürftig. Rund zwei Drittel (63,1 %) der Pflegebedürftigen sind Frauen (1,8 Mio. Pflegebedürftige). Mehr als die Hälfte der Pflegebedürftigen (52,2 %) ist 80 Jahre und älter (1,5 Mio. Pflegebedürftige). Von Pflegebedürftigkeit sind aber auch Kinder und Jugendliche bis 19 Jahre (130 Tsd. Personen bzw. 4,6 % der Pflegebedürftigen) und Personen unter 60 Jahre (365 Tsd. Personen bzw. 12,9 %) betroffen.

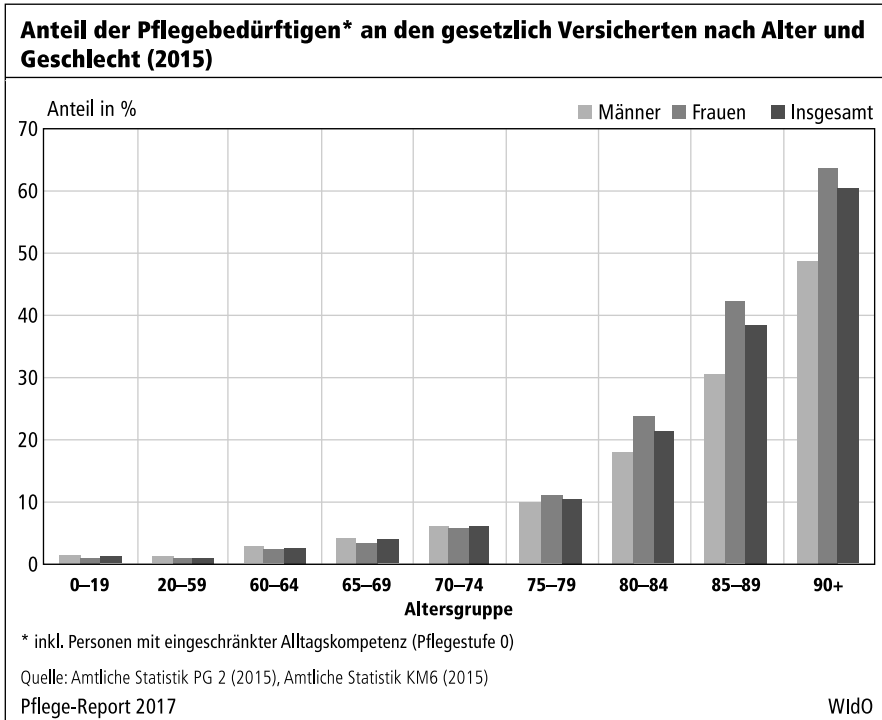
Mit zunehmendem Alter steigt die Wahrscheinlichkeit, pflegebedürftig zu sein, grundsätzlich an (Abbildung 21–1). Bei den Kindern und Jugendlichen sowie bei Personen im erwerbsfähigen Alter ist rund einer von hundert gesetzlich Krankenversicherten pflegebedürftig. Erst in den höheren Altersgruppen ab 60 Jahre steigt der Anteil der Pflegebedürftigen deutlich an. Sind bei den 60- bis 65-Jährigen nur 2,5 von 100 Bundesbürgern pflegebedürftig, so ist dies bei den 75- bis 79-Jährigen bereits jeder Zehnte (10,4 %) und bei den 80- bis 84-Jährigen jeder Fünfte (21,4 %) in dieser Altersgruppe. Danach verdoppelt sich die Prävalenzrate nahezu: Bei den 85- bis 89-Jährigen sind rund 38 % und bei den über 90-Jährigen mit 60,4 % sogar die Mehrzahl der Personen in diesem Alter pflegebedürftig.

Zudem unterscheidet sich die Pflegeprävalenz zwischen Männern und Frauen mit zunehmendem Alter immer stärker (Abbildung 21–1): Bei Personen bis 80 Jahre liegt diese noch relativ eng beieinander. In den folgenden Altersgruppen sind die Frauen zunehmend deutlich stärker betroffen: Während z. B. bei den 85- bis 90-jährigen Männern 31 % pflegebedürftig sind, gilt dies bei den gleichaltrigen Frauen für knapp 42 %. Bei den über 90-jährigen Männern ist schließlich beinahe jeder Zweite (48,6 %) betroffen, bei den gleichaltrigen Frauen hingegen sind es mehr als zwei von drei (64 %).

Veränderung der Pflegebedürftigkeit im Zeitverlauf

Die aktuelle Zahl der Pflegebedürftigen ist innerhalb der letzten zehn Jahre deutlich angestiegen: Im Jahre 2015 waren im Durchschnitt 4 % der gesetzlich versicherten Bundesbürger pflegebedürftig bzw. hatten eine durch die gesetzliche Pflegeversicherung anerkannte eingeschränkte Alltagskompetenz. Zehn Jahre zuvor (2005)

Abbildung 21–1

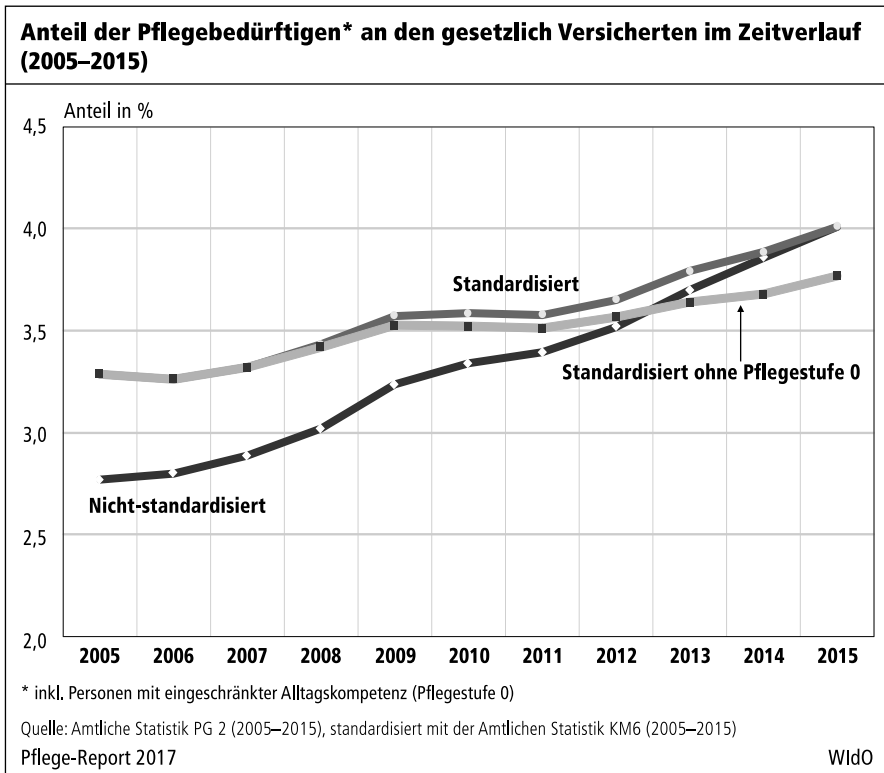


waren dies noch 2,8 %, was einem Anstieg von 43 % entspricht. Bereinigt man die Werte um die fortschreitenden Alterungsprozesse der Gesellschaft und legt für alle Jahre die gleiche Alters- und Geschlechtsstruktur wie im Jahr 2015 zugrunde, dann zeigt sich folgendes Bild (Abbildung 21–2): Der Anteil der Pflegebedürftigen ist deutlich schwächer gestiegen und hätte 2005 bereits bei 3,3 % gelegen.

Der Anstieg ist dabei wesentlich durch die Erweiterung des anspruchsberechtigten Personenkreises zu erklären. Seit Mitte des Jahres 2009 sind Personen, die zwar keinen Hilfebedarf im Sinne der definierten Pflegestufen, dafür aber bei ihrer Alltagskompetenz aufweisen, ebenfalls leistungsberechtigt. Nimmt man diese Personen mit der sogenannten Pflegestufe 0 aus den Betrachtungen heraus, so zeigt sich, dass der Anstieg der Pflegebedürftigkeit noch moderater gewesen wäre. Im Jahr 2015 beträgt der Anteil der Pflegebedürftigen nach dieser Berechnung 3,8 % (Abbildung 21–2).

Die beobachtete Zunahme der Pflegebedürftigen innerhalb der letzten zehn Jahre geht dementsprechend weit überwiegend auf die Entwicklung der Alters- und Geschlechtsstruktur der Bevölkerung sowie auf die Ausdehnung des anspruchsberechtigten Personenkreises zurück. Bereinigt um diese Effekte beträgt sie 15 %.

Abbildung 21–2

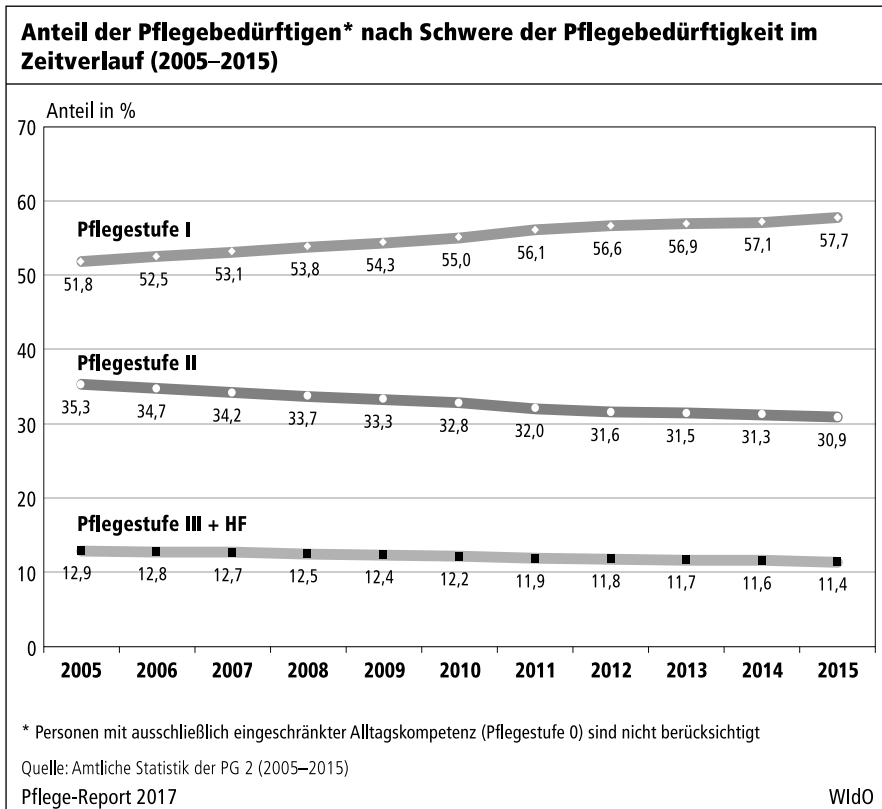


Schwere der Pflegebedürftigkeit

Bis zur Einführung der neuen Pflegegrade am 01.01.2017 wurden bei der Schwere der Pflegebedürftigkeit definitorisch drei Stufen² unterschieden. Die Verteilung der Schwere der Pflegebedürftigkeit hat sich im Laufe der letzten zehn Jahre gewandelt. Alles in allem nimmt die Schwere der Pflegebedürftigkeit ab, d. h. der Anteil Personen mit Pflegestufe I ist von 52 % auf 58 % gestiegen, während der Anteil mit Pflegestufe II und III im gleichen Zeitraum gesunken ist (Abbildung 21–3). Es ist zu vermuten, dass die Veränderungen nicht allein auf veränderten Grunderkrankungen der Pflegebedürftigkeit beruhen. Ebenso ist bei der Interpretation zu beachten, dass sich einerseits die soziodemografischen Determinanten die Pflegebedürftigkeit bedingen (insbesondere die sozialen Lebenslagen), aber auch die Informa-

² Personen in der Pflegestufe I (erheblich Pflegebedürftige) benötigen mindestens einmal täglich und für mindestens 45 Minuten Hilfe bei ihrer Körperpflege, Ernährung oder Mobilität. In der Pflegestufe II (Schwerpflegebedürftige) benötigen die Betroffenen mindestens dreimal täglich zu verschiedenen Tageszeiten insgesamt mindestens zwei Stunden Hilfe bei diesen Verrichtungen. In der Pflegestufe III (Schwerstpflegebedürftige) wird von einem mindestens vierstündigen Hilfebedarf rund um die Uhr – auch nachts – ausgegangen. Darüber hinaus müssen alle Personen einen Hilfebedarf auch bei der hauswirtschaftlichen Versorgung aufweisen.

Abbildung 21–3



tion über und die Akzeptanz von Angeboten der Pflegeversicherung über den Betrachtungszeitraum verändert haben werden.

Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz

Alles in allem haben 45 % der Pflegebedürftigen eine eingeschränkte Alltagskompetenz (PEA-Status). In der Stufe I beträgt der Anteil der Pflegebedürftigen mit PEA-Status 29 % (Abbildung 21–4). Von den Personen in der Pflegestufe II ist bereits jeder Zweite (52,1 %) von einer Einschränkung der Alltagskompetenz betroffen und in der Stufe III benötigen mehr als drei von vier Pflegebedürftigen (78 %) aufgrund dieser Einschränkung entsprechende Hilfen.

Abbildung 21–5 zeigt die Personen mit PEA-Status nach Alter und Geschlecht. Zu beobachten ist zum einen ein – aus den dahinterstehenden spezifischen Ursachen der Pflegebedürftigkeit resultierender – überproportionaler Anteil von pflegebedürftigen Kindern und Jugendlichen mit entsprechendem Betreuungsbedarf: bei den Jungen 80 % und bei den Mädchen 73 %. Weiterhin kann in den Altersgruppen ab 75 Jahre der altersbedingte Anstieg der eingeschränkten Alltagskompetenz beobachtet werden. Gleichzeitig ist zu sehen, dass bis zu einem Alter von 84 Jahren die Männer gegenüber den Frauen einen höheren Anteil von Personen mit einge-

Abbildung 21–4

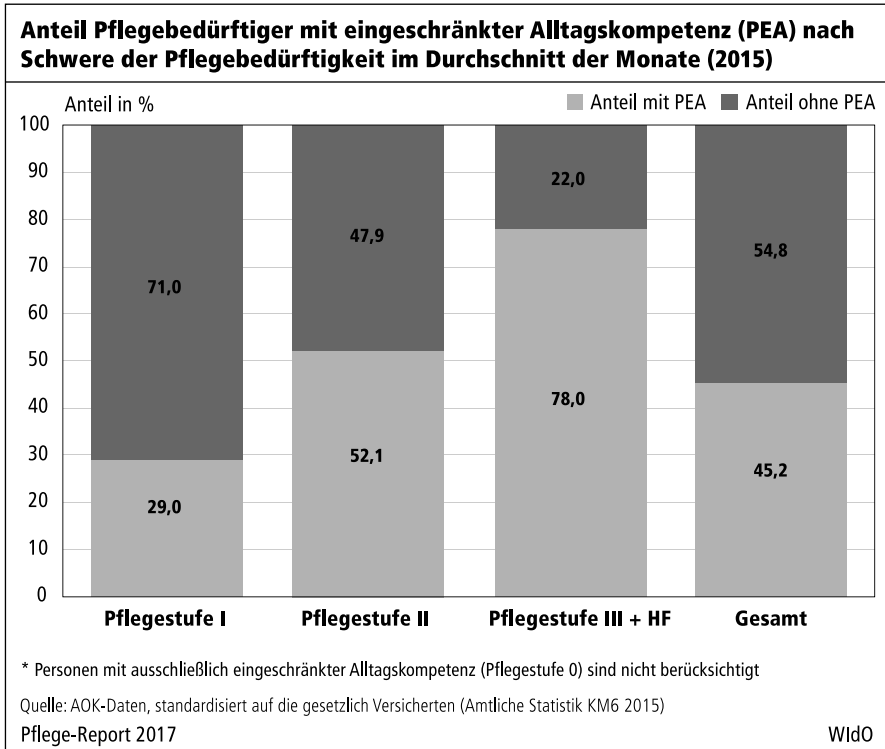
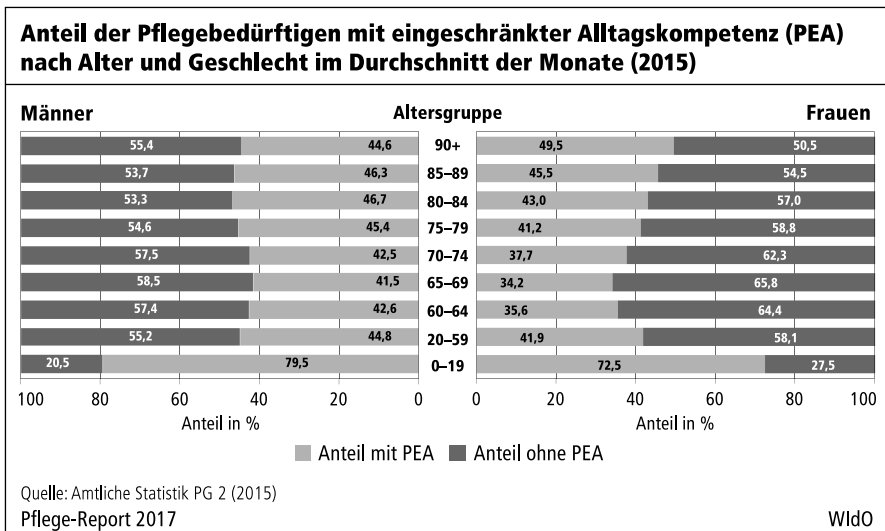


Abbildung 21–5



schränkter Alltagskompetenz aufweisen und dass sich das Verhältnis schließlich bei über 90-Jährigen umkehrt.

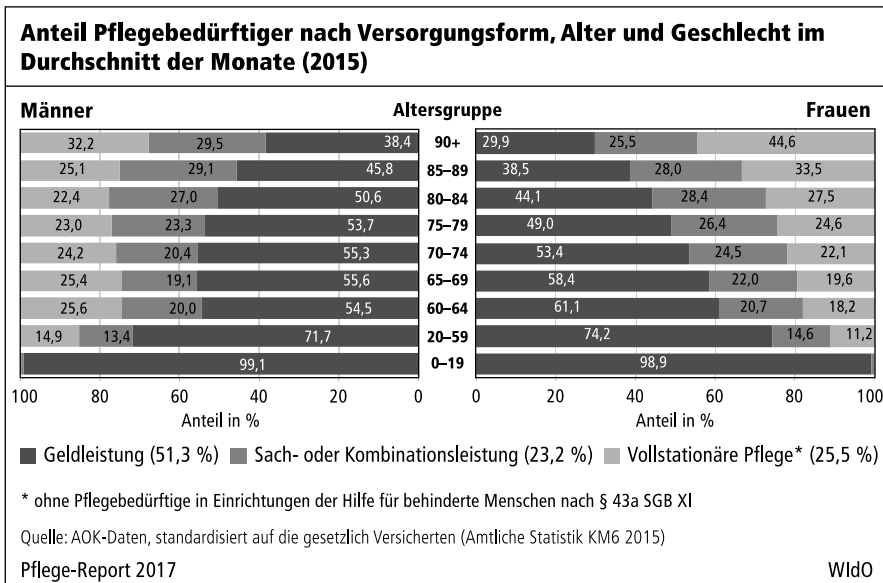
21.2.2 Versorgungsformen bei Pflegebedürftigkeit

Versorgungsformen nach Alter und Geschlecht

Im Jahr 2015 werden drei von vier Pflegebedürftigen (74,5 %) in ihrer häuslichen Umgebung betreut. Die Hälfte aller Pflegebedürftigen (51,3 %) bezieht ausschließlich Pflegegeld. 23 % entscheiden sich entweder für eine Kombination aus Geld- und Sachleistung oder für den alleinigen Bezug von Sachleistungen. Nur jeder vierte Pflegebedürftige (25,5 %) wird in einem stationären Pflegeheim versorgt.

