Zur Organisations- und Finanzierungszuständigkeit von häuslicher Krankenpflege (SGB V) und medizinischer Behandlungspflege (SGB XI)

Antje Schwinger und Chrysanthi Tsiasioti

- 3.1 Einleitung – 40**
- 3.2 Hintergrund und Handlungsdruck – 41**
- 3.3 Organisations- und Finanzierungszuständigkeit in wessen Hand? – 43**
- 3.4 Schätzung der Behandlungspflege-Kosten bei Verlagerung der Finanzierungsverantwortung – 45**
 - 3.4.1 Finanzierungsverantwortung durch die GKV – 45**
 - 3.4.2 Finanzierungsverantwortung durch die SPV – 49**
- 3.5 Zusammenfassung und Fazit – 49**
- Anhang – 51**
- Literatur – 52**

■ Zusammenfassung

Während ein ambulant Pflegebedürftiger heute Behandlungspflege als Sachleistung der Krankenversicherung erhält, zahlen vollstationär Versorgte, für welche die Pflegeversicherung Finanzierungsträger ist, die gleichen Leistungen anteilig selbst. Diese seit nunmehr 25 Jahren fortwährende Ungleichbehandlung bedarf einer Lösung. Hinzu kommt ein Auseinanderdriften der Rahmenbedingungen auch innerhalb der durch die Pflegeversicherung finanzierten ambulanten und vollstationären Pflege, welches eine generelle Neuordnung des Leistungsgeschehens unabhängig vom Ort der Leistungserbringung erforderlich macht. Oberstes Ziel aller Reformanstrengungen muss es sein, die medizinische Behandlungspflege sektorübergreifend einheitlich bei der GKV oder der SPV anzusiedeln. Eine automatische Gleichsetzung der medizinischen Behandlungspflege als GKV-Leistung ist aber zu hinterfragen, da diese auch in der SPV als „Vollleistung“ implementiert werden kann. Wünschenswert wäre, dass Fragen nach den Steuerungsmöglichkeiten und der besseren Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung in der Reformdiskussion einen höheren Stellenwert erhalten, als dies heute der Fall ist. Mit Blick auf das Finanzvolumen, welches bei einer Aufhebung der gesplitteten Finanzierungsverantwortung jeweils verlagert würde, ist ferner eine verbesserte Empirie angeraten.

In Germany, a person in need of community long-term care receives skilled nursing care (including services such as changing bandages, giving medications or injections) as a benefit in kind of his or her health insurance (SHI), while nursing home residents, for whom long-term care insurance (SLTCI) is the financing institution, have to make co-payments. In addition, the amount of services paid for by long-term care insurance in community and residential nursing care are also drifting apart. This calls for a general reorganisation of service provision, regardless of where it takes place. The overriding goal of all reform efforts must be to place skilled nursing care in the SHI or SLTCI system in a uniform manner across all sectors. In the reform debate, questions regar-

ding care provision as well as cost-effectiveness of service provision should be given a higher priority than is currently the case. With regard to the financial volume that would be shifted from one insurance system to the other, better empirical data would be advisable.

3.1 Einleitung

Die Frage nach der „richtigen“ Organisations- und Finanzierungszuständigkeit der medizinischen Behandlungspflege von Pflegebedürftigen ist seit Einführung der Pflegeversicherung vor nunmehr gut 25 Jahren unbeantwortet. Ausgang des Problems ist der Tatbestand, dass je nachdem, ob ein Pflegebedürftiger in der eigenen Häuslichkeit oder in einer vollstationären Pflegeeinrichtung lebt, die Behandlungspflege einmal unter dem Namen *Häusliche Krankenpflege (HKP)* durch die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) und einmal als Bestandteil der vollstationären Pflege durch die Soziale Pflegeversicherung (SPV) finanziert wird. Problematisch ist dies deshalb, weil die GKV die Kosten des Pflegedienstes vollständig trägt, wenn dieser z. B. Medikamentengabe, Injektionen oder Wundversorgung in der Häuslichkeit des Pflegebedürftigen erbringt. Für einen Pflegebedürftigen im Heim mit identischem Unterstützungsbedarf werden hingegen nur Teile der Kosten durch die SPV finanziert, den Rest trägt der Pflegebedürftige selbst.

Die resultierenden Fehlanreize sind vielfach benannt worden (u. a. Höfling und Schäfer 2016; Jacobs 1995; Opolony 2017; Paquet und Jacobs 2015; Rothgang und Müller 2013; Rothgang et al. 2019). Neben der Ungleichbehandlung der Betroffenen – Höfling und Schäfer (2016) äußern hierzu „gewichtige Bedenken“ hinsichtlich der Verfassungskonformität (S. 84) – ist dies insbesondere die Tatsache, dass aus Sicht der einzelnen Krankenkassen die vollstationäre Pflege unter Finanzierungsgesichtspunkten die „vorteilhaftere“ Versorgung ist. Die Refinanzierung der Häuslichen Krankenpflege nach SGB V (also für ambulant Pflegebedürft-

tige) erfolgt über morbiditätsdurchschnittliche Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds und ist für die jeweilige Kasse Zusatzbeitrag-relevant; in der SPV (also für vollstationäre Pflegebedürftige) hingegen trägt die einzelne Pflegekasse aufgrund des vollständigen Ausgabenausgleichs kein Kostenrisiko.

Der Beitrag führt zu Beginn aus, warum eine Angleichung der Rahmenbedingungen in der ambulanten und vollstationären Pflege heute dringender geboten ist denn je. Anschließend wird diskutiert, welche Vor- und Nachteile mit der Verortung der Organisations- und Finanzierungszuständigkeit im einen oder anderen Sozialversicherungszweig einhergehen. Abschließend wird das jeweils erwartete Finanzvolumen bei einer Verlagerung der Finanzierungszuständigkeit in der GKV bzw. in der SPV ermittelt. Ausgenommen aus der folgenden Diskussion und Berechnung sind Aufwendungen für Intensivpflegeleistungen, die in der Häuslichkeit der Versicherten oder ähnlichen Wohnformen erbracht werden. Die Steuerung dieses hochspezialisierten Leistungssegments mit nur sehr wenigen Leistungsempfängern sollte nicht mit der Debatte um die reguläre medizinische Behandlungspflege vermischt werden.

