Pflegebedürftigkeit in Deutschland

Chrysanthi Tsiasioti, Susann Behrendt, Kathrin Jürchott und Antje Schwinger

20.1 Einführung – 258

20.1.1 Datengrundlage und Methodik – 258

20.1.2 Leistungen der Pflegeversicherung im Fokus – 259

20.2 Pflegeprävalenzen und Versorgungsformen bei Pflegebedürftigkeit – 259

20.2.1 Prävalenz der Pflegebedürftigkeit – 259

20.2.2 Versorgungsformen bei Pflegebedürftigkeit – 263

20.2.3 Ambulante Unterstützungs- und Entlastungsleistungen – 265

20.3 Kennzahlen zur medizinisch-therapeutischen Versorgung von Pflegebedürftigen – 278

20.3.1 Ambulante ärztliche Versorgung – 278

20.3.2 Stationäre Versorgung – 283

20.3.3 Versorgung mit Arzneimitteln – 291

20.3.4 Versorgung mit Heilmittelleistungen – 302

Literatur – 310

■ ■ Zusammenfassung

Der Beitrag liefert ein ausführliches Bild zum Stand der Pflegebedürftigkeit und der gesundheitlichen Versorgung der Pflegebedürftigen in Deutschland. Die Analysen basieren auf GKV-standardisierten AOK-Daten und zeigen Prävalenz, Verläufe und Versorgungsformen der Pflege. Darüber hinaus werden Kennzahlen zur gesundheitlichen Versorgung der Pflegebedürftigen ausgewiesen. Im Fokus stehen die Inanspruchnahme von ärztlichen und stationären Leistungen sowie Polymedikation, Verordnungen gemäß der PRISCUS-Liste sowie von Psychopharmaka. Die Ergebnisse werden der Versorgung der Nicht-Pflegebedürftigen gleichen Alters gegenübergestellt und nach Schwere der Pflegebedürftigkeit und Versorgungssetting unterschieden.

The article provides empirical insights on the scope and state of long-term care services in Germany, including health service provision for persons in need of care. The article lays out key figures regarding the prevalence, pathways and forms of care based on standardised AOK statutory health insurance data. An additional focus lies on the use of out- and inpatient health care services as well as on polypharmacy and prescriptions of PRISCUS medication and psychotropic drugs. The findings are contrasted with data on members of the same age group who are not in need of care, and discussed in relation to the severity of the need of care and the care provision setting.

20.1 Einführung

20.1.1 Datengrundlage und Methodik

Die Analysen basieren auf anonymisierten Abrechnungsdaten der AOK. Für die gesetzliche Pflegeversicherung steht dem Wissenschaftlichen Institut der AOK (WiDo) seit 2011 ein bundesweiter Datensatz zur Verfügung. Diese Daten können sowohl jahresübergreifend als auch in Kombination mit weiteren, im WiDo

vorliegenden Abrechnungsinformationen der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) analysiert werden. Die Standardisierung der AOK-Routinedaten verwendet die amtliche Statistik über die Versicherten der GKV (KM 6) mit dem Erhebungsstichtag 1. Juli eines Jahres. Die Darstellung der AOK-Routinedaten erfolgt demnach so, als würden die AOK-Versicherten bezogen auf 5-Jahres-Altersklassen die gleiche Alters- und Geschlechtsstruktur wie die gesamte gesetzlich versicherte Bundesbevölkerung aufweisen. Im Hinblick auf die Übertragbarkeit der hier präsentierten Ergebnisse sind damit Verzerrungen aufgrund von Alters- und Geschlechtsunterschieden zwischen AOK- und Bundespopulation ausgeglichen. Für andere Einflussgrößen auf die Inanspruchnahme von Pflege- oder Gesundheitsleistungen gilt dies jedoch nicht.

An einigen Stellen wird auf die amtliche Statistik PG 2 „Leistungsempfänger nach Pflegegraden, Altersgruppen und Geschlecht“ des Bundesministeriums für Gesundheit zurückgegriffen (bis 2016: Pflegestufen). Diese ist Teil der Geschäfts- und Rechnungsergebnisse der Sozialen Pflegeversicherung (SPV) und umfasst alle pflegebedürftigen Leistungsempfänger. Als stichtagsbezogene Statistik ist die PG 2 von allen SPV-Trägern zum 30. Juni bzw. 31. Dezember zu erstellen und zu melden.

Mit dem Inkrafttreten des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs am 1. Januar 2017 wurde die bis dahin in der Sozialen Pflegeversicherung verankerte Absicherung rein somatisch bedingter dauerhafter Einschränkungen bei Aktivitäten des alltäglichen Lebens (wie z. B. der Körperpflege, der Mobilisation etc.) abgelöst. Ausgangspunkt war unter anderen die bis zu diesem Zeitpunkt ungenügende Berücksichtigung der Menschen mit eingeschränkter Alltagskompetenz, zu denen primär demenziell Erkrankte zählen. Das 2017 zeitgleich eingeführte neue Begutachtungsinstrument (NBA) schaffte eine neue und einheitliche Basis für die Bemessung der Leistungsansprüche: Die neuen fünf Pflegegrade bemessen seither die Einschränkungen der Selbstständigkeit bzw. der Fähigkeiten, ganz unabhängig davon, ob die-

se auf kognitive oder somatische Beeinträchtigungen zurückgehen, und lösten damit die somatisch ausgerichteten Pflegestufen (bis 2016) ab. Die Analysen dieses Beitrags unterscheiden folglich bei der Betrachtung der Schwere der Pflegebedürftigkeit ausschließlich nach den seit 2017 geltenden Pflegegraden.

20.1.2 Leistungen der Pflegeversicherung im Fokus

Das Spektrum der Pflegeversicherung umfasst ganz unterschiedliche Hilfestellungen für Pflegebedürftige und deren sogenannte Pflegepersonen. Letztere sind gemäß § 19 SGB XI pflegerisch im häuslichen Umfeld des Pflegebedürftigen tätig und zumeist Angehörige (Ehepartner/in, Tochter/Sohn) oder auch Freunde, Nachbarn und Bekannte. Es handelt sich um ein informelles Pflegearrangement, da (regelmäßig) kein professioneller Pflegedienst in die Pflege eingebunden ist. Unter der Voraussetzung, dass damit die Sicherstellung der häuslichen Versorgung zu gewährleisten ist, kann der Betroffene Pflegegeld als finanzielle Unterstützung für diese sogenannte selbst beschaffte Pflegehilfe (§ 37 SGB XI) beziehen. Der Pflegebedürftige erhält in diesem Fall einen dem Pflegegrad entsprechenden monatlichen Geldbetrag. Dem Pflegebedürftigen ist es ebenso möglich, dieses informelle Arrangement durch Hilfestellungen von Pflegediensten – in Form von Pflegesachleistungen nach § 36 SGB XI – zu ergänzen. Er kann hierfür seinen gesamten Leistungsanspruch verwenden oder Geld- und Sachleistungsbezug kombinieren (§ 38 SGB XI). Für die Organisation solcher professionellen oder formellen Pflegearrangements erhält er höhere Leistungspauschalen. Ist eine ambulante Pflege nicht (mehr) ausreichend, deckt die Pflegeversicherung bis zur festgelegten Höhe der monatlichen Pflegesätze je Pflegegrad Aufwendungen für die (Grund-) und medizinische Behandlungspflege sowie für die soziale Betreuung in vollstationären Pflegeheimen (§ 43 SGB XI).

Die folgenden Analysen vergleichen ambulant und vollstationär versorgte Pflegebedürftige. Die Betrachtung der ambulant – in der Regel in der eigenen Häuslichkeit – Gepflegten unterscheidet darüber hinaus zwischen Empfängern reiner Geldleistung (d. h. ohne jegliche Sachleistung¹) und jenen mit Sachleistung bzw. einer Kombination von Sach- und Geldleistung.

Ambulant versorgten Pflegebedürftigen stehen zusätzlich zum Pflegegeld bzw. parallel zur ergänzenden Versorgung durch einen Pflegedienst weitere Unterstützungsleistungen zur Verfügung. Die Tages- und Nachtpflege (§ 41 SGB XI) richtet sich insbesondere an demenziell erkrankte Personen: Die Pflegebedürftigen leben weiterhin im häuslichen Umfeld, können aber eine Betreuung und Pflege in teilstationären Pflegeeinrichtungen temporär am Tag oder auch nachts in Anspruch nehmen. Die Verhinderungspflege (§ 39 SGB XI) sowie die Kurzzeitpflege (§ 42 SGB XI) zielen auf die Entlastung der Pflegeperson bzw. auf die Stabilisierung der häuslichen Pflegesituation und finden ebenso im Beitrag Berücksichtigung.

20.2 Pflegeprävalenzen und Versorgungsformen bei Pflegebedürftigkeit

20.2.1 Prävalenz der Pflegebedürftigkeit

■ ■ Pflegebedürftige nach Alter und Geschlecht

Laut Sozialgesetzbuch XI gelten Personen als pflegebedürftig, wenn sie (dauerhaft) ihre körperlichen, kognitiven oder psychischen Beeinträchtigungen oder gesundheitlich bedingten Belastungen oder Anforderungen nicht selbst

¹ Ist im Folgenden von Pflegegeldempfängern bzw. Geldleistungsempfängern die Rede, umfasst dieser Begriff die ambulant Pflegebedürftigen mit ausschließlichem Bezug von Pflegegeld, d. h. ohne jegliche Sachleistungen.

■ **Abb. 20.1** Alters- und Geschlechtsverteilung der Pflegebedürftigen, in % (2017). (Quelle: Amtliche Statistik PG 2, Amtliche Statistik KM 6)

ständig kompensieren oder bewältigen können (§ 14 SGB XI). Mit Ende des Jahres 2017 waren laut amtlicher Statistik der gesetzlichen Pflegeversicherung 3,3 Mio. Personen in diesem Sinne pflegebedürftig, davon rund zwei Drittel (62,2 %) Frauen (2,1 Mio. Pflegebedürftige). Mehr als die Hälfte der Pflegebedürftigen (51,5 %) ist 80 Jahre und älter (1,7 Mio. Pflegebedürftige). Von Pflegebedürftigkeit sind aber auch Kinder und Jugendliche bis 19 Jahre (160 Tsd. Personen bzw. 4,9 % der Pflegebedürftigen) und Personen unter 60 Jahre (620 Tsd. Personen bzw. 18,5 %) betroffen (■ Abb. 20.1).

Mit zunehmendem Alter steigt die Wahrscheinlichkeit, pflegebedürftig zu sein (■ Abb. 20.2). Ist bei Kindern und Jugendlichen sowie Personen im erwerbsfähigen Alter rund einer von 100 gesetzlich Krankenversicherten pflegebedürftig, ist es bei den 75- bis 79-Jährigen bereits jeder Achte (12,0 %) und bei den 80- bis 84-Jährigen knapp jeder Vierte (23,5 %). In den höchsten Alterssegmenten verdoppelt sich diese Prävalenzrate nahezu: Von den 85-bis 89-Jährigen sind rund 42 % und bei den über 90-Jährigen mit 64 % sogar die Mehrzahl der Personen pflegebedürftig. Hier unterscheidet sich zudem deutlich die Pflegeprävalenz zwischen Männern und Frauen (■ Abb. 20.2): Während 34 % der 85- bis 90-jährigen Männern pflegebedürftig sind, gilt dies bei den gleichaltrigen Frauen für 47 %. Bei

den über 90-jährigen Männern ist schließlich jeder Zweite (52,0 %) betroffen, bei den gleichaltrigen Frauen hingegen sind es zwei von drei (67,1 %).

■ ■ Pflegebedürftigkeit im Zeitverlauf

Die Zahl der Pflegebedürftigen ist innerhalb der letzten zehn Jahre deutlich angestiegen: Mitte des Jahres 2017 waren im Durchschnitt 4,6 % der gesetzlich versicherten Bundesbürger pflegebedürftig. Zehn Jahre zuvor (2007) waren dies noch 2,9 %, was einem Anstieg um 60 % entspricht. Bereinigt man die Werte um die fortschreitende Alterung der Gesellschaft und legt für alle Jahre die Alters- und Geschlechtsstruktur der GKV-Versicherten des Jahres 2017 zugrunde, dann steigt der Anteil deutlich schwächer (■ Abb. 20.3): Bereits 2007 waren demgemäß bereits 3,4 % der gesetzlich Versicherten pflegebedürftig, der Anstieg bis zum 2017er Wert beträgt dann nur noch 38 %. Folglich lässt sich die beobachtete Zunahme der Pflegeprävalenz zwischen 2007 und 2017 zu einem großen Teil auf die Entwicklung der Alters- und Geschlechtsstruktur der Bevölkerung zurückführen.

Die Veränderungen sind zudem durch die Erweiterung des anspruchsberechtigten Personenkreises zu erklären. Seit Mitte des Jahres 2008 sind Personen, die zwar keinen Hilfebedarf im Sinne der damaligen somatisch ausge-

■ **Abb. 20.2** Anteil der Pflegebedürftigen an den gesetzlich Versicherten nach Alter und Geschlecht, in % (2017). (Quelle: Amtliche Statistik PG 2, Amtliche Statistik KM 6)

■ **Abb. 20.3** Anteil der Pflegebedürftigen an den gesetzlich Versicherten im Zeitverlauf, in % (2007–2017). (Quelle: Amtliche Statistik PG 2, standardisiert mit der Amtlichen Statistik KM 6)

richteten Pflegestufen, dafür aber bei ihrer Alltagsbewältigung aufwiesen, ebenfalls leistungsberechtigt. Für diese überwiegend demenziell erkrankten Personen konnten Pflegeheime mit Inkrafttreten des Pflege-Weiterentwicklungs-

gesetzes zusätzliche Betreuungspersonen einstellen. Durch das Pflege-Neuausrichtungs-Gesetz konnten ab 2013 auch ambulant versorgte demenziell erkrankte Menschen zusätzliches Pflegegeld und Pflegesachleistungen beziehen.

