

# Pflege-Report 2016

Zur Versorgungssituation  
pflegebedürftiger Menschen im  
Rheinland und in Hamburg

**Schwerpunkt:**  
Pflegebedürftigkeit bei Demenz



## Impressum

Pflege-Report 2016 der AOK Rheinland/Hamburg – Die Gesundheitskasse

Herausgegeben von der AOK Rheinland/Hamburg – Die Gesundheitskasse  
Kasernenstraße 61, 40213 Düsseldorf, Tel.: 0211/8791-0  
Internet: [www.aok.de/rh](http://www.aok.de/rh)

**Redaktion:** Stabsbereich Gesundheitspolitik – Christoph J. Rupprecht,  
Olga Dortmann, Petra Fuhrmann, Dr. Volquart Stoy  
E-Mail: [gesundheitspolitik@rh.aok.de](mailto:gesundheitspolitik@rh.aok.de)

**Gestaltung:** KomPart Verlagsgesellschaft mbH & Co. KG  
10178 Berlin, Rosenthaler Straße 31

**Fotos:** Oliver Razum, Christoph Dockweiler // Hürrem Tezcan-Güntekin, Serkan Güntekin //  
Jutta Allmendinger, Inga Haar // Thomas Klie, Jan Deichner // Helmut Wallrafen, Sozial-Holding der  
Stadt Mönchengladbach GmbH // Heinz Rothgang, David Ausserhofer // Rolf G. Heinze, privat

**Druck:** ALBERSDRUCK GmbH & Co. KG, Düsseldorf  
Gesamtverantwortung: AOK Rheinland/Hamburg – Die Gesundheitskasse

© AOK Rheinland/Hamburg – Die Gesundheitskasse. Alle Rechte vorbehalten.  
Nachdruck und sonstige Formen der Vervielfältigung – auch auszugsweise – nicht gestattet.

# Vorwort

Wir gewinnen an Lebensjahren. Fragen der gesundheitlichen wie pflegerischen Versorgung, aber auch ganz allgemein des guten Alterns sind in einer Gesellschaft des langen Lebens von grundsätzlicher Bedeutung.

Mit dem vorliegenden Pflege-Report möchte die AOK Rheinland/Hamburg dazu beitragen, die Versorgungs- und Lebenssituation von pflegebedürftigen Menschen zu beleuchten, um Verbesserungsmöglichkeiten zu thematisieren. Als Gesundheits- und Pflegekasse liegen uns umfangreiche Daten vor, die differenzierte und regionalspezifische Analysen des Versorgungsgeschehens erlauben.

Um noch tiefere Einblicke in die häusliche Pflegesituation von Menschen mit Demenz zu erhalten, wurden rund 1.000 Interviews mit Angehörigen demenziell erkrankter Pflegebedürftiger geführt. Der Großteil der pflegebedürftigen Menschen wird zu Hause, häufig ausschließlich von Angehörigen, betreut und versorgt. Die pflegenden Angehörigen sind Experten in eigener Sache. Für ihre Mitwirkung, ihre wertvollen Beiträge und Informationen bedanke ich mich herzlich.

Der Pflege-Report beschäftigt sich mit der Frage, ob die bestehenden Strukturen und Angebote den Bedürfnissen und Bedarfen demenziell erkrankter wie körperlich eingeschränkter Pflegebedürftiger und ihrer Angehörigen gerecht werden. Damit gibt er Anhaltspunkte für die Gestaltung zeitgemäßer und pluraler Pflegestrukturen in den Kommunen.

Ausgehend von einem ganzheitlichen Verständnis von Pflege wird auf Aspekte der pflegerischen Versorgung ebenso eingegangen wie auf die Gesundheitsversorgung und die Berücksichtigung sozialer Bedürfnisse. Wir sind alle gefordert, die nötigen Bedingungen zu schaffen, damit pflegebedürftige Menschen Lebensqualität, Zuwendung und Teilhabe erfahren können. Dieses Ziel ist auch ein Appell, das Verhältnis von Gesellschaft und Gemeinschaft zu überdenken.

Düsseldorf, November 2016

Günter Wältermann  
Vorsitzender des Vorstandes

# Inhaltsverzeichnis

	Kernaussagen	4
1	Einleitung	8
2	Pflegebedürftigkeit	12
2.1	Eintritt in die Pflegebedürftigkeit	14
2.2	Anzahl Pflegedürftiger und Anzahl Menschen mit Demenz	21
	Pflegerische Versorgung von Menschen mit Demenz in einer vielfältigen Gesellschaft. Von Hürrem Tezcan-Güntekin und Oliver Razum	23
2.3	Schwere der Pflegebedürftigkeit	29
3	Pflegende Angehörige	33
3.1	Wer pflegt?	36
3.2	Unterstützungs- und Entlastungsangebote für Pflegepersonen	40
3.3	Umfrage: Pflegesituation von Menschen mit demenziellen Erkrankungen	52
	Demenzdörfer: Institution oder Inklusion? Auf der Suche nach neuen Versorgungsformen für Menschen mit Demenz. Von Thomas Klie	61
4	Professionelle Pflege	63
4.1	Inanspruchnahme professioneller Pflege	65
4.2	Pflegepersonal	69
	Ganzheitliche Pflege in stationären Pflegeeinrichtungen – Visionen und Wirklichkeit. Von Helmut Wallrafen	73
4.3	Qualität der Pflege	74

<b>5</b>	<b>Medizinische Versorgung</b>	<b>77</b>
5.1	Ambulante medizinische Versorgung	79
5.2	Krankenhausaufenthalte	81
5.3	Arzneimittelversorgung	84
5.4	Rehabilitation	88
5.5	Heilmittelversorgung	93
	Rehabilitation bei Pflege: Zuständigkeiten von Krankenversicherung und Pflegeversicherung – stimmt die Aufteilung? Von Heinz Rothgang	96
5.6	Hilfsmittelversorgung	98
<b>6</b>	<b>Strukturen vor Ort</b>	<b>99</b>
6.1	Beratung	101
6.2	Wohnen	103
6.3	Niedrigschwellige Betreuungsangebote	107
6.4	Stationäre Pflegestrukturen	108
	Wohnquartiere als Handlungsarenen. Von Rolf G. Heinze	113
	Datengrundlage	115
	Abbildungsverzeichnis	116
	Literatur zu den Gastbeiträgen	120

# Kernaussagen

Der vorliegende Pflege-Report der AOK Rheinland/Hamburg bietet umfangreiche Regionaldaten zur Pflege im Rheinland und in Hamburg. Ein Schwerpunkt liegt auf der Analyse der Versorgungssituation demenziell erkrankter Menschen.

Der Bericht gibt Hinweise zur Verbesserung der bestehenden Versorgungs- und Unterstützungsstrukturen für pflegebedürftige Menschen und ihre Angehörigen.

## Pflegebedürftigkeit

- Die Anzahl derjenigen Menschen, die auf Hilfe und Pflege angewiesen sind, wird in den nächsten Jahren zunehmen. Die Entwicklung der Zahl pflegebedürftiger Menschen insgesamt sowie Eintrittsalter, Schwere und Verlauf des Pflegebedarfs lassen sich jedoch in erheblichem Maße positiv beeinflussen.
- Wie die Lebenserwartung hängt auch der Beginn der Pflegebedürftigkeit stark vom sozioökonomischen Status ab: Männer mit niedrigem sozioökonomischen Status werden im Schnitt sieben Jahre früher pflegebedürftig als Männer mit hohem sozioökonomischen Status. Der Einfluss der sozialen Lage spiegelt sich auch in den deutlichen regionalen Unterschieden des durchschnittlichen Pflegeeintrittsalters wider.
- Etwa jeder Fünfte in Deutschland hat einen Migrationshintergrund. Auch die Anzahl älterer und mithin pflegebedürftiger Migrantinnen und Migranten wird in den nächsten Jahren steigen. Pflegepolitik muss das Thema Pflege von Menschen mit Migrationshintergrund aufgreifen und Pflegeeinrichtungen wie ambulante Dienste sollten dies in ihrer Arbeit und auch bei der Qualifikation der Pflegekräfte entsprechend berücksichtigen.
- Das Präventionspotenzial und die Möglichkeiten zur Verbesserung der Lebensqualität sind groß. Anderen europäischen Staaten - etwa in Skandinavien - gelingt es erheblich besser, Gesundheit bis ins hohe Lebensalter zu bewahren. Wesentlich dafür sind Lebens- und Arbeitsbedingungen, die die Gesundheit fördern und schützen. Diese zu entwickeln und zu gestalten, muss dringendes Ziel von Politik und Gesellschaft sein. Jenseits von Maßnahmen der Gesundheits- und Pflegepolitik ist dafür auch ein konsequenter Abbau der sozial bedingten Ungleichheit der Gesundheitschancen nötig. Die Schaffung gesundheitsförderlicher Lebens- und Arbeitsbedingungen muss daher als politisches Querschnittsthema verschiedener Ebenen (Bund, Länder und Kommunen) und Ressorts verstanden werden.

## Pflegende Angehörige

- Angehörige tragen die Hauptlast der Pflege: Fast drei Viertel der pflegebedürftigen Versicherten der AOK Rheinland/Hamburg werden zu Hause betreut und versorgt; der Großteil ohne die Unterstützung eines ambulanten Pflegedienstes. Bei höheren Pflegegraden werden Männer häufiger als Frauen zu Hause betreut. Es sind vor allem Frauen, die Sorge und Pflegeaufgaben übernehmen: Über 70 Prozent der pflegenden Angehörigen sind weiblich.
- Die Belastungen, die mit der Betreuung und Pflege insbesondere auch eines demenziell erkrankten Menschen einhergehen - körperlich wie seelisch -, sind oftmals erheblich. Die Inanspruchnahme pflegeentlastender Leistungen nimmt kontinuierlich zu. Dabei wird die Verhinderungspflege mit Abstand am häufigsten nachgefragt. Jede dritte ambulant gepflegte Person nimmt sie mittlerweile in Anspruch. Demenziell erkrankte Menschen erhalten deutlich häufiger

pflegeentlastende Leistungen als Pflegebedürftige ohne Demenz.

- Die Hälfte der demenziell erkrankten Pflegebedürftigen wird in der eigenen Häuslichkeit betreut. Eine zentrale Rolle nimmt dabei der engste Familienkreis ein. Sonstige Verwandte, der Freundeskreis und die Nachbarschaft leisten in vielen Fällen zusätzliche Unterstützung und Entlastung. Etwa 30 Prozent der Hauptpflegepersonen von Menschen mit Demenz fühlen sich dennoch häufig oder ständig überfordert.
- In informellen Pflegenetzwerken, in denen sich mehrere Angehörige und gegebenenfalls Freunde oder Nachbarn die Aufgaben teilen, fühlt sich die Hauptpflegeperson seltener überfordert als in informellen Netzwerken, in denen eine Person allein die Hauptlast der Pflege trägt. Dabei ist es keineswegs so, dass die Angehörigen mit hoher selbsteingeschätzter Überforderung nicht von den unterstützenden Angeboten der professionellen Hilfe und Pflege der Pflegeversicherung

(ambulante Pflegedienste) erreicht werden. Das ist ein Indiz dafür, dass die bisherigen Unterstützungs- und Entlastungsangebote nicht ausreichen.

- Eine verstärkt niedrigschwellige, zugehende Pflegeberatung und die Förderung von Selbsthilfe in der Pflege können dazu beitragen, noch mehr Angehörige zu erreichen. Ziel muss es sein, Unterstützungs- und Entlastungsangebote bekannter zu machen und Angehörigen wie Pflegebedürftigen Vorbehalte, zum Beispiel gegenüber professioneller Unterstützung, zu nehmen.
- Viele pflegende Angehörige sind erwerbstätig. Der Anteil der Erwerbstätigen mit dieser Doppelbelastung nimmt zu. Deshalb sind auch die Betriebe konzeptionell gefordert. Das betrifft unter anderem die Ermöglichung von entlastenden Arbeits- und Arbeitszeitmodellen sowie das Betriebliche Gesundheitsmanagement.

## Professionelle Pflege

- Knapp ein Viertel der pflegebedürftigen Versicherten der AOK Rheinland/Hamburg wird zu Hause mit der Hilfe eines ambulanten Pflegedienstes versorgt; ein weiteres Viertel stationär in einem Pflegeheim. Ob stationäre Pflege in Anspruch genommen wird, hängt neben der Schwere der Pflegebedürftigkeit vor allem von den familialen Betreuungsmöglichkeiten ab.
- Die üblichen Pflegeverläufe von demenziell erkrankten Menschen und Pflegebedürftigen ohne Demenz unterscheiden sich wesentlich: Jede zweite zu Beginn der Pflegebedürftigkeit ambulant betreute Person mit Demenz zieht im Laufe der Pflegebedürftigkeit in ein Heim; bei Personen ohne kognitive Einschränkungen nur jede fünfte.
- Selbstbestimmung und Teilhabe sind von zentraler Bedeutung für das Wohlbefinden und die Lebensqualität älterer und pflegebedürftiger Menschen. An diesem Grundsatz orientiert

sollten sich die professionellen Pflegestrukturen weiterentwickeln. Häuslichkeit ist auch als Qualitätsmerkmal zu begreifen. Es gilt die Trennung von Häuslichkeit und Institution einzuebennen, um den Pflegebedürftigen auch dann, wenn der Umzug in ein Pflegeheim notwendig wird, mehr Lebensqualität in einem „Zuhause“ zu ermöglichen.

- Gerade wenn der Verbleib in der eigenen Häuslichkeit unmöglich wird, braucht es differenzierte Angebote. Zum Beispiel Heime mit familienähnlichen Wohngruppen, Pflege-/Demenz-Wohngemeinschaften oder Pflegewohnungen, die durch eine ganzheitliche, personenzentrierte Pflege die Lebensfreude und Lebensqualität der Bewohnerinnen und Bewohner in den Mittelpunkt stellen und sich verstärkt in die Gesellschaft, den Sozialraum, öffnen.

## Medizinische Versorgung

- Der Hausarzt ist der wichtigste Ansprechpartner für ältere Menschen im deutschen Gesundheitssystem. Über 95 Prozent aller Pflegebedürftigen sehen ihn mindestens einmal pro Quartal. In der Hausarztpraxis besteht dadurch ein besonders niedrighschwelliger Zugang zu Pflegebedürftigen und oftmals den pflegenden Angehörigen. Dem Hausarzt kommt daher auch die Aufgabe zu, auf mögliche Hilfe- und Unterstützungsstrukturen, etwa die Angebote der Pflegeberatung, aufmerksam zu machen und zu vernetzen.
- Bereits jeder sechste Krankenhauspatient über 60 Jahre leidet an Demenz. Das heißt, es ist kein Ausnahmefall. Bisher werden die Versorgungsstrukturen den Bedürfnissen und Bedarfen demenziell erkrankter Menschen nicht in ausreichendem Maße gerecht. Positive Leuchtturmprojekte zeigen jedoch, wie zum Beispiel Krankenhäuser demenzsensibel gestaltet werden können.
- Einige medizinische Behandlungsfälle wären bei guter Pflege vermeidbar. So hat zum Beispiel jede fünfte stationär gepflegte Person einen Dekubitus, der von einem niedergelassenen Arzt behandelt wird. Der Anteil der pflegebedürftigen Personen mit einem potenziell vermeidbaren Krankenhausaufenthalt liegt bei den ambulant gepflegten Personen in Pflegestufe 1 bei 5,2 Prozent, in Pflegestufe 2 bei 8,2 Prozent und in Pflegestufe 3 bei 13,2 Prozent. Bei den stationär gepflegten Personen liegen diese Anteile bei 8,6 Prozent, 12,7 Prozent und 13,2 Prozent. Ursächlich für die meisten der potenziell vermeidbaren Krankheitsfälle sind bestimmte Frakturen, Dehydrierung sowie Lungenentzündungen durch Eindringen von Nahrung oder Erbrochenem in das Bronchialsystem. Demenziell erkrankte Pflegebedürftige erleiden häufiger einen Dekubitus oder eine Dehydrierung als nicht demenziell erkrankte Pflegebedürftige.
- Pflegebedürftige Menschen leiden vielfach an mehreren chronischen Erkrankungen beziehungsweise komplexen Krankheitsbildern. Zwei Drittel der Pflegebedürftigen nehmen mehr als fünf Medikamente parallel ein (Polymedikation). Ein Viertel erhält ein für ältere Menschen potenziell inadäquates Medikament der sogenannten Priscus-Liste. Um unerwünschte Nebenwirkungen und Fehlmedikation zu vermeiden, ist ein leicht überprüfbarer Medikationsplan insbesondere für ältere und pflegebedürftige Menschen wichtig.
- Bewohnerinnen und Bewohnern von Pflegeheimen werden bei vergleichbarem Pflegebedarf und Krankheitsbild deutlich mehr Psychopharmaka verordnet als zu Hause betreuten Pflegebedürftigen. Bei knapp 20 Prozent der stationär Gepflegten, die ein Antipsychotikum erhalten, liegt keine dokumentierte psychiatrische Indikation vor.
- Jeder vierte Pflegebedürftige erhält in den Monaten vor und direkt nach Eintritt der Pflegebedürftigkeit Rehabilitationsmaßnahmen. Bei bestehender Pflegebedürftigkeit geht die Rehabilitationsquote stark zurück. Im Sinne einer aktivierenden Pflege sollte sich die rehabilitative Versorgung verstärkt an den Bedarfslagen älterer, multimorbider und pflegebedürftiger Menschen orientieren. Der Rehabilitationsprozess dauert länger und die Intensität der Maßnahmen muss gegebenenfalls geringer sein. Ansatzpunkte sind die Stärkung der ambulanten und mobilen Rehabilitationsstrukturen und die Integration der Rehabilitation und Stärkung der therapeutischen Maßnahmen (Physiotherapie, Ergotherapie et cetera) in der stationären Langzeitpflege.
- Auch die Finanzierung der Rehabilitation durch die gesetzlichen Krankenversicherungen sollte auf systematische Fehlanreize überprüft werden: Zum Beispiel könnte die Pflegeversicherung ab einem gewissen Lebensalter die Kosten der Rehabilitation tragen.



## Strukturen vor Ort

- Die Pflege selbst geschieht vor Ort in den Städten, Stadtteilen, Kreisen und Gemeinden. Sozial- und Pflegeplanung sind kommunale Querschnittsaufgaben. Dazu zählen zum Beispiel die Organisation und Koordination der örtlichen Hilfe- und Unterstützungsangebote und die Vernetzung und die Förderung der Kooperation aller an der Pflege und Hilfe beteiligten Akteure und Institutionen. Dazu zählt auch, gemeinsam mit den Krankenkassen, die Entwicklung einer integrierten gesundheitlichen Versorgung im weitesten Sinne. Darüber hinaus bedarf es einer aktiven Wohnpolitik einschließlich einer achtsamen Mietpreispolitik, der Förderung der Sozialraumentwicklung und des bürgerschaftlichen wie nachbarschaftlichen Engagements.
- Kommunen stehen in einer besonderen Verantwortung; dabei bedürfen sie der notwendigen Ausstattung und Unterstützung. Eine eigenständige, gesamtgesellschaftlich getragene Finanzierung ihrer umfangreichen Aufgaben gehört dazu.
- Die Pflegeberatung kommt an: Die Beraterinnen und Berater der AOK Rheinland/Hamburg hatten im Jahr 2015 knapp 33 Beratungskontakte je 100 pflegebedürftige Versicherte. Der Ansatz der Pflegestützpunkte, zu den unterschiedlichsten Bedarfen aus einer Hand zu beraten, ist richtig. Eine bedarfsgerechte Weiterentwicklung sollte dennoch geprüft werden. Das betrifft zum Beispiel eine kassenartenübergreifende Finanzierung und das Angebot einer aktiv zugehenden Beratung.
- Moderne Pflegeheime sollten keine Zweibettzimmer anbieten. Die politisch gesetzte Einzelzimmerquote von 80 Prozent in Pflegeheimen in Nordrhein-Westfalen bis 2018 wird zurzeit nur in Leverkusen erreicht. In einigen Regionen liegt diese Quote noch immer unter 60 Prozent.

# 1

## Einleitung

# 1 Einleitung

Bis Mitte der 1990er Jahre war die Pflege allein Familiensache. Die Einführung der Pflegeversicherung schloss diese Lücke der sozialen Sicherung. Sie bildet damit die Grundlage für die Weiterentwicklung und Professionalisierung der Pflege und der Pflegequalität. Leistungen und Angebote für pflegebedürftige Menschen und ihre Angehörigen wurden seither Schritt für Schritt ausgebaut und ergänzt und die pflegerische Versorgung wurde erheblich verbessert.

Als recht enge „Teilkaskoversicherung“ konzipiert, vertraut die Pflegeversicherung weiterhin in hohem Maße auf die Bereitschaft und die Möglichkeiten der Familien, die Pflege eines Angehörigen zu übernehmen. Die demographische Entwicklung und soziale Veränderungsprozesse stellen dieses, auf Subsidiarität beruhende System in seiner jetzigen Ausgestaltung jedoch zunehmend infrage.

Zum einen steigt die Anzahl der pflegebedürftigen Menschen: im Zeitraum von zwölf Jahren, zwischen 2001 und 2013, bundesweit von zwei auf 2,6 Millionen. Selbst wenn es gelingen sollte, das Risiko, im Alter pflegebedürftig zu werden, hinauszuzögern oder zu verringern, dürfte die demographische Entwicklung dennoch zu einem weiteren Anstieg der Zahl pflegebedürftiger Menschen führen.

Parallel vollzieht sich ein sozialer Wandel, der auch die familiäre Pflege beeinflusst. Pflege ist weiblich: Frauen, die die Hauptlast der Pflege tragen, sind immer häufiger und auch länger erwerbstätig – eine Doppel-, manchmal auch eine Dreifachbelastung.

Oft sind die Kindererziehung, die Pflege eines Angehörigen und die eigene Berufstätigkeit zeitgleich zu bewältigen. Oder die Pflege der Eltern beziehungsweise Schwiegereltern schließt direkt an die Phase der Kindererziehung an. Insgesamt haben sich die klassischen Erwerbsbiographien verändert. Mit dem Beruf sind höhere Flexibilitäts- und Mobilitätsanforderungen verbunden. Kinder leben nicht selten weit entfernt von ihren Eltern. Und mit zunehmender Zahl Alleinlebender wird auch die Partnerpflege seltener möglich sein.

Die drei Pflegestärkungsgesetze sind bedeutsame Meilensteine. Für eine aktive politische Begleitung dieses sozialen Wandels, das heißt, dass die Sorge und Pflege durch Angehörige weiterhin ermöglicht wird, und für vorausschauendes politisches Handeln ist jedoch mehr erforderlich; unter anderem auch eine robuste Finanzierung der Pflege.

Die Bedeutung der professionellen Pflege und Unterstützung durch ambulante Dienste, in Pflegeheimen und in einer wachsenden Zahl vielfältiger neuer Wohnformen wird in den kommenden Jahren zwangsläufig weiter zunehmen. Zentral ist daher eine an Selbstbestimmung und Teilhabe orientierte Weiterentwicklung der pflegerischen und sozialen Strukturen. Diese sollten je nach individueller Situation – denn jede Pflegesituation ist anders – eine passgenaue Aufteilung der Hilfe- und Pflegeaufgaben zwischen Familien, Pflegefachkräften, dem sozialen Umfeld, sozialen Hilfe- und Unterstützungsstrukturen sowie der Zivilgesellschaft zulassen.

## Gemeinsame Verantwortung – mehr Lebensqualität schaffen

Der vorliegende Pflege-Report präsentiert umfangreiche Daten zur Versorgungssituation von pflegebedürftigen Menschen im Rheinland und in Hamburg. Eine ganzheitliche Pflege umfasst weit mehr als die pflegerische Versorgung im engeren Sinne und berücksichtigt medizinische und soziale Aspekte. Voraussetzung dafür sind geeignete Pflege- und Hilfestrukturen vor Ort und das Ineinandergreifen und Zusammenwirken der verschiedenen Ebenen der Versorgung und aller an der Pflege Beteiligten. Dahingehend gliedert sich auch der Pflege-Report (Abbildung 1/1, Seite 10):

Im Mittelpunkt stehen die pflegebedürftigen Menschen (Kapitel 2). Hintergründe des Eintritts in die Pflegebedürftigkeit

werden ebenso betrachtet wie regionale Unterschiede hinsichtlich der Pflegeprävalenz und der Schwere der Pflegebedürftigkeit. Die Pflege wird in Deutschland maßgeblich von informell Pflegenden getragen. Das Robert Koch-Institut schätzt, dass 6,9 Prozent der Erwachsenen regelmäßig einen pflegebedürftigen Menschen betreuen. Das wären hochgerechnet etwa 4,7 Millionen Bürgerinnen und Bürger. Der Pflege-Report untersucht zunächst, wer die Personen sind, die Angehörige, Freunde oder Nachbarn pflegen und unterstützen (Kapitel 3). Darüber hinaus nimmt er die Inanspruchnahme von unterstützenden und entlastenden Leistungen der Pflegeversicherung in den Blick.

6 Strukturen vor Ort

- Pflegeberatung
- Wohnformen
- Niedrigschwellige Betreuungsangebote
- Vollstationäre Kapazitäten

5 Medizinische Versorgung

- Zugang zu ärztlichen Leistungserbringern
- Arzneimittelversorgung
- Heil- und Hilfsmittel

4 Professionelle Pflege

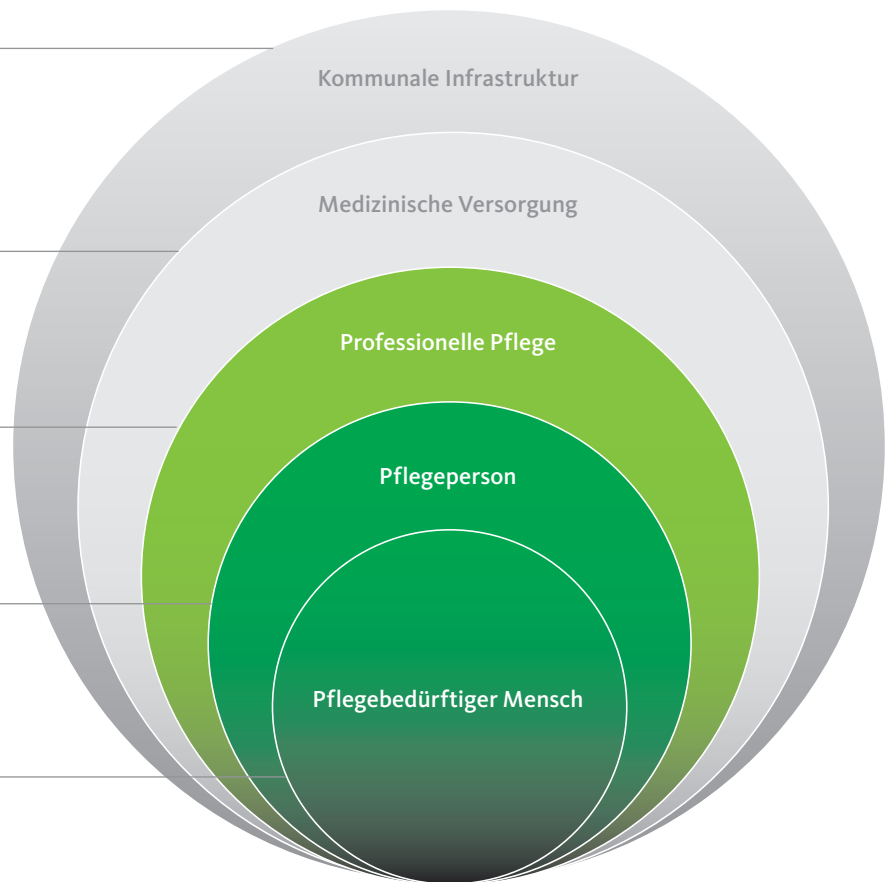
- Inanspruchnahme
- Beschäftigte und Beschäftigungssituation
- Qualität

3 Pflegenden Angehörige

- Profil der Pflegepersonen
- Inanspruchnahme von pflegeentlastenden Leistungen

2 Pflegebedürftigkeit

- Hintergründe des Eintritts in die Pflegebedürftigkeit
- Anzahl der pflegebedürftigen Personen
- Schwere der Pflegebedürftigkeit



Trotz des großen Einsatzes von pflegenden Angehörigen und der Unterstützung aus dem Freundeskreis und der Nachbarschaft ist die professionelle Pflege in Deutschland unverzichtbar. Knapp 700.000 Pflegekräfte haben im Jahr 2013 in je etwa 13.000 ambulanten Pflegediensten und stationären Pflegeeinrichtungen die pflegerische Versorgung sichergestellt. Kapitel 4 widmet sich der professionellen Pflege: Es betrachtet zum einen die Inanspruchnahme professioneller Pflegeleistungen im regionalen Vergleich, zum anderen die Anzahl, Qualifikation und Beschäftigungssituation des Pflegepersonals. Als dritter Aspekt werden verschiedene Indikatoren ausgewertet, die Aufschlüsse über die Qualität der Pflege geben können. Zusätzlich zur Analyse der pflegerischen Betreuung erfordert ein ganzheitlicher Blick auf die Situation von pflegebedürftigen Menschen auch eine Betrachtung ihrer medizinischen Versorgung. Pflegebedürftige leiden häufig an mehreren Erkrankungen, die oftmals eine intensive medizinische

Begleitung erfordern. Kapitel 5 untersucht daher den Zugang von pflegebedürftigen Menschen zu Ärzten, die Krankenhaus- und Arzneimittelversorgung und die Inanspruchnahme von Rehabilitationsmaßnahmen sowie von Heil- und Hilfsmitteln.

Die Rahmenbedingungen für ein gutes Leben in jedem Alter werden vor Ort geschaffen. Wie pflegebedürftige Menschen in ihrem Alltag unterstützt werden und unterstützt werden können, hängt ganz wesentlich von den Pflege- und Hilfestrukturen in den Städten, Kreisen und Gemeinden ab. Dabei gilt es, die lokalen Bedarfe zu berücksichtigen. Pflege ist somit in hohem Maße ein Thema, das auf kommunaler Ebene organisiert, gestaltet und entwickelt werden muss. Kapitel 6 nimmt daher die kommunale Infrastruktur in den Blick und betrachtet die Strukturen der Pflegeberatung, der Wohnformen für ältere Menschen, das Angebot an niedrigschwelligen Betreuungsangeboten sowie vollstationären Kapazitäten.

Beiträge von Expertinnen und Experten aus Forschung und Pflegepraxis komplettieren den Report:

- Dr. Hürrem Tezcan-Güntekin und Prof. Dr. Oliver Razum, Gesundheitswissenschaftler an der Universität Bielefeld, beleuchten die pflegerische Versorgung von Menschen mit Migrationshintergrund und die notwendigen Schritte hin zu einer diversitätssensiblen Pflege.
- Wie sich die stationäre Pflege aus ihrer Sicht weiterentwickeln könnte und sollte, legen Prof. Dr. Thomas Klie, Mitglied der Sechsten und Siebten Altenberichtscommission, am Beispiel der kontrovers diskutierten Demenzdörfer und Helmut Wallrafen, Geschäftsführer der Sozial-Holding der Stadt Mönchengladbach, mit Blick auf ein modernes, teilhabeorientiertes Pflegeheim dar.

- Prof. Dr. Heinz Rothgang, Gesundheitsökonom an der Universität Bremen, zeigt, dass sich die Versorgungssituation im Hinblick auf die Rehabilitation von pflegebedürftigen Menschen zwar verbessert hat, dass jedoch weiterhin Fehlanreize bestehen. Durch eine Veränderung der Finanzierungsverantwortung könnten diese Fehlanreize abgebaut werden.
- Welche Maßnahmen und Veränderungen auf kommunaler Ebene notwendig sind, um ein gutes Leben in jedem Alter und auch im Falle einer demenziellen Erkrankung zu ermöglichen, skizziert Prof. Dr. Rolf G. Heinze, Sozialwissenschaftler und Mitglied der Siebten Altenberichtscommission.

## Stärkung demenzsensibler Versorgungsstrukturen

Einen besonderen Fokus legt der Pflege-Report 2016 auf die Versorgung von pflegebedürftigen Menschen mit Demenz. Durch die Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs erhalten Menschen mit kognitiven Einschränkungen, dazu zählen insbesondere demenziell Erkrankte, einen gleichberechtigten Zugang zu den Leistungen der Pflegeversicherung - ein wichtiger Schritt.

Die Pflegesituation von Menschen mit Demenz und ihren Angehörigen unterscheidet sich wesentlich von der Versorgung von pflegebedürftigen Personen mit körperlichen Einschränkungen. Menschen mit einer fortgeschrittenen demenziellen Erkrankung benötigen oftmals eine besonders intensive Betreuung. Orientierungsstörungen und Verhaltensänderungen erfordern in vielen Fällen eine ständige Beaufsichtigung. Im schweren Stadium einer Demenz sind Betroffene zumeist vollständig von anderen Personen abhängig. Für pflegende Angehörige ist eine solche Situation mit erheblichen körperlichen und psychischen Belastungen verbunden. Aus den Besonderheiten des

Krankheitsbildes und seinen Folgen für die Pflege ergeben sich daher zum Teil eigenständige Unterstützungsbedarfe von pflegebedürftigen Personen mit Demenz und ihren Angehörigen. Der Report untersucht die Spezifika des Pflegebedarfs, der Pflegeverläufe und der Pflegesituation von Menschen mit Demenz. Neben einer Analyse auf Basis der Routinedaten einer gesetzlichen Krankenversicherung wurden hierzu rund 1.000 Interviews mit pflegenden Angehörigen von demenziell erkrankten Menschen geführt. Besondere Unterstützungsbedarfe und Anforderungen an die pflegerische Versorgung konnten so identifiziert werden. Eine demenzsensible Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen ist von besonderer Bedeutung. Damit auf allen Versorgungsebenen, das heißt in der häuslichen wie stationären Pflege, in der Arztpraxis sowie im Krankenhaus und in der Gesellschaft insgesamt, die Bedürfnisse demenziell erkrankter Menschen erkannt und berücksichtigt werden können.

2

Pflegebedürftigkeit

## 2 Pflegebedürftigkeit

- 2,8 Prozent der Bevölkerung über 60 Jahre sind im Jahr 2014 neu pflegebedürftig geworden. Im Jahr 2007 waren es noch 2,4 Prozent.
- Knapp zwei Drittel der Bevölkerung werden im Laufe ihres Lebens pflegebedürftig. Knapp ein Drittel der Bevölkerung erkrankt zu Lebzeiten an einer Demenz.
- Das Eintrittsalter in die Pflegebedürftigkeit hängt stark von der sozialen Lage ab: Männer mit niedrigem sozioökonomischen Status werden im Schnitt sieben Jahre früher pflegebedürftig als Männer mit hohem sozioökonomischen Status.
- Zwischen den Kreisen bestehen deutliche Unterschiede im durchschnittlichen Pflegeeintrittsalter. In Regionen mit hoher Arbeitslosigkeit werden die Menschen im Durchschnitt erheblich früher pflegebedürftig.
- Auch das Alter bei der Demenzdiagnose hängt vom sozioökonomischen Status ab.
- Männer wurden im Jahr 2015 im Durchschnitt fast ein Jahr später pflegebedürftig als noch 2007. Frauen hingegen sind bei Beginn der Pflegebedürftigkeit durchschnittlich ein halbes Jahr jünger als 2007.
- Bis 2035 wird die Anzahl der pflegebedürftigen Menschen voraussichtlich um 37,5 Prozent steigen. In den Kreisen fällt dieser Anstieg deutlich stärker aus als in den kreisfreien Städten.
- Der Eintrittszeitpunkt in die Pflegebedürftigkeit und die Zunahme der Anzahl Pflegebedürftiger lassen sich beeinflussen: Bei Berücksichtigung eines realistischen Präventionspotenzials wären etwa 30 Prozent des Anstiegs bis 2035 vermeidbar.
- Menschen mit einer demenziellen Erkrankung haben einen erhöhten Pflegebedarf. Der Anteil der Personen mit Pflegestufe 2 oder 3 beträgt bei einer Demenzerkrankung 58 Prozent, ohne Demenz nur 35 Prozent.
- Der Pflegeaufwand nimmt bei Personen mit Demenz häufig zu: Bei fast zwei Dritteln aller pflegebedürftigen Personen mit Demenz erhöht sich im Verlauf der Pflegebedürftigkeit die Pflegestufe. Bei Personen ohne Demenz liegt dieser Wert nur bei einem Drittel.
- Die Überlebenschancen nach Pflegeeintritt sind bei Frauen deutlich höher als bei Männern. Mit einer Wahrscheinlichkeit von 50 Prozent versterben Männer innerhalb von ein-dreiviertel Jahren, Frauen erst nach dreieinhalb Jahren.

## 2.1 Eintritt in die Pflegebedürftigkeit

### Anzahl neupflegebedürftiger Personen

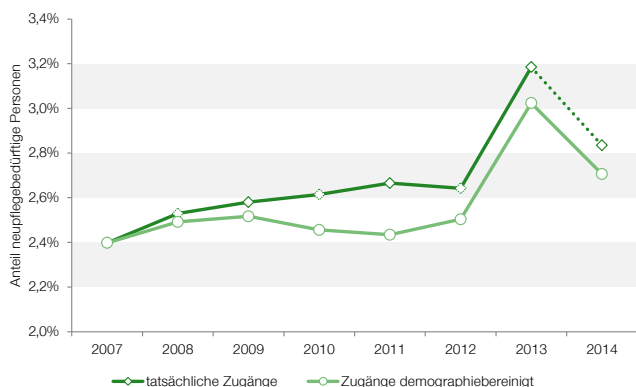
Die meisten Menschen leben bis ins hohe Alter weitestgehend gesund und selbstständig in ihrem Alltag. Mit zunehmendem Lebensalter tritt irgendwann jedoch bei vielen ein Zustand ein, in dem sie Unterstützung und Pflege benötigen. Im Jahr 2014 sind geschätzt 2,8 Prozent der noch nicht pflegebedürftigen Bevölkerung über 60 Jahre erstmalig pflegebedürftig geworden. Dieser Anteil ergibt sich aus den standardisierten Routinedaten der AOK Rheinland/Hamburg. Nach einem leichten Anstieg zwischen 2007 und 2012 nahm der Anteil der Neupflegebedürftigen vor allem im Jahr 2013 stark zu. Aus Abbildung 2/1 geht zudem hervor, dass die steigende Quote der Neupflegebedürftigen zwischen 2007 und 2012 in erster Linie auf die Alterung der Gesellschaft zurückzuführen ist. Standardisiert man die Anzahl der Zugänge in die Pflegebedürftigkeit für alle Jahre auf die Alters- und Geschlechtsstruktur von 2007, ist kein nachhaltiger Zuwachs festzustellen.

Der starke Anstieg im Jahr 2013 erklärt sich durch die Leistungsausweitung für Personen ohne Pflegestufe, aber mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz (sogenannte Pflegestufe 0)

zum 1. Januar 2013 durch das Pflege-Neuausrichtungs-Gesetz. Dazu zählen insbesondere auch Menschen mit demenziellen Erkrankungen. Erstmals erhielten Pflegebedürftige mit der Pflegestufe 0 Zugang zu Geld- und Sachleistungen der Pflegeversicherung sowie vollen Anspruch auf Verhinderungspflege, Pflegehilfsmittel und wohnumfeldverbessernde Maßnahmen. Diese verbesserten Pflegeleistungen stießen auf erheblichen Bedarf und haben offensichtlich die Attraktivität des Pflegesystems erhöht. Zuvor bereits Leistungsberechtigte stellten nun einen Antrag auf Pflegeleistungen. Lässt man diesen Nachhol-effekt der Personen mit Pflegestufe 0 außer Betracht, verschwindet der Ausschlag im Jahr 2013 vollständig.

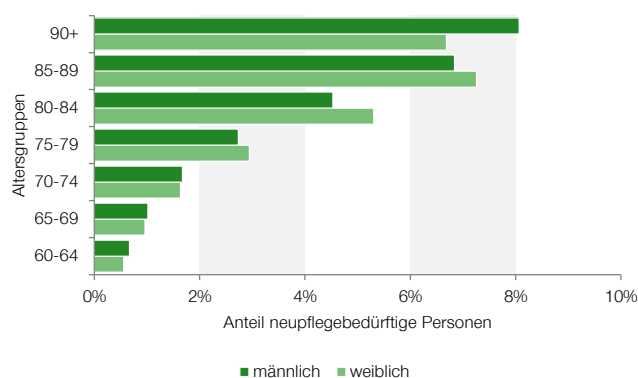
Die durchschnittlichen Eintrittsquoten variieren erwartungsgemäß nach Alter und Geschlecht. Während 2014 bei der Gruppe der 60- bis 70-Jährigen nicht einmal jede hundertste Person neu pflegebedürftig geworden ist, kamen bei den Personen über 85 Jahre etwa sieben Prozent der bisher noch nicht pflegebedürftigen Personen neu hinzu (Abbildung 2/2).

Abbildung 2/1: Neupflegebedürftige Personen 2007–2014



Quelle: AOK Rheinland/Hamburg, standardisiert auf Bundesbevölkerung der entsprechenden Jahre

Abbildung 2/2: Neupflegebedürftige Personen als Anteil der noch nicht pflegebedürftigen Bevölkerung nach Alter und Geschlecht, 2014



Quelle: AOK Rheinland/Hamburg



## Eintrittsalter in die Pflegebedürftigkeit und Alter bei erster Demenzdiagnose

Das durchschnittliche Eintrittsalter in die Pflegebedürftigkeit liegt im Versorgungsgebiet der AOK Rheinland/Hamburg bei knapp 79 Jahren. Hinter diesem Durchschnittswert verbergen sich deutliche regionale Unterschiede. So ist das durchschnittliche Pflegeeintrittsalter der Personen über 60 Jahre im Oberbergischen Kreis (79,8 Jahre) um fast drei Jahre höher als in Duisburg (77 Jahre) (Abbildung 2/3).

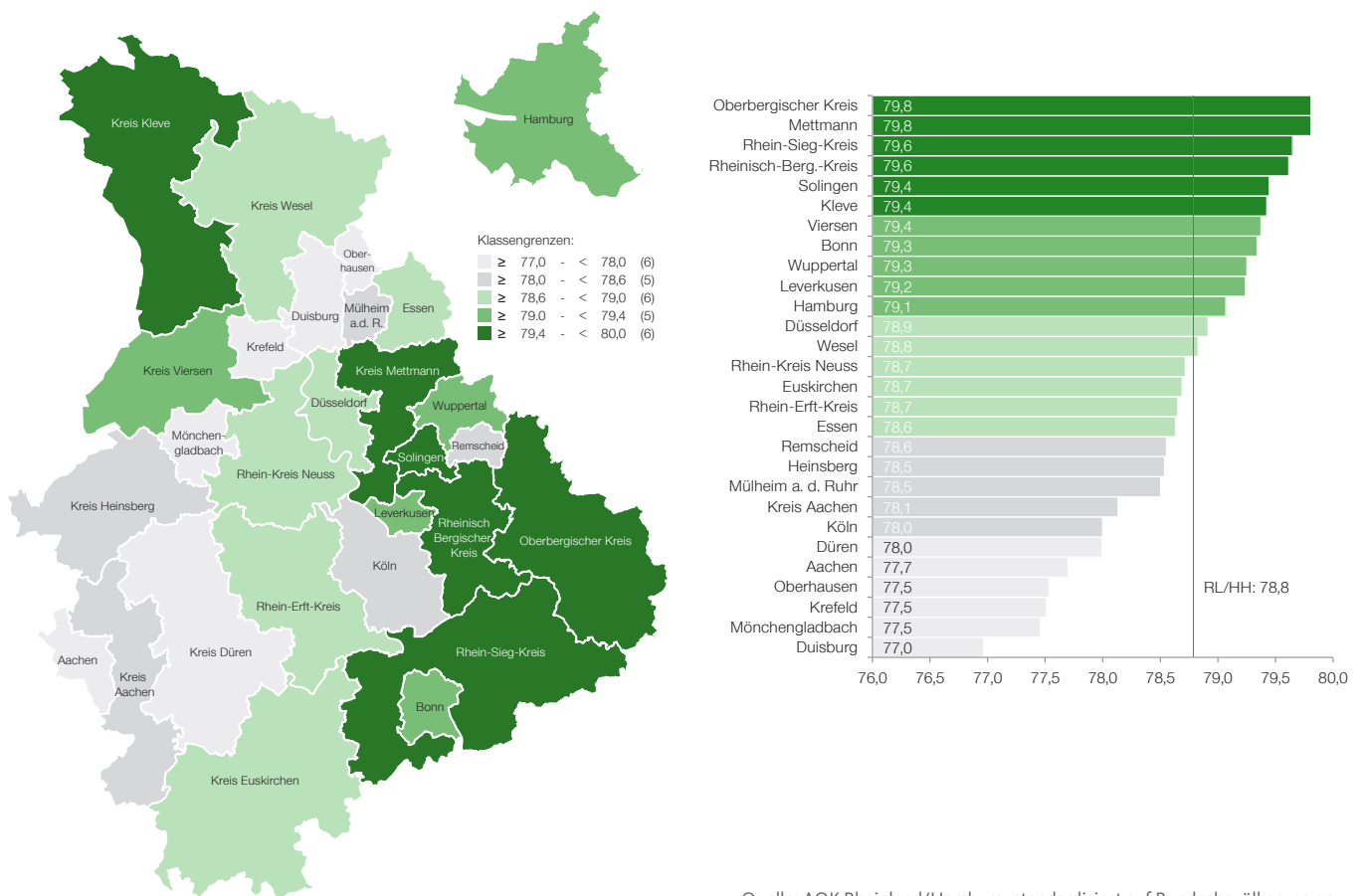
Diese regionalen Unterschiede verdeutlichen, dass die Gesundheitschancen in Deutschland ungleich verteilt sind. Diese Ungleichheiten wirken bis ins hohe Alter. Der sozioökonomische Status einer Person hat maßgeblichen Einfluss auf den Zeitpunkt des Eintritts in die Pflegebedürftigkeit (Abbildungen 2/4 und 2/5, Seite 16). In der Analyse wird die sozioökonomische Lage mithilfe des Einkommens aus der gesetzlichen

Rentenversicherung abgebildet. Da sich die Rentenhöhe anhand der einkommensabhängigen Beitragszahlungen während des Berufslebens berechnet, gibt sie nicht nur Aufschluss über das verfügbare Einkommen im Alter, sondern auch über den Verdienst in früheren Jahren.

Abbildung 2/4 zeigt, dass Personen mit einem niedrigen Renteneinkommen im Schnitt erheblich früher pflegebedürftig werden als Personen mit mittlerem oder hohem Einkommen. So beträgt der Unterschied im Pflegeeintrittsalter zwischen der niedrigen und der hohen Einkommensklasse bei Männern sieben Jahre und bei Frauen vier Jahre. Insgesamt zeigt sich ein deutlicher Einfluss sozialer Unterschiede.

Dieser Effekt ist bei Männern stärker ausgeprägt als bei Frauen. Auch der Abstand zwischen der mittleren und hohen

Abbildung 2/3: Durchschnittliches Pflegeeintrittsalter, Kreisvergleich, 2014



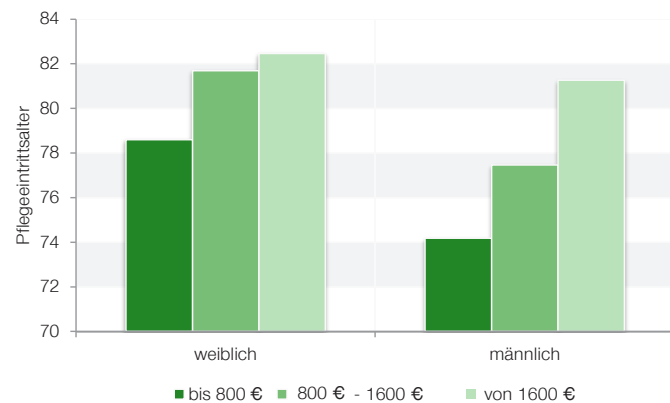
Quelle: AOK Rheinland/Hamburg, standardisiert auf Bundesbevölkerung 2014

Einkommensgruppe ist bei Frauen geringer als bei Männern (neun Monate im Vergleich zu knapp vier Jahren). Analysen zum Einfluss sozialer Faktoren auf die Lebenserwartung zeigen vergleichbare Ergebnisse.<sup>1</sup> Bei Männern scheinen die sozial bedingten Unterschiede einen noch stärkeren Einfluss zu haben. Diese geschlechtsspezifischen Unterschiede könnten zusätzlich methodische Gründe haben. Die Erwerbsquote von Frauen war in der betrachteten Generation niedrig. Die individuellen Rentenansprüche der Frauen entsprechen somit oftmals nicht der Einkommenssituation des Haushaltes. Ein Rückschluss von ihrer Rentenhöhe auf ihre soziale Lage während ihres Lebens ist somit nur eingeschränkt möglich. Insofern bietet die Betrachtung der Daten der Männer eine zuverlässigere Aussage. Der Zusammenhang zwischen sozioökonomischer Lage und Pflegeeintrittsalter spiegelt sich auch in regionalen Unterschieden wider. Über alle Kreise des Rheinlands und Hamburg hinweg zeigt sich ein starker Zusammenhang zwischen der Sozialstruktur, die anhand der Arbeitslosenquote operationalisiert wurde, und dem durchschnittlichen Pflegeeintrittsalter (Korrelationskoeffizient  $r = -0,71$ ). Das heißt, je höher die Arbeitslosenquote

einer Region, desto früher tritt im Durchschnitt eine Pflegebedürftigkeit ein (vergleiche Abbildung 2/5).

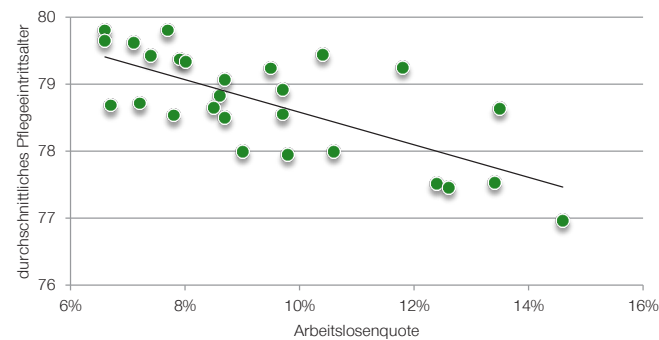
Ursächlich für den sozialen Gradienten beim Eintrittsalter in die Pflegebedürftigkeit sind insbesondere sozial bedingte Unterschiede der individuellen Gesundheitsressourcen und -belastungen sowie daraus resultierende Unterschiede im Gesundheitsverhalten und der Inanspruchnahme des Gesundheitssystems. Wesentliche Risikofaktoren bei Menschen mit niedrigem sozioökonomischen Status sind zum Beispiel der höhere Anteil an Rauchern, weniger sportliche Aktivität, ein ungünstiges Ernährungsverhalten und die stärkere Verbreitung von Adipositas. Diese Gesundheitsrisiken erhöhen das Risiko von chronischen Erkrankungen signifikant, die wiederum ursächlich für einen Großteil der Pflegefälle sind. In der Konsequenz lassen sich somit auch der Beginn und die Entwicklung der Pflegebedürftigkeit hinauszögern oder sogar ganz vermeiden. Dies erfordert in erster Linie einen konsequenten Abbau der sozial bedingten Unterschiede bei den Gesundheitschancen. Die Vermeidung, Verzögerung oder Milderung von Pflegebedürftigkeit kann daher nicht allein Aufgabe der Pflegepolitik sein, sondern stellt

Abbildung 2/4: Durchschnittliches Pflegeeintrittsalter nach Renteneinkommen und Geschlecht, 2014



Quelle: AOK Rheinland/Hamburg

Abbildung 2/5: Zusammenhang zwischen Pflegeeintrittsalter und Arbeitslosenquote, Kreisdurchschnitte, 2014



Quellen: AOK Rheinland/Hamburg und Statistisches Bundesamt

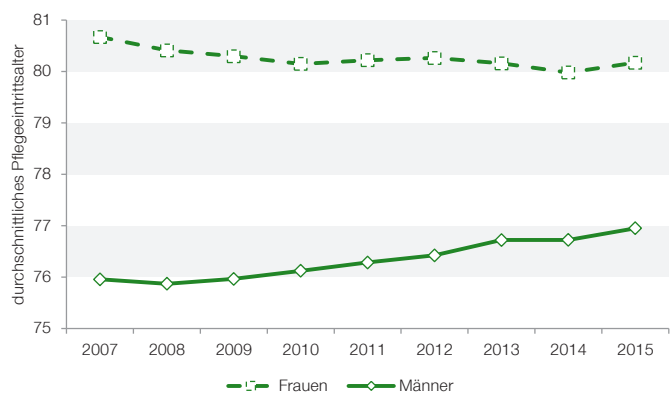
<sup>1</sup> RKI 2014: Soziale Unterschiede in der Mortalität und Lebenserwartung. In: GBE kompakt 2/2014.

eine Querschnittsaufgabe der Sozial- und Gesundheitspolitik, aber auch aller anderen Politikfelder dar.

Entgegen der Annahme, dass sich mit steigender Lebenserwartung auch das Eintreten von gesundheitlichen Einschränkungen

und Pflegebedürftigkeit nach hinten verschieben, lässt sich dieser Trend zumindest in der kurzen Frist nicht einheitlich feststellen. Zwar ist bei den Männern das durchschnittliche Pflegeeintrittsalter zwischen 2007 und 2015 um etwa ein Jahr gestiegen. Im selben Zeitraum ist es allerdings bei den Frauen moderat um etwa ein halbes Jahr gesunken (Abbildung 2/6). Ein eindeutig positiver Trend zeigt sich jedoch bei der Entwicklung der Schwere der Pflegebedürftigkeit (Pflegestufe) (vergleiche Abbildung 2/12, Seite 20).