3.2 Hintergrund und Handlungsdruck

Die Finanzierungsproblematik der Behandlungspflege hat eine lange Historie¹: Bereits seit 1990 – also noch vor Einführung der Pflegeversicherung – hatten Personen in der eigenen Häuslichkeit Anspruch auf Behandlungssicherungspflege (§ 37 Abs. 2 SGB V), also solche, die zur Sicherung des Ziels der ärztlichen Behandlung erforderlich ist, während Personen in vollstationären Einrichtungen die Kosten eigenständig trugen bzw. in der Mehrheit die

Sozialhilfeträger² diese übernahmen (Höfling und Schäfer 2016, S. 47). Mit Einführung der Pflegeversicherung (PflegeVG, 1994) war die Behandlungspflege im Heim dann ebenfalls der gesetzlichen Krankenversicherung zugeschrieben worden. Bereits 1996 – also mit faktischem Start der Leistungen der SPV für die vollstationäre Pflege – wurde diese Regelung jedoch angepasst (1. SGB XI – ÄndG). Mit der Begründung, die Kosten seien aus finanziellen Gesichtspunkten nicht der GKV aufzubürden (Höfling und Schäfer 2016, S. 47), wurden diese nun doch der SPV zugeordnet, die Regelung jedoch gleichzeitig bis 1999 befristet. Nach weiteren Verschiebungen der Frist – u. a. aufgrund fehlender eindeutiger Datengrundlagen (BT-Drs. 14/5590, S. 71) – wurde mit dem Pflegeleistungs-Ergänzungsgesetz im Jahr 2001 festgelegt, dass ab 2005 die Behandlungspflege im Heim durch die GKV zu finanzieren sei (§ 43b SGB XI i. d. F. des PflEG). Nach nochmaliger Vertagung wurde der § 43b SGB XI dann aber durch das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (2007) ersatzlos gestrichen, die ursprüngliche Übergangsregelung somit zum Dauerrecht. Die Krankenkassen, die damit von zusätzlichen finanziellen Belastungen verschont wurden, sollten im Gegenzug ihre Präventions- und Rehabilitationsleistungen zur Vermeidung von Pflegebedürftigkeit verbessern (BT-Drs. 16/3100, S. 185 f.). Das Thema ruhte anschließend lange Jahre und kam – nun aber im Zuge der Debatte um die Arbeitsbedingungen und die Bezahlung im Altenpflegebereich – wieder auf die politische Agenda. Bereits im Koalitionsvertrag von 2018 wurde zwischen CDU, CSU und SPD ein Sofortprogramm in Form einer Finanzierung neuer Fachkraftstellen für die medizinische Behandlungspflege in Pflegeheimen über die GKV vereinbart. Zeitnah umgesetzt wurde die Ankündigung mit dem Pflegepersonal-Stärkungsgesetz (PpStG). Nach § 8 Abs. 6

¹ Für einen ausführlichen historischen Abriss siehe Höfling und Schäfer (2016).

² Vor der Einführung der Pflegeversicherung waren bei vollstationärer Pflege in den alten Bundesländern 80 % und in den neuen Bundesländern fast 100 % der Pflegebedürftigen in auf Sozialhilfe angewiesen (Begründung zum PflegeVG BT-Drs. 12/5262, S. 61).

SGB XI können vollstationäre Pflegeeinrichtungen seit 2019 einen Vergütungszuschlag zur Unterstützung der Leistungserbringung insbesondere im Bereich der medizinischen Behandlungspflege erhalten, soweit nachgewiesen wird, dass hierfür zusätzliche Pflegefachkräfte eingestellt wurden. Eine grundsätzliche Regelung der Finanzierungsproblematik wurde im Zuge des PpSG jedoch nicht weiter thematisiert oder in Aussicht gestellt.

Die Auflösung der gesplitteten Organisations- und Finanzierungsverantwortung ist aber dringender geboten denn je. Neben den mit Blick auf die Krankenkassen benannten Fehlansätzen hin zur vollstationären Pflege und der Ungleichbehandlung der Betroffenen selbst sind zwei weitere aktuelle Entwicklungen hervorzuheben: Erstens können ambulant Pflegebedürftige zum Teil mehr als doppelt so hohe Leistungen in Anspruch nehmen wie vollstationär Versorgte des gleichen Pflegegrads (Szepan 2018; Rothgang und Müller 2019). Dies hängt zum einen damit zusammen, dass die Leistungen im stationären Sektor über die Jahre³ in bedeutend geringerem Umfang dynamisiert (d. h. angehoben) wurden als im ambulanten Setting. Zum anderen wurden in der ambulanten Pflege die Unterstützungsangebote in einer ganzen Reformkaskade deutlich ausgeweitet.⁴ Mit der Umstellung des Systems auf den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff (2017) wurden die ambu-

lantent Leistungssätze zudem deutlich überproportional angehoben (Schwinger et al. 2018). Die durch die Regelung zur Behandlungspflege bestehende Ungleichbehandlung von ambulant und vollstationär Gepflegten (mit gleichem Pflegegrad) setzt sich folglich auch bei den Leistungsansprüchen der SPV weiter fort. Durchaus rational reagieren hierauf auch einige Leistungserbringer, indem sie in Angebotsformen investieren, die die Pflegebedürftigen analog einer vollstationären Pflege versorgen, formal aber einer ambulanten Pflege gleichkommen, d. h. betreute Wohnformen oder Wohn-WGs in Verbindung mit Tagespflege und Pflegediensten (Rothgang et al. 2018; Rothgang und Müller 2019).

Die Angleichung der Rahmenbedingungen ambulant vs. stationär gewinnt zweitens vor dem Hintergrund des diskutierten Reformvorschlags zur Begrenzung der Eigenanteile („Sockel-Spitze-Tausch“) an Bedeutung. Will man die nicht mehr zeitgemäße dichotome Trennung von „Pflege in der Häuslichkeit“ und „Pflege im Heim“ nicht noch zusätzlich weiter zementieren, sollte die Reform beide Leistungsbereiche gleichermaßen adressieren – hierfür plädieren auch die Initiatoren des Sockel-Spitze-Tauschs (Rothgang et al. 2019). Hierzu muss erläutert werden: Der Sockel-Spitze-Tausch wird häufig auf eine reine Finanzierungsreform mit dem Ziel der Reduktion der Eigenanteile reduziert. Er ist aber viel mehr, nämlich die Weiterentwicklung des heutigen pauschalierten Teilleistungssystems hin zu individuell bedarfsorientierten Leistungshöhen. Der Tausch des SPV-finanzierten „Sockels“ durch eine SPV-Finanzierung der heute durch die Pflegebedürftigen selbst getragenen „Spitze“ impliziert, dass diese „Spitze“ im Sinne einer Leistungsgewährung erfassbar ist. Oder anders: Für die Umsetzung bedürfte es vorab einer Klärung, welchen Leistungsumfang die Pflegeversicherung denn eigentlich absichern soll (siehe hierzu auch Rothgang et al., ► Kap. 6 im gleichen Band). Ohne eine Beschreibung des Leistungsversprechens wäre einer Inanspruchnahme über das pflegerisch notwendige Maß hinaus – Ökonomen bezeichnen dies

³ So wurde sowohl durch das Pflege-Weiterentwicklungsgesetz als auch durch das PNG in den Jahre 2010, 2012 und 2015 ausschließlich die Pflegestufe III dynamisiert.