Abb. 20.4 Anteil der Pflegebedürftigen nach Schwere der Pflegebedürftigkeit im Zeitverlauf (2007–2017), in % (Personen mit ausschließlich eingeschränkter Alltagskompetenz (bis 2016 Pflegestufe 0) sind nicht berücksichtigt). (Quelle: Amtliche Statistik PG 2)

Bereits 2008 und 2013 wurde die Pflegeversicherung folglich für weitere Personenkreise geöffnet, nämlich solche, die aufgrund ihrer eher kognitiv ausgerichteten Defizite keinen Hilfebedarf im Sinne der Pflegestufe I erreichten (Abb. 20.3). Mit Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs und damit verbunden der neuen fünf Pflegegrade im Januar 2017 war die Erwartung verbunden, dass der Zugang zu Leistungen der Pflegeversicherung sich weiter verbessert. Abb. 20.3 zeigt, dass sich der Anteil an Pflegebedürftigen im Jahr 2017 im Vergleich zum Ende des Vorjahres um 12 % erhöht hat.

■ ■ Schwere der Pflegebedürftigkeit

Seit Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs im Januar 2017 unterteilt sich die Schwere der Pflegebedürftigkeit definitorisch in fünf Pflegegrade (zuvor drei Pflegestufen).

Im Jahre 2017 wiesen laut amtlicher Statistik PG2 6 % der Pflegebedürftigen „geringe Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten“ (Pflegegrad 1), 44 % „erhebliche Beeinträchtigungen“ (Pflegegrad 2) und 28 % „schwere Beeinträchtigungen“ (Pflegegrad 3) auf. Ein weiteres Viertel (22,3 %) der Pflegebedürftigen hatte „schwerste Beeinträchtigungen“ (Pflegegrad 4 und 5) (Abb. 20.4).

Wie Abb. 20.4 darüber hinaus zeigt, lassen sich für das letzte Jahrzehnt nicht nur Veränderungen der Pflegeprävalenz feststellen, sondern ebenso im Hinblick auf die Schwere der Pflegebedürftigkeit. Bis Einführung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs, d. h. bis einschließlich 2016, ist hier eine Abnahme zu beobachten: Der Anteil der Personen mit Pflegestufe I (erheblich Pflegebedürftige) stieg von 53 % im Jahr 2007 auf 59 % im Jahr 2016, während der Anteil mit Pflegestufe II (Schwerpflegebedürftige)

ge) und III (Schwerstpflegebedürftige) im gleichen Zeitraum sank. Es ist zu vermuten, dass die Veränderungen nicht allein auf veränderten Grunderkrankungen der Pflegebedürftigkeit beruhen. Ebenso ist bei der Interpretation zu beachten, dass einerseits die soziodemografischen Einflussfaktoren der Pflegebedürftigkeit (insbesondere die sozialen Lebenslagen) ebenso wie die Information über und Akzeptanz von Angeboten der Pflegeversicherung einer Entwicklung unterliegen. Die bis 2016 geltenden Pflegestufen wurden systematisch in die neuen Pflegegrade im Rahmen des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs und des entsprechenden Bewertungsinstruments zum 1. Januar 2017 übergeleitet: Pflegebedürftige mit ausschließlich somatischer Beeinträchtigung erhielten genau *einen* Pflegegrad über der bisherigen Pflegestufe (bspw. wurde Pflegestufe 2 dann zu Pflegegrad 3). Bei somatischen Einschränkungen kombiniert mit einer sogenannten eingeschränkten Alltagskompetenz erhielten die Betroffenen einen Pflegegrad, der genau *zwei* Stufen über der bisherigen Pflegestufe lag.

20.2.2 Versorgungsformen bei Pflegebedürftigkeit

■ ■ Versorgungsformen nach Alter und Geschlecht

Im Jahr 2017 wurden rund drei von vier Pflegebedürftigen (75,7 %) in ihrer häuslichen Umgebung betreut. Die Hälfte aller Pflegebedürftigen (54,5 %) bezog ausschließlich Pflegegeld. Ein Fünftel (21,1 %) entschied sich entweder für eine Kombination aus Geld- und Sachleistung oder für den alleinigen Bezug von Sachleistungen. Nur knapp jeder vierte Pflegebedürftige (24,3 %) wurde in einem stationären Pflegeheim versorgt (■ Abb. 20.5).

Die Unterschiede zwischen den Versorgungsformen sind weniger geschlechts- als vielmehr altersabhängig: Leisten bei pflegebedürftigen Kindern und Jugendlichen nahezu immer die Angehörigen die Versorgung (Pflegegeld), trifft dies bei Personen im Alter von 20

bis 59 Jahren auf rund 73 % der Männer und 76 % der Frauen zu. Auch Pflegebedürftige zwischen 60 und 74 Jahren sind noch überwiegend reine Geldleistungsbezieher, erst ab 85 Jahre sinkt dieser Wert bei beiden Geschlechtern deutlich. Komplementär steigt der Anteil von Pflegebedürftigen in vollstationären Pflegeeinrichtungen. Während in jüngeren Jahren Männer wesentlich häufiger als Frauen vollstationär versorgt werden, kehrt sich dieses Verhältnis ab einem Alter von 80 Jahren um (■ Abb. 20.5).

Geschlechtsdifferenziert betrachtet variiert die Altersverteilung auch innerhalb der einzelnen Versorgungsformen (■ Abb. 20.6). Knapp drei Viertel der vollstationär gepflegten Frauen sind mindestens 80 Jahre alt, die Männer sind mit einem entsprechenden Anteil von 45 % hingegen im Durchschnitt deutlich jünger. Ein ähnliches Bild zeigt sich bei den ambulant gepflegten Empfängern von Pflegegeld sowie von Sach- oder Kombinationsleistungen. Der Anteil an Pflegebedürftigen in den obersten Altersdekaden ist in allen Versorgungsformen bei den Frauen deutlich höher als bei den Männern.

■ ■ Versorgungsform stationär nach Bundesland

Der Anteil der vollstationär versorgten Pflegebedürftigen variiert auch regional erheblich. ■ Abb. 20.7 zeigt die Heimquoten je Bundesland bereinigt um länderspezifische Alters- und Geschlechtsunterschiede. Bundesländer, die trotz Alters- und Geschlechtsbereinigung deutlich überproportionale Heimquoten aufweisen, sind Schleswig-Holstein (33,2 %) und Bayern (28,9 %). Die niedrigsten Anteile vollstationärer Pflege finden sich in Brandenburg (18,7 %), Hessen (20,2 %) und Bremen (20,8 %).

■ ■ Schwere der Pflegebedürftigkeit nach Versorgungsformen

Die Schwere der Pflegebedürftigkeit ist zwischen den Versorgungsformen unterschiedlich verteilt. Während im Jahr 2017 bei den reinen Pflegegeldbeziehern 56 % den Pflegegrad 2 aufwiesen, waren dies in der vollstationären Pflege

Abb. 20.5 Anteil der Pflegebedürftigen nach Versorgungsform, innerhalb der Alters- und Geschlechtsgruppen, im Durchschnitt der Monate, in % (2017) (*ohne Pflegebedürftige in Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen nach § 43a SGB XI). (Quelle: AOK-Daten, standardisiert auf die gesetzlich Versicherten (Amtliche Statistik KM 6 2017))

Abb. 20.6 Anteil der Pflegebedürftigen nach Alter, innerhalb der Versorgungsform und Geschlechtsgruppe im Durchschnitt der Monate, in % (2017) (*ohne Pflegebedürftige in Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen nach § 43a SGB XI). (Quelle: AOK-Daten, standardisiert auf die gesetzlich Versicherten (Amtliche Statistik KM 6 2017))

nur 19 %. Gleichsam ist hier fast jeder Zweite (49,2 %) von schwersten Beeinträchtigungen betroffen, von den Geldleistungsempfängern lediglich 16 % (Abb. 20.8).

Die Mehrheit der Menschen mit Pflegegrad 2 (68,1 %) bezieht demnach ausschließlich Geldleistungen, nur jeder Zehnte (10,4 %) wird vollstationär versorgt. Mit Zunahme des Pflegegrads steigt der Anteil der Pflegebedürftigen im Pflegeheim (Abb. 20.9). Bei den schwerstpflegebedürftigen Personen mit Pflegegrad 4 und 5 findet nur noch für rund die Hälfte (55,7 und 45,4 %) die Pflege im häuslichen Setting statt.

20.2.3 Ambulante Unterstützungs- und Entlastungsleistungen

Ambulant versorgte Pflegebedürftige haben die Möglichkeit, zusätzlich zum Pflegegeld bzw. parallel zur ergänzenden Versorgung durch einen Pflegedienst weitere Unterstützungsleistungen für Pflegebedürftige zu beziehen. Geld- und Sachleistungen können mit einer Tages- und Nachtpflege (§ 41 SGB XI) ergänzt werden. Der Pflegebedürftige kann hierdurch für Zeiten im Tagesablauf in einer entsprechenden teilstationären Einrichtung betreut und gepflegt werden. Neben den Leistungen zur Abdeckung

■ **Abb. 20.7** Anteil der Pflegebedürftigen in vollstationärer Pflege* nach Bundesland im Durchschnitt der Monate, in % (2017) (*ohne Pflegebedürftige in Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen nach § 43a SGB XI). (Quelle: AOK-Daten, standardisiert auf die gesetzlich Versicherten (Amtliche Statistik KM 6 2017))

des täglichen Hilfebedarfs gibt es für ambulant versorgte Pflegebedürftige Angebote der Verhinderungs- (§ 39 SGB XI) oder Kurzzeitpflege (§ 42 SGB XI), um die Hauptpflegeperson für einige Wochen im Jahr zu entlasten. Kurzzeitpflege kann darüber hinaus nach einem Krankenhausaufenthalt genutzt werden, um den Übergang in die weitere Pflege abzusichern, oder als Ersatzpflege in Krisensituation, in denen eine häusliche Pflege nicht möglich oder nicht ausreichend ist, zum Einsatz kommen. Pflegebedürftige in häuslicher Pflege haben ferner Anspruch auf einen Entlastungsbetrag (§ 45b SGB XI) in Höhe von bis zu 125 € pro Monat zur Erstattung von Aufwendungen im Rahmen der Inanspruchnahme von Tages-

oder Nachtpflege, Kurzzeitpflege, Leistungen der ambulanten Pflegedienste im Sinne des § 36 SGB XI und Leistungen der nach Landesrecht anerkannten Angebote zur Unterstützung im Alltag im Sinne des § 45a SGB XI. Pflegebedürftige, die in ambulant betreuten Wohngruppen mit mindestens zwei weiteren Pflegebedürftigen (im Sinne der §§ 14, 15) leben, können zudem unter bestimmten Voraussetzungen (u. a. im Hinblick auf die Größe der Wohngruppe) zum Zweck der gemeinschaftlich organisierten pflegerischen Versorgung einen pauschalen monatlichen Zuschlag (§ 38a SGB XI) in Höhe von 214 € beziehen.

■ Übersicht zur Inanspruchnahme

■ **Abb. 20.10** zeigt die Verteilung der Inanspruchnahme von ambulanten Unterstützungsleistungen. Einbezogen wurden die Leistungen für Tages- und Nachtpflege (§ 41 SGB XI), Kurzzeitpflege (§ 42 SGB XI), stundenweise, tageweise und stationäre Verhinderungspflege (§ 39 SGB XI) sowie die Verhinderungspflege insgesamt (mindestens eine Inanspruchnahme der stundenweisen, tageweisen oder stationären Verhinderungspflege). Ferner wurden Leistungen für Pflegebedürftige, die in ambulant betreuten Wohngruppen leben, und der Entlastungsbetrag (§ 45b SGB XI) in den Analysen berücksichtigt.

Besonders fällt in ■ **Abb. 20.10** die geringe Inanspruchnahme von Unterstützungsleistungen bei Pflegegeldbeziehern (55 % der Pflegebedürftigen) auf: 73 % von ihnen nutzen *keine einzige* weitere ambulante Unterstützungs- und Entlastungsleistung (d. h. 39,9 % aller Pflegebedürftigen). Im Umkehrschluss nimmt davon lediglich einer von vier Pflegehaushalten (26,8 %) ein derartiges Angebot in Anspruch (■ **Abb. 20.10**). Ganz anders bei den Pflegehaushalten mit Unterstützung durch einen ambulanten Pflegedienst (Sach- oder Kombinationsleistung): Zwei Drittel (64,9 %) beziehen hier ergänzende unterstützende Leistungen. Gemessen an allen Pflegebedürftigen sind dies 14 %. Ein Viertel der Pflegebedürftigen befindet sich in vollstationärer Pflege.