Abbildung 21–6 veranschaulicht, dass der Anteil der Personen mit ausschließlichem Pflegegeldbezug altersspezifisch sehr unterschiedlich ist. Kinder und Jugendliche werden nahezu immer durch Angehörige versorgt (ausschließlicher Bezug von Pflegegeld). Bei den Personen im Alter von 20 bis 59 Jahren trifft dies auf rund 72 % bei den Männern und 74 % bei den Frauen zu. Auch Pflegebedürftige zwischen 60 und 74 Jahren sind noch überwiegend reine Geldleistungsbezieher, erst ab 80 Jahre sinkt dieser Anteil bei Männern und Frauen deutlich ab. Komplementär steigt der Anteil der Pflegebedürftigen, die in einem Pflegeheim versorgt werden. In der zehnten Lebensdekade sind 45 % der Frauen und 32 % der Männer in einem Pflegeheim. Während in den jüngeren Jahren Männer deutlich häufiger vollstationär versorgt werden als Frauen, kehrt sich dieses Verhältnis ab 75 Jahren um.

Abbildung 21–6



Versorgungsform stationär nach Bundesland

Der Anteil Pflegebedürftiger, die vollstationär versorgt werden, variiert auch regional erheblich. Abbildung 21–7 zeigt die Heimquoten je Bundesland, jedoch bereinigt um Alters- und Geschlechtsunterschiede zwischen den Bundesländern. Bundesländer, die trotz Alters- und Geschlechtsbereinigung deutlich überproportionale Heimquoten aufweisen, sind Schleswig-Holstein (35,4%), Bayern (29,6%) und Sachsen (28,0%). Die niedrigsten Anteile vollstationärer Pflege finden sich in Brandenburg (19,6%), Hessen (20,7%) und Berlin (21,5%).

Schwere der Pflegebedürftigkeit nach Versorgungsformen

Die Schwere der Pflegebedürftigkeit unterscheidet sich erheblich zwischen den Versorgungsformen. Während bei den reinen Pflegegeldbeziehern 61% im Jahr 2015 die Stufe I aufweisen, sind dies in der vollstationären Pflege nur 37%. Dagegen sind von Geldleistungsempfängern nur 7% schwerstpflegebedürftig (Stufe III), im stationären Setting jedoch jeder Fünfte (21,4%) (Abbildung 21–8).

Abbildung 21–7

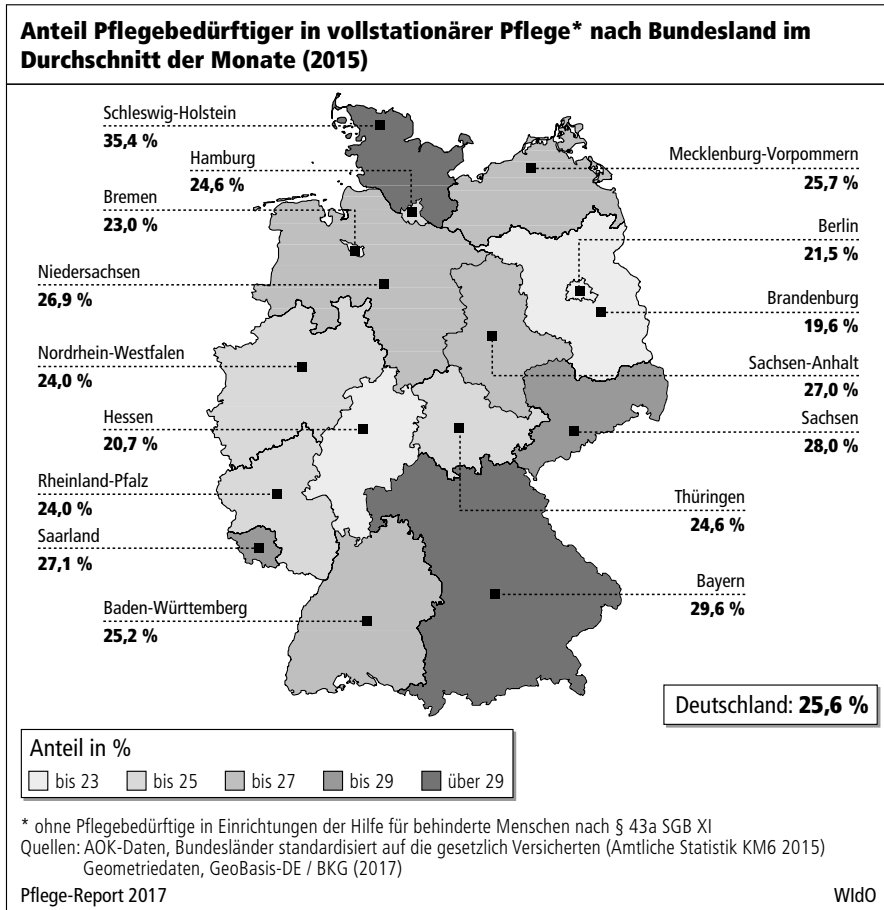
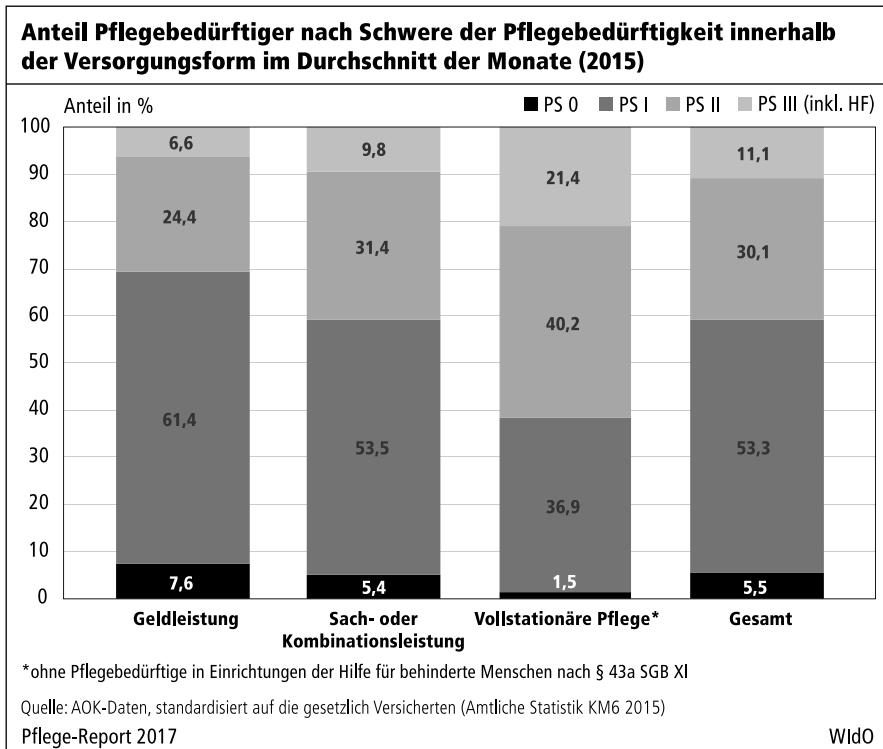


Abbildung 21–8



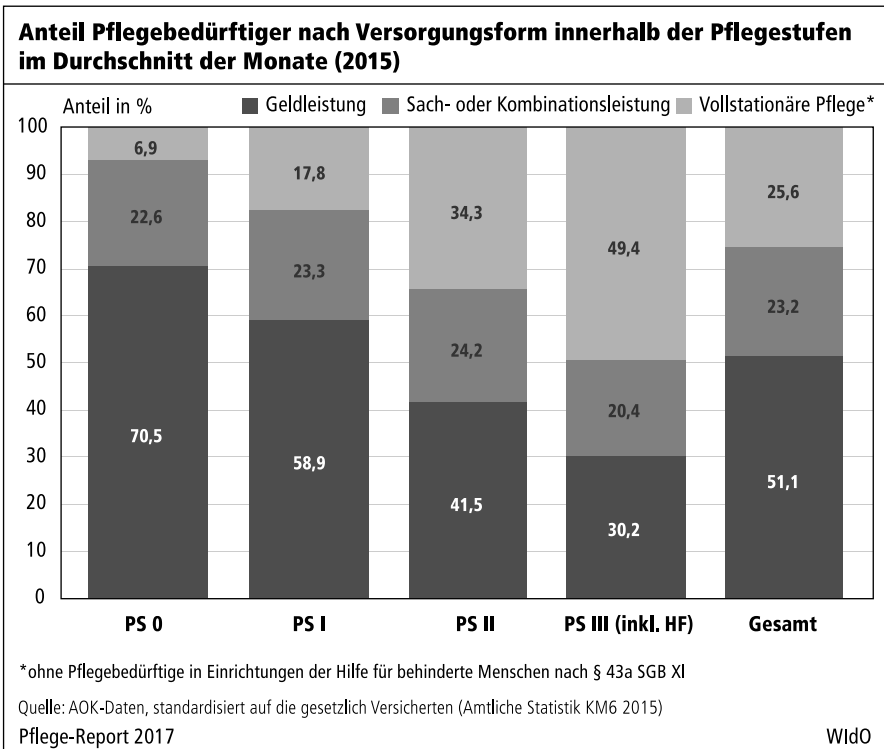
Andersherum bedeutet dies, dass die Mehrheit (58,9 %) der Pflegebedürftigen mit Stufe I ausschließlich Geldleistungen bezieht. Nur weniger als jeder Fünfte (17,8 %) wird vollstationär versorgt. Von den schwerstpflegebedürftigen Personen mit Stufe III ist noch die Hälfte (49,4 %) im häuslichen Setting und knapp jeder Dritte (30,2 %) wird weiterhin allein durch pflegende Angehörige versorgt (Abbildung 21–9).

Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz nach Versorgungsform

Ähnliches zeigt sich für den Anteil Pflegebedürftiger mit eingeschränkter Alltagskompetenz (Abbildung 21–10). Bei den Geldleistungsbeziehern ist der Anteil mit rund 34 % im Jahr 2015 deutlich unterproportional. Im stationären Setting hat sich das Verhältnis wiederum umgekehrt. Hier sind mit rund 70 % doppelt so viele Personen von einer eingeschränkten Alltagskompetenz betroffen.

Andersherum betrachtet wird deutlich, dass 62 % der Personen ohne eingeschränkte Alltagskompetenz ausschließlich informell durch pflegende Angehörige betreut werden, bei solchen mit Demenz oder anderen kognitiven Einschränkungen sind es dagegen mit 38 % deutlich weniger. Analog kehrt sich der Anteil der Betroffenen in vollstationärer Pflege um. Nur 14 % der Pflegebedürftigen ohne PEA-Status sind in einem Pflegeheim, während es bei solchen mit kognitiven Einschränkungen 39 % sind (Abbildung 21–11).

Abbildung 21–9



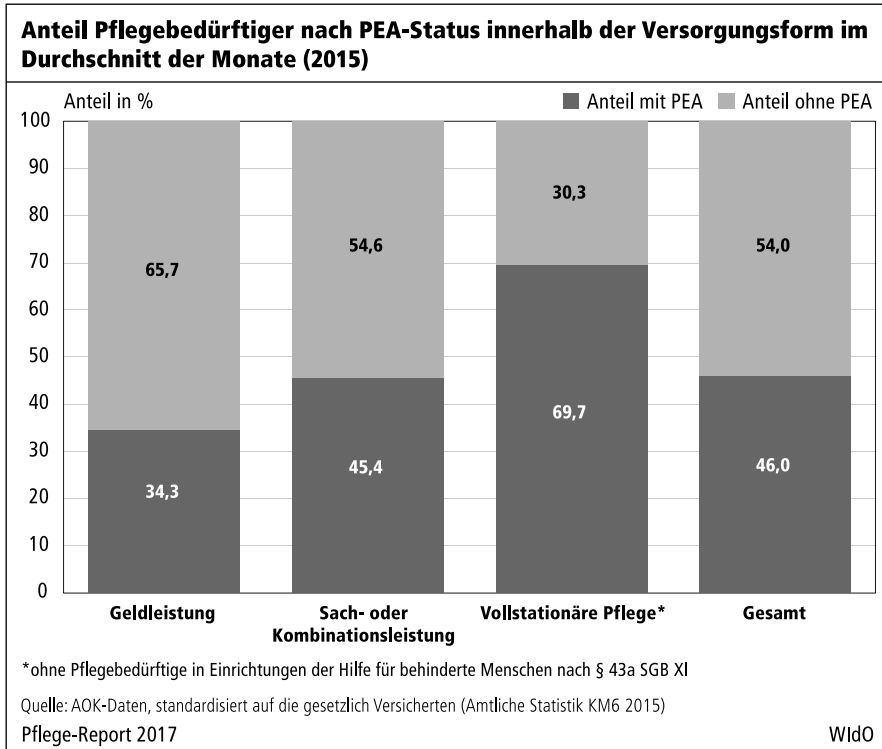
Inanspruchnahme von Tagespflege, Kurzzeitpflege und Verhinderungspflege

Pflegebedürftige, die im ambulanten Umfeld versorgt werden, haben die Möglichkeit, zusätzlich zum Pflegegeld bzw. parallel zur ergänzenden Versorgung durch einen Pflegedienst weitere Unterstützungsleistungen für Pflegebedürftige zu nutzen. Tabelle 21–1 stellt die Nutzeranteile³ von Tages- und Nachtpflege (§ 41 SGB XI), Verhinderungspflege (§ 39 SGB XI) sowie Kurzzeitpflege (§ 42 SGB XI) für das Jahr 2015 dar. Zu sehen ist die durchschnittliche monatliche Inanspruchnahme und die Inanspruchnahme bezogen auf das Jahr. Die ausgewiesenen Anteile beziehen sich nur auf Pflegebedürftige, die (mindestens in einem Monat) in der eigenen Häuslichkeit gepflegt wurden, da nur solche diese Angebote nutzen können.

Tages- und Nachtpflege wird eher selten genutzt, und zwar von lediglich 5 % der ambulant versorgten Pflegebedürftigen im Jahr. Weitaus häufiger werden hingegen Verhinderungs- und Kurzzeitpflege in Anspruch genommen: Fast jeder dritte ambulant Pflegebedürftige (31,6 %) hat im Laufe des Jahres 2015 mindestens einmal die Verhinderungspflege oder eine Kurzzeitpflege genutzt. Die Verhinderungspflege wird von jedem Vierten (25,4 %) in Anspruch genommen und zwar am häufigsten in

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

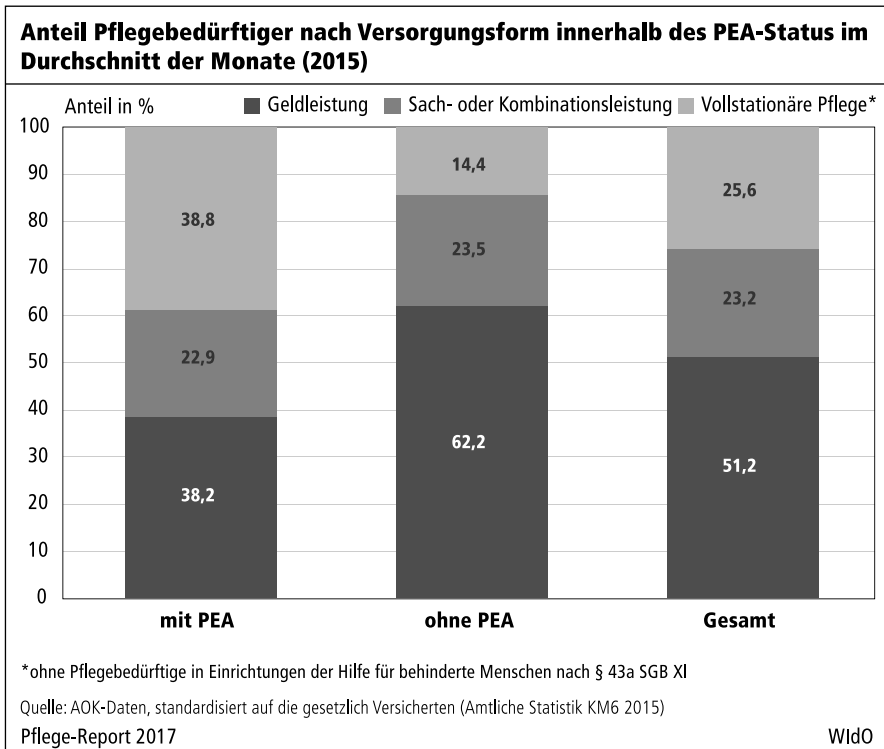
Abbildung 21–10



Form von stundenweiser Verhinderungspflege. Kurzzeitpflege erhält etwa jeder Zehnte (11 %) mindestens einmal im Laufe des Jahres 2015. Die Inanspruchnahme unterscheidet sich kaum zwischen Pflegebedürftigen, die ausschließlich Geldleistungen beziehen, und solchen, bei denen auch ein Pflegedienst in die häusliche Versorgung eingebunden ist (Tabelle 21–1). Deutliche Unterschiede werden aber sichtbar, wenn man anschaut, wie lange diejenigen, die 2015 das Angebot nutzen, bereits pflegebedürftig waren. Während bei der Tages- und Nachtpflege jeder vierte (26,5 %) und bei der Kurzzeitpflege rund jeder dritte Nutzer (30,8 %) erst kürzer als ein Jahr pflegebedürftig war, so wird die Verhinderungspflege erst deutlich später im Pflegeverlauf zur Unterstützung genutzt. Die deutliche Mehrzahl (56,4 %) der Nutzer von Verhinderungspflege ist bereits länger als drei Jahre pflegebedürftig (Tabelle 21–1).

Die Inanspruchnahme der durch die Pflegeversicherung finanzierten Unterstützungsleistungen nimmt ferner mit der Schwere der Pflegebedürftigkeit zu. Auch nutzen Personen mit kognitiven Einschränkungen die Angebote deutlich häufiger als solche ohne solche Einschränkungen (Abbildung 21–12). Tages- und Nachtpflege wird fast ausschließlich durch Pflegebedürftige mit demenziellen Einschränkungen (PEA-Status) genutzt. Die Inanspruchnahme von Verhinderungs- und Kurzzeitpflege steigt mit der Schwere der Pflegebedürftigkeit deutlich an. Auch diese Angebote werden überproportional durch Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz genutzt.

Abbildung 21–11



21.2.3 Eintritt in die Pflegebedürftigkeit und Verweildauer

Im Fokus der Verlaufsanalysen steht die Gruppe der Personen, die erstmals pflegebedürftig werden. Im Jahr 2015 trifft dies auf rund jeden fünften Pflegebedürftigen (20 %) zu. Der entsprechende Anteil ist bei den Männern mit 22,1 % höher als bei den Frauen mit 18,6 %. Die Gruppe der erstmals Pflegebedürftigen weist eine deutlich geringere Schwere der Pflegebedürftigkeit auf als die Pflegebedürftigen insgesamt (Pflegestufe I: 67 % vs. 54 %) und die Betroffenen haben zudem seltener eine eingeschränkte Alltagskompetenz (36 % vs. 45 %). Ferner wird weniger als jeder zehnte Pflegebedürftige (7,3 %) direkt zu Beginn seiner Pflegebedürftigkeit im Pflegeheim versorgt. Bezogen auf alle Pflegebedürftigen liegt dieser Anteil bei 26 % (Tabelle 21–2).