⁴ Tagespflege kann seit 2008 (PfWG) zu 50 %, seit 2015 (PSG I) gänzlich additiv zur Sach-, Kombinations- oder Geldleistung genutzt werden. 2013 wurden Pflegegeld- und bzw. Sachleistungsansprüche für demenziell Erkrankte eingeführt und die Erbringung von Betreuungsleistungen durch Pflegedienste sowie modellhaft durch Betreuungsdienste zugelassen. Verhinderungs- und Kurzzeitpflege können seit 2015 (PSG I) anteilmäßig substituiert werden, Pflege-WGs werden seit 2013 (PNG) gefördert und der vormals auf demenziell Erkrankte beschränkte Anspruch auf Betreuungsleistungen bzw. niedrigschwellige Entlastungen wurde 2015 (PSG I) auf alle Pflegebedürftigen ausgeweitet.

als *moral hazard* – nicht kontrollierbar. Vor allem für den Bereich der ambulanten Pflege ist dies aber eine Herausforderung, denn der notwendige Versorgungsumfang ist weder bekannt noch definiert, die Leistungssätze sind normative Setzungen. Die Betroffenen haben die Wahl zwischen unterschiedlichen Leistungen. Inwiefern ihr Bedarf gedeckt ist bzw. was sie – i. d. R. durch informelle Pflege, Reduktion der eigenen Erwerbstätigkeit und Zukauf von Dienstleistungen – als „Eigenanteil“ abdecken, ist nur ansatzweise untersucht (siehe hierzu Räker et al., ► Kap. 5 im gleichen Band). Der Sockel-Spitze-Tausch ist folglich ein Systembruch, denn erstmals müssten in der SPV – analog der GKV – die Leistungen „ausreichend“ (§ 12 SGB V) sein. Natürlich könnte die Reform des Sockel-Spitze-Tauschs auf die vollstationäre Pflege beschränkt werden bzw. ist mit Blick auf die ungelösten Fragen kurzfristig sicherlich ohnehin nur für diesen Bereich umsetzbar – faktisch würde dann aber eine weitere erhebliche Ungleichbehandlung zwischen ambulant und stationär Gepflegten noch ergänzt.

In der Gesamtschau spricht das Auseinanderdriften der Leistungssätze – mit den damit verbundenen Fehlanreizen für den Anbietermarkt – für die Aufhebung der heutigen Sektorengrenzen bzw. für eine systematische Neuordnung des Leistungsrechts auf Grundlage von einheitlichen Bewertungsmaßstäben – was nicht zwangsläufig eine „Gleichbehandlung“ unabhängig vom Setting bedeuten muss. Der Sockel-Spitze-Tausch verleiht der Frage eine zusätzliche Bedeutung. Voraussetzung für die Aufhebung der heutigen Sektorengrenzen ist jedoch, dass auch die Verortung der medizinischen Behandlungspflege geklärt wird – denn „gleich“ bekommt man die Rahmenbedingung nur, wenn auch die Behandlungspflege endlich gleich gehandhabt wird.

3.3 Organisations- und Finanzierungszuständigkeit in wessen Hand?

In wessen Hand aber soll die Organisations- und Finanzierungszuständigkeit gegeben werden? Sowohl in der aktuellen politischen Debatte (Schwinger und Sitte 2019) als auch historisch wird diese bei der GKV verortet. Im PflegeVG wurde dies wie folgt begründet: *„Die Behandlungspflege hat insbesondere medizinische Hilfeleistungen wie Injektionen, Verbände-wechsel oder Verabreichung von Medikamenten zum Gegenstand und ist keine Leistung der Pflegeversicherung; sie wird weiterhin im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung erbracht.“* (BT-Drs. 12/5262, S. 90). Rekuriert wird in der aktuellen Debatte als Begründung auch auf Hoberg et al. (2013), die die Behandlungspflege in ihrem viel beachteten Vorschlag zur Neustrukturierung des Leistungsrechts der Pflege aus dem Jahr 2013 ebenso der GKV zuweisen. Sie argumentieren, dass *„je nach Steuerungsfunktion der Leistungen (...) eine andere Finanzierungstechnik gefragt“* sei (S. 13). In ihrem Reformkonzept wird mit der Behandlungspflege – ebenso wie mit Leistungen zur Steuerung des Pflegeprozesses – das Sachleistungsprinzip mit Vollfinanzierung assoziiert und dem „Cure-Sektor“ und damit der GKV zugeordnet. Der in der Pflegeversicherung verbleibende „Care“ Bereich hingegen solle nicht mehr als Sachleistung ausgestaltet sein (Hoberg et al. 2013).

Diese Zuordnung ist aber alles andere als zwingend. Es ist keineswegs ein konstitutives Merkmal der SPV, Leistungen ausschließlich „teilweise“ zu finanzieren. So werden beispielsweise die 2008 mit dem Pflege-Weiterentwicklungsgesetz eingeführten zusätzlichen Betreuungskräfte im Pflegeheim (wenn auch nur bis zu einem gesetzlich vorgegebenen Betreuungsschlüssel von heute 1 : 20) oder auch die Pflegeberatung seit je her zu 100 % durch die Pflegeversicherung getragen. Die Überführung der Finanzierung der medizinischen Behandlungspflege in die SPV müsste also nicht zwingend

bedeuten, diese als Teilleistung zu konzipieren – was in der Tat schwer zu argumentieren wäre.

Mit Blick auf die Anreiz- und Steuerungssituation bestehen aber auch bei hundertprozentiger Finanzierung Unterschiede, je nachdem, in welchem Versicherungszweig die Behandlungspflege verortet wird. Anzuerkennen gilt: Ist heute anreiztheoretisch die vollstationäre Pflege aus Sicht der Krankenkassen die „vorteilhaftere“ Versorgung, wäre bei einer Verlagerung der gesamten Behandlungspflege in die SPV – vor allem bei Personen mit hohen Behandlungspflegeausgaben – Pflegebedürftigkeit ein für die Krankenkassen „vorteilhafter“ Status. Hinzu kommt, dass bei einer Verlagerung in die SPV aufgrund des dortigen 100 %-Ausgabenausgleichs keine kassenindividuellen Wirtschaftlichkeitsanreize zur Steuerung der Durchschnittskosten (z. B. durch Preis- und Fallmanagement) bestehen. Zu beantworten wäre folglich, ob die bestehenden Steuerungsinstrumente (dies sind u. a. die ärztliche Verordnung, der Anspruch nur, soweit kein Angehöriger die Behandlungspflege übernehmen kann, die Genehmigung durch Kassen, die Vertrags- und Vergütungsverhandlungen) weiterhin genutzt würden – und ausreichend erscheinen –, um die Wirtschaftlichkeit des Systems zu sichern. Anders herum kann aber auch hinterfragt werden, was sich konkret hinter den unterstellten Wirtschaftlichkeitspotenzialen verbirgt. Mit Blick auf die Mengensteuerung ist grundsätzlich der verordnende Arzt Sachwalter, eine Inanspruchnahme über den notwendigen Bedarf hinaus zu vermeiden. Bei Preisverhandlungen mit den Leistungserbringern sind aufgrund des sehr hohen Personalkostenanteils und von Mindestlohnvorgaben bzw. ggf. Allgemeinverbindlichkeit von Tarifverträgen die Handlungsspielräume eher gering. Mit Blick auf ggf. mögliche Effizienzsteigerungen ist bei einer Verortung der Behandlungspflege in der GKV zu hinterfragen, ob es wirklich zielführend ist, pflegerische Tätigkeiten und damit den Pflegeprozess künstlich in „körperbezogene Pflegemaßnahmen“ und Behandlungspflege zu zergliedern. Professionelle Pflege umfasst selbstverständlich immer