Abb. 20.8 Anteil der Pflegebedürftigen nach Schwere der Pflegebedürftigkeit innerhalb der Versorgungsform im Durchschnitt der Monate, in % (2017). (Quelle: AOK-Daten, standardisiert auf die gesetzlich Versicherten (Amtliche Statistik KM 6 2017))

Abb. 20.9 Anteil der Pflegebedürftigen nach Versorgungsform innerhalb der Pflegegrade im Durchschnitt der Monate, in % (2017). (Quelle: AOK-Daten, standardisiert auf die gesetzlich Versicherten (Amtliche Statistik KM 6 2017))

Abb. 20.10 Anteil der Pflegebedürftigen nach Versorgungsart, im Durchschnitt der Monate, in % (2017). (Quelle: AOK-Daten, standardisiert auf die gesetzlich Versicherten (Amtliche Statistik KM 6 2017))

Abb. 20.11 stellt die Inanspruchnahme² von ambulanten Unterstützungs- und Entlastungsleistungen durch ambulant versorgte Pflegebedürftige in der eigenen Häuslichkeit (mindestens in einem Monat) für das Jahr 2017 dar. Sie differenziert dabei zwischen der zeitpunktbezogenen (Durchschnitt der Monate) und der zeitraumbezogenen Betrachtung (Jahresdurchschnitt). Die Analyse berücksichtigt in jedem Monat die Pflegebedürftigen, die in mindestens einem Monat Pflegegeld- bzw. Sach- oder Kombinationsleistungsempfänger waren und gleichzeitig ambulante Unterstützungs- und Entlastungsleistungen in Anspruch nahmen. Die Jahresbetrachtung erfasst alle Pflegebedürftigen, die mindestens einmal im Gesamtzeitraum 2017 die entsprechende Unterstützung bezogen haben, jedoch nur, wenn sie im zugrunde liegenden Monat auch Pflegegeld- bzw. Sach- oder Kombinationsleistungsempfänger waren. Somit wird ein Pflegebedürfti-

ger, der in einem Monat Pflegegeld und Sach- oder Kombinationsleistungen erhielt, in beiden Gruppen mitgeführt. Ferner ermöglicht die Jahresbetrachtung eine genauere Darstellung der Inanspruchnahmeraten für die Nutzer von Kurzzeit- und Verhinderungspflege, da diese Leistungen nicht durchgehend über das ganze Jahr in Anspruch genommen werden, sodass eine Darstellung im Durchschnitt der Monate diesen Anteil unterschätzen würde. Folglich kommt die Jahresanalyse zu durchgängig höheren Inanspruchnahmen bei den in Abb. 20.11 gelisteten Leistungen als bei der Berechnung des jeweiligen Monatsdurchschnitts.

Darüber hinaus fällt die häufige Nutzung der Verhinderungspflege, der Kurzzeitpflege sowie des Entlastungsbetrags auf. Unabhängig von der Bezugsgruppe und des Betrachtungszeitraums dominieren diese Leistungsarten die Inanspruchnahme der ambulant Pflegebedürftigen: Im Jahresverlauf 2017 nutzte fast jeder Dritte von ihnen mindestens einmal eine Leistung aus der genannten Gruppe „Verhinderungspflege und Kurzzeitpflege“ (31,1 % der Empfänger von Pflegegeld und 30,3 % jener

² Als Nutzer der zuvor erwähnten Leistungen gelten Versicherte, die mindestens für einen Tag die jeweilige Leistung in Anspruch genommen haben.

Abb. 20.11 Anteil der Empfänger von Pflegegeld bzw. von Sach- oder Kombinationsleistungen nach Unterstützungs- und Entlastungsleistungen, im Durchschnitt der Monate und im Jahr, in % (2017). (Quelle: AOK-Daten, standardisiert auf die gesetzlich Versicherten (Amtliche Statistik KM 6 2017))

von Sach- oder Kombinationsleistungen). Im Bereich der Verhinderungspflege kommt der stundenweisen Unterstützung die höchste Bedeutung zu (14,3 bzw. 16,8 %), die stationäre Verhinderungspflege ist hingegen eher selten (1,0 bzw. 0,8 %). Kurzzeitpflege erhielt jeder Zehnte (9,3 % bzw. 12,3 %) mindestens einmal im Laufe des Jahres 2017.

■ ■ Inanspruchnahme auf Kreisebene

■ Abb. 20.12 visualisiert die Inanspruchnahme der Tages- und Nachtpflege, Kurzzeitpflege und Verhinderungspflege im Jahr noch einmal kartografisch für die Pflegegeldempfänger und Sach- oder Kombinationsleistungsempfänger. Besonders auffällig sind die regionalen Unterschiede. Vor allem bei der Kurzzeitpflege ist zu beobachten, dass die Raten in den Kreisen in Ostdeutschland weitaus niedriger ausfallen. Die höchsten Raten weisen Kreise in Baden-Württemberg, Bayern und in Niedersachsen und Nordrhein-Westfalen auf, jedoch mit einer geringen Varianz innerhalb des Bundeslandes. Bei der teilstationären Pflege zeigt sich bei den Sach- oder Kombinationsleistungsempfängern wiederum ein anderes Bild: Hier fallen besonders in den Kreisen im Norden die hohen Raten auf. In den südlicheren Kreisen tritt eine höhere Varianz der Rate innerhalb des jeweiligen Bundeslandes auf. Weitere Unterschiede zeigen sich auch bei der Verhinderungspflege bei den Pflegegeldempfängern. Innerhalb der Bundesländer sind geringe Varianzen zwischen den Kreisen zu erkennen. Die geringsten Inanspruchnahmeraten sind in den Bundesländern: Schleswig-Holstein, Bayern, Sachsen-Anhalt, Thüringen, Sachsen und Mecklenburg-Vorpommern zu beobachten.

■ ■ Kombination von Unterstützungs- bzw. Entlastungsleistungen

Pflegebedürftige können Unterstützungsleistungen auch simultan beziehen. ■ Abb. 20.13 illustriert – differenziert nach Geld- bzw. Sach- oder Kombinationsleistungsbezug – die fünf häufigsten Kombinationsmöglichkeiten der ambulanten Unterstützungs- und Entlastungsleistungen. Die Abbildung zeigt

dabei erneut die Anteile der Pflegebedürftigen mit entsprechender Inanspruchnahme im Gesamtjahr 2017 und auch im Monatsdurchschnitt 2017. Rund 20 % der Pflegegeldbezieher und 47 % der Pflegesach- oder Kombinationsleistungsbezieher nehmen im Durchschnitt der Monate demnach zusätzlich genau *eine* Unterstützungsleistung in Anspruch. Die häufigste Kombination ist bei beiden der Entlastungsbetrag zusammen mit der stundenweisen Verhinderungspflege (3 % der Pflegegeldbezieher und 6 % der Sach- oder Kombinationsleistungsempfänger).

■ ■ Inanspruchnahme der Unterstützungsleistungen nach Altersgruppen und Geschlecht

■ Abb. 20.14 bietet eine alters- und geschlechtsdifferenzierte Sicht auf die Unterstützungsleistungen innerhalb der Gruppe der Sach- oder Kombinationsleistungs- und der Pflegegeldempfänger. Demnach steigt bei nahezu allen gelisteten Unterstützungsleistungen die Inanspruchnahme mit Zunahme des Alters; Ausnahme ist hier die Verhinderungspflege. Für diese als eine der beiden zahlenmäßig bedeutendsten Unterstützungsleistungen ergab die Analyse einen diskontinuierlichen Anstieg: Während die Verhinderungspflege am häufigsten in der Altersgruppe der unter 20-Jährigen genutzt wird (Pflegesach- oder Kombinationsleistungsempfänger: Männer: 34,2 %, Frauen: 38,6 %), pendelt sich dann der Anteil auf einem niedrigeren Niveau ein und steigt bei den hochbetagten ambulant Pflegebedürftigen wieder leicht an. Dabei finden sich kaum Unterschiede zwischen Geld- und Sach- oder Kombinationsleistungsbezug: 22 bis 23 % der männlichen ambulant Pflegebedürftigen im Mindestalter von 90 Jahren bezogen folglich diese Leistungen. Bei den Frauen beläuft sich dieser Wert auf 25 % in beiden Bezugsgruppen.

Die Bezugsraten der Entlastungsbeträge variieren hingegen erheblich nicht nur altersgruppenspezifisch, sondern auch zwischen den Bezugsgruppen der Analyse. Bereits in der jüngeren Altersgruppe der unter 20-Jährigen Empfänger von Sach- oder Kombinationsleistung

Abb. 20.12 Anteil der Pflegebedürftigen mit Tages- und Nachtpflege, Kurzzeit- oder Verhinderungspflege nach Geld- sowie Sach- oder Kombinationsleistungsempfänger und Kreisen, im Jahr, in % (2017). (Quelle: AOK-Daten, standardisiert auf die gesetzlich Versicherten (Amtliche Statistik KM 6 2017))

Abb. 20.12 (Fortsetzung)

Abb. 20.12 (Fortsetzung)

Abb. 20.13 Anteil der Empfänger von Pflegegeld- bzw. Sach- oder Kombinationsleistungen mit kombinierter Nutzung von Unterstützungs- und Entlastungsleistungen, im Durchschnitt der Monate, in % (2017). (Quelle: AOK-Daten, standardisiert auf die gesetzlich Versicherten (Amtliche Statistik KM 6 2017))

Abb. 20.14 Anteil der Empfänger von Pflegegeld- bzw. Sach- oder Kombinationsleistungen nach Unterstützungs- und Entlastungsleistungen, Alter und Geschlecht, im Jahr, in % (2017). (Quelle: AOK-Daten, standardisiert auf die gesetzlich Versicherten (Amtliche Statistik KM 6 2017))

Abb. 20.15 Anteil der Empfänger von Pflegegeld- bzw. Sach- oder Kombinationsleistungen nach Unterstützungs- und Entlastungsleistungen und Pflegegrade im Jahr, in % (2017). (Quelle: AOK-Daten, standardisiert auf die gesetzlich Versicherten (Amtliche Statistik KM 6 2017))

lässt sich ein Nutzungsniveau von rund zwei Dritteln feststellen, bei jenen mit Pflegegeld gleichen Alters beträgt dieser Anteil lediglich knapp ein Viertel (28,4 % der Männer bzw. 29,3 % der Frauen). Diese Spanne setzt sich mit marginalen Schwankungen bis in die hochbetagten Altersgruppen fort.

Bei näherer Betrachtung der Kurzzeit- sowie Tages- und Nachtpflege zeigt sich folgendes Bild: Mit zunehmendem Alter werden beide Unterstützungsleistungen von Männern und Frauen häufiger genutzt. Rund ein Zehntel (8,9 %) jeweils der Frauen im Alter zwischen 70 und 74 Jahren und der Männer (10,3 %) mit Pflegesach- oder Kombinationsleistungen nahmen Kurzzeitpflege in Anspruch. Ebenso ein Zehntel der Frauen und Männer in den fünf Altersgruppen ab 70 Jahre und dieser Bezugsgruppe nutzten Tages- und Nachtpflege. Im Vergleich: Nur rund jeder zwanzigste Pflegegeldempfänger in diesen Altersgruppen ab 70 Jahren nutzte dieses Angebot (z. B. bei den 75- bis 79-Jährigen: 5,1 % der Frauen und 5,0 % der Männer).

■ ■ Unterstützungs- bzw. Entlastungsleistungen nach Schwere der Pflegebedürftigkeit

Die Inanspruchnahme der durch die Pflegeversicherung finanzierten Unterstützungsleistungen wie die Verhinderungs- und auch die Kurzzeitpflege nimmt grundsätzlich mit der Schwere der Pflegebedürftigkeit zu (■ Abb. 20.15). Dies betrifft Pflegegeldempfänger ebenso wie Empfänger von Sach- oder Kombinationsleistungen. Jeder dritte Sach- oder Kombinationsleistungsbezieher mit Pflegegrad 5 (31,3 %) bzw. knapp jeder zweite Geldleistungsbezieher (43,4 %) mit diesem Pflegegrad nutzt die Verhinderungspflege, im Pflegegrad 2 waren dies lediglich 14,8 % bzw. 17,6 %. Diese Verteilung über die Pflegegrade ergibt sich für alle hier unterschiedenen Unterstützungsarten. Nur sehr leicht steigend gestaltet sich der Anteil der Empfänger von Sach- oder Kombinationsleistungen mit Entlastungsbeträgen: In jedem Pflegegrad ab Pflegegrad 2 beziehen zwei Drittel diese Leistung (66,9 bis 70,4 %). Knapp

jeder fünfte Pflegegeldempfänger und Empfänger von Sach- oder Kombinationsleistungen mit schwersten Beeinträchtigungen (Pflegegrad 5: 19,9 und 17,0 %) nimmt Kurzzeitpflege in Anspruch. Der Wohngruppenzuschlag scheint erst bei den Empfängern von Sach- oder Kombinationsleistungen und in dieser Bezugsgruppe (Pflegegrad 5: 6,3 %) zahlenmäßig von Bedeutung zu sein, jedoch auf einem niedrigeren Niveau.

Eine umgekehrte Betrachtung der Verteilung der Schwere der Pflegebedürftigkeit nach Unterstützungsleistungen erweist sich zusätzlich als aufschlussreich (■ Abb. 20.16): Rund zwei Drittel der Pflegebedürftigen haben – je nach bezogener Leistung – einen Pflegegrad 2 oder 3. Mit Blick auf die Nutzung des Entlastungsbetrags sind es sogar drei Viertel (74,4 %) der Empfänger von Pflegegeldleistungen, bei der Tages- und Nachtpflege ebenso wie beim Wohngruppenzuschlag etwas weniger in der gleichen Bezugsgruppe (61,6 %). Der Anteil der Pflegebedürftigen mit schwersten Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten (Pflegegrad 4 und 5) bei den hier zugrunde gelegten Unterstützungsleistungen fällt wesentlich geringer aus. Je nach betrachteter Leistung ist ihr Anteil dennoch hoch: So ist knapp jeder Zweite (58,7 %) mit Sach- oder Kombinationsleistungen, der in einer ambulanten Wohngruppe lebt, von schwersten Beeinträchtigungen dieser Art betroffen. Knapp die Hälfte dieser Pflegebedürftigen mit Tages- und Nachtpflege (40,8 %) und mit Kurzzeitpflege (40,2 %) sind demnach Personen mit schwersten Beeinträchtigungen.