Die erstmals Pflegebedürftigen (inzidente Kohorte) unterscheiden sich von allen Pflegebedürftigen auch in Bezug auf ihre Lebenserwartung (Abbildung 21–13). Von den erstmals Pflegebedürftigen ist fast jeder Vierte (23,6 %) bereits nach einem halben Jahr und knapp jeder Dritte (32,2 %) nach einem Jahr verstorben. Nach vier Jahren in der Pflegebedürftigkeit sind schließlich drei von fünf (61,6 %) aller Neupflegefälle verstorben. Es gibt folglich einen nicht unerheblichen Anteil von Pflegebedürftigen, die nur für einen kurzen Zeitraum vor ihrem Tode pflegebedürftig werden. Betrachtet man im Vergleich hierzu die Pflegebedürftigen in ihrer Gesamtheit,

Tabelle 21-1

Anteil ambulant Pflegebedürftiger* mit Tages- und Nacht-, Verhinderungs- und Kurzzeitpflege und Dauer der Pflegebedürftigkeit bei Inanspruchnahme, in % (2015)

	Monatsdurchschnitt			Jahresdurchschnitt			Pflegebedürftig seit...				
	Gesamt	Pflegebedürftige mit Geldleistung	Pflegebedürftige mit Sach- oder Kombinationsleistung	Gesamt	Pflegebedürftige mit Geldleistung	Pflegebedürftige mit Sach- oder Kombinationsleistung	unter sechs Monaten	zwischen sechs und zwölf Monaten	zwischen einem und zwei Jahren	zwischen zwei und drei Jahren	mehr als drei Jahren
Tages- und Nachtpflege	3,9	2,7	7,0	5,1	3,2	8,0	16,2	10,3	19,3	14,6	39,6
Verhinderungspflege insgesamt	11,1	10,4	12,6	25,4	24,9	25,7	5,3	9,7	15,5	13,1	56,4
Stundenweise Verhinderungspflege	8,8	7,9	11,2	15,2	13,8	19,3	5,7	10,3	16,4	13,5	54,2
Tageweise Verhinderungspflege	1,9	2,3	1,0	9,4	11,4	5,6	3,9	8,0	13,7	12,2	62,2
Kurzzeitpflege	1,9	1,7	2,3	11,0	6,8	11,6	21,8	9,0	15,2	12,9	41,1
Verhinderungspflege und Kurzzeitpflege insgesamt	—**	—**	—**	31,6	28,8	32,1	—**	—**	—**	—**	—**

* Pflegebedürftige mit mindestens einem Monat in der ambulanten Pflege

** Keine Anteile ausgewiesen

Quelle: AOK-Daten, standardisiert auf die gesetzlich Versicherten (Amtliche Statistik KM 6 2015)

Abbildung 21–12

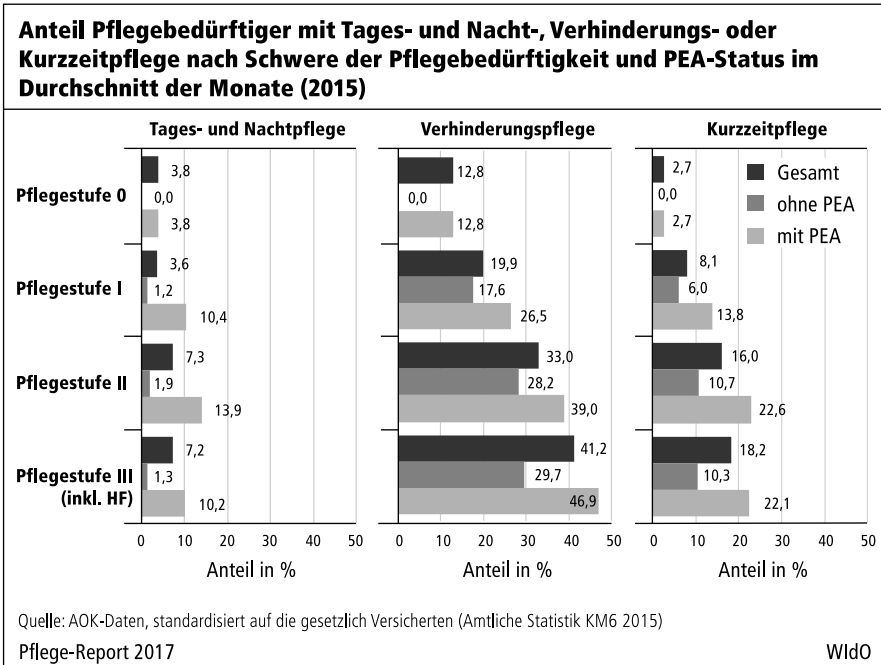


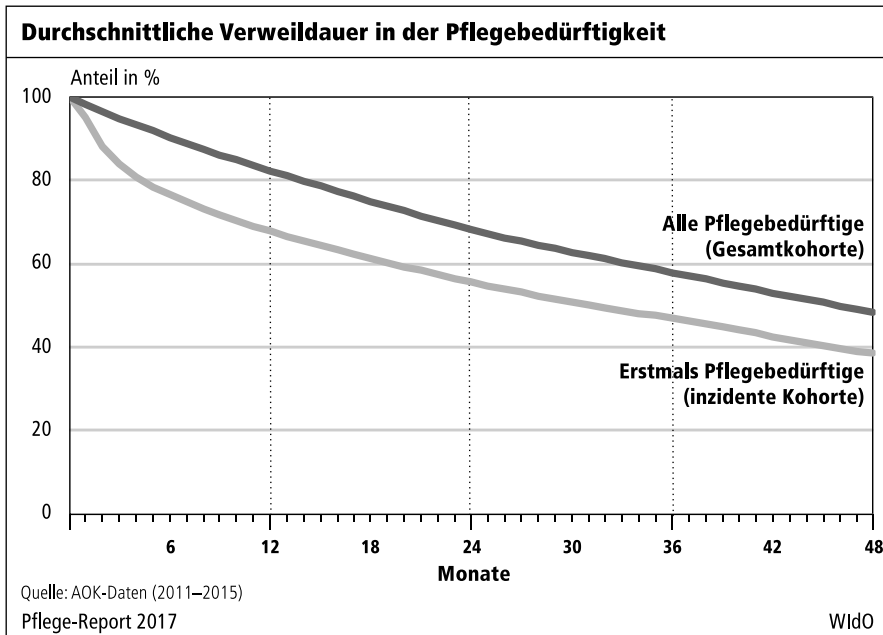
Tabelle 21–2

Anteil Pflegebedürftige, die 2015 erstmals pflegebedürftig wurden, an allen Pflegebedürftigen

	Gesamt	Männer	Frauen
	20,0	22,1	18,6
Pflegebedürftige bei Eintritt in die Pflegebedürftigkeit und insgesamt im Durchschnitt der Monate (2015)			
<i>Davon</i>		<i>Pflegebedürftige, die erstmals pflegebedürftig wurden</i>	<i>Pflegebedürftige insgesamt</i>
mit PEA-Status		35,8	45,2
ohne PEA-Status		64,2	54,8
Stufe 0		11,6	5,4
Stufe I		67,3	53,5
Stufe II		16,9	30,0
Stufe III		4,2	11,1
Ausschließlich Pflegegeld		77,0	51,1
Sach- und Kombinationsleistung		15,6	23,2
Vollstationäre Pflege		7,3	25,6
Männer		43,1	38,4
Frauen		56,9	61,6

Quelle: AOK-Daten, standardisiert auf die gesetzlich Versicherten (Amtliche Statistik KM 6 2015)

Abbildung 21–13



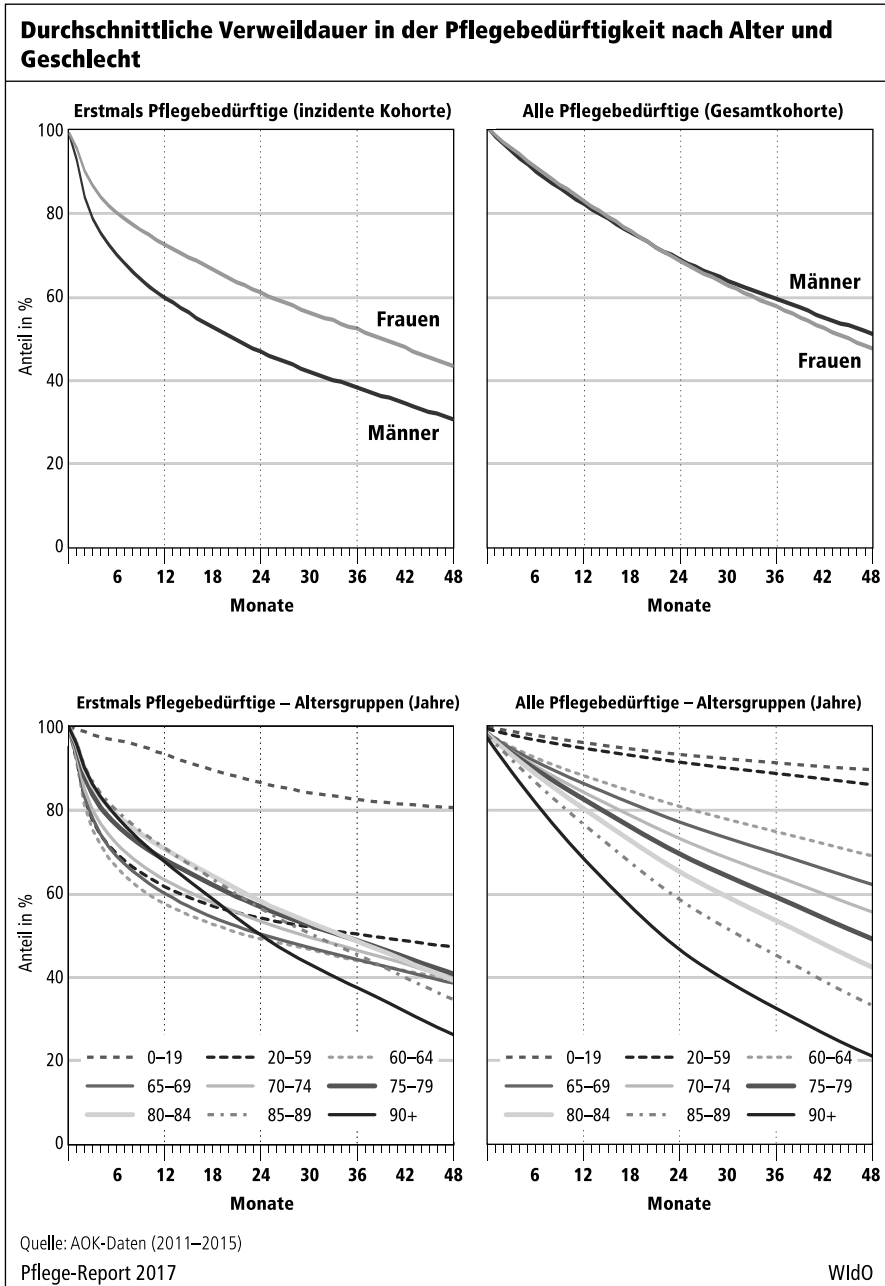
so verstirbt innerhalb eines halben Jahres nur jeder Zehnte (9,7%). Nach vier Jahren ist die Hälfte (51,6%) noch am Leben. Betrachtet man also die Gesamtkohorte aller Pflegebedürftigen im Vergleich zur inzidenten Kohorte, so enthält diese deutlich mehr Pflegebedürftige, die länger in der Pflegebedürftigkeit verweilen.

Verweildauer nach Alter und Geschlecht

Auch lohnt sich ein Blick auf Alters- und Geschlechtsunterschiede innerhalb und zwischen den beiden Kohorten (Abbildung 21–14). So versterben die erstmals pflegebedürftigen Männer deutlich früher als die Frauen. Bei den Männern sind hier bereits nach zwei Jahren über die Hälfte (53,1%) aller Neuzugänge verstorben, bei den Frauen sind dies zu diesem Zeitpunkt nur 39%. Blickt man nun wiederum auf die Gesamtkohorte aller Pflegebedürftigen, so haben Männer und Frauen einen ähnlichen Verweildauerverlauf. Männer haben folglich beim Eintritt in die Pflegebedürftigkeit eine deutlich geringere Lebenserwartung. Ob dies allein in der insgesamt höheren Lebenserwartung der Frauen begründet ist oder auch daraus resultiert, dass Männer erst zu einem späteren Zeitpunkt – d. h. bei bereits erhöhter Morbidität – in die Pflegebedürftigkeit eintreten, wird an dieser Stelle nicht weiter analysiert. In der Gesamtkohorte sind dann wiederum diejenigen Männer überproportional, die – da sie eben gerade nicht zur Gruppe jener gehören, die zeitnah versterben – eine ähnliche Verweildauer in der Pflege aufweisen wie die Frauen. Die Verweildauer von Männern und Frauen nähert sich bei dieser Betrachtung folglich an.

Betrachtet man die erstmals Pflegebedürftigen differenziert nach Altersgruppen, stellt man fest, dass die Überlebenszeiten – zumindest bezogen auf die ersten zwei

Abbildung 21–14



bis drei Jahre der Pflegebedürftigkeit und ausgenommen die Gruppe der Kinder und Jugendlichen (Altersgruppe 0 bis 19 Jahre) – relativ homogen ausfallen (Abbildung 21–14). Der Eintritt in die Pflegebedürftigkeit geht folglich häufig auch mit Ereignissen bzw. Erkrankungen einher, die relativ unabhängig vom Alter des Betroffenen zu einer verminderten Lebenserwartung bzw. bei den jüngeren Kohorten sogar eher zum Tod führen als bei den Älteren.

Betrachtet man nun wiederum die Gruppe aller Pflegebedürftigen, so zeigt sich auch hier ein ganz anderes Bild der Lebenserwartung in der Pflegebedürftigkeit. Hier sind bei den Pflegebedürftigen im erwerbsfähigen Alter (20 bis 59 Jahre) nur 3 % nach einem halben Jahr verstorben. Nach drei Jahren lebt die überwiegende Mehrzahl (88,6 %) noch. Bei den über 90-Jährigen sind hingegen 16 % nach einem halben Jahr verstorben, nach vier Jahren 80 % (Abbildung 21–14).

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

Verweildauer nach Schwere der Pflegebedürftigkeit und nach Versorgungsform

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

Abbildung 21–15 macht deutlich, dass die Schwere der Pflegebedürftigkeit einen erheblichen Einfluss auf die Verweildauer hat. Von erstmals Pflegebedürftigen, die zu Beginn ihrer Pflegebedürftigkeit ausschließlich eine eingeschränkte Alltagskompetenz aufweisen, sind nach einem halben Jahr lediglich 8,4 % und nach vier Jahren 46 % verstorben. In Stufe III (ohne eingeschränkte Alltagskompetenz) hingegen sind bereits nach einem halben Jahr 88 % der Pflegebedürftigen dieser Stufe verstorben. Deutlich wird zudem, dass Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz bei ansonsten gleicher Pflegestufe deutlich länger in der Pflegebedürftigkeit verbleiben als Betroffene mit eher somatisch bedingten Einschränkungen.

Auch zwischen den Versorgungsformen finden sich Unterschiede (Abbildung 21–16). Die Geldleistungsbezieher weisen dabei erwartungsgemäß eine deutlich überproportionale Verweildauer auf. Nach einem halben Jahr sind 18 %, nach vier Jahren 57 % verstorben. Bei den stationär Gepflegten sind dies entsprechend 33 % und 70 %.

Abbildung 21–15

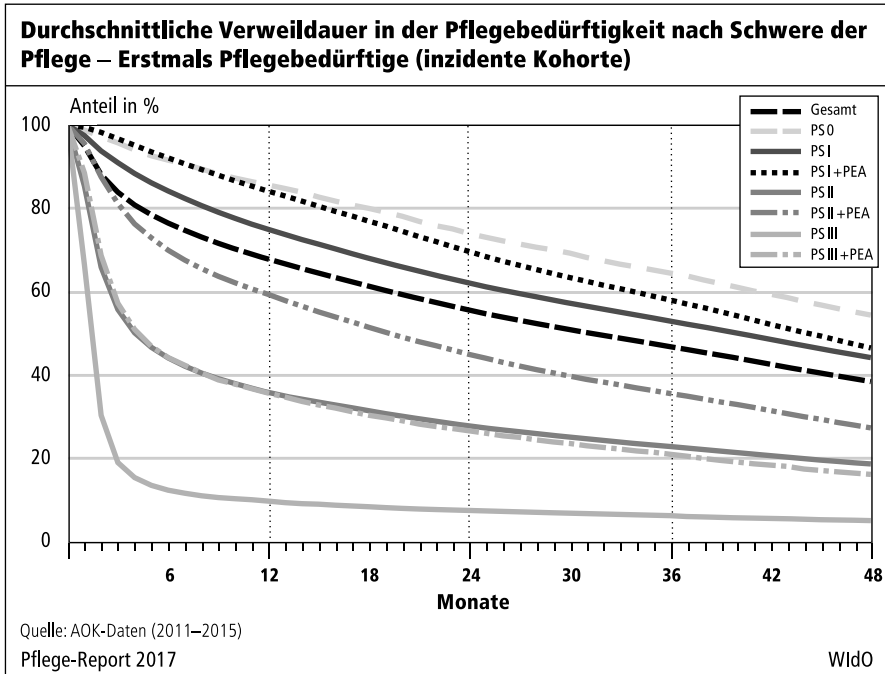
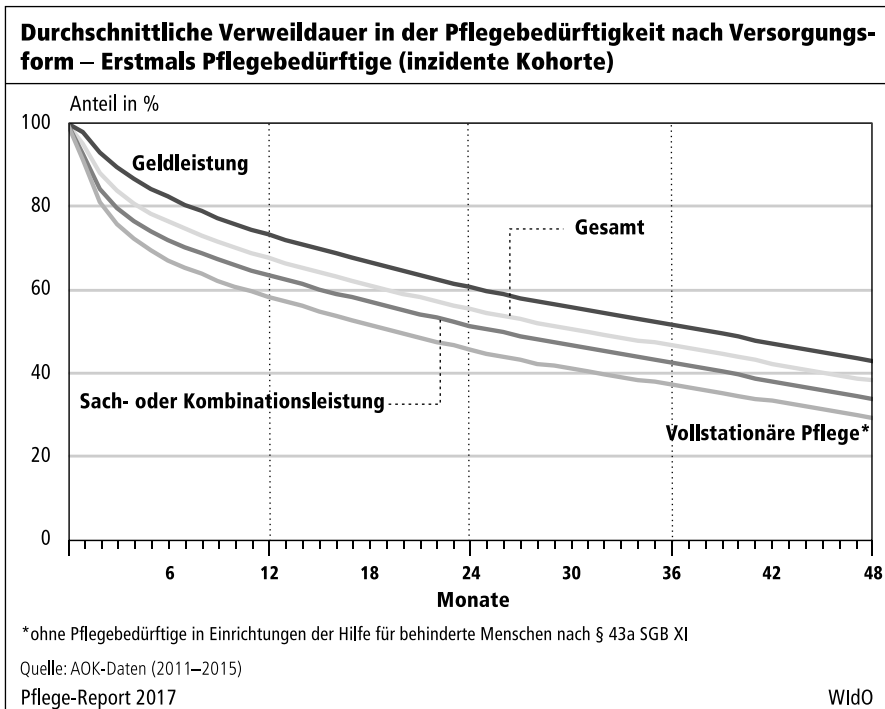


Abbildung 21–16



*ohne Pflegebedürftige in Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen nach § 43a SGB XI

21.3 Kennzahlen zur medizinisch-therapeutischen Versorgung von Pflegebedürftigen

21.3.1 Ambulante ärztliche Versorgung

Um die ambulante ärztliche Versorgung der Pflegebedürftigen zu beschreiben, wird hier der Kontakt mit einem niedergelassenen Arzt als Kennzahl verwendet. Gezählt werden sogenannte Abrechnungsfälle (mindestens ein Kontakt je Quartal und Arzt). Durch die Abrechnung über Honorarpauschalen kann ein Fall unbekannt viele Arztkontakte im Quartal umfassen. Die Zahl der Abrechnungsfälle wird auf so genannte kollektivvertragsärztliche Leistungsfälle im Sinne des § 73 SGB V beschränkt. Das Leistungsgeschehen bzw. Versicherte, die an der hausarztzentrierten Versorgung nach § 73b SGB V und der besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung nach § 140a SGB V teilnehmen, werden hier nicht erfasst.