auch „medizinische Hilfeleistungen“ im Sinne von Behandlungspflege. Behandlungspflege kann in hohem Maße als Kuppelprodukt zur durch Fachkräfte durchgeführten körperbezogenen Pflege und Betreuung gesehen werden.⁵ Benötigt ein Pflegebedürftiger heute beispielsweise Unterstützung bei der Nahrungsaufnahme, d. h. einer körperbezogenen SPV-finanzierten Pflegemaßnahme, und gleichzeitig Unterstützung bei der Medikamentenbereitstellung und -einnahme, d. h. einer Leistung der medizinischen Behandlungspflege⁶, bestehen für diese Tätigkeiten, die eine Pflegefachkraft eigentlich simultan erbringen würde, zwei Verträge (einmal nach § 72 SGB XI und einmal nach § 132a SGB V) mit dem Pflegedienst und es erfolgen zwei Abrechnungen (inkl. entsprechender Datenlieferungen und Abrechnungsprüfungen). Eine Verlagerung der Behandlungspflege in die SPV bietet insofern Potenzial für eine Reihe an Synergien und Steuerungsoptionen hinsichtlich Preisverhandlungen, administrativen Abläufen bis hin zu Qualitäts- und Personalvorgaben.

Mit Blick hierauf ist für den umgekehrten Fall (d. h. bei einer Verlagerung der Behandlungspflege aus der SPV in die GKV) zu konstatieren, dass solche Doppelstrukturen durch pauschale Regelungen und Abrechnungswege zu vermeiden wären. Rothgang et al.

⁵ Dass die mit Einführung der Pflegeversicherung etablierte Trennung schon immer problematisch war, zeigt u. a. das „Kompressionsstrumpfurteil“ des Bundessozialgerichts vom 30. Oktober 2001 (Az: B 3 KR 2/01 R). Dort ordnete der Senat das An- und Ausziehen von Stützstrümpfen „als eine mit der Grundpflege zeitlich notwendig zusammenhängende Maßnahme der Behandlungspflege“ der Leistungspflicht der Pflegeversicherung zu, da diese „untrennbarer Bestandteil einer Verrichtung aus dem Katalog des § 14 Abs. 4 SGB XI ist oder jedenfalls mit einer solchen Verrichtung objektiv notwendig in einem unmittelbaren zeitlichen Zusammenhang steht“.

⁶ Voraussetzung für Medikamentengabe im Sinne einer Maßnahme aus dem Katalog der medizinischen Behandlungspflege ist, dass z. B. starken Einschränkung der geistigen Leistungsfähigkeit des Betroffenen bestehen und keine weitere Person im Haushalt diese Tätigkeiten übernehmen kann (Häusliche Krankenpflege-Richtlinie).

(2019, S. 30 f) schlagen diesbezüglich z. B. Pauschalen bzw. nach Pflegegraden differenzierte Pauschalen vor. Die Ungleichbehandlung der Pflegebedürftigen wie auch die Fehlanreize für die Kassen („vollstationär ist attraktiv“) und Leistungserbringer („vollstationär als ambulant ist attraktiv“) werden bei einer solchen Pauschallösung nivelliert. Gleichzeitig verliert aber das Argument, dass bei einer Verlagerung der medizinischen Behandlungspflege in die GKV Wirtschaftlichkeitsanreize für diese Leistungsart greifen, an Bedeutung. Individuelle Preisverhandlungen mit den Leistungserbringern könnten zwar noch eine Rolle spielen, ein individuelles Fallmanagement hätte aber keine finanziellen Auswirkungen.

3.4 Schätzung der Behandlungspflege-Kosten bei Verlagerung der Finanzierungsverantwortung

Wie hoch wäre das Finanzvolumen, das aus dem einen Sozialversicherungszweig herauszulösen und in den anderen zu überführen wäre? Für die hier erfolgte Schätzung der Behandlungspflegekosten werden amtliche Statistiken und anonymisierte Abrechnungsdaten aller AOKs aus dem Jahr 2018 genutzt. Herangezogen werden Informationen über genehmigte und bezahlte Leistungen der Häuslichen Krankenpflege nach § 37 Abs. 2 SGB V, d. h. Behandlungspflege, wenn diese zur Sicherung des Ziels der ärztlichen Behandlung erforderlich ist. Aufwendungen für Intensivpflege in der Häuslichkeit des Versicherten, in Wohngruppen oder ähnlichem sind nicht berücksichtigt. Auf Versicherungsebene werden ferner anonymisierte Informationen über das Vorliegen einer Pflegebedürftigkeit, den Pflegegrad und den jeweiligen Leistungsbezug (Sach-, Geld oder Kombinationsleistung (§ 36 SGB XI, § 37 SGB XI, § 38 SGB XI)) bzw. vollstationäre Pflege (§ 43 SGB XI) verwendet. Darüber hinaus werden für weitere explorative Analysen ärztlich do-

kumentierte ICD-Diagnosen sowie Diagnosen aus dem Kontext von Krankenhausaufenthalten genutzt.

3.4.1 Finanzierungsverantwortung durch die GKV

Die Ausgaben der Pflegeversicherung für die medizinische Behandlungspflege sind nicht bekannt, da sie nach § 43 SGB XI integraler Bestandteil der pauschalen pflegebedingten Aufwendungen in der vollstationären Pflege sind. Eine leistungsbezogene Abrechnung analog der ambulanten Pflege gibt es insofern nicht. Daher können die heute stationär anfallenden Behandlungspflegekosten nur näherungsweise geschätzt werden. Hierfür werden auf Basis der ambulanten HKP-Ausgaben – ohne Intensivpflege – HKP-Kostenprofile ermittelt. Differenziert nach Pflegegraden (PG) und 34 Alters- und Geschlechtsgruppen werden die durchschnittlichen monatlichen HKP-Ausgaben je ambulant Pflegebedürftigen ermittelt und anschließend mit der Anzahl aller gesetzlich Versicherten in Pflegeheimen – differenziert nach Alter, Geschlecht und Pflegegrad multipliziert (■ Abb. 3.1). Ähnlich waren auch Rothgang und Müller (2013) vorgegangen.

Auf Basis dieser Berechnung ist von einem Finanzvolumen für medizinische Behandlungspflege im Pflegeheim zwischen 1,4 Mrd. € und 2,8 Mrd. € (■ Tab. 3.1) auszugehen. Die erste Schätzung (V1) kommt zustande, wenn man die HKP-Kostenprofile aller ambulant Pflegebedürftigen (inkl. Personen im Pflegegrad 1) auf die vollstationäre Pflege überträgt, die zweite (V2), wenn reine Pflegegeldempfänger, d. h. Pflegebedürftige, die ihre Pflegesituation ohne Unterstützung durch einen ambulanten Pflegedienst organisieren (sowie Personen mit Pflegegrad 1) bei der Ermittlung der Kostenprofile ausgeschlossen werden.