■ ■ Unterstützungs- bzw. Entlastungsleistungen nach Geld- und Sach- oder Kombinationsleistungsbezug

Neben einer Aufgliederung nach Alter, Geschlecht und Pflegegraden liefert auch die Differenzierung nach Geld- bzw. Sach- oder Kombinationsleistungsbezug einen wichtigen Beitrag zur Charakterisierung der Bezieher von zusätzlichen Unterstützungs- und Entlastungsleistungen. ■ Abb. 20.17 zeigt insofern ein heterogenes Bild. Während die Kurzzeitpflege

Abb. 20.16 Anteil der Empfänger von Pflegegeld- bzw. Sach- oder Kombinationsleistungen innerhalb der Unterstützungs- und Entlastungsleistungen nach Pflegegrad, im Durchschnitt der Monate, in % (2017). (Quelle: AOK-Daten, standardisiert auf die gesetzlich Versicherten (Amtliche Statistik KM 6 2017))

ge und Verhinderungspflege überproportional, d. h. von über zwei Dritteln der Pflegegeldbezieher beansprucht (65,9 und 71,3 %) wird, ist es bei den Nutzern von zusätzlichen Leistungen für Pflegebedürftige in ambulant betreuten Wohngruppen ganz anders: Hier sind nahezu ausschließlich Sach- oder Kombinationsleistungsbezieher vertreten (93,9 %), der Anteil der Pflegegeldempfänger dementsprechend marginal.

20.3 Kennzahlen zur medizinisch-therapeutischen Versorgung von Pflegebedürftigen

20.3.1 Ambulante ärztliche Versorgung

Die folgende Darstellung der ambulant ärztlichen Versorgung von Pflegebedürftigen in

■ **Abb. 20.17** Anteil der Empfänger von Pflegegeld- bzw. Sach- oder Kombinationsleistungen innerhalb der Unterstützungs- und Entlastungsleistungen, im Durchschnitt der Monate, in % (2017). (Quelle: AOK-Daten, standardisiert auf die gesetzlich Versicherten (Amtliche Statistik KM 6 2017))

Deutschland orientiert sich an der Kontaktrate mit niedergelassenen Ärzten. Diese Kennzahl erfasst sogenannte Abrechnungsfälle (mindestens ein Kontakt je Quartal und Arzt), die der ambulante ärztliche Leistungserbringer abrechnet. Ein Fall kann dabei unbekannt viele Arztkontakte im Quartal umfassen. Die Zahl der Abrechnungsfälle wiederum ist auf kollektivvertragsärztliche Leistungsfälle im Sinne des § 73 SGB V beschränkt. Auf das konkrete Leistungsgeschehen und auf jene Versicherte, die an der hausarztzentrierten Versorgung nach § 73b SGB V und der besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung nach § 140a SGB V teilnehmen, geht dieser Beitrag nicht ein.

■ ■ Übersicht zur Inanspruchnahme

Nahezu alle Pflegebedürftigen (96,1 %) hatten 2017 im Durchschnitt der Quartale mindestens einen Arztkontakt, d. h. generierten einen Abrechnungsfall. Gleichfalls sahen fast alle Pflegebedürftigen (89,6 %) im Quartal im Durchschnitt einen Hausarzt, 70 % mindestens einmal einen Facharzt. Facharztgruppen, die häufig im Quartal kontaktiert wurden, waren

Urologen mit 18 % der Männer pro Quartal, Gynäkologen mit 8 % der Frauen pro Quartal sowie Neurologen mit rund 19 % (beide Geschlechter pro Quartal) (■ Tab. 20.1).

Deutliche Unterschiede zeigen sich zwischen Pflegebedürftigen, die ambulant (d. h. in der eigenen Häuslichkeit) und solchen, die in vollstationärer Pflege versorgt werden. Mit 97 % ist die Inanspruchnahme von Hausärzten im vollstationären Kontext höher als im ambulanten Setting mit 88 % im Durchschnitt der Quartale. Weitaus auffälligere Unterschiede beziehen sich auf einzelne Facharztgruppen: 17 % der ambulant versorgten Pflegebedürftigen haben im Durchschnitt der Quartale mindestens einmal Kontakt zu einem Internisten. Bei vollstationär versorgten Pflegebedürftigen sind dies nur 7 %. Andersherum sieht knapp jeder dritte Pflegeheimbewohner (30,1 %) einen Neurologen im Durchschnitt der Quartale, während dies in der ambulanten Versorgung nur bei 15 % der Fall ist (■ Tab. 20.1).

■ **Abb. 20.18** zeigt den Anteil der Pflegebedürftigen mit mindestens einem Arztbesuch differenziert nach Versorgungsform. Hierbei

■ Tabelle 20.1 Inanspruchnahme von niedergelassenen Vertragsärzten durch Pflegebedürftige im Durchschnitt der Quartale, in % (2017)

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	96,1	95,3	98,4
Hausärzte (inkl. hausärztlich tätige Internisten)	89,6	87,5	96,5
Fachärzte	70,4	69,3	70,9
Gynäkologen	4,8 (7,8*)	4,8 (7,9*)	2,4 (3,3*)
HNO-Ärzte	9,3	8,5	10,9
Internisten	14,7	17,4	7,0
<i>Darunter</i>			
<i>Angiologen</i>	0,5	0,6	0,2
<i>... Endokrinologen und ... Diabetologen</i>	0,2	0,3	0,1
<i>Gastroenterologen</i>	0,8	1,0	0,3
<i>Kardiologen</i>	4,5	5,3	2,2
<i>Nephrologen</i>	2,7	3,1	1,5
Hämatologen und Onkologen	1,9	2,3	0,7
<i>Pneumologen</i>	3,0	3,6	0,8
<i>Rheumatologen</i>	0,8	1,0	0,2
Neurologen	18,8	14,5	30,1
Orthopäden	9,4	10,0	5,2
Psychiater	4,7	2,7	9,6
Urologen	10,5 (18,2**)	9,9 (17,3**)	12,5 (23,8**)
Sonstige	18,2	17,3	23,8

* 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 2017) Pflege-Report 2019

Abb. 20.18 Häufigkeit der Inanspruchnahme von niedergelassenen Vertragsärzten durch Pflegebedürftige nach Versorgungsform, in % (2017). (Quelle: AOK-Daten, standardisiert auf die gesetzlich Versicherten (Amtliche Statistik KM 6 2017))

Abb. 20.19 Anteil Fälle* bei niedergelassenen Vertragsärzten, die sich auf Pflegebedürftige beziehen, im Durchschnitt der Quartale, in % (2017) (*Fälle im Rahmen von Selektivverträgen nach § 73b oder § 140a SGB V wurden nicht in die Analysen einbezogen.) (Quelle: AOK-Daten, standardisiert auf die gesetzlich Versicherten (Amtliche Statistik KM 6 2017))

sind Unterschiede in der Häufigkeit der Inanspruchnahme zwischen ambulanter und stationärer Pflege zu beobachten. Über die vier Quartale des Jahres 2017 hinweg sahen mehr vollstationär Gepflegte einen Neurologen (76,4 %) und/oder Psychiater (73,0 %) als die ambulant Gepflegten (62,3 % bzw. 61,2 %). Des Weiteren hatten 35 % der Pflegebedürftigen in der stationären Pflege in allen vier Quartalen jeweils einen Kontakt zum Internisten – im Vergleich zu 43 % in der ambulanten Pflege.

In **Abb. 20.19** wird die Perspektive gewechselt. Dargestellt ist hier, welche Relevanz die Versorgung von Pflegebedürftigen in der ärztlichen Praxis hat – oder anders: welcher Anteil der Fälle bei den niedergelassenen Ärzten 2017 auf Pflegebedürftige entfiel. Mit Ausnahme der Neurologen, Psychiater und Urologen liegt diese Rate allgemein unter 10 %. In der neurologischen Praxis bezieht sich hingegen jeder vierte Fall auf einen Pflegebedürftigen.

■ ■ Fokus: Inanspruchnahme von Neurologen und Psychiatern

In **Tab. 20.2** liegt der Blick speziell auf der Frequentierung von Neurologen bzw. Psychiatern³ durch pflegebedürftige Patienten. Erwartungsgemäß ist hier die Inanspruchnahme mit der Schwere der Pflegebedürftigkeit assoziiert. Sie variiert zwischen den Versorgungsbereichen jedoch genauso wie bei Personen des gleichen Pflegegrades erheblich. Während nur knapp jeder sechste (16,4 %) rein informell betreute Pflegebedürftige (Pflegegeld) mit Pflegegrad 5 einen Neurologen/Psychiater sieht, ist es bei Pflegeheimbewohnern knapp jeder Zweite (48,0 %).

Die Inanspruchnahme unterscheidet sich ferner zwischen einzelnen Erkrankungsgruppen und den Versorgungsformen. **Abb. 20.20** zeigt die nach folgenden neun Erkrankungsgruppen differenzierten Inanspruchnahmerate

³ Bei der zugrundeliegenden Analyse wurden die Facharztgruppen Neurologen und Psychiater zusammengelegt.

■ Tabelle 20.2 Inanspruchnahme von niedergelassenen Neurologen und Psychiater durch Pflegebedürftige nach Pflegegrad und Versorgungsform im Durchschnitt der Quartale, in % (2017)

Pflegegrad ^a	Pflegegeld	Sach- und Kombinationsleistung	Vollstationäre Pflege	Alle Pflegebedürftigen ^b
Pflegegrad 1	–	–	–	17,6
Pflegegrad 2	15,7	14,1	26,1	18,0
Pflegegrad 3	18,4	18,6	36,5	24,1
Pflegegrad 4	18,6	21,6	44,0	31,1
Pflegegrad 5	16,4	22,8	48,0	35,0
Alle Pflegegrade	16,8	17,3	39,0	23,2

^a Der dargestellte Pflegegrad bezieht sich auf den höchsten Pflegegrad, den der Pflegebedürftige im Quartal hatte

^b 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 2017)

Pflege-Report 2019

ten: Demenz und Alzheimer (F00–09; G30–32), Depression (F30–39), Parkinson/Bewegungsstörungen (G20–26), Erkrankungen des Nervensystems (G56–64), Psychische Erkrankungen (F40–48), Lähmungen (G80–83), Zerebrovaskuläre Krankheiten (I60–69), Suchterkrankungen (F10–19) sowie Schizophrenie und wahnhafte Störungen (F20–29; 60–69). Die höchsten Raten lassen sich versorgungsformübergreifend bei Parkinson/Bewegungsstörungen sowie Schizophrenie und wahnhaften Störungen beobachten. Ein Vergleich der Inanspruchnahme innerhalb der jeweiligen Erkrankungsgruppen verdeutlicht, dass Pflegebedürftige in der vollstationären Pflege eine höhere Inanspruchnahme aufweisen als im ambulanten Setting – unabhängig von der Art des Leistungsbezugs (Pflegegeld oder Sach- oder Kombinationsleistung). Bei Demenz und Alzheimer begegnete jeder zweite Pflegeheimbewohner (50,5 %) einem Neurologen/Psychiater im Durchschnitt der Quartale 2017. Hingegen traf dies für die gleiche Erkrankungsgruppe auf lediglich jeden dritten Pflegebedürftigen mit Pflegegeldleistung zu (■ Abb. 20.20).

20.3.2 Stationäre Versorgung

Die Darstellung der Krankenhausversorgung von Pflegebedürftigen bezieht sämtliche vollstationären Fälle im Sinne des § 39 SGB V ein. Teil-, vor- und nachstationäre (§ 115a SGB XI) sowie ambulante (§ 115b SGB XI) Fälle sind nicht Bestandteil der Betrachtungen. Zudem werden ausschließlich Fälle mit abgeschlossener Rechnungsprüfung ausgewertet.

■ Übersicht zur Inanspruchnahme

Fast jeder fünfte Pflegebedürftige (19,2 %) hatte im Jahr 2017 im Durchschnitt der Quartale mindestens einen Krankenhausaufenthalt (■ Tab. 20.3). Sie wiesen – bezogen auf das Quartal – 1,4 und im Jahresblick 2,1 Krankenhausbbehandlungen auf (■ Tab. 20.4). Die Mehrzahl der Pflegebedürftigen mit mehreren Krankenhausaufenthalten werden demzufolge innerhalb eines kurzen Zeitintervalls (d. h. innerhalb eines Quartals) mehrmals stationär behandelt. Je Aufenthalt sind die Pflegebedürftigen durchschnittlich neun Tage im Krankenhaus, wohingegen die Nicht-Pflegebedürftigen durchschnittlich und im Jahr fünf Tage im

Abb. 20.20 Inanspruchnahme von niedergelassenen Neurologen und Psychiatern durch Pflegebedürftige nach Erkrankungsgruppen im Durchschnitt der Quartale, in % (2017) (*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 2017))

■ Tabelle 20.3 Pflegebedürftige mit Krankenhausaufenthalt nach Schwere der Pflegebedürftigkeit und Versorgungsform im Durchschnitt der Quartale, in % (2017)

Pflegegrad ^a	Pflegegeld	Sach- und Kombi- nationsleistung	Vollstationäre Pflege	Alle Pflege- bedürftigen ^b
Pflegegrad 1	–	–	–	21,6
Pflegegrad 2	17,0	18,6	22,0	17,5
Pflegegrad 3	18,4	21,6	21,6	19,6
Pflegegrad 4	20,0	24,6	22,2	21,6
Pflegegrad 5	19,9	24,0	18,6	19,9
Alle Pflegegrade	17,9	20,9	21,3	19,2

^a Der dargestellte Pflegegrad bezieht sich auf den höchsten Pflegegrad, den der Pflegebedürftige im Quartal hatte

^b 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 2017)
Pflege-Report 2019

■ Abb. 20.21 Anteil der Krankenhaustage und -fälle bei Pflegebedürftigen und Nicht-Pflegebedürftigen im Durchschnitt der Quartale, in % (2017). (Quelle: AOK-Daten, standardisiert auf die gesetzlich Versicherten (Amtliche Statistik KM 6 2017))

Krankenhaus verweilen (■ Tab. 20.4). Erwartungsgemäß hängt die Anzahl der Tage sehr stark vom Alter ab: Bei der jungen Kohorte der bis 19-jährigen Pflegebedürftigen sind es durchschnittlich sechs Krankenhaustage je Fall,

ab einem Alter von 90 Jahren dagegen neun Tage. 12 % der Pflegebedürftigen und 2 % der Nicht-Pflegebedürftigen verstarben im Krankenhaus.