Abbildung 2/6: Entwicklung des durchschnittlichen Pflegeeintrittsalters nach Geschlecht, 2007–2015

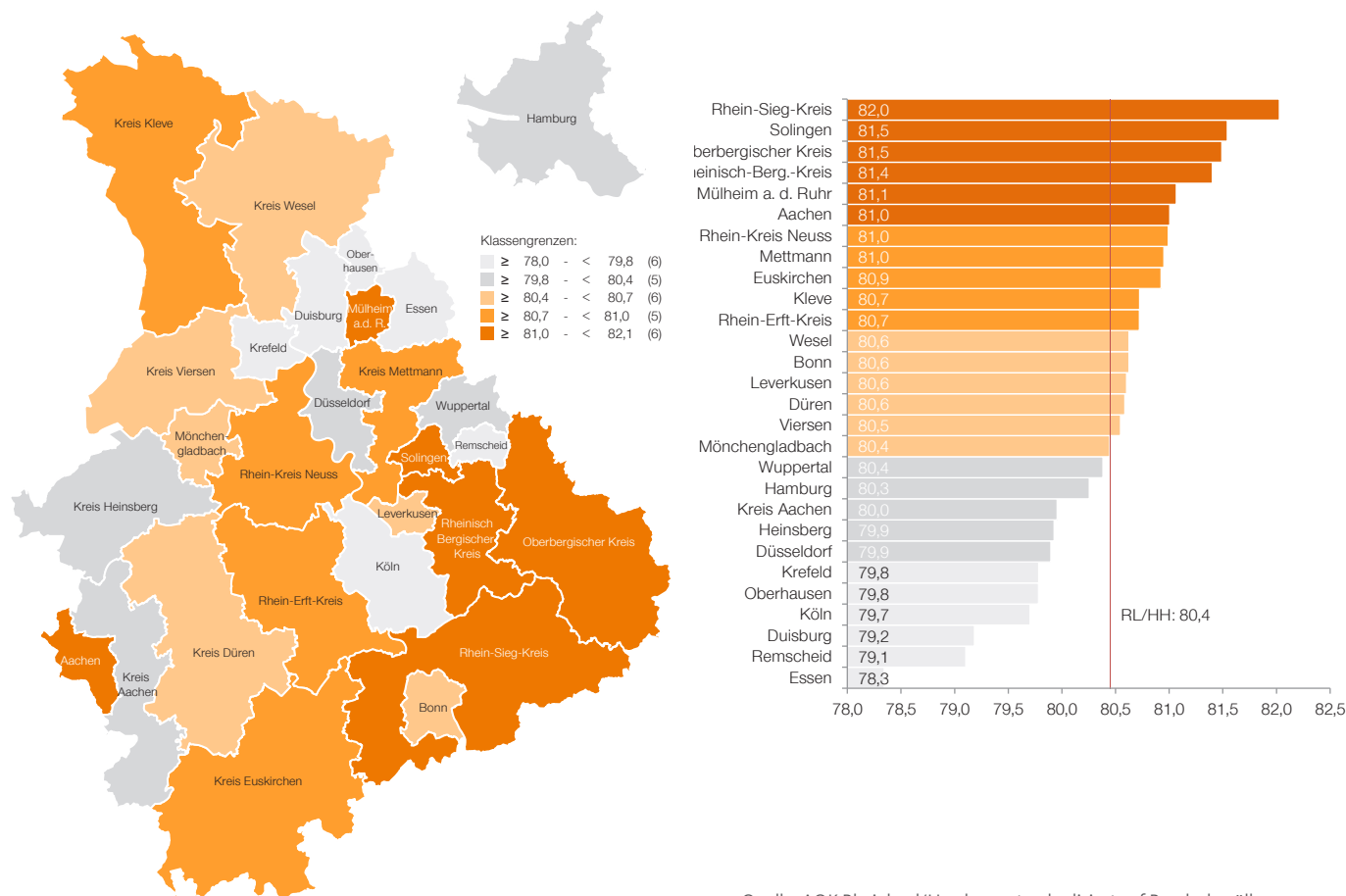


Quelle: AOK Rheinland/Hamburg

Auch hinsichtlich des Erkrankungsalters bei einer Demenz deuten die Auswertungen auf einen Einfluss des sozioökonomischen Status hin (Abbildung 2/7). In den Kreisen liegt das durchschnittliche Alter zum Zeitpunkt der Demenzdiagnose mit 80,4 Jahren um ein dreiviertel Jahr höher als bei Eintritt in die Pflegebedürftigkeit. Auch hier zeigen sich deutliche regionale Unterschiede, die stark mit der Arbeitslosenquote korrelieren (Abbildung 2/9, Seite 18). Ebenso lässt sich der Zusammenhang zwischen Renteneinkommen und dem Alter bei der Demenzdiagnose nachweisen (Abbildung 2/8, Seite 18).

Auch für Demenzerkrankungen deuten die Ergebnisse vieler wissenschaftlicher Studien darauf hin, dass sich das

Abbildung 2/7: Durchschnittliches Alter bei Demenzdiagnose, Kreisvergleich, 2014

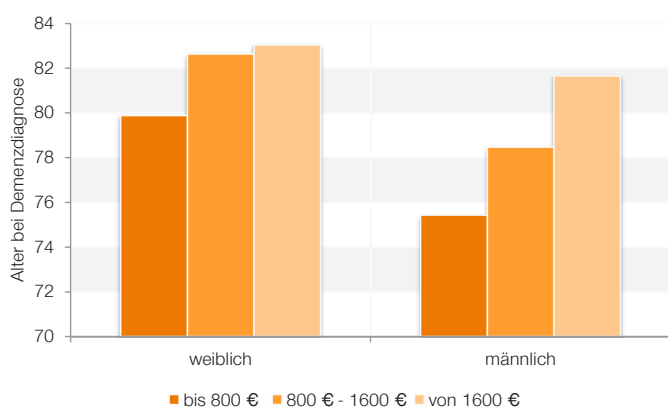


Quelle: AOK Rheinland/Hamburg, standardisiert auf Bundesbevölkerung 2014

Erkrankungsrisiko verringern lässt. So erhöhen zum Beispiel Bluthochdruck, Diabetes und Rauchen das Risiko einer vaskulären Demenz.<sup>2,3</sup> Die konsequente Verbesserung der

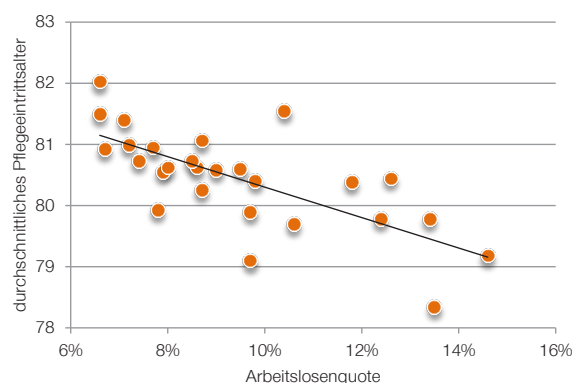
Gesundheitschancen der Bevölkerung könnte dazu beitragen, das Erkrankungsrisiko zu reduzieren.

Abbildung 2/8: Durchschnittliches Diagnosealter bei Demenz nach Renteneinkommen und Geschlecht, 2014



Quelle: AOK Rheinland/Hamburg

Abbildung 2/9: Zusammenhang zwischen Alter bei Demenzdiagnose und Arbeitslosenquote, Kreisdurchschnitte, 2014



Quelle: AOK Rheinland/Hamburg und Statistisches Bundesamt

## Prävalenzraten von Pflegebedürftigkeit und Demenz

Insbesondere Menschen im hohen und höchsten Alter sind oftmals aufgrund gesundheitlicher Einschränkungen auf Pflege und Hilfe im Alltag angewiesen. Zum einen geht der altersbedingte Rückgang der körperlichen und kognitiven Leistungsfähigkeit häufig mit gesundheitlichen Problemen einher. Auch das Sturzrisiko erhöht sich und kann zu pflegeauslösenden Verletzungen wie zum Beispiel einem Oberschenkelhalsbruch führen. Zum anderen nehmen auch chronische Erkrankungen zu (Multimorbidität). Das Risiko einer Demenz hängt in ganz erheblichem Ausmaß vom Alter ab. Pflegebedürftigkeit ist insofern zwar keine zwingende, aber doch eine häufige Folge des Alterns.

Der Zusammenhang zwischen Pflegebedürftigkeit beziehungsweise Demenz und Alter zeigt sich zunächst bei einem Blick auf die altersspezifischen Prävalenzraten. Dieser Indikator erfasst den Anteil aller Betroffenen einer Altersgruppe zu einem

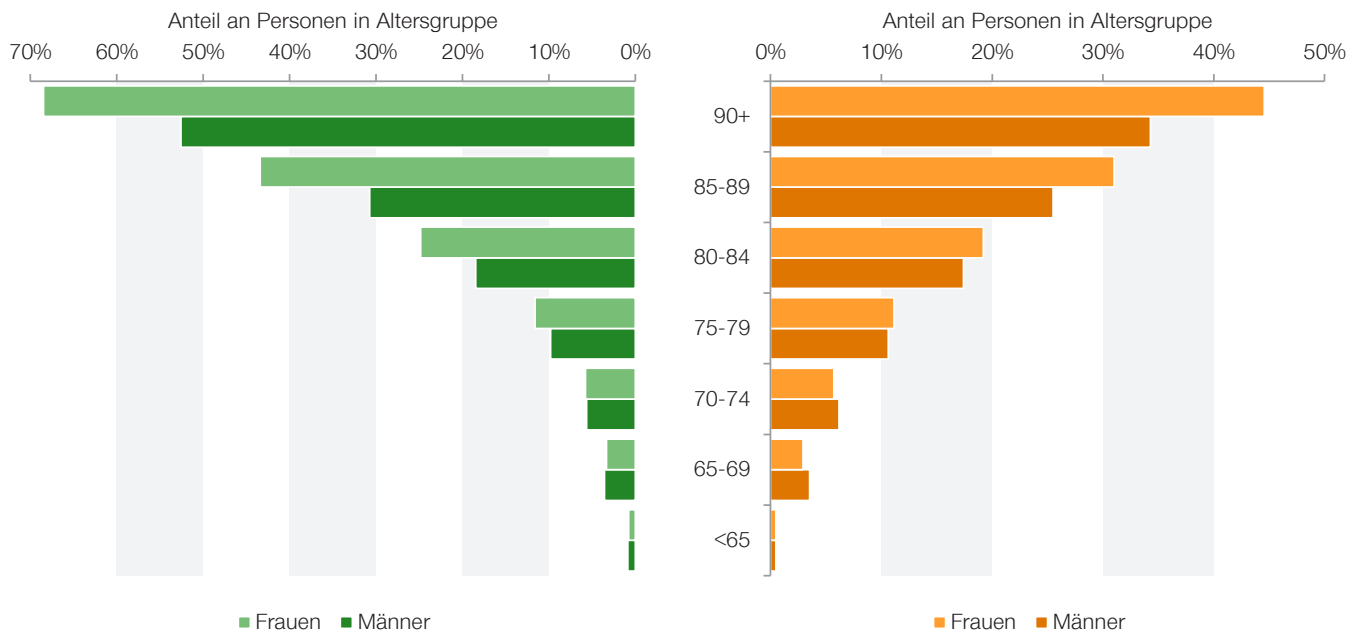
Stichtag. Eine Auswertung der Zahlen der amtlichen Pflegestatistik für das Rheinland und Hamburg zeigt, dass von den Personen, die jünger als 65 Jahre sind, im Jahr 2013 weniger als ein Prozent pflegebedürftig waren. Demgegenüber steigt die Prävalenzrate mit zunehmendem Alter exponentiell: Zwei Drittel der Personen, die das 90. Lebensjahr erreichen, sind pflegebedürftig (Abbildung 2/10). Die Pflegebedürftigkeitsrate bei Männern und Frauen ist bis zur Altersgruppe der 80-Jährigen nahezu identisch und geht dann auseinander. Ähnliche Entwicklungen lassen sich auf einem niedrigeren Niveau für die Prävalenz von Demenz beobachten.

Die alters- und geschlechtsspezifischen Prävalenzraten von Pflegebedürftigkeit sind seit Einführung der Pflegestatistik im Jahr 1999 weitestgehend konstant (vergleiche Abbildung 2/11). Diese Zahlen legen nahe, dass sich der Gesundheitszustand und der Pflegebedarf trotz weiter steigender Lebenserwartung

<sup>2</sup> R. Matthews, Fiona E et al. 2013: A Two-Decade Comparison of Prevalence of Dementia in Individuals Aged 65 Years and Older from Three Geographical Areas of England: Results of the Cognitive Function and Ageing Study I and II. In: Lancet 382.9902, S. 1405–1412.

<sup>3</sup> Satizabal, Claudia L et al. 2016: Incidence of Dementia over Three Decades in the Framingham Heart Study. In: New England Journal of Medicine 374, S. 523–532.

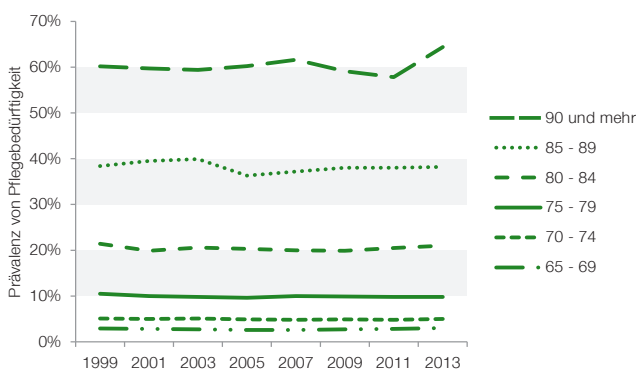
Abbildung 2/10: Alters- und geschlechtsspezifische Prävalenzraten von Pflegebedürftigkeit (2013) und Demenz (2014), Rheinland und Hamburg



Quellen: IT.NRW und Statistik Nord (Pflegestatistik 2013), eigene Berechnungen sowie AOK Rheinland/Hamburg

nicht verbessert haben. Eine differenziertere Betrachtung zeigt allerdings, dass sich Verschiebungen zwischen den Pflegestufen ergeben haben. Während die Prävalenzraten mit Pflegestufe 1 in allen Altersklassen zugenommen haben, sind die Prävalenzraten bei Pflegestufe 2 und 3 gesunken. Hierbei handelt es sich um stetige Verläufe über alle Beobachtungsjahre, die aber aus

Abbildung 2/11: Entwicklung der altersspezifischen Prävalenzraten von Pflegebedürftigkeit, Deutschlandergebnisse, 1999–2013



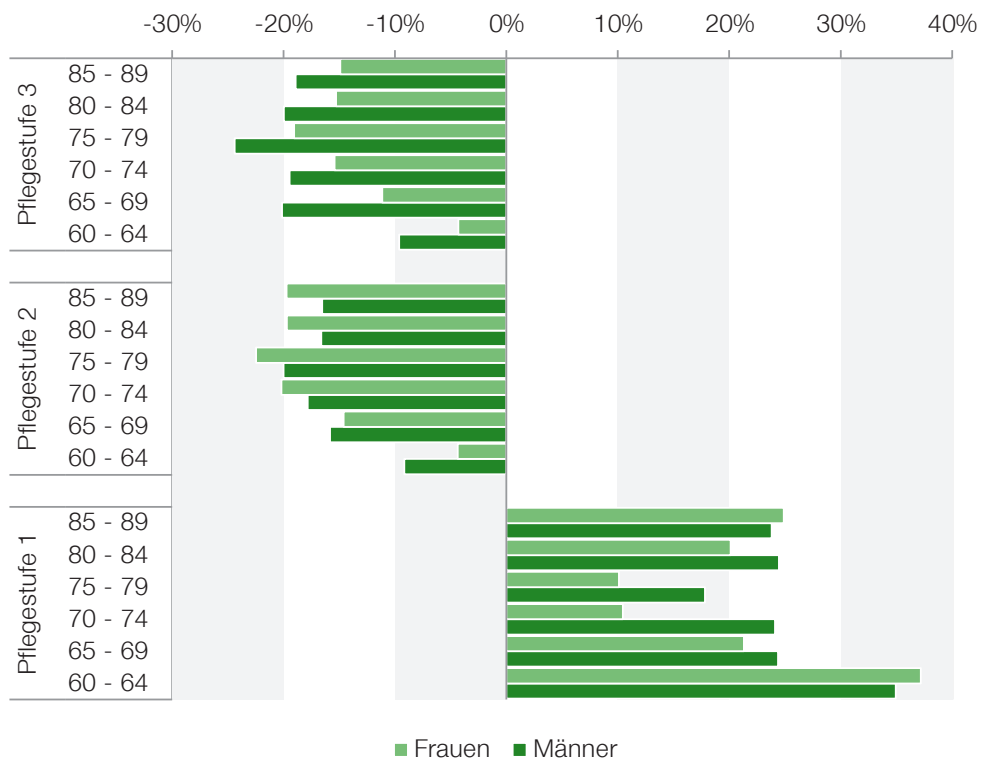
Quelle: Statistisches Bundesamt (Pflegestatistik)

Gründen der Übersichtlichkeit in Abbildung 2/12 nicht ausgewiesen wurden. Diese Entwicklung zeigt, dass der Pflegebedarf in seiner Schwere abnimmt, obwohl die Prävalenzraten insgesamt stabil bleiben.

Die altersspezifische Prävalenzrate betrachtet gesellschaftliche Durchschnittswerte. Demgegenüber lässt sich das individuelle Risiko einer Pflegebedürftigkeit mit dem Indikator der Lebenszeitprävalenz messen. Ausgehend von den Verstorbenen eines Jahres erfasst er den Anteil der Personen, die im Laufe ihres Lebens pflegebedürftig geworden sind. Die Lebenszeitprävalenz von Pflegebedürftigkeit der Verstorbenen des Jahres 2014 lag demnach bei 63,5 Prozent (Abbildung 2/13, Seite 20). Dies bedeutet, dass fast zwei Drittel der Bevölkerung im Laufe ihres Lebens pflegebedürftig werden.

Eine weitere Untergliederung nach dem Sterbealter zeigt, dass das individuelle Risiko, pflegebedürftig zu werden, mit dem Alter deutlich ansteigt und vom Geschlecht abhängt. Der Anteil der im Alter von bis zu 65 Jahren Verstorbenen, die zu Lebzeiten pflegebedürftig waren, lag bei 33 Prozent bei Männern und bei 47 Prozent bei Frauen. Mit zunehmendem Lebensalter stieg dieser Anteil kontinuierlich. Von den Personen, die 90 Jahre und älter wurden, waren 91 Prozent der Frauen und 82 Prozent der Männer in ihrem Leben pflegebedürftig.

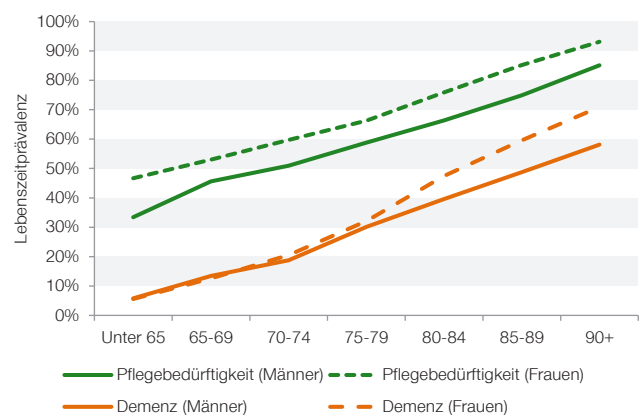
Abbildung 2/12: Entwicklung der altersspezifischen Prävalenzraten nach Pflegestufe und Geschlecht zwischen 1999 und 2013



Quelle: Statistisches Bundesamt (Pflegestatistik und Bevölkerungsstatistik)

Eine Demenz wurde bei 23 Prozent der Männer und bei etwa 40 Prozent der Frauen diagnostiziert, die im Jahr 2014 verstorben sind und 60 Jahre und älter waren. Insbesondere in den jüngeren Altersklassen ist die Lebenszeitprävalenz von Demenz deutlich niedriger als die der Pflegebedürftigkeit und ist bei Männern und Frauen nahezu identisch. Für ab dem 75. Lebensjahr Verstorbene steigt die Kurve der Demenz jedoch steiler an als die der Pflegebedürftigkeit - bei Frauen stärker als bei Männern. Von den Personen, die 90 Jahre und älter geworden sind, wurde bei 58 Prozent der Männer und 71 Prozent der Frauen eine Demenzerkrankung diagnostiziert.

Abbildung 2/13: Lebenszeitprävalenz von Pflegebedürftigkeit und Demenz, Sterbejahrgang 2014



Quelle: AOK Rheinland/Hamburg

## 2.2 Anzahl Pflegedürftiger und Anzahl Menschen mit Demenz

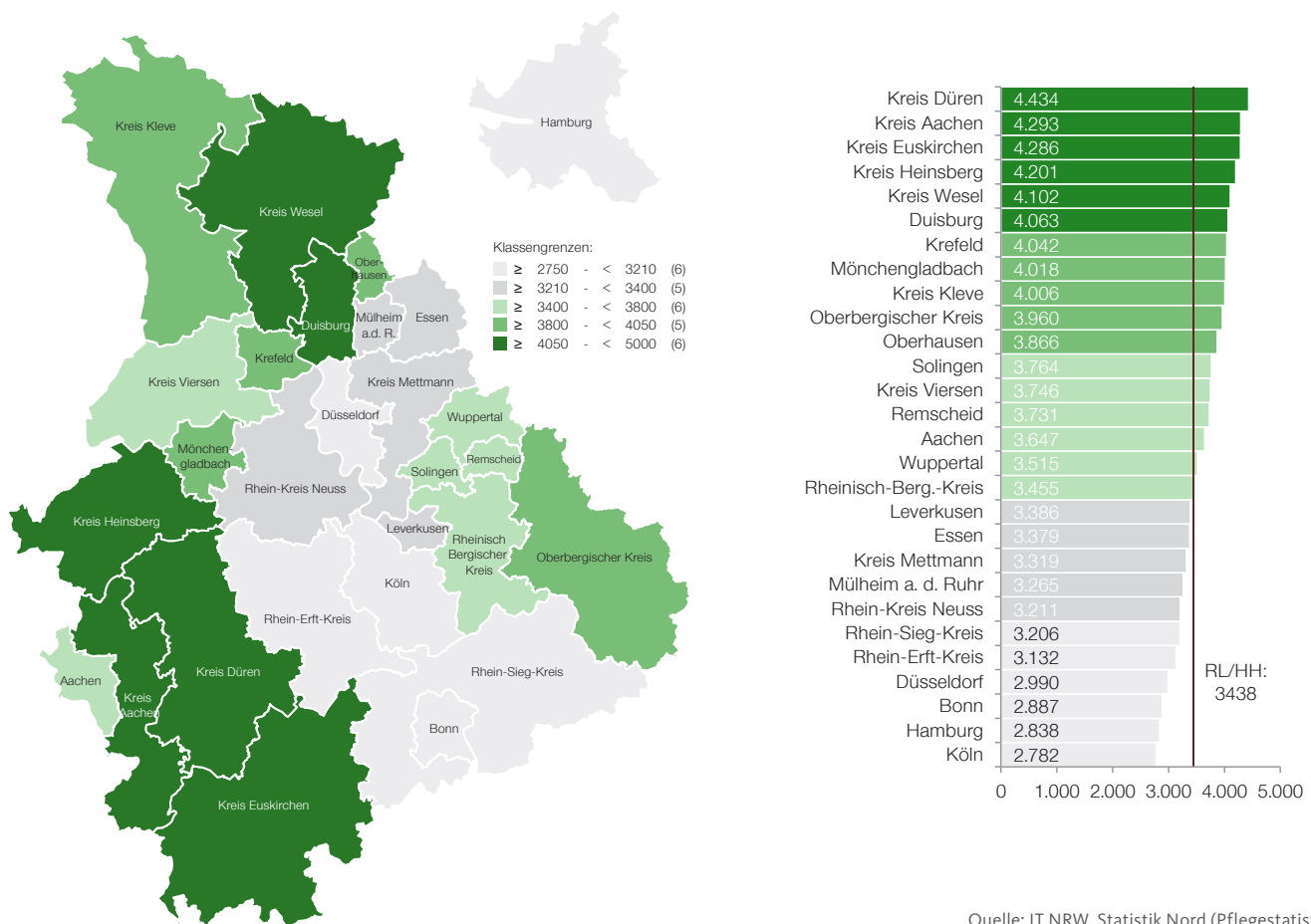
### Anzahl Pflegedürftiger

Im Dezember 2013 waren im Rheinland knapp 332.000 Menschen als pflegebedürftig anerkannt. In Hamburg waren es zum selben Zeitpunkt etwa 52.000. Umgerechnet auf die Bevölkerung beträgt der Anteil der pflegebedürftigen Personen damit 3,44 Prozent beziehungsweise 3.438 pro 100.000 Einwohner. Zwischen den Kreisen und kreisfreien Städten bestehen erhebliche regionale Unterschiede. Mit 4.434 pflegebedürftigen Personen pro 100.000 Einwohner liegt diese Verhältniszahl für den Kreis Düren um fast das 1,6-Fache über dem Wert von Köln (Abbildung 2/14).

Bei der Suche nach Erklärungen für diese regionalen Unterschiede fällt auf, dass die Altersstruktur der Bevölkerung keinen einheitlichen Einfluss auf den Anteil der pflegebedürftigen

Menschen in den Regionen hat. Diese Unterschiede sind vielmehr durch die altersspezifischen Prävalenzraten von Pflegebedürftigkeit zu erklären, die sich regional teilweise deutlich unterscheiden. Diese wiederum könnten von der gesundheitlichen Lage der Bevölkerung und der tatsächlichen Inanspruchnahme von Pflegeleistungen abhängen: Eine niedrige Prävalenzrate könnte zum einen darin begründet sein, dass der Pflegebedarf aufgrund des guten Gesundheitszustands der Bevölkerung tatsächlich niedrig ist. Die alternative Erklärung bestünde hingegen darin, dass die Prävalenzrate deshalb gering ist, weil viele Menschen trotz Pflegebedarfs keinen Pflegeantrag stellen.

Abbildung 2/14: Pflegebedürftige Personen pro 100.000 Einwohner, Kreisvergleich, 2013



Quelle: IT.NRW, Statistik Nord (Pflegestatistik 2013)

Ein Regressionsmodell legt nahe, dass beide Hypothesen zutreffen und gemeinsam einen Großteil der Varianz der regionalen Prävalenzraten erklären (Tabelle 2/1). Der Gesundheitszustand wurde dabei mittels der durchschnittlichen Lebenserwartung operationalisiert. Zur Annäherung an die Unterversorgung wurde auch der Ausländeranteil betrachtet, da bekannt ist, dass viele Personen mit Migrationshintergrund das Pflegesystem aus verschiedenen Gründen kaum beanspruchen (vergleiche Beitrag Tezcan-Güntekin/Razum). Beide Faktoren erweisen sich als hochsignifikant. So erklärt sich, dass die Anzahl der pflegebedürftigen Personen pro 100.000 Einwohner in verhältnismäßig wohlhabenden Städten mit einem hohen Ausländeranteil am niedrigsten ist.

Tabelle 2/1: Regressionsmodell zur Erklärung der Anzahl pflegebedürftiger Personen pro 100.000 Einwohner in den Regionen

	Koeffizienten
Konstante	42.304***
Anteil Personen Ü80	-8.325
Lebenserwartung	-464***
Ausländeranteil	-9.043***
R <sup>2</sup>	0,66

\*\*\* = p<0,001



# Pflegerische Versorgung von Menschen mit Demenz in einer vielfältigen Gesellschaft

von Hürrem Tezcan-Güntekin und Oliver Razum

Die Zahl älterer Menschen mit Migrationshintergrund wird in den kommenden Jahren steigen. Schätzungen zufolge wird im Jahr 2030 jeder vierte Mensch mit Migrationshintergrund 60 Jahre oder älter sein. Viele der im Rahmen der Anwerbeabkommen nach Deutschland migrierten Menschen hatten damals nicht die Absicht, im Alter in Deutschland zu bleiben. Tatsächlich kehrte aber nur ein Teil von ihnen zurück in das Herkunftsland. Die Migrantinnen und Migranten, die heute in Deutschland altern, kennen sich oft nur wenig mit dem deutschen Pflegesystem und den vorhandenen Angeboten aus. Sie nehmen diese nur geringfügig in Anspruch, auch weil Pflege bei vielen Menschen mit Migrationshintergrund als Familienangelegenheit verstanden wird und zu einem sehr großen Anteil durch Familienmitglieder in der Häuslichkeit erfolgt.

Das gilt auch für Pflegebedürftigkeit infolge einer Demenzerkrankung, die künftig unter älteren Menschen mit Migrationshintergrund häufiger auftreten wird. Das führt zu veränderten Herausforderungen für die häusliche Pflege, aber auch für ambulante, teilstationäre und stationäre Versorgungsformen. In der familiären Pflege ähneln die Herausforderungen für die Angehörigen von Menschen mit Migrationshintergrund denen, die auch nicht migrantische Familien in ihrem pflegerischen Alltag vorfinden: ein zunehmender Abbau von Alltagskompetenzen bei den Erkrankten, Persönlichkeitsveränderungen, Wegbeziehungsweise Hinlauftendenzen und zum Teil auch aggressives Handeln. Doch auch positive Aspekte, die mit der Pflege eines demenzerkrankten Angehörigen einhergehen können, dürfen nicht außer Acht gelassen werden: Pflegenden Angehörige empfinden die Pflege auch als Erfüllung und Bereicherung sowie als neue Nähe im Sinne einer späten Familie, die erst durch das Pflegesetting ermöglicht werden.

Besondere Herausforderungen für Familien mit Migrationshintergrund und einer an Demenz erkrankten Person bestehen darin, dass die Demenz häufig nicht als Krankheit, sondern als Alterserscheinung verstanden wird. Ärztliche Versorgung wird dann erst beansprucht, wenn die Krankheit schon weiter fortgeschritten ist. Die Diagnose erfolgt selten durch kultursensible und nichtsprachliche Instrumente, wodurch Fehldiagnosen auftreten können. Ein zentrales Problem stellt der Verlust der Kommunikationskompetenz in der Zweitsprache Deutsch dar, die die Erkrankten als sehr belastend empfinden und die

sich negativ auf die gesellschaftliche Teilhabe und Aufrechterhaltung bestehender Kontakte auswirkt. Die ohnehin hohe Schwelle der Inanspruchnahme pflegerischer Angebote wird dadurch erhöht, dass Angehörige befürchten, die Betroffenen könnten mit dem Pflegepersonal nicht über ihre Bedürfnisse kommunizieren. Zur Isolation der Familien von demenzerkrankten Menschen mit Migrationshintergrund führt auch die oft verbreitete Tabuisierung der Demenzerkrankung und das fehlende Verständnis für die große Herausforderung der Pflege und für den Umgang mit der Krankheit.

Ambulante Versorgungsangebote empfinden viele Familien als nicht ihren Bedürfnissen entsprechend und als nicht umfangreich genug (weil sie zum Beispiel keine soziale oder hauswirtschaftliche Unterstützung umfassen). Aufgrund ihres begrenzten zeitlichen Umfangs sorgen sie nicht für genügend Entlastung, sondern durchbrechen stattdessen die gewohnten zeitlichen Abfolgen in der innerfamiliären Pflege durch vorgegebene Zeitrahmen. Ein unterschiedliches Verständnis von Nähe und Distanz sowie Pflege als professioneller Tätigkeit führt bei unzureichender Reflektion dieser Differenzen und ohne einen konstruktiven Umgang mit diesen Herausforderungen zum Abbruch der Inanspruchnahme. Stationäre Versorgungsangebote werden nur sehr selten, alternative Wohnformen wie Demenz-WGs dagegen zunehmend beansprucht.

Handlungsbedarfe existieren auf allen Ebenen der pflegerischen Versorgung: der richtigen Versorgung mit Pflegehilfsmitteln und Medikamenten bei ausschließlich häuslicher Pflege, ambulante, teilstationäre und stationäre Angebote, Pflegeberatung und die interprofessionelle und intersektorale Kooperation im Übergang vom Krankenhaus in die pflegerische Versorgung zu Hause.

## **Handlungsbedarfe in der Häuslichkeit:**

- Pflegehilfsmittel werden (beispielsweise im Krankenhaus) durch Fachpersonal verordnet und bestellt, das in der Regel nicht über pflegerische Kompetenzen verfügt. Diese Hilfsmittel werden nicht immer richtig geliefert und angeleitet.
- Die Medikation beim Übergang vom Krankenhaus in die Häuslichkeit birgt vielfältige Fehlerpotenziale, die sich bei Demenzerkrankungen noch verstärken, insbesondere wenn die pflegenden Angehörigen selber hochaltrig oder krank sind.

### **Handlungsbedarfe in ambulanten und stationären Versorgungseinrichtungen:**

- Die Pflegefachpersonen müssen auf unterschiedliche Diversitätsmerkmale (unter anderem kulturelle, religiöse, biografische) eingestellt sein. Sie müssen eine personenzentrierte pflegerische Versorgung gewährleisten, die individuelle Familienkulturen, eventuell vorhandene Traumata, Erfahrungen und Bedürfnisse durch einen offenen und zugewandten Blick auf die individuelle Person erfasst, reflektiert und bei der Pflege berücksichtigt. Hierzu bedarf es einer fortwährenden Reflektion der eigenen Kulturgebundenheit und eigenen Ängste, Unsicherheiten und Vorurteile. Wenn Sprachkompetenzen fehlen, erleichtern zum Beispiel diversitätssensibel gestaltete Bildkarten für die Kitteltasche die alltagssprachliche Verständigung bei der Versorgung demenzerkrankter Menschen mit Migrationshintergrund.

### **Handlungsbedarfe auf institutioneller Ebene:**

- Leitungen von Pflegeeinrichtungen müssen realisieren, dass in den kommenden Jahren eine Vielzahl an Menschen mit Migrationshintergrund mit einer Demenzerkrankung und erhöhtem Pflegebedarf und - aufgrund später Inanspruchnahme - wenig Erfahrung mit dem Pflegesystem versorgt werden müssen. Eine diversitätssensible Öffnung von Pflegeeinrichtungen kann nur funktionieren, wenn die Leitungsebene die Öffnung als Ziel der Einrichtung versteht und diesen Prozess aktiv vorantreibt und Ressourcen zur Verfügung stellt.

### **Handlungsbedarfe auf gesundheitspolitischer Ebene:**

- Das Fallpauschalensystem steht einer lebensweltorientierten Versorgung demenzerkrankter Menschen (mit oder ohne Migrationshintergrund) entgegen und muss flexibilisiert werden. Liegezeiten im Krankenhaus müssen insbesondere bei Betroffenen, die häuslich gepflegt werden, flexibel gestaltet

werden können. Dabei ist zu klären, ob das häusliche Pflege setting und die Pflegeperson tatsächlich auf die Pflege vorbereitet sind, um eine Überlastung (und infolgedessen Erkrankung) der Angehörigen zu vermeiden.

- Die zeitliche und organisatorische Logik des Krankenhauses entspricht nicht der Logik, die für die Versorgung einer demenzerkrankten Person notwendig ist. Invasive medizinische und pflegerische Maßnahmen, ständig wechselndes Pflegepersonal und Versorgung unter Zeitdruck müssen bei demenzerkrankten Menschen hinterfragt und angepasst werden. Für die Versorgung demenzerkrankter Menschen sind mehr personelle Ressourcen notwendig, um die aktivierende und beschäftigende pflegerische Versorgung zu gewährleisten. Das führt zu weniger Aggressivität und Unruhe und macht fixierende Maßnahmen unnötig.

Die medizinische und pflegerische Versorgung demenzerkrankter Menschen mit und ohne Migrationshintergrund ähneln sich in vieler Hinsicht. Die hier empfohlenen Maßnahmen beziehen sich somit nicht ausschließlich auf die Versorgung demenzerkrankter Menschen mit Migrationshintergrund, da eine kulturspezifische Versorgung aufgrund sehr heterogener Diversitätsmerkmale in der Gesellschaft nicht zu empfehlen ist. Sie sprechen vielmehr für eine personen- und lebensweltzentrierte pflegerische Versorgung, die im Rahmen einer diversitätssensiblen Versorgung auch die Bedürfnisse demenzerkrankter Menschen mit Migrationshintergrund erfüllen kann. Sechzig Jahre nach Beginn der Arbeitsmigration nach Deutschland ist das Thema Pflege bei Menschen mit Migrationshintergrund von brennender Aktualität. Die Politik kann noch mehr tun, um Familien zu unterstützen, die einen Angehörigen zu Hause pflegen - auch unabhängig davon, ob ein Migrationshintergrund vorliegt.



*Dr. Hürrem Tezcan-Güntekin ist wissenschaftliche Mitarbeiterin in der Arbeitsgruppe Epidemiologie & International Public Health an der Universität Bielefeld. Ihr Forschungsschwerpunkt ist die Pflegesituation türkeistämmiger Menschen.*



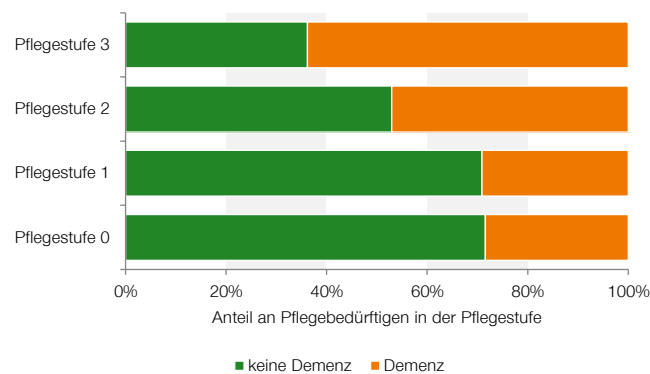
*Prof. Dr. Oliver Razum ist Dekan der Fakultät für Gesundheitswissenschaften der Universität Bielefeld und Leiter der Arbeitsgruppe Epidemiologie & International Public Health. Einer seiner Forschungsschwerpunkte ist Migration und Gesundheit.*

## Personen mit Demenz

Der standardisierte Anteil der Personen mit Demenz lag bei den Versicherten der AOK Rheinland/Hamburg im Jahr 2014 bei knapp 3.000 Personen pro 100.000 Versicherte; betrachtet wurden Personen über 60 Jahre. Am höchsten ist dieser Anteil in Essen und im Kreis Düren mit etwa 3.650 Personen pro 100.000 Versicherte. In Leverkusen fällt dieser Wert mit 2.430 Personen um ein ganzes Drittel niedriger aus (Abbildung 2/15).

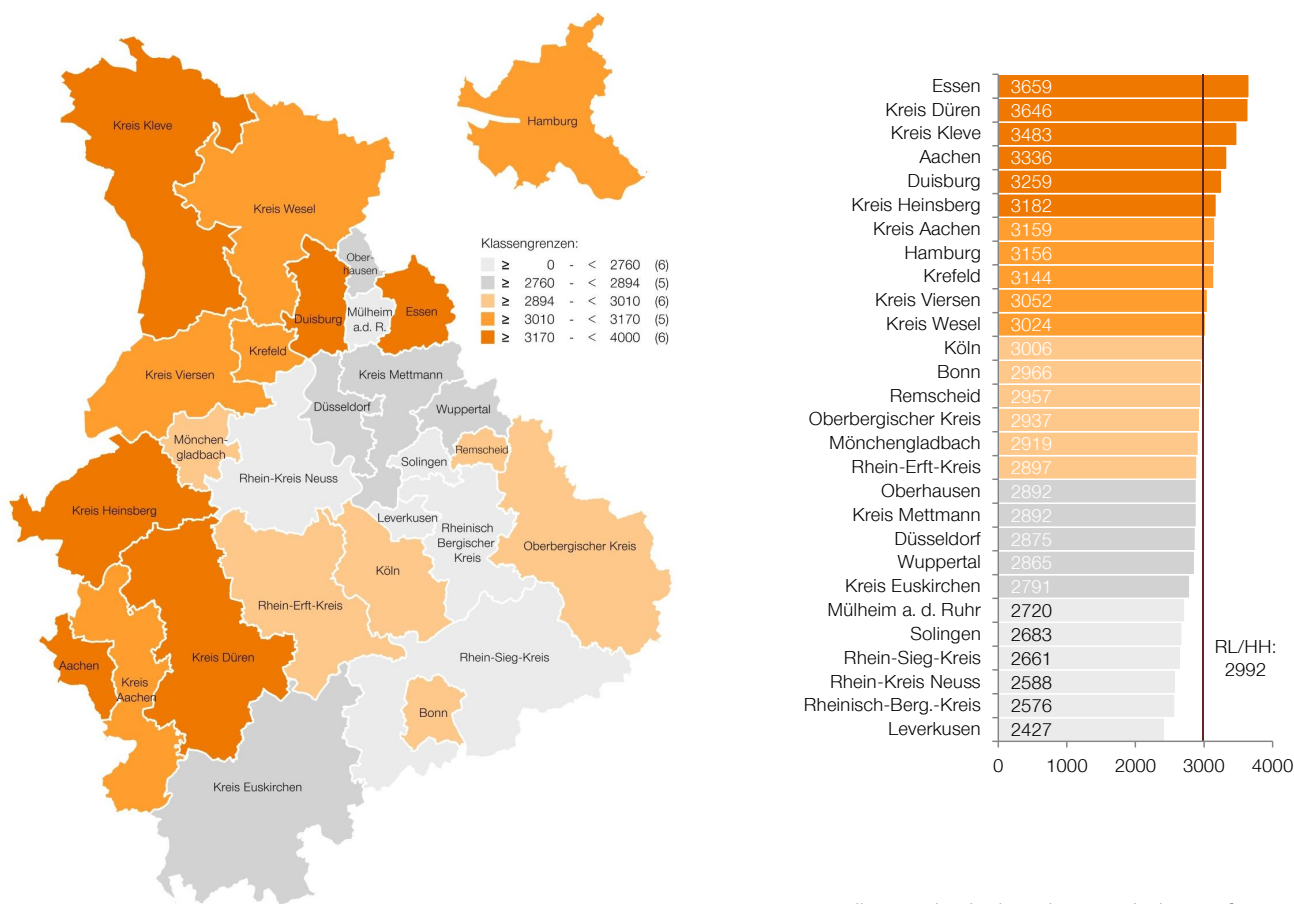
Der Zusammenhang zwischen der Anzahl der Menschen mit Demenz und dem Anteil pflegebedürftiger Personen ist nur schwach ausgeprägt. Es ist offensichtlich, dass nicht jede pflegebedürftige Person demenziell erkrankt ist. Gleichzeitig löst aber auch nicht jede Demenzdiagnose einen Pflegebedarf aus. Insbesondere im frühen Stadium einer Demenz können Betroffene ihren Alltag zumeist noch in relativer Selbstständigkeit und mit Unterstützung des (familiären) Umfelds leben. Insgesamt haben knapp 40 Prozent aller pflegebedürftigen Personen eine Demenz. In den Pflegestufen 0 und 1 sind es noch knapp

Abbildung 2/16: Anteile der Personen mit Demenz an allen Pflegebedürftigen nach Pflegestufe, 2014



Quelle: AOK Rheinland/Hamburg, standardisiert auf Pflegebevölkerung 2013

Abbildung 2/15: Personen mit Demenz pro 100.000 Einwohner, Kreisvergleich, 2014



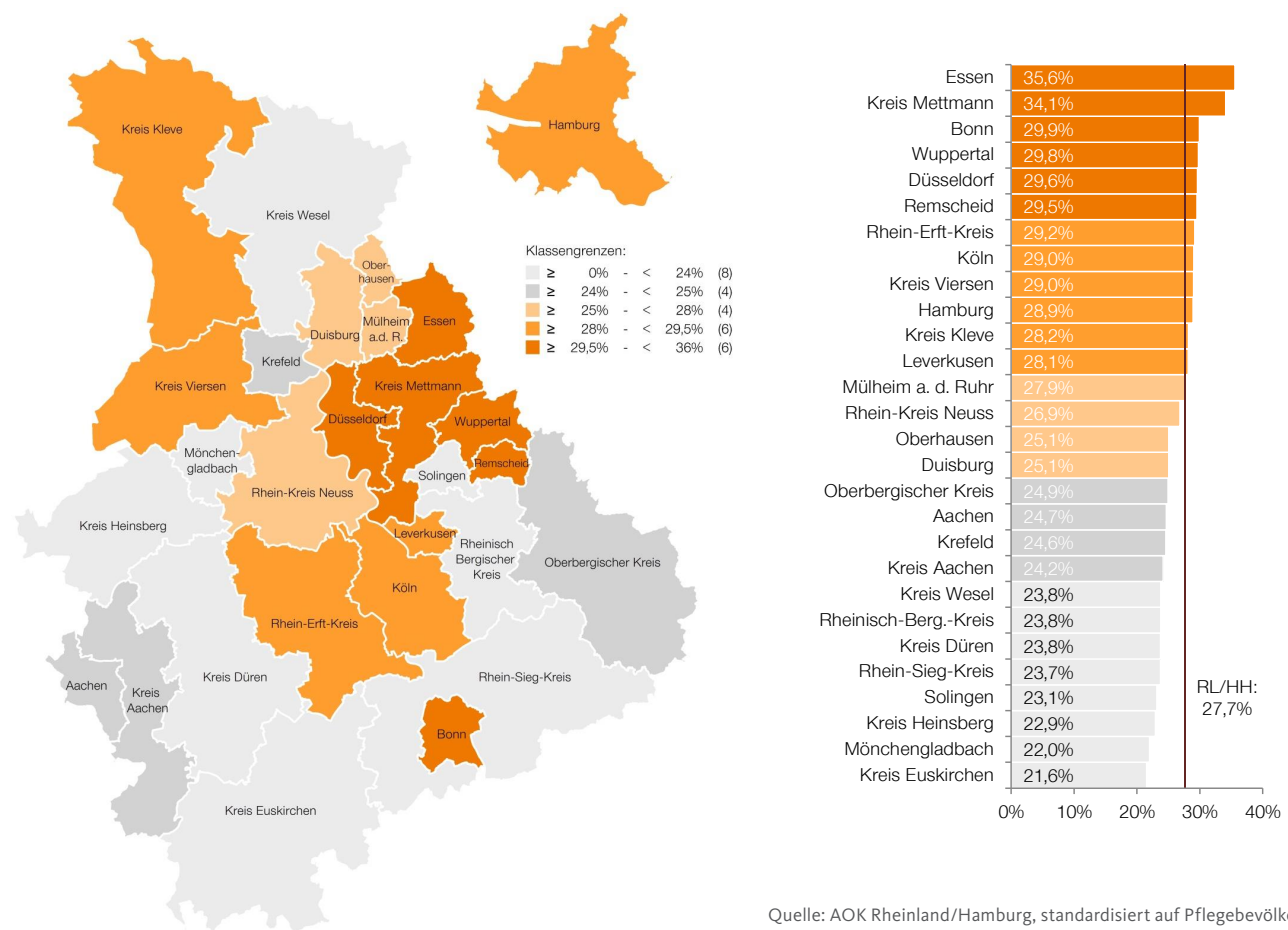
Quelle: AOK Rheinland/Hamburg, standardisiert auf AOK-Versicherte

30 Prozent, in der Pflegestufe 2 ist es fast jede zweite Person und in Pflegestufe 3 haben 63 Prozent der pflegebedürftigen Personen eine Demenz (vergleiche Abbildung 2/16 auf Seite 25).

Nach einer Alters- und Geschlechtsstandardisierung waren von den Versicherten der AOK Rheinland/Hamburg 27,7 Prozent der Menschen mit einer Demenz im Jahr 2014 nicht sozialrechtlich

als pflegebedürftig anerkannt. Insbesondere in Essen liegt dieser Wert mit fast 36 Prozent sehr hoch, aber auch im Kreis Mettmann war mehr als jede dritte demenziell erkrankte Person nicht anerkannt pflegebedürftig. Im Kreis Euskirchen waren es demgegenüber 21,6 Prozent (Abbildung 2/17).

Abbildung 2/17: Anteil der Personen mit Demenz, die nicht als pflegebedürftig anerkannt sind, Kreisvergleich, 2014



Quelle: AOK Rheinland/Hamburg, standardisiert auf Pflegebevölkerung 2013

## Prognostizierte Entwicklung der Anzahl an Pflegebedürftigen

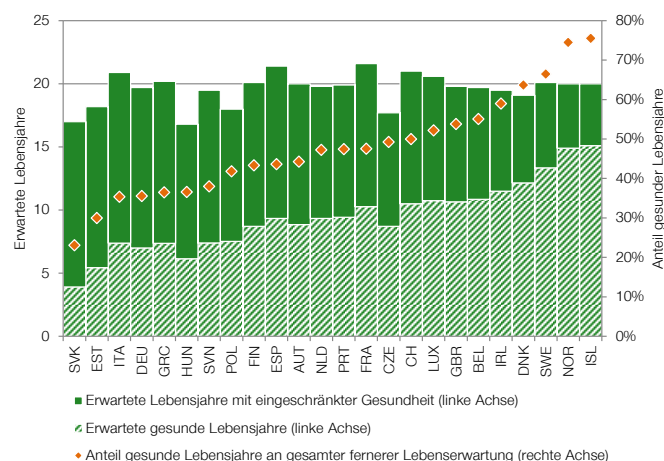
Seit dem Jahr 2000 hat die Anzahl der pflegebedürftigen Menschen um über 30 Prozent zugenommen. Dieser Trend wird sich vor dem Hintergrund der demographischen Entwicklung fortsetzen. Wie stark dieser Anstieg ausfallen wird, hängt im Wesentlichen davon ab, ob es gelingen wird, das Pflegeeintrittsalter zu erhöhen. Das Statistische Bundesamt geht in seiner 13. koordinierten Bevölkerungsprognose davon aus, dass die verbleibende Lebenserwartung von Männern im Alter von 65 Jahren bis zum Jahr 2060 um 4,5 Jahre und von Frauen um 4,3 Jahre steigen wird. Ziel muss es sein, diese gewonnene Lebenszeit möglichst gesund zu verbringen und Krankheit und Pflegebedürftigkeit hinauszuzögern.

In Deutschland besteht ein großes Präventionspotenzial. Mit geeigneten Maßnahmen ließe sich das Risiko, pflegebedürftig zu werden, deutlich reduzieren beziehungsweise hinauszögern. Bisher hat sich die Annahme, dass mit der längeren Lebenszeit auch eine Verschiebung der Morbiditätslast verbunden ist, jedoch nur eingeschränkt bestätigt. Die altersspezifischen Prävalenzraten der Pflegebedürftigkeit sind in den letzten 15 Jahren weitestgehend konstant geblieben (vergleiche Abbildung 2/11, Seite 19). Ein Vergleich mit anderen Ländern zeigt, dass in Deutschland erheblicher Nachholbedarf besteht. Der Anteil der gesunden Lebensjahre im Alter ist in Deutschland im internationalen Vergleich äußerst niedrig (vergleiche Abbildung 2/18). In anderen Ländern, insbesondere den skandinavischen Staaten, gelingt es offenbar deutlich besser, gesund zu altern.

Für die Prognose des zukünftigen Pflegebedarfs werden daher zwei Modelle betrachtet. Das erste Modell basiert auf der Annahme, dass die altersspezifischen Prävalenzraten auch in den nächsten zwanzig Jahren weiter konstant bleiben werden. Die zweite Berechnung unterstellt hingegen, dass diese altersspezifischen Prävalenzraten kontinuierlich sinken werden. Einerseits ist davon auszugehen, dass die Kohorten der zukünftig potenziell pflegebedürftigen gesünder altern, denn Lebensbedingungen und Gesundheitsbewusstsein haben sich in den vergangenen Jahrzehnten kontinuierlich verbessert. Zusätzlich können eine erfolgreiche Gesundheitsförderung und Prävention das Risiko, pflegebedürftig zu werden, weiter reduzieren beziehungsweise den Eintritt der Pflegebedürftigkeit hinauszögern. Dem Präventionsmodell liegt die Annahme zugrunde, dass die Hälfte der gewonnenen Lebenszeit gesunde Lebenszeit sein wird und sich der Eintritt in die Pflegebedürftigkeit nach hinten verschiebt. Diese Entwicklung wird linear bis zum Jahr 2035 eingerechnet. Um regionale Unterschiede differenziert betrachten zu können, wurden die Prognosen jeweils auf Kreisebene vorgenommen und abschließend zusammengefasst.

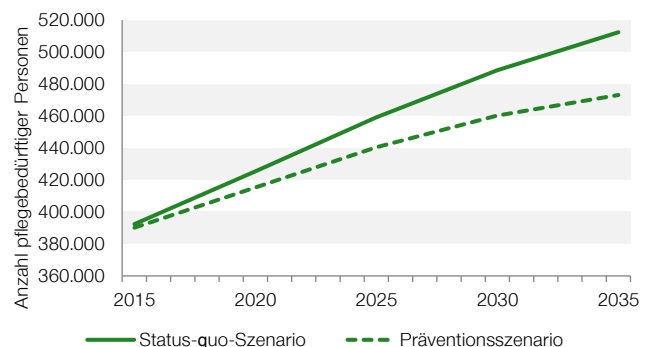
Im Status-quo-Szenario wird die Zahl der pflegebedürftigen Menschen im Rheinland und in Hamburg zwischen 2015 und 2035 von 384.000 auf 512.000 und somit um 37,5 Prozent steigen (Abbildung 2/19). Dieser Anstieg fällt im Präventionsmodell mit 27 Prozent deutlich niedriger aus. Das Präventionspotenzial ergibt sich aus der Differenz zwischen den Prognosewerten des Status-quo-Szenarios und des Szenarios sinkender Pflegequoten.

Abbildung 2/18: Fernere Lebenserwartung und erwartete gesunde Jahre im Alter von 65 Jahren, internationaler Vergleich, 2013



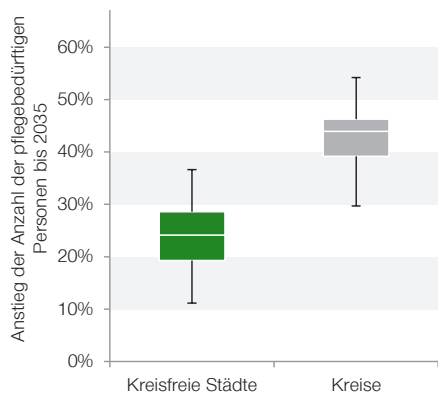
Quelle: OECD

Abbildung 2/19: Prognose der Anzahl pflegebedürftiger Personen 2015–2035, Kreisvergleich



Quelle: eigene Berechnungen auf Basis von IT, NRW und Statistik Nord (Pflegestatistik und Bevölkerungsvorausberechnung)

Abbildung 2/20: Anstieg der Anzahl pflegebedürftiger Personen 2013–2035, Status-quo-Szenario, Vergleich kreisfreier Städte und Kreise

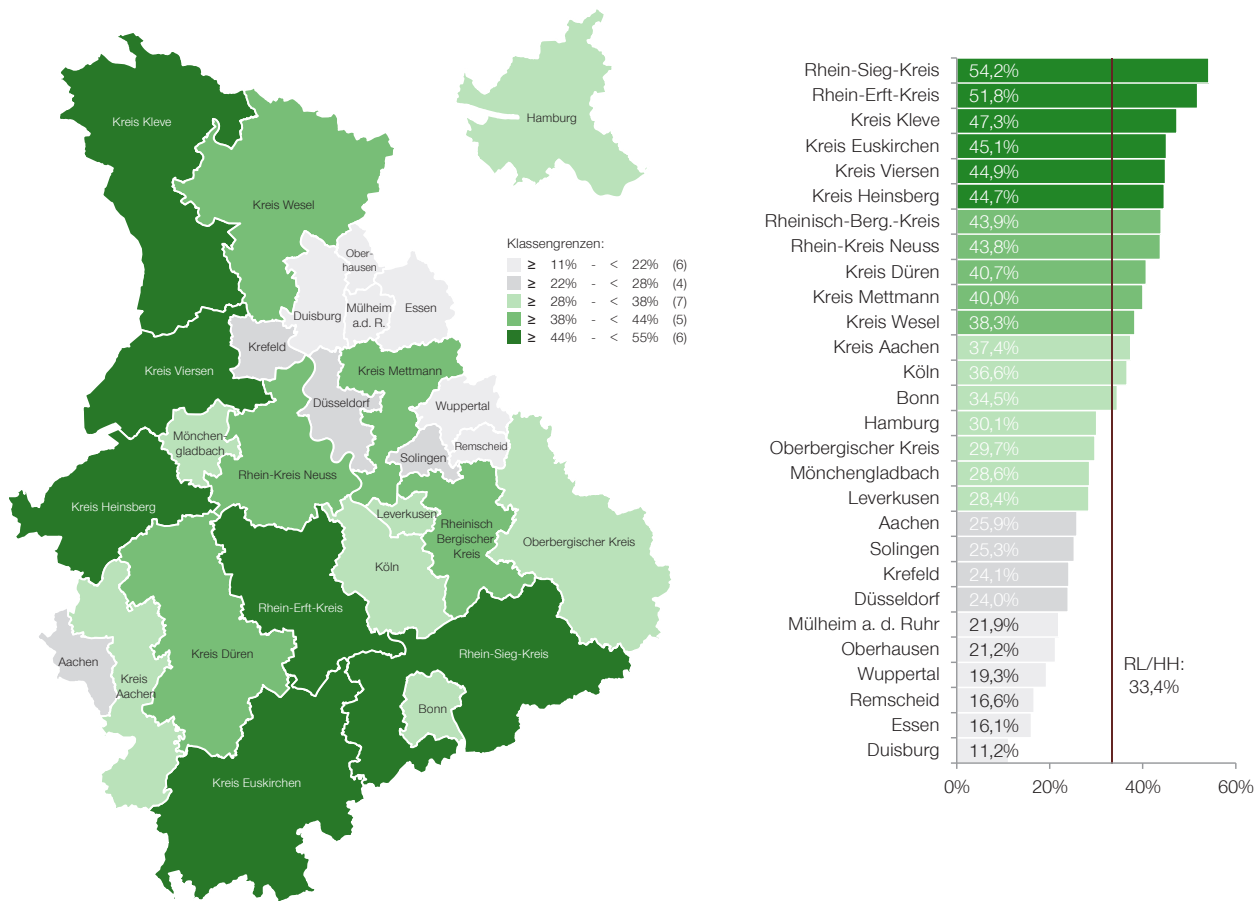


Quelle: eigene Berechnungen auf Basis von IT.NRW und Statistik Nord (Pflegerstatistik und Bevölkerungsvorausberechnung)

Diese Entwicklungen werden regional recht unterschiedlich verlaufen. Die Vorausberechnung macht deutlich, dass die Anzahl der pflegebedürftigen Menschen in den Kreisen stärker zunehmen wird als in den kreisfreien Städten. Im Status-quo-Szenario wird ihre Zahl etwa um durchschnittlich 44 Prozent zunehmen. In den kreisfreien Städten ist der zu erwartende Anstieg durchschnittlich um 20 Prozentpunkte niedriger (Abbildung 2/20).