Zu beachten ist jedoch: Die ermittelten 1,4 Mrd. € bis 2,8 Mrd. € beziffern – unter Vorbehalt der benannten Limitationen – das Kostenvolumen der medizinischen Behand-

Abb. 3.1 Übersicht zum methodischen Vorgehen bei der Schätzung der vollstationären Behandlungspflegekosten

lungspflege im Pflegeheim. Das Volumen ist nicht gleichzusetzen mit demjenigen, um das die Pflegeversicherung entlastet würde, wenn die medizinische Behandlungspflege durch die GKV finanziert wäre, denn im Jahr 2018 betrug die durchschnittliche Deckung der pflegebedingten Ausgaben durch die SPV lediglich 69 % (Tab. 3.1). Um den Anteil der durch die SPV getragenen pflegebedingten Ausgaben zu ermitteln, wurden die durchschnittlichen Leistungsbezüge der SPV im Jahr 2018 ins Verhältnis zu den bundesdurchschnittlichen Eigenbeteiligungen bei den pflegebedingten Aufwänden gesetzt. Damit werden 0,4 (V1) bzw. 0,9 (V2) Mrd. € des genannten Volumens heute durch die Pflegebedürftigen selbst – d. h. über ihre Eigenanteile – finanziert (Tab. 3.1).

Die erheblichen Unterschiede, die aus den beiden Berechnungsvarianten resultieren, weisen auf die Limitation des Schätzverfahrens hin, die mit folgender Frage erfasst werden kann: Was ist eine adäquate Vergleichspopulation zum vollstationären Setting? Die Übertragung der Kostenprofile differenziert nach Alter, Geschlecht und Pflegegrad ist nur unter der Prämisse zielführend, dass ein Pflegebe-

dürftiger in der ambulanten Pflege mit dem Geschlecht x, in der Altersgruppe y im Pflegegrad (PG) z ähnliche HKP-Inanspruchnahme-Muster aufweist wie eine Person in der gleichen Alters-Geschlechts-PG-Zelle in der vollstationären Pflege. Tab. 3.2 zeigt die Unterschiede zwischen den jeweiligen Grundgesamtheiten. Deutlich wird, warum die Differenzierung der Kostenprofile nach Alter, Geschlecht und Pflegegrad notwendig ist: Während beispielsweise der Anteil über 80-Jähriger bei allen ambulant Pflegebedürftigen 47 % beträgt, liegt er bei denen mit Unterstützung durch einen Pflegedienst bei 62 % und in der vollstationären Pflege bei 66 %. Auch der durchschnittliche Pflegegrad unterscheidet sich deutlich zwischen den Gruppen (Tab. 3.2).

Während derartige Unterschiede über die Differenzierung in Alters-Geschlechts-PG-Zellen abgefangen werden, bleiben eine Vielzahl weiterer Effekte unberücksichtigt. Mit Blick auf die Kostenprofile ist besonders der Anteil an der Grundgesamtheit hervorzuheben, der HKP-Leistungen in Anspruch nimmt. Bei allen ambulant Pflegebedürftigen sind dies rund 30 %, bei den Kombinations- bzw. Sachleis-

3.4 · Schätzung der Behandlungspflege-Kosten bei Verlagerung

■ Tabelle 3.1 Behandlungspflegekosten – ohne Intensivpflege – (2018) (Quelle: Eigene Berechnungen auf Basis der amtlichen Statistik KV 45 2018; PG 2 2018; Daten des AOK-Pflegenavigators basierend auf den Leistungs- und Preisvergleichslisten nach § 7 Abs. 3 SGB XI sowie AOK-Routinedaten 2018)

	GVK (HKP)	SPV (mBPfI)	
Kosten HKP ^a	4,44 Mrd.		
Anteil, der auf ambulant Pflegebedürftige entfällt, in % ^b	81,7	V1: Alle ambulant Pflegebedürftigen ^c	V2: Ambulant Pflegebedürftige mit Kombi- oder Sachleistungsbezug
Schätzung Kosten HKP bzw. mBPfI	3,63 Mrd. €	1,38 Mrd. €	2,77 Mrd. €
		davon Kosten, die im Status quo nicht über die SPV finanziert werden (durchschnittliche Deckung 68,7 % ^d)	
		V1	V2
		0,43	0,87

^a Behandlungspflege nach § 37 Abs. 2 Satz 1 SGB V (Konto 5630 – ohne Konto 5633 bis 5638)

^b AOK-Routinedaten

^c Ambulant Pflegebedürftige sind Personen mit Pflegegeld, Sach- oder Kombinationsleistungen oder Personen mit Pflegegrad 1.

^d Durchschnittliche Deckung der pflegebedingten Ausgaben durch die SPV 2018 = Durchschnittliche Leistungsbezüge der SPV (1.400 €) / (Durchschnittliche Leistungsbezüge der SPV (1.402 €) + bundesdurchschnittliche Eigenbeteiligungen bei den pflegebedingten Aufwänden (640 €)) = 68,7 %.

Erläuterung: Durchschnittliche Leistungsbezüge der SPV = (Leistungssätze nach § 43 SGB XI × Anzahl der vollstationär Pflegebedürftigen je Pflegegrad)/Anzahl vollstationär Pflegebedürftige insgesamt = 1.400 € (Quelle: PG 2); bundesdurchschnittliche Eigenbeteiligungen bei den pflegebedingten Aufwänden = (617 € (Quartal 1) + 633 € (Quartal 2) + 649 € (Quartal 3) + 666 € (Quartal 4) / 4) = 640 € (Quelle: AOK-Pflegeheim-Navigator).

Pflege-Report 2020

tungsbeziehern 70 %, bei den vollstationär Versorgten ist der Anteil aufgrund der pauschalierten Vergütung mit der vorliegenden Datengrundlage nicht analysierbar (■ Tab. 3.2). Um die Limitation des Verfahrens zu verdeutlichen, wurde die Erklärungskraft von Morbiditätsinformationen (d. h. von ärztlichen und Krankenhaus-Diagnosen) auf die Ausgaben der Behandlungspflege betrachtet. Durchgeführt wurde eine multiple lineare Regression unter Einbezug der Alters-Geschlechts-PG-Ausprägungen (jeweils kodiert als Dummy-Variable) sowie darüber hinaus eine weitere multiple lineare Regression, bei der ergänzend 31 für Pflegeheimbewohner relevante Erkrankungsgruppen (siehe Czwilka et al. 2019) als erklärende Variablen herangezogen wurden. Während das Alters-Geschlechts-PG-Modell eine Erklärungskraft (adjustiertes R-

Quadrat) von gerade einmal 2,4 % aufweist, erhöht sich diese unter Einbezug der Morbiditätsvariablen auf 24,7 %. Gleichzeitig unterscheidet sich die Erkrankungslast zwischen den drei Gruppen (alle ambulant Pflegebedürftigen (inkl. Pflegegrad 1), solchen mit Kombinations- bzw. Sachleistungsbezug und denen in der vollstationären Pflege). Liegen beispielsweise die Raten von Diabetes und Hypertonie in der vollstationären Pflege deutlich näher an denen aller ambulant Pflegebedürftigen, ist die Gruppe der Kombinations- und Sachleistungsempfänger für Parese und wahnhaftige Störungen der vollstationären Grundgesamtheit ähnlicher. Der Anteil Demenzkranker hingegen ist in der vollstationären Pflege zu beiden Gruppen deutlich überproportional (■ Tab. 3.3).