■ Tabelle 20.4 Übersicht zu den Krankenhausaufenthalten von Pflegebedürftigen und Nicht-Pflegebedürftigen, in % (2017)

	Im Durchschnitt der Quartale		Im Jahr	
	Pflege- bedürftige	Nicht-Pflege- bedürftige	Pflege- bedürftige	Nicht-Pflege- bedürftige
Zahl der Fälle je Patient	1,4	1,2	2,1	1,5
Krankenhaustage je Fall:				
Insgesamt	9,4	5,1	8,5	5,3
Altersgruppe in Jahren:				
0–19	6,0	3,9	5,6	3,9
20–59	8,5	4,3	7,2	4,3
60–64	9,6	5,9	8,0	5,9
65–69	9,9	6,2	8,4	6,3
70–74	10,0	6,5	8,6	6,7
75–79	10,0	6,7	8,7	7,1
80–84	9,7	6,9	8,8	7,6
85–89	9,3	7,1	8,8	8,3
90+	8,5	7,0	8,6	9,1
Während des Krankenhausaufenthalts verstorben:				
Insgesamt			11,6	1,8
Pflegegeldempfänger			12,8	
Sach- oder Kombinations- leistungsempfänger			8,3	
Vollstationäre Pflege			13,1	

Quelle: AOK-Daten, standardisiert auf die gesetzlich Versicherten (Amtliche Statistik KM 6 2017) Pflege-Report 2019

Bei nahezu jedem vierten Krankenhausfall (24,3 %) ist der Patient ein Pflegebedürftiger (■ Abb. 20.21). Die Analyse nach Krankenhaustagen unterstreicht die Bedeutung für den stationären Versorgungsalltag zusätzlich: Mehr als ein Drittel aller Krankenhaustage (37,0 %) entfielen 2017 auf pflegebedürftige Patienten.

■ ■ Krankenhausaufenthalte und Kurzzeitpflege

Häufig ist nach einem Krankenhausaufenthalt die häusliche Pflege nicht möglich oder sie

muss für eine bestimmte Zeit aufgrund einer akuten Krise ausgesetzt werden. In diesem Fall ist die Kurzzeitpflege, eine vollstationäre Pflege auf begrenzte Zeit, eine mögliche Betreuungsform. Gemäß den Auswertungen (■ Abb. 20.22) traf das im Jahr 2017 auf 41 % der Nutzer von Kurzzeitpflege zu, von denen ein Drittel wiederum im Anschluss verstarb. Von den Pflegebedürftigen mit Kurzzeitpflege ohne vorangegangene Hospitalisierung verstirbt knapp jeder Sechste nach einer Kurzzeitpflege (15,8 %).

■ **Abb. 20.22** Anteil der Pflegebedürftigen in Kurzzeitpflege mit und ohne Krankenhausaufenthalt im Durchschnitt der Monate, in % (2017). (Quelle: AOK-Daten, standardisiert auf die gesetzlich Versicherten (Amtliche Statistik KM 6 2017))

■ ■ Inanspruchnahme nach Altersgruppen und Geschlecht

Die Wahrscheinlichkeit eines Krankenhausaufenthalts variiert deutlich zwischen den Altersgruppen. War im Durchschnitt der Quartale jeder fünfte Pflegebedürftige (19,2 %) im Krankenhaus (■ Tab. 20.3), betraf dies bei den unter 20-Jährigen rund jeden Zehnten (9,6 %), bei den Pflegebedürftigen im erwerbsfähigen Alter 20 bis 59 Jahre rund jeden Achten (12,0 %) und in der Altersgruppe der 70- bis 74- sowie der 75- bis 79-Jährigen schließlich fast jeden Vierten (23,2 %; ■ Abb. 20.23). Vergleicht man dies mit Krankenhausaufenthalten Nicht-Pflegebedürftiger, zeigt sich eine ähnliche Verteilung über die Altersgruppen, jedoch auf einem erwartungsgemäß deutlich niedrigeren Niveau. Anders als bei den Pflegebedürftigen ist hier in der Altersgruppe der 80- bis 84-Jährigen die Wahrscheinlichkeit für einen Krankenhausaufenthalt am höchsten (8,3 %). Bei beiden Gruppen sinkt die stationäre Behandlungsrate in der neunten Lebensdekade wieder – jene der Pflegebedürftigen jedoch stärker (■ Abb. 20.23).

Auch zwischen den Geschlechtern finden sich erhebliche Unterschiede: In den Jahrgän-

gen unter 60 Jahren sind Frauen häufiger im Krankenhaus, ab 60 Jahre sind es dann die Männer. So weist rund jeder Vierte der 70- bis 90-jährigen pflegebedürftigen Männer einmal im Quartal einen Aufenthalt im Krankenhaus auf, bei den Frauen betrifft dies 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 Hospitalisierungsraten je Quartal und nach Versorgungsform liegen relativ nah beieinander (■ Tab. 20.3). Im Jahr 2017 wurden 18 % der Bezieher von ausschließlich Pflegegeld, 21 % der ambulant betreuten Pflegebedürftigen mit Pflegedienst sowie 21 % der stationär betreuten Pflegebedürftigen im Quartal mindestens einmal im Krankenhaus aufgenommen. Insgesamt steigt – auch hier erwartungskonform – der Anteil der Personen mit einem Krankenhausaufenthalt mit der Schwere der Pflegebedürftigkeit (von Pflegegrad 2 bis Pflegegrad 4) insbe-

Abb. 20.23 Personen mit Krankenhausaufenthalt bei Pflegebedürftigen und Nicht-Pflegebedürftigen nach Alter und Geschlecht im Durchschnitt der Quartale, in % (2017). (Quelle: AOK-Daten, standardisiert auf die gesetzlich Versicherten (Amtliche Statistik KM 6 2017))

Abb. 20.24 Anteil der Pflegebedürftigen mit mind. einem Krankenhausaufenthalt nach Bundesland im Durchschnitt der Quartale, in % (2017) (*ohne Pflegebedürftige in Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen nach § 43a SGB XI). (Quelle: AOK-Daten, standardisiert auf die gesetzlich Versicherten (Amtliche Statistik KM 6 2017))

sondere bei Pflegebedürftigen mit ambulanten Pflegeleistungen an. Die vollstationär Pflegebedürftigen mit Pflegegrad 1 bis Pflegegrad 4 kennzeichnet ein relativ konstantes Niveau der Inanspruchnahme: Rund ein Fünftel werden im Quartal mindestens einmal hospitalisiert. Im Pflegegrad 5 betrifft dies mit 19 % etwas weniger Personen.

■ ■ Inanspruchnahme nach Versorgungsform und Bundesland

■ Abb. 20.24 präsentiert je Bundesland über alle vier Quartale des Jahres 2017 den durchschnittlichen Anteil der Pflegebedürftigen mit mindestens einem Krankenhausaufenthalt nach Versorgungsform. Hierbei handelt es sich um Angaben, die um Alters- und Geschlechts-

unterschiede zwischen den Bundesländern bereinigt wurden. Standardisiert wurde auf die Struktur der gesetzlich Versicherten. Wesentliche Unterschiede zwischen den Versorgungsformen sind nicht erkennbar. In der vollstationären Pflege sind lediglich die Anteile der Pflegebedürftigen mit mindestens einem Krankenhausaufenthalt tendenziell höher als in der ambulanten Pflege. Die diesbezüglich regionalen Unterschiede in der ambulanten Pflege reichen von 17 % in Berlin bis zu 20 % in Nordrhein-Westfalen und Bayern. In der vollstationären Pflege schwanken diese Anteile 2017 zwischen 18 % der Pflegebedürftigen in Mecklenburg-Vorpommern und 24 % in Bayern (■ Abb. 20.24).

■ Tabelle 20.5 Anteil Patienten mit Krankenhausaufenthalt mit einer als ambulant-sensitiv eingestuften Hauptdiagnose nach Versorgungsform und Schwere der Pflegebedürftigkeit im Durchschnitt der Quartale, in % (2017)

Pflegegrad ^a	Pflegegeld	Sach- und Kombinationsleistung	Vollstationäre Pflege	Alle Pflegebedürftigen ^b	Nicht-Pflegebedürftige
					Gesamt
Pflegegrad 1	–	–	–	6,6	
Pflegegrad 2	7,5	8,0	9,9	8,0	
Pflegegrad 3	8,4	9,7	11,5	9,6	
Pflegegrad 4	10,2	12,7	13,9	12,4	
Pflegegrad 5	13,0	16,1	17,2	15,7	
Alle Pflegegrade	8,4	10,1	12,9	9,8	4,9

^a Der dargestellte Pflegegrad bezieht sich auf den höchsten Pflegegrad, den der Pflegebedürftige im Quartal hatte

^b 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 2017) Pflege-Report 2019

■ ■ Krankenhausaufenthalte aufgrund einer als ambulant-sensitiv eingestuften Hauptdiagnose

Unter ambulant-sensitiven Hospitalisierungen werden jene Krankenhauseinweisungen gefasst, die – so die zugrundeliegende These – durch „Vorsorge oder rechtzeitige Intervention im ambulanten Sektor“ (Sundmacher und Schüttig 2015) nicht erforderlich wären. Nach US-amerikanischem Vorbild existiert seit einigen Jahren ein spezifischer deutscher Katalog ambulant-sensitiver Behandlungsanlässe im Krankenhaus (ASK), basierend auf einer Kernindikationsgruppe (22 Krankheitsgruppen) und einer Gesamtindikationsliste (40 Krankheitsgruppen) (Sundmacher und Schüttig 2015; Weissman et al. 1992).

■ Tab. 20.5 präsentiert den Anteil an Patienten mit einer als ambulant-sensitiv eingestuften Hauptdiagnose nach Versorgungsform und Schwere der Pflegebedürftigkeit. Erfasst werden nur jene Personen, die im Auswertungsjahr mindestens einen vollstationären Krankenhausaufenthalt aufgrund einer der als ambulant-sensitiv gewerteten Diagnosen aufwie-

sen. 13 % der vollstationär gepflegten Personen waren im Durchschnitt der Quartale gemäß dem oben genannten Ansatz von Sundmacher und Schüttig (2015) Krankenhauspatienten mit einer ambulant-sensitiven Hauptdiagnose. Bei den Beziehern von Pflegegeld betraf dies knapp jeden Zwölften (8,4 %), bei den Nicht-Pflegebedürftigen jeden Zwanzigsten (4,9 %). Ferner zeigt ■ Tab. 20.5, dass mit der Schwere der Pflegebedürftigkeit der Anteil an Patienten mit einem ambulant-sensitiven Behandlungsanlass steigt.

■ Tab. 20.6 stellt die Anzahl der Krankenhaufälle je 100 Patienten mit einer als ambulant-sensitiv eingestuften Hauptdiagnose nach Versorgungsform und Pflegegrad dar. Deutlich erkennbar ist die starke Variation der Kennzahl nach Pflegegrad und Versorgungsform. Patienten, die in einem Pflegeheim leben, generieren 18 Krankenhaufälle mit einer ambulant-sensitiven Hauptdiagnose im Jahr je 100 Patienten, bei Pflegegrad 5 in derselben Versorgungsform umfasst dieser Wert 21 Fälle. Bei Pflegegeldempfängern mit Pflegegrad 2 wurden dagegen wurden nur zwölf Krankenhaufälle je 100 Pa-

■ Tabelle 20.6 Anzahl der Krankenhausfälle je 100 Patienten mit einer als ambulant-sensitiv eingestuften Hauptdiagnose nach Versorgungsform und Schwere der Pflegebedürftigkeit im Jahr (2017)

Pflegegrad ^a	Pflegegeld	Sach- und Kombinationsleistung	Vollstationäre Pflege	Alle Pflegebedürftigen ^b	Nicht-Pflegebedürftige
					Gesamt
Pflegegrad 1	–	–	–	8,2	
Pflegegrad 2	11,5	12,0	14,5	12,2	
Pflegegrad 3	12,9	14,8	16,0	14,4	
Pflegegrad 4	15,0	18,7	18,6	17,6	
Pflegegrad 5	18,7	21,5	21,3	20,7	
Alle Pflegegrade	12,8	15,1	17,5	14,4	6,2

^a Der dargestellte Pflegegrad bezieht sich auf den höchsten Pflegegrad, den der Pflegebedürftige im Quartal hatte

^b 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 2017) Pflege-Report 2019

tienten gemessen. Sechs – und damit weitaus weniger – Fälle sind je 100 nicht-pflegebedürftige Patienten zu beobachten.