Ursächlich für die regionalen Unterschiede sind vor allem Unterschiede in der voraussichtlichen Bevölkerungsentwicklung. Je stärker der Bevölkerungsanteil der Personen im hohen und höchsten Alter zunimmt, desto höher wird die Anzahl der pflegebedürftigen Menschen steigen. Hiervon sind vor allem die Kreise betroffen (Abbildung 2/21).

Abbildung 2/21: Anstieg der Anzahl pflegebedürftiger Personen 2013–2035, Status-quo-Szenario, Kreisvergleich



Quelle: eigene Berechnungen auf Basis von IT.NRW und Statistik Nord (Pflegerstatistik und Bevölkerungsvorausberechnung)

## 2.3 Schwere der Pflegebedürftigkeit

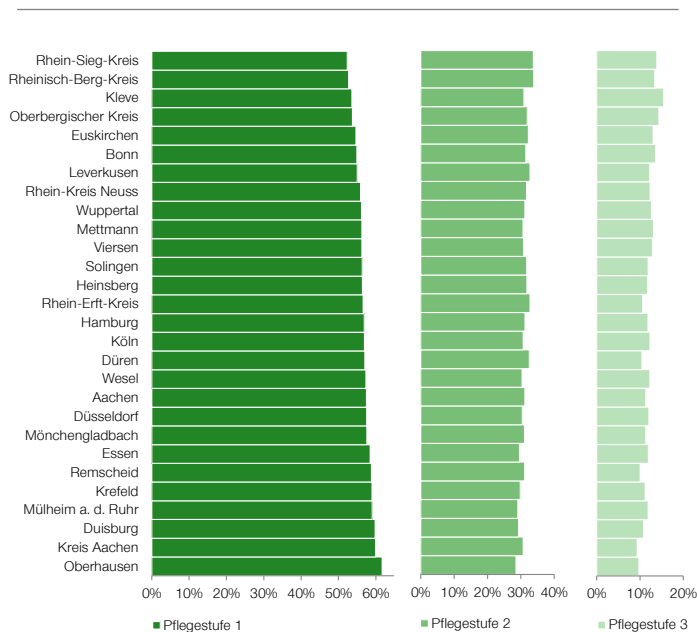
### Pflegebedürftige und Demenzkranke nach Pflegestufe

Der individuelle Pflegebedarf der pflegebedürftigen Personen unterscheidet sich in Abhängigkeit ihrer gesundheitlich bedingten Beeinträchtigungen. Um diese unterschiedlichen Unterstützungsbedarfe sozialrechtlich abbilden zu können, unterscheidet das Elfte Sozialgesetzbuch bislang noch zwischen drei Stufen der Pflegebedürftigkeit. Die Einteilung in eine der Stufen wird anhand des Zeitaufwands vorgenommen, der für die Pflege und Unterstützung der pflegebedürftigen Person erforderlich ist (vergleiche Tabelle 2/2).

Bei den Anteilen der Pflegestufen an allen Pflegebedürftigen zeigen sich im Rheinland und in Hamburg regionale Unterschiede (vergleiche Abbildung 2/22). Die relative Häufigkeit erheblicher Pflegebedürftigkeit (Pflegestufe 1) liegt im Rhein-Sieg-Kreis (52,3 Prozent) über neun Prozentpunkte niedriger als im Kreis Oberhausen (61,7 Prozent). Bei den Schwerstpflegebedürftigen (Pflegestufe 3) beträgt der Unterschied zwischen dem Kreis Kleve (15,5 Prozent) und dem Kreis Aachen (9,4 Prozent) sechs Prozentpunkte.

Der Pflegebedürftigkeitsbegriff der sozialen Pflegeversicherung war bisher in erster Linie verrichtungsbezogen und somit eng auf körperliche Einschränkungen ausgerichtet. Insbesondere für Menschen mit demenziellen Erkrankungen führt diese

Abbildung 2/22: Anteile der Pflegestufen an allen Pflegebedürftigen, Kreisvergleich, 2013



Quelle: IT.NRW, Statistik Nord (Pflegestatistik 2013)

Tabelle 2/2: Stufen der Pflegebedürftigkeit

Pflegestufe	Bezeichnung	Hilfe bei Körperpflege, Ernährung oder Mobilität	Hilfe bei hauswirtschaftlicher Versorgung	Zeitaufwand
Pflegestufe 1	erheblich Pflegebedürftige	Mindestens einmal täglich für wenigstens zwei Verrichtungen	mehrfach in der Woche	90 Minuten davon 45 Minuten Grundpflege
Pflegestufe 2	Schwerpflegebedürftige	mindestens dreimal täglich zu verschiedenen Tageszeiten	mehrfach in der Woche	drei Stunden, davon zwei Stunden Grundpflege
Pflegestufe 3	Schwerstpflegebedürftige	täglich rund um die Uhr	mehrfach in der Woche	fünf Stunden, davon vier Stunden Grundpflege

Zusammenstellung nach § 15 SGB XI

Definition von Pflegebedürftigkeit zu einer Unterschätzung des Hilfebedarfs, da der Zeitaufwand für allgemeine Betreuung und Beaufsichtigung unberücksichtigt bleibt. Die Beurteilung der Pflegebedürftigkeit und die Einordnung in eine Pflegestufe werden der Betreuungssituation von Personen mit Demenz insbesondere in einem frühen Stadium daher oftmals nicht gerecht. Vergleicht man die Pflegestufen von pflegebedürftigen Menschen mit und ohne Demenz zeigt sich, dass demenziell erkrankte Personen deutlich häufiger in Pflegestufe zwei und drei eingestuft sind als Personen ohne Demenz (Abbildung 2/23).

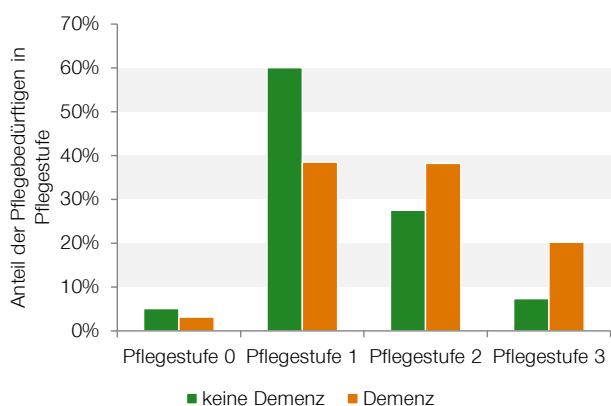
Ab dem Jahr 2017 wird die Schwere der Pflegebedürftigkeit mit einem neuen Begutachtungsinstrument festgestellt. Das neue Begutachtungsassessment (NBA) erfasst künftig deutlich mehr Aspekte der Pflegebedürftigkeit. Neben den körperlichen

Einschränkungen berücksichtigt es auch psychische und kognitive Beeinträchtigungen.

Ab dem 1. Januar 2017 wird es anstelle von drei Pflegestufen fünf Pflegegrade geben. Diese werden nicht mehr anhand des zeitlichen Umfangs des Pflegebedarfs ermittelt, sondern sollen den Grad der Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten der Menschen widerspiegeln; damit ist ein Paradigmenwechsel hin zu einer aktivierenden Pflege intendiert. Dabei werden sechs Bereiche betrachtet: Mobilität, kognitive und kommunikative Fähigkeiten, Verhaltensweisen und psychische Problemlagen, Selbstversorgung, Bewältigung von und selbstständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen sowie die Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte.

Für alle Personen mit einer anerkannten Pflegebedürftigkeit wird die Umstellung der Pflegestufen auf Pflegegrade automatisch erfolgen, ohne dass eine erneute Begutachtung vorgenommen werden muss. Der Gesetzgeber hat dafür folgendes Überleitungsverfahren festgelegt: Jede Pflegestufe entspricht einem um den Wert 1 erhöhten Pflegegrad. Zusätzlich steigt der Pflegegrad auch durch das Vorliegen einer eingeschränkten Alltagskompetenz um den Wert 1. Menschen mit demenziellen Erkrankungen profitieren von einem doppelten Pflegestufen-sprung (vergleiche Tabelle 2/3).

Abbildung 2/23: Anteile der Pflegestufen an allen Pflegebedürftigen, Vergleich Demenz/keine Demenz, 2014



Quelle: AOK Rheinland/Hamburg, standardisiert auf Pflegebevölkerung 2013

Tabelle 2/3: Überleitung der bisherigen Pflegestufe in Pflegegrade

	Pflegestufe 0	Pflegestufe 1	Pflegestufe 2	Pflegestufe 3	Pflegestufe 3, Härtefall
ohne eingeschränkte Alltagskompetenz	—	Pflegegrad 2	Pflegegrad 3	Pflegegrad 4	Pflegegrad 5
mit eingeschränkter Alltagskompetenz	Pflegegrad 2	Pflegegrad 3	Pflegegrad 4	Pflegegrad 5	Pflegegrad 5

Zusammenstellung nach § 140 SGB XI



## Pflegeverläufe nach Pflegestufen und Überlebenswahrscheinlichkeit

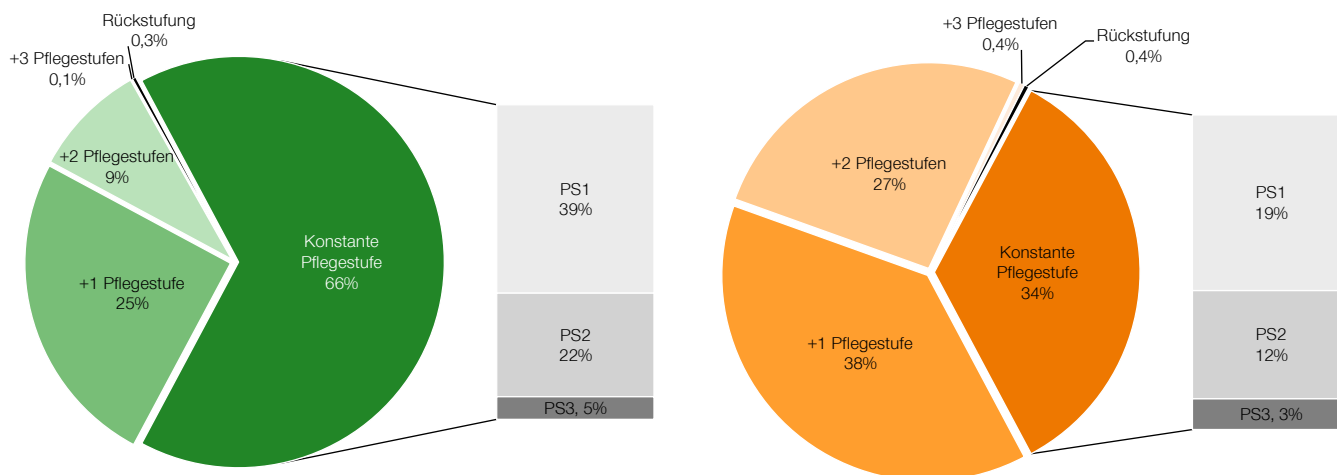
Das Ziel der Einordnung in eine Pflegestufe ist es, den Pflegebedarf einer Person möglichst genau abzubilden. Der Hilfe- und Pflegebedarf hängt vom Ausmaß der gesundheitlich bedingten Beeinträchtigungen ab. Bei einer Verschlechterung des Gesundheitszustandes erhöht sich in der Regel der Pflegeaufwand, was dazu führen kann, dass dieser nicht mehr der bisherigen Pflegestufe entspricht. Grundsätzlich hat daher jede pflegebedürftige Person jederzeit das Recht, bei ihrer Pflegekasse einen Antrag auf Höherstufung zu stellen. Die Antragstellung löst das Verfahren zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit aus und führt zu einer erneuten Pflegebegutachtung durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK), auf deren Grundlage über eine Höherstufung entschieden wird.

Abbildung 2/24 weist die Pflegestufenverläufe der pflegebedürftigen Personen aus, die im Jahr 2014 verstorben sind. Sie unterscheidet zwischen Personen mit und ohne Demenz. Zwei Drittel der pflegebedürftigen Menschen ohne Demenz verbleiben während ihrer Pflegebedürftigkeit in derselben Pflegestufe. Bei demenziell erkrankten Menschen erfolgt im Verlauf der Pflegebedürftigkeit wesentlich häufiger eine Höherstufung um eine oder zwei Pflegestufen.

Die Auswertung zeigt auch, dass eine Rückstufung der Pflegestufe nur in Ausnahmen erfolgt. Bei weniger als einem halben Prozent der pflegebedürftigen Personen führt eine nachhaltige Verbesserung des Gesundheitszustandes zu einer Reduzierung der Pflegestufe. Dies könnte ein Hinweis sein, dass in dieser Hinsicht Verbesserungspotenziale bestehen. Derzeit ist es so, dass die Pflegebedürftigkeit in der Regel bis zum Ende des Lebens bestehen bleibt. Die weitere Lebenszeit nach Eintritt der Pflegebedürftigkeit hängt dabei sehr stark von der individuellen Situation der pflegebedürftigen Person ab. Auf Grundlage aller Personen, die im Jahr 2008 pflegebedürftig geworden sind, ließ sich die Überlebenswahrscheinlichkeit schätzen.

Die Wahrscheinlichkeit, innerhalb des ersten halben Jahres nach Pflegeeintritt zu versterben, liegt bei Männern bei etwa 30 Prozent und bei Frauen bei knapp 20 Prozent. Auch im weiteren Verlauf sind erhebliche Unterschiede zwischen Männern und Frauen erkennbar (vergleiche Abbildung 2/25, Seite 32). Mit einer Wahrscheinlichkeit von 50 Prozent überleben Männer in der Pflegebedürftigkeit ein dreiviertel Jahre, während Frauen mit derselben Wahrscheinlichkeit noch doppelt so lange leben.

Abbildung 2/24: Entwicklung der Pflegebedürftigkeit (Pflegestufenverläufe) bei Personen mit und ohne Demenz, Sterbejahrgang 2014

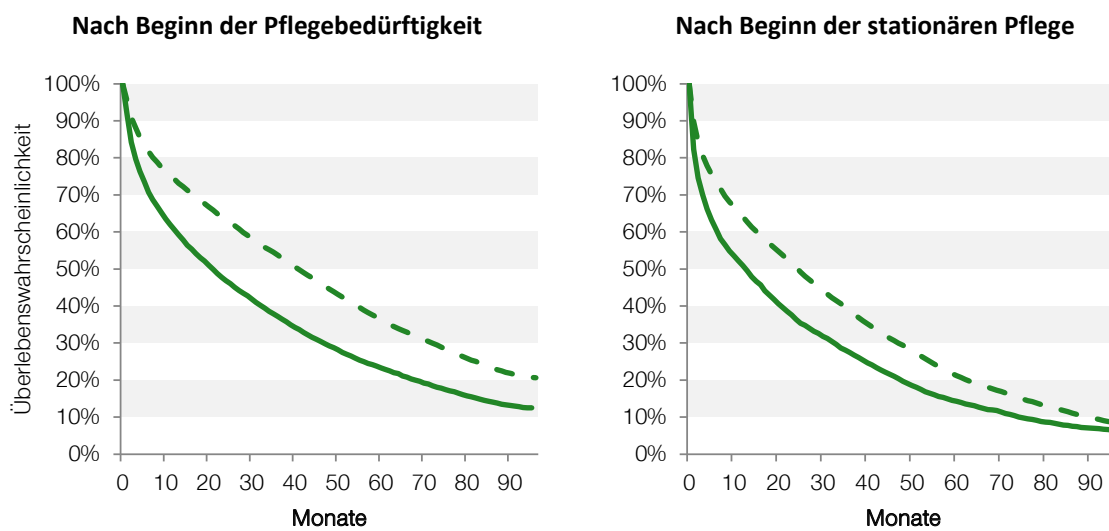


Quelle: AOK Rheinland/ Hamburg

Nicht zuletzt diese Auswertung verdeutlicht, dass Pflegebedürftigkeit sehr unterschiedlich verläuft und daher auch unterschiedliche Anforderungen an eine ganzheitliche pflegerische Versorgung und die Ausgestaltung moderner Pflegeheime stellt. Nach Eintritt in ein Pflegeheim versterben Männer mit einer Wahrscheinlichkeit von zehn Prozent im ersten Monat und Frauen innerhalb von zwei Monaten nach Eintritt (vergleiche

Abbildung 2/25) Das Pflegeheim ist somit auch ein Ort des Sterbens. Die Hospiz- und Palliativversorgung sollten deshalb weiter gestärkt werden. Gleichzeitig leben viele Menschen in Pflegebedürftigkeit noch viele Jahre und müssen daher viel stärker in ihrer Selbstbestimmung und Teilhabe unterstützt werden.

Abbildung 2/25: Geschätzte Überlebenschancen in Monaten, nach Geschlecht, Eintrittsjahrgang 2008, Kaplan-Meier-Schätzer



Quelle: AOK Rheinland/Hamburg

3

Pflegende Angehörige

## 3 Pflegende Angehörige

### Pflegearrangements

- Fast drei Viertel der pflegebedürftigen Personen im Versorgungsgebiet der AOK Rheinland/Hamburg werden zu Hause gepflegt. Bei jeder zweiten Person erfolgt die Pflege allein durch pflegende Angehörige.
- Mit zunehmender Pflegestufe sinkt der Anteil der ambulant gepflegten Personen.
- Männer werden häufiger als Frauen auch bei höheren Pflegegraden zu Hause versorgt.
- Über 70 Prozent der Pflegepersonen sind weiblich. Der Großteil ist zwischen 45 und 65 Jahre alt.
- 65 Prozent der Männer, aber nur 45 Prozent der Frauen, die ambulant gepflegt werden, leben mit einer Pflegeperson im selben Haus.
- Pflegebedürftige Personen mit hoher Pflegestufe leben überwiegend mit einer Pflegeperson im selben Haushalt.
- Der Anteil der ambulant betreuten Personen, die mit einer Pflegeperson im selben Haus leben, ist in den Landkreisen höher als in den kreisfreien Städten.

### Inanspruchnahme pflegeentlastender Leistungen

- Pflegeentlastende Leistungen werden immer häufiger genutzt: Seit 2007 ist die Inanspruchnahme von teilstationärer Pflege um 170 Prozent, von Kurzzeitpflege um 20 Prozent und von Verhinderungspflege um 105 Prozent gestiegen.
- Im Jahr 2014 haben 4,5 Prozent aller ambulant gepflegten Personen Angebote der teilstationären Pflege genutzt.
- Die Kurzzeitpflege wurde 2014 von knapp zehn Prozent aller ambulant gepflegten Personen genutzt. Besonders nachgefragt wird die Leistung in den Sommermonaten und im Januar.
- Die Verhinderungspflege ist die mit Abstand am stärksten nachgefragte Leistung zur Entlastung der Pflegepersonen. 31 Prozent aller ambulant gepflegten Personen beanspruchten sie 2014.
- Am häufigsten wird die Verhinderungspflege tageweise in Anspruch genommen, gleichzeitig wächst der Anteil der stundenweisen Ersatzpflege.
- Die Inanspruchnahme pflegeentlastender Leistungen ist bei Menschen mit Demenz deutlich höher als bei Personen ohne Demenz. An Demenz erkrankte Menschen beanspruchen auch häufiger mehrere Leistungen.
- 28,8 Prozent der ambulant gepflegten Personen nehmen zusätzliche Betreuungsleistungen nach § 45b Sozialgesetzbuch (SGB) XI in Anspruch. Dieser Anteil ist seit 2007 kontinuierlich gestiegen.
- Pflegeunterstützungsgeld nahmen 1,3 Prozent der neupflegebedürftigen Versicherten in Anspruch.
- Beiträge zur Rentenversicherung durch die Pflegekasse erhielten die Pflegepersonen von 16,9 Prozent aller ambulant betreuten Personen.

## Pflegesituation bei demenziell erkrankten Menschen – Befragung pflegender Angehöriger

- Dem engsten Familienkreis kommt bei der Pflege von Personen mit Demenz die größte Bedeutung zu: In 44 Prozent der Fälle wirkt die Partnerin oder der Partner an der Betreuung mit und in 76 Prozent der Fälle ist mindestens eine Tochter, ein Sohn oder Schwiegerkind beteiligt.
- In über zwei Drittel aller Fälle verbringt die Hauptpflegeperson mehr als fünf Stunden pro Tag mit der Pflege und Betreuung der pflegebedürftigen Person mit Demenz.
- 30 Prozent der Hauptpflegepersonen von demenziell erkrankten Menschen gaben an, sich bei der Pfllegetätigkeit häufig oder ständig überfordert zu fühlen.
- Hauptpflegepersonen, die sich häufig oder ständig überfordert fühlen, beanspruchen öfter die Unterstützung eines ambulanten Pflegedienstes.
- Sonstige Verwandte sowie Nachbarinnen und Nachbarn sind in der Regel nicht die Hauptpflegeperson, sondern leisten zusätzliche Unterstützung. Sie kommen zumeist nicht täglich und unterstützen die pflegenden Angehörigen vor allem bei der Betreuung und Beaufsichtigung.
- Die informellen Unterstützungsstrukturen in der häuslichen Pflege sind sehr verschieden. In einigen Fällen leistet eine Einzelperson die Pflege, andere Pflegenetzwerke sind stärker differenziert und arbeitsteilig organisiert. Auch die professionelle Unterstützung variiert.
- In Pflegenetzwerken, in denen sich verschiedene Pflegepersonen die Aufgaben teilen, fühlt sich die Hauptpflegeperson seltener überfordert als in Netzwerken, in denen eine Person die Hauptlast trägt.

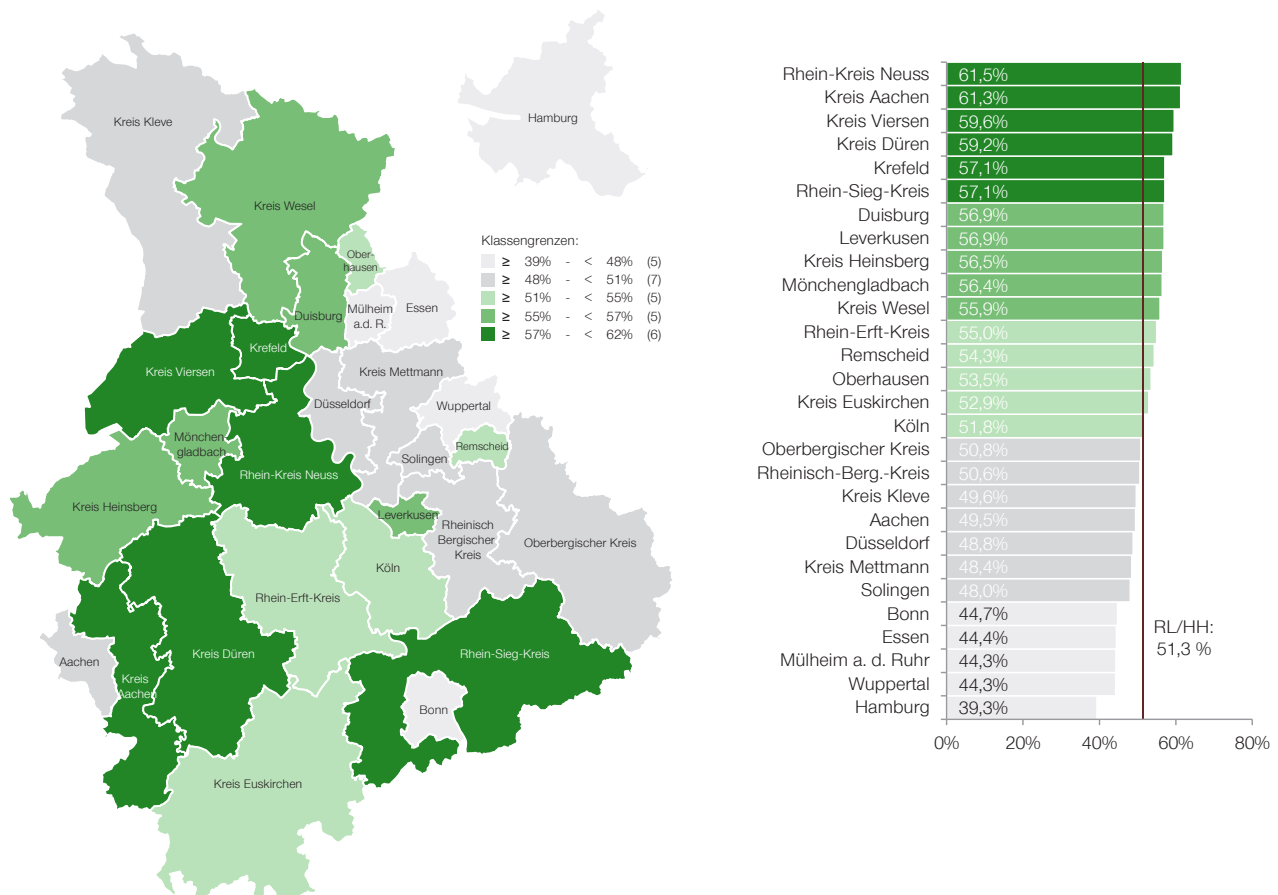
## 3.1 Wer pflegt?

### Ambulant gepflegte Personen

Der Grundsatz ambulant vor stationär liegt nicht nur der Konzeption der Pflegeversicherung zugrunde, sondern entspricht auch den Wünschen der Bevölkerung. Umfragen zeigen immer wieder aufs Neue, dass die Menschen im Alter so lange wie möglich in ihrem vertrauten Umfeld leben möchten. Dies setzt allerdings voraus, dass sie im Alltag von Angehörigen, Bekannten und/oder der Nachbarschaft unterstützt werden. Angehörige sind in der Pflege in Deutschland unverzichtbar.

Fast drei Viertel der pflegebedürftigen Personen werden zu Hause gepflegt. Der Anteil der Pflegegeldempfänger an allen Pflegebedürftigen liegt im Rheinland und in Hamburg mit 51,3 Prozent etwa vier Prozentpunkte über dem Bundesdurchschnitt. Regional variiert er zum Teil deutlich. Während im Rhein-Kreis Neuss und im Kreis Aachen über 60 Prozent der pflegebedürftigen Personen Pflegegeld beziehen, sind es in Hamburg weniger als 40 Prozent (Abbildung 3/1).

Abbildung 3/1: Anteil der Pflegegeldempfängerinnen und -empfänger an allen pflegebedürftigen Personen, Kreisvergleich, 2013



Quelle: IT NRW, Statistik Nord (Pflegestatistik 2013)

Empfängerinnen und Empfänger von Pflegegeld werden in der Regel ohne die Hilfe einer professionellen Pflegekraft versorgt. Dementsprechend hoch ist der Bedarf an Unterstützung durch Angehörige. Doch auch pflegebedürftige Menschen, die durch einen ambulanten Pflegedienst betreut werden, erhalten sehr häufig Unterstützung durch Angehörige, Freunde oder die Nachbarschaft. Diese informelle Sorge und Hilfe ergänzt die professionelle Pflege und ermöglicht oftmals den Verbleib im vertrauten Umfeld.

Eine Auswertung des Pflegearrangements nach Pflegestufe legt nahe, dass Angehörige – solange es ihnen möglich ist – die notwendige Pflege und Hilfe vollständig oder anteilig übernehmen.

Dies belegt der hohe Anteil der zu Hause gepflegten Personen bei niedriger Pflegestufe. Mit zunehmender Schwere der Beeinträchtigungen der pflegebedürftigen Person, und somit auch mit steigender Pflegebelastung für die Angehörigen, sinkt dieser Anteil (Abbildung 3/2).

Doch selbst bei sehr hohem Pflegeaufwand (Pflegestufe 3) wird noch jede zweite Person zu Hause und fast jeder dritte Schwerstpflegebedürftige sogar ohne die Hilfe eines ambulanten Pflegedienstes versorgt. Für die Angehörigen stellt dies oftmals eine sehr starke Belastung dar.

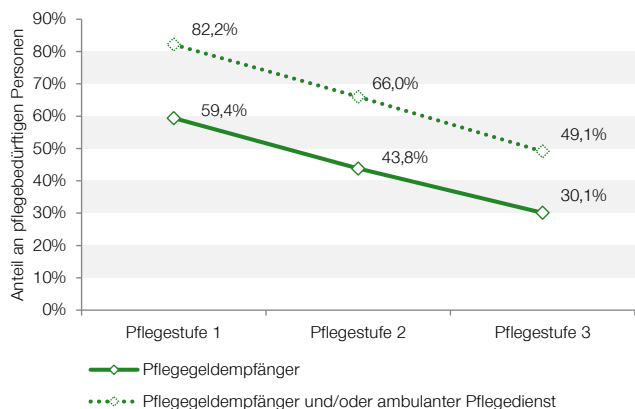
## Alter und Geschlecht der pflegenden Angehörigen

Eine differenzierte Auswertung nach dem Geschlecht der pflegebedürftigen Person zeigt, dass deutlich mehr Männer als Frauen auch bei hoher Pflegestufe noch zu Hause gepflegt werden (Abbildung 3/3): 62 Prozent der Männer und 42 Prozent der Frauen in Pflegestufe 3 werden im häuslichen Umfeld, teilweise mit Unterstützung eines ambulanten Pflegedienstes, oftmals aber auch ausschließlich von pflegenden Angehörigen versorgt. Auch wenn sich diese Aussage nicht anhand der Daten überprüfen lässt, so erscheint doch die Interpretation plausibel, dass

dieser Unterschied eine Folge des großen pflegerischen Einsatzes der Frauen für ihre Partner ist.

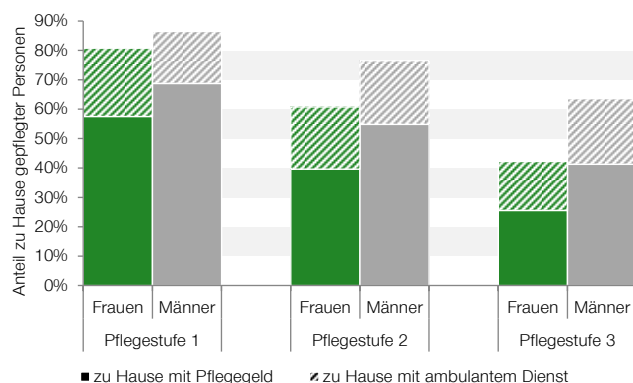
Die Pflege ist weiblich: Frauen sind die tragende Säule in der informellen Pflege. Dies bestätigt ein Blick auf die Alters- und Geschlechtsstruktur der pflegenden Angehörigen. 71 Prozent der registrierten Pflegepersonen sind weiblich. Betrachtet man ausschließlich die Fälle, in denen es nur eine Pflegeperson gibt, liegt dieser Wert sogar bei 75 Prozent.

Abbildung 3/2: Anteil der zu Hause betreuten pflegebedürftigen Personen in den Pflegestufen, 2013



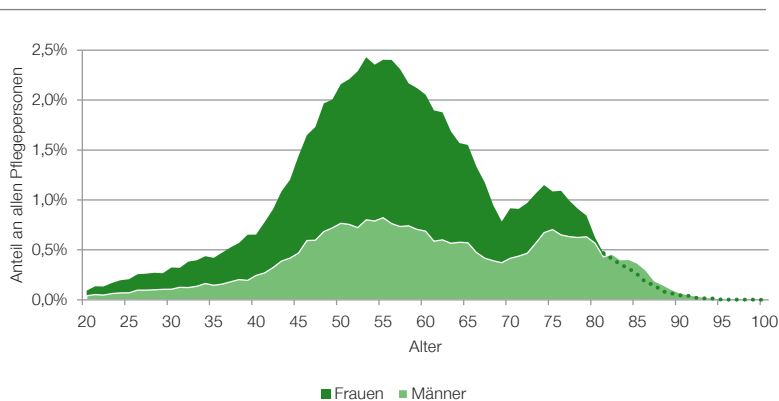
Quelle: IT.NRW, Statistik Nord (Pflegestatistik 2013)

Abbildung 3/3: Anteil der zu Hause betreuten pflegebedürftigen Personen in den Pflegestufen nach Geschlecht, 2013



Quelle: IT.NRW, Statistik Nord (Pflegestatistik 2013)

Abbildung 3/4: Alter und Geschlecht der Pflegepersonen, 2014



Quelle: AOK Rheinland/Hamburg

Der Anteil der pflegenden Frauen übersteigt den Anteil der pflegenden Männer in fast allen Altersgruppen deutlich. Lediglich im hohen Alter sind die Werte fast identisch mit einem leichten Überhang bei den Männern. Die Gipfel in Abbildung 3/4 legen nahe, dass die Pflegepersonen im Alter zwischen 45 und 65 Jahren ein oder beide Elternteile betreuen, während die 70- bis 80-Jährigen die Pflege des Partners übernehmen.

**„Die häusliche Pflege ist eine Leistung, die insbesondere Frauen erbringen. Gerade wenn die eigenen Kinder weniger Aufmerksamkeit brauchen und sich viele Frauen wieder verstärkt ihrer Erwerbsarbeit widmen könnten, trifft sie die Pflege von Angehörigen besonders häufig. Sie führt zu Mehrfachbelastungen, aber auch zu empfindlichen Einschnitten im Erwerbseinkommen und den späteren Altersrenten. Auch hier muss das Ziel sein, Männer stärker an der Pflege zu beteiligen. Gemeinsam getragene familiäre Pflege ist meist weniger belastend - physisch, psychisch, aber auch finanziell.“**

*Prof. Jutta Allmendinger Ph.D.  
Präsidentin des Wissenschaftszentrums Berlin für Sozialforschung (WZB)  
und Professorin für Bildungssoziologie und Arbeitsmarktforschung  
an der Humboldt-Universität zu Berlin*

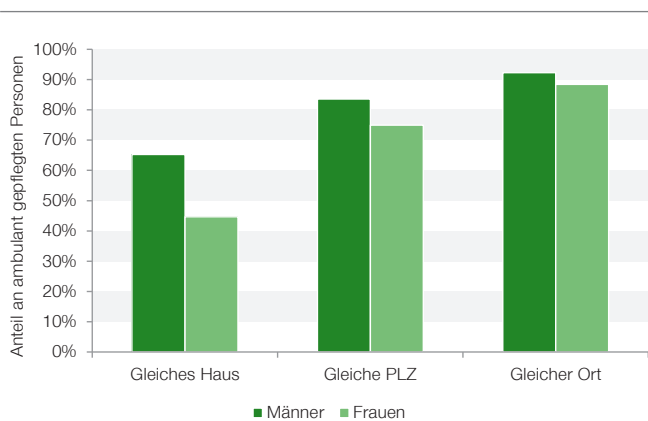


## Wohndistanz der Pflegepersonen

Über die Hälfte der pflegebedürftigen Personen, die ambulant betreut werden, leben zusammen mit einer Pflegeperson im selben Haus. Bei 78 Prozent der Pflegebedürftigen wohnt eine Pflegeperson im selben Postleitzahlbereich und bei 90 Prozent ist eine Betreuungsperson im selben Ort erreichbar (Abbildung 3/5). Der Anteil der ambulant betreuten Pflegebedürftigen, die mit einer Pflegeperson in einem Haus wohnen, ist bei Männern mit 65 Prozent erheblich höher als bei Frauen (45 Prozent). Diese Unterschiede liegen wahrscheinlich darin begründet, dass Männer vielfach von ihren Partnerinnen gepflegt werden, während Frauen im Zeitraum ihrer Pflegebedürftigkeit häufiger bereits verwitwet sind.

Der Anteil der pflegebedürftigen Personen, die mit einer Pflegeperson im selben Haus leben, steigt mit der Pflegestufe (Abbildung 3/6). Während es bei der Pflegestufe 0 nur 40 Prozent sind, leben 70 Prozent der Personen in Pflegestufe 3 mit einer Pflegeperson zusammen im Haus. Eine naheliegende Erklärung für diese pflegestufenabhängigen Unterschiede könnte sein, dass die

Abbildung 3/5: Wohnort von ambulant gepflegten Personen und Pflegeperson, nach Geschlecht, 2014



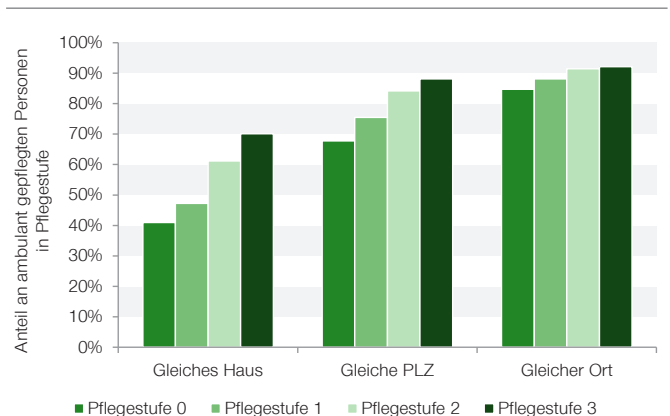
Quelle: AOK Rheinland/Hamburg



pflegenden Kinder ihre pflegebedürftigen Eltern bei steigendem Pflegebedarf zu sich nehmen, um sie intensiver betreuen zu können. Außerdem ist davon auszugehen, dass vor allem Personen, die keine Pflegeperson in der unmittelbaren Umgebung haben, bei steigendem Pflegeaufwand in die stationäre Pflege wechseln. Die häusliche Pflege ist bei hohem Pflegebedarf zumeist nur zu leisten, wenn eine Pflegeperson in der unmittelbaren Nähe lebt. Vor dem Hintergrund der zunehmenden Mobilität der jüngeren Generation und der Abnahme der Haushaltsgrößen wird die Familienpflege in Zukunft schwieriger werden.

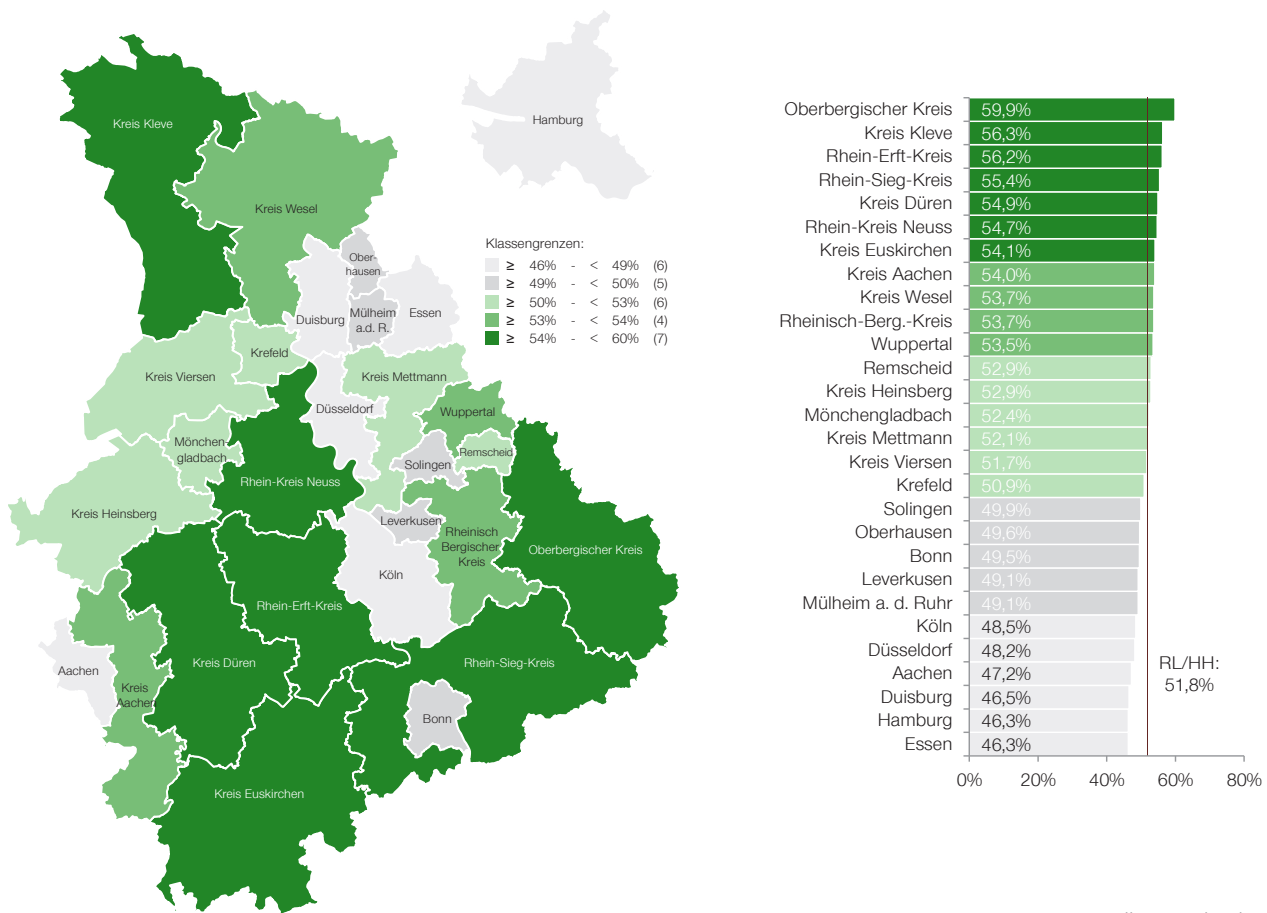
Im regionalen Vergleich besteht ein Gefälle zwischen den kreisfreien Städten und den Landkreisen. Der Anteil der ambulant betreuten Pflegebedürftigen, die mit einer Pflegeperson in einem Haus wohnen, ist in den Landkreisen im Durchschnitt fünf Prozentpunkte höher als in den kreisfreien Städten. Zwischen dem Oberbergischen Kreis als Region mit dem höchsten Anteil und Essen als Stadt mit dem niedrigsten Wert liegen 13,6 Prozentpunkte (Abbildung 3/7).

Abbildung 3/6: Wohnort von ambulant gepflegten Personen und Pflegeperson, nach Pflegestufe, 2014



Quelle: AOK Rheinland/Hamburg

Abbildung 3/7: Anteil der ambulant gepflegten Personen, bei denen eine Pflegeperson im Haus wohnt, Kreisvergleich, 2014



Quelle: AOK Rheinland/Hamburg

## 3.2 Unterstützungs- und Entlastungsangebote für Pflegepersonen

Die vorliegenden Auswertungen zeigen die große Bedeutung der pflegenden Angehörigen für die Pflege in Deutschland. Aufgrund ihres umfangreichen Einsatzes und der damit einhergehenden Belastungen werden sie selbst zunehmend als Adressaten der Pflegepolitik wahrgenommen. Inzwischen sieht die soziale Pflegeversicherung ein breiteres Angebot an Unterstützungs- und Entlastungsangeboten für die Pflegepersonen vor. Diese Angebote können hinsichtlich ihrer Ziele in drei Arten

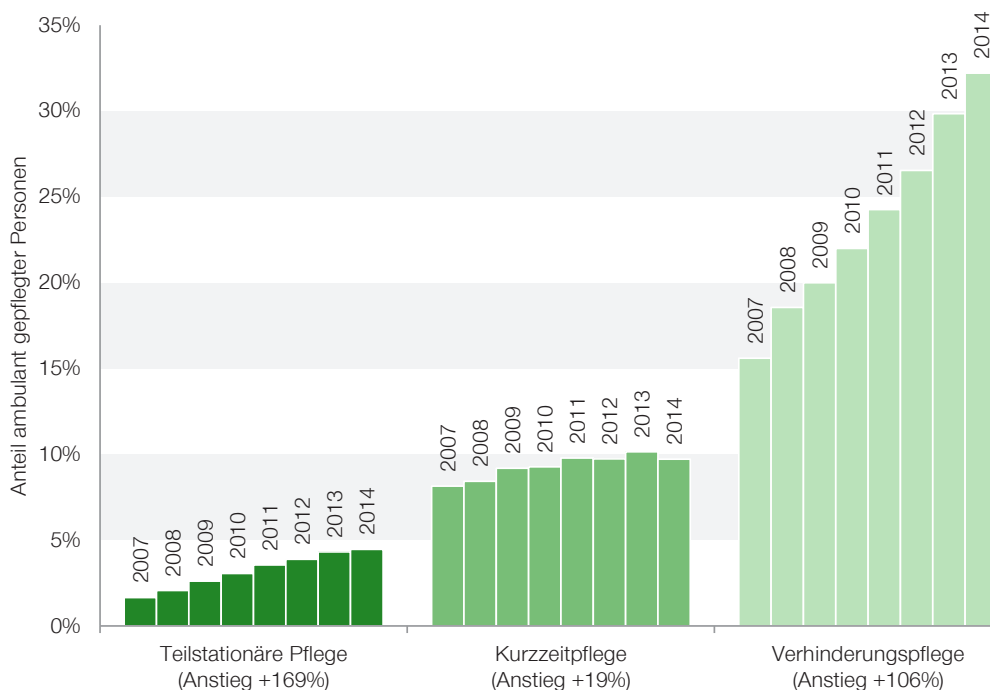
untergliedert werden: (i) Pflegeentlastende Leistungen dienen dem Zweck, Pflegepersonen zeitweise von der Pflegetätigkeit zu entlasten und ihnen Freiräume zurückzugeben. (ii) Pflegekurse haben das Ziel, die Pflegepersonen auf die Pflege und Betreuung vorzubereiten und ihnen Unterstützung im Alltag zu bieten. (iii) Zudem sieht die soziale Pflegeversicherung auch Leistungen vor, die der finanziellen und sozialen Sicherung der Pflegeperson dienen sollen.

### Pflegeentlastende Leistungen

Pflegeentlastende Angebote sollen den Pflegepersonen Freiräume verschaffen, um eigenen Angelegenheiten und Bedürfnissen nachgehen zu können. Hierzu zählen zum Beispiel die eigene Berufstätigkeit, das Familienleben, ein Urlaub oder auch einfach nur mehr Zeit für sich selbst. Pflegebedürftige Personen haben Anspruch auf drei Leistungsangebote, die der Entlastung

ihrer pflegenden Angehörigen dienen sollen: die teilstationäre Pflege, die Kurzzeitpflege und die Verhinderungspflege. Abbildung 3/8 vergleicht die Inanspruchnahme der pflegeentlastenden Leistungen: Im Zeitverlauf hat sie deutlich zugenommen.

Abbildung 3/8: Entwicklung der Inanspruchnahme der pflegeentlastenden Leistungen als Anteil aller ambulant gepflegter Personen, 2007–2014



Quelle: AOK Rheinland/Hamburg, standardisiert auf Pflegebevölkerung des entsprechenden beziehungsweise des vorangegangenen Jahres (2007, 2009, 2011, 2013)

## Teilstationäre Pflege

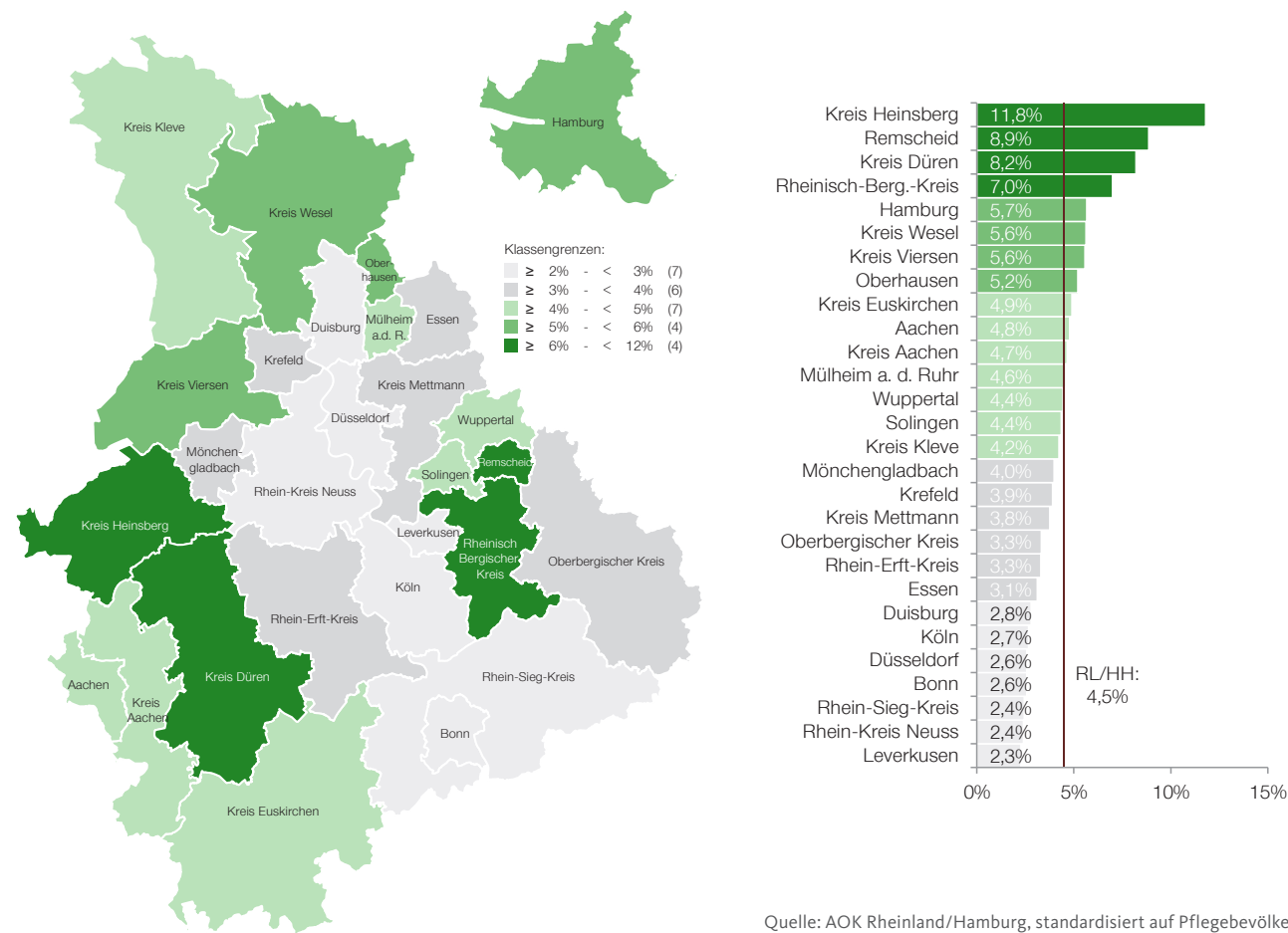
Der hohe Anteil der häuslichen Pflege bestätigt, wie wichtig der Verbleib im eigenen Wohnumfeld für die Pflegebedürftigen ist. In Fällen, in denen die Pflege mit einem hohen Bedarf an Betreuung und Beaufsichtigung verbunden ist, lässt sich eine bedarfsgerechte Unterstützung in der eigenen Häuslichkeit oftmals nicht oder nur unter großen Belastungen für die pflegenden Angehörigen realisieren. Insbesondere wenn die Pflegeperson berufstätig ist oder eine Familie hat, kann sie die notwendige Hilfe nicht während des ganzen Tages erbringen. In diesen Fällen kann eine teilstationäre Pflege für Entlastung sorgen.

Bei einer teilstationären Pflege wohnt die pflegebedürftige Person weiterhin zu Hause, verbringt aber einen Teil des Tages oder der Nacht in einer Pflegeeinrichtung. In Einrichtungen der Tagespflege erfolgt die Betreuung und Pflege tagsüber. Sie beinhaltet die Teilnahme an verschiedenen Angeboten zur Alltagsgestaltung und soll damit auch zur körperlichen und sozialen

Aktivierung der pflegebedürftigen Menschen beitragen. Daher kann ein Besuch der Tagespflege auch aus gesundheitlichen und sozialen Gründen angezeigt sein. In der Nachtpflege werden die pflegebedürftigen Personen über Nacht betreut. Sie ist vor allem ein Angebot für Personen mit verändertem Tag-Nacht-Rhythmus; etwa bei demenziellen Erkrankungen.

Teilstationäre Leistungen können zusätzlich zu den ambulanten Pflegesachleistungen, zum Pflegegeld oder zur Kombinationsleistung in Anspruch genommen werden, ohne dass eine Anrechnung auf diese Ansprüche erfolgt. Die Kostenübernahme durch die Pflegekasse erfolgt bis zu einem gesetzlich festgeschriebenen Gesamtwert, der sich in Abhängigkeit der Pflegestufe staffelt. Der Anspruch auf teilstationäre Tages- und Nachtpflege wird gewährt, wenn häusliche Pflege nicht in ausreichendem Umfang sichergestellt werden kann oder wenn dies zur Ergänzung oder Stärkung der häuslichen Pflege erforderlich ist.

Abbildung 3/9: Anteil der ambulant gepflegten Personen mit teilstationärer Pflege, Kreisvergleich, 2014



Quelle: AOK Rheinland/Hamburg, standardisiert auf Pflegebevölkerung 2013

Von den drei pflegeentlastenden Leistungen wird die teilstationäre Pflege derzeit am wenigsten genutzt. Allerdings verzeichnete sie seit 2008 den stärksten Anstieg. Die Inanspruchnahme der teilstationären Pflege lässt sich nur eingeschränkt direkt mit der Kurzzeit- und der Verhinderungspflege vergleichen, da es sich bei ihr um eine Regelversorgung und nicht um ein punktuell Entlastungsangebot handelt.

## Kurzzeitpflege

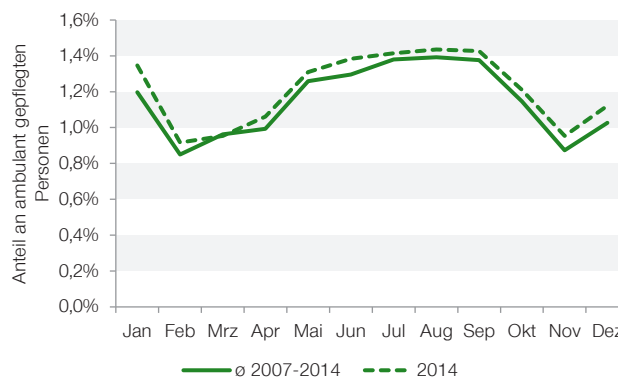
Die Pflege und Betreuung ist eine andauernde Verpflichtung, die zumeist kaum Auszeiten zulässt. In der häuslichen Pflege bleibt es jedoch nicht aus, dass Situationen eintreten, in denen die Pflegeperson nicht in der Lage ist, für die pflegebedürftige Person zu sorgen. Dies kann zum Beispiel zu Beginn der Pflegebedürftigkeit der Fall sein, wenn im Anschluss an einen Krankenhausaufenthalt die häusliche Pflege (neu) organisiert werden muss. Oder wenn die Pflegeperson aufgrund eigener Krankheit oder eines Reha-Aufenthalts verhindert ist oder wenn sie sich überfordert fühlt und eine Auszeit braucht. Auch während eines Urlaubs der Hauptpflegeperson ist die Betreuung in der eigenen Häuslichkeit nicht möglich, sofern diese Zeit nicht durch die Leistung der Verhinderungspflege überbrückt werden kann. In akuten Krisensituationen können Leistungen der Kurzzeitpflege in Anspruch genommen werden. Dabei handelt es sich um eine vorübergehende Unterbringung des Pflegebedürftigen von maximal acht Wochen in einer stationären

Im regionalen Vergleich zeichnet sich insbesondere der Kreis Heinsberg durch eine hohe Quote bei der Inanspruchnahme aus. Im Jahr 2014 hat hier jede neunte Person, die ambulant gepflegt wird, die teilstationäre Pflege genutzt. In Leverkusen, im Rhein-Kreis Neuss und im Rhein-Sieg-Kreis war es hingegen nur jede 44. Person (Abbildung 3/9, Seite 41).