Übersicht zur Inanspruchnahme

Nahezu alle Pflegebedürftigen (96,3 %) haben 2015 im Durchschnitt der Quartale mindestens einen Arztkontakt, d. h. generierten einen Abrechnungsfall. Gleichfalls konsultieren fast alle Pflegebedürftigen (88,8 %) im Quartal im Durchschnitt einen Hausarzt. Ebenso haben zwei Drittel der Pflegebedürftigen (66,1 %) 2015 im Quartal durchschnittlich einen oder mehrere Kontakte zu einer Facharztpraxis. Facharztgruppen, die häufig im Quartal kontaktiert werden, sind Urologen mit 17 % der Männer pro Quartal, Gynäkologen mit 13 % der Frauen pro Quartal sowie Neurologen mit rund 13 % (beide Geschlechter pro Quartal) (Tabelle 21–3).

Deutliche Unterschiede zeigen sich jedoch zwischen Pflegebedürftigen, die ambulant (d. h. in der eigenen Häuslichkeit) und solchen, die in vollstationärer Pflege versorgt werden (Tabelle 21–3). Während sich die Inanspruchnahme von Hausärzten nicht wesentlich zwischen dem ambulanten und stationären Setting unterscheidet – mit 93 % ist diese im vollstationären Kontext etwas höher als im ambulanten Setting mit 88 % pro Quartal – so sind die Unterschiede bezogen auf einzelne Facharztgruppen auffälliger. Am auffälligsten sind die Unterschiede bei den internistischen Fachärzten. Rund jeder zehnte Pflegebedürftige (11,1 %), der in der eigenen Häuslichkeit lebt, hat bezogen auf das Quartal mindestens einmal Kontakt zu einem Internisten. Bei Pflegebedürftigen, die im Pflegeheim leben, sind dies nur 4 %. Andersherum sieht rund jeder fünfte Pflegeheimbewohner (21 %) einen Neurologen im Quartal, während dies in der ambulanten Versorgung nur bei jedem Zehnten (9,9 %) der Fall ist.

Abbildung 21–17 zeigt die Kontinuität der vertragsärztlichen Versorgung im Verlauf eines Jahres. Hierbei sind Unterschiede zwischen ambulanter und stationärer Pflege zu beobachten. Es sahen mehr Pflegebedürftige in der stationären Pflege über alle vier Quartale einen Neurologen (73,4 %) und/oder Psychiater (70,9 %) im Vergleich zu den Pflegebedürftigen in der ambulanten Pflege (62,8 % bzw. 60,6 %). Des Weiteren hatten 28 % der Pflegebedürftigen in der stationären Pflege in vier Quartalen einen Kontakt zum Internisten im Vergleich zu 36 % in der ambulanten Pflege.

In Abbildung 21–18 wird die Perspektive gewechselt. Dargestellt ist hier, welche Relevanz die Versorgung von Pflegebedürftigen in der ärztlichen Praxis hat,

Tabelle 21–3

Übersicht zur durchschnittlichen Inanspruchnahme im Quartal von niedergelassenen Vertragsärzten durch Pflegebedürftige, in % (2015)

Arztgruppe	Pflegebedürftige insgesamt mit mindestens einem Kontakt	Pflegebedürftige in ambulanter Pflege mit mindestens einem Kontakt	Pflegebedürftige in stationärer Pflege mit mindestens einem Kontakt
Alle Vertragsärzte	96,3	95,5	98,6
Hausärzte (inkl. hausärztlich tätige Internisten)	88,8	87,7	92,8
Fachärzte	66,1	64,5	68,7
Gynäkologen (inkl. Fachärzte für Geschlechtskrankheiten)	10,6 (12,5*)	9,6 (11,7*)	11,7 (12,1*)
HNO-Ärzte	8,1	7,5	9,5
Internisten	9,1	11,1	4,2
<i>darunter</i>			
<i>Angiologen</i>	0,2	0,3	0,1
<i>Diabetologen</i>	0,1	0,1	0,0
<i>Gastroenterologen</i>	0,4	0,5	0,2
<i>Kardiologen</i>	2,7	3,3	1,4
<i>Nephrologen</i>	1,4	1,7	0,8
<i>Onkologen</i>	1,0	1,2	0,4
<i>Pneumologen</i>	2,0	2,6	0,6
<i>Rheumatologen</i>	0,5	0,7	0,1
Neurologen	13,2	9,9	21,0
Orthopäden	6,5	7,3	3,7
Psychiater	3,6	2,1	6,9
Urologen	9,6 (16,8**)	9,1 (15,8**)	11,3 (21,7**)
Sonstige	15,3	16,7	11,2
Unbekannt, da fachgruppenübergreifende Praxen	29,0	29,3	27,9

* nur für Frauen berechnet

** nur für Männer berechnet

Ohne Versicherte, die in Selektivverträge nach § 73b oder § 140a SGB V eingeschrieben sind

Quelle: AOK-Daten, standardisiert auf die gesetzlich Versicherten (Amtliche Statistik KM 6 2015)

oder anders ausgedrückt, welcher Anteil der Fälle bei den niedergelassenen Ärzten 2015 auf Pflegebedürftige entfällt. Dieser Anteil liegt unter 10%. Ausnahmen sind die Neurologen, die Psychiater und die Urologen, wobei die Neurologen mit 22% den weitaus höchsten Anteil pflegebedürftiger Patienten aufweisen.

Abbildung 21–17

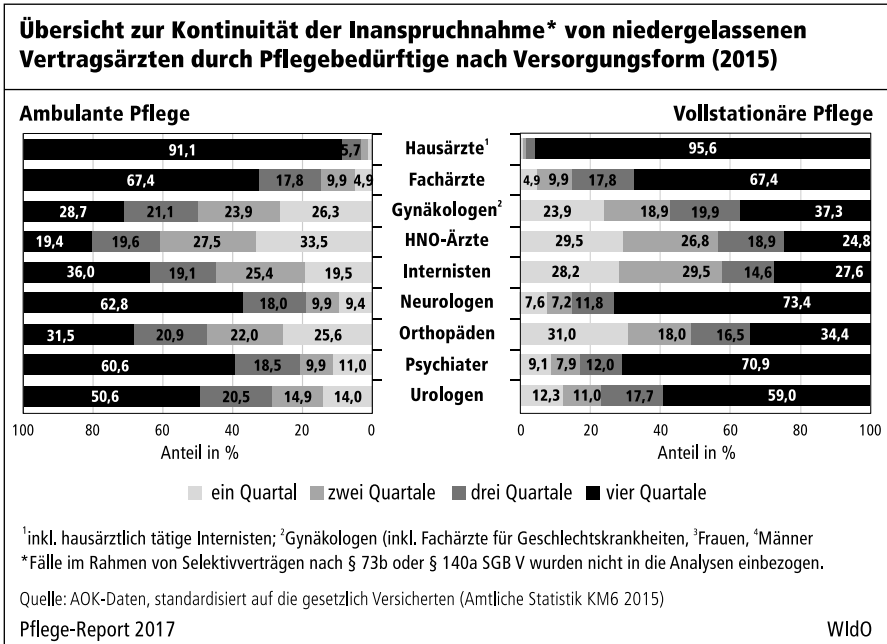
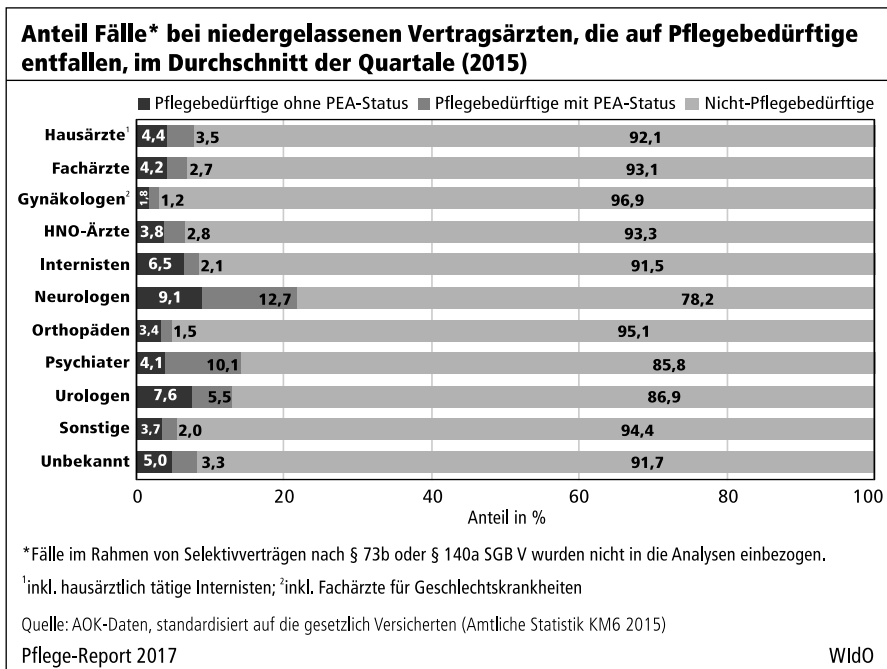


Abbildung 21–18



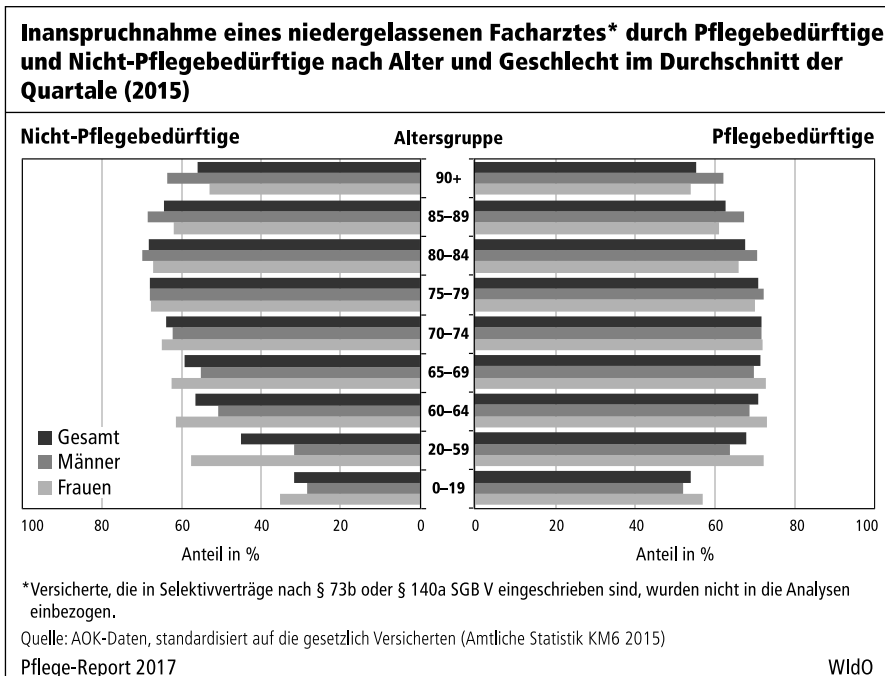
Inanspruchnahme nach Altersgruppen und Geschlecht

Die Inanspruchnahme von Fachärzten unterscheidet sich zwischen den Altersgruppen, aber auch zwischen den Geschlechtern (Abbildung 21–19). Von den pflegebedürftigen Kindern und Jugendlichen bis 19 Jahre sehen 54 % innerhalb eines Quartals im Jahr 2015 mindestens einen Facharzt. Der Anteil der Pflegebedürftigen mit Facharztkontakt steigt bis zur Altersgruppe der 70- bis 74-Jährigen kontinuierlich auf rund 72 % an. In den höheren Altersgruppen sinkt die Rate der Inanspruchnahme von Fachärzten wieder. So sahen von den über 90-jährigen Pflegebedürftigen nur 56 % innerhalb eines Quartals einen Facharzt.

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

Vergleicht man die Inanspruchnahme mit Personen gleichen Alters, die nicht pflegebedürftig sind, so zeigt sich ein ähnliches Bild. Auch hier ist – und zwar auf einem relativ ähnlichen absoluten Niveau – in den jüngeren Jahrgängen bis 70 Jahre der Anteil der Frauen mit Facharztkontakt höher. Insgesamt ist der Anteil der Personen mit mindestens einem Facharztkontakt im Quartal bei den jüngeren Nicht-Pflegebedürftigen – wie zu erwarten – z. T. deutlich kleiner. Ab einem Alter von 75 Jahren nähern sich die jeweiligen Anteile von Personen mit Facharztkontakt bei Pflegebedürftigen und Nicht-Pflegebedürftigen dann aber weitgehend an (Abbildung 21–19).

Abbildung 21–19



Fokus: Inanspruchnahme von Neurologen und Psychiatern

In Tabelle 21–4 und Tabelle 21–5 wird der Blick noch einmal speziell auf die Frequenz der Inanspruchnahme von Neurologen und Psychiatern gelegt. Wie zu erwarten, hängt die Inanspruchnahme mit der Schwere der Pflegebedürftigkeit und mit

Tabelle 21–4

Inanspruchnahme von niedergelassenen Neurologen durch Pflegebedürftige im Quartal nach Pflegestufe und Versorgungsform im Durchschnitt der Quartale, in % (2015)

Stufe*	Ausschließlich Pflegegeld			Ambulante Sach- und Kombinationsleistung			Vollstationäre Pflege			Alle Pflegebedürftigen**		
	ohne PEA	mit PEA	gesamt	ohne PEA	mit PEA	gesamt	ohne PEA	mit PEA	gesamt	ohne PEA	mit PEA	gesamt
PS 0	0,0	14,2	14,2	0,0	16,2	16,2	0,0	20,5	20,5	0,0	15,1	15,1
PS I	8,1	11,4	8,8	7,1	14,0	9,4	13,2	21,6	17,4	9,3	15,3	11,1
PS II	9,3	10,3	9,7	8,6	14,1	11,3	16,4	23,9	21,9	11,3	17,7	14,7
PSI III (inkl. HF)	9,6	9,1	9,3	11,6	13,7	13,1	19,3	25,5	25,0	14,1	19,3	18,1
Alle Pflegegestufen	8,4	11,4	9,5	7,8	14,2	10,7	14,7	23,7	21,0	10,1	16,9	13,2

* Die dargestellte Stufe bezieht sich auf die Stufe, die der Pflegebedürftige am Ende des Quartals hatte
 ** Pflegebedürftige, die Pflege in vollstationären Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen nach § 43a SGB XI erhalten, sind ausschließlich in dieser Kategorie enthalten
 Ohne Versicherte, die in Selektivverträge nach § 73b oder § 140a SGB V eingeschrieben sind

Quelle: AOK-Daten, standardisiert auf die gesetzlich Versicherten (Amtliche Statistik KM 6 2015)

Tabelle 21–5

Inanspruchnahme von niedergelassenen Psychiatern durch Pflegebedürftige im Quartal nach Pflegestufe und Versorgungsform im Durchschnitt der Quartale, in % (2015)

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

* Die dargestellte Stufe bezieht sich auf die Stufe, die der Pflegebedürftige am Ende des Quartals hatte
 ** Pflegebedürftige, die Pflege in vollstationären Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen nach § 43a SGB XI erhalten, sind ausschließlich in dieser Kategorie enthalten
 Ohne Versicherte, die in Selektivverträge nach § 73b oder § 140a SGB V eingeschrieben sind

Quelle: AOK-Daten, standardisiert auf die gesetzlich Versicherten (Amtliche Statistik KM 6 2015)

dem Vorliegen einer eingeschränkten Alltagskompetenz (PEA) aufgrund psychischer oder demenzieller Erkrankungen zusammen. Deutlich wird aber auch, dass die Frequenz bei Personen mit gleicher Stufe und PEA-Status zwischen den Versorgungsbereichen erheblich variiert. Während nur rund jeder zehnte (9,1 %) rein informell betreute Pflegebedürftige (ausschließlich Pflegegeld) mit Stufe III und eingeschränkter Alltagskompetenz je Quartal einen Neurologen sieht, so ist es bei den im Pflegeheim versorgten Pflegebedürftigen jeder Vierte (25,5 %). Bei den Psychiatern ist der Unterschied mit 2 % bei den reinen Geldleistungsbezieher (Stufe III + PEA) und 9 % bei den Pflegeheimbewohnern noch ausgeprägter.

21.3.2 Stationäre Versorgung

Für die dargestellten Kennzahlen zur Krankenhausversorgung der Pflegebedürftigen werden alle vollstationären Fälle im Sinne des § 39 SGB V einbezogen. Teilstationäre, vor- und nachstationäre (§ 115a SGB V) sowie ambulante (§ 115b SGB V) Fälle gehen nicht in die Betrachtungen ein. Zudem werden ausschließlich Fälle ausgewertet, deren Rechnungsprüfung abgeschlossen ist.

Übersicht zur Inanspruchnahme

Fast jeder fünfte Pflegebedürftige (19,7 %) hat im Jahr 2015 im Durchschnitt der Quartale mindestens einen Krankenhausaufenthalt. Im Durchschnitt sind die Pflegebedürftigen mit mindestens einem Krankenhausfall, bezogen auf das Quartal, 1,4 mal im Krankenhaus. Je Aufenthalt sind die Pflegebedürftigen durchschnittlich zehn Tage im Krankenhaus (Tabelle 21–6).

Wie Abbildung 21–20 zeigt, wird bei mehr als jedem fünftem Krankenhausfall (21,7 %) ein Pflegebedürftiger behandelt. 13 % der Fälle entfallen auf allein somatisch eingeschränkte Pflegebedürftige (ohne PEA-Status), jeder zwölfte Krankenhausfall (8,5 %) betrifft Personen mit einer eingeschränkten Alltagskompetenz (PEA-Status). Bezogen auf die Krankenhaustage wird die Bedeutung für den stationären Versorgungsalltag noch deutlicher: Jeder dritte Krankenhaustag (32,9 %) entfiel 2015 auf einen Pflegebedürftigen. Der Anteil der Krankenhaustage von Personen mit einem PEA-Status beträgt 12 %.