20.3.3 Versorgung mit Arzneimitteln

Die Betrachtung der Arzneimittelversorgung von Pflegebedürftigen in Deutschland berücksichtigt die von niedergelassenen Ärzten verordneten Medikamente. Die Analyse konzentriert sich dabei auf potenziell risikobehaftete Arzneimitteltherapien, welche die Gefahr unerwünschter Arzneimittelereignisse erhöhen können. Im Speziellen sind dies Kennzahlen zur gleichzeitigen Verordnung von mehreren Wirkstoffen⁴ (Polymedikation) und zur Ver-

sorgung mit für ältere Menschen potenziell ungeeigneten Wirkstoffen gemäß der so genannten PRISCUS-Liste⁵ (s. u.). Ein vertiefender Blick widmet sich der Behandlung mit Psychopharmaka.

■ Polymedikation nach Alter

Mit zunehmender Morbidität bzw. zunehmendem Alter steigt das Risiko einer Polymedikation. Die Betroffenen weisen dann eine Vielzahl verschiedener Wirkstoffverordnungen auf. Mit dieser Verdichtung der pharmakologischen Therapie geht die Zunahme von unerwünschten Wechselwirkungen dieser Wirkstoffe einher.

Rund zwei Drittel der Pflegebedürftigen (60,5 %), jedoch lediglich 12 % der Nicht-Pflegebedürftigen erhalten in jedem Quartal des Jahres fünf oder mehr Wirkstoffe.⁶ Gemäß

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 zeigten keine

Abb. 20.25 Anzahl verordneter Wirkstoffe bei Pflegebedürftigen und Nicht-Pflegebedürftigen insgesamt und nach Versorgungsform, im Durchschnitt der Quartale, in % (2017). (Quelle: AOK-Daten, standardisiert auf die gesetzlich Versicherten (Amtliche Statistik KM 6 2017))

Abb. 20.25 ist der Anteil der polymedikamentös (mindestens fünf Wirkstoffe) versorgten Pflegebedürftigen im Pflegeheim (vollstationär, 68,6 %) und bei den Sach- und Kombinationsleistungsempfängern (67,9 %) am höchsten, bei den Beziehern von ausschließlich Pflegegeld am geringsten (56,8 %).

Die höchste Wirkstoffrate findet sich bei den pflegebedürftigen 70- bis 74-Jährigen (Abb. 20.26): Hier weisen rund ein Viertel (25,7 %) der Betroffenen zehn und mehr Verordnungen unterschiedlicher Wirkstoffe pro Quartal auf. Dieser Wert ist rund fünfmal so hoch wie bei den Nicht-Pflegebedürftigen gleicher Altersgruppe (4,9 %).

■ ■ Verordnung nach Bundesland

Polymedikation bei Pflegebedürftigen ist ein bundesweit relativ einheitliches Problem und betrifft über die Hälfte der Pflegebedürftigen

im Jahr 2017. Abb. 20.27 zeigt den Anteil der Pflegebedürftigen mit fünf oder mehr unterschiedlichen Wirkstoffen im Quartal. Es handelt sich dabei um den Durchschnitt über alle vier Quartale des Jahres 2017. Die Analyse bereinigte dabei um Alters- und Geschlechtsunterschiede zwischen den Bundesländern, d. h. sie standardisierte auf die Struktur aller gesetzlich Versicherten. Es zeigt sich, dass die Pflegebedürftigen in Brandenburg (55,4 %), gefolgt von Sachsen (56,9 %), Bremen (57,0 %), Sachsen-Anhalt und Berlin (jeweils 57,1 %) am seltensten polymedikamentös ($\geq$ fünf Wirkstoffe) versorgt werden. Spitzenreiter bei der Polymedikation sind das Saarland (63,8 %), Nordrhein-Westfalen (63,7 %) und Rheinland-Pfalz (63,2 %).

■ ■ Verordnung nach Schwere der Pflegebedürftigkeit und Versorgungsform

Eine nach Schwere der Pflegebedürftigkeit differenzierte Betrachtung der Polymedikation

wesentlichen Veränderungen bei der Anzahl der verordneten Arzneimittel.

Abb. 20.26 Anzahl verordneter Wirkstoffe bei Pflegebedürftigen und Nicht-Pflegebedürftigen nach Alter, im Durchschnitt der Quartale, in % (2017). (Quelle: AOK-Daten, standardisiert auf die gesetzlich Versicherten (Amtliche Statistik KM 6 2017))

■ **Abb. 20.27** Anteil der Pflegebedürftigen mit Polymedikation (≥ 5 Wirkstoffe) nach Bundesland im Durchschnitt der Quartale, in % (2017). (Quelle: AOK-Daten, standardisiert auf die gesetzlich Versicherten (Amtliche Statistik KM 6 2017))

($\geq$ fünf Wirkstoffe) zeigt – ähnlich wie die vorangegangene Regionalanalyse – ein recht homogenes Bild. So schwankt der Anteil der polymedikamentös versorgten Pflegebedürftigen in Abhängigkeit vom Pflegegrad marginal zwischen 60 und 62 % (■ Tab. 20.7). Eine Ausnahme bildet hier der Pflegegrad 5: Bei Pflegebedürftigen mit schwersten Einschränkungen der Selbstständigkeit bzw. der Fähigkeiten verbunden mit besonderen Anforderungen an die Pflege sinkt dieser Anteil auf 55 %.

Eine Variation der Polymedikationsrate zeigt sich in ■ Tab. 20.7 zwischen den unterschiedlichen Versorgungsformen: Pflegebedürftige im häuslichen Setting ohne Einbindung von Pflegediensten (ausschließlich Pflegegeld)

weisen deutlich seltener Verordnungen von fünf und mehr Wirkstoffen auf als jene in anderen Versorgungsformen. In der vollstationären Pflege findet sich mit knapp drei Viertel der Pflegebedürftigen im Pflegegrad 2 der höchste Anteil an polymedikamentös Therapierten.

■ ■ PRISCUS-Wirkstoffe

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

■ ■ PRISCUS-Verordnung nach Alter und Geschlecht

Die Analyse von verordneten PRISCUS-Arzneien zeigt auf, dass Pflegebedürftige diese deutlich häufiger verordnet bekommen als Nicht-Pflegebedürftige gleichen Alters. Jeder sechste Pflegebedürftige (16,5 %) im Alter ab 65 Jahren erhielt 2017 mindestens einen Wirkstoff der PRISCUS-Liste (im Durchschnitt der Quartale). Bei den Nicht-Pflegebedürftigen ab 65 Jahren ist dies jeder Elfte (8,8 %). Das Risiko hierfür sinkt bei Pflegebedürftigen mit zunehmendem Alter (■ Abb. 20.28). Bei Nicht-Pflegebedürftigen hingegen ist der Anstieg dieser Rate wesentlich schwächer ausgeprägt und variiert in den höchsten hier betrachteten Alterssegmenten mit einem Anteil von 10 % an PRISCUS-Verordnungsraten kaum noch. Die Spanne zwischen den Polymedikationsraten der Pflegebedürftigen und Nicht-Pflegebedürftigen verringert sich mit steigendem Alter sichtlich: Während die 65- bis 69-jährigen Pflegebedürftigen noch mehr als dreimal so häufig PRISCUS-Verordnungen erhalten als die Nicht-Pflegebedürftigen gleichen Alters, verbleiben in der höchsten Altersgruppe der mindestens 90-Jährigen nur noch rund drei Prozentpunkte Unterschied zwischen Pflege-

■ Tabelle 20.7 Anteil der Pflegebedürftigen mit Polymedikation (Anzahl Wirkstoffe ≥ 5) nach Schwere der Pflegebedürftigkeit und Versorgungsform im Durchschnitt der Quartale, in % (2017)

Pflegegrad ^a	Pflegegeld	Sach- und Kombinationsleistung	Vollstationäre Pflege	Alle Pflegebedürftigen ^b
Pflegegrad 1	–	–	–	60,4
Pflegegrad 2	60,1	68,8	74,0	61,5
Pflegegrad 3	54,5	68,3	70,6	60,2
Pflegegrad 4	50,8	67,6	69,3	61,0
Pflegegrad 5	46,0	60,8	58,5	54,8
Alle Pflegegrade	56,8	67,9	68,6	60,5

^a Der dargestellte Pflegegrad bezieht sich auf den höchsten Pflegegrad, den der Pflegebedürftige im Quartal hatte

^b 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 2017) Pflege-Report 2019

bedürftigen und gleichaltriger Vergleichsgruppe (13,2 % versus 9,8 %) (■ Abb. 20.28). 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 (■ Abb. 20.28). Dies korrespondiert damit, dass Frauen generell in bestimmten Altersgruppen mehr Arzneimittel als Männer verordnet bekommen (Schaufler und Telschow 2016).

Von den über 65-jährigen Pflegebedürftigen mit PRISCUS-Wirkstoff im vierten Quartal 2017 (16,5 % der Pflegebedürftigen) erhielten über die Hälfte (55,1 %) nicht nur im vierten Quartal, sondern in jedem Quartal des Jahres 2017 mindestens eine Verordnung der potenziell inadäquaten Wirkstoffe für ältere Menschen.

■ ■ PRISCUS-Verordnung nach Bundesland

Die Verordnungen von PRISCUS-Arzneimitteln zeigen auch nach der Bereinigung von Alters- und Geschlechtsunterschieden zwischen den Bundesländern deutliche regionale Unterschiede (■ Abb. 20.29). Während nur 12 % der Pflegebedürftigen in Sachsen-Anhalt ein potenziell ungeeignetes Arzneimittel erhal-

ten, sind es im Saarland 21 %. Insgesamt weisen die ostdeutschen Bundesländer mit Ausnahme von Mecklenburg-Vorpommern eine deutlich unterdurchschnittliche Verordnungsraten von PRISCUS-Arzneistoffen auf.

■ ■ PRISCUS-Verordnung nach Wirkstoffgruppen

Die nach Wirkstoffgruppen differenzierte Analyse des PRISCUS-Wirkstoff-Einsatzes kennzeichnet die Psychopharmaka als mit Abstand häufigste verordnete Gruppe. Für rund 6 % der Pflegebedürftigen über 65 Jahre ließ sich im Durchschnitt der Quartale 2017 mindestens eine Verordnung von Psycholeptika⁷ und für 5 % von Psychoanaleptika⁸ feststellen – beide gelten als potenziell inadäquat bei älteren Menschen (■ Abb. 20.30).

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.

Abb. 20.28 Anteil der Personen ab 65 Jahre mit mindestens einer Verordnung eines PRISCUS-Wirkstoffes im Durchschnitt der Quartale, in % (2017). (Quelle: AOK-Daten, standardisiert auf die gesetzlich Versicherten (Amtliche Statistik KM 6 2017))

■ **Abb. 20.29** Anteil der Pflegebedürftigen ab 65 Jahre mit mindestens einer Verordnung eines PRISCUS-Wirkstoffs nach Bundesland im Durchschnitt der Quartale, in % (2017). (Quelle: AOK-Daten, standardisiert auf die gesetzlich Versicherten (Amtliche Statistik KM 6 2017))

Ein detaillierter Blick auf die Wirkstoffgruppe der Psycholeptika zeigt, dass fast jeder fünfte Pflegebedürftige über 65 Jahre (18,0 %) ein Antipsychotikum erhält (■ Tab. 20.8). Von diesen verordneten Wirkstoffen ist jedoch lediglich 1 % in der PRISCUS-Liste aufgeführt; insgesamt 6 % der für 2017 beobachteten Antipsychotika-Verordnungen gelten dementsprechend als potenziell ungeeignet für die betagten Patienten. Anxiolytika (Beruhigungsmittel) sowie Hypnotika und Sedativa (Schlaf- und Beruhigungsmittel) hingegen werden insgesamt deutlich seltener verordnet. Die Wahrscheinlichkeit, in diesem Fall ein Arzneimittel mit PRISCUS-Wirkstoff zu erhalten, ist den Analysen zufolge jedoch sehr hoch: Ein Drittel der

Pflegebedürftigen über 65 Jahre mit einer Verordnung aus der Gruppe der Anxiolytika erhielt einen Arzneistoff der PRISCUS-Liste. Bei den Hypnotika und Sedativa trifft dies sogar auf zwei Drittel (63,7 %) der Personen mit Verordnung zu.

Unter den Psychoanaleptika haben die Antidepressiva die höchsten Verordnungsraten: Jeder fünfte (20,1 %) Pflegebedürftige im Alter von über 65 Jahren weist eine Verordnung eines Antidepressivums auf – wiederum rund jeder Fünfte (20,8 %) hiervon einen von der PRISCUS-Liste aufgeführten Wirkstoff. Lediglich 7 % der Pflegebedürftigen erhalten ein Antidementivum; PRISCUS-Arzneimittel kommen hier nur selten vor (■ Tab. 20.8). Verordnungen von Psychostimulanzien sind kaum zu beobachten (0,3 %) – werden sie verordnet, findet sich jedoch nahezu jeder Wirkstoff auf der PRISCUS-Liste wieder (97,3 %).

Alles in allem erhalten 38 % der Pflegebedürftigen im Quartal ein Antipsychotikum (N05A) oder Anxiolytikum (N05B) oder Hypnotikum und Sedativum (N05C) oder Antidepressivum (N06A). Dies sind die vier zentralen Wirkstoffgruppen im Hinblick auf die PRISCUS-Problematik. Bei den stationär Gepflegten trifft dies mit 56 % auf über die Hälfte der Pflegeheimbewohner zu (■ Tab. 20.9), während dieser Anteil bei Beziehern von ausschließlich Pflegegeld nur etwas mehr als halb so groß ist (29,1 %). 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.