Pflegeeinrichtung. Für alle Pflegestufen sowie für Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz übernimmt die Pflegekasse bis zu 1.612 Euro pro Jahr. Der Betrag kann um bis zu 1.612 Euro aus noch nicht in Anspruch genommen Leistungen der Verhinderungspflege auf insgesamt 3.224 Euro im Kalenderjahr erhöht werden.

Im Jahr 2014 haben 9,7 Prozent der anspruchsberechtigten Personen Leistungen der Kurzzeitpflege genutzt. Dabei ist die Inanspruchnahme der Kurzzeitpflege durch saisonale Schwankungen gekennzeichnet. Insbesondere die Sommermonate von Mai bis September, aber auch der Januar weisen erhöhte Raten auf (Abbildung 3/10). Diese Zahlen deuten darauf hin, dass die Kurzzeitpflege in vielen Fällen von den Pflegepersonen genutzt wird, um die pflegebedürftige Person für den Zeitraum des eigenen Urlaubs zu versorgen.

Abbildung 3/10: Inanspruchnahme von Kurzzeitpflege nach Monaten als Anteil aller ambulant gepflegten Personen



Quelle: AOK Rheinland/Hamburg, standardisiert auf Pflegebevölkerung 2013

Bei der regionalen Betrachtung weisen die kreisfreien Städte – mit einigen Ausnahmen (Mülheim an der Ruhr, Remscheid und Solingen) – durchweg niedrigere Raten der Kurzzeitpflege auf als die Landkreise. Am höchsten ist die Quote bei

der Inanspruchnahme im Oberbergischen Kreis, wo fast jede siebte ambulant gepflegte Person im Verlauf des Jahres 2014 eine Kurzzeitpflege genutzt hat. In Duisburg lag dieser Anteil im Vergleich lediglich bei 5,3 Prozent (Abbildung 3/11).

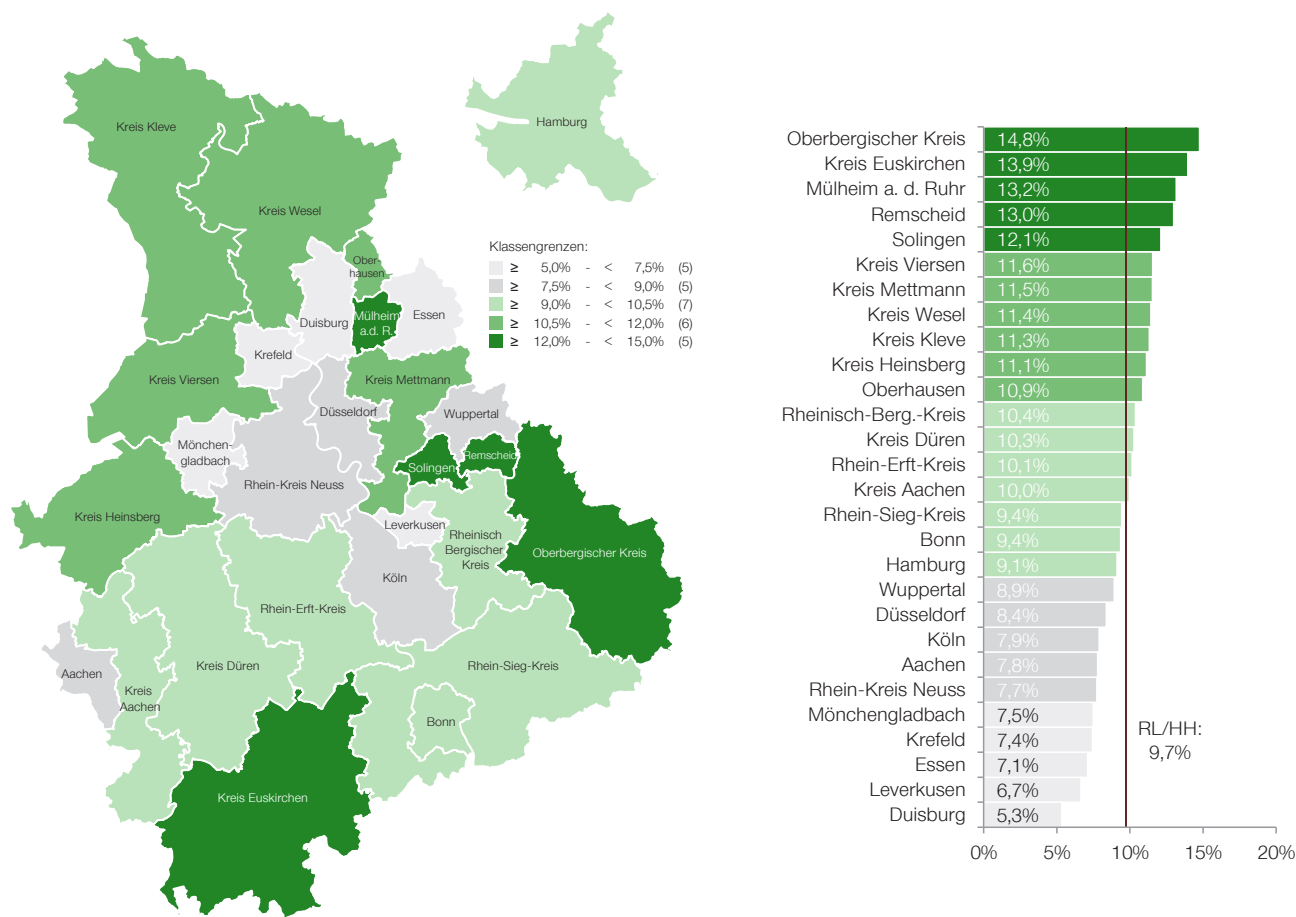
## Verhinderungspflege

Die Verhinderungspflege dient der Finanzierung einer Ersatzpflege, wenn die Pflegeperson aufgrund von Urlaub oder Krankheit verhindert ist oder für einige Stunden am Tag Besorgungen erledigen muss oder Termine hat. Im Unterschied zur stationären Kurzzeitpflege wird die Verhinderungspflege zumeist in der häuslichen Umgebung geleistet. Die Ersatzpflege kann von einem professionellen Pflegedienst, aber auch von Angehörigen oder Nachbarn übernommen werden. Voraussetzung ist, dass die pflegebedürftige Person zuvor mindestens sechs Monate in der häuslichen Umgebung gepflegt wurde. Die Verhinderungspflege wird für maximal sechs Wochen im Jahr bis zu einem Betrag

von 1.612 Euro gewährt. Der Betrag kann um bis zu 806 Euro aus den noch nicht in Anspruch genommenen Leistungen der Kurzzeitpflege auf insgesamt 2.418 Euro im Kalenderjahr erhöht werden. Die Verhinderungspflege ist mit Abstand die am stärksten nachgefragte Leistung zur Entlastung der Pflegepersonen. Seit 2007 hat sich der Anteil der ambulant gepflegten Personen, die diese Leistungen genutzt haben, von 15 Prozent auf 30,9 Prozent mehr als verdoppelt. Fast jede dritte leistungsberechtigte Person machte im Jahr 2014 von dem Angebot Gebrauch.

Die Inanspruchnahme ist regional sehr heterogen. Im Kreis Heinsberg fragten im Jahr 2014 54 Prozent der anspruchsberechtigten

Abbildung 3/11: Inanspruchnahme von Kurzzeitpflege als Anteil aller ambulant gepflegten Personen, Kreisvergleich, 2014



Quelle: AOK Rheinland/Hamburg, standardisiert auf Pflegebevölkerung 2013

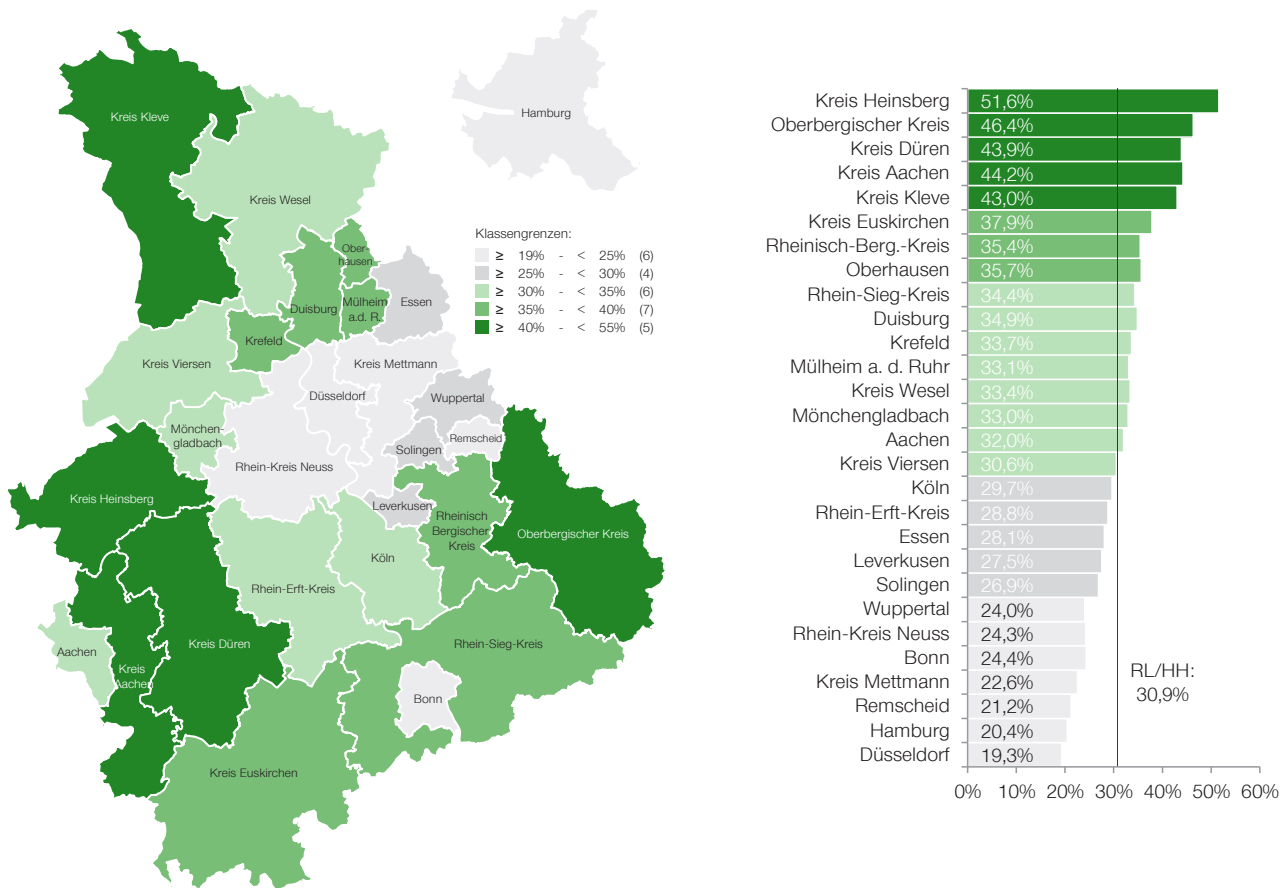
Personen Leistungen der Verhinderungspflege nach. Auch im Oberbergischen Kreis nutzte fast jeder zweite Anspruchsberechtigte entsprechende Angebote. In den Großstädten Düsseldorf und Hamburg liegt die Inanspruchnahme hingegen bei einem vergleichsweise niedrigen Wert von 20 Prozent (Abbildung 3/12).

Die Verhinderungspflege kann auf unterschiedliche Weise genutzt werden: Sie kann zum einen für ganze Tage, auch über einen längeren Zeitraum, in Anspruch genommen werden. Alternativ kann die Verhinderungspflege auch stundenweise erfolgen, wenn die Pflegeperson weniger als acht Stunden am Tag verhindert ist. Drittens kann die Leistung durch eine

zeitweise stationäre Unterbringung im Pflegeheim erbracht werden.

Die tageweise Verhinderungspflege wird am häufigsten nachgefragt. Im Jahr 2007 machte sie fast zwei Drittel der gesamten Ersatzpflege aus. Seitdem ist die Inanspruchnahme um weitere 4,6 Prozentpunkte gestiegen. Abbildung 3/13 zeigt außerdem, dass vor allem die stundenweise Erbringung zunehmend nachgefragt wird. Während 2007 nicht einmal zwei Prozent der ambulant gepflegten Personen diese Form der Verhinderungspflege nutzten, waren es acht Jahre später bereits 13,5 Prozent. Die stationäre Variante liegt mit einem Wert unter drei Prozent deutlich dahinter.

Abbildung 3/12: Inanspruchnahme von Verhinderungspflege als Anteil aller ambulant gepflegten Personen, Kreisvergleich, 2014

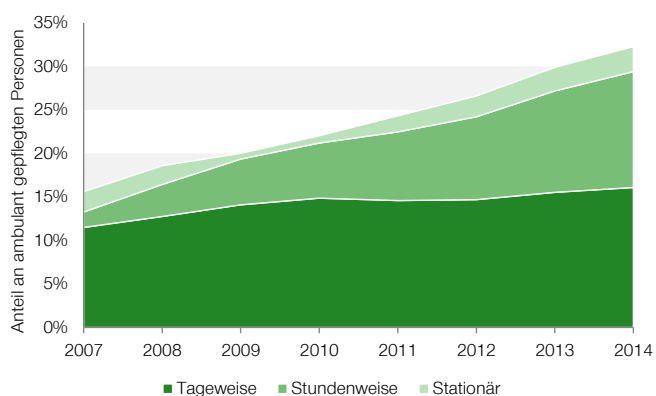


Quelle: AOK Rheinland/Hamburg, standardisiert auf Pflegebevölkerung des entsprechenden beziehungsweise des vorangegangenen Jahres (2007, 2009, 2011, 2013)

Auch bezogen auf die Art der Inanspruchnahme der Verhinderungspflege weisen die Kreise große Unterschiede auf (vergleiche Abbildung 3/14). Tageweise Verhinderungspflege wird am häufigsten in den Kreisen Düren und Aachen genutzt, stundenweise Ersatzpflege im Kreis Heinsberg und im Oberbergischen Kreis. Die stationäre Verhinderungspflege wird im Oberbergischen

Kreis und in Solingen am häufigsten in Anspruch genommen. Zwischen den drei Formen sind keine Substitutionseffekte zu erkennen: Eine hohe Inanspruchnahme der einen Form der Verhinderungspflege hat nicht direkt eine niedrigere Rate bei einer anderen Form zur Folge.

Abbildung 3/13: Entwicklung der Inanspruchnahme verschiedener Formen der Verhinderungspflege als Anteil an allen ambulant gepflegten Personen, 2007–2014



Quelle: AOK Rheinland/Hamburg, standardisiert auf Pflegebevölkerung des entsprechenden beziehungsweise des vorangegangenen Jahres (2007, 2009, 2011, 2013)

Abbildung 3/14: Inanspruchnahme verschiedener Formen der Verhinderungspflege als Anteil an allen ambulant gepflegten Personen, Kreisvergleich, 2014

	Tageweise	Stundenweise	Stationär
Aachen	18,6%	12,0%	2,4%
Kreis Aachen	27,9%	14,2%	3,5%
Bonn	12,3%	11,8%	0,8%
Duisburg	21,3%	13,2%	1,1%
Kreis Düren	31,2%	12,1%	3,4%
Düsseldorf	9,7%	8,1%	2,5%
Essen	16,6%	9,5%	2,6%
Kreis Euskirchen	15,9%	18,6%	4,9%
Hamburg	9,6%	9,1%	2,5%
Kreis Heinsberg	20,8%	29,8%	3,8%
Kreis Kleve	17,2%	23,5%	4,2%
Köln	16,1%	12,2%	2,7%
Krefeld	16,8%	15,8%	3,2%
Leverkusen	12,1%	14,0%	2,5%
Kreis Mettmann	11,0%	8,6%	3,8%
Mönchengladbach	19,8%	14,4%	0,1%
Mülheim a. d. Ruhr	17,8%	12,9%	4,7%
Oberbergischer Kreis	15,1%	28,9%	5,4%
Oberhausen	22,1%	13,5%	1,5%
Remscheid	13,4%	5,3%	3,9%
Rheinisch-Bergischer-Kreis	16,2%	17,2%	3,9%
Rhein-Erft-Kreis	17,7%	10,2%	2,5%
Rhein-Kreis Neuss	13,7%	8,9%	2,4%
Rhein-Sieg-Kreis	19,6%	13,4%	3,1%
Solingen	9,3%	13,8%	5,1%
Kreis Viersen	18,1%	13,6%	0,1%
Kreis Wesel	20,5%	14,2%	0,5%
Wuppertal	10,1%	11,3%	3,6%

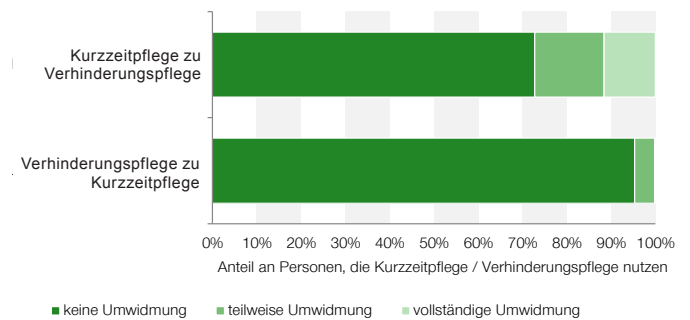
Quelle: AOK Rheinland/Hamburg, standardisiert auf Pflegebevölkerung 2013

## Umwidmung von Kurzzeit- und Verhinderungspflege

Mit dem Ersten Pflegestärkungsgesetz wurden die Leistungen der Kurzzeit- und der Verhinderungspflege flexibilisiert. Seit 1. Januar 2015 können nicht genutzte Leistungsbeträge für Kurzzeitpflege bis zur Hälfte für die Verhinderungspflege umgewidmet werden. Umgekehrt können die nicht nachgefragten Leistungsbeträge für Verhinderungspflege komplett zur Finanzierung von Kurzzeitpflege aufgewendet werden. So sollen die Pflegebedürftigen und ihre Angehörigen die Unterstützung bedarfsgerecht auswählen können. Diese Möglichkeit bestand jedoch zunächst nur in solchen Fällen, in denen die Pflegepersonen mit dem Pflegebedürftigen nicht bis zum zweiten Grad verwandt oder verschwägert waren und nicht mit ihm in häuslicher Gemeinschaft lebten. Das Zweite Pflegestärkungsgesetz hob diese Einschränkung zum 1. Januar 2016 auf.

Abbildung 3/15 weist den Anteil der Nutzerinnen und Nutzer der Verhinderungspflege beziehungsweise der Kurzzeitpflege aus, die von der Möglichkeit der Umwidmung Gebrauch gemacht haben - zumeist zugunsten der Verhinderungspflege. 27 Prozent der Personen, die im Jahr 2015 eine Verhinderungspflege genutzt

Abbildung 3/15: Umwidmung von Leistungsansprüchen der Kurzzeitpflege und der Verhinderungspflege, 2015



Quelle: AOK Rheinland/Hamburg

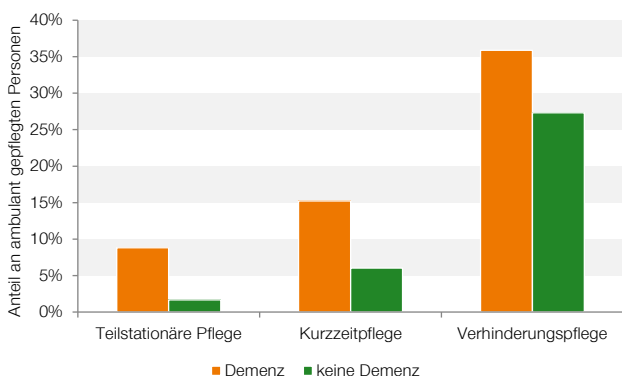
haben, haben die Leistungen zu Lasten ihres Anspruchs auf Kurzzeitpflege ausgedehnt. 11,5 Prozent haben den vollständigen Betrag umgewidmet. Demgegenüber fand die gegenläufige Umwidmung des Leistungsanspruchs deutlich seltener statt. Gerade einmal 4,6 Prozent der Bezieherinnen und Bezieher von Leistungen der Kurzzeitpflege haben im Jahr 2015 den Regelbetrag zu Lasten der Verhinderungspflege umgewidmet.

## Pflegeentlastende Leistungen bei Demenz

Individuelle Freiräume sind vor allem bei Angehörigen von Menschen mit Demenz oftmals stark eingeschränkt, da die Pflege in vielen Fällen eine ständige Betreuung und Beaufsichtigung

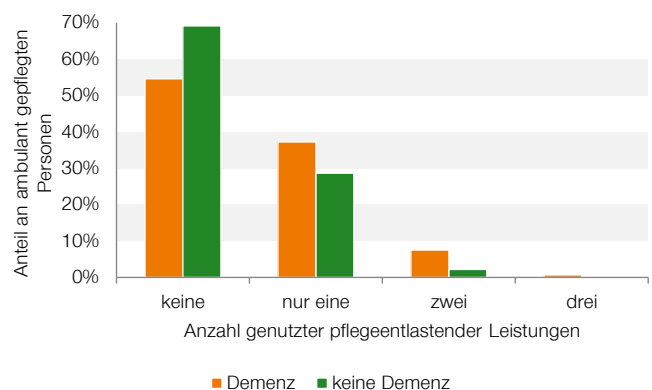
verlangt. Pflegeentlastende Angebote können den Pflegenden Freiräume zurückgeben. Von einem erhöhten Bedarf an pflegeentlastenden Angeboten bei Personen mit Demenz ist

Abbildung 3/16: Inanspruchnahme von pflegeentlastenden Leistungen, Anteil an allen ambulant gepflegten Personen, nach Demenzstatus, 2014



Quelle: AOK Rheinland/Hamburg, standardisiert auf Pflegebevölkerung 2013

Abbildung 3/17: Inanspruchnahme von mehreren pflegeentlastenden Leistungen, Anteil an allen ambulant gepflegten Personen, 2014



Quelle: AOK Rheinland/Hamburg



auszugehen. Das bestätigt Abbildung 3/16, die die Inanspruchnahme im Jahr 2014 zeigt. Das Angebot der teilstationären Pflege nutzten Menschen mit Demenz mehr als fünfmal so häufig wie pflegebedürftige Menschen ohne Demenz. Die Kurzzeitpflege haben Menschen mit Demenz zweieinhalbmal häufiger in Anspruch genommen als Menschen ohne Demenz. Die Verhinderungspflege wird insgesamt häufig nachgefragt: Bei der Pflege von demenziell erkrankten Menschen liegt die Quote der Inanspruchnahme um 8,5 Prozentpunkte höher als bei Personen ohne kognitive Einschränkungen.

Obwohl die Inanspruchnahme von pflegeentlastenden Leistungen kontinuierlich steigt, machen immer noch fast zwei Drittel

der ambulant gepflegten Personen von keinem dieser Angebote Gebrauch. Werden Leistungen beansprucht, beschränken sich diese in der Regel auf eine Leistungsform. Nur vier Prozent der anspruchsberechtigten Personen haben im Jahr zwei Leistungen genutzt und 0,2 Prozent haben alle drei Leistungen abgefragt (Abbildung 3/17).

Fast 70 Prozent der ambulant gepflegten Personen ohne demenzielle Erkrankung nehmen keine pflegeentlastenden Leistungen in Anspruch. Bei den Personen mit Demenz beträgt dieser Anteil knapp 55 Prozent. Zwei Leistungen fragen lediglich 7,6 Prozent der demenziell Erkrankten und nur 1,9 Prozent der übrigen Pflegebedürftigen ab.

## Zusätzliche Betreuungsleistungen nach § 45b SGB XI

Ein weiteres Leistungsangebot der Pflegeversicherung richtete sich ursprünglich exklusiv an Personen mit demenzbedingten Fähigkeitsstörungen, geistigen Behinderungen oder psychischen Erkrankungen. Bei diesem Personenkreis macht die allgemeine Beaufsichtigung und Betreuung einen erheblichen Teil des Versorgungs- und Betreuungsaufwandes aus. Aufgrund der bisherigen Konzeption des Pflegebedürftigkeitsbegriffs wird dieser Aspekt der Pflege jedoch nicht bei der Berechnung des Pflegebedarfs berücksichtigt.

Pflegebedürftige mit einem erheblichen Bedarf an allgemeiner Beaufsichtigung und Betreuung können seit 2002 zusätzlich zu den allgemeinen Leistungen der Pflegeversicherung Betreuungsleistungen nach § 45b SGB XI in Anspruch nehmen. Mit

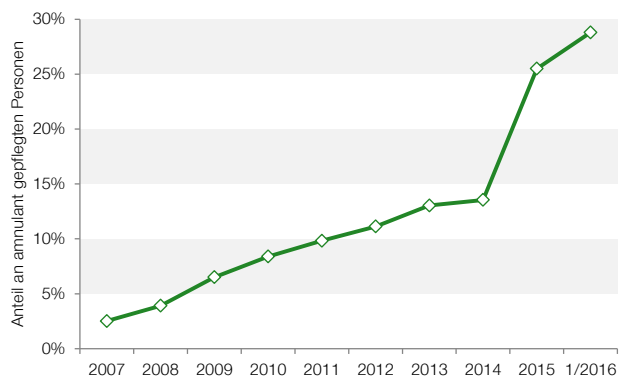
dem Ersten Pflegestärkungsgesetz wurde der Adressatenkreis zum Jahr 2015 auf alle pflegebedürftigen Personen ausgeweitet. Aktuell übernimmt die Pflegekasse hierfür Leistungen von monatlich 104 Euro (Grundbetrag) oder 208 Euro (erhöhter Betrag). Dieser Betrag kann für niedrigschwellige Betreuungsangebote, Betreuungsangebote der Pflegedienste, außerdem auch für zusätzliche Tages- oder Nachtpflege sowie Kurzzeitpflege eingesetzt werden.

Der Anteil aller ambulant gepflegten Personen, der diese zusätzlichen Betreuungsleistungen nutzt, ist seit 2007 langsam gestiegen und lag im Jahr 2014 bei 13,5 Prozent (Abbildung 3/18). Anspruchsberechtigt waren in diesem Zeitraum nur Menschen mit eingeschränkter Alltagskompetenz. Der Anteil an den tatsächlich Anspruchsberechtigten wäre folglich deutlich höher. Die Datenbasis erlaubt diese Differenzierung jedoch nicht. Aufgrund der Ausweitung des Leistungsanspruchs auf alle pflegebedürftigen Personen ist die Inanspruchnahme in den Jahren 2015 und 2016 deutlich angestiegen.

Das Leistungsangebot wurde mit dem Ersten Pflegestärkungsgesetz um zusätzliche Entlastungsleistungen erweitert, zu denen zum Beispiel unterstützende Dienstleistungen im Haushalt, Alltags- oder Pflegebegleitung zählen. Jedoch haben bisher nicht alle Bundesländer die hierfür notwendigen Rechtsverordnungen erlassen.

Zusätzliche Betreuungsleistungen nehmen vor allem Personen in Anspruch, die Unterstützung von einem ambulanten Pflegedienst erhalten. Von ihnen hat im Jahr 2015 etwa jede zweite Person entsprechende Leistungen genutzt. Bei den Personen,

Abbildung 3/18: Anteil der ambulant gepflegten Personen mit Inanspruchnahme von zusätzlichen Betreuungsleistungen nach § 45b SGB XI, 2007–2014



Quelle: AOK Rheinland/Hamburg

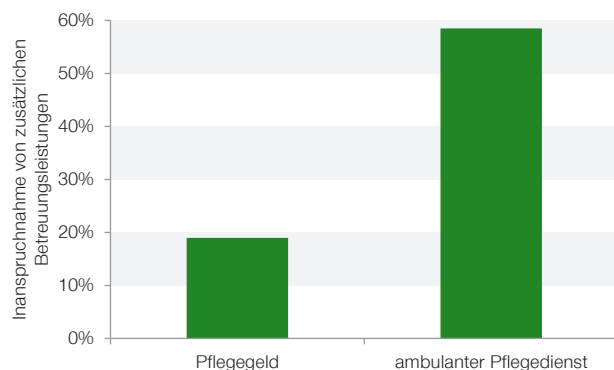
die ohne professionelle Hilfe gepflegt werden, erhält hingegen jede fünfte Person zusätzliche Betreuungsleistungen (vergleiche Abbildung 3/19).

Professionelle Pflegedienste erbringen die zusätzlichen Betreuungsleistungen oftmals selbst, sodass sie ein Interesse daran haben, die Leistung bei den pflegebedürftigen Personen bekannt zu machen und zu erbringen. In Pflegenetzwerken, in denen keine professionelle Unterstützung genutzt wird, fehlt diese Niedrigschwelligkeit. Das erklärt zu einem gewissen Grad die geringe Inanspruchnahme durch Personen, die ausschließlich Pflegegeld beziehen. Die Pflegeberatung muss dazu beitragen, das Angebot der zusätzlichen Betreuungsleistungen auch bei diesem Personenkreis noch bekannter zu machen.

Weitere mögliche Gründe für die geringe Inanspruchnahme bei den Menschen, die ausschließlich Pflegegeld beziehen, könnten der fehlende Bedarf an externer Unterstützung, aber auch Bedenken gegen die Pflege durch fremde Personen sein.

Auch auf Kreisebene sind deutliche Unterschiede bei der Inanspruchnahme zusätzlicher Betreuungsleistungen zu erkennen. Mit 36,5 Prozent nutzen diese im Oberbergischen Kreis mehr

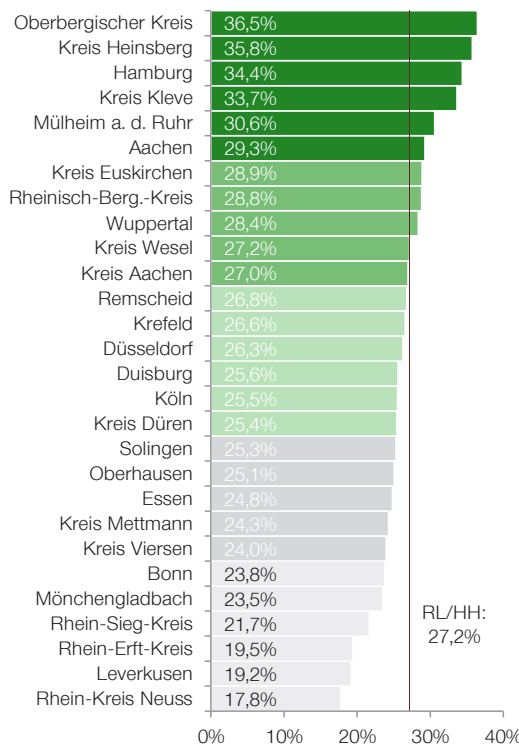
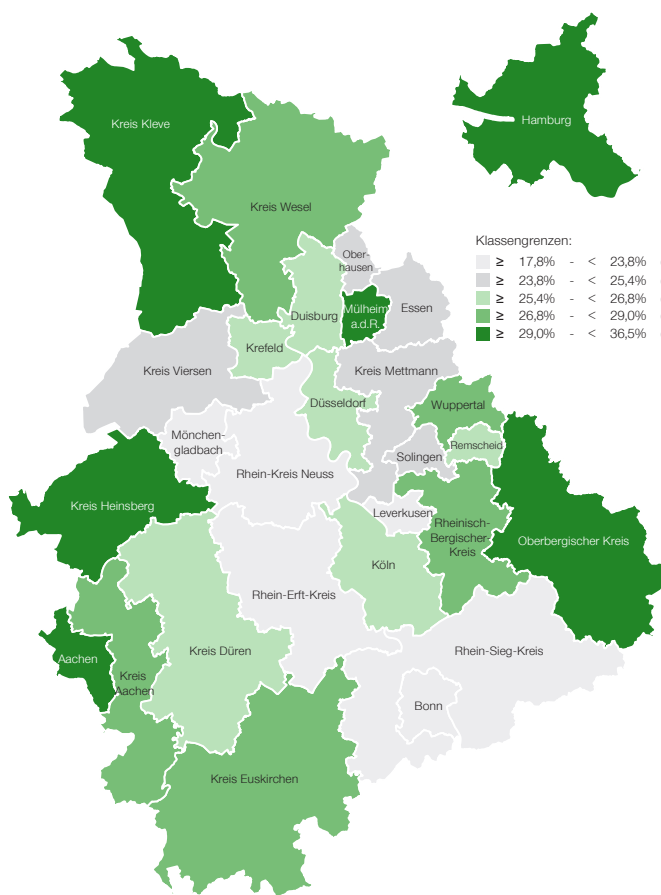
Abbildung 3/19: Anteil der ambulant gepflegten Personen mit Inanspruchnahme von zusätzlichen Betreuungsleistungen nach § 45b SGB XI nach Pflegearrangement, 1. Halbjahr 2016



Quelle: AOK Rheinland/Hamburg

als doppelt so viele der ambulant gepflegten Personen wie im Rhein-Kreis Neuss (Abbildung 3/20).

Abbildung 3/20: Anteil der ambulant gepflegten Personen mit Inanspruchnahme von zusätzlichen Betreuungsleistungen nach § 45b SGB XI, Kreisvergleich



RL/HH:  
27,2%

Quelle: AOK Rheinland/Hamburg

## Pflegekurse

Die Pflegekassen bieten kostenfreie Pflegekurse an, um die Pflegepersonen auf die Pflegetätigkeit vorzubereiten oder sie bei dieser zu unterstützen. In diesen Kursen werden Pflegetechniken und nützliches Wissen für den Pflegealltag vermittelt.

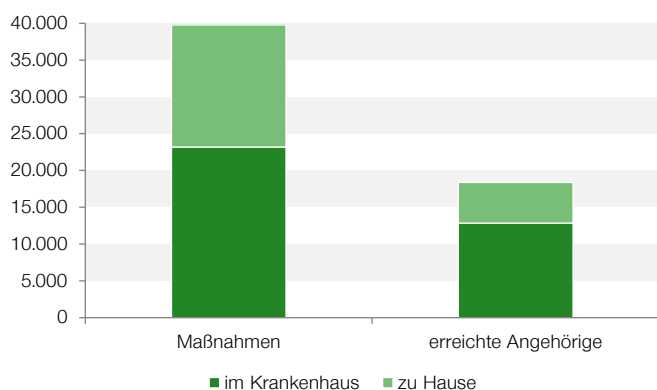
Im Jahr 2015 nahmen 2.400 Pflegenden an den 238 Kursen der AOK Rheinland/Hamburg teil. Im Rahmen einer Kooperation mit dem Landesverband der Alzheimer Gesellschaften NRW fanden im Jahr 2015 insgesamt 161 Pflegekurse „Leben mit Demenz“ statt, an denen sich weitere 2.000 Personen beteiligten. Zum Vergleich: Jährlich werden rund 20.000 Versicherte der AOK Rheinland/Hamburg erstmals pflegebedürftig.

Um Angehörige bei der Pflege und Betreuung in der ersten Zeit nach der Krankenhausausschreibung zu unterstützen, fördert die AOK Rheinland/Hamburg gemeinsam mit der AOK NORDWEST das Modellprojekt „Familiale Pflege“ der Universität Bielefeld. Ziel des niedrigschwelligen Projekts ist es, Familien auf die Aufgaben nach einer Krankenhausausschreibung vorzubereiten und sie in der oft schwierigen Anfangssituation zu begleiten.

An 183 Krankenhäusern im Rheinland und in Hamburg führen Pflegetrainerinnen und -trainer verschiedene Beratungsangebote für Pflegebedürftige und pflegende Angehörige durch, um die häusliche Pflege und Betreuung zu erleichtern.

Individuelle Pflegetrainings sollen die Angehörigen auf die Pflegetätigkeit vorbereiten und sie hierfür qualifizieren. Sie finden entweder direkt am Krankenbett oder aber in der Wohnung der Patientin oder des Patienten bis zu sechs Wochen nach dem Krankenhausaufenthalt statt. Im Jahr 2014 wurden über 23.000 Pflegetrainings im Krankenhaus und 16.500 Trainings im Rahmen von Hausbesuchen durchgeführt. So konnten insgesamt über 18.000 Angehörige beraten und qualifiziert werden (Abbildung 3/21). Circa 2.500 Angehörige nahmen im Rahmen des Projekts „Familiale Pflege“ im Rheinland und in Hamburg an den Pflegekursen für Angehörige teil und etwa 1.800 Personen nutzten die Familienberatungsgespräche zur Entwicklung eines familialen Sorge- und Pflegenetzwerks.

Abbildung 3/21: Anzahl der Pflegetrainings im Rahmen des Modellprojekts „Familiale Pflege“, Rheinland/Hamburg, 2014



Quelle: Universität Bielefeld, Evaluationsbericht für das Jahr 2014

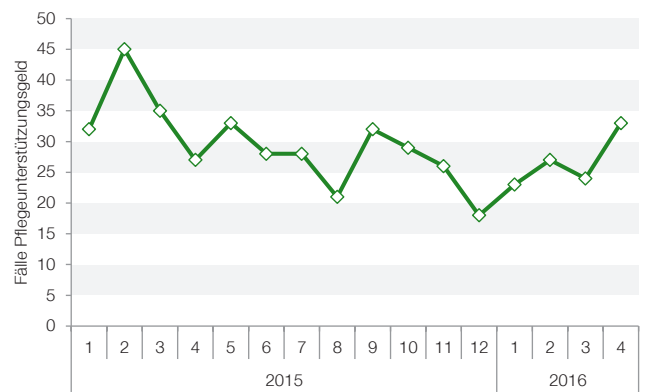
## Leistungen zur finanziellen Absicherung von pflegenden Angehörigen

### Inanspruchnahme Pflegeunterstützungsgeld

Die Pflegebedürftigkeit einer Person setzt in vielen Fällen unerwartet ein und stellt nahe Angehörige unmittelbar vor viele Entscheidungen. Der Gesetzgeber hat daher bereits 2008 festgeschrieben, dass Beschäftigte für einen Zeitraum von bis zu zehn Tagen von der Arbeit fernbleiben dürfen, um in einer akut aufgetretenen Pflegesituation die Pflege eines nahen Angehörigen zu organisieren und sicherzustellen. Für den Zeitraum der kurzzeitigen Arbeitsverhinderung besteht seit Anfang 2015 ein Anspruch auf Pflegeunterstützungsgeld. Dabei handelt es sich um eine Lohnersatzleistung, die sich nach Vorgaben des Kinderkrankengeldes berechnet und 90 Prozent des ausgefallenen Nettoarbeitsentgelts beträgt. Das Pflegeunterstützungsgeld wird auf Antrag von der Pflegekasse gewährt.

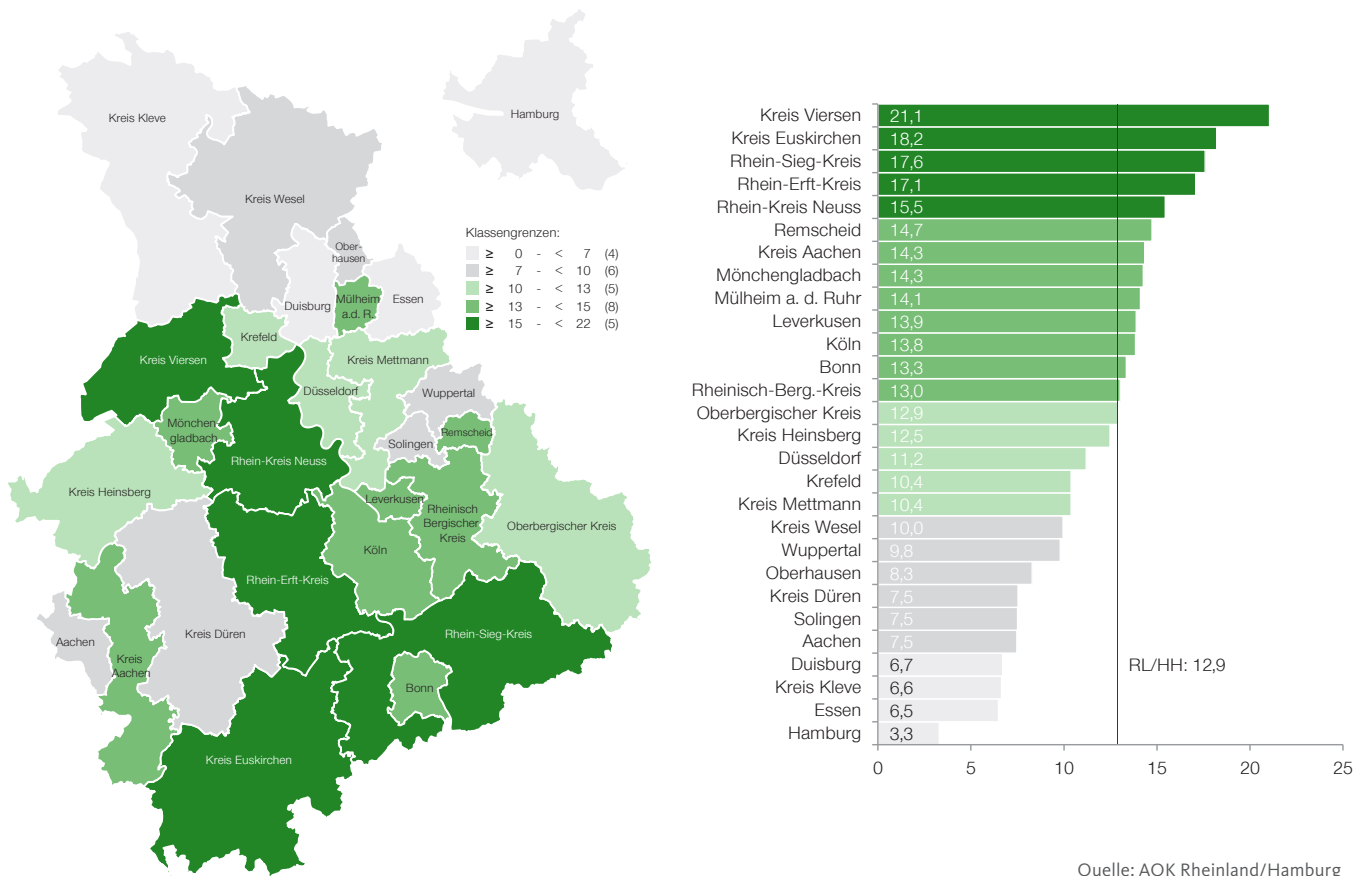
Die Inanspruchnahme des Pflegeunterstützungsgeldes folgt im Zeitverlauf keinem erkennbaren Muster. Nach vergleichsweise hohen Fallzahlen direkt nach Einführung der Leistung schwankt die Nutzung zwischen 30 und 40 Fällen pro Monat (Abbildung 3/22).

Abbildung 3/22: Inanspruchnahme des Pflegeunterstützungsgeldes, absolute Fallzahlen, Januar 2015 bis April 2016



Quelle: AOK Rheinland/Hamburg

Abbildung 3/23: Inanspruchnahme Pflegeunterstützungsgeld pro 1.000 neupflegebedürftige Personen, Kreisvergleich, Januar 2015 bis April 2016



Quelle: AOK Rheinland/Hamburg

Die Anzahl der Personen, die Pflegeunterstützungsgeld beanspruchen, ist insgesamt sehr gering: Im Durchschnitt liegt sie bei 12,9 pro 1.000 Neueintritte in die Pflege.

Regional wird das Pflegeunterstützungsgeld sehr unterschiedlich in Anspruch genommen. Vergleicht man die Fallzahlen pro 1.000 neupflegebedürftige Personen im Zeitraum von Januar 2015 bis April 2016, liegt der Wert im Kreis Viersen mehr als sechsmal so hoch wie in Hamburg (Abbildung 3/23).

### Bezug von Beiträgen zur Rentenversicherung

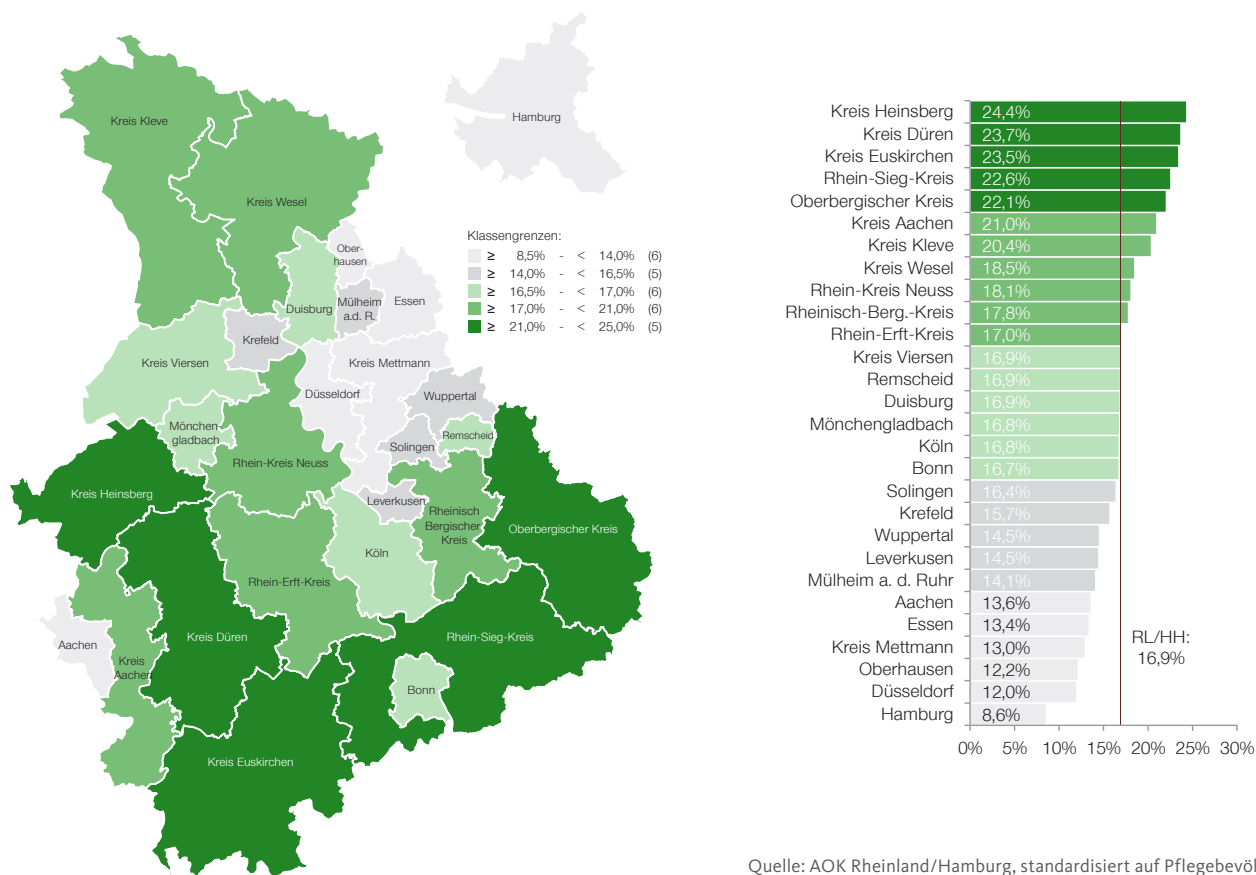
Die häusliche Pflege von Angehörigen erfordert viel Zeit und Kraft und ist daher oftmals nicht mit paralleler Erwerbstätigkeit oder nur mit eingeschränkter Erwerbstätigkeit zu vereinbaren. Um die soziale Absicherung von Pflegepersonen im Alter zu verbessern, entrichtet die Pflegekasse für den Zeitraum der Pflegetätigkeit Beiträge an die gesetzliche Rentenversicherung. Voraussetzung ist, dass der Gesamtpflegeaufwand mindestens 14 Stunden pro Woche beträgt und die Pflegeperson nicht regelmäßig mehr als 30 Stunden pro Woche erwerbstätig ist. Die Höhe des Rentenanspruchs ergibt sich aus der Pflegestufe des Pflegebedürftigen und dem zeitlichen Pflegeaufwand. Pflegepersonen, die bereits eine Altersrente beziehen, sind von dieser Leistung ausgenommen.

Im Jahr 2014 erhielten die Pflegepersonen von 16,9 Prozent aller ambulant gepflegten Personen Beiträge zur Rentenversicherung von der Pflegekasse. Im Kreis Heinsberg lag dieser Wert sogar bei beinahe 25 Prozent, in Hamburg hingegen bei unter neun Prozent (Abbildung 3/24).

Eine Analyse der Leistungsbezieher und -bezieherinnen gibt einen ersten Einblick in den zeitlichen Umfang der Pflegetätigkeiten. Die Daten erlauben lediglich Aussagen darüber, ob eine Person mehr als 14 Stunden pro Woche für die Pflege aufbringt; sie ermöglichen keine differenzierte Betrachtung. Die Kreisdurchschnittswerte hinsichtlich der Rentenversicherungsbeiträge stehen in einem deutlichen Zusammenhang mit der Anzahl der Pflegegeldbezieher. Dort wo die Pflege ohne die Hilfe eines ambulanten Pflegedienstes erbracht wird, fällt die Unterstützungsleistung durch die Pflegepersonen höher aus und übertrifft häufiger den erforderlichen Zeitaufwand von 14 Stunden pro Woche.

Pflegepersonen von Menschen mit Demenz beziehen mit 18,8 Prozentpunkten etwas häufiger Beiträge zur Rentenversicherung als der Durchschnitt aller Pflegenden.

Abbildung 3/24: Anteil der Pflegepersonen, die Beiträge zur Rentenversicherung erhalten, an allen ambulant gepflegten Personen, Kreisvergleich, 2014



Quelle: AOK Rheinland/Hamburg, standardisiert auf Pflegebevölkerung 2013

## 3.3 Umfrage: Pflegesituation von Menschen mit demenziellen Erkrankungen

### Umfragedesign

Menschen mit Demenz benötigen zumeist eine besonders intensive Pflege, Betreuung und Beaufsichtigung. Die Analyse der Routinedaten zeigt, dass sie im Durchschnitt eine höhere Pflegestufe haben, sie deutlich häufiger stationär gepflegt werden und dass ihre Pflegepersonen häufiger pflegeentlastende Leistungen in Anspruch nehmen.

Über die Pflegesituation in der eigenen Häuslichkeit und das informelle Pflegenetzwerk aus pflegenden Angehörigen und möglicherweise Freunden sowie der Nachbarschaft geben die Routinedaten jedoch keine Auskunft. Dabei sind diese informellen Strukturen im deutschen Pflegesystem von besonderer Relevanz. Für den Pflege-Report hat die AOK Rheinland/Hamburg eine telefonische Befragung von Pflegepersonen, die Menschen mit Demenz betreuen, durchgeführt. Ziel war es, ihre Pflegesituation besser zu verstehen und das Pflege- und Unterstützungsnetzwerk zu ergründen.

Befragt wurden Pflegepersonen, die die Serviceleitstelle Demenz der AOK Rheinland/Hamburg betreut. Bei diesem Angebot handelt es sich um eine besondere Anlaufstelle für demenziell erkrankte Menschen und ihre Angehörigen. Pflegeexpertinnen und -experten begleiten und unterstützen inzwischen über 12.500 Betroffene und ihre Angehörigen. Dabei helfen sie bei Fragen zu Entlastungsmöglichkeiten für Angehörige genauso wie bei der kurzfristigen Beschaffung eines Pflegeplatzes, zum Beispiel nach einer Krankenhausentlassung.

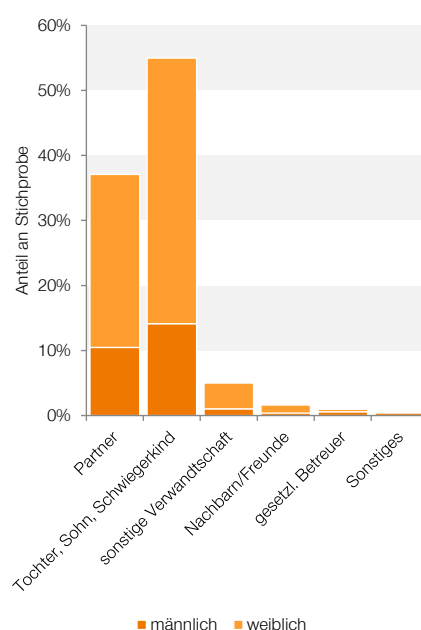
Insgesamt wurden aus dieser Grundgesamtheit knapp 1.050 qualifizierte Interviews anhand eines Fragebogens geführt. Die befragten Personen wurden zufällig ausgewählt, sodass von einer Repräsentativität in Bezug auf die Grundgesamtheit ausgegangen werden kann. Die Befragung führte das ServiceCenter Kundenmanagement der AOK Rheinland/Hamburg im Zeitraum vom 6. bis zum 22. Juni 2016 durch.

Die pflegebedürftigen Personen in der Stichprobe waren zu 57 Prozent weiblich und im Schnitt 82,9 Jahre alt. 11,8 Prozent hatten die Pflegestufe 0; 37,6 Prozent die Pflegestufe 1; 35,6 Prozent die Pflegestufe 2 und 15 Prozent eine Pflegestufe 3. Die regionale Verteilung der Personen in der Stichprobe entspricht in ihren Anteilen weitestgehend der Herkunft der AOK-Versicherten.

Bei den angerufenen Hauptpflegepersonen handelte es sich in über der Hälfte der Fälle um eine Tochter, einen Sohn oder um ein Schwiegerkind. Am zweithäufigsten war die Pflegeperson

die Partnerin oder der Partner. In etwa fünf Prozent der Fälle bestand zwischen der pflegebedürftigen Person und der Pflegeperson ein anderes Verwandtschaftsverhältnis. Nachbarn und Freunde machten in der Stichprobe keine zwei Prozent aus und in wenigen Fällen wurde mit einer gesetzlichen Betreuerin beziehungsweise einem gesetzlichen Betreuer gesprochen (vergleiche Abbildung 3/25). Die Befragungsdaten bestätigen außerdem noch einmal die tragende Rolle der Frauen in der Pflege. Das gilt neben der Partnerpflege und der Unterstützung von Kindern oder Schwiegerkindern auch für andere Verwandte und pflegende Freunde sowie Nachbarn.

Abbildung 3/25: Profil der angerufenen Hauptpflegepersonen, Beziehung zur pflegebedürftigen Person und Geschlecht



Quelle: AOK Rheinland/Hamburg

## An der Pflege beteiligte Personen

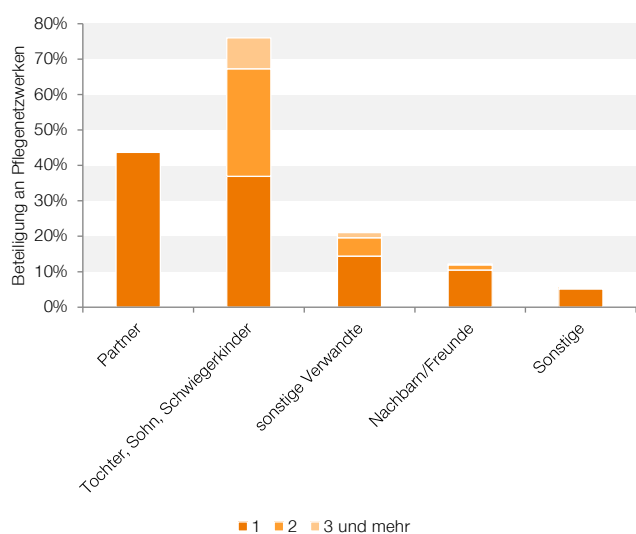
Die angerufenen Hauptpflegepersonen wurden gebeten, alle Personen zu benennen, die an der Pflege, Betreuung und Unterstützung der pflegebedürftigen Person beteiligt sind. In 44 Prozent der Pflege- und Unterstützungsnetzwerke wirkt die Partnerin oder der Partner mit und in 76 Prozent der Fälle ist mindestens Tochter, Sohn oder Schwiegerkind beteiligt. Zusätzlich engagiert sich in 21 Prozent der Fälle eine weitere Person aus der Verwandtschaft (Abbildung 3/26). In den meisten Fällen wird die Pflege von Familien geleistet. Es ist jedoch davon auszugehen, dass zukünftig die Rolle von „Wahlverwandtschaften“ zunehmen wird.