Tabelle 21–6

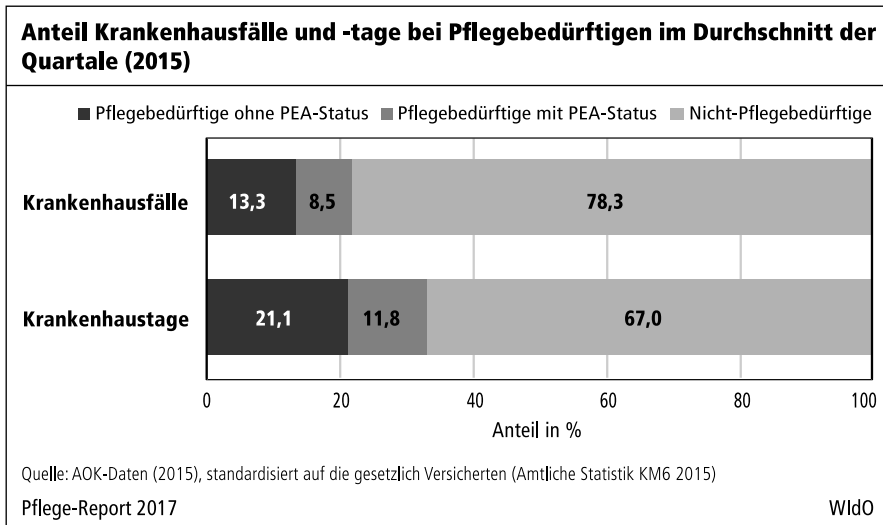
Übersicht zu den Krankenhausaufenthalten von Pflegebedürftigen, in % (2015)

	Im Durchschnitt der Quartale
Anteil Pflegebedürftige (mit mindestens einem Krankenhausaufenthalt)	19,7
Zahl der Fälle je Patient	1,4
Krankenhaustage je Fall	9,6

Quelle: AOK-Daten, standardisiert auf die gesetzlich Versicherten (Amtliche Statistik KM 6 2015)

Pflege-Report 2017

Abbildung 21–20



Inanspruchnahme nach Altersgruppen und Geschlecht

Die Wahrscheinlichkeit eines Krankenhausaufenthalts variiert deutlich zwischen den Altersgruppen. War im Durchschnitt der Quartale jeder fünfte Pflegebedürftige (19,7%) im Krankenhaus (Tabelle 21–7), so betraf dies bei den unter Zwanzigjährigen rund jeden Zehnten (10,3%), bei den Pflegebedürftigen im erwerbsfähigen Alter

Tabelle 21–7

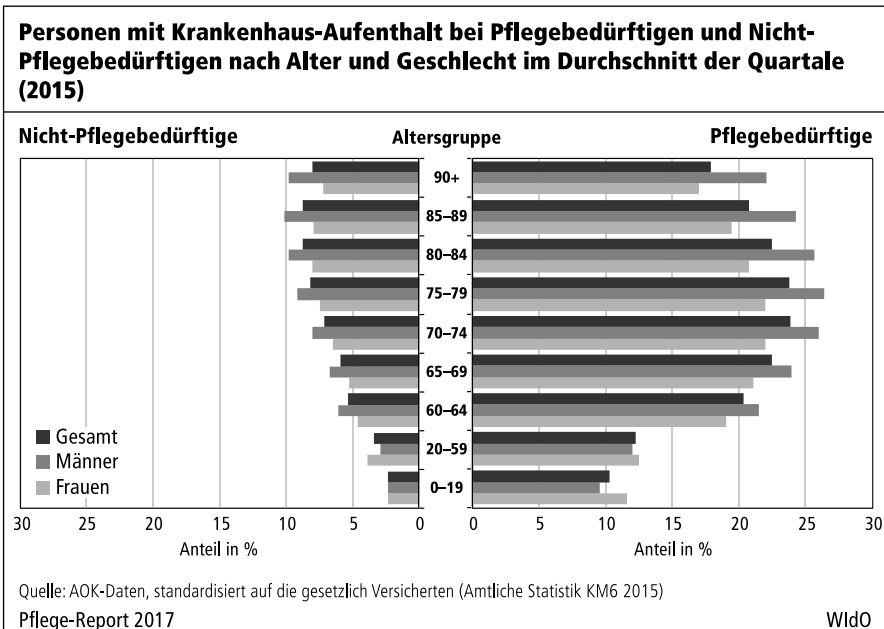
Pflegebedürftige mit Krankenhausaufenthalt nach Schwere der Pflegebedürftigkeit und Versorgungsform im Durchschnitt der Quartale, in % (2015)

Stufe*	Ausschließlich Pflegegeld			Ambulante Sach- und Kombinationsleistung			Vollstationäre Pflege			Alle Pflegebedürftigen**		
	ohne PEA	mit PEA	gesamt	ohne PEA	mit PEA	gesamt	ohne PEA	mit PEA	gesamt	ohne PEA	mit PEA	gesamt
PS 0		9,1	9,1		11,6	11,6		11,7	11,7		9,9	9,9
PS I	19,2	13,1	17,9	20,9	16,7	19,5	23,3	17,3	20,3	20,0	15,7	18,7
PS II	22,8	17,7	20,9	26,7	22,5	24,6	27,3	21,2	22,9	24,4	20,8	22,5
PSI III (inkl. HF)	24,2	19,1	21,0	30,6	23,5	25,4	29,1	17,9	18,8	25,6	19,5	20,9
Alle Pflegegestufen	20,2	14,2	18,1	23,1	19,2	21,3	25,1	19,0	20,9	21,4	17,6	19,7

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

Quelle: AOK-Daten, standardisiert auf die gesetzlich Versicherten (Amtliche Statistik KM 6 2015)

Abbildung 21–21



bis 59 Jahre rund jeden Achten (12,2%) und in der Altersgruppe der 70- bis 79-Jährigen schließlich fast jeden Vierten (23,8%; Abbildung 21–21). Vergleicht man dies mit Krankenhausaufenthalten Nicht-Pflegebedürftiger, zeigt sich ein ähnliches Bild über die Altersgruppen, wenn auch auf einem erwartungsgemäß deutlich niedrigeren Niveau. Anders als bei den Pflegebedürftigen ist hier aber erst in der Altersgruppe der 80- bis 89-Jährigen die Wahrscheinlichkeit für einen Krankenhausaufenthalt am höchsten (8,7%). Bei beiden Gruppen sinkt die stationäre Behandlungsrate in der zehnten Lebensdekade wieder – die der Pflegebedürftigen jedoch stärker.

Auch zwischen den Geschlechtern finden sich erhebliche Unterschiede: In den Jahrgängen unter Sechzig sind Frauen häufiger im Krankenhaus, ab 60 Jahre sind es dann die Männer. Beispielsweise ist von den 70- bis 90-jährigen pflegebedürftigen Männern rund jeder Vierte einmal im Quartal im Krankenhaus, bei den Frauen betrifft dies rund jede Fünfte. Die geschlechtsspezifischen Unterschiede in der Inanspruchnahme zeigen sich – wiederum auf einem niedrigeren Niveau – auch bei den Nicht-Pflegebedürftigen.

Inanspruchnahme nach Schwere der Pflegebedürftigkeit und Versorgungsform

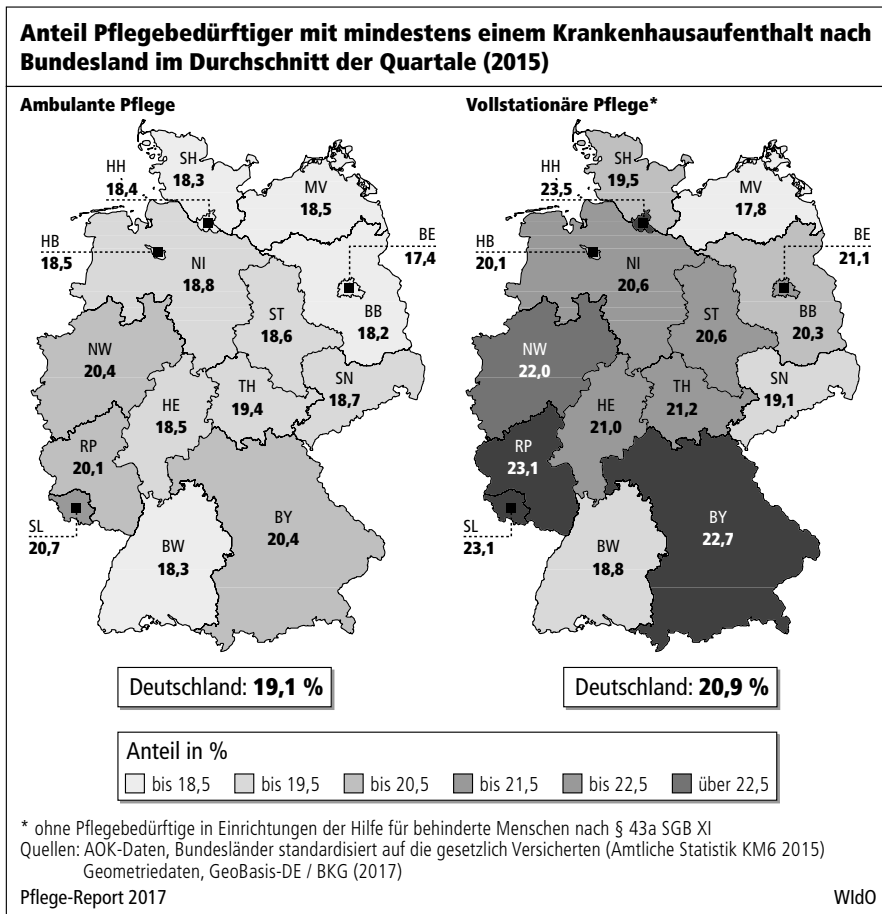
Die Hospitalisierungsrate je Quartal liegt bei den jeweiligen Versorgungsformen relativ nah beieinander (Tabelle 21–7). 2015 werden 18% der Pflegegeldempfänger, 21% der ambulant betreuten Pflegebedürftigen mit Pflegedienst sowie 21% der stationär betreuten Pflegebedürftigen im Quartal mindestens einmal im Krankenhaus aufgenommen. Personen mit einer eingeschränkten Alltagskompetenz (PEA) weisen einen geringeren Anteil an Krankenhausaufenthalten im Quartal auf als Per-

sonen der gleichen Stufe ohne eingeschränkte Alltagskompetenzen. Der Unterschied stellt sich in allen Versorgungsformen ähnlich dar. Insgesamt steigt – wie zu erwarten – der Anteil Personen mit einem Krankenhausaufenthalt jedoch generell mit der Schwere der Pflegebedürftigkeit an.

Inanspruchnahme nach Versorgungsform und Bundesland

Abbildung 21–22 präsentiert je Bundesland über alle vier Quartale des Jahres 2015 den durchschnittlichen Anteil Pflegebedürftiger mit mindestens einem Krankenhausaufenthalt nach Versorgungsform. Hierbei handelt es sich um Angaben, die um Alters- und Geschlechtsunterschiede zwischen den Bundesländern bereinigt wurden; standardisiert wurde auf die Struktur der gesetzlich Versicherten. Die regionalen Unterschiede in der ambulanten Pflege reichen von 17,4 % in Berlin bis zu 20,7 % im Saarland. In der vollstationären Pflege hingegen sind regionale Unterschiede bei Krankenhausaufenthalten von bis zu fünf Prozentpunkten zu beobachten. Während 2015 in Mecklenburg-Vorpommern durchschnittlich

Abbildung 21–22



17,8 % der Pflegebedürftigen in stationären Einrichtungen mindestens einen Krankenhausaufenthalt im Quartal haben, betrifft dies in Hamburg 23,5 % der Pflegebedürftigen, die stationär gepflegt werden.

21.3.3 Versorgung mit Arzneimitteln

Für die Analyse der Versorgung der Pflegebedürftigen mit Arzneimitteln werden die Medikamente erfasst, die von niedergelassenen Ärzten verordnet wurden. Die hier dargestellten Kennzahlen beschränken die Untersuchung dabei auf möglicherweise problematische Arzneimitteltherapien, die die Gefahr unerwünschter, risikobehafteter Arzneimittelereignisse erhöhen: die gleichzeitige Verordnung von mehreren Wirkstoffen⁴ (Polymedikation) und eine Versorgung mit für ältere Menschen potenziell ungeeigneten Wirkstoffen gemäß der so genannten PRISCUS-Liste⁵ (s. u.). Ferner wird ein vertiefender Blick auf die Behandlung mit Psychopharmaka geworfen.

Polymedikation nach Altersgruppen

Mit zunehmender Morbidität bzw. zunehmendem Alter steigt das Risiko, eine hohe Anzahl verschiedener Wirkstoffe verordnet zu bekommen (Abbildung 21–23). Mit dieser als Polymedikation bezeichneten Verdichtung der pharmakologischen Therapie geht die Zunahme von unerwünschten Wechselwirkungen dieser Wirkstoffe einher. In jedem Quartal erhält die Mehrzahl der Pflegebedürftigen (58,7 %) fünf oder mehr Wirkstoffe⁶ verordnet (Abbildung 21–24). In den Altersgruppen ab 60 bis 84 Jahre erhält jeder fünfte bis fast jeder vierte Pflegebedürftige zehn oder mehr Wirkstoffe pro Quartal. Im Vergleich verordnen Ärzte Nicht-Pflegebedürftigen deutlich weniger Wirkstoffe. Am höchsten ist hier die Wirkstoffrate bei den 80- bis 90-Jährigen: Rund 42 % erhalten in diesen Altersgruppen mehr als fünf und 6 % mehr als zehn Wirkstoffe (Abbildung 21–23).

Verordnung nach Bundesland

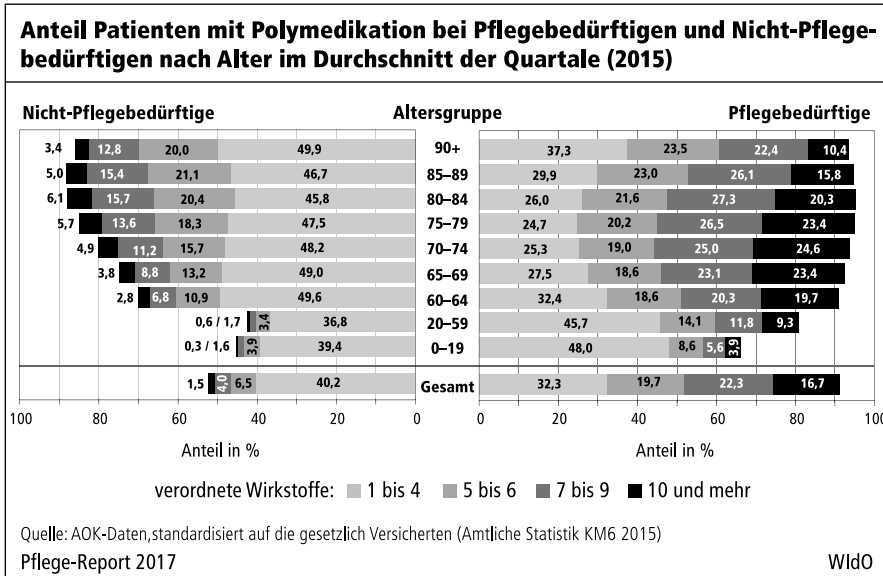
Die Polymedikationsraten sind ein bundesweit relativ einheitliches Problem. Abbildung 21–24 zeigt den Anteil der Pflegebedürftigen, die im Jahr 2015 fünf oder mehr unterschiedliche Wirkstoffe im Quartal erhalten. Dargestellt ist der Durchschnitt über alle vier Quartale des Jahres 2015 bereinigt um Alters- und Geschlechtsunterschiede zwischen den Bundesländern, d. h. standardisiert auf die Struktur aller gesetzlich Versicherten. Es zeigt sich, dass die Pflegebedürftigen in den Bundesländern Brandenburg (53,1 %), Sachsen-Anhalt (54,2 %), Berlin

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

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

6 Einschränkung der Analysen darauf, dass der jeweilige Grenzwert z. B. in mindestens zwei von vier Quartalen überschritten sein muss oder die Herausnahme von Wirkstoffen wie z. B. Impfstoffe, Dermatika, topische Mittel gegen Gelenk- und Muskelschmerzen oder Ophthalmologika und Otologika ergaben keine wesentlichen Veränderungen bei der Anzahl der verordneten Arzneimittel.

Abbildung 21–23



(54,8%) und Sachsen (54,9%) am seltensten fünf oder mehr Wirkstoffe verordnet bekommen. Spitzenreiter bei der Polymedikation sind Rheinland-Pfalz (62,2%), Nordrhein-Westfalen (61,9%) und das Saarland (61,3%) (Abbildung 21–24).

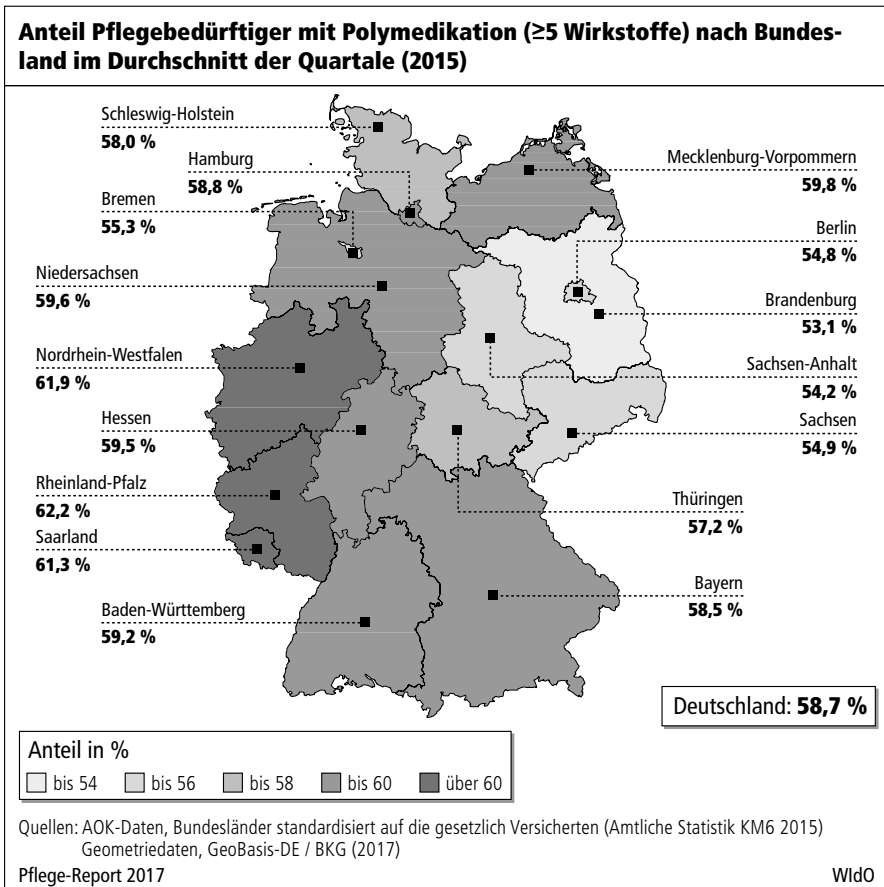
Verordnung nach Schwere der Pflegebedürftigkeit und Versorgungsform

Wie auch in anderen Sektoren der Versorgung zu beobachten, steigt der Anteil der von Polymedikation (mindestens fünf unterschiedliche Wirkstoffe) betroffenen Patienten mit zunehmender Morbidität an (Tabelle 21–8). Der Anteil steigt von der Pflegestufe I zur Pflegestufe II und sinkt dann in der Pflegestufe III wieder ab. In die Pflegestufen I und II eingestufte Pflegebedürftige mit einer zusätzlichen Einschränkung der Alltagskompetenz sind jedoch deutlich seltener von Polymedikation betroffen als Pflegebedürftige ohne diese Einschränkung. In der Pflegestufe III liegen die beiden Patientengruppen nah beieinander. Ferner erhalten Pflegebedürftige, die ohne Einbindung von Pflegediensten im häuslichen Setting versorgt werden, deutlich seltener fünf und mehr Wirkstoffe verordnet als solche in anderen Versorgungsformen (Tabelle 21–8).

PRISCUS-Arzneimittel

Die mit dem Alter einhergehenden physiologischen Veränderungen zeigen auch Auswirkungen auf die Wirkung und Verstoffwechslung von Arzneistoffen. Ältere Patienten sind aufgrund der veränderten Pharmakodynamik und -kinetik stärker von unerwünschten Effekten und Nebenwirkungen der Arzneimittel betroffen. Die nachfolgenden Untersuchungen betrachten die Wirkstoffe, die laut PRISCUS-Liste für ältere Menschen ab 65 Jahre als potenziell ungeeignet gelten (Holt et al. 2011).