Was bedeutet dies mit Blick auf die beiden gewählten Schätzvarianten (V1 und V2)

■ Tabelle 3.2 Übersicht zu zentralen Kennziffern von ambulant und vollstationär Pflegebedürftigen in % (2018) (Quelle: AOK Routinedaten, standardisiert auf die gesetzlich Versicherten (Amtliche Statistik KM 6 2018))

Anteil im Durchschnitt der Quartale	Alle ambulant Pflegebedürftigen ^a	Ambulant Pflegebedürftige mit Kombi- oder Sachleistungsbezug	Vollstationär Pflegebedürftige
Anteil Männer	39,7	34,1	32,5
Anteil < 60	19,6	7,7	5,8
Anteil > 80	46,8	62,0	65,9
Durchschnittlicher Pflegegrad	2,5	2,8	3,5
Anteil HKP-Leistungsempfänger	29,1	69,7	–
Anteil im Jahr			
Anteil innerhalb des Jahres verstorben	9,8	13,5	25,6

^a Ambulant Pflegebedürftige sind Personen mit Pflegegeld, Sach- oder Kombinationsleistungen oder Personen mit Pflegegrad 1. Pflege-Report 2020

und die jeweils ausgewiesenen Finanzvolumina? Welche der beiden Grundgesamtheiten ist derjenigen der vollstationären Pflege ähnlicher und sollte insofern Basis für die Berechnung sein? Einerseits ist davon auszugehen, dass die User-Quoten der Kombinations- und Sachleistungsempfänger (also Variante 2) näher an denen der vollstationären Pflege liegen, dies schon aufgrund des hohen Anteils an demenzkranken Bewohnern und der fehlenden Substitution durch Angehörige, die die Behandlungspflegeleistungen übernehmen können. Andererseits zeigt die Gruppe der Kombinations- und Sachleistungsempfänger bei HKP-Kostenrelevanten Morbiditätsgruppen eine höhere Erkrankungslast als die der vollstationär Versorgten (■ Tab. 3.3). Insofern ist davon auszugehen, dass die Gruppe der Kombinations- und Sachleistungsempfänger die bessere Grundlage für die Schätzung des Finanzvolumens bildet, Variante 2 mit einem Volumen von 2,8 Mrd. € die Ausgaben der Behandlungspflege im Heim aber überschätzt. Zu beachten ist ferner, dass auf dem hier gewählten Weg allein die Versorgung im Pflegeheim zu *ambulant* Preisen

beziffert wird. Das bedeutet zum einen inklusive Fahrtkosten, denn diese sind aufgrund von häufig vereinbarten Pauschalvergütungen nicht von den Pflegekosten im engeren Sinne zu trennen, zum anderen aber vor allem: unter den „Produktionsbedingungen“ in der ambulanten Pflege. Es ist durchaus vorstellbar, dass bei Vergütungsverhandlungen in der vollstationären Pflege aufgrund geringerer Gestehungskosten bei der Leistungserbringung (z. B. durch Mengeneffekte) geringere Preise vereinbart würden. Rothgang und Müller (2013) kamen mit Routinedaten des Jahres 2011 auf einen Wert von 1,8 Mrd. € bei Beschränkung auf Haushalte, in denen regelmäßig ein Pflegedienst Leistungen erbringt (S. 30). Bei ähnlicher Methodik der Kostenschätzung wurden hier jedoch Intensivpflegekosten einbezogen, Wegekosten aber herausgerechnet. In ihrer jüngsten Publikation gehen Rothgang et al. (2019) von einem finanziellen Gegenwert der medizinischen Behandlungspflege im stationären Sektor von ungefähr 2,5 Mrd. Euro aus (S. 30).

In der Gesamtschau ist insofern zu betonen, dass Berechnungen auf Basis von Sekundärda-

ten immer nur Orientierungswerte liefern werden. Selbst unter Anwendung von Methoden, die die Morbiditätsunterschiede (beispielsweise durch ein Propensity-Score-Matching-Verfahren⁷) berücksichtigen, würden die strukturellen Unterschiede zwischen denen, die weiterhin zu Hause zu leben vermögen und denen, die ins Pflegeheim gehen müssen, nicht vollständig erfasst. Sollten für den politischen Entscheidungsprozess verbesserte Schätzungen notwendig werden, wäre insofern zu empfehlen, den Umfang der Behandlungspflege von vollstationär Versorgten auf Basis einer Primärerhebung – mit hinreichendem Stichprobenumfang – zu ermitteln und hochzurechnen. Dies gilt insbesondere auch deshalb, weil heute hierfür grundsätzlich die Datengrundlage aus dem Projekt zur *„Entwicklung eines wissenschaftlich fundierten Verfahrens zur einheitlichen Bemessung des Personalbedarfs in Pflegeeinrichtungen nach qualitativen und quantitativen Maßstäben gemäß § 113c SGB XI (Pe-BeM)“* zur Verfügung stünde. Ein Konsortium der Universität Bremen erhob in insgesamt 62 vollstationären Einrichtungen bei 1.380 Bewohnern differenziert die erbrachten Pflegetätigkeiten. Aufgrund des Projektkontextes erfolgten bisher aber keine versichertenbezogenen Auswertungen und Darstellungen zur medizinischen Behandlungspflege (SOCIUM, IPP und KKSb 2020).

3.4.2 Finanzierungsverantwortung durch die SPV

Für die Schätzung des Finanzvolumens bei einer Verlagerung der Finanzierungsverantwortung in die GKV wird das in der amtlichen Statistik (KV 45) ausgewiesene Volumen herangezogen und mit Hilfe der AOK-bezogenen Abrechnungsinformationen ermittelt, welcher Anteil der HKP-Gesamtausgaben heu-

te auf Pflegebedürftige entfällt. Im Ergebnis zeigt sich, dass im Jahr 2018 das GKV-Finanzierungsvolumen für die ambulante medizinische Behandlungspflege für Pflegebedürftige bei geschätzten 3,6 Mrd. € lag (■ Tab. 3.1). Geschätzt deshalb, da der mit AOK-Daten gemessene, auf Pflegebedürftige entfallende Anteil an HKP-Ausgaben für die Gesamtheit der gesetzlich Versicherten als repräsentativ angenommen wird.

Zu berücksichtigen ist ferner, dass – soll auch die Behandlungspflege in vollstationären Pflegeeinrichtungen im Sinne einer Vollversicherungsleistung finanziert werden – weitere Finanzmittel notwendig wären, um hier die Leistungssätze entsprechend aufzustocken. ■ Tab. 3.1 weist auch dieses Volumen – basierend auf den vorangegangenen Schätzungen – näherungsweise aus. Wie bereits ausgeführt betrug im Jahr 2018 die durchschnittliche Deckung der pflegebedingten Ausgaben durch die SPV 69 %. Nach dieser Berechnung wäre folglich etwas weniger als ein Drittel – d.h. bei Variante 1 0,4 Mrd. Euro und bei Variante 2 0,9 Mrd. Euro – des für die vollstationäre Pflege geschätzten Behandlungspflegefinanzvolumens heute aufgrund des Teilleistungssystems der SPV nicht finanziert bzw. müsste zusätzlich gegenfinanziert werden.