Die Rolle der Personen im Pflegenetzwerk ist in den einzelnen Personengruppen unterschiedlich. Wenn eine Partnerin oder ein Partner an der Pflege beteiligt ist, ist er oder sie in 85 Prozent der Fälle auch die Hauptpflegeperson. Sie lebt fast immer mit der pflegebedürftigen Person zusammen und übernimmt die meisten Tätigkeiten selbst. 70 Prozent der Partnerinnen und Partner übernehmen die Körperpflege, 98 Prozent die Betreuung und Beaufsichtigung und zu über 80 Prozent auch die Unterstützung im Haushalt und beim Einkaufen. In fast allen Fällen beträgt der

Zeitaufwand mehr als fünf Stunden pro Tag (vergleiche Abbildungen 3/27 bis 3/30, Seite 54 und 55).

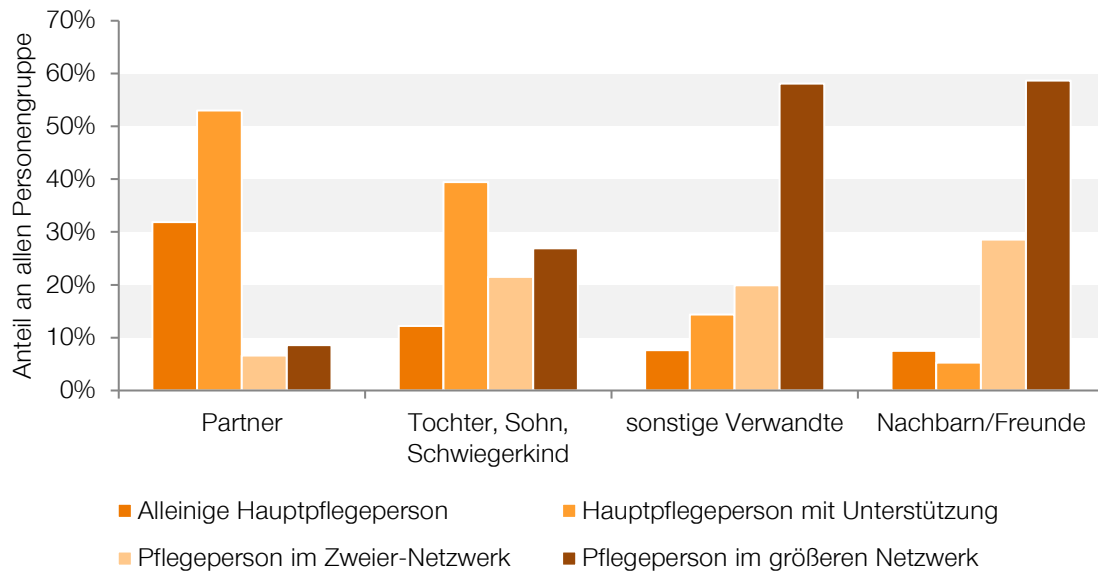
Die Rolle der Söhne, Töchter und Schwiegerkinder in der Pflege ist uneinheitlicher. Etwa die Hälfte engagiert sich als Hauptpflegeperson, die andere Hälfte unterstützt als weitere Pflegeperson. Diese Verteilung spiegelt sich auch in den übernommenen Tätigkeiten wider. Während die Körperpflege und die Medikamentengabe etwa von jedem zweiten Kind übernommen werden, sind es bei der Betreuung und Beaufsichtigung sowie bei den hauswirtschaftlichen Tätigkeiten drei Viertel bis zu 90 Prozent. Sonstige Verwandte und Nachbarn leisten in der Regel in größeren Netzwerken zusätzliche Unterstützung. Sie kommen zumeist nicht täglich und beteiligen sich vor allem bei der Betreuung und Beaufsichtigung. Jedoch gibt es auch in diesen Personengruppen Menschen, die sich als Hauptpflegeperson in erheblichem Umfang in der Pflege engagieren.

Abbildung 3/26: Anzahl der an der Pflege und Betreuung beteiligten Personen nach Personengruppen, Anteil an allen Pflegenetzwerken



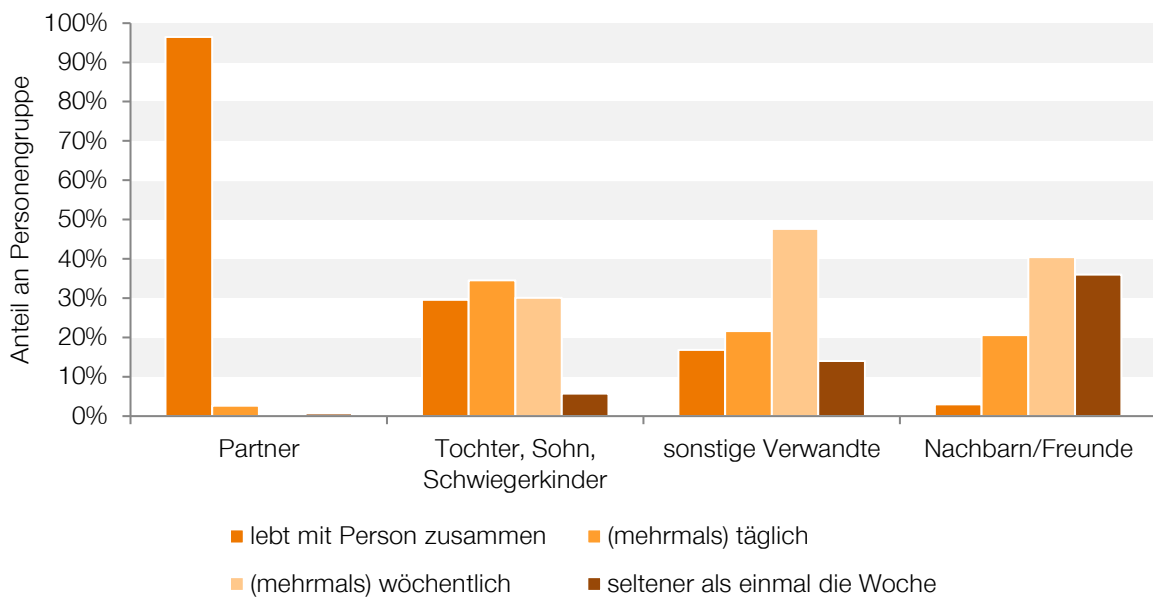
Quelle: AOK Rheinland/Hamburg

Abbildung 3/27: Rolle im Netzwerk nach Personengruppe



Quelle: AOK Rheinland/Hamburg

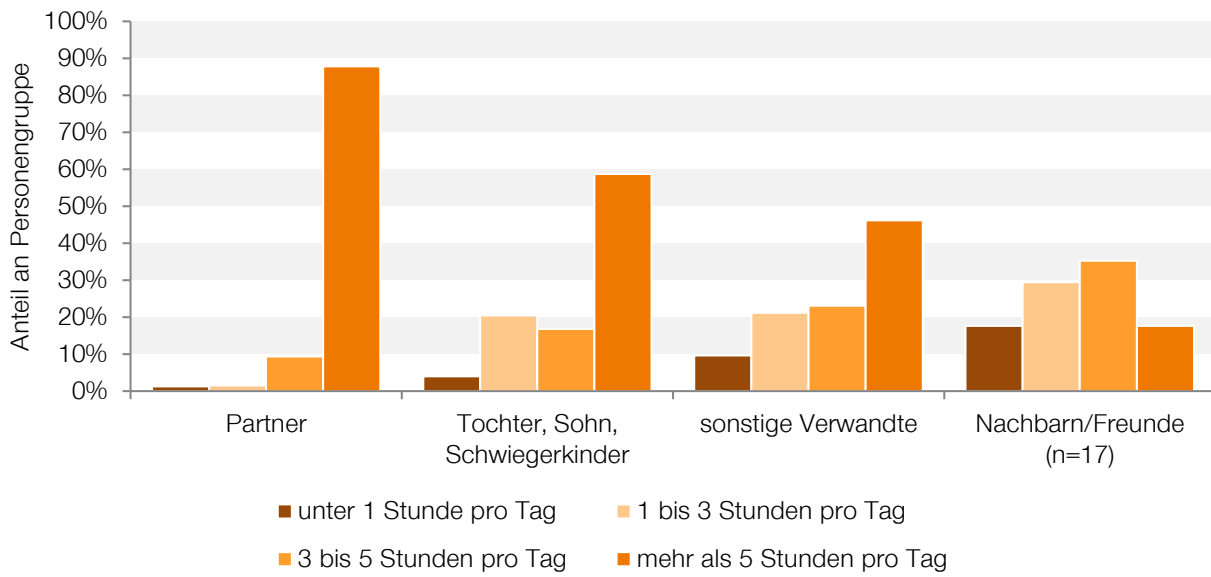
Abbildung 3/28: Kontakthäufigkeit nach Personengruppe



Quelle: AOK Rheinland/Hamburg

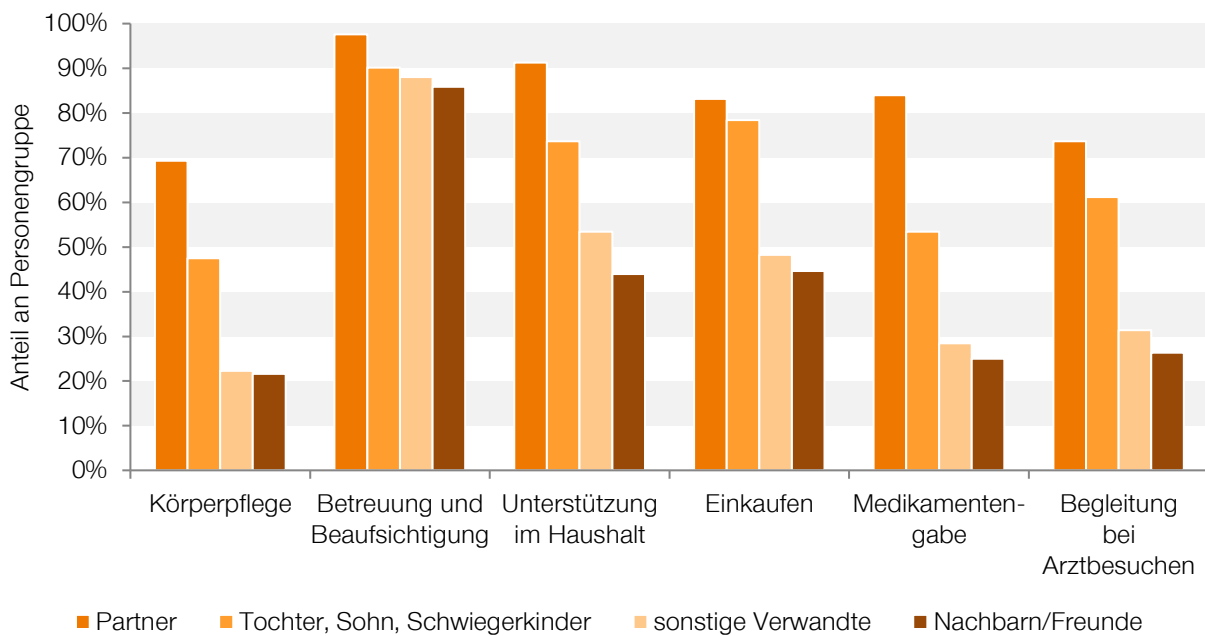


Abbildung 3/29: Zeitaufwand der Hauptpflegeperson für Pflege und Betreuung pro Tag nach Personengruppe



Quelle: AOK Rheinland/Hamburg

Abbildung 3/30: Art der Unterstützung durch Verwandte und Bekannte



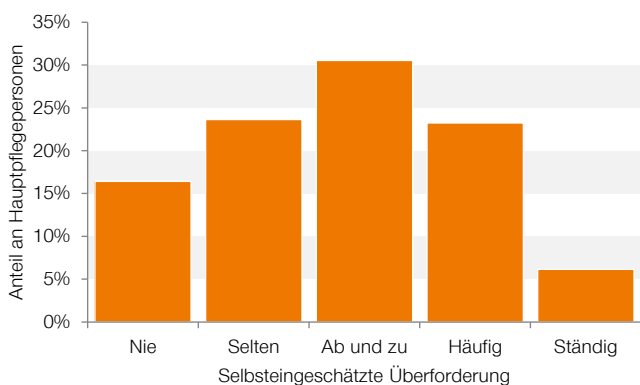
Quelle: AOK Rheinland/Hamburg

## Überforderung bei der Pflege Tätigkeit

In über zwei Dritteln aller Fälle verbringt die Hauptpflegeperson mehr als fünf Stunden pro Tag mit der Pflege und Betreuung. In 15 Prozent der Fälle zwischen drei und fünf Stunden. Der Anteil derjenigen Hauptpflegepersonen, die drei oder weniger Stunden am Tag pflegen, liegt bei 17 Prozent. Aus einer repräsentativen Umfrage des Wissenschaftlichen Instituts der Ortskrankenkassen geht hervor, dass bezogen auf alle pflegebedürftigen Personen – also unabhängig vom Demenzstatus – der Anteil derjenigen, die drei oder weniger Stunden pflegen, bei knapp 50 Prozent liegt.<sup>1</sup> Dieser Vergleich zeigt den deutlich höheren zeitlichen Pflegeaufwand bei Personen mit Demenz.

Auf die Frage, wie häufig sie sich bei ihrer Pflege Tätigkeit überfordert fühlen, gaben knapp 30 Prozent der Befragten an, dass dies häufig oder ständig vorkomme. Bei weiteren 30 Prozent ist dies ab und zu der Fall. 40 Prozent der Befragten fühlten sich nie oder nur selten überfordert (Abbildung 3/31).

Abbildung 3/31: Selbsteingeschätzte Überforderung der Hauptpflegeperson durch die Pflege Tätigkeit

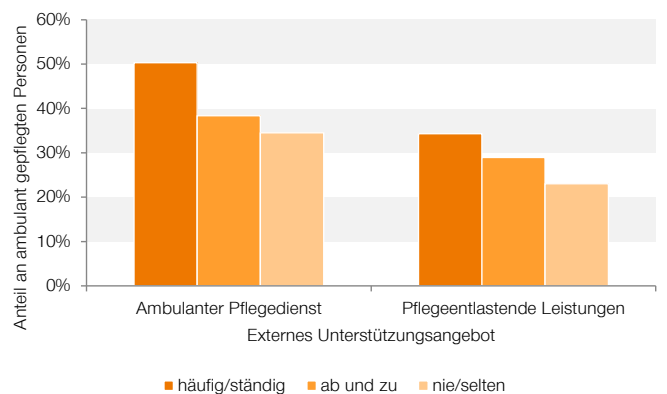


Quelle: AOK Rheinland/Hamburg

Es ist keineswegs so, dass die Personen mit hoher selbsteingeschätzter Überforderung nicht vom Pflegesystem erreicht werden. Sie sind im Gegenteil diejenigen, die am meisten durch professionelle externe Leistungsanbieter bei der Pflege unterstützt werden. Tendenziell kommt die Hilfe somit dort an, wo sie gebraucht wird. Jedoch deutet dieser Befund auch darauf hin, dass die hohe Belastung durch die Pflege einer Person mit Demenz nicht immer adäquat durch Pflegeunterstützungsangebote aufgefangen werden kann (Abbildung 3/32).

Obwohl es den meisten pflegebedürftigen Personen zusteht, nutzen 38 Prozent von ihnen keine externen Unterstützungsangebote (vergleiche Abbildung 3/32). In zwei Dritteln der Fälle geschieht dies, weil die Pflegepersonen keinen Bedarf an professioneller Unterstützung haben. 30 Prozent gaben an, dass die pflegebedürftige Person nicht von Fremden gepflegt werden möchte (Abbildung 3/33).

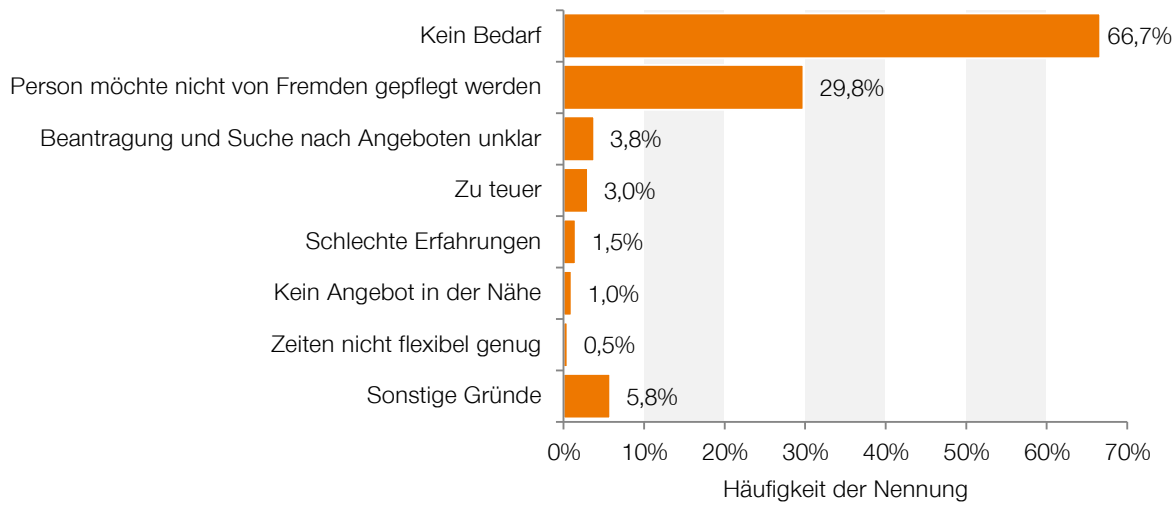
Abbildung 3/32: Nutzung von professionellen Pflegeunterstützungsangeboten nach selbsteingeschätzter Überforderung der Hauptpflegeperson



Quelle: AOK Rheinland/Hamburg

<sup>1</sup> Schwinger, Antje et al. 2016: Unterstützungsbedarf in der informellen Pflege – eine Befragung pflegender Angehöriger. In: Jacobs, Klaus et al. (Hrsg.): Pflege-Report 2016. Schwerpunkt: Die Pflegenden im Fokus. Stuttgart, S. 189–216.

Abbildung 3/33: Gründe für den Verzicht auf externe Unterstützungsleistungen (Mehrfachnennungen waren möglich)



Quelle: AOK Rheinland/Hamburg

## Typen von Pflege- und Unterstützungsnetzwerken

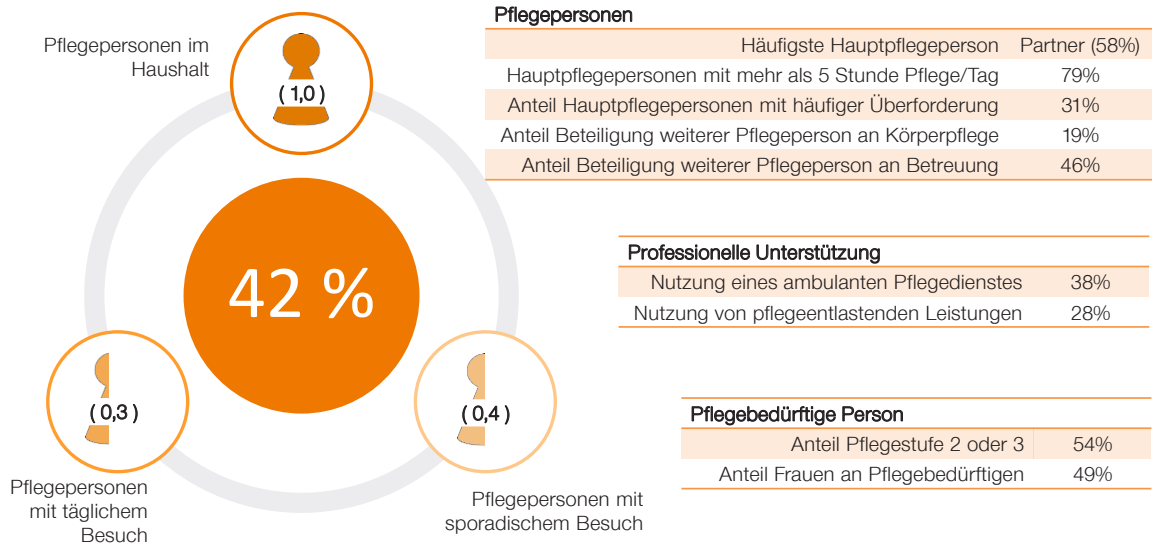
Die Pflege und Betreuung von Personen mit Demenz ist individuell sehr verschieden. Nicht nur variiert der Pflege- und Betreuungsaufwand in Abhängigkeit des Pflegebedarfs, sondern auch die familiäre und nachbarschaftliche Unterstützung und Hilfe, um die Pflege und Beaufsichtigung zu leisten, unterscheidet sich. Die Pflegenetzwerke sind sehr unterschiedlich.

Mittels einer Clusteranalyse wurden auf Basis der Umfragedaten verschiedene Typen von Pflege- und Unterstützungsnetzwerken ermittelt. Die Einteilung erfolgte nach der Anzahl der Pflegepersonen im Haushalt, mit täglichem Besuch und mit sporadischem Besuch. Auf diese Weise konnten die über 1.000 befragten Personen in fünf typische Pflege- und Unterstützungsnetzwerke differenziert werden. Diese Cluster zeichnen sich dadurch aus, dass sich die Fälle in den verwendeten Variablen innerhalb der Gruppen ähnlich sind, sich aber zwischen den Gruppen unterscheiden. Die fünf Cluster weisen auch in den weiteren Variablen, die nicht zur Typenbildung herangezogen worden sind, Unterschiede auf. Insgesamt ergeben sich klar identifizierbare und interpretierbare Profile, die im Folgenden vorgestellt werden. Am häufigsten (42 Prozent) kommt das Pflegenetzwerk mit einer alleinigen Pflegeperson vor, die mit der pflegebedürftigen Person zusammenlebt. In fast 60 Prozent der Fälle handelt es sich um die Partnerin beziehungsweise den Partner. Unterstützung von anderen Personen ist eher selten. 47 Prozent der Hauptpflegepersonen pflegen vollständig alleine. In einem Viertel der Fälle kommt eine zusätzliche Person täglich und in einem

Drittel der Fälle kommt mindestens eine zusätzliche Person seltener als täglich. Die Beteiligung weiterer Pflegepersonen an der Körperpflege ist daher eher die Ausnahme und auch bei der Betreuung und Beaufsichtigung bekommt weniger als die Hälfte der Hauptpflegepersonen Unterstützung. In 38 Prozent der Fälle kommt ein ambulanter Pflegedienst und in 28 Prozent der Fälle werden pflegeentlastende Leistungen in Anspruch genommen (Abbildung 3/34, Seite 58).

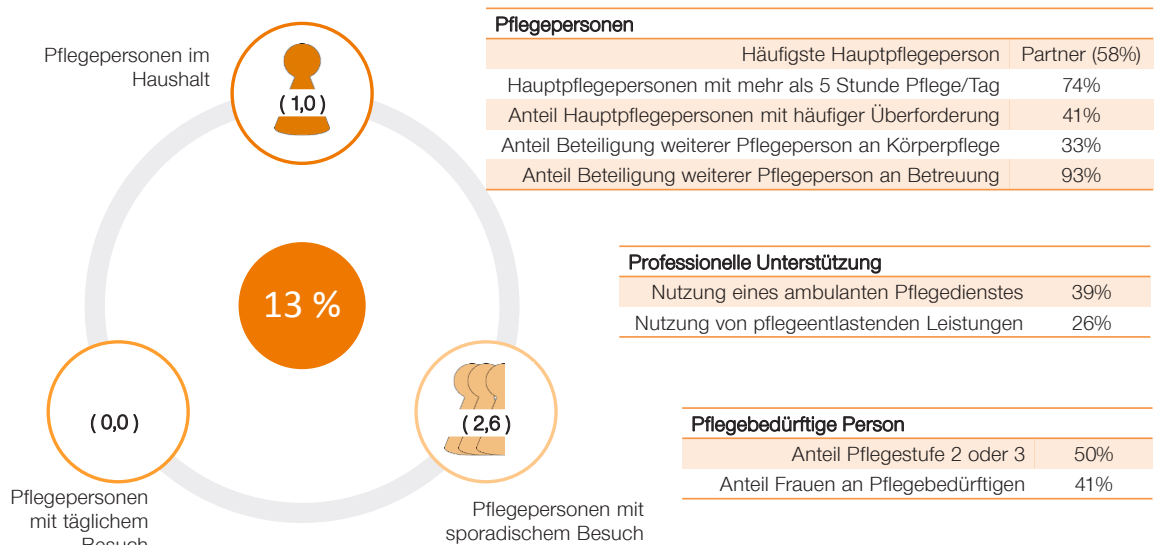
Ein ähnliches Cluster ist das Pflegenetzwerk mit einer alleinigen Pflegeperson mit hoher Überforderung. Auch hier ist die Hauptpflegeperson zumeist die Partnerin oder - in selteneren Fällen - auch der Partner. Der Anteil der Hauptpflegepersonen, die sich bei der Pflege häufig oder ständig überfordert fühlen, ist mit 41 Prozent in diesem Cluster überdurchschnittlich hoch. In diesen Netzwerken gibt es keine weiteren Personen, die täglich Unterstützung leisten. Stattdessen gibt es mehrere Personen, die seltener als täglich vorbeikommen - vor allem zur Betreuung und Beaufsichtigung. In diesem Netzwerktyp sind vergleichsweise häufig Nachbarn, Freunde und Bekannte beteiligt (28 Prozent). Ein ambulanter Pflegedienst kommt in 39 Prozent der Fälle vorbei und in 26 Prozent der Fälle werden pflegeentlastende Leistungen genutzt. Von denjenigen, die keine professionelle Unterstützung in Anspruch nehmen, gaben in diesem Cluster 44 Prozent als Grund an, dass die Person nicht von einer fremden Person gepflegt werden möchte. Dieser Wert ist im Vergleich zu den anderen Clustern deutlich höher (Abbildung 3/35, Seite 58).

Abbildung 3/34: Typ 1 – alleinige Pflegeperson



Quelle: AOK Rheinland/Hamburg

Abbildung 3/35: Typ 2 – alleinige Pflegeperson mit hoher Überforderung

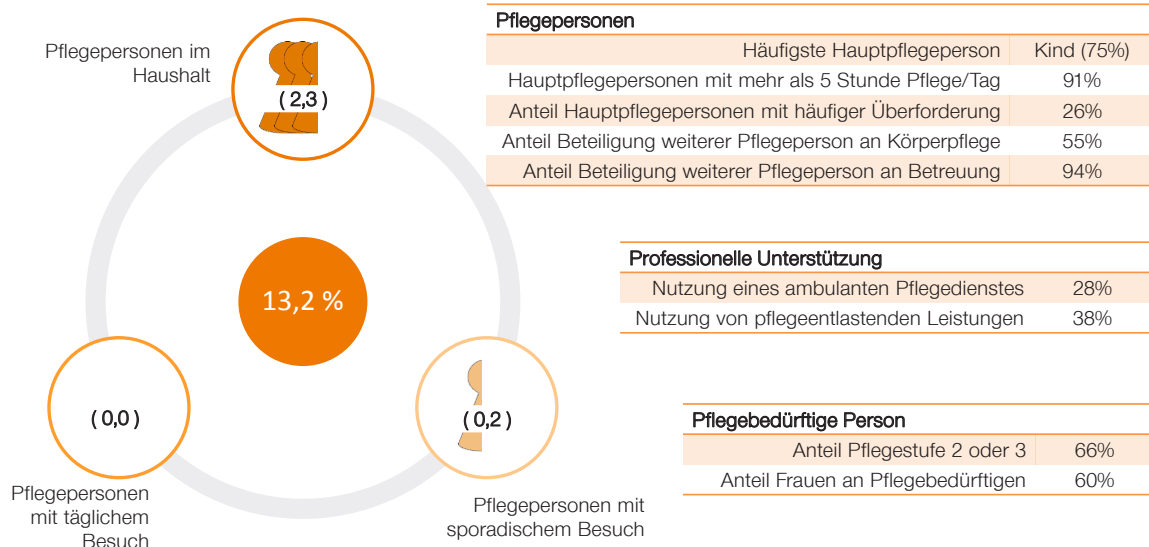


Quelle: AOK Rheinland/Hamburg

Der dritte Netzwerktyp kann als arbeitsteiliges häusliches Pflegenetzwerk bezeichnet werden. Die Pflege und Unterstützung wird fast ausschließlich durch Mitglieder des Haushalts erbracht. Im Durchschnitt sind 2,3 Personen aus dem Haushalt beteiligt. Hauptpflegeperson ist zumeist ein Kind der pflegebedürftigen Person. Die Tätigkeiten sind jedoch auf mehrere Schultern verteilt. In 55 Prozent der Fälle ist eine weitere Person

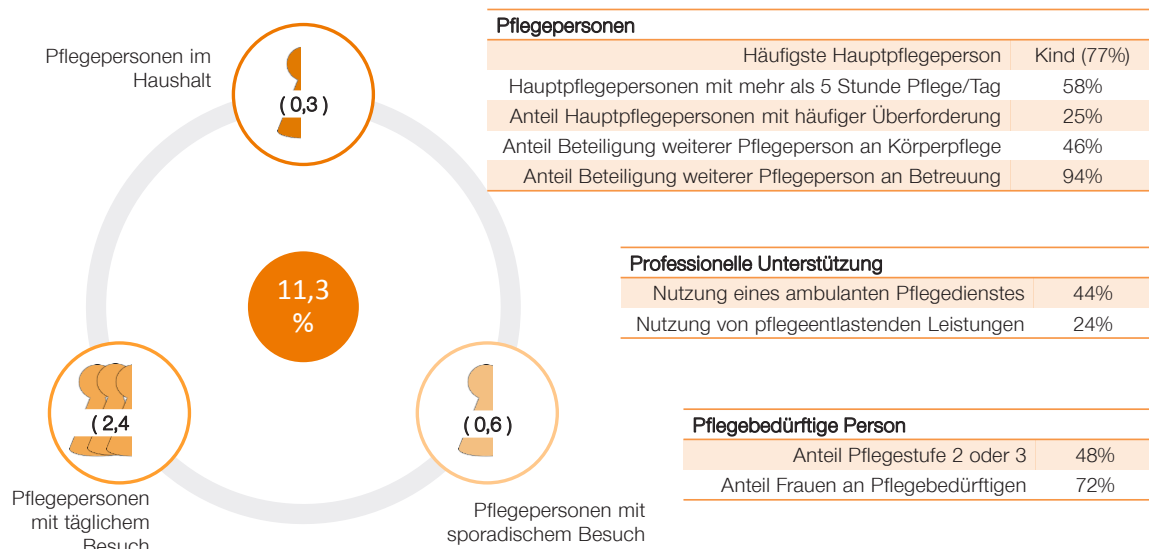
bei der Körperpflege und in 93 Prozent bei der Betreuung und Beaufsichtigung beteiligt. Ein ambulanter Pflegedienst kommt nur in 28 Prozent der Fälle ins Haus. Dafür werden in 38 Prozent der Fälle pflegeentlastende Leistungen in Anspruch genommen. Offensichtlich gelingt es trotz überdurchschnittlichen Pflegebedarfs - zwei Drittel der pflegebedürftigen Personen haben eine Pflegestufe 2 oder 3 - recht gut, die Belastung abzufedern. Der

Abbildung 3/36: Typ 3 – arbeitsteiliges häusliches Pflegenetzwerk



Quelle: AOK Rheinland/Hamburg

Abbildung 3/37: Typ 4 – arbeitsteiliges außerhäusliches Pflegenetzwerk

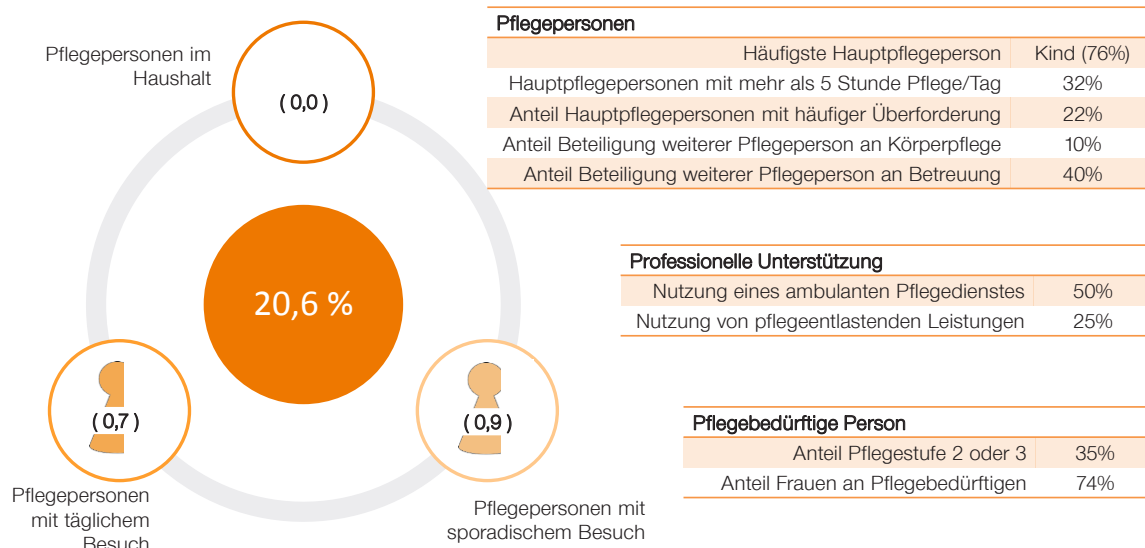


Quelle: AOK Rheinland/Hamburg

Anteil der Hauptpflegepersonen, die sich häufig oder ständig überfordert fühlen, liegt bei 26 Prozent (Abbildung 3/36). Demgegenüber steht ein arbeitsteiliges außerhäusliches Pflegenetzwerk, bei dem durchschnittlich 2,4 Personen (mehrmals) täglich für die Pflege- und Unterstützung vorbeikommen. Auch dieses Netzwerk wird vor allem von den Kindern getragen. In 77 Prozent der Fälle ist ein Kind die Hauptpflegeperson. In 46

Prozent der Fälle ist eine zweite Person bei der Körperpflege beteiligt und in 94 Prozent bei der Betreuung und Beaufsichtigung. Unterstützt wird dieses informelle Netzwerk durch eine vergleichsweise häufige Nutzung eines ambulanten Pflegedienstes (44 Prozent) (Abbildung 3/37). Der fünfte Typ ist ein professionelles Pflegenetzwerk. Die Unterstützung durch Pflegepersonen ist in diesem Netzwerk nicht

Abbildung 3/38: Typ 5 – professionelles Pflegenetzwerk



Quelle: AOK Rheinland/Hamburg

sonderlich umfangreich, was auch mit dem niedrigen durchschnittlichen Pflegebedarf zusammenhängen dürfte. Zwei Drittel der pflegebedürftigen Personen haben eine Pflegestufe 0 oder 1. Hauptansprechpartner ist zumeist ein Kind. Nur in zehn Prozent der Fälle ist eine weitere Pflegerperson bei der Körperpflege und in 40 Prozent bei der Betreuung und Beaufsichtigung beteiligt. Dafür kommt in jedem zweiten Fall ein ambulanter Pflegedienst nach Hause. Der Anteil der häufig oder ständig überforderten Hauptpflegerpersonen liegt bei vergleichsweise niedrigen 22 Prozent (Abbildung 3/38).

Mit diesen Typen von Pflege- und Unterstützungsnetzwerken wird versucht, die verschiedenen Pflegerealtitäten abzubilden und darzustellen. Sie stellen eine geeignete Zwischenlösung dar zwischen allgemeinen Durchschnittswerten, bei denen unterschiedliche Pflegekontexte „weggemittelt“ werden, und einer unübersichtlichen Darstellung von über 1.000 Einzelfällen.

Der Versuch, für alle Fälle allgemeingültige Zusammenhänge zu identifizieren, hat zu keinem Ergebnis geführt. Die empfundene Überforderung bei der Pflege hängt nämlich nicht allein von dem zeitlichen Pflegeaufwand ab, sondern auch von der Art und dem Umfang der Beteiligung weiterer Pflegerpersonen. Es zeigt sich, dass die Berücksichtigung von unterschiedlichen Pflegekontexten zu einem besseren Verständnis beiträgt.

Trotz teilweise hoher eigener Pflegebelastung fühlen sich die Hauptpflegerpersonen in den arbeitsteiligen Pflegenetzwerken seltener durch ihre Pfl egetätigkeit überfordert als in Netzwerken, in denen eine Person die Hauptlast trägt. Diese Unterschiede zwischen den Clustern zeigen deutlich, dass das Pflegenetzwerk eine bedeutsame Rolle spielt.

# Demenzdörfer: Institution oder Inklusion?

## Auf der Suche nach neuen Versorgungsformen für Menschen mit Demenz

von Thomas Klie

Orte, an denen Menschen mit Demenz gut leben können, gilt es überall in Deutschland zu gestalten, auch und gerade im ländlichen Raum. Neben klassischen Pflegeheimen und der häuslichen Versorgung werden seit Jahren neue konzeptionelle Wege gesucht. Im ländlichen Raum bewähren sich wohnortnahe Versorgungseinheiten in ambulant betreuten Wohngemeinschaften. Sie entfalten ihre besondere Qualität gerade dann, wenn sie bürgerschaftlich mitgetragen werden und so als unterstützende Einrichtungen erlebt und betrieben werden. Hier schaffen es Profis, Angehörige, Freiwillige und andere beruflich Tätige, Teilhabe zu sichern, den Kontakt zu den Bürgerinnen und Bürgern vor Ort zu erhalten, das Alltagsleben mitzugestalten und sich die Verantwortung für die Rahmenbedingungen einer guten Versorgung und Alltagsgestaltung zu teilen.

Eine viel diskutierte, aber bislang in Deutschland kaum realisierte Entwicklung auf dem Gebiet der Demenzversorgung sind die sogenannten Demenzdörfer. Die Semantik „Dorf“ ist dabei problematisch, da es sich um ein virtuelles, nicht unbedingt echtes Dorf handelt. Demenzdörfer sind konzeptionell weiterentwickelte Heime. Sie sind nicht für kleine Orte geeignet, da sie eine gewisse Größe haben müssen, um ihre innere Vielgestaltigkeit und intendierte Lebendigkeit zu erhalten. Im städtischen Bereich können sie jedoch als Alternative zum klassischen Heim ihre Attraktivität entfalten – aber eben als moderne Variante von Heimen. Wenn sich Quartiere, wenn sich Stadtviertel für Menschen mit Demenz öffnen, wenn Inklusion in diese Richtung gelebt wird, schaffen wir gute Lebensbedingungen für Menschen mit Demenz, unabhängig davon, wo sie leben – das hat dann sehr viel zu tun mit dem Inklusionsversprechen, das sich die Gesellschaft spätestens mit der Behindertenrechtskonvention gegeben hat. Mit den bislang bekannten Demenzdörfern, insbesondere De Hogeweyk in den Niederlanden, hat das dagegen nichts zu tun. Sie sind gleichwohl konzeptionell interessante Variationen und Weiterentwicklungen stationärer Versorgungsformen. Deshalb sollen im Folgenden die beiden Varianten bezüglich ihrer Vorteile und Vorbehalte thesenhaft näher beleuchtet werden.

1. Demenzdörfer werden in pragmatischer und zugleich modellhafter Weise in den Niederlanden erprobt. Sie stehen

für ein verändertes Verständnis von Versorgungsprämissen und Lebensgestaltung für und von Menschen mit Demenz. Sie stellen gemeinschafts- und kulturbezogene Lebensformen ebenso in den Vordergrund wie Aktivitäten und Begegnung im (halb)öffentlichen Raum und sie weisen der medizinischen und pflegerischen Versorgung eine unterstützende, aber keine dominante Funktion zu. Diese konzeptionelle Ausrichtung ist plausibel, wenngleich in ihren Wirkungen (noch) nicht wissenschaftlich dokumentiert. Sie entspricht einer Anthropologie, die Demenz als Lebensform und, unter dem Vorzeichen der Begleitung, nicht primär als Krankheit versteht. Auch Demenzdörfer werden allerdings die schweren Seiten der Demenz nicht überwinden.

2. Die große Resonanz, die Demenzdörfer in der öffentlichen Diskussion erfahren haben, lässt die verbreitete Ratlosigkeit über adäquate Versorgungsformen, die Unzufriedenheit mit und das Leiden an der Wirklichkeit der Pflege von Menschen mit Demenz in Teilen der Bevölkerung erkennen. Demenzdörfer und -quartiere transportieren Hoffnungen und Bilder anderer und menschenfreundlicherer Versorgungswirklichkeiten. Inwieweit sie diese einlösen können, bleibt trotz hoher Zustimmung und fachlichen Applauses zum Demenzdorf De Hogeweyk in den Niederlanden offen.
3. Demenzdörfer stellen sich als Sonderwohnformen und weiterhin als exklusive Institutionen dar, die ausschließlich Menschen mit Demenz als Wohn- und Versorgungsort dienen. Sie stehen damit im konzeptionellen und ideologischen Kontrast zu Bemühungen um Deinstitutionalisierung und quartiersbezogenen Versorgungsansätzen. Letztere müssen sich allerdings im urbanen Bereich daraufhin befragen lassen, inwieweit sie ihre Teilhaberversprechen einlösen und autonome Lebensweisen – auch eigensinnige – ermöglichen. Der „Unwirtlichkeit der Städte“ (A. Mitscherlich) lässt sich nicht überall und auch nicht einfach begegnen.
4. Der nicht zuletzt durch die Behindertenrechtskonvention mit neuer Kraft ausgestattete Ansatz der Inklusion, dem utopische Gehalte innewohnen, kann seine paradigmatische Kraft auch auf Menschen mit Demenz erstrecken: Auch sie

sind im Sinne der ICF<sup>1</sup> und der Behindertenrechtskonvention Menschen mit Behinderung. Auch sie haben einen Anspruch auf Teilhabe an Gemeinschaft und Gesellschaft in einem für sie elementar bedeutsamen Sinne. Ansätze wie demenzfreundliche Kommunen, Aktion Demenz und kommunal-politischer Quartiersbezug unterstützen den Inklusionsgedanken wirksam. Der Inklusionsansatz muss sich allerdings mit Blick auf die Krankheitsbilder der Demenz, denen eine Bedeutung auch als Weg aus dem Leben heraus innewohnt, kritisch-produktiv auf seine besondere Ausprägung für die unterschiedlichen Formen und Stadien der Demenz befragen lassen.

5. In der Debatte um adäquate und in ihrer Paradigmatik richtungweisende Versorgungskonzepte für Menschen mit Demenz stehen sich zwei Ansätze gegenüber: die der weitgehenden Integration von psychisch Kranken, respektive von Menschen mit Demenz, in die Gesellschaft, in die örtlichen und quartiersbezogenen Lebenszusammenhänge auf der einen Seite und die Schaffung von progressiven Lebensorten, denen besondere Lebensbedingungen innewohnen (Subkulturen) und die durch die in ihnen entstehenden Lebensweisen Rückwirkungen auf die Gesellschaft entfalten. Quartierskonzepte mit ihren Inklusionsversprechen stehen in dieser Weise Ansätzen von Demenzdörfern gegenüber, ohne dass die jeweilige Bedeutung der Versorgungskonzepte für einen neuen Umgang mit Demenz in der Gesellschaft insgesamt negiert wird. Insofern stellen sich beide Quartiersansätze als potenziell hochrelevante, gesellschaftliche Lernfelder im Umgang mit Demenz dar.
6. Demenzdörfer können ihre besondere Qualität dann und dadurch entfalten, dass sie in anderer als der bisher üblichen Weise inklusiv konzeptioniert und gestaltet werden, sodass Demenzdörfer in diesem Sinne, die inzwischen auch Demenzquartiere genannt werden, zu Orten neuer Formen des Zusammenlebens zwischen Menschen mit und ohne Demenz werden. Hier finden sich Verbindungen zu den Bemühungen um demenzfreundliche Kommunen. Indem sie auch als Lebens- und Wohnort für Familien und ältere

Menschen zu verstehen sind, können sie einen wichtigen Beitrag für eine moderne Orts- und Stadtentwicklung leisten. Sie bieten unter solchen Vorzeichen die Gelegenheit, menschenfreundliche Quartiere von den Grundbedürfnissen von Menschen mit kognitiven und körperlichen Einschränkungen und ihren Sorgebedarfen her zu planen. Wenn sie eine besondere Attraktivität entwickeln, verbunden mit Formen nachhaltiger Lebensweisen, käme ihnen eine besondere Ausstrahlungskraft zu.

7. In den nächsten Jahrzehnten werden Fragen des Lebens mit Demenz, der adäquaten, ökonomisch tragfähigen, fachlich seriösen und solidarischen Versorgung von Menschen mit Demenz, eine große Rolle spielen. Weder in der ambulanten noch in der stationären Versorgung sind die heute verbreiteten Versorgungskonzepte überzeugend. Die experimentelle Erprobung von Demenzdörfern und -quartieren in Deutschland bietet sich als ein relevantes Lernfeld an, das durch Einbindung an Stadt- und Quartiersentwicklung und in breite zivilgesellschaftliche, fachliche und politische Diskurse die Debatte über Leben mit Demenz in unserer Gesellschaft intensivieren und qualifizieren hilft.
8. Demenzdörfer stoßen, nachvollziehbar und in berechtigter Weise, auf Skepsis. Stehen sie doch in der Gefahr, eine neue Variante der Institutionalisierung von Menschen mit Demenz – euphemistisch gefärbt – zu protegieren. Sie werden auch in der Fachdiskussion von entsprechenden Ambivalenzen begleitet und stehen explizit im Konflikt mit landespolitischen Zielvorgaben für die Weiterentwicklung der Versorgungsinfrastruktur im Bereich Teilhabe und Pflege. Unter diesen Vorzeichen taugen sie keinesfalls als konzeptionelle Variante der Regelversorgung. Als eine weitere Variante können sie unter spezifischen Bedingungen, etwa Konversionsanlagen, oder unter besonderer Berücksichtigung ihres Gemeinwesenbezugs eine interessante und die gesamte Landschaft in neue Diskussionen verwickelnde Versorgungsform darstellen, die grundlegende Fragen des Verhältnisses der Gesellschaft zu Menschen mit Demenz aufgreift.



*Prof. Dr. Thomas Klie ist Professor für öffentliches Recht und Verwaltungswissenschaft an der Evangelischen Hochschule Freiburg. Er ist unter anderem wissenschaftlicher Beirat der Deutschen Alzheimergesellschaft und Kurator im Kuratorium Deutsche Altershilfe. Er war Mitglied der Sechsten und Siebten Altenberichtscommission sowie Vorsitzender der Zweiten Engagementberichtscommission der Bundesregierung.*

<sup>1</sup> International Classification of Functioning, Disability and Health: eine von der WHO erstellte und herausgegebene Klassifikation zur Beschreibung des funktionalen Gesundheitszustandes, der Behinderung, der sozialen Beeinträchtigung sowie der relevanten Umweltfaktoren von Menschen ([https://de.wikipedia.org/wiki/International\\_Classification\\_of\\_Functioning,\\_Disability\\_and\\_Health](https://de.wikipedia.org/wiki/International_Classification_of_Functioning,_Disability_and_Health)).



# 4

Professionelle Pflege

## 4 Professionelle Pflege

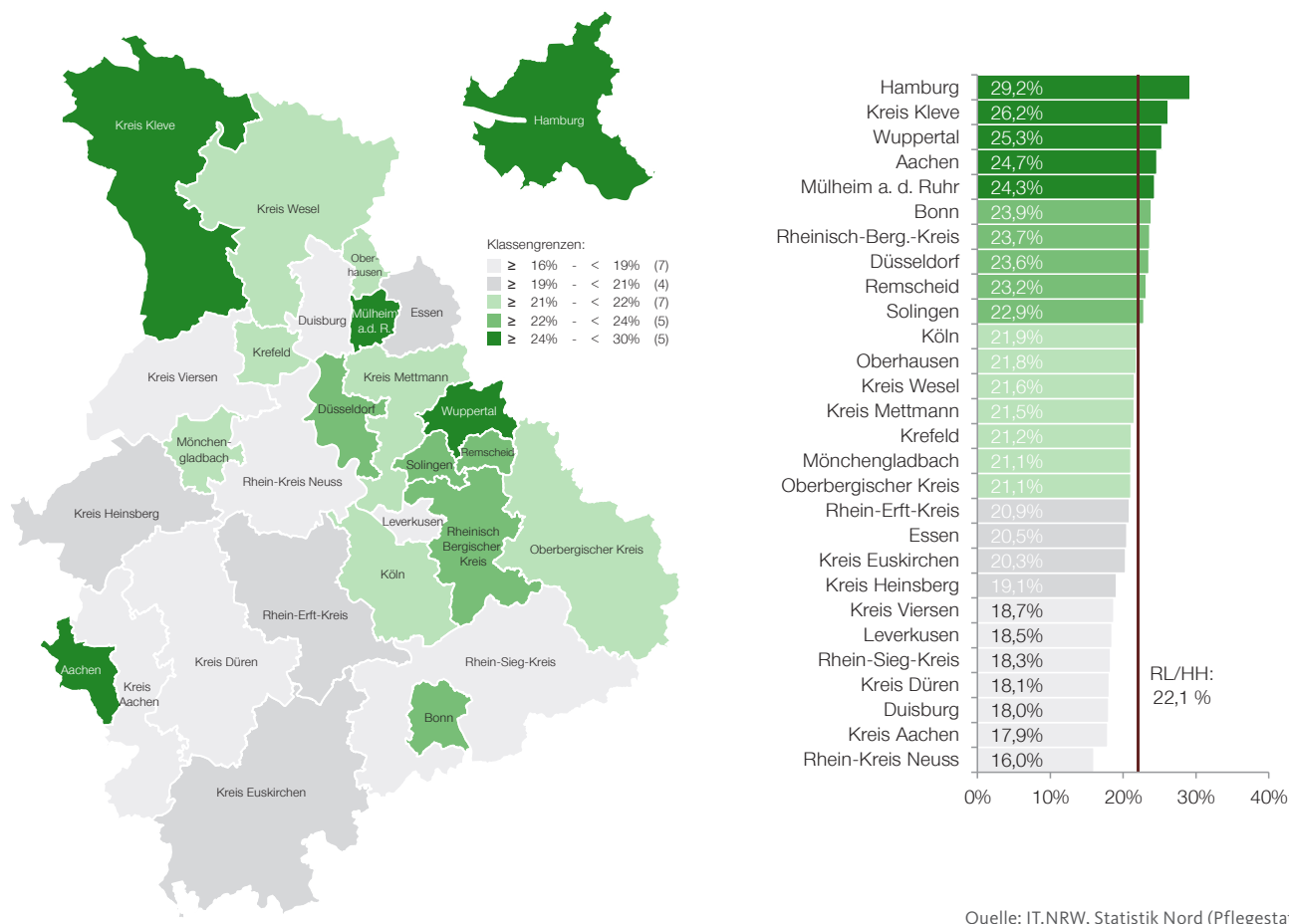
- 22 Prozent der pflegebedürftigen Personen werden zu Hause mit Unterstützung eines ambulanten Pflegedienstes versorgt.
- Stationäre Pflege erhalten 26 Prozent der pflegebedürftigen Personen. Die Inanspruchnahme stationärer Pflege hängt stark vom Pflegeaufwand und von den Betreuungsmöglichkeiten innerhalb der Familie ab. Mit zunehmender Pflegestufe steigt der Anteil der stationären Pflege.
- Menschen mit demenzieller Erkrankung werden deutlich häufiger stationär betreut als Personen ohne Demenz (45 Prozent zu 14 Prozent).
- Von den anfänglich ambulant gepflegten Personen wechselt jede zweite Person mit Demenz im Verlauf ihrer Pflegebedürftigkeit in die stationäre Pflege; von den pflegebedürftigen Personen ohne eine demenzielle Erkrankung jede fünfte.
- In der ambulanten Pflege betreut eine Vollzeitkraft durchschnittlich fünf pflegebedürftige Personen. Regional variiert das Betreuungsverhältnis stark.
- Im stationären Sektor kommen auf eine Vollzeitkraft in der Pflege im Durchschnitt 2,4 pflegebedürftige Personen. Mit wenigen Ausnahmen liegen die meisten Regionen sehr nahe an diesem Durchschnittswert.
- Der Anteil des Pflegepersonals mit einer Ausbildung zur Altenpflege- oder zur Gesundheits- und Krankenpflegefachkraft variiert auf Kreisebene im ambulanten Sektor zwischen 41 und 74 Prozent und in der stationären Pflege zwischen 41 und 56 Prozent.
- Je nach Pflegestufe und Pflegearrangement werden zehn bis 70 Prozent der pflegebedürftigen Personen aufgrund einer potenziell zu verhindernden Erkrankung von einem niedergelassenen Arzt behandelt. Einige Behandlungen wären bei qualitativ guter Pflege vermeidbar.
- Die häufigste vermeidbare Erkrankung, die niedergelassene Ärzte diagnostizieren, ist ein Dekubitus. Jede fünfte stationär gepflegte Person wird innerhalb eines Jahres aufgrund dieser Erkrankung behandelt.
- Die häufigsten vermeidbaren Krankenhausfälle von pflegebedürftigen Menschen sind eine Folge von Frakturen, Dehydrierung oder einer Lungenentzündung bedingt durch das Eindringen von Nahrung oder Erbrochenem in das Bronchialsystem.
- Der Anteil der Personen mit einem potenziell vermeidbaren Krankenhausaufenthalt steigt mit der Pflegestufe. Bei den ambulant gepflegten Personen in Pflegestufe 1 liegt er bei 5,2 Prozent, in Pflegestufe 2 bei 8,2 Prozent und in Pflegestufe 3 bei 13,2 Prozent pro Jahr. Bei den stationär gepflegten Personen liegen diese Anteile bei 8,6 Prozent, 12,7 Prozent und 13,2 Prozent.
- Pflegebedürftige mit Demenz haben häufiger einen Dekubitus und erleiden häufiger eine Dehydrierung als Personen ohne Demenz.

## 4.1 Inanspruchnahme professioneller Pflege

Pflege erfordert nicht nur viel Zeit, sondern ist für die Angehörigen auch mit erheblichen physischen wie psychischen Belastungen verbunden. Es gibt viele Konstellationen, in denen eine alleinige informelle Pflege nicht möglich oder nicht empfehlenswert ist; auch um einer Überlastung der häuslichen Pflege und gesundheitlichen Auswirkungen auf die Pflegepersonen vorzubeugen. Wenn zum Beispiel die nächsten Verwandten nicht in der Nähe wohnen, sie durch Beruf oder eigene Familie stark eingespannt sind oder aber das Ausmaß der Beeinträchtigungen der pflegebedürftigen Person hohe Anforderungen an die medizinische und pflegerische Versorgung stellt, ist die dauerhafte Unterstützung durch professionelle Pflegekräfte notwendig und sinnvoll.

Die Vermutung, der Einsatz professioneller Pflegekräfte führe zu einem Rückgang der Unterstützung und Betreuung durch Angehörige, bestätigt sich nicht. Internationale Vergleichsstudien zeigen, dass sich Angehörige in Ländern mit einem hohen Anteil professioneller Pflege keineswegs aus der Betreuung zurückziehen. Stattdessen kommt es dort zu einer Arbeitsteilung zwischen Pflegepersonen und Pflegekräften. Die Pflegepersonen werden von der Pflege entlastet und engagieren sich verstärkt im Haushalt, bei administrativen Aufgaben und können sich intensiv ihrem pflegebedürftigen Angehörigen und seinen Bedürfnissen widmen und gemeinsame Zeit verbringen.

Abbildung 4/1: Anteil der von einem ambulanten Pflegedienst betreuten Personen an allen pflegebedürftigen Personen, Kreisvergleich, 2013



Im Versorgungsgebiet der AOK Rheinland/Hamburg nehmen etwa 22 Prozent der pflegebedürftigen Personen Sachleistungen, das heißt einen ambulanten Pflegedienst, in Anspruch. Damit liegt die Quote um 1,5 Prozentpunkte niedriger als im gesamten Bundesgebiet. Tendenziell ist die Rate der Sachleistungen in den kreisfreien Städten höher als in den Landkreisen (Abbildung 4/1, Seite 66).

Stationäre Pflegeleistungen nimmt etwas mehr als jede vierte pflegebedürftige Person in Anspruch. Der Anteil der stationären Pflege ist damit drei Prozentpunkte niedriger als der Bundesdurchschnitt.