Abbildung 21–24



Verordnung nach Altersgruppen und Geschlecht

Die Analyse von verordneten PRISCUS-Arzneien zeigt auf, dass Pflegebedürftige diese deutlich häufiger verordnet bekommen als Nicht-Pflegebedürftige gleichen Alters. Etwas weniger als jeder fünfte Pflegebedürftige (17,8 %) im Alter ab 65 Jahren hat mindestens ein Medikament erhalten, das auf der PRISCUS-Liste steht. Bei den Nicht-Pflegebedürftigen ab 65 Jahren ist dies jeder Zehnte (9,7 %). Die Wahrscheinlichkeit, ein PRISCUS-Mittel zu erhalten, sinkt bei den Pflegebedürftigen mit zunehmendem Alter (Abbildung 21–25). Bei den Nicht-Pflegebedürftigen hingegen bleibt der Anteil relativ konstant bzw. steigt mit dem Alter leicht an. Dies könnte darauf hindeuten, dass Ärzte bei der Behandlung insbesondere älterer Pflegebedürftiger – und damit wahrscheinlich eher multimorbider Patienten – sensibler gegenüber Verordnungen problematischer Arzneien sind als bei Personen gleichen Alters ohne derartige Krankheitslast. Ferner zeigt sich ein deutlicher Unterschied zwischen den Geschlechtern: Sowohl bei den Nicht-Pflegebedürftigen als auch bei den Pflegebedürftigen erhalten Frauen in allen Altersgruppen häufiger PRISCUS-Verordnungen als Männer. Dies korrespondiert damit, dass Frauen generell in spezi-

Tabelle 21–8

Anteil Pflegebedürftige mit Polymedikation (Anzahl Wirkstoffe ≥ 5) nach Schwere der Pflegebedürftigkeit und Versorgungsform im Durchschnitt der Quartale, in % (2015)

Stufe*	Ausschließlich Pflegegeld			Ambulante Sach- und Kombinationsleistung			Vollstationäre Pflege			Alle Pflegebedürftigen**		
	ohne PEA	mit PEA	gesamt	ohne PEA	mit PEA	gesamt	ohne PEA	mit PEA	gesamt	ohne PEA	mit PEA	gesamt
PS 0		33,1	33,1		46,6	46,6		50,7	50,7		37,5	37,5
PS I	62,9	40,1	58,0	70,3	57,6	66,1	74,2	61,8	68,0	64,2	50,6	60,3
PS II	61,5	45,9	55,6	73,8	64,1	69,0	76,6	66,0	68,9	65,4	59,0	62,0
PSI III (inkl. HF)	48,5	43,3	45,1	64,5	57,0	59,1	66,7	55,4	56,3	53,6	52,4	52,7
Alle Pflegegestufen	62,1	40,5	54,6	71,0	58,5	65,3	74,7	61,5	65,5	64,0	52,4	58,7

* Die dargestellte Stufe bezieht sich auf die höchste Stufe, die der Pflegebedürftige im Quartal hatte

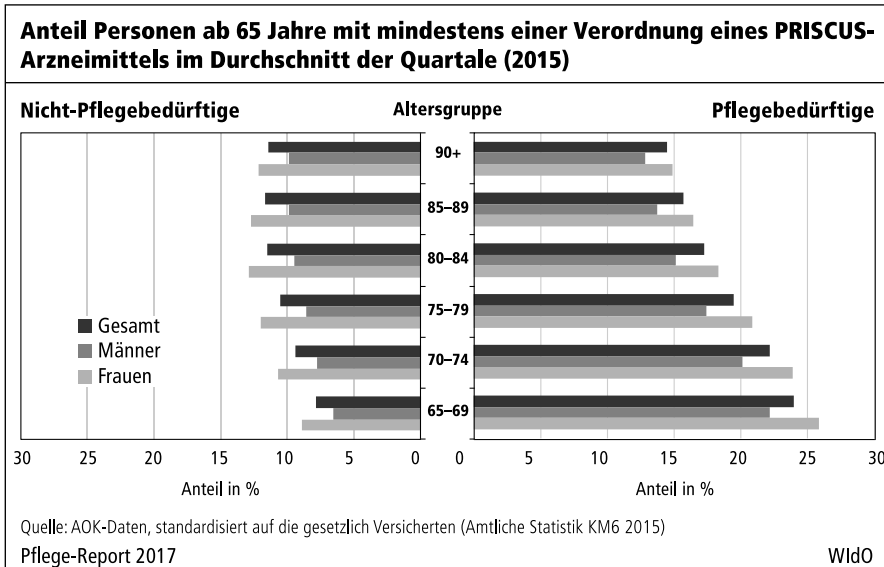
** Pflegebedürftige, die Pflege in vollstationären Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen nach § 43a SGB XI erhalten, sind ausschließlich in dieser Kategorie enthalten

Quelle: AOK-Daten, standardisiert auf die gesetzlich Versicherten (Amtliche Statistik KM 6 2015)

Pflege-Report 2017

WIdO

Abbildung 21–25



fischen Altersgruppen mehr Arzneimittel als Männer erhalten (Kapitel 49 in Schaufeler und Telschow 2016).

Verordnung nach Bundesland

Die Verordnungen von PRISCUS-Arzneimitteln zeigen auch nach der Bereinigung um Alters- und Geschlechtsunterschiede zwischen den Bundesländern deutliche regionale Unterschiede (Abbildung 21–26). Während nur 13 % der Pflegebedürftigen in Sachsen-Anhalt ein potenziell ungeeignetes Arzneimittel erhalten, sind es im Saarland 22 %. Insgesamt weisen die ostdeutschen Bundesländer mit Ausnahme von Mecklenburg-Vorpommern eine deutlich unterproportionale Verordnungsrate von PRISCUS-Arzneimitteln auf.

PRISCUS-Verordnungshäufigkeit nach Wirkstoffgruppen

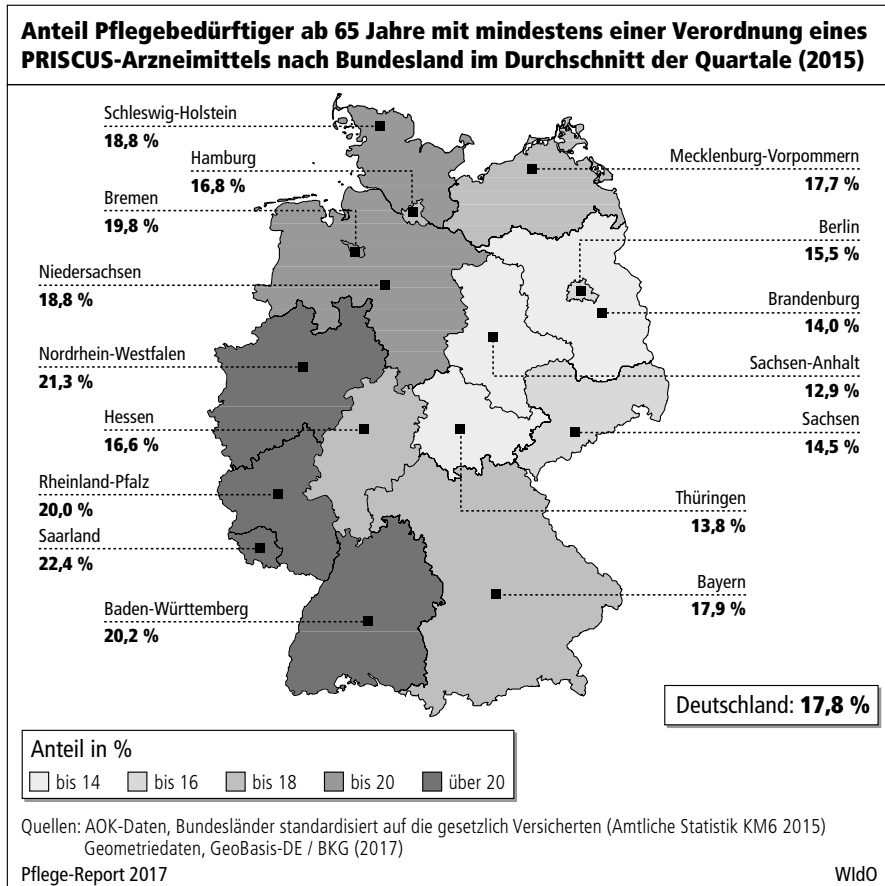
Betrachtet man die PRISCUS-Verordnungen differenziert nach Wirkstoffgruppen, wird deutlich, dass die weitaus meisten Verordnungen in den Wirkstoffbereich der Gruppe der Psychopharmaka fallen. Rund 7 % der Pflegebedürftigen über 65 Jahre erhalten Psycholeptika⁷ und 5 % ein Psychoanaleptikum⁸, die als ungeeignet eingestuft werden (Abbildung 21–27).

Differenziert man die Verordnungen aus der Wirkstoffgruppe der Psycholeptika und Psychoanaleptika, zeigt sich folgendes Bild (Tabelle 21–9): Fast jeder fünfte Pflegebedürftige über 65 Jahre (18,7 %) erhält ein Antipsychotikum, jedoch lediglich 1 % ein auf der PRISCUS-Liste aufgeführtes. Dies entspricht einem Anteil von rund 6 % der Antipsychotikaverordnungen. Anxiolytika (Beruhigungsmittel) sowie Hypnotika und Sedativa (Schlaf- und Beruhigungsmittel) hingegen werden insgesamt deutlich seltener verordnet. Die Wahrscheinlichkeit, in diesem Fall ein PRISCUS-Arzneimittel zu erhalten, ist jedoch sehr hoch. 37 % der Pflegebedürftigen über 65 Jahre mit einer Verordnung aus der Gruppe der Anxiolytika haben ein Medikament der PRISCUS-Liste erhalten. Bei den Hypnotika und Sedativa trifft dies sogar auf deutlich mehr als zwei Drittel (65,1 %) der Personen mit Verordnung zu. Unter den Psychoanaleptika haben die Antidepressiva die höchsten Verordnungsraten: Jeder fünfte (20,1 %) Pflegebedürftige über 65 Jahre erhält ein Antidepressivum – wiederum rund jeder Fünfte (22,1 %) hiervon ein auf der PRISCUS-Liste aufgeführtes. Lediglich 7 % der Pflegebedürftigen erhalten ein Antidementivum und PRISCUS-Arzneimittel kommen hier fast nicht vor (Tabelle 21–9). Bei den Nicht-Pflegebedürftigen sind die Verordnungsraten insgesamt auf einem deutlich niedrigeren Niveau. Wird ein entsprechendes Mittel verordnet, ist jedoch die Wahrscheinlichkeit, dass es sich um ein Arzneimittel der PRISCUS-Liste handelt, höher. Alles in allem erhalten 39 % der Pflegebedürftigen im Quartal ein Antipsychotikum (N05A) oder Anxiolytikum (N05B) oder Hypnotikum und Sedativum (N05C) oder Antidepressivum (N06A). Dies sind die vier Arzneimittelgruppen, die das Gros der

7 Unter Psycholeptika werden Stoffe mit dämpfender Wirkung auf das Zentralnervensystem verstanden. Darunter fallen in der ATC-Systematik die Antipsychotika, Anxiolytika, Hypnotika und Sedativa.

8 Unter Psychoanaleptika werden Stoffe mit anregender Wirkung auf das Zentralnervensystem verstanden. Darunter fallen in der ATC-Systematik die Antidepressiva, Psychostimulanzien, Nootropika und Antidementiva.

Abbildung 21–26

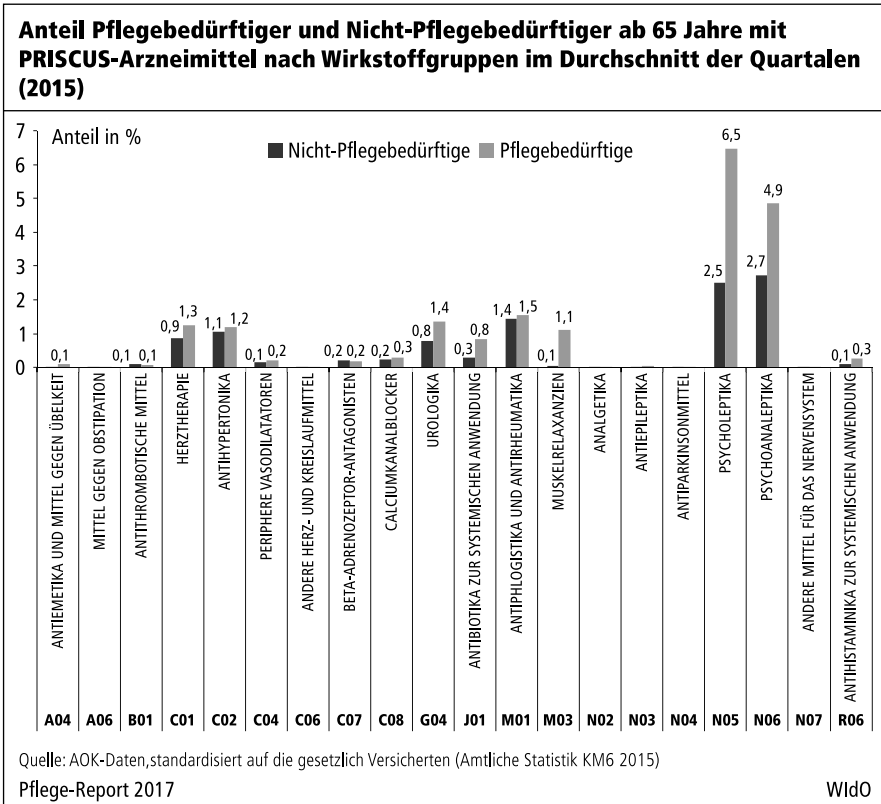


PRISCUS-Problematik ausmachen. Bei den stationär Versorgten trifft dies auf über die Hälfte der Heimbewohner zu.

Dauer der Verordnung von Antipsychotika, Anxiolytika, Hypnotika und Sedativa und Antidepressiva

Tabelle 21–10 zeigt, mit welcher Kontinuität die Wirkstoffe bei Pflegebedürftigen, die das ganze Jahr pflegebedürftig waren, verordnet werden. Dargestellt ist der Anteil dieser Personen, die den Wirkstoff im 4. Quartal 2015 und auch in allen übrigen Quartalen des Jahres 2015 erhalten haben, bezogen auf alle Pflegebedürftigen mit einer solchen Wirkstoffverordnung im letzten Quartal des Jahres 2015. Es wird deutlich, dass mehr als die Hälfte (59 %) der Pflegebedürftigen, die ein Antipsychotikum erhalten, dieses für mindestens ein Jahr (oder länger) verordnet bekommen hat. Nicht differenziert werden kann jedoch auf Basis der untersuchten Daten, ob die Pflegebedürftigen die Antipsychotika als Dauer- oder als Bedarfsmedikation erhalten. Es ist davon auszugehen, dass Antipsychotika im Kontext dieser Untersuchung bei Pflegebedürftigen weniger zur Behandlung von Schizophrenien, Manien

Abbildung 21–27



oder wahnhaften Depressionen, sondern vielmehr im Rahmen von psychischen und Verhaltensstörungen bei Demenz zum Einsatz kommen. Erhebungen zeigen, dass 40 % bis 60 % der Pflegeheimbewohner solche Symptome (z. B. verbale und körperliche Aggression, Wahnvorstellungen, Halluzinationen, Apathie) aufweisen (de Mauleon et al. 2014).

Die Quote der Folgeverordnungen steht im Kontrast zu den Empfehlungen der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN) und der Deutschen Gesellschaft für Neurologie (DGN). Mit dem Einsatz von Antipsychotika wird ein erhöhtes Mortalitätsrisiko, eine beschleunigte kognitive Verschlechterung sowie ein erhöhtes Risiko von Stürzen assoziiert (Cox et al. 2016; DGPPN 2016). Die Behandlung sollte mit der geringstmöglichen Dosis und über einen möglichst kurzen Zeitraum erfolgen und engmaschig kontrolliert werden (DGPPN 2016).

Ähnliche Dauerverordnungsraten sind bei Anxiolytika (Beruhigungsmitteln) und Hypnotika und Sedativa (Schlaf- und Beruhigungsmitteln) zu beobachten (Tabelle 21–10). 49 % der Pflegebedürftigen mit verordneten Anxiolytika und 56 % mit Hypnotika und Sedativa erhielten diese Medikamente dauerhaft über alle vier Quartale des Jahres 2015. Nach Empfehlungen der Arzneimittelkommission der

Tabelle 21–9

Anteil Pflegebedürftige ab 65 Jahre mit Verordnung von Psycholeptika bzw. Psychoanaleptika im Durchschnitt der Quartale, in % (2015)

Wirkstoffgruppen	Nicht-Pflegebedürftige			Pflegebedürftige			
	Alle Arzneimittel	PRISCUS-Arzneimittel	Anteil mit PRISCUS-Arzneimittel	Alle Arzneimittel	PRISCUS-Arzneimittel	Anteil mit PRISCUS-Arzneimittel	
Antipsychotika (N05A)	1,7	0,1	8,6	18,7	1,1	5,9	
Anxiolytika (N05B)	1,8	1,1	57,5	6,0	2,2	37,2	
Hypnotika und Sedativa (N05C)	1,7	1,4	78,8	5,2	3,4	65,1	
Homöopathische und Antroposophische Psycholeptika (N05H)	0,0	–*	–	0,0	–*	–	
Antidepressiva (N06A)	7,1	2,6	36,5	20,1	4,5	22,2	
Psychostimulanzien (N06B)	0,1	0,1	96,8	0,4	0,4	97,8	
Psycholeptika und Psychoanaleptika in Kombination (N06C)	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	
Antidementiva (N06D)	0,6	0,0	3,9	6,9	0,0	0,6	
Wirkstoffgruppen	Pflegebedürftige						Vollstationäre Pflege*
			ohne PEA	mit PEA	gesamt		
Antipsychotika (N05A) oder Anxiolytika (N05B) oder Hypnotika und Sedativa (N05C) oder Antidepressiva (N06A)			29,7	49,3	38,5	54,6	

* kein PRISCUS-Arzneimittel definiert

Quelle: AOK-Daten, standardisiert auf die gesetzlich Versicherten (Amtliche Statistik KM 6 2015)

Pflege-Report 2017

WIdO

Deutschen Ärzteschaft zu Angst und Zwangsstörungen sollte die Behandlung mit Anxiolytika (Benzodiazepine) aufgrund des Potenzials von Abhängigkeitsentwicklung jedoch in der Regel nicht länger als acht bis zwölf Wochen durchgeführt werden (ÄkdÄ 2003). Auch der Einsatz von Hypnotika bei Schlafstörungen wird sehr zurückhaltend bewertet. Die S1-Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Neurologie empfiehlt ebenso aufgrund des Abhängigkeitspotenzials bei Insomnien einen kurzfristigen, vorübergehenden Einsatz (ca. vier Wochen), auch wenn die Evidenzlage hierzu eher gering ist (Deutsche Gesellschaft für Neurologie 2012). Noch strenger sind die aktuellen Beers-Kriterien der American Geriatrics Society: Hier werden sowohl Benzodiazepine als auch die Benzodiazepin-Rezeptorantagonisten (sog. „Z-Substanzen“) als generell ungeeignet bei älteren Menschen einge-

Tabelle 21–10

Anteil Pflegebedürftige ab 65 Jahre mit Verordnung des Wirkstoffs über die Dauer von vier Quartalen bezogen auf alle Pflegebedürftige mit Verordnung des Wirkstoffs nach Schwere der Pflegebedürftigkeit und nach Facharztgruppe, in % (2015)

Stufe*	Antipsychotika (N05A)			Anxiolytika (N05B)			Hypnotika und Sedativa (N05C)			Antidepressiva (N06A)		
	ohne PEA	mit PEA	gesamt	ohne PEA	mit PEA	gesamt	ohne PEA	mit PEA	gesamt	ohne PEA	mit PEA	gesamt
PS 0		64,6	64,6		63,0	63,0		62,6	62,6		57,0	57,0
PS I	52,4	59,2	56,5	53,5	53,7	53,5	58,9	58,4	58,8	50,6	54,5	51,9
PS II	46,7	59,5	57,0	48,0	46,9	47,4	56,1	51,0	53,3	50,6	52,0	51,4
PSI III (inkl. HF)	46,5	66,4	65,1	35,4	44,8	43,4	49,9	52,2	51,8	48,8	51,8	51,4
Alle Pflegegestufen	49,9	61,5	58,9	50,6	48,4	49,4	57,5	53,8	55,8	50,5	53,1	51,8
Verordnet durch:												
Hausarzt			50,2			63,9			65,3			61,7
Neurologen			26,8			16,3			14,9			21,4
Psychiater			9,8			6,1			5,5			7,2
Sonstige Fachärzte			13,3			13,7			14,2			9,7

* Die dargestellte Stufe bezieht sich auf die höchste Stufe, die der Pflegebedürftige im Quartal hatte

Quelle: AOK-Daten, standardisiert auf die gesetzlich Versicherten (Amtliche Statistik KM 6 2015)

Pflege-Report 2017

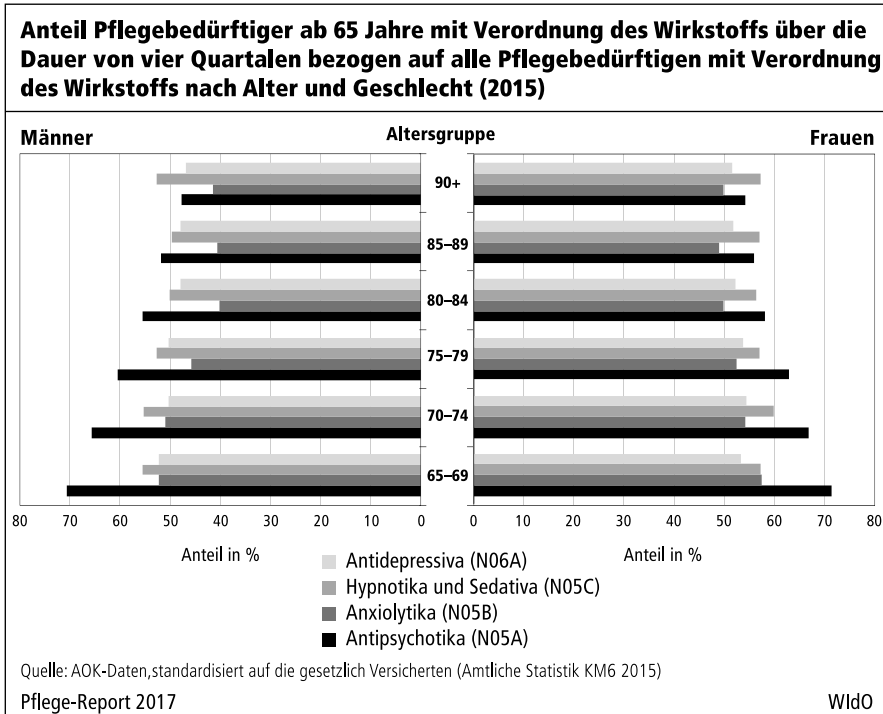
WIdO

stuft, und zwar unabhängig von der Dauer der Anwendung (AGS 2015). Bei Pflegebedürftigen ist ferner das erhöhte Sturzrisiko zu bedenken, das mit der Gabe von Hypnotika assoziiert ist. In der Gesamtschau kann im Sinne der S3-Leitlinie „Demenzen“ für eine medikamentöse Therapie von Schlafstörungen bei Demenz keine evidenzbasierte Empfehlung ausgesprochen werden (DGPPN 2016).