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

■ Tab. 20.10 betrachtet die Kontinuität der Verordnung nach einzelnen Wirkstoffgruppen. Veranschaulicht wird dies mit dem Anteil der Pflegebedürftigen mit mindestens einer entsprechenden Verordnung im 4. Quartal 2017

Abb. 20.30 Anteil der Pflegebedürftigen und Nicht-Pflegebedürftigen mit PRISCUS-Wirkstoff nach Wirkstoffgruppen im Durchschnitt der Quartale, in % (2017). (Quelle: AOK-Daten, standardisiert auf die gesetzlich Versicherten (Amtliche Statistik KM 6 2017))

und davon ausgehend auch in den Quartalen 1 bis 3 (Zähler) bezogen auf alle Pflegebedürftigen mit der jeweiligen Verordnung im 4. Quartal 2017 (Nenner).

Demgemäß erhielt ein Drittel der vollstationär Pflegebedürftigen (35,6 %) ein Antipsychotikum im vierten Quartal, davon erhielten mehr als zwei Drittel (69,4 %) diesen Wirkstoff für mindestens ein Jahr, wobei eine Identifizierung nach Dauer- oder Bedarfsmedikation auf Basis der verwendeten Abrechnungsdaten nicht möglich ist. Erhebungen zeigen, dass 40 bis 60 % der Pflegeheimbewohner entsprechende Symptome (z. B. verbale und körperliche Aggression, Wahnvorstellungen, Halluzinationen, Apathie) aufweisen (de Mauleon et al. 2014).

Die Quote der Folgeverordnungen steht in 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 über einen möglichst kurzen Zeitraum erfolgen und engmaschig kontrolliert werden (DGPPN 2016).

Ähnliche Dauerverordnungsraten sind bei Anxiolytika (Beruhigungsmitteln) sowie bei Hypnotika und Sedativa (Schlaf- und Beruhigungsmitteln) zu beobachten (Tab. 20.10). Von jedem zwanzigsten Pflegebedürftigen mit diesen Verordnungen im vierten Quartal erhielten 48 % der Pflegebedürftigen mit verordneten Anxiolytika und 56 % mit Hypnotika und Sedativa diese Medikamente dauerhaft in jedem Quartal des Jahres 2017. Die Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN) spricht sich in der bis Mai 2018 gültigen S3-Leitlinie „Zwangsstörungen“ (gegenwärtig Update) ausdrücklich gegen den Einsatz von Anxiolytika bei diesem Erkrankungsbild mit der Begründung fehlender Wirk-

Tabelle 20.8 Anteil der Pflegebedürftigen ab 65 Jahre mit Verordnung von Psycholeptika bzw. Psychoanaleptika im Durchschnitt der Quartale, in % (2017)

Wirkstoffgruppen	Nicht-Pflegebedürftige			Pflegebedürftige		
	Alle Arzneimittel (in %)	PRISCUS-Wirkstoff (in %)	Anteil mit PRISCUS-Wirkstoff	Alle Arzneimittel (in %)	PRISCUS-Wirkstoff (in %)	Anteil mit PRISCUS-Wirkstoff
Antipsychotika (N05A)	1,5	0,1	7,6	18,0	1,1	5,9
Anxiolytika (N05B)	1,6	0,9	56,4	5,6	2,0	35,3
Hypnotika und Sedativa (N05C)	1,6	1,2	77,6	4,9	3,1	63,7
Homöopathische und Antroposophische Psycholeptika (N05H)	0,0	0,0 ^a	0,0	0,0	0,0 ^a	0,0
Antidepressiva (N06A)	6,9	2,3	33,9	20,1	4,2	20,8
Psychostimulanzien (N06B)	0,1	0,1	95,8	0,3	0,3	97,2
Psycholeptika und Psychoanaleptika in Kombination (N06C)	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Antidementiva (N06D)	0,5	0,0	3,5	6,7	0,0	0,5

^a kein PRISCUS-Arzneimittel definiert

Quelle: AOK-Daten, standardisiert auf die gesetzlich Versicherten (Amtliche Statistik KM 6 2017)
Pflege-Report 2019

Tabelle 20.9 Anteil der Pflegebedürftigen ab 65 Jahre mit Verordnung von mind. einem Psycholeptikum bzw. Psychoanaleptikum nach Versorgungsform, in % (2017)

Wirkstoffgruppen	Pflegebedürftige mit ...			
	Pflegegeld	Ambulanter Sach- und Kombinationsleistung	Vollstationärer Pflege	Alle Pflegebedürftigen
Antipsychotika (N05A) oder Anxiolytika (N05B) oder Hypnotika und Sedativa (N05C) oder Antidepressiva (N06A)	29,1	34,8	56,2	37,5

Quelle: AOK-Daten, standardisiert auf die gesetzlich Versicherten (Amtliche Statistik KM 6 2017)
Pflege-Report 2019

samkeit und des Risikos einer Abhängigkeitsentwicklung aus (DGPPN 2013). Ebenso zurückhaltend wird der Einsatz von Hypnotika bei Schlafstörungen bewertet: Die gegenwärtig aktualisierte S1-Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Neurologie spricht sich bei Insomnien aufgrund des Abhängigkeitspotenzials und trotz eher geringer Evidenzlage für einen kurzfristigen, vorübergehenden Einsatz (ca. vier Wochen) aus (Deutsche Gesellschaft

[illegible]

Wirkstoffe	Pflegegeld		Ambulante Sach- und Kombinationsleistung		Vollstationäre Pflege		Alle Pflegebedürftigen ^a	
	Pflegebedürftige mit Verordnung im 4. Quartal (in %)	Über die Dauer von vier Quartalen bezogen auf alle Pflegebedürftigen mit Verordnung des Wirkstoffs im 4. Quartal (in %)	Pflegebedürftige mit Verordnung im 4. Quartal (in %)	Über die Dauer von vier Quartalen bezogen auf alle Pflegebedürftigen mit Verordnung des Wirkstoffs im 4. Quartal (in %)	Pflegebedürftige mit Verordnung im 4. Quartal (in %)	Über die Dauer von vier Quartalen bezogen auf alle Pflegebedürftigen mit Verordnung des Wirkstoffs im 4. Quartal (in %)	Pflegebedürftige mit Verordnung im 4. Quartal (in %)	Über die Dauer von vier Quartalen bezogen auf alle Pflegebedürftigen mit Verordnung des Wirkstoffs im 4. Quartal (in %)
Antipsychotika (N05A)	10,1	50,8	14,7	58,5	35,6	69,4	18,4	59,3
Anxiolytika (N05B)	4,5	49,2	4,8	50,8	8,0	51,6	5,6	47,5
Hypnotika und Sedativa (N05C)	4,4	55,5	4,3	59,5	6,1	62,3	4,9	55,5
Antidepressiva (N06A)	17,3	49,5	19,9	53,6	26,3	59,0	20,4	52,2

a 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 2017)

Pflege-Report 2019

■ **Abb. 20.31** Anteil der verordneten Wirkstoffe nach Facharztgruppe an Pflegebedürftige ab 65 Jahre im Durchschnitt der Quartale, in % (2017) (*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 2017))

für Neurologie 2012). Die Beers-Kriterien der American Geriatrics Society (AGS) gehen noch einen Schritt weiter und stufen sowohl Benzodiazepine als auch Benzodiazepin-Rezeptorantagonisten (sog. „Z-Substanzen“) als für ältere Menschen generell ungeeignet ein, und zwar unabhängig von der Anwendungsdauer (AGS 2017). Ein wichtiger Gesichtspunkt insbesondere bei Pflegebedürftigen ist darüber hinaus das – mit der Hypnotika-Einnahme assoziierte – erhöhte Sturzrisiko. In der Gesamtschau lässt sich im Sinne der S3-Leitlinie „Demenzen“ für eine medikamentöse Therapie von Schlafstörungen bei Demenz keine evidenzbasierte Empfehlung formulieren (DGPPN 2016).

Von den 20 % Pflegebedürftigen, die im vierten Quartal eine Antidepressiva-Verord-

nung aufweisen, erhalten die Hälfte (52,2 %) durchgängig, d. h. auch in den drei vorangegangenen Quartalen des Jahres 2017, jeweils mindestens eine Verordnung dieser Wirkstoffe. Anders als bei den Psycholeptika ist hier – bei Ansprache auf die Therapie – eine kontinuierliche Gabe über die Remission hinaus von vier bis neun Monaten empfohlen (DGPPN 2015).

■ ■ **Verordnung von Antipsychotika, Anxiolytika, Hypnotika und Sedativa sowie Antidepressiva nach Fachärzten und Versorgungsformen**

Die Versorgung von Pflegebedürftigen mit Antipsychotika, Anxiolytika, Hypnotika und Sedativa sowie Antidepressiva lässt sich darüber hinaus nach Versorgungsform und verordnen-

■ Tabelle 20.11 Verordnungshäufigkeit nach Heilmittel-Leistungsbereichen im Durchschnitt der Quartale, in % (2017)

Leistungsbereich	Anteil an Pflegebedürftigen mit mind. einer Verordnung			Anzahl Behandlungen je Patient		
	Männer	Frauen	Gesamt	Männer	Frauen	Gesamt
Physiotherapie	21,6	23,7	22,8	16,6	15,8	16,1
Podologie	3,4	3,3	3,3	3,3	3,3	3,3
Sprachtherapie	3,8	2,0	2,7	12,8	13,0	12,9
Ergotherapie	6,6	4,8	5,5	14,4	14,3	14,3
Gesamt	27,9	28,5	28,2	14,5	14,2	14,3

Quelle: AOK-Daten, standardisiert auf die gesetzlich Versicherten (Amtliche Statistik KM 6 2017) Pflege-Report 2019

den Fachärzten charakterisieren (■ Abb. 20.31). So geht das Gros der Antipsychotika-Verordnungen (58,8 %) auf Hausärzte zurück und lediglich 41 % auf Neurologen und Psychiater. Weitere Facharztgruppen spielen hier keine Rolle. Noch weitaus stärker zeigt sich die Relevanz der hausärztlichen Akteure bei den drei weiteren ausgewählten Wirkstoffgruppen: Zwischen 72 und 80 % aller Verordnungen wurden hier durch Hausärzte getätigt. Vollstationär Gepflegte werden in dieser Hinsicht deutlich häufiger fachärztlich versorgt als Pflegebedürftige in der eigenen Häuslichkeit (■ Abb. 20.31). So bekommen Pflegeheimbewohner knapp die Hälfte der Antipsychotika-Verordnungen (48,8 %) im Durchschnitt der Quartale vom Neurologen oder Psychiater. Dies kontrastiert erheblich mit den anderen Versorgungsformen, bei denen sich der genannte Anteil auf 26 % (Pflegegeld) bzw. 27 % (Sach- und Kombinationsleistungen) beläuft.

20.3.4 Versorgung mit Heilmittelleistungen

Heilmittel werden eingesetzt, um Beeinträchtigungen durch eine Krankheit abzumildern, eine Krankheit zu heilen bzw. 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 2017 wurden fast 28 % der Pflegebedürftigen mit mindestens einer Behandlung versorgt (■ Tab. 20.11). Die mit großem Abstand häufigsten Heilmittelbehandlungen der Pflegebedürftigen entstammen dem Maßnahmenkatalog der Physiotherapie. Je Quartal waren im Mittel 23 % der Pflegebedürftigen in einer physiotherapeutischen Behandlung. Maßnahmen der Ergotherapie, Sprachtherapie sowie Podologie nahmen zwischen 3 und 6 % der Pflegebedürftigen in Anspruch, wobei Männer ergo- und sprachtherapeutische Interventionen häufiger beanspruchten als Frauen. Die jeweilige Therapieintensität – gemessen in Behandlungen je Patient – unterscheidet sich zwischen den Geschlechtern nur marginal (■ Tab. 20.11). Die pflegebedürftigen Heilmittelpatienten besuchten im Durchschnitt der Quartale rund 16 physiotherapeutische (einzelne Sitzungen), 13 sprachtherapeutische und 14 ergotherapeutische Behandlungen, was rein rechnerisch etwas mehr als einer Sitzung pro Woche des Quartals entspricht.

■ Abb. 20.32 zeigt die Verteilung nach Pflegebedürftigen sowie Nicht-Pflegebedürftigen

Abb. 20.32 Anteil Heilmittelbehandlungen bei Pflegebedürftigen im Durchschnitt der Quartale, in % (2017). (Quelle: AOK-Daten, standardisiert auf die gesetzlich Versicherten (Amtliche Statistik KM 6 2017))

Tabelle 20.12 Physiotherapie – Pflegebedürftige mit mindestens einer Behandlung nach Pflegegrad und Versorgungsform im Durchschnitt der Quartale, in % (2017)

Pflegegrad ^a	Pflegegeld	Sach- und Kombinationsleistung	Vollstationäre Pflege	Alle Pflegebedürftigen ^b
Pflegegrad 1	–	–	–	19,0
Pflegegrad 2	20,0	23,1	22,9	20,6
Pflegegrad 3	21,2	27,8	22,8	23,1
Pflegegrad 4	23,6	33,4	23,0	25,8
Pflegegrad 5	34,9	42,9	23,3	30,6
Alle Pflegegrade	21,4	27,6	22,9	22,8

^a Der dargestellte Pflegegrad bezieht sich auf den höchsten Pflegegrad, den der Pflegebedürftige im Quartal hatte

^b 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 2017)
Pflege-Report 2019

ausgehend von den in Anspruch genommenen Heilmittelbehandlungen durch die Versicherten insgesamt im Jahr 2017. Ein Viertel aller physiotherapeutischen Behandlungen (24,9 %) war demnach Bestandteil der Therapie von Pflegebedürftigen. Bei der Ergotherapie

ist die Hälfte (51,6 %) der Behandlungen von Pflegebedürftigen durchlaufen worden. Knapp ein Drittel der Versicherten, die 2017 Maßnahmen der Podologie oder der Sprachtherapie in Anspruch nahmen, waren Pflegebedürftige.