Zwischen den Kreisen bestehen teilweise erhebliche Unterschiede: Die Differenz zwischen Essen, der Region mit dem höchsten Anteil, und dem Kreis Aachen mit dem niedrigsten Anteil beträgt 15 Prozentpunkte (vergleiche Abbildung 4/2).

Eine Regressionsanalyse gibt Aufschluss über die Gründe für diese Unterschiede. Die Inanspruchnahme der stationären Pflege hängt zum Großteil vom Pflegeaufwand (gemessen als Anteil der Pflegestufe 2, Pflegestufe 3 und Demenz) und den familialen Ressourcen (Anteil der Pflegepersonen, die mit

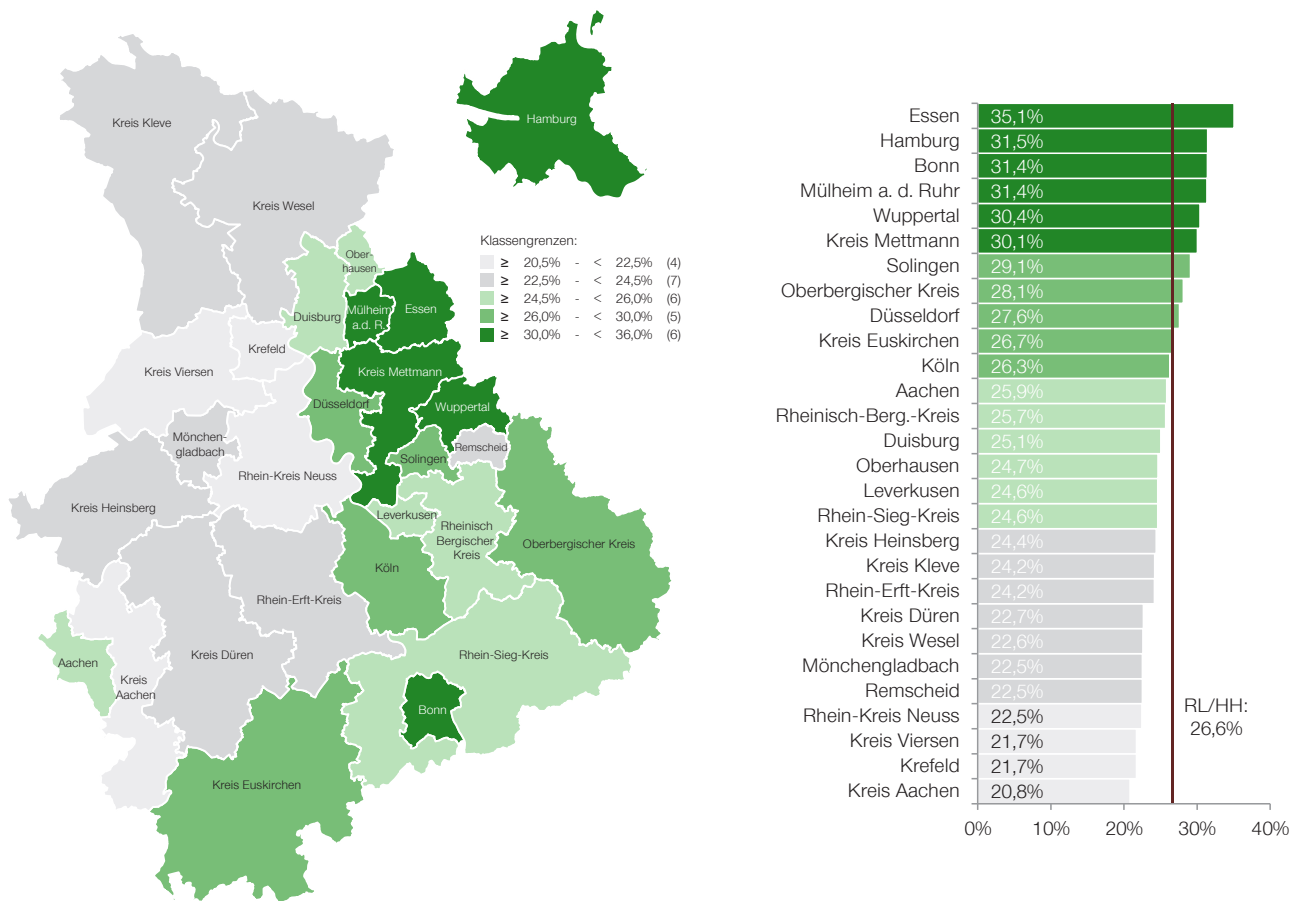
ambulant gepflegten Personen im selben Haushalt leben) ab. Zusammengenommen erklären diese Faktoren drei Viertel der Varianz (Tabelle 4/1).

Tabelle 4/1: Regressionsmodell zur Erklärung des Anteils der stationären Pflege in den Regionen

	Koeffizienten
Konstante	-0,22
Anteil Pflegestufe 2	0,60*
Anteil Pflegestufe 3	1,19***
Anteil Demenz	1,23***
Anteil Pflegeperson im selben Haushalt	-0,54***
R <sup>2</sup>	0,76

\*=p<0,1; \*\*\*= p<0,001

Abbildung 4/2: Anzahl stationär versorgte Pflegebedürftige pro 100.000 Einwohner, Kreisvergleich, 2013



Quelle: IT.NRW, Statistik Nord (Pflegestatistik 2013)

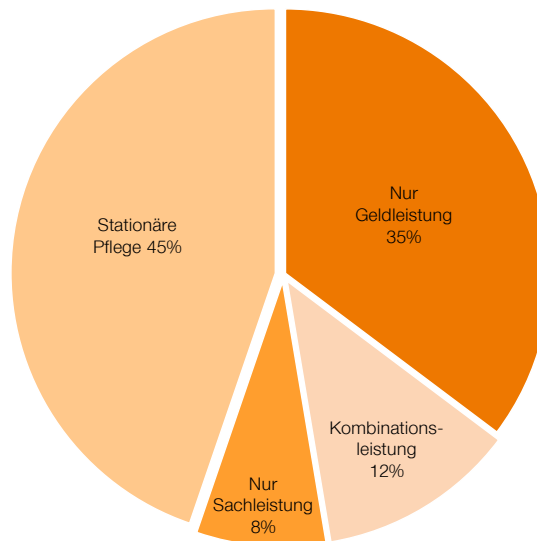
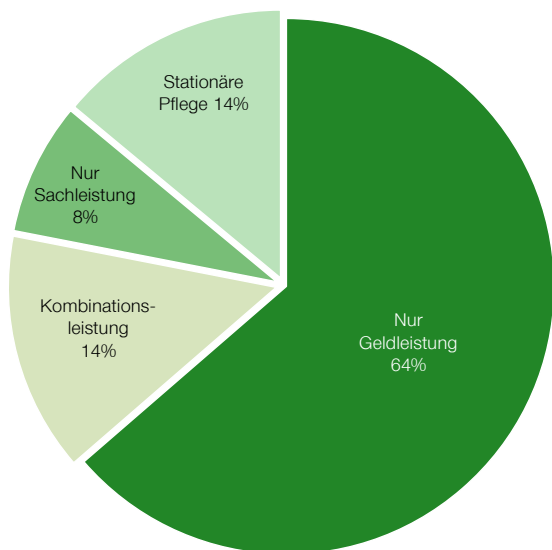
## Pflegearrangements bei Personen mit und ohne Demenz

Die Inanspruchnahme der verschiedenen Pflegeleistungen unterscheidet sich deutlich zwischen den Personen ohne und mit demenziellen Erkrankungen. Pflegebedürftige Personen ohne Demenz beziehen zu fast zwei Dritteln ausschließlich Pflegegeld. Der Anteil der stationären Pflege liegt bei ihnen bei gerade einmal 14 Prozent. Bei der Personengruppe mit Demenz sind hingegen 45 Prozent stationär untergebracht, während nur etwa ein Drittel ausschließlich von Angehörigen gepflegt wird.

Diese Unterschiede verdeutlichen, dass die ständige Betreuung und Beaufsichtigung von Personen mit Demenz in vielen Fällen nicht von den Angehörigen zu Hause geleistet werden kann (vergleiche Abbildung 4/3).

Der Anteil der pflegebedürftigen Personen, die Unterstützung durch einen ambulanten Pflegedienst erhalten, ist weitestgehend unabhängig vom Demenzstatus.

Abbildung 4/3: Pflegearrangements bei Personen mit und ohne Demenz, 31.12.2014



Quelle: AOK Rheinland/Hamburg, standardisiert auf Pflegebevölkerung 2013

## Pflegeverläufe

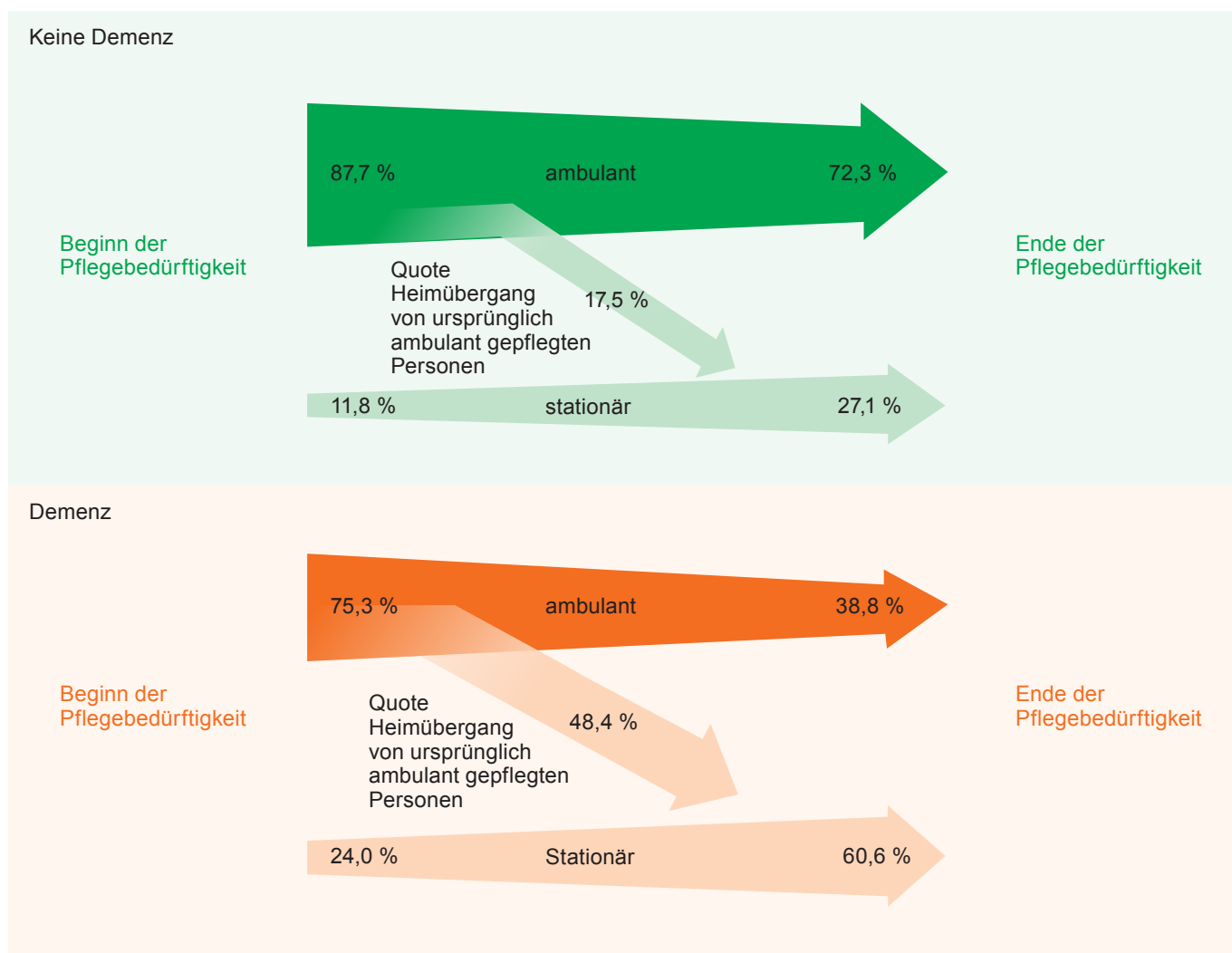
Pflegearrangements sind nicht immer stabil, sondern können sich auch verändern. Um diesen Wandel zu erfassen, ist es erforderlich, die Pflegesituation im Zeitverlauf zu betrachten. Hierfür wurden die Pflegeverläufe von allen pflegebedürftigen Personen betrachtet, die im Jahr 2014 verstorben sind (Abbildung 4/4, Seite 68). Der Anteil derjenigen, die bereits ab Beginn ihrer Pflegebedürftigkeit stationär betreut wurden, ist bei den Personen mit Demenz mit 24 Prozent mehr als doppelt so hoch wie bei

den nicht demenziell erkrankten Personen. In beiden Gruppen wurde aber der überwiegende Anteil zunächst zu Hause versorgt. Im weiteren Verlauf zeigen sich hinsichtlich des Verbleibs in der ambulanten Pflege erhebliche Unterschiede: Von den Personen ohne Demenz, die anfänglich ambulant gepflegt wurden, wechseln lediglich 17,5 Prozent in die stationäre Pflege. Mit Voranschreiten der Erkrankung wird für jede zweite demenziell erkrankte Person eine stationäre Unterbringung notwendig.

Bei Pflegebedürftigen und Angehörigen ist der Wunsch groß, in der eigenen Häuslichkeit zu verbleiben. Diesem Wunsch tragen die zurückliegenden Reformen und die (neuen) Leistungen der Pflegeversicherung zunehmend Rechnung. Gleichzeitig besteht mit der stationären Pflege ein weiteres Leistungsangebot. Wenn Pflege, Betreuung und Beaufsichtigung die Pflegepersonen in

hohem Maße belasten, ist ein Umzug in eine stationäre Pflegeeinrichtung eine Möglichkeit, gegebenenfalls auch um die häusliche Pflege temporär zu entlasten und das häusliche Pflegearrangement zu stabilisieren.

Abbildung 4/4: Pflegeverläufe nach Pflegearrangement, Sterbejahrgang 2014



Quelle: AOK Rheinland/Hamburg

## 4.2 Pflegepersonal

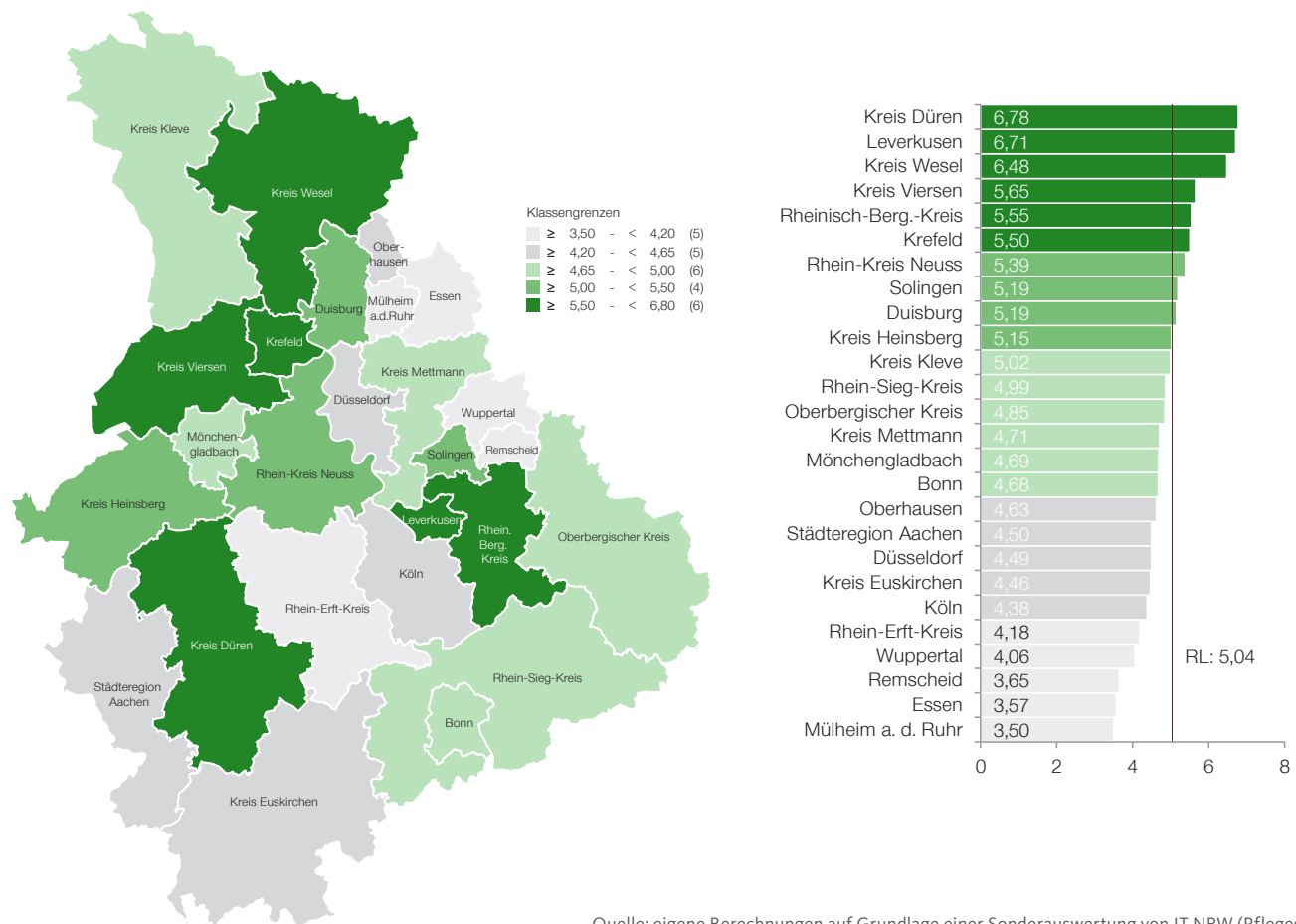
### Anzahl der Pflegekräfte

Eine bedarfsgerechte pflegerische Versorgung kann nur mit ausreichend Pflegepersonal gelingen. Sie erfordert genügend Zeit, um dem individuellen Unterstützungsbedarf der einzelnen pflegebedürftigen Personen gerecht werden zu können.

In der ambulanten Pflege liegt das rechnerisch durchschnittliche Verhältnis von zu pflegender Person pro Pflegekraft als Vollzeitäquivalent (VZÄ) bei 5,0.

Im Kreisvergleich ist das Betreuungsverhältnis besonders günstig in Mülheim an der Ruhr, wo nur 3,5 ambulant gepflegte Personen auf eine Vollzeit-Pflegekraft kommen, in Essen (3,6) und in Remscheid (3,7). Im Kreis Wesel (6,5), in Leverkusen (6,7) und im Kreis Düren (6,8) betreut eine Pflegekraft im ambulanten Sektor fast doppelt so viele Pflegebedürftige (Abbildung 4/5).

Abbildung 4/5: Pflegebedürftige Personen pro Pflegekraft (VZÄ) in der ambulanten Pflege, Kreisvergleich, 2013



Quelle: eigene Berechnungen auf Grundlage einer Sonderauswertung von IT.NRW (Pflegestatistik)

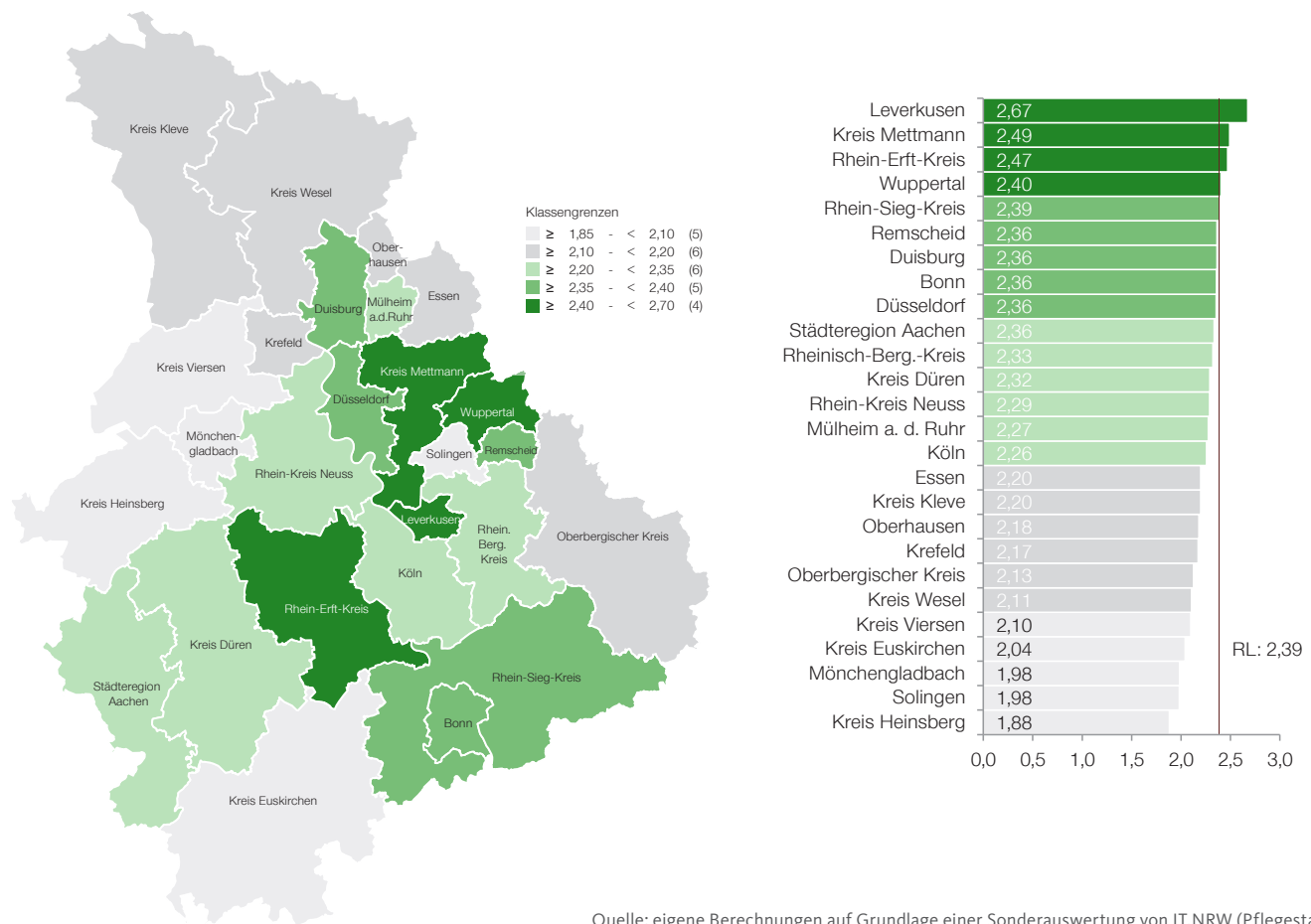
Im stationären Bereich kommt im Schnitt eine Pflegekraft (VZÄ) auf 2,4 pflegebedürftige Personen. Die meisten Kreise liegen sehr nahe an diesem Durchschnittswert. Schlechter ist das Verhältnis in Leverkusen mit 2,7 pflegebedürftigen Personen pro Pflegekraft. Besonders gut ist die Quote insbesondere im Kreis Heinsberg mit 1,9 (Abbildung 4/6).

Zum 1. Januar 2017 wird sich der Personalschlüssel in der stationären Pflege verbessern. Eine durchschnittliche Pflegeeinrichtung mit 80 Plätzen wird in Nordrhein-Westfalen zwei zusätzliche Vollzeitstellen für die Pflege und Betreuung der Bewohner erhalten. Diese Erhöhung haben die Pflegekassen, die Verbände der Pflegeeinrichtungen und die Träger der Sozialhilfe im Rahmen der Umsetzung des Zweiten Pflegestärkungsgesetzes beschlossen.

Es wird eine große Herausforderung für die Pflegebranche und die Politik, die Personalanforderungen in der Zukunft zu

erfüllen. Mit einer inhaltlichen und finanziellen Aufwertung des Pflegeberufs kann die Attraktivität dieses anspruchsvollen Berufs gesteigert werden. Es ist daher auch zu prüfen, ob eine Pflegekammer einen Beitrag dazu leisten kann, die Berufsgruppe der Pflegeberufe insgesamt zu stärken. Bereits heute fehlt es in der Altenpflege zum Teil an ausreichend Personal. Die Anzahl der Auszubildenden in der Altenpflege hat in den vergangenen Jahren jedoch deutlich zugenommen. In NRW ist die Anzahl der Erstauszubildenden zu Fachkräften in der Altenpflege zwischen 2010 und 2015 um knapp 90 Prozent gestiegen (von 9.270 auf 17.500). Auch in Hamburg haben deutlich mehr junge Menschen eine Erstausbildung als Altenpflegefachkraft begonnen. Zwischen den Schuljahren 2008/2009 und 2014/15 haben 85 Prozent mehr junge Menschen eine entsprechende Ausbildung aufgenommen (ein Anstieg von 263 auf 485).

Abbildung 4/6: Pflegebedürftige Personen pro Pflegekraft (VZÄ) in der stationären Pflege, Kreisvergleich, 2013



Quelle: eigene Berechnungen auf Grundlage einer Sonderauswertung von IT.NRW (Pflegestatistik)



## Qualifikation der Pflegekräfte

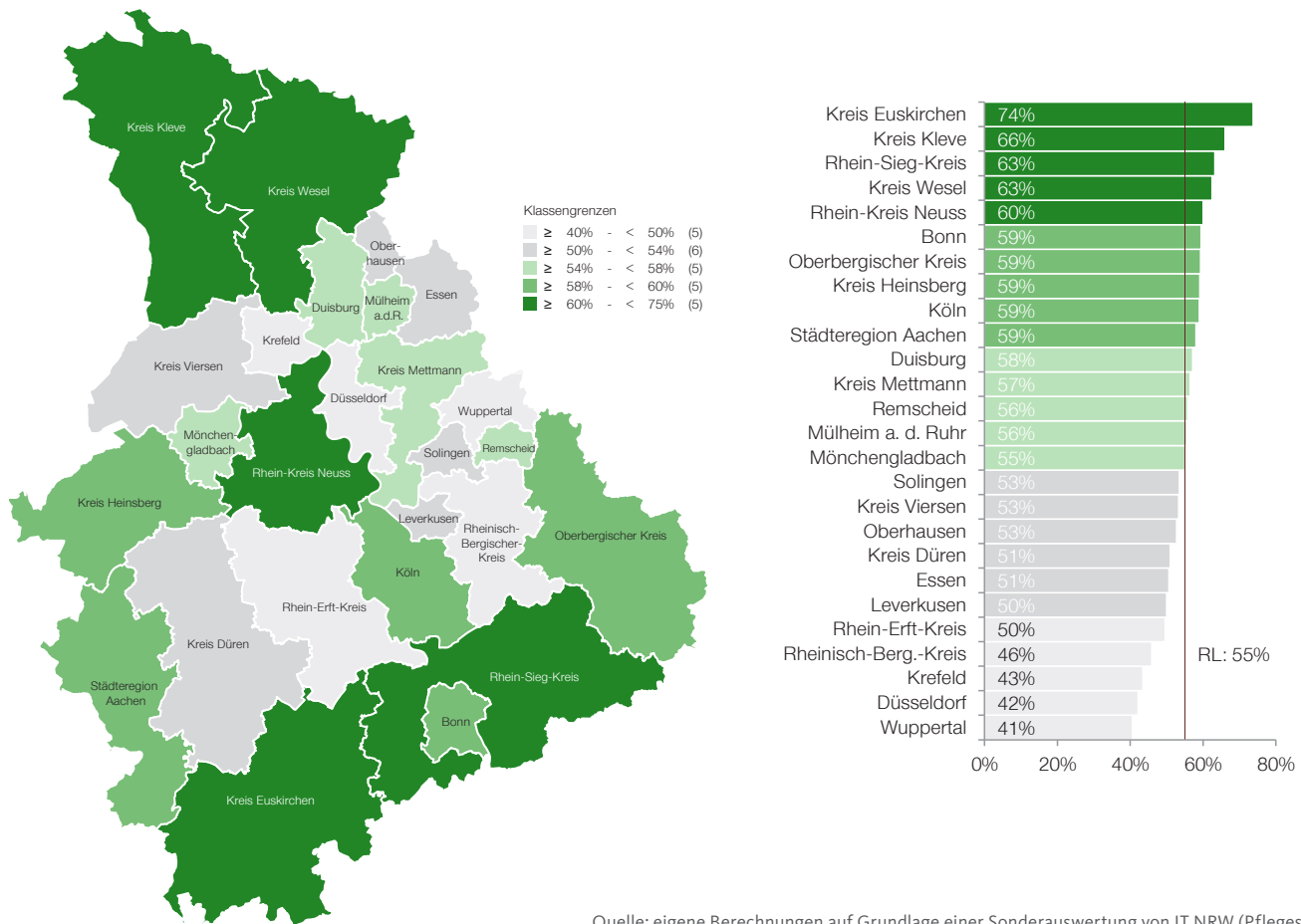
Die professionelle Pflege braucht nicht nur ausreichend, sondern auch gut qualifizierte Pflegekräfte. Die zentrale Qualifikation für die Tätigkeit als Fachkraft in der Altenpflege ist die Ausbildung zum Altenpfleger beziehungsweise zur Altenpflegerin. Auch Gesundheits- und Krankenpflegerinnen beziehungsweise -pfleger arbeiten häufig in der Pflege.

Zu den Fachkräften in der Altenpflege zählen noch zahlreiche weitere Berufe. Dazu gehören insbesondere auch therapeutische Berufe (Physio- und Ergotherapeuten, Logopäden et cetera). Diese legen die Heimgesetze beziehungsweise die dazugehörigen Rechtsverordnungen der Länder fest. In NRW gelten alle Beschäftigten als Fachkraft, „die in einer mindestens dreijährigen Ausbildung oder einem Studium die erforderlichen Fähigkeiten und Kenntnisse erworben haben, um Tätigkeiten auf dem Gebiet der Pflege oder sozialen Betreuung unter Beachtung des jeweils aktuellen Standes der fachlichen Erkenntnisse

auszuüben“ (§ 3 Absatz 5 Wohn- und Teilhabegesetz). In Hamburg zählt die Wohn- und Betreuungspersonalverordnung (§ 5 Absatz 4) zwölf Ausbildungsberufe auf oder verlangt einen Studienabschluss mit Pflegebezug.

Nur sehr wenige Personen mit (therapeutischen) Abschlüssen arbeiten in Pflegeheimen oder bei ambulanten Pflegediensten. Ein Ausweis dieser Personen auf Kreisebene ist aus datenschutzrechtlichen Gründen nicht möglich. Somit kann kein exakter Überblick über die Anzahl und den Anteil der Fachkräfte auf Kreisebene gewonnen werden. Stattdessen betrachten wir den Anteil des Pflegepersonals mit einer Ausbildung zur Altenpflege-, Gesundheits- oder Krankenpflegefachkraft. Angesichts der geringen Fallzahlen von Berufen mit anderen Ausbildungen dürfte sie der tatsächlichen Fachkraftquote sehr nahekommen. In der Region Nordrhein liegt die Fachkraftquote im ambulanten Sektor bei 55 Prozent. Im Kreis Euskirchen sind fast drei

Abbildung 4/7: Anteil Altenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen (und -pfleger) am Pflegepersonal in der ambulanten Pflege, Vollzeitäquivalente, Kreisvergleich, 2013

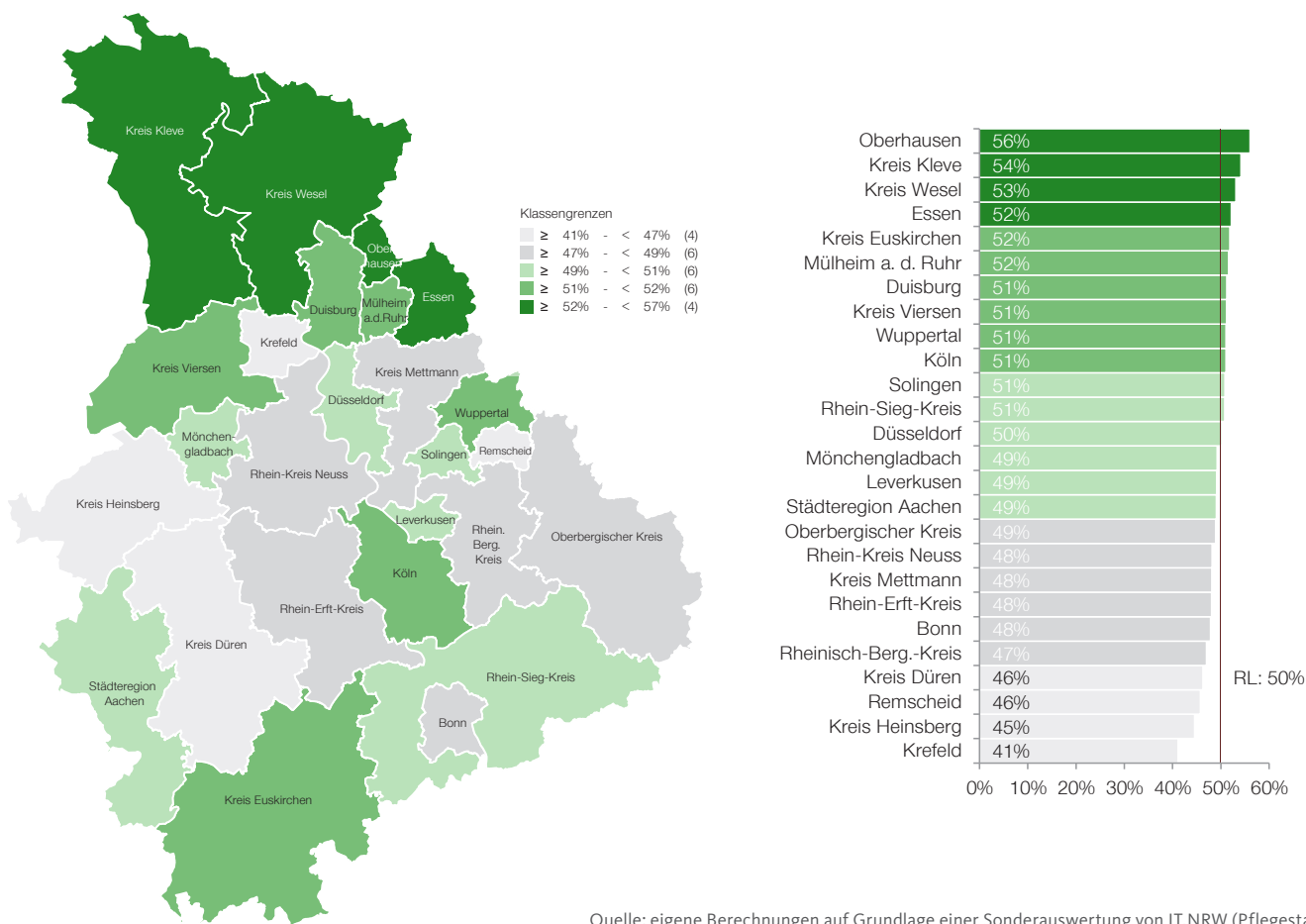


Viertel und im Kreis Kleve sind zwei Drittel der ambulanten Pflegekräfte (VZÄ) Altenpflegerinnen oder Gesundheits- und Krankenpflegerinnen oder -pfleger. In Wuppertal, Düsseldorf und Krefeld liegt diese Quote nur bei etwa 40 Prozent (Abbildung 4/7, Seite 71).

In der stationären Pflege liegt der Anteil an Altenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen (und -pfleger) am

Pflegepersonal im Rheinland bei 50 Prozent. Am höchsten ist diese Quote in Oberhausen mit 56 Prozent und im Kreis Kleve mit 54 Prozent. In Krefeld liegt sie bei gerade einmal 41 Prozent (Abbildung 4/8).

Abbildung 4/8: Anteil Altenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen (und -pfleger) am Pflegepersonal in der stationären Pflege, Vollzeitäquivalente, Kreisvergleich, 2013



# Ganzheitliche Pflege in stationären Pflegeeinrichtungen – Visionen und Wirklichkeit

von Helmut Wallrafen

Ganzheitliche Pflege in stationären Pflegeeinrichtungen wird in vielen Leitbildern seit Jahrzehnten proklamiert. Physische, kognitive und psychische Bedürfnisse und Bedarfslagen sollen gleichermaßen betrachtet und die Bewohner in ihrer Lebensgestaltung begleitet werden. Die Einführung der Pflegeversicherung in den 90er Jahren des letzten Jahrhunderts hat dazu geführt, dass sich abweichend zu diesen Leitbildern die Wirklichkeit der Pflege auf die Verrichtungen der Selbstversorgung fokussiert hat, da nur diese Hilfeleistungen über die Pflegestufen im Personalschlüssel abgebildet wurden. Erste Korrekturen wurden politisch durch die Einführung der zusätzlichen Betreuung nach § 87b Sozialgesetzbuch XI vorgenommen. Bezeichnenderweise wurden die Qualifikationsanforderungen für die Mitarbeiter, die zunächst gezielt Menschen mit Demenz betreuen sollten, sehr niedrigschwellig gehalten. Betrachtet man die Ausgestaltung näher, muss man zu dem Schluss kommen, dass die politisch Verantwortlichen die Betreuung von hochbetagten, multimorbiden Menschen als eine Art Babysitting für Erwachsene ansehen. Gleichzeitig scheint die Einführung dieser zusätzlichen Hilfskräfte auch als eine Art Beruhigungsmittel für das öffentliche und politische Gewissen herzuhalten, um den seit Jahrzehnten bekannten Personalmissstand durch unzureichende Personalanhaltszahlen weiter zu manifestieren. Nun führt das Pflegestärkungsgesetz (PSG) II zwar die ganzheitliche Pflege in der Pflegeversicherung ein, der Personalnotstand in stationären Einrichtungen wird allerdings bis mindestens in das Jahr 2020 fortgeschrieben. Gleichzeitig fließen unter der Prämisse, dass die Menschen am liebsten zu Hause bleiben und es ihnen dort am besten geht, ab 2017 zusätzliche finanzielle Mittel in Milliardenhöhe in den ambulanten Bereich. Doch stimmt die Prämisse eigentlich? Bildet der für die Öffentlichkeit inszenierte Gegensatz von ambulant und stationär tatsächlich die Lebensrealität hochbetagter Menschen und ihrer Familien ab?

Die Lebensqualität von Bewohnerinnen und Bewohnern in Pflegeeinrichtungen hängt stark von der Menschlichkeit und der Fachkompetenz der Beschäftigten des jeweiligen Heimes ab. Altenheime genießen bei alten Menschen vor allem dann einen guten Ruf,

wenn bekannt ist, dass es Menschen aus ihrem sozialen Umfeld, die in eine Pflegeeinrichtung gezogen sind, dort besser geht als vorher zu Hause. Dies bedeutet, dass

ein elementarer Haltungsansatz der „Ziele“ eines Heimträgers die Wahrung der gleichen Rechte sein muss, die auch außerhalb der Heime gelten: Selbstbestimmung, Teilhabe und Privatsphäre. Dazu zählt auch ein Sterben in Würde. Für pflegebedürftige Menschen ist die sensible Fachkompetenz der Beschäftigten sicher ein weiteres entscheidendes Element für ihre Zufriedenheit. Dabei ist auch in stationären Pflegeeinrichtungen unter guter Pflege mehr zu verstehen als die korrekte Umsetzung von Expertenstandards. Nicht ohne Grund ist in unserem Pflegeleitbild davon die Rede, „die objektiven Eigenschaften der Pflege zum subjektiven Nutzen (zu) bringen“. Das bedeutet, die Lebens- und Pflegegewohnheiten der einzelnen Heimbewohner zu berücksichtigen und wenn möglich ihr soziales Umfeld in die Pflege, zumindest in die Sinnhaftigkeit der Handlungen, einzubeziehen. Das bedeutet auch, bei einer Gesundheitsverschlechterung (in einem Altenheim sicher nicht ungewöhnlich) den Wohnraum behutsam zu verändern und kein Krankenzimmer zu gestalten. Vor allem bedeutet ganzheitliche Pflege in einer stationären Einrichtung aber Prävention, Rehabilitation, Teilhabe und damit einen Gewinn für den einzelnen Menschen und die Gesellschaft, der in der häuslichen Versorgung heute und in naher Zukunft nicht erbracht werden kann. Stationäre Langzeitpflege kompensiert folglich Defizite, die in der Akutversorgung und im häuslichen Setting identifiziert wurden, entstanden sind oder nicht zu beheben sind. Sie tut dies mit dem Ziel, den Jahren der pflegebedürftigen Menschen und ihrer Familien Leben zu geben, unabhängig davon ob diese wieder in einer ambulanten Wohnform oder in der palliativen stationären Versorgung münden. Gerade das macht die Arbeit der Pflegenden so individuell und anspruchsvoll. Es braucht also nicht nur gute Pflegefachkräfte in Pflegeeinrichtungen. Das Personal, das sich um hauswirtschaftliche Bedürfnisse (essen und trinken, Haushalt et cetera) und die Alltagsgestaltung kümmert, muss genau so qualifiziert und kompetent sein wie das der Pflege. Wenn Prävention, zumindest aber Rehabilitation und Teilhabe, Bestandteile guter stationärer Pflege werden sollen, dann gilt es, ein interdisziplinäres Team von Beschäftigten zusammenzustellen, das, fachlich unterstützt durch Expertinnen und Experten, eine Versorgung anbietet, die sich an den Wünschen eines selbstbestimmten Lebens orientiert. Denn am Ende bezieht sich ganzheitliche Pflege immer und ausschließlich auf das Individuum und die kreative, sich entwickelnde Pflege im Alltagsleben.



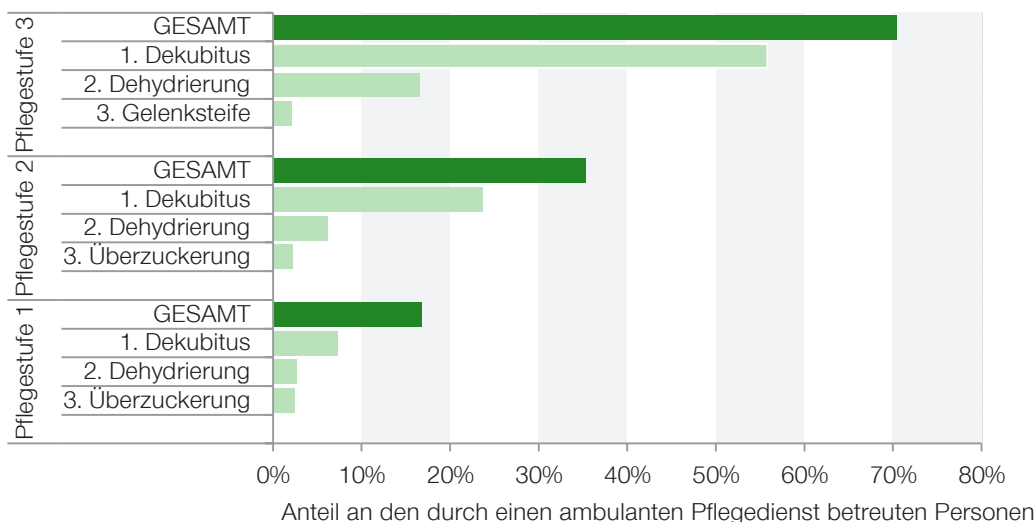
*Helmut Wallrafen ist Geschäftsführer der Sozial-Holding der Stadt Mönchengladbach GmbH. Er ist Kurator im Kuratorium Deutsche Altershilfe und Mitglied im Fachausschuss „Alter und Pflege“ des Deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge e. V.*

## 4.3 Qualität der Pflege

Qualität in der Pflege zu messen und vergleichbar darzustellen, ist schwierig. Das Erfassen der Strukturqualität, wie zum Beispiel die im vorherigen Kapitel dargestellten Betreuungsverhältnisse oder die Fachkraftquote, ist zwar möglich,

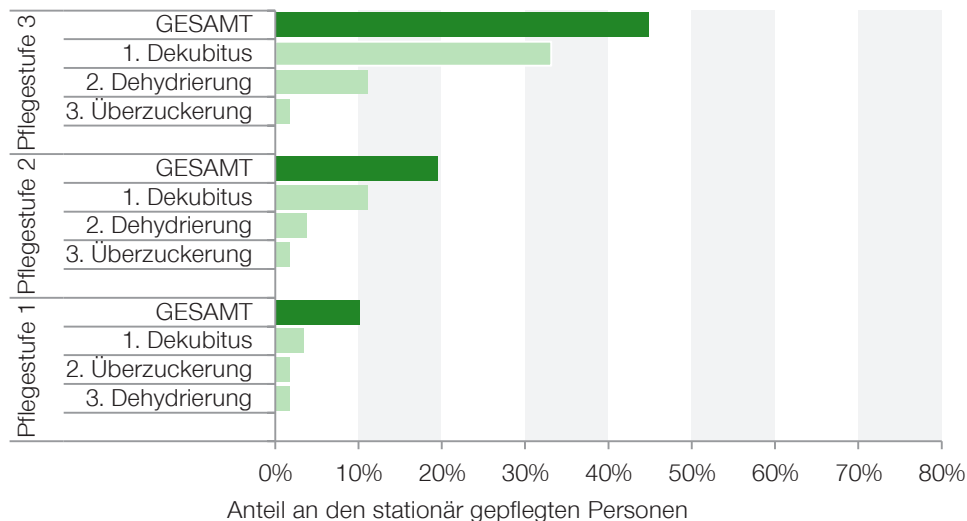
berücksichtigt aber nur einen Teil des Gesamtbildes. Ausreichendes und gut qualifiziertes Pflegepersonal ist eine Grundvoraussetzung für eine hohe Pflegequalität.

Abbildung 4/9: Anteil der durch einen ambulanten Pflegedienst betreuten Personen mit mindestens einer Behandlung beim niedergelassenen Arzt aufgrund von potenziell vermeidbaren Erkrankungen pro Versichertenjahr, nach Pflegestufe, 2014



Quelle: AOK Rheinland/Hamburg, standardisiert auf Pflegebevölkerung

Abbildung 4/10: Anteil der stationär gepflegten Personen mit mindestens einer Behandlung beim niedergelassenen Arzt aufgrund von potenziell vermeidbaren Erkrankungen pro Versichertenjahr, nach Pflegestufe, 2014



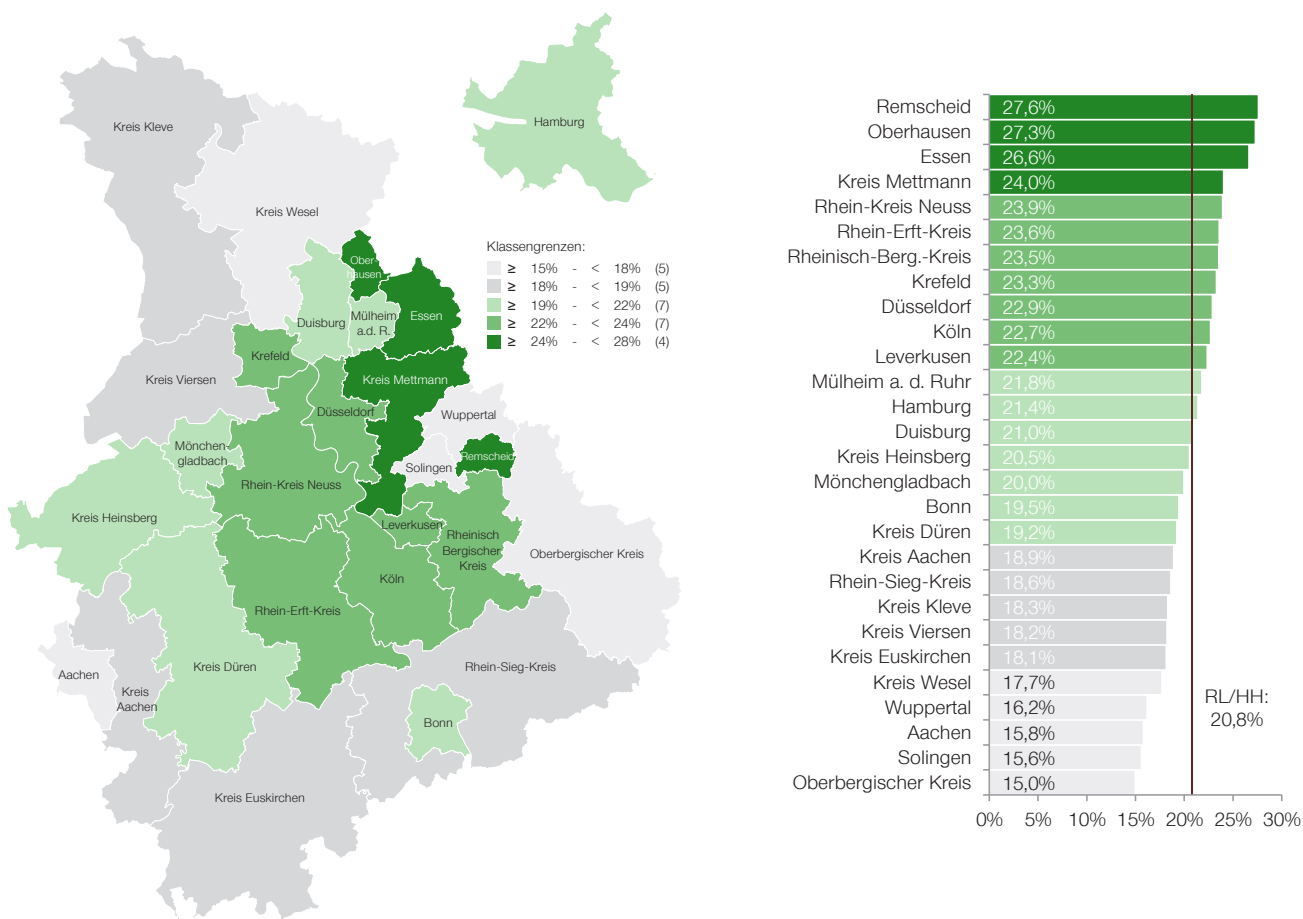
Quelle: AOK Rheinland/Hamburg, standardisiert auf Pflegebevölkerung

Auch mit den Routinedaten ist eine Qualitätsmessung nur indirekt möglich. Jedoch bestehen Ansätze, um mit Routine-daten Aussagen über die Qualität treffen zu können. So lässt sich der Anteil der pflegebedürftigen Personen bestimmen, die das Gesundheitssystem aufgrund von Erkrankungen beanspruchen, die bei guter Pflege zumindest teilweise vermeidbar wären. Zwar muss nicht in jedem Fall tatsächlich ein Pflegefehler vorgelegen haben, aber regional oder sektoral auffällige Werte deuten zumindest auf Verbesserungsmöglichkeiten hin. In der Fachdiskussion werden verschiedene Indikationen diskutiert, die auf mögliche Pflegefehler hindeuten. Hierzu zählen bestimmte Frakturen, Wunden, Dekubitus, Ernährungsprobleme, Gelenkversteifungen (Kontrakturen), Harnwegsinfektionen, Vergiftungen durch Arzneimittel, Lungenentzündungen bedingt durch das Eindringen von Nahrung und Erbrochenem in das Bronchialsystem, hypostatische Lungenentzündungen sowie Unter- und Überzuckerung.

Je nach Pflegestufe und Pflegearrangement werden zehn bis 70 Prozent der pflegebedürftigen Personen innerhalb eines Jahres mit einer dieser Diagnosen von einem niedergelassenen Arzt behandelt. Die Anteile steigen mit der Pflegestufe und sind in der ambulanten Pflege höher als in der stationären Pflege. Die drei häufigsten Erkrankungen sind jedoch immer die gleichen: Dekubitus, Dehydrierung und Überzuckerung (vergleiche Abbildungen 4/9 und 4/10).

Die Auswertungen zeigen, dass ein Dekubitus mit Abstand am häufigsten die Ursache einer Behandlung beim niedergelassenen Arzt ist. Daher werden die Behandlungsfälle mit dieser Diagnose gesondert auf Kreisebene ausgewertet. Es werden nur die Bewohnerinnen und Bewohner von stationären Pflegeeinrichtungen betrachtet. Durchschnittlich jede fünfte stationär gepflegte Person erlitt im Jahr 2014 einen Dekubitus, den ein niedergelassener Arzt behandelte. In Remscheid, Oberhausen und Essen war es mehr als jede vierte Person, im Oberbergischen Kreis hingegen nur rund jede sechste (Abbildung 4/11).

Abbildung 4/11: Anteil der stationär gepflegten Personen mit einer Behandlung beim niedergelassenen Arzt aufgrund eines Dekubitus pro Versichertenjahr, Kreisvergleich, 2014



Quelle: AOK Rheinland/Hamburg, standardisiert auf Pflegestufe und Demenzstatus der AOK-RH-Versicherten

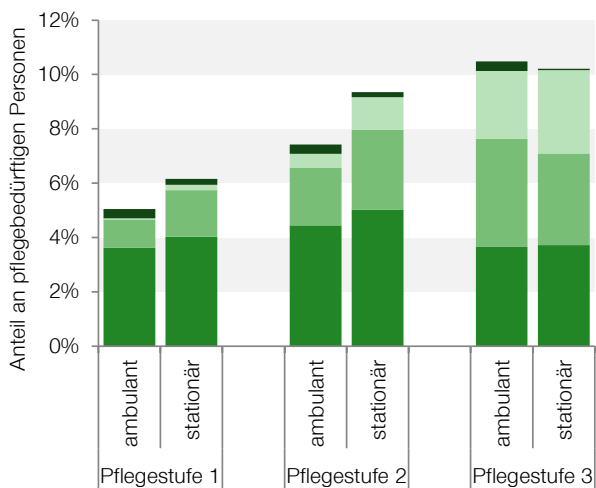
Der Anteil der pflegebedürftigen Personen mit einem potenziell vermeidbaren Krankenhausaufenthalt liegt bei den ambulant gepflegten Personen in Pflegestufe 1 pro Versichertenjahr bei 5,2 Prozent, in Pflegestufe 2 bei 8,2 Prozent und in Pflegestufe 3 bei 13,2 Prozent. Bei den stationär gepflegten Personen fallen diese Anteile mit 8,6 Prozent, 12,7 Prozent und 13,2 Prozent zumindest in den unteren Pflegestufen höher aus.

Es sind vor allem drei Ursachen, die den Großteil der potenziell vermeidbaren Krankenhausbehandlungen ausmachen: Frakturen, Dehydrierung und Pneumonie durch Nahrung oder Erbrochenes. Bei den Frakturen wurden die Rippenfraktur, die Lendenwirbel- und Beckenfraktur, die Schenkelhalsfraktur sowie die Handgelenksfrakturen (distale Radiusfraktur) betrachtet. Der Anteil der pflegebedürftigen Personen, die mit einer dieser

Frakturen ins Krankenhaus eingewiesen wurden, ist über die Pflegestufen hinweg weitestgehend konstant und macht vor allem in der Pflegestufe 1 den Großteil der teilweise vermeidbaren Krankheitsfälle aus. Mit zunehmendem Pflegebedarf steigen auch die Anteile derjenigen, die aufgrund von Dehydrierung und einer Lungenentzündung durch Nahrung oder Erbrochenes ins Krankenhaus eingewiesen werden (Abbildung 4/12).

Bei Personen mit Demenz treten einige Erkrankungen häufiger auf als bei Personen ohne Demenz. So ist zum Beispiel der Anteil der pflegebedürftigen Personen mit ambulanten Behandlungsfällen aufgrund von Dekubitus und Dehydrierung höher als bei nicht demenziell erkrankten Personen (Abbildung 4/13).