Antidepressiva erhalten 52 % der Pflegebedürftigen mit einer solchen Verordnung über vier Quartale in Folge. Anders als bei den Psycholeptika wird hier – bei Ansprache auf die Therapie – eine kontinuierliche Gabe über die Remission hinaus von vier bis zu neun Monaten empfohlen (ÄkdÄ 2006; DGPPN 2015). Bei der Interpretation der Verordnungsraten ist jedoch zu beachten, dass Antidepressiva bei den hier betrachteten Pflegebedürftigen wahrscheinlich auch zur Behandlung von Hyperaktivität, zur Schlafinduktion oder zur Verbesserung der Schmerztherapie zur Anwendung kommen.

Während der dauerhafte Einsatz bei Antipsychotika bei Personen mit kognitiven Einschränkungen durchweg erhöht ist und mit Zunahme der Schwere der Pflege ansteigt, sind die Unterschiede bei den Anxiolytika sowie den Hypnotika und Sedativa umgekehrt. Diese Wirkstoffgruppen werden häufiger bei Pflegebedürftigen mit geringerer Pflegebedürftigkeit ein Jahr oder länger verordnet und die Unterschiede zwischen Personen mit und ohne kognitive Einschränkungen sind nicht eindeutig.

Abbildung 21–28



Bezogen auf Antidepressiva finden sich nur geringe Unterschiede nach Schwere der Pflegebedürftigkeit. Pflegebedürftige ohne kognitive Einschränkungen bekommen die Antidepressiva etwas seltener für ein Jahr oder länger (Tabelle 21–10).

Bei einer differenzierten Betrachtung der Fachärzte, die diese Wirkstoffe verschreiben, zeigt sich, dass die Hälfte (50,2 %) aller verschreibenden Ärzte von Antipsychotika Hausärzte sind. Nur rund jeder zehnte Arzt ist ein Psychiater (9,8 %) und ungefähr jeder Vierte ein Neurologe (26,8 %). Der Anteil der Hausärzte, die Hypnotika und Sedativa verschreiben, liegt sogar bei 65 % (Tabelle 21–10)

Abbildung 21–28 zeigt den Anteil der Pflegebedürftigen ab 65 Jahre mit Dauerverordnung der untersuchten Wirkstoffe nach Alter und Geschlecht unter den Pflegebedürftigen, die 2015 das ganze Jahr über pflegebedürftig waren und den entsprechenden Wirkstoff im letzten Quartal erhielten. Die Antipsychotika-Dauerverordnungen liegen bei den 65- bis 69-Jährigen bei einem Anteil von rund 71 % und sinken dann deutlich mit zunehmendem Alter auf 48 % bei den Männern und 54 % bei den Frauen ab. Die Anteile in allen anderen Wirkstoffgruppen sind über die Altersgruppen hinweg relativ konstant.

Fokus Antipsychotika

Tabelle 21–11 nimmt noch einmal die Verordnungen von Antipsychotika (N05A) in den Fokus. Neben der Schizophrenie, Manien oder wahnhaften Depressionen werden einige Antipsychotika auch bei psychischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Demenz eingesetzt. Mit solchen psychischen und Verhaltensstörungen werden mit der Demenz einhergehende Symptome wie Agitation und Aggressivität, Wahnvorstellungen, Halluzinationen, Apathie und Depression verbunden. Der Einsatz von Antipsychotika für die Behandlung dieser Symptome ist alles andere als unumstritten (siehe hierzu Thürmann 2017 sowie Schwinger et al. 2017, Kapitel 11 und 12 in diesem Band). Deutlich wird, dass bei quartalsweiser Betrachtung rund jeder dritte (31,9 %) demenziell erkrankte Pflegebedürftige über 65 Jahre ein Antipsychotikum erhalten hat. Im Pflegeheim trifft dies auf 42 % der Bewohner mit einer eingeschränkten Alltagskompetenz zu. Im häuslichen Kontext – ohne Sachleistungsbezug – ist dieser Anteil mit 21 % nur halb so hoch.

Die Häufigkeit, mit der Pflegebedürftige mit einer Demenz bzw. anders garteten eingeschränkten Alltagskompetenz in Pflegeheimen Antipsychotika verordnet bekommen, schwankt regional. Abbildung 21–29 zeigt die Verordnungsraten bereinigt um Alters- und Geschlechtsunterschiede zwischen den Bundesländern, standardisiert auf die Struktur der gesetzlich Versicherten. Während in Berlin nur etwas mehr als jeder dritte (35,1 %) demenzkranke Heimbewohner im Quartal ein Antipsychotikum verordnet bekommen hat, trifft dies im Saarland auf fast die Hälfte (48,4 %) der demenzkranken Heimbewohner zu.

Tabelle 21–11

Anteil Pflegebedürftige ab 65 Jahre mit mindestens einer Verordnung von Antipsychotika (N05A) nach Schwere der Pflegebedürftigkeit und Versorgungsform im Durchschnitt der Quartale, in % (2015)

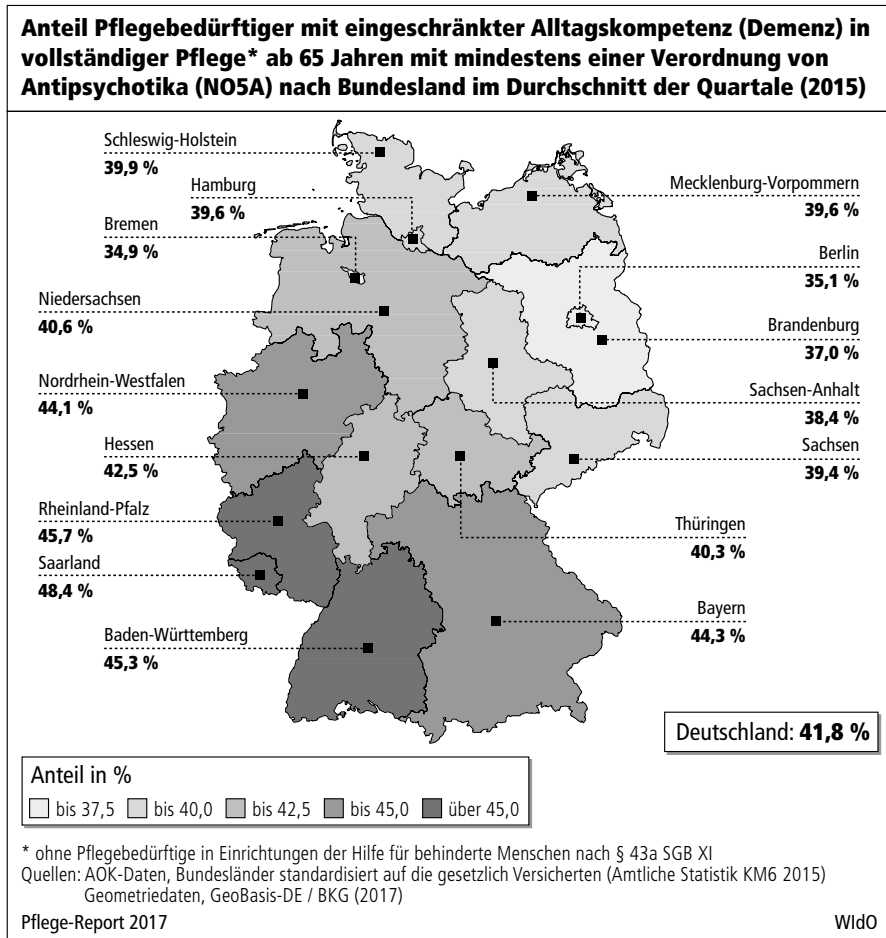
Stufe*	Ausschließlich Pflegegeld			Ambulante Sach- und Kombinationsleistung			Vollstationäre Pflege			Alle Pflegebedürftigen**		
	ohne PEA	mit PEA	gesamt	ohne PEA	mit PEA	gesamt	ohne PEA	mit PEA	gesamt	ohne PEA	mit PEA	gesamt
PS 0		16,1	16,1		21,7	21,7		41,3	41,3		19,9	19,9
PS I	4,3	18,3	6,7	5,7	20,8	10,4	14,5	37,6	25,8	6,6	26,3	11,9
PS II	7,2	24,4	13,3	8,9	28,2	18,8	19,0	43,7	37,1	10,7	35,6	24,3
PSI III (inkl. HF)	12,9	30,1	24,5	15,1	33,2	29,2	24,5	42,7	41,6	16,7	38,7	35,3
Alle Pflegegestufen	5,1	21,1	9,6	7,0	25,7	15,4	16,5	41,8	34,0	8,0	31,9	18,7

* Die dargestellte Stufe bezieht sich auf die höchste Stufe, die der Pflegebedürftige im Quartal hatte

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

Quelle: AOK-Daten, standardisiert auf die gesetzlich Versicherten (Amtliche Statistik KM 6 2015)

Abbildung 21–29



21.3.4 Versorgung mit Heilmittelleistungen

Heilmittel werden eingesetzt, um Beeinträchtigungen durch eine Krankheit abzumildern, eine Krankheit zu heilen oder ihr Fortschreiten aufzuhalten oder um einer Gefährdung der gesundheitlichen Entwicklung eines Kindes frühzeitig entgegenzuwirken. Bei erwachsenen Pflegebedürftigen können Heilmittelverordnungen helfen, die Selbstständigkeit in Teilbereichen so lange wie möglich zu erhalten. Im Durchschnitt der Quartale wurden fast 30 % der Pflegebedürftigen 2015 mit mindestens einer Behandlung versorgt (Tabelle 21–12). Die Patientenrate ist nur in den beiden Leistungsbereichen Ergo- und Sprachtherapie bei den männlichen Pflegebedürftigen höher als bei den weiblichen. Die mit großem Abstand häufigsten Heilmittelbehandlungen der Pflegebedürftigen entstammen dem Maßnahmenkatalog der Physiotherapie. Je Quartal ist im Mittel fast jeder vierte Pflegebedürftige (24,2 %) in einer physiotherapeutischen Behandlung. Maßnahmen der Ergotherapie, Sprach-

Tabelle 21–12

Verordnungshäufigkeit nach Heilmittelleistungsbereichen im Durchschnitt der Quartale, in % (2015)

Leistungsbereich	Anteil an Pflegebedürftigen mit mind. einer Verordnung			Anzahl Behandlungen je Patient		
	Männer	Frauen	gesamt	Männer	Frauen	gesamt
Physiotherapie	23,8	24,5	24,2	17,5	16,6	16,9
Podologie	3,8	3,8	3,8	3,5	3,5	3,5
Sprachtherapie	4,2	2,3	3,0	13,1	13,3	13,2
Ergotherapie	7,1	4,8	5,7	15,0	14,9	14,9
Gesamt	30,3	29,6	29,9	15,2	14,7	14,9

Quelle: AOK-Daten, standardisiert auf die gesetzlich Versicherten (Amtliche Statistik KM 6 2015)

Pflege-Report 2017

WIdO

therapie sowie Podologie nahmen zwischen 3 % und 6 % der Pflegebedürftigen in Anspruch. Die pflegebedürftigen Heilmittelpatienten nehmen im Durchschnitt der Quartale rund 17 physiotherapeutische Behandlungen (einzelne Sitzungen), 13 sprachtherapeutische Behandlungen und 15 ergotherapeutische Behandlungen in Anspruch, rein rechnerisch also ungefähr etwas mehr als eine Behandlungssitzung pro Woche des Quartals. Die jeweilige Therapieintensität – gemessen in Behandlungen je Patient – unterscheidet sich zwischen den Geschlechtern nur marginal.

Ausgehend von den 2015 insgesamt von Versicherten in Anspruch genommenen Heilmittelbehandlungen zeigt Abbildung 21–30 die Verteilung nach Pflegebedürftigen mit und ohne Demenz sowie Nicht-Pflegebedürftigen. Eine von vier physiotherapeutischen Behandlungen (23,7 %) entfällt auf Pflegebedürftige. Bei der Ergotherapie werden fast die Hälfte (47,6 %) der Behandlungen von Pflegebedürftigen durchlaufen, knapp 24 % aller ergotherapeutischen Sitzungen entfallen auf Pflegebedürftige ohne und weitere 24 % auf solche mit eingeschränkter Alltagskompetenz.

Inanspruchnahme physiotherapeutischer Behandlungen nach Altersgruppen und Geschlecht

In der Physiotherapie stehen eine Vielzahl von Maßnahmen wie Manuelle Therapie, Massagetechniken, Sensomotorische Aktivierung und verschiedene Formen der Heilgymnastik zur Verfügung. Das Ziel physiotherapeutischer Maßnahmen sind die Förderung, Erhaltung oder Wiederherstellung der Beweglichkeit und Funktionalität des Muskel- und Skelettsapparates und häufig auch die Schmerzreduktion. Im Durchschnitt erhält etwa ein Viertel aller Pflegebedürftigen (24,2 %) im Mittel der vier Quartale 2015 jeweils Physiotherapie (Tabelle 21–13). Der Anteil der physiotherapeutischen Patienten ist bei den weiblichen Pflegebedürftigen in jeder Altersgruppe höher als bei den männlichen. Die Nicht-Pflegebedürftigen erhalten insgesamt deutlich weniger Physiotherapie verordnet. Auch hier überwiegt der Anteil der Frauen mit Verordnungen deutlich den der Männer. Die Zeit mit der höchsten Behandlungsrate liegt bei den Nicht-Pflegebedürftigen erwartungsgemäß deutlich später im Lebenszyklus (Abbildung 21–31).

Abbildung 21–30

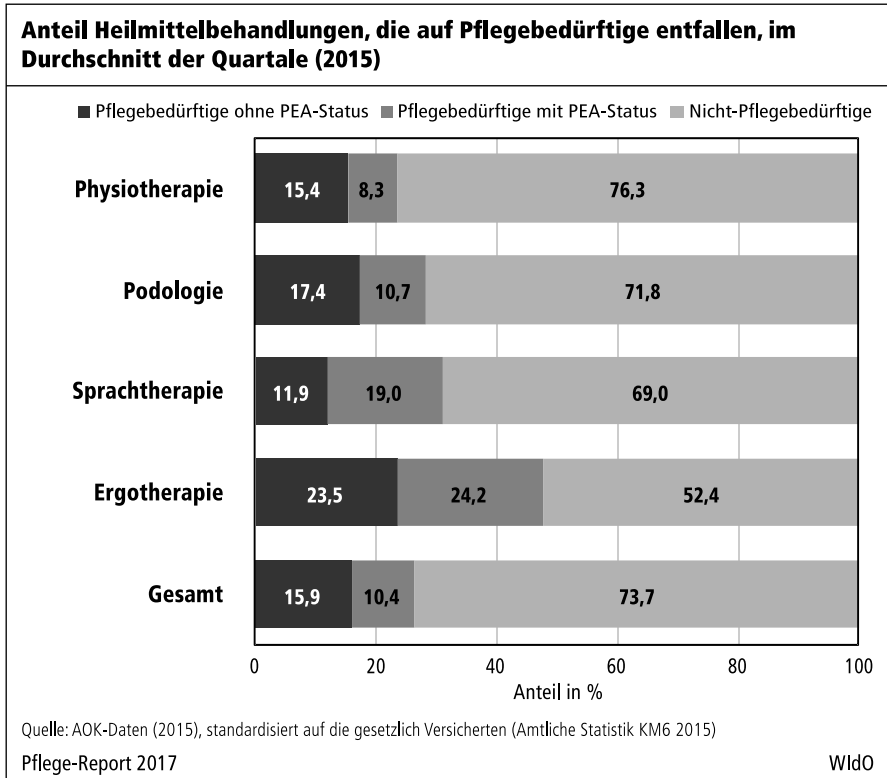


Tabelle 21–13

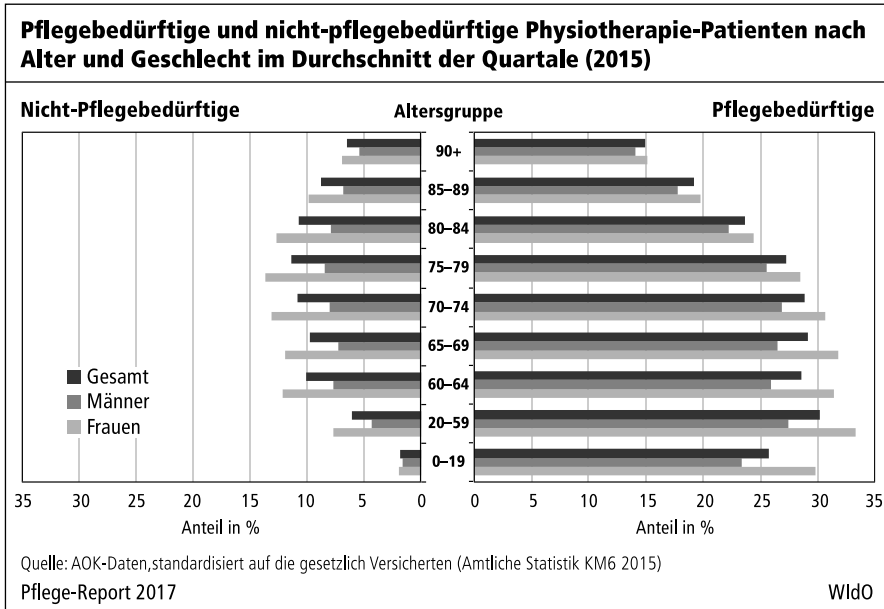
Physiotherapie – Pflegebedürftige mit mindestens einer Behandlung nach Pflegestufe und Pflegeart im Durchschnitt der Quartale, in % (2015)