3.5 Zusammenfassung und Fazit

Die Frage nach der „richtigen“ Finanzierungszuständigkeit der medizinischen Behandlungspflege ist seit Einführung der Pflegeversicherung vor nunmehr gut 25 Jahren unbeantwortet. Dies führt zu ungleichen Rahmenbedingungen zwischen der ambulanten und der vollstationären Versorgung. Dies betrifft erstens die Pflegebedürftigen selbst, denn während ein ambulant Pflegebedürftiger die Behandlungspflege als Sachleistung der GKV erhält, zahlen vollstationär Versorgte die Behandlungspflege aufgrund des Teilleistungsprinzips anteilig selbst. Zweitens wirken die unterschiedlichen Finanzierungszuständigkeiten auch auf

⁷ Das Individuum aus der Kontrollgruppe mit dem ähnlichstem Propensity Score wird als Matchingpartner zugeordnet, der bezüglich der beobachtbaren Charakteristika sehr ähnlich ist.

die Kassen, denn diese agieren in der häuslichen Pflege einmal im wettbewerblich orientierten GKV-Rahmen und in der vollstationären Pflege einmal im Kontext eines 100 %-Finanzausgleichs. Darüber hinaus resultieren aufgrund der unterschiedlichen Organisationszuständigkeit auch für die Leistungserbringer unterschiedliche Rahmenvorgaben z. B. mit Blick auf Qualitäts- und Personalanforderungen wie aber auch hinsichtlich der Vergütung der Leistungen. Da zudem die Bedingungen innerhalb der Pflegeversicherung je nachdem, ob häusliche oder vollstationäre Pflege vorliegt, immer weiter auseinanderdriften, ist eine Reform heute dringender geboten denn je.

Das Finanzvolumen, das bei einer Aufhebung der gesplitteten Finanzierungsverantwortung jeweils verlagert würde, kann auf Basis der hier herangezogenen Abrechnungsdaten nur näherungsweise ermittelt werden. Geschätzt wurde – bezogen auf das Jahr 2018 – ein Volumen von 1,4 bis 2,8 Mrd. Euro für die Behandlungspflege in der vollstationären Pflege (SPV) sowie ein Volumen von rund 3,6 Mrd. € für die Häusliche Krankenpflege bei ambulant Pflegebedürftigen (GKV). Aufgezeigt wurde, dass diese Volumina nicht jeweils gleichzusetzen sind mit denen, die bei einer Verlagerung der Finanzierungszuständigkeit entstehen. Dies hängt damit zusammen, dass die medizinische Behandlungspflege heute nur zu rund 70 % von der SPV finanziert ist. Damit erhöht sich das benötigte Volumen bei einer einheitlichen Verortung der Behandlungspflege – bei 100 % Finanzierung dieser – in der SPV um 0,4 bis 0,9 Mrd. €. Andersherum reduziert sich die faktische Entlastung der SPV um die gleiche Summe; sprich: Es ist auch bei dieser Reformvariante klarzustellen, welcher Versicherungszweig das heute durch die Pflegebedürftigen finanzierte Volumen zukünftig gegenfinanziert. Die Limitationen der hier ausgeführten Schätzungen wurden deutlich herausgestellt. Dies ist 1.) die Tatsache, dass aufgrund fehlender Informationen die Unsicherheit bezüglich der Übertragung der Kostenprofile hoch ist, dass 2.) die Schätzungen die ambulanten Preise auch auf das Leistungsgesche-

hen in der vollstationären Pflege übertragen wurden und 3.) die Schätzungen ausschließlich statisch zu verstehen sind, d. h. eine Prognose über Ausgabenentwicklungen – je nach Zuordnung zum jeweiligen Sozialversicherungszweig – nicht erfolgt ist. Insbesondere bei einer Verlagerung der Finanzierungszuständigkeit für die Behandlungspflege aus der Pflegeversicherung in die Krankenversicherung ist eine verbesserte Empirie daher dringend angeraten – auf Basis der Ergebnisse der PeBeM-Studie aber auch verfügbar.

Mit Blick auf die Frage nach der „richtigen“ Organisations- und Finanzierungszuständigkeit der medizinischen Behandlungspflege von Pflegebedürftigen lässt sich zusammenfassen: Oberstes Ziel aller Reformanstrengungen muss es sein, die medizinische Behandlungspflege sektorübergreifend einheitlich bei der GKV oder der SPV anzusiedeln. Eine automatische Gleichsetzung der medizinischen Behandlungspflege als GKV-Leistung ist aber zu hinterfragen, da diese auch in der SPV als „Vollleistung“ implementiert werden kann. Damit verbleiben bezüglich der Zuordnung zu den Systemen vor allem Fragen bezüglich der Anreizwirkung und der Steuerung der Inanspruchnahme. Hierzu ist insbesondere anzuerkennen, dass bei einer Finanzierungszuständigkeit der GKV (kassenindividuelle) Wirtschaftlichkeitsanreize für die Steuerung des Leistungsgeschehens bestünden. Gleichwohl kann deren faktisches Potenzial hinterfragt werden, da sowohl die Leistungspreise maßgeblich die Pflegekosten widerspiegeln als auch eine Mengensteuerung (individuelle Fallsteuerung) bei einer – wahrscheinlich implementierten – pauschalen Verrechnungslösung entfällt. Hinzu kommt, dass eine ganzheitliche Verortung von pflegerischen Tätigkeiten in der Pflegeversicherung ggf. mehr Synergien und Steuerungspotenzial birgt als der umgekehrte Weg. Insofern bestehen aus Sicht der Autorinnen eine Reihe von Argumenten, die durchaus – anders als dies die vorherrschende Meinung suggeriert – für eine Verlagerung der Behandlungspflege in die SPV sprechen, selbstverständlich indem die dafür erforderlichen GKV-Mittel mit in die SPV

überführt werden. In der Gesamtschau wäre wünschenswert, dass a) zeitnah eine einheitliche Regelung etabliert wird und b) Fragen nach den Steuerungsmöglichkeiten und der besseren Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung in der Reformdiskussion einen höheren Stellenwert erhalten. Die Diskussion eines derart zentralen Reformelements sollte nicht auf die „Kassenlage“ des jeweiligen Sozialversicherungszweigs verengt werden.