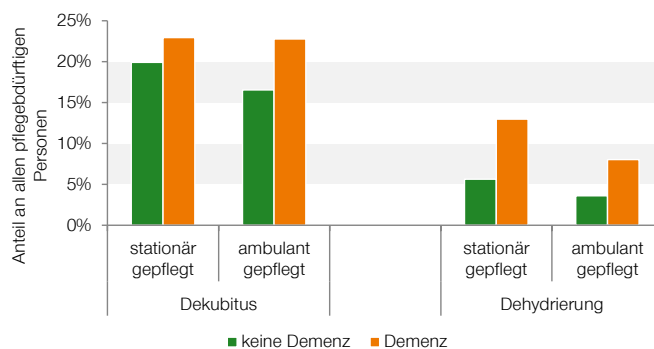
Abbildung 4/12: Anteil der pflegebedürftigen Personen mit einer Krankenhausbehandlung mit ausgewählten Hauptdiagnosen pro Versichertenjahr, nach Pflegearrangement und Pflegestufe, 2014



- Sonstiges
- Pneumonie durch Nahrung oder Erbrochenes
- Dehydrierung
- Frakturen

Quelle: AOK Rheinland/Hamburg

Abbildung 4/13: Anteil der pflegebedürftigen Personen mit einer ambulanten Behandlung bei ausgewählten Erkrankungen pro Versichertenjahr, nach Pflegearrangement und Demenzstatus, 2014



Quelle: AOK Rheinland/Hamburg

# 5

## Medizinische Versorgung

## 5 Medizinische Versorgung

- Fast alle pflegebedürftigen Personen haben mindestens einmal im Quartal Kontakt zu einem Hausarzt oder einer Hausärztin.
- 70 Prozent der stationär gepflegten Personen haben pro Quartal mindestens einen Kontakt zu einem niedergelassenen Facharzt. Bei pflegebedürftigen Personen, die zu Hause leben, sind es 55 Prozent. Dieser Unterschied erklärt sich vollständig anhand der höheren Konsultationszahlen in den Fachgebieten Neurologie, Psychiatrie und Psychologie.
- Mit zunehmendem Alter werden die Kontakte zum Facharzt seltener. Insbesondere bei ambulant gepflegten Frauen geht die Behandlungshäufigkeit durch Fachärzte im Alter stark zurück.
- Jeder sechste Krankenhauspatient über 60 Jahre ist an einer Demenz erkrankt.
- Jeder elfte Krankenhauspatient über 75 Jahre wechselt innerhalb von zwei Monaten nach dem Krankenhausaufenthalt in die stationäre Pflege.
- Zwei Drittel aller pflegebedürftigen Personen erhalten fünf oder mehr Medikamente (Polymedikation).
- Jede vierte pflegebedürftige Person erhält ein für ältere Menschen potenziell inadäquates Medikament (Priscus-Liste). Der Anteil ist in der stationären Pflege höher als in der ambulanten Pflege.
- Pflegebedürftige Personen in der stationären Pflege erhalten bei vergleichbarem Pflegebedarf und vergleichbarer Krankheitslast deutlich mehr Psychopharmaka als ambulant gepflegte Personen.
- Jede dritte pflegebedürftige Person in der stationären Pflege und jede zehnte in der ambulanten Pflege erhält ein Antipsychotikum. Insbesondere im stationären Bereich wird einem nicht unerheblichen Anteil (19,5 Prozent) der Patientinnen und Patienten, bei denen keine dokumentierte psychiatrische Indikation vorliegt, ein Antipsychotikum verordnet.
- In den Monaten vor und nach Beginn der Pflegebedürftigkeit erhält jede vierte Person eine Rehabilitationsmaßnahme.
- Pflegebedürftige Personen erhalten häufiger Rehabilitationsmaßnahmen als nicht pflegebedürftige Personen. Der Großteil der Rehabilitationsmaßnahmen erfolgt im Anschluss an einen Krankenhausaufenthalt.
- Der Anteil der Personen, die Physiotherapie und/oder Ergotherapie erhalten, steigt vor allem nach Eintritt in die Pflegebedürftigkeit deutlich an.
- Jede dritte pflegebedürftige Person erhält Maßnahmen der Physiotherapie und jede zwanzigste Person Maßnahmen der Ergotherapie.
- Rehabilitative Maßnahmen im Sinne der medizinischen Rehabilitation oder der Heilmittelerbringung erhalten knapp 40 Prozent der pflegebedürftigen Personen.
- Knapp 80 Prozent der ambulant gepflegten und knapp 90 Prozent der stationär gepflegten Personen erhalten Hilfsmittel.



## 5.1 Ambulante medizinische Versorgung

### Häufigkeit von Arztbesuchen

Neben einer guten pflegerischen Versorgung, Betreuung und sozialen Einbindung benötigen pflegebedürftige Menschen oftmals eine intensive medizinische Versorgung. Mit den Routinedaten der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) lassen sich Einblicke in die medizinische Versorgung von pflegebedürftigen Personen gewinnen. Sie geben Aufschluss über den Anteil der ärztlich betreuten Patientinnen und Patienten (siehe Infokasten) und die Fachrichtung der aufgesuchten Mediziner. Inwiefern die in Anspruch genommene Versorgung aus medizinischer Sicht angemessen ist, lässt sich hingegen nicht direkt ablesen. Auch eine pauschale Bewertung, welcher Umfang der Betreuung angemessen ist, ist nicht möglich. Die Routinedaten geben jedoch indirekt Hinweise – etwa durch den Vergleich verschiedener Patientengruppen –, die auf eine inadäquate Versorgung deuten könnten.

Wenn die Inanspruchnahme zwischen einzelnen Gruppen oder Regionen voneinander abweicht und es für diese Abweichungen keine medizinische Begründung gibt, lässt sich eine Fehlversorgung vermuten. Daher untersucht dieses Kapitel die Kontakthäufigkeit getrennt nach Pflegearrangement (keine Pflegebedürftigkeit, ambulante Pflege, stationäre Pflege) und Kreisen (regionale Unterschiede).

Es werden ausschließlich Personen über 60 Jahre betrachtet. Eine Standardisierung anhand der Krankheitslast konnte nicht erfolgen, da sie erhebliche methodische Schwierigkeiten birgt. Bei der Interpretation der Werte muss daher die vergleichsweise höhere Morbidität bei pflegebedürftigen Personen berücksichtigt werden.



#### Erfassung der Arztkontakte

Um die Intensität der gesundheitlichen Betreuung durch niedergelassene Ärztinnen und Ärzte zu beurteilen, wäre es sachgerecht, die Anzahl der Arztkontakte einer Person zu betrachten. Jedoch lässt sich die Häufigkeit der Arztbesuche mit den GKV-Routinedaten nicht genau bestimmen. Hintergrund ist, dass bei mehreren Kontakten pro Quartal nicht jeder Besuch abrechnungsrelevant ist und somit nicht an die Krankenkasse gemeldet wird.

Daher ist es üblich, zur Einschätzung der Kontakthäufigkeit mit den GKV-Routinedaten die Anzahl der Behandlungsfälle zu betrachten. Ein Behandlungsfall umfasst die Behandlung desselben Versicherten durch denselben Arzt in einem Quartal. Kommt ein Versicherter auf vier Behandlungsfälle pro Jahr, ließe sich annehmen, dass er seinen Arzt in jedem Quartal mindestens einmal aufgesucht hat. Nicht auszuschließen wäre jedoch, dass er in nur einem Quartal bei vier verschiedenen Ärzten gewesen ist. Insofern erlaubt diese Betrachtung keine abschließende Aussage über die zeitliche Verteilung der Arztbesuche. Aufgrund dieser Einschränkungen wird der Anteil der Personen betrachtet, die mindestens einmal im Quartal bei einem niedergelassenen Arzt gewesen sind. Hierzu wird der Durchschnitt über alle Quartale gebildet. Auf diese Weise kann die Kontakthäufigkeit nicht bestimmt werden, aber sehr wohl der Kreis der erreichten Personen.

Der Hausarzt ist der zentrale Ansprechpartner im deutschen Gesundheitswesen. Mit 95,4 Prozent der ambulant gepflegten und 97,6 Prozent der stationär gepflegten Personen sehen fast alle pflegebedürftigen Menschen mindestens einmal im Quartal einen Hausarzt. Bei den nicht pflegebedürftigen Personen ist diese Quote mit 81,8 Prozent niedriger.

In der stationären Pflege haben knapp 70 Prozent der Bewohner mindestens einmal im Quartal Kontakt zu einem Facharzt. Bei den pflegebedürftigen Personen, die zu Hause leben, sind es 55 Prozent. Dieser Unterschied erklärt sich vollständig durch die häufigere Konsultation von Neurologen, Psychiatern und Psychologen – insbesondere der Patienten mit Demenz – in den stationären Pflegeeinrichtungen. Schließt man die Kontakte zu

diesen Facharztgruppen aus, verschwinden die Unterschiede zwischen den Pflegearrangements (Abbildung 5/1). Eine alters- und geschlechtsspezifische Betrachtung der fachärztlichen Versorgung zeigt, dass die Quote der Inanspruchnahme

mit zunehmendem Alter tendenziell abnimmt. Insbesondere bei ambulant gepflegten Frauen über 75 Jahre geht sie drastisch zurück (vergleiche Abbildung 5/2).

Abbildung 5/1: Anteil der Personen mit mindestens einem Facharztbesuch, nach Pflegearrangement und Facharztgebiet, Quartalsdurchschnitte 2014

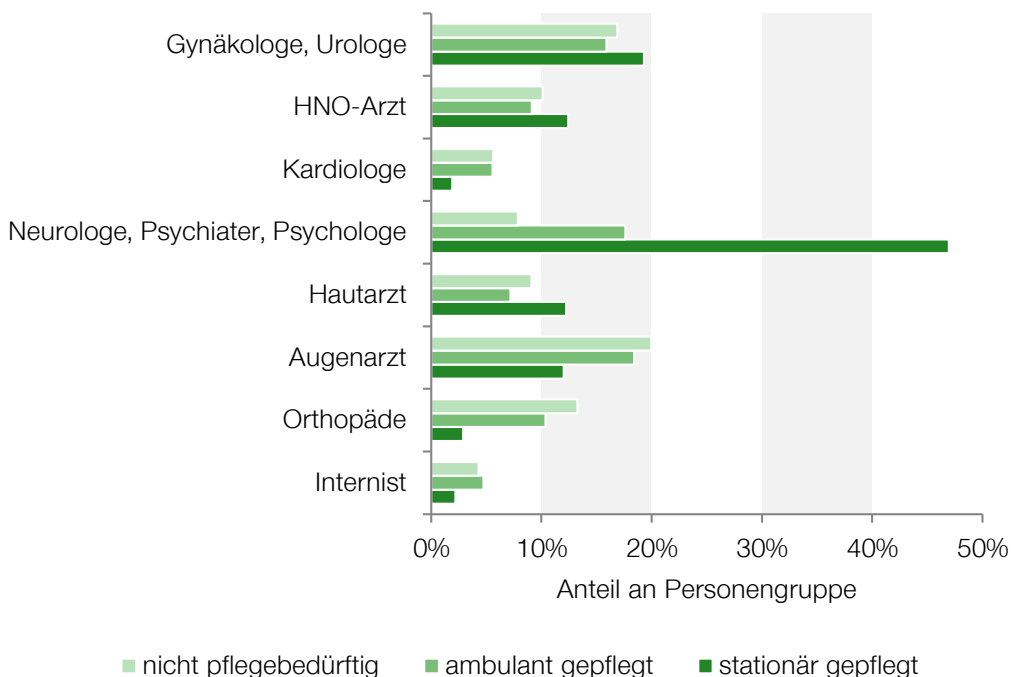
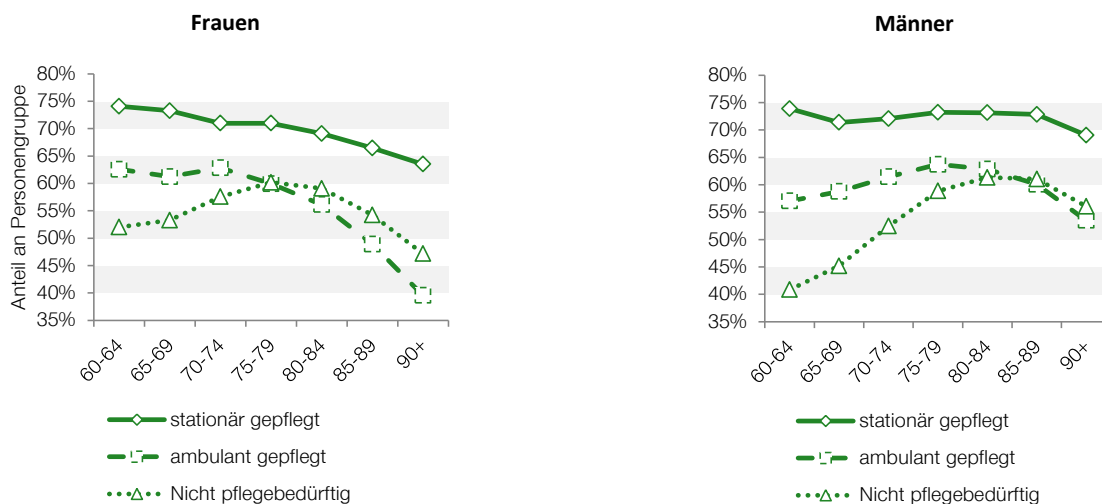


Abbildung 5/2: Anteil der Personen mit mindestens einem Facharztbesuch, nach Pflegearrangement, Alter und Geschlecht, Quartalsdurchschnitte 2014



## 5.2 Krankenhausaufenthalte

### Krankenhausfälle

Pflegebedürftige Menschen werden etwa dreimal so häufig im Krankenhaus behandelt wie Personen ohne Pflegebedarf. Während nicht pflegebedürftige Personen über 60 Jahre im Durchschnitt einmal in zwei Jahren stationär behandelt werden (0,54 Krankenhausfälle pro Versichertenjahr), liegt diese Rate bei den Personen mit Pflegebedarf bei 1,5 Fällen pro Versichertenjahr. In der Gruppe der Pflegebedürftigen weisen ambulant Betreute mit 1,6 Behandlungsfällen pro Jahr einen höheren Wert auf als Menschen, die im Pflegeheim betreut werden, mit 1,22 Krankenhausfällen.

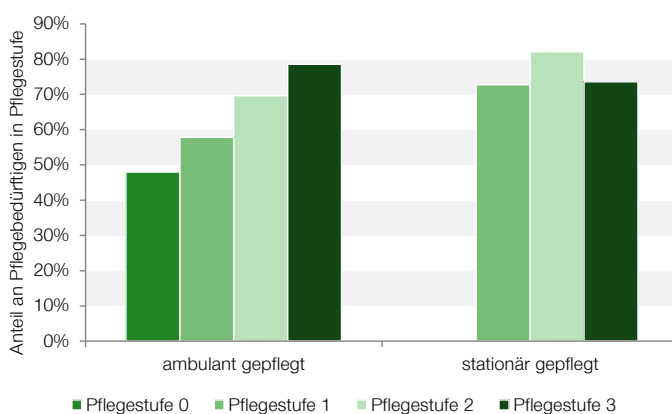
Bei ambulant gepflegten Personen besteht ein deutlicher Zusammenhang zwischen der Schwere der Pflegebedürftigkeit (Pflegestufe) und der Häufigkeit von Krankenhausaufenthalten (vergleiche Abbildung 5/3). Während von den Personen mit Pflegestufe 0 (eingeschränkte Alltagskompetenz) nur etwa 50 Prozent im Laufe eines Jahres im Krankenhaus behandelt werden, sind es in der Pflegestufe 3 etwa 80 Prozent. In der stationären Pflege lässt sich dieser Zusammenhang nicht beobachten. Die Raten sind mit 73 bis 82 Prozent insgesamt sehr hoch.

### Patienten mit Demenz im Krankenhaus

Die steigende Anzahl der Personen mit Demenz ist nicht nur eine Herausforderung für das Pflegesystem, sondern auch für das Gesundheitswesen. Der Anteil der älteren

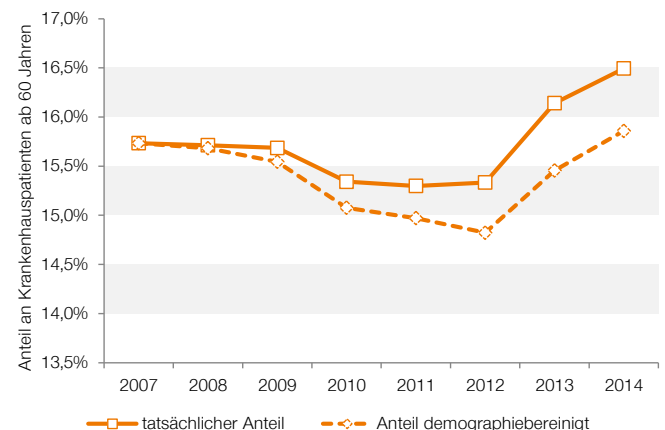
Krankenhauspatientinnen und -patienten mit einer Demenz ist seit dem Jahr 2007 von 15,7 Prozent auf 16,5 Prozent gestiegen (vergleiche Abbildung 5/4).

Abbildung 5/3: Anteil der pflegebedürftigen Personen pro Versichertenjahr mit einer Krankenhausbehandlung, 2014



Quelle: AOK Rheinland/Hamburg

Abbildung 5/4: Patienten mit Demenz als Anteil aller Krankenhauspatienten über 60 Jahre, 2014



Quelle: AOK Rheinland/Hamburg

Die Behandlung von älteren Menschen und demenziell erkrankten Patientinnen und Patienten gehört für Krankenhäuser zum Alltag. Personen mit Demenz haben oftmals einen höheren Betreuungs- und Beaufsichtigungsbedarf als kognitiv nicht eingeschränkte Patientinnen und Patienten. Nicht alle Krankenhäuser haben sich auf die spezifischen Bedarfe und Bedürfnisse von Menschen mit Demenz und ihren Angehörigen eingestellt. Zumeist gibt es in Allgemeinkrankenhäusern weder spezielle Betreuungsangebote noch ausreichend geschulte Pflegekräfte. Ärzte und Pflegekräfte sind nicht immer ausreichend auf die Situationen vorbereitet. Außerdem lassen die Abläufe im Krankenhaus nicht immer genügend Zeit und Raum für eine umfangreiche individuelle Betreuung.<sup>1</sup>

Fehlende Sensibilität und Zeit im Klinikalltag kann für Personen mit Demenz schwerwiegende Folgen haben. Für sie ist ein Krankenhausaufenthalt nicht selten eine erhebliche Belastung. Die neue Umgebung, die Unruhe im Krankenhausalltag und ein fehlendes Verständnis für die Situation überfordern sehr viele

Demenzpatienten. Dies führt häufig zu einer weiteren Verschlechterung des kognitiven Status und zu einem fortschreitenden Verlust der verbliebenen Alltagskompetenzen. Für Personen mit einer Demenz ist eine Krankenhausbehandlung mit dem Risiko verbunden, dass die geistigen Fähigkeiten und die Alltagskompetenzen weiter zurückgehen.

Positive Beispiele zeigen, dass sich einige Krankenhäuser auf die Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Demenz eingestellt haben und auf deren spezifische Bedürfnisse eingehen können. Ihre Erfahrungen verdeutlichen, dass ein Krankenhausaufenthalt für Personen mit Demenz keineswegs mit einem hohen Risiko verbunden sein muss. Ein demenzsensibler Umgang im Krankenhaus sollte angesichts des wachsenden Anteils der Patientinnen und Patienten mit Demenz allgemeiner Standard sein – und das nicht nur in spezialisierten Abteilungen.

---

<sup>1</sup>Robert Bosch Stiftung 2016: General Hospital Study – GHoSt. Zusammenfassung einer repräsentativen Studie zu kognitiven Störungen und Demenz in den Allgemeinkrankenhäusern von Baden-Württemberg und Bayern. Stuttgart.

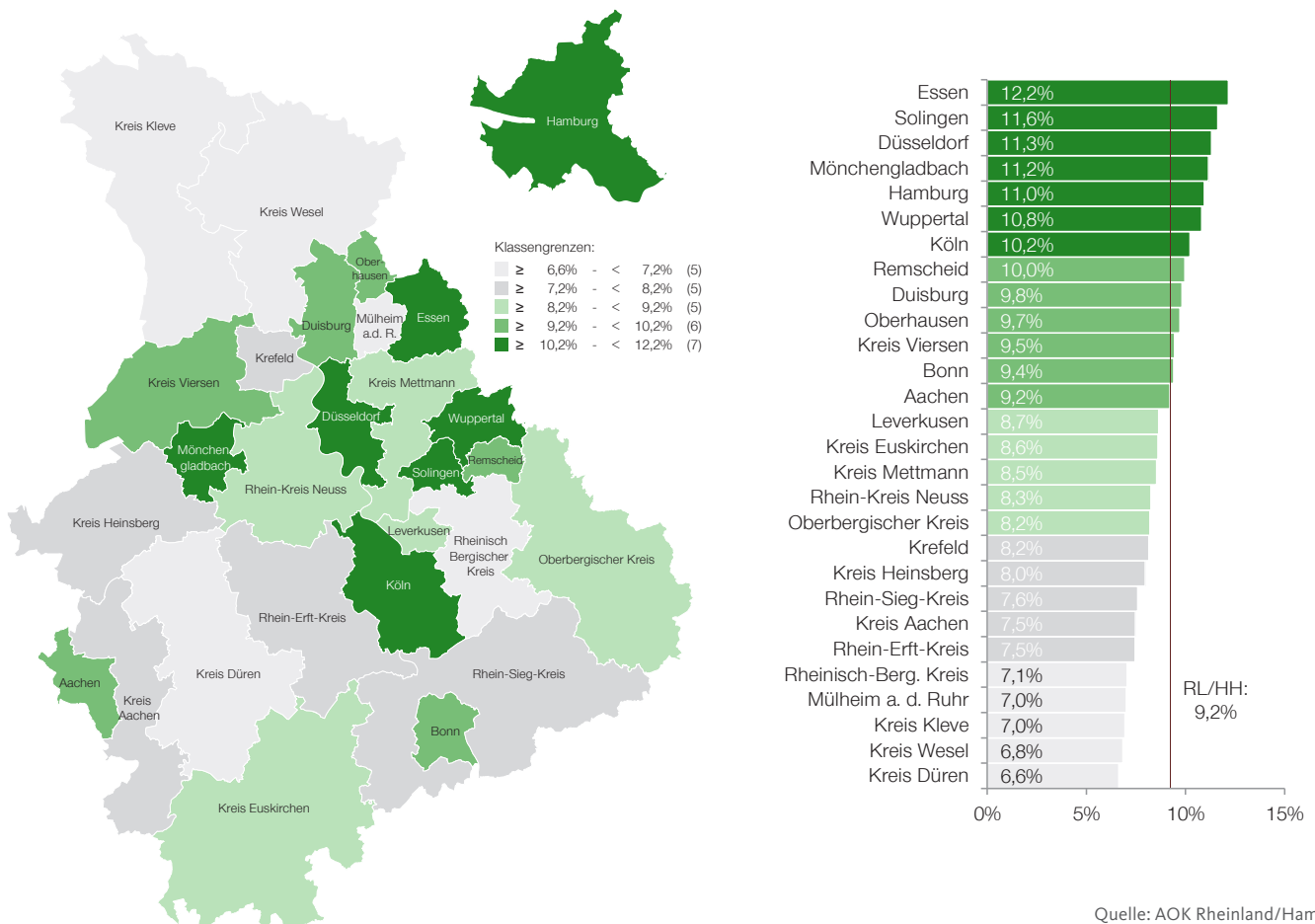
## Krankenhausentlassungen ins Pflegeheim

Mit der Behandlung in einem Krankenhaus ist das Ziel verbunden, die Gesundheit der Patienten wiederherzustellen oder zu erhalten. Nach einer erfolgreichen Behandlung können die meisten wie gewohnt in ihr bisheriges Lebens- und Wohnumfeld zurückkehren. Mit zunehmendem Alter steigt jedoch das Risiko, dass die Patienten nicht vollständig genesen und dass ein Hilfe- und Pflegebedarf bestehen bleibt oder sich verstärkt. In solchen Situationen stehen die betroffenen Personen und ihre Angehörigen vor der Herausforderung, sehr kurzfristig die Pflege und Betreuung koordinieren zu müssen. Wenn das nicht möglich ist, wird die Patientin oder der Patient häufig in eine stationäre Pflegeeinrichtung entlassen. Von allen

Krankenhauspatienten über 75 Jahre sind im Jahr 2014 9,2 Prozent innerhalb von zwei Monaten nach ihrem Krankenhausaufenthalt in ein Pflegeheim gezogen (Abbildung 5/5).

Insbesondere in den Städten sind die Entlassquoten in die stationäre Pflege hoch. Es besteht ein deutlicher Zusammenhang mit den familialen Ressourcen. In Kreisen, in denen viele ambulant gepflegte Personen mit einer Pflegeperson im selben Haushalt wohnen, sind die Entlassraten in die stationäre Pflege niedriger. Die Anzahl der Krankenhausentlassungen in die stationäre Pflege ist seit 2008 vergleichsweise konstant.

Abbildung 5/5: Anteil der Patienten über 75 Jahre, die innerhalb von zwei Monaten nach ihrem Krankenhausaufenthalt in die stationäre Pflege gewechselt sind, 2014



## 5.3 Arzneimittelversorgung

Der Einsatz von Arzneimitteln ist insbesondere bei älteren Menschen mit Vorsicht zu betrachten, da sie bestimmte Medikamente schlecht vertragen. Auch nehmen sie aufgrund von

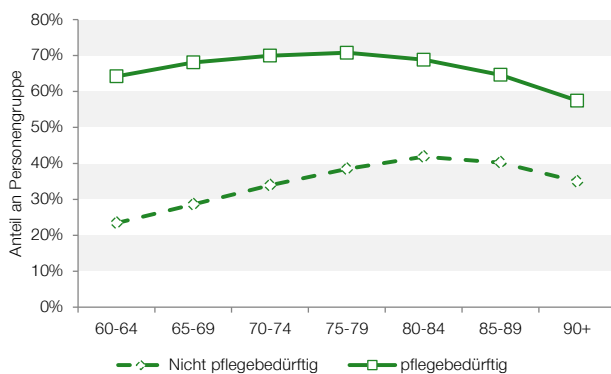
verschiedenen Erkrankungen häufig mehrere Medikamente ein (Polymedikation).

### Polymedikation bei pflegebedürftigen Menschen

Pflegebedürftige Menschen erhalten deutlich häufiger fünf oder mehr Medikamente als Personen ohne Pflegebedarf. Zwei von drei pflegebedürftigen Menschen wurden mehr als vier Medikamente verordnet (Abbildung 5/6). Dieser Anteil ist doppelt so hoch wie bei den nicht pflegebedürftigen Personen im selben Alter. Das Geschlecht oder das Pflegesetting (ambulant oder stationär) haben keinen nennenswerten Einfluss auf den Anteil der Personen mit einer Polymedikation. Für ältere Menschen ist die Einnahme mehrerer Medikamente aufgrund ihrer

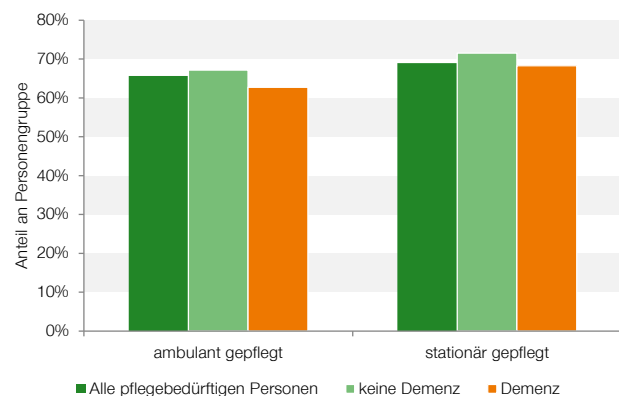
Erkrankungen häufig medizinisch erforderlich. Aufgabe des behandelnden Arztes ist es dann, die Wechselwirkungen der unterschiedlichen Arzneien im Blick zu haben, den Medikationsplan abzuwägen und dadurch Einschränkungen des therapeutischen Effekts und unerwünschte Nebenwirkungen zu vermeiden. Bei zwei von drei Pflegebedürftigen liegt eine Polymedikation vor (ambulant: 66 Prozent; stationär: 69 Prozent; vergleiche Abbildung 5/7).

Abbildung 5/6: Anteil der Personen, die fünf oder mehr Medikamente einnehmen, nach Alter, Quartalsdurchschnitte 2014



Quelle: Anteil der Personen, die fünf oder mehr Medikamente einnehmen, nach Alter, Quartalsdurchschnitte 2014

Abbildung 5/7: Anteil der Personen, die fünf oder mehr Medikamente einnehmen, nach Pflegearrangement, Quartalsdurchschnitte 2014



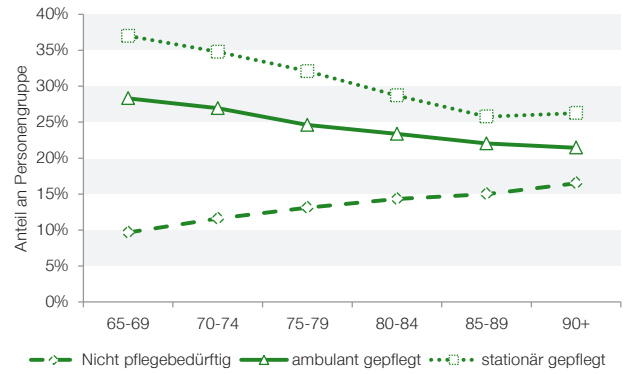
Quelle: AOK Rheinland/Hamburg, standardisiert auf die Pflegebevölkerung 2013

## Potenziell inadäquate Medikamente (Priscus-Liste)

Unabhängig von der Anzahl der verordneten Arzneimittel gibt es einige Wirkstoffe, die insbesondere für ältere Menschen unerwünschte Risiken und Wechselwirkungen haben können und daher möglichst nicht eingesetzt werden sollten. Für Deutschland besteht mit der sogenannten Priscus-Liste eine Aufstellung dieser potenziell inadäquaten Medikamente.

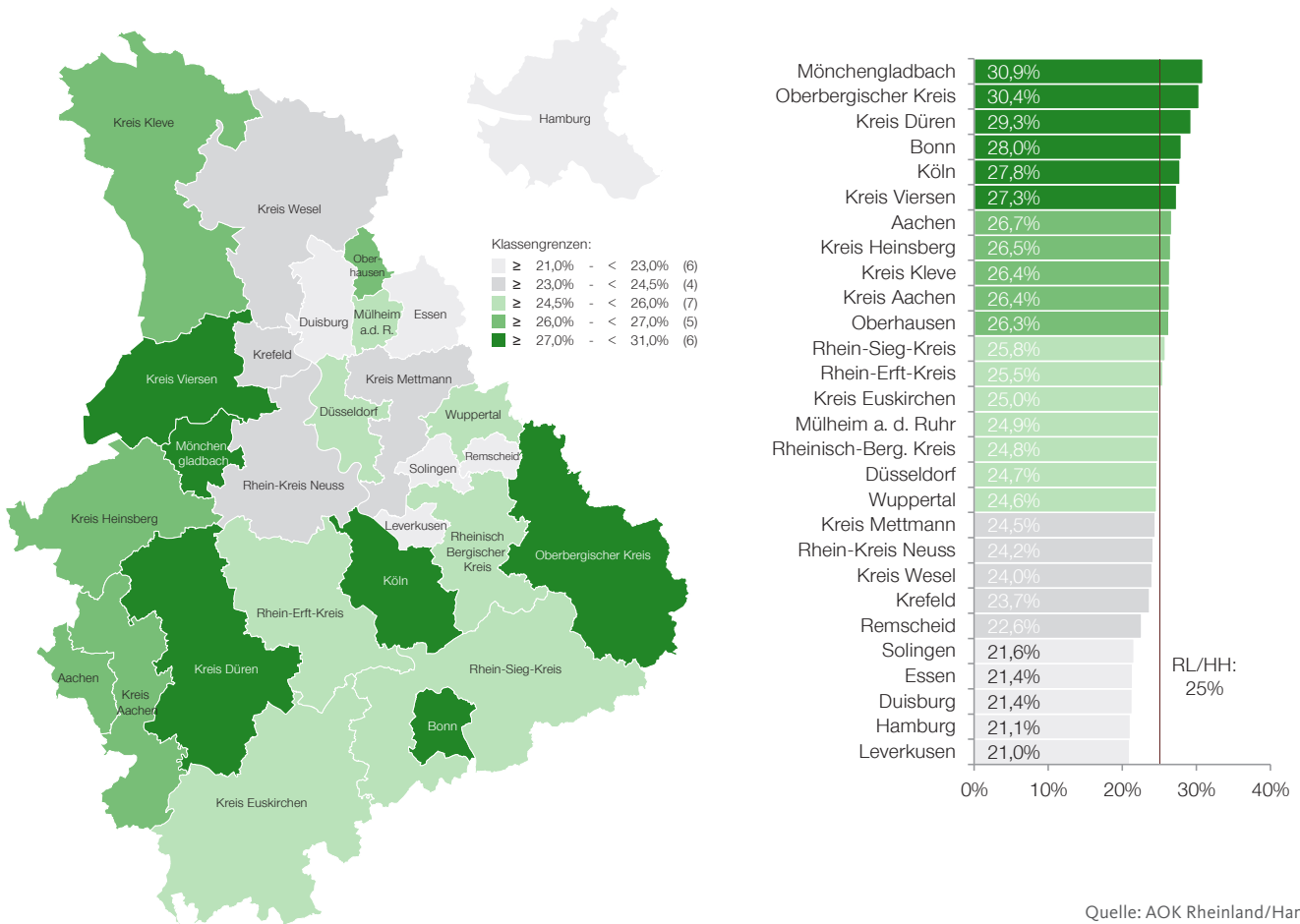
Im Durchschnitt erhalten zwölf Prozent der nicht pflegebedürftigen, 24 Prozent der ambulant gepflegten und 29 Prozent der stationär gepflegten Personen Medikamente, die auf der Priscus-Liste stehen (Abbildung 5/8). Hinter diesen Durchschnittswerten verbergen sich alters- und geschlechtsspezifische Unterschiede. Frauen werden häufiger potenziell inadäquate Medikamente verordnet als Männern. Regional betrachtet ist der Anteil der Personen, die mindestens ein Medikament mit einem Wirkstoff von der Priscus-Liste erhalten, in Mönchengladbach und im Oberbergischen Kreis am höchsten. In diesen Kreisen liegt der Wert mit mehr als 30 Prozent etwa zehn Prozentpunkte über den Quoten in Leverkusen und Hamburg (Abbildung 5/9).

Abbildung 5/8: Anteil der Personen, die mindestens ein Medikament mit einem Wirkstoff von der Priscus-Liste erhalten, Quartalsdurchschnitte 2014



Quelle: AOK Rheinland/Hamburg, standardisiert auf Bundesbevölkerung 2014 beziehungsweise Pflegebevölkerung 2013

Abbildung 5/9: Anteil der pflegebedürftigen Personen, die mindestens ein Medikament mit einem Wirkstoff von der Priscus-Liste erhalten, Kreisvergleich, Quartalsdurchschnitte 2014



Quelle: AOK Rheinland/Hamburg

## Psychopharmaka

Psychopharmaka wirken gegen psychotische Störungen, Depressionen oder Schmerzen. Antipsychotika etwa haben auch einen sedierenden Effekt. Sie führen zu einer Dämpfung des zentralen Nervensystems und reduzieren die emotionale Erregbarkeit, den Antrieb und die Spontanbewegung. Psychopharmaka können Weglauftendenzen oder beständiges Rufen unterdrücken.

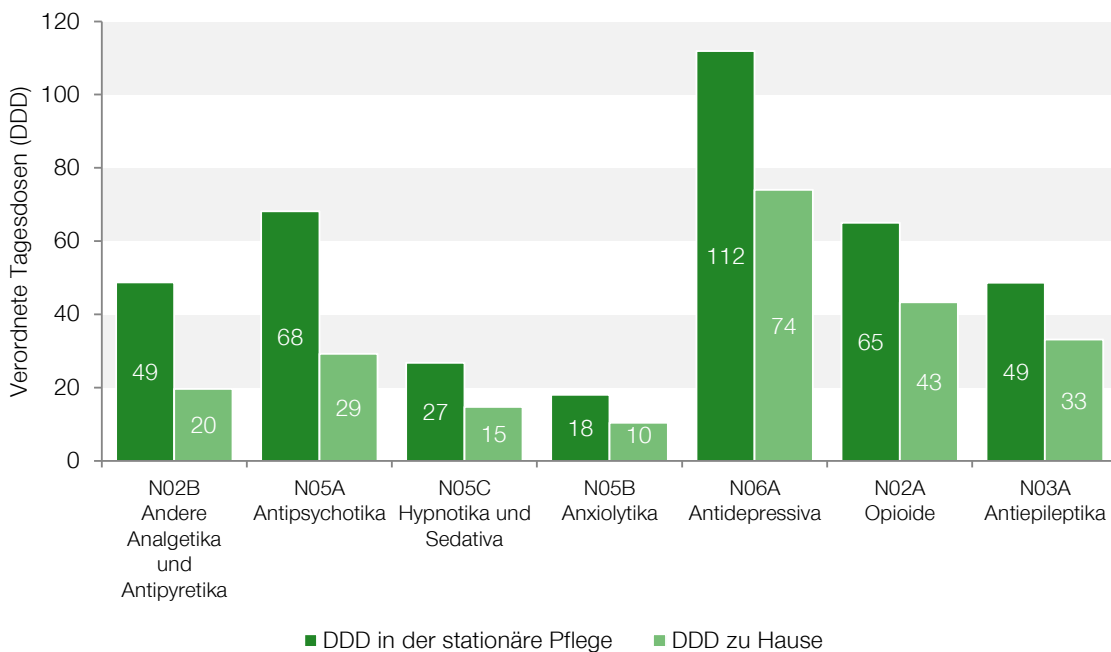
Um den adäquaten Einsatz von Psychopharmaka in der Pflege zu untersuchen, wurde in Abbildung 5/10 die Verordnungsmenge in der stationären und in der ambulanten Pflege verglichen. Mithilfe eines Matching-Verfahrens wurde sichergestellt, dass die betrachteten Personen in der ambulanten und in der stationären Pflege hinsichtlich ihres Pflegebedarfs (Alter, Pflegestufe) und ihrer Krankheitslast (psychiatrische Diagnosen) vergleichbar sind. Unterschiede zwischen den beiden Gruppen sind daher nicht auf Unterschiede im Versorgungsbedarf

zurückzuführen, sondern verweisen auf eine unterschiedliche Verordnungspraxis.

Analysiert wurden die Arzneimittel, bei denen die durchschnittlich verordnete Menge (Tagesdosen, DDD) bei Patienten in der stationären Pflege die höchsten Abweichungen im Vergleich zu Patientinnen und Patienten in der häuslichen Pflege aufweisen. Unter den zehn Arzneimitteln mit der größten Abweichung betreffen sieben das Nervensystem (vor allem Beruhigungs-, Schlaf- und Schmerzmittel). Bei ähnlichem Pflegebedarf und ähnlicher Krankheitslast erhalten Personen in der stationären Pflege deutlich häufiger Psychopharmaka als ambulant gepflegte Personen.

Quantitativ bedeutsam ist der Einsatz von Antipsychotika in der stationären Pflege. Jeder dritte stationär Gepflegte erhält ein Antipsychotikum, während es in der ambulanten Pflege nur

Abbildung 5/10: Psychopharmaka in der ambulanten und in der stationären Pflege, verordnete Tagesdosen (DDD), 2014



Quelle: AOK Rheinland/Hamburg, standardisiert durch Matching-Verfahren



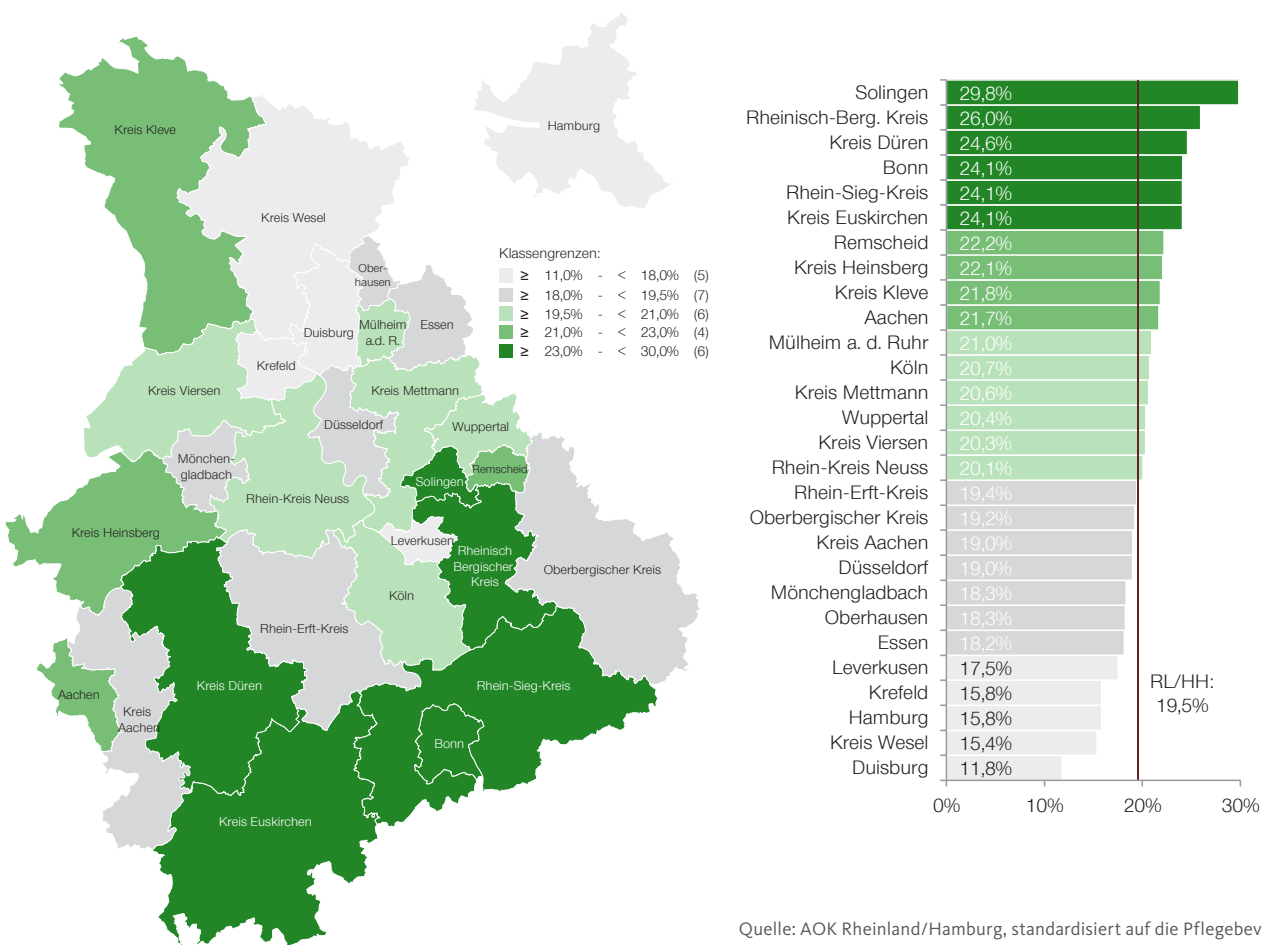
jede zehnte Person ist. Diese Medikamente werden gegen psychotische Störungen wie Wahnvorstellungen, Halluzinationen, Denk- und Verhaltensstörungen oder affektive Spannungen eingesetzt.

Inwiefern der Einsatz von Antipsychotika aus medizinischer Sicht bedarfsgerecht ist, kann anhand der GKV-Routinedaten nicht beurteilt werden. Jedoch sollte es bedenklich stimmen, dass sechs Prozent der ambulant gepflegten und zwanzig

Prozent der stationär gepflegten Personen ohne dokumentierte psychiatrische Indikation ein Antipsychotikum erhalten.

Im regionalen Vergleich fällt Solingen auf, wo nahezu 30 Prozent der stationär gepflegten Personen ohne dokumentierte psychiatrische Indikation ein Antipsychotikum erhalten. Auch im Rheinisch-Bergischen Kreis und im Kreis Düren liegt dieser Anteil etwa bei 25 Prozent. Das ist mehr als doppelt so hoch wie in Duisburg mit knapp zwölf Prozent (Abbildung 5/11).

Abbildung 5/11: Anteil der stationär gepflegten Personen ohne dokumentierte psychiatrische Indikation mit mindestens einer Verordnung eines Antipsychotikums (ATC: N05A\*), Kreisvergleich, Quartalsdurchschnitte 2014



## 5.4 Rehabilitation

Rehabilitation ist ein integraler Bestandteil nachhaltiger Pflege. Diesen Anspruch hat der Gesetzgeber auch unter dem Grundsatz „Rehabilitation vor Pflege“ im Sozialgesetzbuch (SGB) XI gesetzlich normiert. Die Leistungsträger haben „ihre Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und ergänzenden Leistungen in vollem Umfang einzusetzen und darauf hinzuwirken, die Pflegebedürftigkeit zu überwinden, zu mindern sowie eine Verschlimmerung zu verhindern“ (§ 5 Absatz 6 SGB XI).

Es gibt in Deutschland mit der gesetzlichen Krankenversicherung, der gesetzlichen Rentenversicherung und der gesetzlichen Unfallversicherung drei Rehabilitationsträger, deren Zuständigkeiten sich in Bezug auf das Rehabilitationsziel unterscheiden.

Soll mit der Rehabilitation eine Behinderung einschließlich Pflegebedürftigkeit vermieden, vermindert oder eine Verschlimmerung verhütet werden, ist die gesetzliche Krankenversicherung zuständig.

Das Ziel einer Rehabilitation muss dabei nicht zwingend die vollständige Wiederherstellung des ursprünglichen Gesundheitszustands sein. Auch die Förderung der individuellen Fähigkeiten zur Krankheitsbewältigung, die es den betroffenen Menschen ermöglichen, ihren Alltag mit den bestehenden Beeinträchtigungen möglichst selbstbestimmt zu leben, stellt ein berechtigtes Ziel einer Rehabilitation dar.



**Bei medizinischen Rehabilitationsleistungen nach § 40 SGB V handelt es sich um ein umfangreiches und komplexes Leistungsangebot, das unter ärztlicher Leitung nach einem Rehabilitationsplan erbracht wird. Die Rehabilitationsleistung kann ambulant, mobil oder stationär erfolgen. In stationären Einrichtungen sind Rehabilitationsleistungen in der Regel auf drei Wochen befristet, ambulante und mobile Rehabilitationsmaßnahmen dauern 20 Behandlungstage. Eine Rehabilitation kann entweder als Anschlussrehabilitation infolge eines Krankenhausaufenthalts stattfinden oder unabhängig von einer stationären Behandlung durch einen niedergelassenen Arzt verordnet werden. Auch der Medizinische Dienst der Krankenversicherung kann im Rahmen der Begutachtung von Pflegebedürftigkeit eine Rehabilitation verordnen.**

**Ein weiteres Leistungsangebot ist die Frührehabilitation im Krankenhaus nach § 39 SGB V. Sie richtet sich an Patienten, bei denen frühzeitig ein intensiver rehabilitativer Interventionsbedarf besteht, die aber noch krankenhausbefürftig sind. Im Unterschied zur Anschlussrehabilitation werden die rehabilitativen Maßnahmen daher noch im Krankenhaus und somit zeitgleich zur akutstationären Behandlung durchgeführt.**

### Rehabilitationsmaßnahmen vor Beginn der Pflegebedürftigkeit

Im Folgenden werden ausschließlich die Rehabilitationsleistungen betrachtet, die die gesetzliche Krankenversicherung getragen hat. Dabei wurden drei Gruppen unterschieden: (1) Personen, die im Jahr 2014 nicht pflegebedürftig waren, (2) Personen, die im Laufe des Jahres 2014 pflegebedürftig geworden sind, und (3) Personen, die im Jahr 2014 durchgängig pflegebedürftig waren.

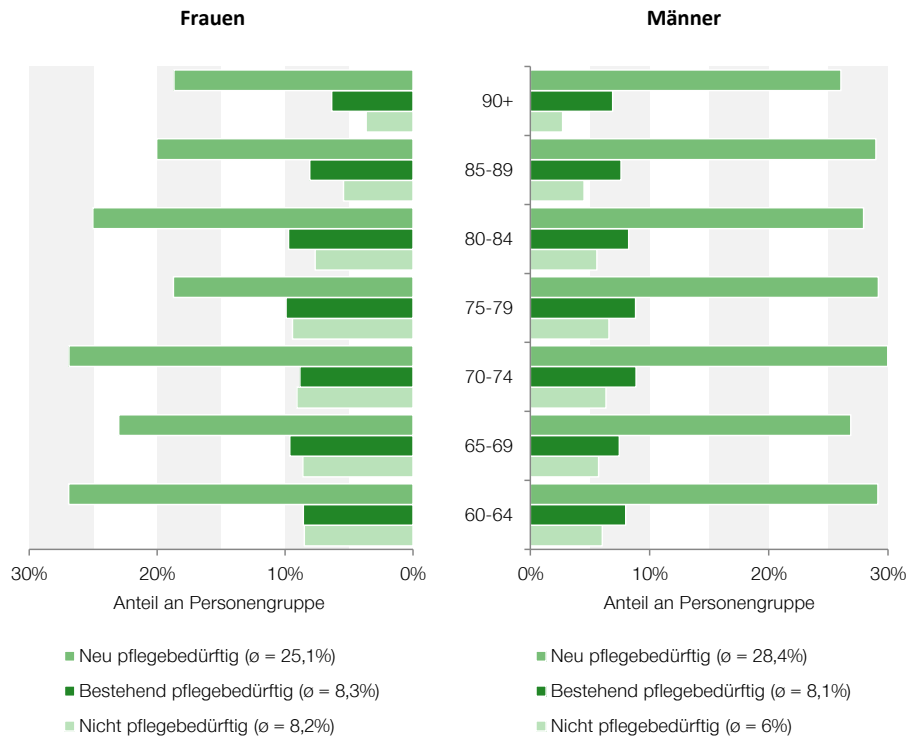
Vergleicht man die Inanspruchnahme von Rehabilitationsmaßnahmen zwischen diesen drei Gruppen (Abbildung 5/12), werden deutliche Unterschiede sichtbar: Auffällig ist vor allem die vergleichsweise hohe Quote an Rehabilitationen bei

Neupflegebedürftigen. Mehr als jede vierte Person, die im Jahr 2014 pflegebedürftig geworden ist, hat in den sechs Monaten vor und nach dem Pflegeeintritt eine rehabilitative Maßnahme in Anspruch genommen. Abbildung 5/13 zeigt, dass betroffene Personen insbesondere in den zwei Monaten vor und dem ersten Monat nach Eintritt in die Pflegebedürftigkeit deutlich häufiger an einer Rehabilitation teilnehmen. Diese Zahlen belegen, dass dem Grundsatz „Rehabilitation vor Pflege“ durchaus häufiger Rechnung getragen wird, als es die öffentlichen Diskussionen um die vermeintlich niedrigen Rehabilitationsquoten erscheinen lassen (vergleiche Abbildung 5/12). Darüber hinaus

müssten für eine vollständige Beurteilung des Umfangs an Rehabilitationsleistungen bei drohender Pflegebedürftigkeit auch die erfolgreichen Rehabilitationsmaßnahmen, durch die

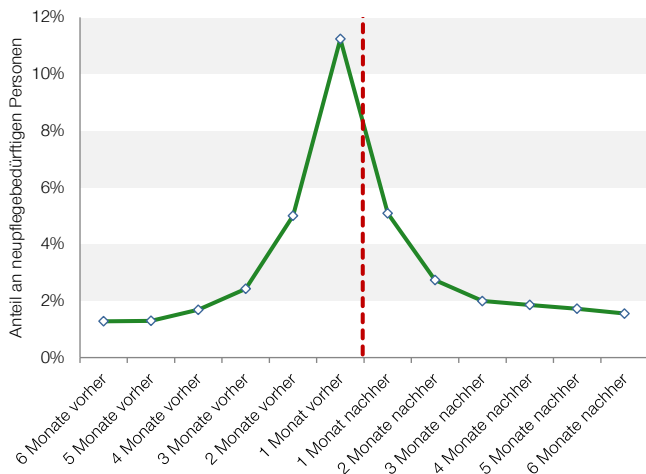
eine Pflegebedürftigkeit verhindert werden konnte, mit einbezogen werden. Diese Fälle lassen sich in den Routinedaten nicht identifizieren.

Abbildung 5/12: Inanspruchnahme von Rehabilitation nach Pflegebedürftigkeitsstatus, 2014



Quelle: AOK Rheinland/Hamburg

Abbildung 5/13: Zeitpunkt der Rehabilitation im Verhältnis zum Pflegebeginn, 2014



Quelle: AOK Rheinland/Hamburg

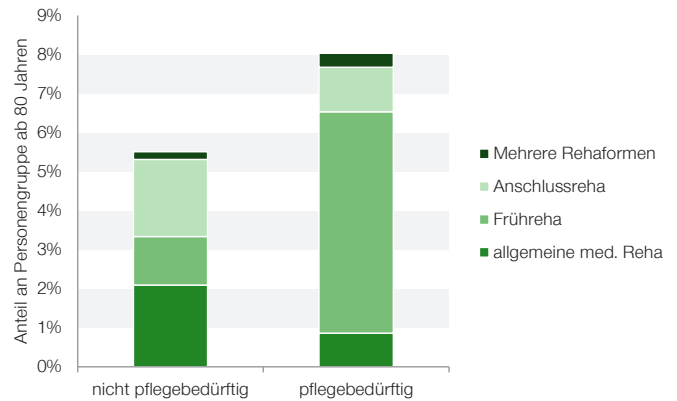
## Rehabilitationsmaßnahmen während der Pflegebedürftigkeit

Der Rehabilitationsauftrag an die Leistungsträger gilt explizit „auch nach Eintritt der Pflegebedürftigkeit“ (§ 5 Absatz 6 SGB XI). Der Grundsatz „Rehabilitation vor Pflege“ ist daher keineswegs so zu interpretieren, dass rehabilitative Maßnahmen bei bestehender Pflegebedürftigkeit verzichtbar sind.

Die Inanspruchnahme von Rehabilitationsmaßnahmen ist bei Personen mit bestehender Pflegebedürftigkeit um etwa einen Prozentpunkt höher als bei nicht pflegebedürftigen Personen. Diese Differenz ist fast vollständig in den niedrigen Werten bei nicht pflegebedürftigen Männern begründet. Bei Frauen unter 80 Jahren lassen sich hingegen keine nennenswerten Unterschiede feststellen. Diese Werte sind nicht morbiditätsadjustiert. Inwiefern das Ausmaß der rehabilitativen Maßnahmen für pflegebedürftige Menschen bedarfsgerecht ist, kann anhand dieser Zahlen nicht beurteilt werden.