Stufe*	Ausschließlich Pflegegeld			Ambulante Sach- und Kombinationsleistung			Vollstationäre Pflege			Alle Pflegebedürftigen**		
	ohne PEA	mit PEA	gesamt	ohne PEA	mit PEA	gesamt	ohne PEA	mit PEA	gesamt	ohne PEA	mit PEA	gesamt
PS 0		8,6	8,6	8,6	8,6		6,3	6,3		8,4	8,4	
PS I	22,9	12,9	20,7	26,2	14,0	22,2	25,6	12,6	19,0	23,9	13,4	20,8
PS II	30,6	21,6	27,2	42,2	29,2	35,7	40,4	22,3	27,1	35,3	23,9	29,4
PSI III (inkl. HF)	40,5	35,9	37,5	54,2	41,2	44,7	44,9	22,8	24,5	46,2	30,0	33,6
Alle Pflegestufen	25,3	17,3	22,5	32,3	23,1	28,1	31,9	19,6	23,3	28,0	19,8	24,2

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

Quelle: AOK-Daten, standardisiert auf die gesetzlich Versicherten (Amtliche Statistik KM 6 2015)

Abbildung 21–31



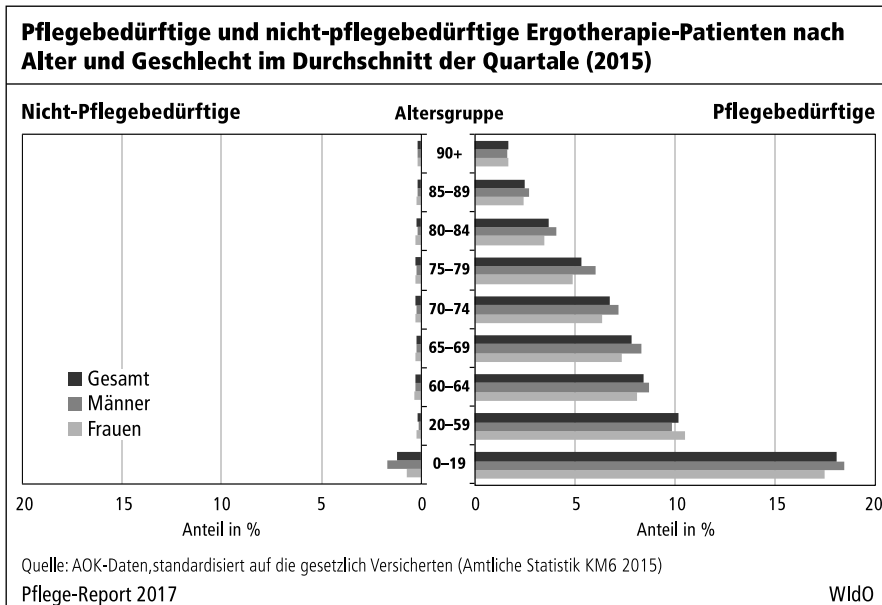
Inanspruchnahme physiotherapeutischer Behandlungen nach Schwere der Pflegebedürftigkeit und Versorgungsform

Die Verordnung von Physiotherapie entwickelt sich erwartungsgemäß entlang der sich in Pflegebedürftigkeit äußernden körperlichen Einschränkungen. Von der Pflegestufe I (20,8 %) über die Pflegestufe II (29,4 %) bis zur Pflegestufe III (33,6 %) nimmt der Anteil der Personen mit physiotherapeutischer Unterstützung an den Pflegebedürftigen zu (Tabelle 21–13). Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz sind deutlich seltener Patienten als Personen mit ansonsten gleicher Einstufung ihrer Pflegebedürftigkeit ohne eine solche. Im Durchschnitt sind in einem Quartal über alle Stufen hinweg betrachtet 28 % der Pflegebedürftigen ohne kognitive Einschränkungen, demgegenüber aber nur 20 % der Pflegebedürftigen mit PEA-Status, in physiotherapeutischer Behandlung. Die Analyse der Pflegesettings zeigt zudem, dass die Pflegebedürftigen, die ambulante Sach- oder Kombinationsleistungen erhalten, überproportional häufig physiotherapeutischer Behandlung erhalten.

Inanspruchnahme ergotherapeutischer Behandlungen nach Altersgruppen und Geschlecht

Neben der Physiotherapie soll auch die Behandlung der Pflegebedürftigen mit Ergotherapie vertieft dargestellt werden. Ergotherapie umfasst motorisch-funktionelle, psychisch-funktionelle und sensomotorisch-perzeptive Therapien sowie das so genannte Hirnleistungstraining. Ziel der ergotherapeutischen Maßnahmen ist die (Wiederherstellung der) Selbstständigkeit bei alltäglichen Verrichtungen und bei der Selbstversorgung. Ergotherapie wird bei Kindern u. a. bei motorischen Entwick-

Abbildung 21–32



lungsstörungen (UEMF) eingesetzt, bei Erwachsenen stehen rehabilitative Maßnahmen nach Stürzen, Operationen und schweren Unfällen im Vordergrund. Bei Senioren kommen ergotherapeutische Behandlungen bei demenziellen Syndromen oder zur palliativen Versorgung zum Einsatz.

Nur ein marginaler Anteil an den nicht-pflegebedürftigen Versicherten nimmt ergotherapeutische Leistungen in Anspruch. Dies veranschaulicht Abbildung 21–32. Eine Ausnahme bildet die Gruppe der Kinder und Jugendlichen (0–19 Jahre): Hier nehmen 1,7 % der nicht-pflegebedürftigen Jungen und 0,8 % der Mädchen Ergotherapie in Anspruch. Bei den Pflegebedürftigen ist das Inanspruchnahmeverhalten anders: Rund 18 % der 0- bis 19-Jährigen erhalten Ergotherapie. Von den Pflegebedürftigen zwischen 65 und 69 Jahren sind es noch rund 8 %. Der Anteil sinkt dann kontinuierlich mit dem Alter weiter ab.

Betrachtet man die Inanspruchnahme der Ergotherapie wiederum differenziert nach Versorgungsbereichen, so wird deutlich, dass der Anteil der Patienten an den Pflegebedürftigen mit der Schwere der Pflegebedürftigkeit zunimmt. Pflegebedürftige mit eingeschränkter Alltagskompetenz sind erwartungsgemäß eher in ergotherapeutischer Behandlung als Pflegebedürftige ohne PEA-Status. Dies gilt durchgängig jedoch nur für Pflegebedürftige mit der Pflegestufe I bzw. für Pflegebedürftige, die ausschließlich Pflegegeld erhalten. Ab der Pflegestufe II erhalten Pflegebedürftige mit eingeschränkter Alltagskompetenz in der vollstationären Pflege oder bei Sach- und Kombinationsleistungsbezug deutlich seltener Ergotherapie als Personen ohne diese Einschränkung (Tabelle 21–14).

Tabelle 21–14

Ergotherapie – Pflegebedürftige mit mindestens einer Behandlung nach Pflegestufe und Pflegeart im Durchschnitt der Quartale, in % (2015)

Stufe*	Ausschließlich Pflegegeld			Ambulante Sach- und Kombinationsleistung			Vollstationäre Pflege			Alle Pflegebedürftigen**		
	ohne PEA	mit PEA	Gesamt	ohne PEA	mit PEA	Gesamt	ohne PEA	mit PEA	Gesamt	ohne PEA	mit PEA	Gesamt
PS 0		5,0	5,0		3,3	3,3		1,7	1,7		4,4	4,4
PS I	3,2	6,5	3,9	3,3	4,0	3,5	3,4	3,3	3,3	3,4	4,9	3,8
PS II	6,1	8,0	6,8	9,6	8,7	9,1	8,5	5,8	6,5	7,6	7,2	7,4
PSI III (inkl. HF)	10,0	12,2	11,4	16,7	12,9	14,0	15,6	7,3	7,9	13,1	9,7	10,5
Alle Pflegestufen	4,2	7,3	5,3	5,8	7,0	6,4	5,9	5,5	5,6	5,0	6,6	5,7

* Die dargestellte Stufe bezieht sich auf die höchste Stufe, die der Pflegebedürftige im Quartal hatte

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

Quelle: AOK-Daten, standardisiert auf die gesetzlich Versicherten (Amtliche Statistik KM 6 2015)

Pflege-Report 2017

WIdO

21.4 Zusammenfassung

Im Jahr 2015 waren rund 2,8 Mio. Personen pflegebedürftig, dies entspricht knapp 4 % der gesetzlich versicherten Bundesbürger. Mit dem Alter nimmt die Wahrscheinlichkeit, pflegebedürftig zu sein, deutlich zu. Bei den über 90-Jährigen ist bei einer Quote von 60 % sogar eine deutliche Mehrzahl der Personen pflegebedürftig. Zudem unterscheidet sich die Pflegeprävalenz zwischen Männern und Frauen: Insbesondere in den höheren Altersgruppen sind Frauen deutlich stärker von Pflegebedürftigkeit betroffen.

Die Zahl der Pflegebedürftigen hat sich innerhalb der letzten zehn Jahre um ca. 45 % erhöht. Berücksichtigt man jedoch die fortschreitenden Alterungsprozesse der Gesellschaft und die seit dem Jahr 2008 geltende Ausweitung des anspruchsberechtigten Personenkreises um Personen mit Pflegebedarf unterhalb der Pflegestufe I, so verbleibt ein deutlich reduzierter Anstieg von 15 %. Rund die Hälfte der gesetzlich versicherten Pflegebedürftigen hat 2015 eine eingeschränkte Alltagskompetenz, wobei die Anteile je nach Schwere der Pflege und Versorgungsform stark variieren. In der Pflegestufe I benötigen 29 %, in der Pflegestufe III 78 % aufgrund dieser Einschränkung entsprechende Hilfen bei der allgemeinen Betreuung. Auch bei den Geldleistungsbeziehern ist der Anteil mit rund 34 % unterproportional, während im stationären Setting 70 % und damit eine deutliche Mehrheit der Heimbewohner eine eingeschränkte Alltagskompetenz haben.

Insgesamt wird die Mehrzahl der Pflegebedürftigen – nämlich drei von vier – in ihrer häuslichen Umgebung betreut. Die Hälfte bezieht dabei ausschließlich Pflegegeld, rund ein Viertel entschied sich entweder für eine Kombination aus Geld- und Sachleistung oder für den alleinigen Bezug von Sachleistungen. Jeder vierte Pflege-

bedürftige wird stationär in einem Pflegeheim versorgt. Von den ambulant Versorgten hat im Jahresdurchschnitt jeder Vierte mindestens einmal eine Verhinderungspflege und mehr als jeder zehnte eine Kurzzeitpflege genutzt. Tages- und Nachtpflege hingegen wird nur von einer Minderheit (rund 5 %) in Anspruch genommen. Tages- und Nachtpflege sowie Kurzzeitpflege werden ferner weitaus früher im Verlauf der Pflegebedürftigkeit genutzt als die Verhinderungspflege. Die deutliche Mehrzahl (56,4 %) der Nutzer dieser Unterstützungsleistung ist bereits länger als drei Jahre pflegebedürftig.

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

Als Kennzahl für die ärztliche Versorgung der Pflegebedürftigen wurden die Facharztkontakte ausgewertet. In der Gesamtschau zeigt sich, dass Personen, die über ihre körperlich bedingte Pflegebedürftigkeit hinaus zusätzlich eine eingeschränkte Alltagskompetenz (PEA-Status) aufweisen, in allen Pflegestufen jeweils zu einem leicht geringeren Anteil Facharztbesuche wahrnehmen als Pflegebedürftige der gleichen Stufe ohne diese Einschränkung. Ferner zeigt sich für die Pflegebedürftigen im stationären Sektor in allen Pflegestufen eine insgesamt höhere Quote an Facharztkontakten als im ambulanten Sektor. Jedoch zeigen sich Unterschiede zwischen den Facharztgruppen. Während z. B. Pflegebedürftige, die in der eigenen Häuslichkeit versorgt werden, deutlich häufiger internistische Fachärzte konsultieren, haben Pflegebedürftige im Pflegeheim häufiger Kontakt zu Neurologen. Inwiefern die beobachteten Effekte durch Unterschiede in der Morbidität begründet sind oder auf eine ärztliche Unterversorgung hinweisen, konnte hier nicht weiter untersucht werden.

Mit Bezug zum Krankenhaus wurde die erhebliche Bedeutung von Pflegebedürftigkeit für den Versorgungsalltag herausgearbeitet: Bei mehr als jedem fünftem Krankenhausfall wird ein Pflegebedürftiger behandelt. Jeder zwölfte Krankenhausfall betrifft Personen mit einer eingeschränkten Alltagskompetenz. Vergleicht man die Hospitalisierungsraten zwischen den Versorgungsformen stufenbezogen, unterscheiden sich diese dahingehend, dass ambulant versorgte Personen eine leicht geringere Hospitalisierungsraten aufweisen. Gleichzeitig wird deutlich, dass Personen mit einer eingeschränkten Alltagskompetenz (PEA) einen deutlich geringeren Anteil an Krankenhausaufenthalten im Quartal aufweisen als Personen der gleichen Stufe ohne eingeschränkte Alltagskompetenzen.

Mit zunehmender Morbidität bzw. zunehmendem Alter steigt das Risiko, eine hohe Anzahl verschiedener Arzneiwirkstoffe verordnet zu bekommen. Mit dieser

als Polymedikation bezeichneten Verdichtung der pharmakologischen Therapie geht die Zunahme von unerwünschten Wechselwirkungen dieser Wirkstoffe einher. In den Altersgruppen ab 60 Jahre erhalten sowohl die Nicht-Pflegebedürftigen als auch die Pflegebedürftigen mehrheitlich fünf oder mehr Wirkstoffe verordnet. Pflegebedürftige mit einer zusätzlichen Einschränkung der Alltagskompetenz sind dabei deutlich seltener von Polymedikation betroffen als Pflegebedürftige ohne diese Einschränkung. Ebenso unterscheidet sich die Verordnungsdichte auch zwischen den Bundesländern; in den östlichen Bundesländern ist die Polymedikationsquote geringer.

Untersucht wurde ferner, in welchem Ausmaß für Ältere potenziell ungeeignete Arzneimittel verordnet wurden. Insgesamt erhalten die Pflegebedürftigen deutlich häufiger solche Arzneien der PRISCUS-Liste. Die meisten dieser Verordnungen stammen aus der Gruppe der Psycholeptika und Psychoanaleptika. Gleichzeitig ist zu beobachten, dass anders als bei den Nicht-Pflegebedürftigen die Wahrscheinlichkeit, ein PRISCUS-Mittel zu erhalten, mit zunehmendem Alter sinkt. Bei den Nicht-Pflegebedürftigen hingegen bleibt der Anteil relativ konstant bzw. steigt mit dem Alter leicht an. Dies könnte darauf hindeuten, dass Ärzte bei der Behandlung insbesondere älterer Pflegebedürftiger – und damit wahrscheinlich eher multimorbider Patienten – sensibler gegenüber Verordnungen problematischer Arzneien sind als bei Personen gleichen Alters ohne derartige Krankheitslast. Auch hier zeigt sich ein West-Ost-Gefälle hinsichtlich der Verordnungsraten in den Bundesländern – bei PRISCUS deutlicher ausgeprägt als bei der Polymedikation.

Analysiert wurde ferner, mit welcher Kontinuität und durch welche Arztgruppen Psychopharmaka verordnet werden. Mehr als die Hälfte (59 %) der Pflegebedürftigen, die ein Antipsychotikum erhalten, hat dieses für mindestens ein Jahr (oder länger) verordnet bekommen. Auch wenn nicht differenziert werden kann, ob es sich um Bedarfs- oder Dauerverordnungen handelt, steht die Quote im Kontrast zu den Leitlinienempfehlungen der DGPPN und der DGN. Ähnliche Dauerverordnungsraten sind bei den Anxiolytika (Beruhigungsmittel) und den Hypnotika und Sedativa (Schlaf- und Beruhigungsmittel) zu beobachten. 49 % der Pflegebedürftigen mit verordneten Anxiolytika und 56 % mit Hypnotika und Sedativa haben diese Medikamente dauerhaft über alle vier Quartale des Jahres 2015 erhalten. Auch hier liegen einschlägige Empfehlungen für kurzfristige, vorübergehende Einsätze (von bis zu zwölf Wochen) vor. Die Verordnung der Psychopharmaka erfolgte in vielen Fällen durch Hausärzte. Nur rund jeder zehnte Arzt, der Antipsychotika verordnete, war ein Psychiater und ungefähr jeder Vierte ein Neurologe.

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

Literatur

- AGS. American Geriatrics Society 2015 Updated Beers Criteria for Potentially Inappropriate Medication Use in Older Adults. *Journal of the American Geriatrics Society* 2015; 63 (11): 2227–46. doi:10.1111/jgs.13702.
- ÄkdÄ. Therapieempfehlungen der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft: Empfehlungen zur Therapie von Angst- und Zwangsstörungen. Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft 2003. <http://www.akdae.de/Arzneimitteltherapie/TE/A-Z/PDF/Angst.pdf#page=1&view=fitB> (23 November 2016).
- ÄkdÄ. Therapieempfehlungen der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft: Empfehlungen zur Therapie der Depression. Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft 2006. <http://www.akdae.de/Arzneimitteltherapie/TE/A-Z/PDF/Depression.pdf#page=1&view=fitB> (23 November 2016).
- Cox et al. Psychotropic Drug Prescription and the Risk of Falls in Nursing Home Residents. *J Am Med Dir Assoc* 2016; 17 (12): 1089–93.
- de Mauleon et al. Associated factors with antipsychotic use in long-term institutional care in eight European countries: Results from the RightTimePlaceCare study. *J Am Med Dir Assoc* 2014; 15 (11): 812–8.
- Deutsche Gesellschaft für Neurologie. Leitlinien für Diagnostik und Therapie in der Neurologie – Kapitel Schlafstörungen. Berlin 2012. http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/030-0451_S1_Insomnie_2012-verlaengert_01.pdf (23 November 2016).
- DGPPN. S3-Leitlinie/Nationale Versorgungsleitlinie: Unipolare Depression – Langfassung 2. Auflage, 2015 Version 4: AWMF-Register-Nr.: nvl-005. 2015. http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/nvl-0051_Unipolare_Depression_2016-11.pdf (23 November 2016).
- DGPPN. S3-Leitlinie „Demenzen“ (Langversion – 1. Revision, Januar 2016). DGPPN 2016. <https://www.dgppn.de/publikationen/s3-leitlinie-demenzen.html>. (19 Mai 2016).
- Hoffer H. Der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff im Recht der Pflegeversicherung – Paradigmenwechsel (auch) für die pflegerische Versorgung. In: Jacobs K, Kuhlmeier A, Greß S, Klauber J, Schwinger A. *Pflege-Report 2017 – Schwerpunkt: Die Versorgung der Pflegebedürftigen*. Stuttgart: Schattauer 2017; 13–23.
- Holt S, Schmiedl S, Thürmann P. Potenziell inadäquate Medikation für ältere Menschen: Die PRISCUS-Liste (Stand 01.02.2011). PRISCUS 2011. http://priscus.net/download/PRISCUS-Liste_PRISCUS-TP3_2011.pdf (22 Oktober 2016).
- Schaufler J, Telschow C. Arzneimittelverordnungen nach Alter und Geschlecht. In: Schwabe U, Paffrath D. *Arzneiverordnungs-Report 2016*. Berlin Heidelberg: Springer 2016.
- Schwinger A, Tsiasioti C, Klauber J. Herausforderndes Verhalten bei Demenz: Die Sicht der Pflege. In: Jacobs K, Kuhlmeier A, Greß S, Klauber J, Schwinger A. *Pflege-Report 2017 – Schwerpunkt: Die Versorgung der Pflegebedürftigen*. Stuttgart: Schattauer 2017; 131–51.
- Thürmann P. Einsatz von Psychopharmaka bei Pflegebedürftigen. In: Jacobs K, Kuhlmeier A, Greß S, Klauber J, Schwinger A. *Pflege-Report 2017 – Schwerpunkt: Die Versorgung der Pflegebedürftigen*. Stuttgart: Schattauer 2017; 119–29.