Anhang

■ Tabelle 3.3 Übersicht zur Erkrankungslast ambulant und vollstationär Pflegebedürftiger (2018) (Quelle: AOK Routinedaten, standardisiert auf die gesetzlich Versicherten (Amtliche Statistik KM 6 2018))

Anteil im Jahr, in %			
Erkrankungsgruppen	Alle ambulant Pflegebedürftigen ^a	Ambulant Pflegebedürftige mit Kombi- oder Sachleistungsbezug	Vollstationär Pflegebedürftige
Arthropathien ^b	46,6	50,3	39,4
Auge ^b	41,1	39,2	29,3
COPD-Asthma ^b	23,4	22,8	17,5
Dekubitus ^b	9,7	14,4	16,3
Demenz^b	23,0	33,0	60,2
Depression ^b	26,4	27,8	30,1
Diabetes^b	37,8	42,2	36,4
Funktionseinschränkungen ^b	5,0	7,5	8,9
Gefäßkrankheiten ^b	39,1	45,9	36,4
Gewicht ^b	21,2	20,8	13,3
Gynäkologische Erkrankungen ^b	7,6	6,3	3,9
Harninkontinenz ^b	33,0	44,5	53,8
Hauterkrankungen	13,0	14,1	16,8
Herzerkrankungen ^b	52,1	60,1	55,8
Hypertonie^b	68,5	76,3	69,9

■ **Tabelle 3.3** (Fortsetzung)

Anteil im Jahr, in %

Erkrankungsgruppen	Alle ambulant Pflegebedürftigen ^a	Ambulant Pflegebedürftige mit Kombi- oder Sachleis- tungsbezug	Vollstationär Pflege- bedürftige
Magen-Darmerkrankungen	35,7	37,8	36,9
Mono-/Polyneuropathien ^b	21,1	22,7	17,2
Neurosen ^b	21,4	19,9	16,2
Niereninsuffizienz ^b	23,7	29,2	27,3
Ohrerkrankungen ^b	21,5	21,8	23,1
Osteoporose	18,8	22,6	19,3
Parese/Plegie^b	11,0	13,3	14,5
Parkinson ^b	9,2	11,0	12,1
Prostata ^b	10,3	10,8	9,1
Erkrankungen des Rückens	45,5	45,1	32,0
Schilddrüse ^b	23,3	23,8	20,4
Schlaganfall ^b	23,3	28,5	30,2
Stoffwechselerkrankungen	47,4	51,3	43,8
Suchterkrankungen ^b	9,7	9,9	12,1
Verletzungen/Frakturen	20,7	26,6	30,7
Wahnhafte Störungen^b	6,4	7,0	11,9

^a Ambulant Pflegebedürftige sind Personen mit Pflegegeld, Sach- oder Kombinationsleistungen oder Personen mit Pflegegrad 1.

^b Signifikanter Einfluss bei einem Signifikanzniveau von 0,05; unter Berücksichtigung, der errechneten Koeffizienten als Kostenprofile wurden die Erkrankungsgruppen fett markiert, die im 95. Perzentil der errechneten Kosten liegen.

Pflege-Report 2020

Literatur

Czwikla J, Schulz M, Heinze F, Kalwitzki T, Gand D, Schmidt A, Tsiasioti C, Schwinger A, Kloep S, Schmie-mann G, Wolf-Ostermann K, Gerhardus A, Rothgang H (2019) Needs-based provision of medical care to nursing home residents: protocol for a mixed meth-ods study. BMJ Open 9:e25614

Hoberg R, Klie T, Künzel G (2013) Strukturreform Pflege und Teilhabe. FEL-Verlag, Freiburg i. Br.

Höfling W, Schäfer A (2016) Zur verfassungsrechtli-chen Problematik der unterschiedlichen normativen Ausgestaltung der medizinischen Behandlungs-pflege im häuslichen und stationären Bereich-

Rechtsgutachten im Auftrag der Deutschen Stiftung Patientenschutz- Patientenschutz. Info-Dienst Ausgabe 7, 12. Oktober 2016 https://www.stiftung-patientenschutz.de/uploads/docs/Behandlungspflege_Gutachten_Patientenschutz_Info-Dienst_2016_7.pdf Zugriffen: 20. März 2020

Jacobs K (1995) Zur Kohärenz von gesetzlicher Pflegever-sicherung und anderen Zweigen der Sozialversiche-rung. In: Fachinger U, Rothgang H (Hrsg) Die Wirkun-gen des Pflege-Versicherungsgesetzes. Duncker und Humblot, Berlin, S 245–262

Opolony B (2017) Medizinische Behandlungspflege und Pflegebedürftigkeit. Neue Zeitschrift Für Sozial 26:409–414

- Paquet R, Jacobs K (2015) Die Pflegeversicherung als Sozialversicherung – institutionelle Rahmenbedingungen und Grenzen. Sozialer Fortschr 1–2:1–7
- Rothgang H, Müller R (2013) Verlagerung der Finanzierungskompetenz für Medizinische Behandlungspflege in Pflegeheimen von der Pflege in die Krankenversicherung. https://agp-freiburg.de/downloads/pflege-teilhabe/Reformpaket_Oekonomische_Expertise_Rothgang.pdf. Zugriffen: 27. Jan. 2020
- Rothgang H, Müller R (2019) BARMER Pflegereport 2019: Ambulantisierung der Pflege. zweiband.media GmbH, Berlin
- Rothgang H, Wolf-Ostermann K, Schmid A, Domhoff D, Müller R, Schmidt A (2018) Ambulantisierung stationärer Einrichtungen und innovative ambulante Wohnformen. Endbericht. Studie im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit, Bonn. https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Pflege/Berichte/Abschlussbericht_InaWo_final_UNI_BREMEN.pdf. Zugriffen: 27. Jan. 2020
- Rothgang H, Kalwitzki T, Cordes J (2019) Alternative Ausgestaltung der Pflegeversicherung II (AAPV II). bedarfsgerecht – ortsunabhängig – bezahlbar. Gutachten im Auftrag der Initiative Pro-Pflegereform. https://www.pro-pflegereform.de/fileadmin/default/user_upload/Zusammenfassung_-_Gutachten_Prof._Rothgang.pdf. Zugriffen: 27. Jan. 2020
- Schwinger A, Sitt M (2019) Modelle für die Pflegefinanzierung. Gesundh Ges 22(12):28–33
- Schwinger A, Rothgang H, Kalwitzki T (2018) Die Pflegeversicherung boomt. GuS 72(6):13–22
- SOCIUM, IPP und KKSb (2020) Zweiter Zwischenbericht – Finale Version zur Abnahme durch den Auftraggeber – im Projekt Entwicklung eines wissenschaftlich fundierten Verfahrens zur einheitlichen Bemessung des Personalbedarfs in Pflegeeinrichtungen nach qualitativen und quantitativen Maßstäben gemäß § 113c SGB XI (PeBeM). SOCIUM Forschungszentrum Ungleichheit und Sozialpolitik Institut für Public Health und Pflegeforschung (IPP) Institut für Arbeit und Wirtschaft (iaw) Kompetenzzentrum für Klinische Studien Bremen (KKSb) <https://www.gs-qa-pflege.de/wp-content/uploads/2020/02/2.-Zwischenbericht-Personalbemessung-%C2%A7-113c-SGB-XI.pdf> Zugriffen: 20. März 2020
- Szezan N-M (2018) Sektorierung stößt an ihre Grenzen. In: Szezan N-M, Wagner F (Hrsg) Agenda Pflege 2021. KomPart Verlagsgesellschaft, Berlin, S 111–135

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.