Abb. 20.33 Pflegebedürftige und nicht-pflegebedürftige Physiotherapie-Patienten nach Alter und Geschlecht im Durchschnitt der Quartale, in % (2017). (Quelle: AOK-Daten, standardisiert auf die gesetzlich Versicherten (Amtliche Statistik KM 6 2017))

■ **Abb. 20.34** Anteil der pflegebedürftigen Physiotherapie-Patienten nach Alter und Versorgungsform im Durchschnitt der Quartale, in % (2017). (Quelle: AOK-Daten, standardisiert auf die gesetzlich Versicherten (Amtliche Statistik KM 6 2017))

■ **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. Durchschnittlich rund jeder fünfte Pflegebedürftige (22,8 %) erhält im Mittel der vier Quartale 2017 Physiotherapie (■ Tab. 20.12). Gemäß ■ Abb. 20.33 ist der Anteil der physiotherapeutischen Patienten bei den weiblichen Pflegebe-

dürftigen 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 gegenüber den Männern. Die höchste Behandlungsrate findet sich bei den Nicht-Pflegebedürftigen in der Altersgruppe der 75- bis 79-jährigen und liegt damit erwartungsgemäß später im Lebenszyklus als bei den Pflegebedürftigen.

■ **Inanspruchnahme physiotherapeutischer Behandlungen nach Schwere der Pflegebedürftigkeit und Versorgungsform**

Die Verordnung von Physiotherapie entwickelt sich erwartungsgemäß entlang der sich

Abb. 20.35 Pflegebedürftige und nicht-pflegebedürftige Ergotherapie-Patienten nach Alter und Geschlecht im Durchschnitt der Quartale, in % (2017). (Quelle: AOK-Daten, standardisiert auf die gesetzlich Versicherten (Amtliche Statistik KM 6 2017))

■ **Tabelle 20.13** Ergotherapie – Pflegebedürftige mit mindestens einer Behandlung nach Pflegegrad und Versorgungsform im Durchschnitt der Quartale, in % (2017)

Pflegegrad ^a	Pflegegeld	Sach- und Kombinationsleistung	Vollstationäre Pflege	Alle Pflegebedürftigen ^b
Pflegegrad 1	–	–	–	2,4
Pflegegrad 2	3,4	3,3	3,2	3,5
Pflegegrad 3	6,1	6,9	5,3	6,2
Pflegegrad 4	8,1	10,6	6,6	8,1
Pflegegrad 5	12,2	15,7	8,3	10,9
Alle Pflegegrade	5,1	6,5	5,9	5,5

^a Der dargestellte Pflegegrad bezieht sich auf den höchsten Pflegegrad, den der Pflegebedürftige im Quartal hatte

^b 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 2017) Pflege-Report 2019

in Pflegebedürftigkeit äußernden körperlichen Einschränkungen. Vom Pflegegrad 1 (19,0 %) bis zum Pflegegrad 5 (30,6 %) nimmt der Anteil der Pflegebedürftigen mit physiotherapeutischer Unterstützung kontinuierlich zu (■ Tab. 20.12). Ausnahme ist hier die vollstationäre Pflege: Hier bleibt dieser Anteil ab Pflegegrad 2 auf dem konstanten Niveau von 23 %. Die Analyse der Pflegesettings zeigt darüber hinaus, dass Pflegebedürftige mit ambulanten Sach- oder Kombinationsleistungen überdurchschnittlich häufig diese Intervention in Anspruch nehmen.

■ ■ Inanspruchnahme physiotherapeutischer Behandlungen nach Versorgungsform und Altersgruppen

Je nach Versorgungsform des Gepflegten variiert, das zeigte bereits ■ Tab. 20.11, die Inanspruchnahme physiotherapeutischer Behandlungen. ■ Abb. 20.34 ergänzt die in dieser Hinsicht unterschiedlichen Raten innerhalb der einzelnen Altersgruppen. Erreicht sie in der Gruppe der pflegebedürftigen Kinder- und Jugendlichen (0–19 Jahre) in vollstationärer Pflege mit 65 % das Maximum, sind es im höchsten Alterssegment nur noch 17 %. In allen anderen

Altersgruppen nehmen überwiegend Pflegebedürftige mit ambulanten Sach- oder Kombinationsleistungen physiotherapeutische Leistungen in Anspruch.

■ ■ Inanspruchnahme ergotherapeutischer Behandlungen nach Altersgruppen und Geschlecht

Die Ergotherapie umfasst motorisch-funktionelle, psychisch-funktionelle und sensomotorisch-perzeptive Therapien sowie das sogenannte Hirnleistungstraining. Ziel der ergotherapeutischen Maßnahmen ist die Selbstständigkeit bei alltäglichen Verrichtungen und der Selbstversorgung bzw. deren Wiederherstellung. Bei Kindern kommt Ergotherapie u. a. bei motorischen Entwicklungsstörungen (UEMF) zum Einsatz, bei Erwachsenen stehen rehabilitative Maßnahmen nach Stürzen, Operationen und schweren Unfällen im Vordergrund, bei Senioren wird sie primär bei Vorliegen demenzieller Syndromen oder zur palliativen Versorgung verordnet.

■ Abb. 20.35 unterstreicht, dass nur ein marginaler Anteil der Nicht-Pflegebedürftigen ergotherapeutische Leistungen in Anspruch nimmt. Eine Ausnahme bildet die Gruppe

Abb. 20.36 Anteil der pflegebedürftigen Ergotherapie-Patienten nach Alter und Versorgungsform im Durchschnitt der Quartale, in % (2017). (Quelle: AOK-Daten, standardisiert auf die gesetzlich Versicherten (Amtliche Statistik KM 6 2017))

der Kinder- und Jugendlichen (0–19 Jahre): Hier lassen sich 1,4 % der nicht-pflegebedürftigen Jungen und 0,6 % der nicht-pflegebedürftigen Mädchen auf diese Weise behandeln. Rund 16 % der Pflegebedürftigen im gleichen Alterssegment erhalten demgegenüber eine Ergotherapie. Dieser Anteil sinkt mit steigendem Alter kontinuierlich und bei beiden Geschlechtern. Bei Pflegebedürftigen im Alter von 65 bis 69 Jahren hat sich dieser Anteil von 16 % schon mehr als halbiert (7,4 %). Bei den mindestens 90-jährigen nehmen lediglich 2 % ergotherapeutische Leistungen in Anspruch (Abb. 20.35).

■ ■ Inanspruchnahme ergotherapeutischer Behandlungen nach Schwere der Pflegebedürftigkeit und Versorgungsform

Betrachtet man die Inanspruchnahme der Ergotherapie wiederum differenziert nach Versorgungsbereichen, so wird deutlich, dass der Anteil der Ergotherapie-Patienten mit der Schwere der Pflegebedürftigkeit zunimmt. Auch hier zeigt die Analyse, dass Pflegebedürftige mit ambulanten Sach- oder Kombinationsleistungen häufiger eine ergotherapeutische Behandlung erhalten (6,5 %) als Bezieher von ausschließlich Pflegegeld (5,1 %) und auch als vollstationär Gepflegte (5,9 %) (Tab. 20.13).

■ **Abb. 20.37** Pflegebedürftige und nicht-pflegebedürftige Physiotherapie- und Ergotherapie-Patienten nach den zehn häufigsten Diagnosen im Durchschnitt der Quartale, in % (2017). (Quelle: AOK-Daten, standardisiert auf die gesetzlich Versicherten (Amtliche Statistik KM 6 2017))

■ ■ Inanspruchnahme ergotherapeutischer Behandlungen nach Versorgungsform und Altersgruppen

Die Differenzierung der ergotherapeutischen Inanspruchnahme nach Versorgungsform und Alter zeigt ein etwas anderes Bild (■ Abb. 20.36): Innerhalb der Altersgruppen der 0- bis 19-Jährigen und bei den über 85-Jährigen dominieren die Inanspruchnahmen bei den vollstationär Gepflegten. Allerdings ist dieser Unterschied in den älteren Jahrgängen im Vergleich zu den Pflegebedürftigen mit ambulanten Sach- oder Kombinationsleistungen marginal. In der Gruppe der

Pflegebedürftigen im erwerbsfähigem Alter (20 bis 59 Jahre) erhalten Pflegebedürftige mit ambulanten Sach- oder Kombinationsleistungen genauso viele ergotherapeutischen Behandlungen wie vollstationär Gepflegte (jeweils 16,2 %).

■ ■ Diagnosen und physiotherapeutische sowie ergotherapeutische Behandlungen bei Pflegebedürftigen und Nicht-Pflegebedürftigen

■ Abb. 20.37 gibt einen Überblick über die zehn häufigsten Diagnosen in der Physiotherapie und Ergotherapie bei Pflegebedürftigen und Nicht-Pflegebedürftigen. Für knapp ein Drit-

Abb. 20.37 (Fortsetzung)

tel (34,1 %) der nicht-pflegebedürftigen Physiotherapie-Patienten sind „Sonstige Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens“ (ICD-M50-M54) der Anlass für die Behandlung. Bei pflegebedürftigen Patienten sind „Zerebrale Lähmungen und sonstige Lähmungssyndrome“ (ICD-G80-G83) der häufigste Grund für eine physiotherapeutische und auch für eine ergotherapeutische Behandlung (13,5 % bzw. 22,1 %). Knapp ein Viertel der nicht-pflegebedürftigen Patienten wird aufgrund von Entwicklungsstörungen ergotherapeutisch betreut (23,3 %).

Literatur

- AGS (2017) American geriatrics society. Updated beers criteria for potentially inappropriate medication use in older adults. *J Am Geriatr Soc* 63(11):2227–2246. <https://doi.org/10.1111/jgs.13702>
- Cox et al (2016) Psychotropic drug prescription and the risk of falls in nursing home residents. *J Am Med Dir Assoc* 17(12):1089–1093
- de Mauleon et al (2014) Associated factors with antipsychotic use in long-term institutional care in eight European countries: Results from the RightTimePlaceCare study. *J Am Med Dir Assoc* 15(11):812–818
- Deutsche Gesellschaft für Neurologie (2012) Leitlinien für Diagnostik und Therapie in der Neurologie – Kapitel Schlafstörungen. https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/063-003l_S3_Insomnie-Erwachsene_2018-02.pdf. Zugegriffen: 26. März 2019

- DGPPN (2013) S3-Leitlinie Zwangsstörungen. https://www.dgppn.de/_Resources/Persistent/29d7ea6c2c635d3626ddaf70eabf31386b9bbda8/S3-Leitlinie%20Zwangsst%C3%B6rungen%20Langversion%20Endversion%2014%2005%202013.pdf. Zugriffen: 25. März 2019
- DGPPN (2015) S3-Leitlinie/Nationale Versorgungsleitlinie: Unipolare Depression – Langfassung 2. Auflage, Version 4: AWMF-Register-Nr.: nvl-005. https://www.dgppn.de/_Resources/Persistent/d689bf8322a5bf507bcc546eb9d61ca566527f2f/S3-NVL_depression-2aufl-vers5-lang.pdf. Zugriffen: 26. März 2019
- DGPPN (2016) S3-Leitlinie „Demenzen“ (Langversion – 1. Revision, Januar 2016). https://www.dgppn.de/_Resources/Persistent/ade50e44afc7eb8024e7f65ed3f44e995583c3a0/S3-LL-Demenzen-240116.pdf. Zugriffen: 26. März 2019
- Holt S, Schmiedl S, Thürmann P (2011) Potenziell inadäquate Medikation für ältere Menschen: Die PRISCUS-Liste (Stand 01.02.2011). http://priscus.net/download/PRISCUS-Liste_PRISCUS-TP3_2011.pdf. Zugriffen: 25. März 2019
- Schaufler J, Telschow C (2016) Arzneimittelverordnungen nach Alter und Geschlecht. In: Schwabe U, Paffrath D (Hrsg) Arzneiverordnungs-Report 2016. Springer, Berlin Heidelberg
- Sundmacher L, Schüttig W (2015) Which hospitalisations are ambulatory care-sensitive, to what degree, and how could the rates be reduced? Results of a group consensus study in Germany. *Health Policy* 11:1415–1423
- Weissman JS, Gatsonis C, Epstein AM (1992) Rates of avoidable hospitalization by insurance status in Massachusetts and Maryland. *JAMA* 268:2388–2394

Open Access Dieses Kapitel wird unter der Creative Commons Namensnennung 4.0 International Lizenz (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.de>) veröffentlicht, welche die Nutzung, Vervielfältigung, Bearbeitung, Verbreitung und Wiedergabe in jeglichem Medium und Format erlaubt, sofern Sie den/die ursprünglichen Autor(en) und die Quelle ordnungsgemäß nennen, einen Link zur Creative Commons Lizenz beifügen und angeben, ob Änderungen vorgenommen wurden.

Die in diesem Kapitel enthaltenen Bilder und sonstiges Drittmaterial unterliegen ebenfalls der genannten Creative Commons Lizenz, sofern sich aus der Abbildungslegende nichts anderes ergibt. Sofern das betreffende Material nicht unter der genannten Creative Commons Lizenz steht und die betreffende Handlung nicht nach gesetzlichen Vorschriften erlaubt ist, ist für die oben aufgeführten Weiterverwendungen des Materials die Einwilligung des jeweiligen Rechteinhabers einzuholen.