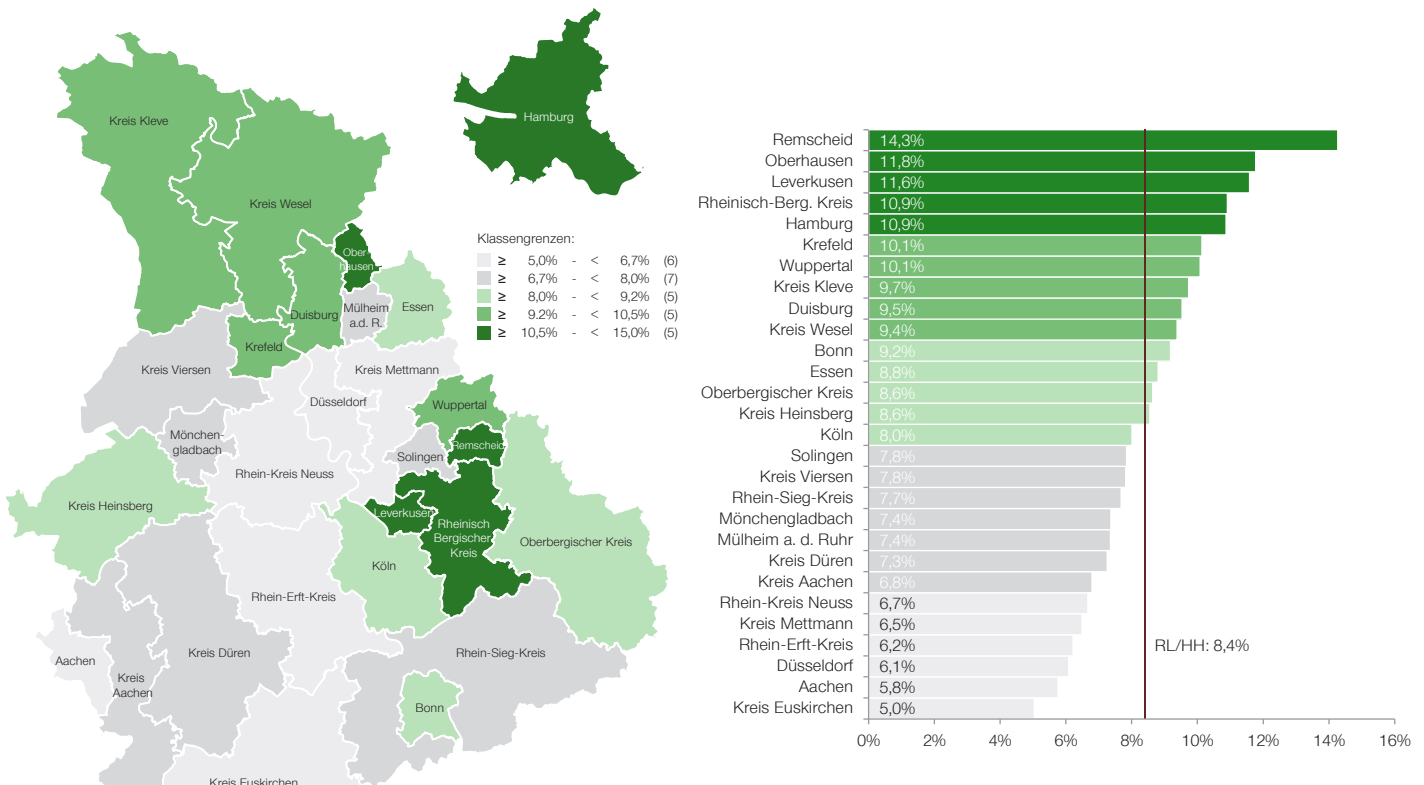
Der Erfolg der Maßnahmen definiert sich nicht nur über die Reduzierung der Pflegebedürftigkeit. Auch das Verhindern

Abbildung 5/14: Art der Rehabilitationsleistung, Inanspruchnahme von Personen über 80 Jahre, 2014



Quelle: AOK Rheinland/Hamburg, standardisiert auf Bundesbevölkerung 2014

Abbildung 5/15: Anteil der pflegebedürftigen Personen, die an einer Rehabilitationsmaßnahme teilgenommen haben, Kreisvergleich, 2014



Quelle: AOK Rheinland/Hamburg, standardisiert

beziehungsweise ein Hinauszögern der Verschlimmerung sind Erfolge. Vor diesem Hintergrund erscheint es durchaus fraglich, ob der Umfang an Rehabilitationsleistungen bei pflegebedürftigen Menschen derzeit bedarfsgerecht ist. Nach Eintritt in die Pflegebedürftigkeit gehen die Rehabilitationsaktivitäten deutlich zurück.

Abbildung 5/14 zeigt, dass eine Rehabilitation bei pflegebedürftigen Personen über 80 Jahre fast ausschließlich eine Folge eines akutstationären Aufenthalts ist. Sowohl die Frührehabilitation als auch die Anschlussrehabilitation finden während eines Krankenhausaufenthaltes beziehungsweise direkt im Anschluss statt. Der Anteil der Personen, die eine allgemeine medizinische Rehabilitation erhalten, die auch unabhängig von einer stationären Behandlung verordnet wird, ist hingegen mit etwa einem Prozent - auch im Vergleich zu den nicht pflegebedürftigen Personen - vergleichsweise niedrig. Diese Zahlen legen nahe, dass Rehabilitation bei Pflegebedürftigkeit in der Regel eine Reaktion auf einen Krisenfall ist und kein Regelangebot für Personen, die in ihrem Alltag eine Verschlimmerung der Pflegebedürftigkeit verhindern möchten.

Insbesondere der Anteil der Frührehabilitation ist bei den pflegebedürftigen Personen im Vergleich zu nicht pflegebedürftigen Personen deutlich erhöht und macht fast zwei Drittel der gesamten Rehabilitation aus. Demgegenüber verlieren die übrigen Rehabilitationsformen an Bedeutung. Auch die Quote der ambulanten Rehabilitation beträgt mit 0,8 Prozent nur die Hälfte des Wertes von nicht pflegebedürftigen Personen (1,7 Prozent).

Die Durchschnittswerte für das gesamte Versorgungsgebiet verdecken mitunter die erheblichen regionalen Unterschiede. Während in der kreisfreien Stadt Remscheid etwa 14 Prozent der pflegebedürftigen Personen im Jahr 2014 an einer Rehabilitationsmaßnahme teilgenommen haben, waren es im Kreis Euskirchen lediglich fünf Prozent (Abbildung 5/15). Dabei unterscheidet sich nicht allein die Zahl der Rehabilitationsmaßnahmen, sondern auch der Anteil der Rehabilitationsformen. In Hamburg macht die Frührehabilitation fast 90 Prozent aller Rehabilitationsmaßnahmen aus, in der Stadt sowie dem Kreis Aachen hingegen nur rund 15,4 beziehungsweise 22,6 Prozent (Abbildung 5/16). Dies deutet darauf hin, dass in den Krankenhäusern sehr unterschiedliche Kapazitäten für Rehabilitationen vorhanden sind.

Abbildung 5/16: Anteil der Frührehabilitation an allen Rehabilitationsmaßnahmen bei Personen mit Pflegebedürftigkeit, Kreisvergleich, 2014

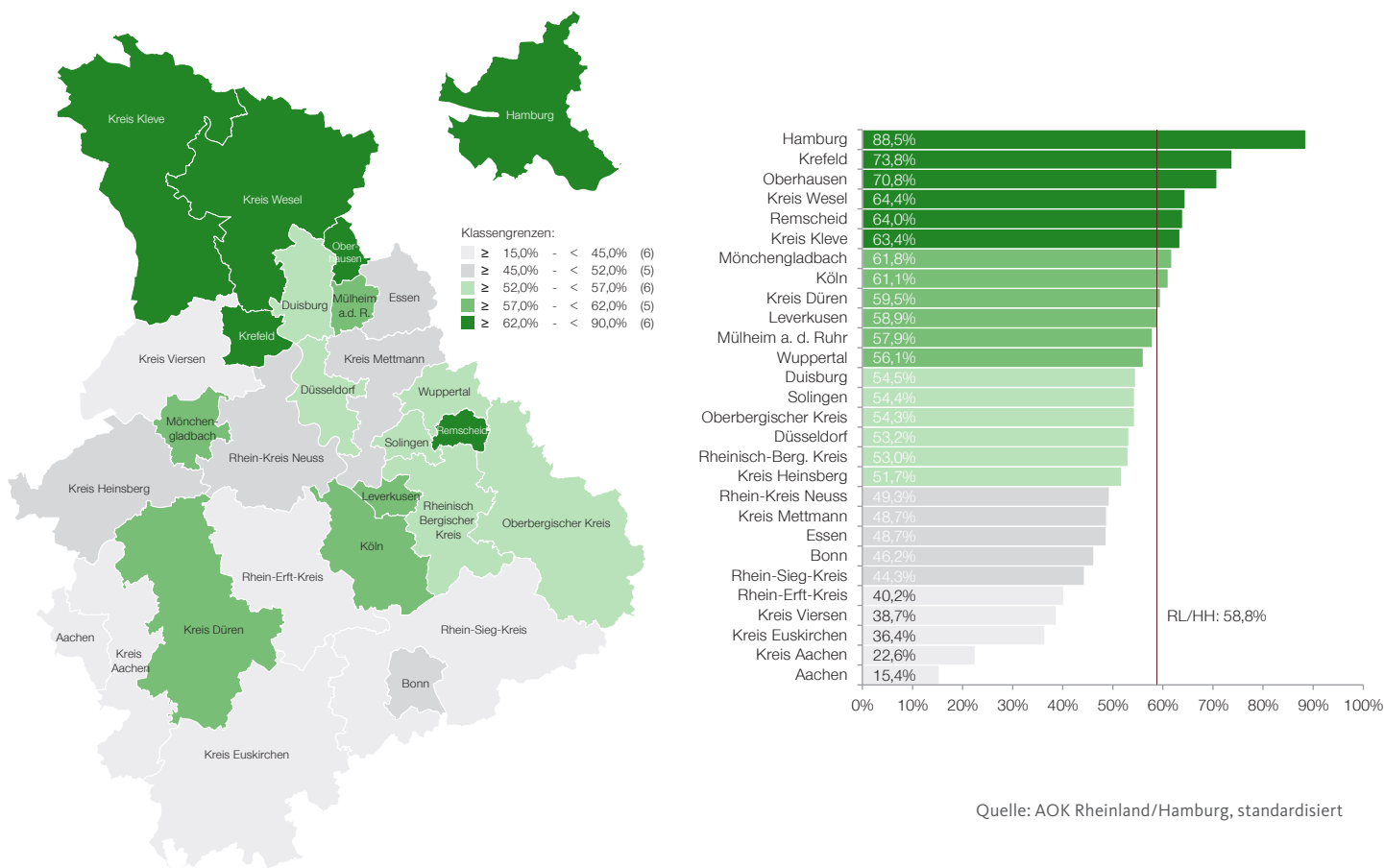
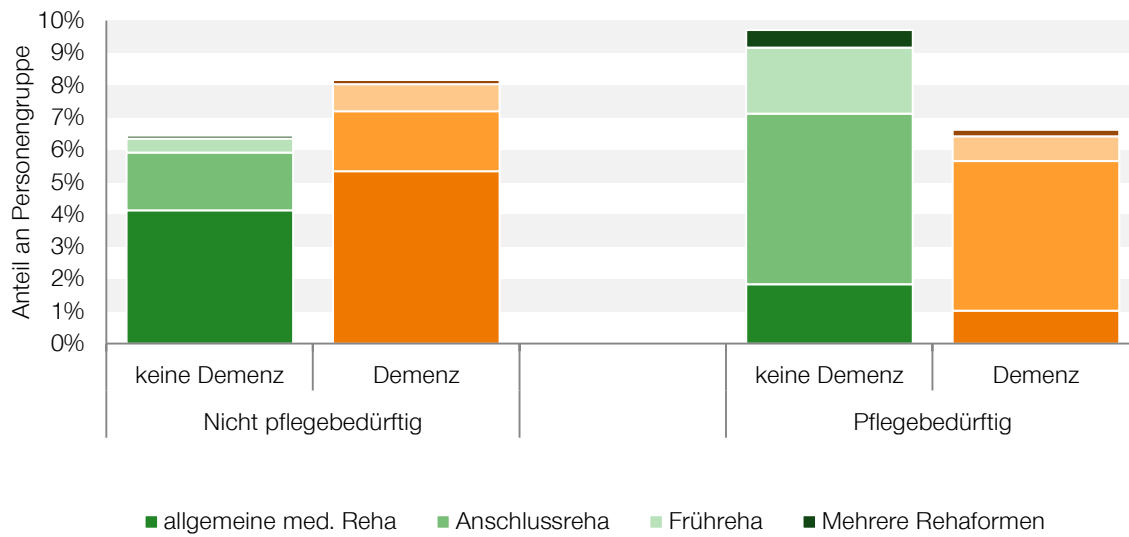


Abbildung 5/17 deutet auf einen Zusammenhang zwischen dem Stadium einer Demenzerkrankung und der Inanspruchnahme von Rehabilitationsmaßnahmen hin: Während Menschen mit Demenz vor Eintritt der Pflegebedürftigkeit tendenziell häufiger eine Komplexbehandlung erhalten als andere

Nichtpflegebedürftige, kehrt sich dieses Verhältnis bei Eintritt der Pflegebedürftigkeit um. Mit weiterem Fortschreiten der Erkrankung und Eintritt der Pflegebedürftigkeit ist die Inanspruchnahme geringer als bei nicht demenziell erkrankten Pflegebedürftigen.

Abbildung 5/17: Inanspruchnahme von Rehabilitation von Personen mit Demenz nach Pflegebedürftigkeitsstatus, 2014



Quelle: AOK Rheinland/Hamburg, standardisiert

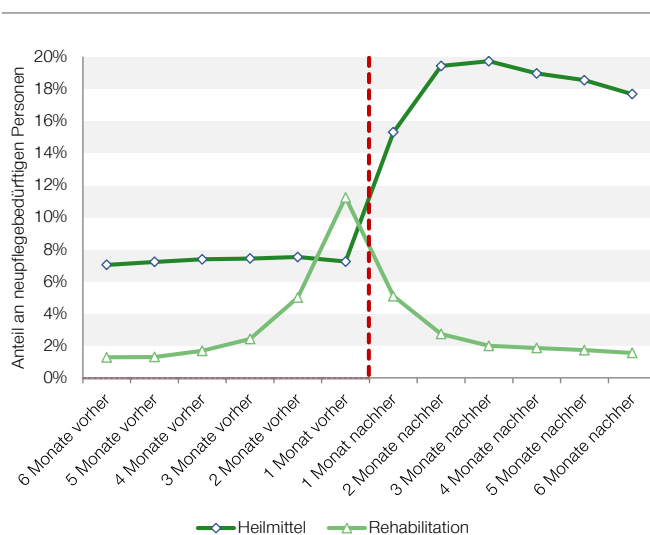
## 5.5 Heilmittelversorgung

Rehabilitative Maßnahmen können nicht nur im Rahmen der medizinischen Rehabilitation erfolgen, sondern auch im Sinne der Heilmittelerbringung. Auch Heilmittel, vor allem die Physiotherapie und die Ergotherapie, können mit dem Ziel eingesetzt werden, Pflegebedürftigkeit zu vermeiden oder zu mindern. Bei Heilmitteln handelt es sich um Einzelleistungen mit rehabilitativer Zielsetzung, die vor allem dann in Betracht kommen, wenn der Rehabilitationsbedarf keine Komplexbehandlung erfordert. Während die Physiotherapie einem funktionsorientierten Ansatz folgt, der darauf abzielt, die körperlichen Einschränkungen zu beheben, ist das Ziel der Ergotherapie, die Handlungsfähigkeit der Patientin oder des Patienten zu erweitern.

Im Gegensatz zur medizinischen Rehabilitation werden Heilmittel nicht vorrangig eingesetzt, um Pflegebedürftigkeit zu verhindern, sondern vor allem rehabilitativ. Während Rehabilitationsmaßnahmen überwiegend in den drei Monaten vor und dem ersten Monat nach Eintritt in die Pflegebedürftigkeit in Anspruch genommen werden, werden Heilmittel verstärkt erst nach Pflegebeginn verordnet (Abbildung 5/18). Sowohl bei den Neupflegebedürftigen als auch bei den Personen mit bestehender Pflegebedürftigkeit beträgt der Anteil derjenigen, die Heilmittel erhalten, 35 Prozent. Dieser Anteil ist im Vergleich zu den nicht pflegebedürftigen Personen deutlich höher.

Den größten Anteil an den Heilmitteln macht die Physiotherapie aus. Insgesamt erhält jede dritte pflegebedürftige Person Krankengymnastik. Während in Bonn und Aachen über 40 Prozent

Abbildung 5/18: Zeitpunkt der Inanspruchnahme von Heilmitteln im Verhältnis zum Pflegebeginn, 2014



Quelle: AOK Rheinland/Hamburg

der pflegebedürftigen Menschen Physiotherapie erhalten, sind es in Oberhausen und im Kreis Euskirchen weniger als 30 Prozent.

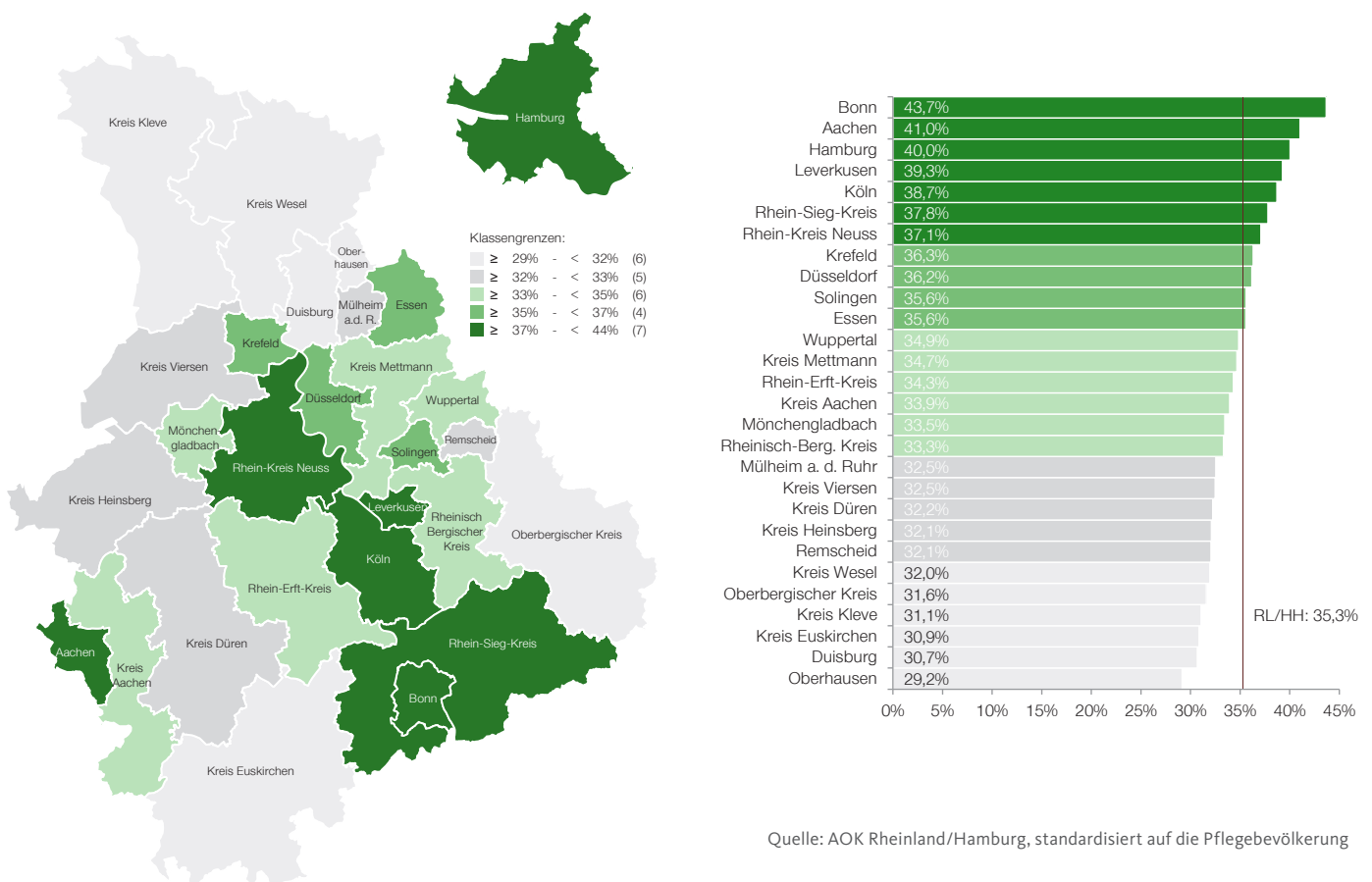
Demgegenüber beträgt der Anteil der pflegebedürftigen Personen, die ergotherapeutisch betreut werden, nur fünf Prozent. Auch hier liegt die Stadt Bonn mit knapp 13 Prozent deutlich

an der Spitze, während insbesondere die westlichen Kreise des Rheinlands mit weniger als vier Prozent unter dem Durchschnitt liegen. In den meisten Fällen erhalten die Pflegebedürftigen eine Ergotherapie zusätzlich zur Physiotherapie. Zusammengenommen ist der Anteil der pflegebedürftigen Personen, die Heilmittel erhalten, in Bonn mit knapp 44 Prozent am höchsten, gefolgt von Aachen und Hamburg. In den Ruhrgebietsstädten Oberhausen und Duisburg sowie dem Kreis

Euskirchen ist die Rate hingegen mit etwa 30 Prozent deutlich niedriger (Abbildung 5/19).

Betrachtet man Rehabilitation und Heilmittel zusammen, erhalten rund 39 Prozent aller Personen mit bestehender Pflegebedürftigkeit eine rehabilitative Behandlung. Bei den Neupflegebedürftigen ist dieser Anteil mit 47 Prozent noch höher, was vor allem an der stärkeren Nutzung der medizinischen Rehabilitation liegt. Beim Heilmittelbezug gibt es hingegen keine

Abbildung 5/19: Anteil der pflegebedürftigen Personen, die Physio- und/oder Ergotherapie erhalten haben, Kreisvergleich, 2014





Unterschiede zwischen den ersten Monaten der Pflegebedürftigkeit und einem späteren Zeitpunkt. Der Umfang an rehabilitativen Maßnahmen für Personen mit Pflegebedarf ist im Vergleich zu den nicht pflegebedürftigen Menschen deutlich höher (vergleiche Abbildung 5/20).

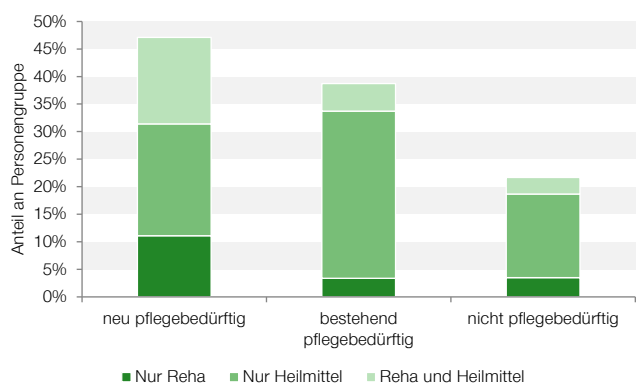
Eine quantitativ schlechtere Versorgung mit rehabilitativen Maßnahmen von Personen mit demenziellen Erkrankungen im Vergleich zu Personen ohne Demenz besteht nicht. Bei den Nichtpflegebedürftigen ist die Quote der Inanspruchnahme bei Demenz sogar höher (Abbildung 5/21).

Zusätzlich zu den externen Leistungserbringern kann und sollte auch die alltägliche Pflege rehabilitativ ausgerichtet sein. So fordert § 28 Absatz 4 SGB XI, dass die Pflege auch die Aktivierung des Pflegebedürftigen zum Ziel haben soll, um vorhandene

Fähigkeiten zu erhalten und, soweit dies möglich ist, verlorene Fähigkeiten zurückzugewinnen. Inwiefern diese Vorgabe in der Pflegepraxis umgesetzt wird, ist anhand der Routinedaten nicht zu beurteilen.

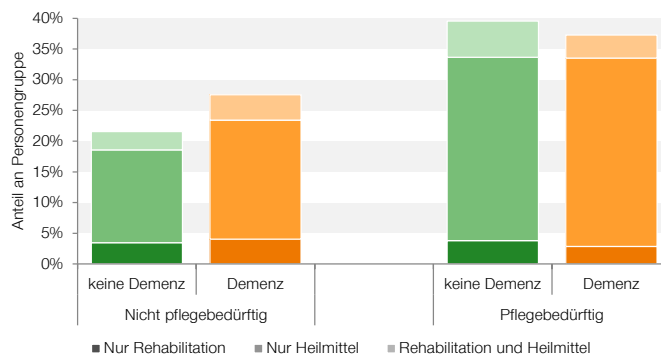
Jedoch gibt die Anzahl des in der Pflege beschäftigten Personals mit Heilmittelbezug Anlass zur Skepsis. Im Rheinland liegt das Verhältnis zwischen einer Vollzeitkraft mit einer Ausbildung in einem Heilmittelberuf und den pflegebedürftigen Personen bei 1:234. Selbst in Essen, der Region mit der besten Rate, kommen auf eine entsprechend qualifizierte Vollzeitkraft rechnerisch 76 pflegebedürftige Personen. Eine flächendeckende, qualitativ angemessene rehabilitative Pflege ist daher kaum zu erwarten.<sup>2</sup>

Abbildung 5/20: Inanspruchnahme von rehabilitativen Maßnahmen nach Pflegebedürftigkeitsstatus, 2014



Quelle: AOK Rheinland/Hamburg

Abbildung 5/21: Anteil der Personen, die an einer rehabilitativen Maßnahme teilgenommen haben, nach Demenzstatus, 2014



Quelle: AOK Rheinland/Hamburg, standardisiert

<sup>2</sup> Eigene Berechnungen auf Grundlage einer Sonderauswertung von IT.NRW (Pflegestatistik).

# Rehabilitation bei Pflege: Zuständigkeiten von Krankenversicherung und Pflegeversicherung – stimmt die Aufteilung?

von Heinz Rothgang

In seinem programmatischen Teil postuliert das Sozialgesetzbuch (SGB) XI den Vorrang medizinischer Rehabilitation zur Verhinderung von Pflegebedürftigkeit: „Die Pflegekassen wirken darauf hin, dass frühzeitig alle geeigneten Leistungen zur medizinischen Rehabilitation eingeleitet werden, um den Eintritt von Pflegebedürftigkeit zu vermeiden“ (§ 5 Absatz 1 SGB XI). Gleichzeitig wird normiert, dass der Rehabilitationsanspruch bei Eintritt von Pflegebedürftigkeit nicht endet, sondern auch bei Pflegebedürftigkeit weiter besteht: „Die Leistungsträger haben auch nach Eintritt der Pflegebedürftigkeit ihre Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und ergänzende Leistungen in vollem Umfang einzusetzen und darauf hinzuwirken, die Pflegebedürftigkeit zu überwinden, zu mindern sowie eine Verschlimmerung zu verhindern“ (§ 5 Absatz 2 SGB XI). Tatsächlich zeigt sich, dass etwa jeder achte Pflegebedürftige in den sechs Monaten vor Eintritt der Pflegebedürftigkeit Rehabilitation nach § 40 SGB V in Anspruch genommen hat. Hierbei handelt es sich häufig um Personen, die nach einem Akutereignis (Lähmungen, Parkinson, Krebs, Multiple Sklerose, Herzinsuffizienz, Schlaganfall, Herzinfarkt, Hüftgelenksnahe Fraktur, Kniegelenks- oder Hüftgelenksarthrose) rehabilitiert und anschließend dennoch pflegebedürftig werden. Bei den bereits Pflegebedürftigen ist der Anteil der Rehabilitanden dagegen eher gering (siehe Abschnitt 5.4, Seite 88) – obwohl Studien Hinweise für die Wirksamkeit von Reha auch bei Pflegebedürftigkeit geben. Dabei sind insbesondere zwei Ursachen für die geringen Reha-Quoten zu nennen: der Ablauf des Verfahrens zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit und die Anreizstruktur für die Kranken- und Pflegekassen.

Während der Pflegebegutachtung durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) sind „auch Feststellungen darüber zu treffen, ob und in welchem Umfang Maßnahmen zur Beseitigung, Minderung oder Verhütung einer Verschlimmerung der Pflegebedürftigkeit einschließlich der Leistungen zur medizinischen Rehabilitation geeignet, notwendig und zumutbar sind (§ 18 Absatz 1 Satz 3 SGB XI). Allerdings wurde dieser Auftrag in der Vergangenheit von den Medizinischen Diensten in den Ländern recht unterschiedlich umgesetzt. Dabei wurde der Erkennung rehabilitativer Bedarfe in der Pflegebegutachtung nicht immer die notwendige Aufmerksamkeit geschenkt. Der Medizinische Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (MDS) hat daher 2014 das von der Universität Bremen durchgeführte Projekt „Reha XI – Erkennung rehabilitativer Bedarfe in der Pflegebegutachtung

der MDK“ eingeleitet, in dessen Rahmen ein bundesweit einheitlicher Gute-Praxis-Standard für diesen Teil der Begutachtung entwickelt wurde, der als optimierter Begutachtungsstandard seit 2015 flächendeckend angewendet wird und seit Inkrafttreten der Neufassung des § 18 Absatz 6 SGB XI als „bundeseinheitliches, strukturiertes Verfahren“ gesetzlich verankert ist. Im Ergebnis sind die Empfehlungsquoten für Rehabilitation von weniger als ein Prozent auf mehr als zwei Prozent gestiegen. Zwar gibt es keine a priori „richtige Zahl“ der Reha-Empfehlungen, wohl aber Hinweise darauf, in welchen Bereichen die Empfehlungsquoten liegen sollten, wenn auftragsgemäß eine Rehabilitationsempfehlung für alle rehabilitationsfähigen und -willigen Antragsteller ausgesprochen wird. Schon bei der ersten Studie zur Erprobung des neuen Begutachtungsverfahrens, in dem die Reha-Empfehlung einen größeren Stellenwert einnimmt, ergab sich 2008 eine Quote von mehr als vier Prozent und im bereits genannten Projekt Reha XI wurde in der Umsetzung des dort entwickelten Gute-Praxis-Standards eine Quote von sechs Prozent erreicht. In der Rehabilitationsbegutachtung erfahrene Ärzte haben in dieser Studie sogar noch deutlich höhere Werte erzielt. Vor diesem Hintergrund erscheint die derzeitige Quote von gut zwei Prozent immer noch zu niedrig. Immerhin schafft die Einführung des optimierten Begutachtungsstandards aber die strukturellen Voraussetzungen für eine angemessene Begutachtung und hat damit dieses Problem zielführend bearbeitet.

Ungelöst ist dagegen das zweite angesprochene Problem: die Fehlanreize für die Kassen, die sich aus dem Nebeneinander von wettbewerblich organisierter Krankenversicherung mit Risikostrukturausgleich und nicht wettbewerblich organisierter Pflegeversicherung mit allgemeinem Ausgabenausgleich ergeben. Der Rechtsanspruch der Pflegebedürftigen auf Rehabilitation wurde im Pflege-Weiterentwicklungsgesetz (PfWG) 2008 sogar noch ausgeweitet. Bezog er sich vorher auf „Leistungen zur ambulanten Rehabilitation mit Ausnahme von Kuren“, bezieht er sich jetzt auf jegliche Form der „medizinischen Rehabilitation“. Er richtet sich allerdings „gegen den zuständigen Träger auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation“ (§ 18 Absatz 1 Satz 3 SGB XI). Das ist bei Pflegebedürftigen aber regelmäßig die Krankenversicherung, deren Träger, die Krankenkassen, in Wettbewerb zueinander stehen. Leistungsausgaben für Rehabilitation belasten daher ebenso wie entsprechende Heilmittelverordnungen mit rehabilitativem Charakter die Krankenkassen und erhöhen – unter sonst gleichen

Bedingungen – ihren notwendigen (Zusatz-)Beitragssatz. Sie sind deshalb für Krankenkassen nur attraktiv, wenn daraus Einsparungen in anderen Leistungsbereichen der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) resultieren. Rehabilitationsmaßnahmen, die lediglich zu Einsparungen bei Pflegeversicherungsleistungen führen, sind aufgrund des vollständigen Ausgabenausgleichs dagegen nicht beitragsatzwirksam. Für wettbewerblich denkende Kassen lohnt sich eine Rehabilitation daher nicht, wenn sie aus der – wettbewerblich organisierten – Krankenversicherung finanziert wird, die Erfolge aber nur bei der – nicht wettbewerblich organisierten – Pflegeversicherung zu Buche schlagen, weil diese Ausgabenreduktion über den allgemeinen Ausgabenausgleich der Pflegeversicherung an alle Pflegekassen verteilt wird. Kassen haben damit nicht nur keinen Anreiz, Rehabilitation bei Pflege zu fördern, sondern im Gegenteil sogar einen Anreiz, entsprechende Ausgaben für Rehabilitation aktiv zu begrenzen.

Dieser offensichtliche, aus dem Nebeneinander zweier unterschiedlicher Steuerungsmechanismen resultierende Fehlanreiz wurde auch vom Gesetzgeber (an)erkannt und im PfwG bearbeitet – allerdings mit untauglichen Maßnahmen: In § 40 Absatz 3 SGB V werden Krankenkassen seitdem verpflichtet, eine „Strafzahlung“ von 3.072 Euro an die jeweilige Pflegekasse zu leisten, sollten sie durch eigenes Verschulden innerhalb von sechs Monaten eine von der Pflegeversicherung als notwendig angesehene medizinische Rehabilitation nicht erbracht haben. Bei dieser Norm hat sich der Gesetzgeber von der realitätsfernen Vorstellung eines Interessenkonflikts zwischen Krankenkasse und „ihrer“ Pflegekasse leiten lassen und dabei die notwendige institutionelle Betrachtung durch eine ungeeignete funktionale ersetzt. Die Mitarbeiter der Kranken- und der zugehörigen Pflegekasse sind nämlich Teil desselben Unternehmens mit gemeinsamer Leitungsstruktur und handeln entsprechend. Das Problem besteht eben nicht darin, dass sich die Krankenversicherung auf Kosten der Pflegeversicherung (funktionale Betrachtung) entlastet. Es besteht vielmehr darin, dass Kassen – als Verbund von Kranken- und Pflegekasse – ihre Wettbewerbsposition gegenüber anderen Kassen verbessern (institutionelle Betrachtung), indem sie die Kosten von der Abteilung Kranken- in die Abteilung Pflegeversicherung verschieben beziehungsweise eine Rehabilitationsmaßnahme unterlassen, die Kosten in der Abteilung Pflegeversicherung reduziert, dafür aber – womöglich sogar geringere – Kosten in der Abteilung Krankenversicherung verursacht. Die Auswirkungen dieses Fehlanreizes, der

durch das PfwG nicht abgebaut wurde, zeigen sich nicht nur in den bereits angesprochenen niedrigen Reha-Empfehlungsquoten, sondern auch darin, dass es Anbietern von mobiler ambulanter Rehabilitation nur sehr schwer gelingt, Versorgungsverträge mit Kassen zu schließen, obwohl diese Form häufig optimal wäre für Pflegebedürftige, die stationäre Rehabilitation ablehnen, aber mehr als einen Heilmittleinsatz benötigen.

Eine Option zum Abbau dieses Fehlanreizes wäre die wettbewerbliche Umgestaltung auch der Pflegeversicherung. Damit erhielten die Kassen erstmals positive Anreize, auf die Pflegebedürftigkeit einzuwirken. Allerdings müsste begleitend ein eigener Risikostrukturausgleich in der Pflegeversicherung installiert oder der bestehende morbiditätsorientierte Risikostrukturausgleich in der GKV entsprechend ausgebaut werden. Umsetzbare Vorschläge hierfür liegen aber nicht vor. Weniger weitreichend ist die Übertragung der Finanzierung von Rehabilitation zur Beeinflussung von Pflegebedürftigkeit von der Kranken- auf die Pflegeversicherung. Zwar werden damit keine positiven Anreize gesetzt, Pflegebedürftigkeit aktiv zu beeinflussen, aber zumindest die negativen Anreize abgebaut, sodass eine Verbesserung gegenüber dem Status quo resultiert.

Werden auf diese Weise Ausgabenanteile von der Kranken- auf die Pflegeversicherung verschoben, könnte im Gegenzug die Finanzierungsverantwortung für die medizinische Behandlungspflege in Pflegeheimen wieder auf die GKV rückverlagert werden, die bei Einführung der Pflegeversicherung – ordnungspolitisch falsch – nur aus fiskalischen Gründen in diese verschoben wurde, und das zunächst auch nur zeitlich befristet. Problematisch an dieser Regelung ist, dass die Krankenkassen die entsprechenden Leistungen in häuslicher Pflege als häusliche Krankenpflege finanzieren müssen, diese im stationären Setting aber als medizinische Behandlungspflege von der Pflegeversicherung finanziert werden. Für wirtschaftlich denkende Kassen besteht daher aus dem gleichen Kalkül wie bei der Rehabilitation – nämlich weil sie Ausgaben der Krankenversicherung belasten, Ausgaben der Pflegeversicherung aber nicht – der Anreiz, vollstationäre Pflege zu bevorzugen. Dass dies Auswirkungen auf die Pflegeberatung hat, kann nicht ausgeschlossen werden, sodass auch eine Reorganisation dieser finanziellen Zuständigkeit positive Effekte für die Versorgung der Pflegebedürftigen zeitigen dürfte.



*Prof. Dr. Heinz Rothgang ist Leiter der Abteilung Gesundheit, Pflege und Alterssicherung im Forschungszentrum Ungleichheit und Sozialpolitik an der Universität Bremen. Er ist unter anderem Mitglied im Beirat des Bundesgesundheitsministeriums zur Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs.*

## 5.6 Hilfsmittelversorgung

Hilfsmittel sind sächliche Mittel oder technische Produkte, die aus medizinischer oder pflegerischer Sicht notwendig sind. Hilfsmittel, die von der gesetzlichen Krankenversicherung getragen werden, sollen den Erfolg der Krankenbehandlung sichern, Krankheiten verhindern und deren Verschlimmerung oder eine Pflegebedürftigkeit vermeiden. Demgegenüber haben Pflegehilfsmittel zum Ziel, die Pflege zu erleichtern, zur Linderung der Beschwerden des Pflegebedürftigen beizutragen oder ihm eine selbstständigere Lebensführung zu ermöglichen.

Abbildung 5/22 vergleicht die am häufigsten verordneten Hilfsmittelproduktgruppen getrennt nach nicht pflegebedürftigen, ambulant gepflegten und stationär gepflegten Personen. Zum einen wird deutlich, dass der Anteil derjenigen, die Hilfsmittel

erhalten, unter den pflegebedürftigen Personen mit knapp 80 beziehungsweise knapp 90 Prozent deutlich höher liegt als bei den nicht pflegebedürftigen Personen (circa 30 Prozent).

Auch unterscheiden sich die am häufigsten verordneten Hilfsmittelproduktgruppen. Im stationären Pflegebereich erhalten mehr als vier von fünf Personen Inkontinenzhilfen. Im ambulanten Pflegesektor sind es knapp 30 Prozent und bei den nicht pflegebedürftigen Personen 1,7 Prozent. Auch bei den Krankenfahrzeugen wie Rollstühlen oder Treppensteighilfen, bei den Pflegehilfsmitteln und bei den Hilfsmitteln gegen Dekubitus weisen die Gruppen der pflegebedürftigen Personen deutlich höhere Verordnungsraten auf.

Abbildung 5/22: Anteil der Hilfsmittelbeziehenden der zehn am häufigsten verordneten Hilfsmittelproduktgruppen nach Pflegearrangement, 2014

Nicht pflegebedürftig 29,6%		Ambulant gepflegt 78,9%		Stationär gepflegt 86,9%	
1. Einlagen	8,1%	Inkontinenzhilfen	29,7%	Inkontinenzhilfen	84,0%
2. Hilfsmittel zur Kompressionstherapie	6,9%	Krankenfahrzeuge	24,7%	Krankenfahrzeuge	18,1%
3. Gehhilfen	4,7%	Zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel	23,2%	Hilfsmittel gegen Dekubitus	12,6%
4. Orthesen	4,6%	Gehhilfen	22,0%	Hilfsmittel zur Kompressionstherapie	12,2%
5. Bandagen	3,8%	Pflegehilfsmittel zur selbstständigen Lebensführung	19,1%	Verschiedenes	11,9%
6. Inhalations- und Atemtherapiegeräte	3,2%	Badehilfen	15,7%	Gehhilfen	8,6%
7. Hörhilfen	2,9%	Hilfsmittel zur Kompressionstherapie	15,0%	Applikationshilfen	7,6%
8. Schuhe	2,4%	Hilfsmittel gegen Dekubitus	12,2%	Inhalations- und Atemtherapiegeräte	4,5%
9. Inkontinenzhilfen	1,7%	Pflegehilfsmittel zur Erleichterung der Pflege	11,4%	Schuhe	3,5%
10. Prothesen	1,1%	Inhalations- und Atemtherapiegeräte	11,0%	Orthesen	2,9%

Quelle: AOK Rheinland/Hamburg

# 6

Strukturen vor Ort

## 6 Strukturen vor Ort

- Knapp 33 Beratungskontakte pro 100 pflegebedürftige Versicherte hatten die Pflegeberaterinnen und -berater der AOK Rheinland/Hamburg im Jahr 2015. Für jede elfte pflegebedürftige Person haben sie einen Versorgungsplan erstellt.
- 3,2 Prozent der ambulant gepflegten Versicherten der AOK Rheinland/Hamburg erhalten eine Maßnahme zur Verbesserung des Wohnumfeldes. Dieser Anteil steigt.
- Die Förderung von Wohngruppen wird verhältnismäßig wenig in Anspruch genommen. Lediglich bei Personen mit Demenz ist der Anteil der Nutzer höher und nimmt zu.
- Im Versorgungsgebiet der AOK Rheinland/Hamburg gibt es über 30.000 Wohneinheiten des betreuten Wohnens.
- Der Anteil der Empfängerinnen und Empfänger von Hilfe zur Pflege in der stationären Pflege ist in den letzten Jahren gestiegen. Er beträgt in einigen Kreisen bereits über 50 Prozent.

Soziale Teilhabe und ein möglichst selbstbestimmtes Leben trotz körperlicher und/oder kognitiver Einschränkungen sind essenziell für das Wohlbefinden und die Lebensqualität - in jedem Alter. Eine ganzheitliche teilhabeorientierte Pflege schließt neben der medizinischen und pflegerischen Versorgung auch soziale Unterstützung und Begleitung ein.

Viele pflegebedürftige Menschen verfügen über Jahre oder sogar Jahrzehnte lang gewachsene Freundschaften, Kontakte und vertraute Routinen im eigenen Wohnumfeld, die ihren Alltag bereichern und ihnen dabei helfen, weitestgehend selbstbestimmt zu leben und eingebunden zu bleiben. Es überrascht daher nicht, dass rund 90 Prozent der Bürger auch bei Eintritt von Pflegebedürftigkeit in ihrem bisherigen städtischen oder ländlichen Umfeld bleiben möchten.<sup>1</sup>

Voraussetzung dafür sind geeignete Strukturen und Rahmenbedingungen vor Ort, in den Kreisen, Gemeinden und Stadtvierteln. Neben der medizinischen und pflegerischen Infrastruktur

zählt dazu auch ein für alle Generationen lebenswertes Wohnumfeld, mit fußläufigen Einkaufsmöglichkeiten, Erholungs- und Treffpunkten, Bildungs- und Kultureinrichtungen, barrierefreien Zugängen und nicht zuletzt barrierefreiem und bezahlbarem Wohnraum.

Die Schaffung und Vorhaltung entsprechender Angebote gehört zur öffentlichen Daseinsvorsorge und ist daher eine Gemeinschaftsaufgabe, die dem Staat mit seinen verschiedenen Ebenen obliegt. Die Gestaltung der lokalen Infrastruktur ist Aufgabe der kommunalen Ebene. Mit der Einführung der sozialen Pflegeversicherung hat sich die Rolle der Städte und Gemeinden verändert. Viele Kommunen haben sich seitdem nahezu vollständig aus der Altenhilfe zurückgezogen. Inzwischen gibt es verstärkt Bestrebungen, den Kommunen wieder eine aktivere Rolle zurückzugeben. Einzelne Kommunen gehen hier mit neuem Gestaltungsanspruch und guten Beispielen voran.

<sup>1</sup> Rosenkötter, Nicole et al. 2015: Wie wollen NRW-Bürgerinnen und Bürger im Alter wohnen [leben]? Ergebnisse des NRW-Gesundheitssurveys 2014. Präsentation auf dem Workshop Wohnen im Alter, Dortmund, 3.12.2015.

## 6.1 Beratung

Das Leistungsangebot der sozialen Pflegeversicherung ist umfangreich und bietet ein breites Spektrum an Möglichkeiten der Pflege, Betreuung und Unterstützung. Für Pflegebedürftige und ihre Angehörigen ist es daher in vielen Fällen schwierig, einen Überblick zu erhalten und sich für den passgenauen Hilfe- und Pflegemix zu entscheiden. Da die Pflegebedürftigkeit oftmals unerwartet eintritt, bleibt häufig wenig Zeit, um weitreichende Entscheidungen zu treffen.

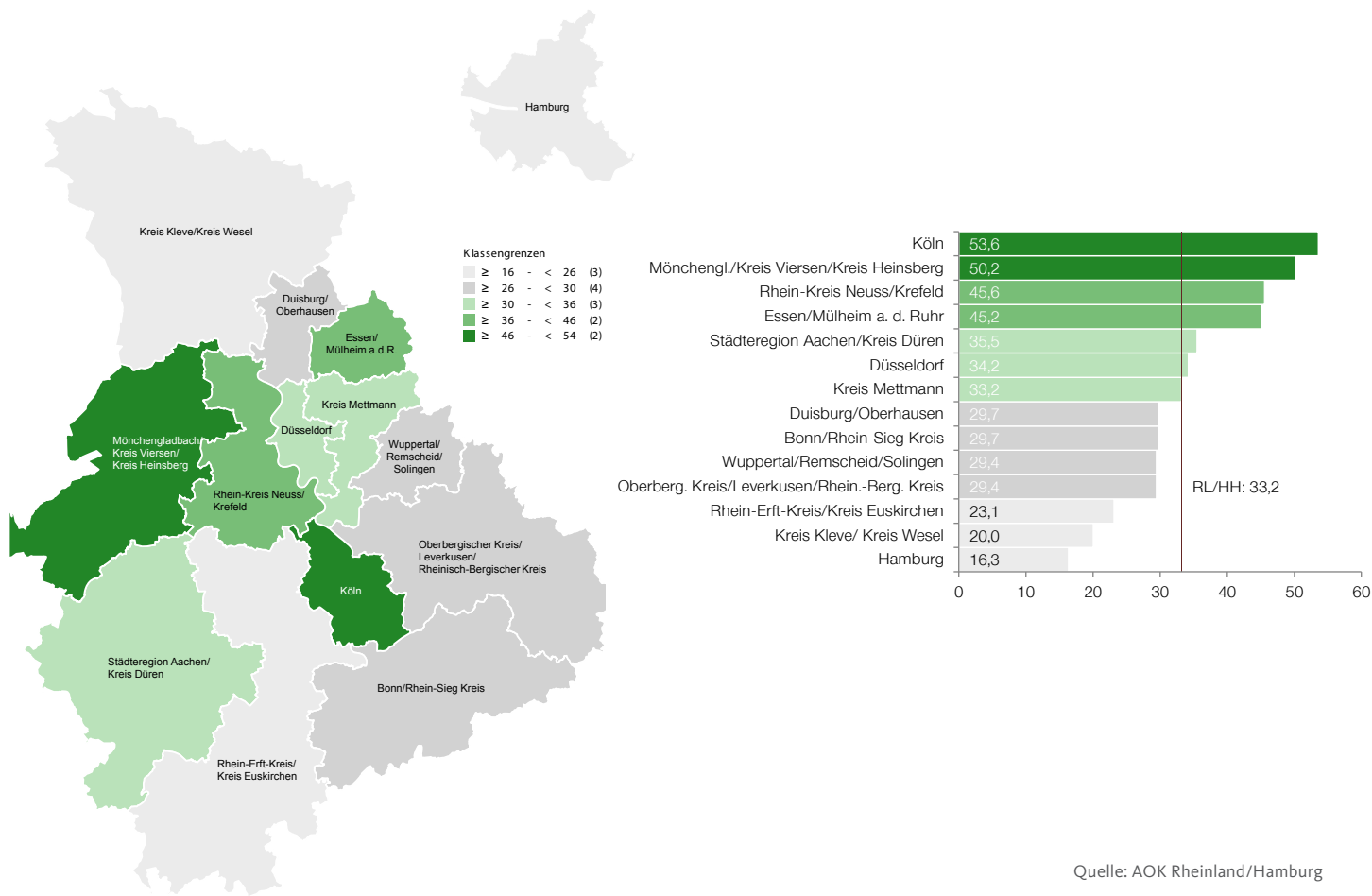
Aus diesem Grund sieht die soziale Pflegeversicherung einen umfassenden Beratungsanspruch vor, auch bei bereits bestehender Pflegebedürftigkeit. Die Verpflichtung zur Beratung liegt in erster Linie bei den Pflegekassen. Sie umfasst die allgemeine Beratung nach § 7 Sozialgesetzbuch (SGB) XI über die mit der Pflegebedürftigkeit zusammenhängenden Fragen sowie die Pflegeberatung im Sinne eines individuellen Fallmanagements nach § 7a SGB XI. Die Pflegekassen haben zu diesem Zweck eine

entsprechende Anzahl qualifizierter Pflegeberaterinnen und Pflegeberater vorzuhalten.

Die allgemeine Pflegeberatung der Pflegeversicherung steht allen Versicherten offen und wird rege genutzt. Im Jahr 2015 gab es etwa 47.100 Kontakte zwischen Beraterinnen und Beratern der AOK Rheinland/Hamburg und Versicherten. 2015 kam auf jeden dritten Pflegebedürftigen ein Beratungskontakt.

Vergleicht man die regionalen Zahlen, können insbesondere in Köln und am mittleren Niederrhein viele Pflegebedürftige beziehungsweise deren Angehörige erreicht werden. In der Region Mönchengladbach, Kreis Viersen und Kreis Heinsberg gab es im Jahr 2015 rund 50 Beratungskontakte pro 100 pflegebedürftige Versicherte, in Köln durchschnittlich 54 Kontakte. Deutlich geringer fiel die Nachfrage nach Pflegeberatung in Hamburg aus. Hier kam im Schnitt auf jeden fünften pflegebedürftigen Versicherten ein Beratungskontakt (Abbildung 6/1).

Abbildung 6/1: Pflegeberatungskontakte nach Regionaldirektion pro 100 pflegebedürftige Personen, 2015



Das individuelle Fallmanagement nach § 7a SGB XI ergänzt den allgemeinen Beratungsanspruch mit dem Ziel, einen individuell zugeschnittenen Hilfe- und Pflegemix abzustimmen. Hierzu analysiert die Pflegeberaterin oder der Pflegeberater gemeinsam mit den Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen den Hilfebedarf und erstellt einen Versorgungsplan. Darin werden die im Einzelfall erforderlichen Sozialleistungen und gesundheitsfördernden, präventiven, kurativen, rehabilitativen oder sonstigen medizinischen sowie pflegerischen und sozialen Hilfen vermerkt. Die Pflegeberatung erfolgt in den allermeisten Fällen bei der pflegebedürftigen Person zu Hause.

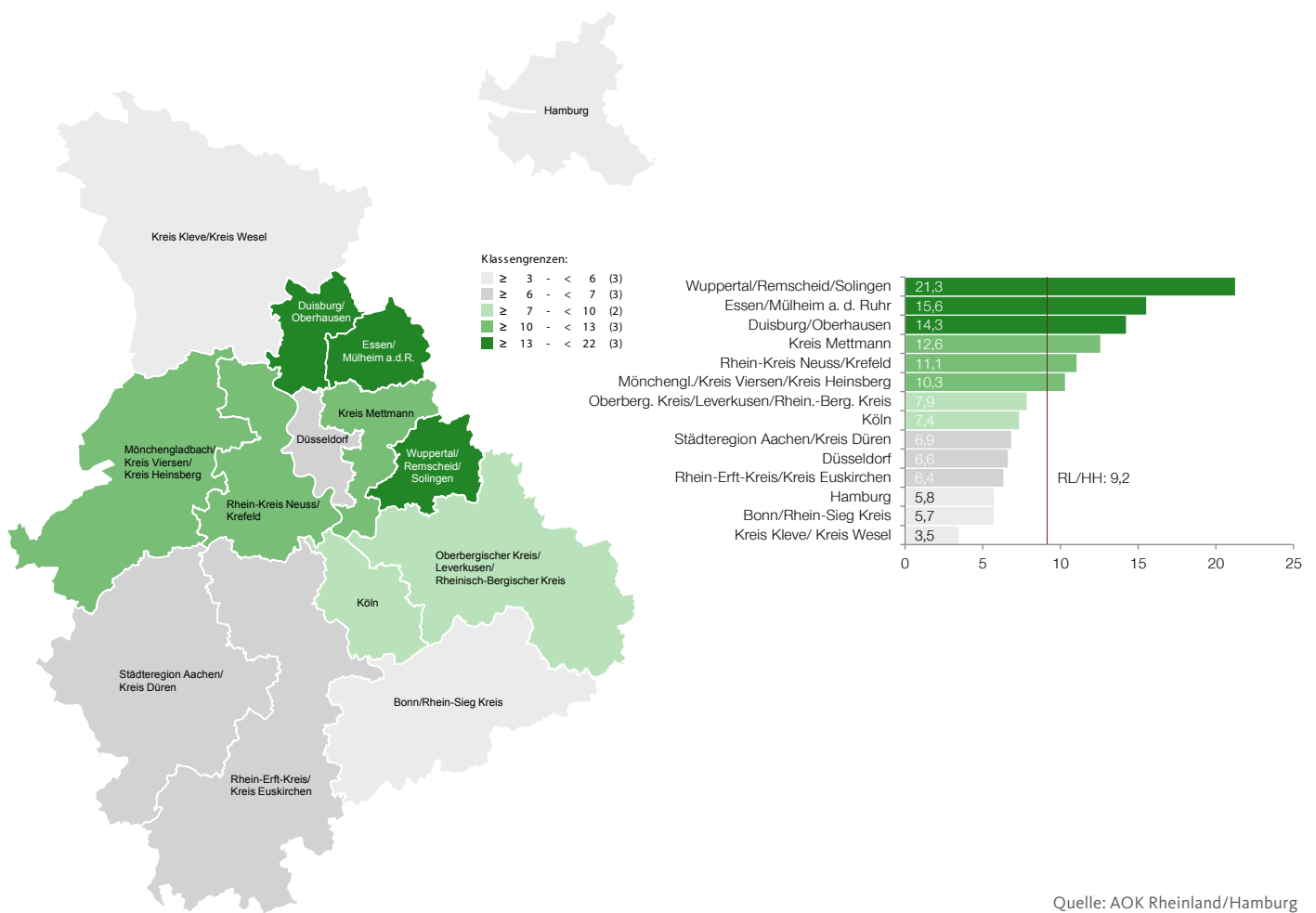
Für die AOK Rheinland/Hamburg sind aktuell 147 Pflegeberaterinnen und -berater im Einsatz. Dies entspricht einem Verhältnis von über 50 Beratungskräften pro einer Million Versicherten. Diese Rate liegt mehr als dreimal so hoch wie der Durchschnitt der gesetzlichen Krankenversicherung, der im Jahr 2013 bei knapp 13,5 Beratungspersonen pro einer Million Versicherten lag. Im Jahr 2015 hat die AOK Rheinland/Hamburg 13.000 individuelle

Pflegeberatungen durchgeführt und in diesem Rahmen Versorgungspläne erstellt. Diese Leistung steht für alle Personen offen, die sozialrechtlich als pflegebedürftig anerkannt sind. Umgerechnet auf die Anzahl der pflegebedürftigen Menschen wurde im Jahr 2015 für knapp jede zehnte pflegebedürftige Person ein Versorgungsplan erstellt; im Gebiet Wuppertal/Remscheid/Solingen für jede fünfte Person. Auch die Städte des Ruhrgebiets wiesen überdurchschnittliche Werte auf (vergleiche Abbildung 6/2).

Die Pflegeberatung ist in erster Linie eine Aufgabe der Pflegekassen. Jedoch wurde mit der Einrichtung von Pflegestützpunkten im Jahr 2008 eine neue Anlaufstelle für Ratsuchende eingeführt, um die Beratung aus einer Hand beziehungsweise an einem Ort anzubieten.

Pflegestützpunkte werden häufig von den Pflegekassen betrieben, stehen aber nicht nur deren Versicherten, sondern allen Personen offen. Die AOK Rheinland/Hamburg beteiligt sich auch bei den Pflegestützpunkten. Aktuell ist sie Trägerin

Abbildung 6/2: Erstellte Versorgungspläne nach Regionaldirektion pro 100 pflegebedürftige Personen, 2015





von elf der 26 Pflegestützpunkte in der Region Nordrhein. Mit 42,3 Prozent liegt dieser Anteil deutlich über dem eigenen Versichertenanteil.

Die integrierte Beratung in Pflegestützpunkten, die allen Bürgern offensteht, stößt in der Praxis auch auf Schwierigkeiten: Pflegeberaterinnen und Pflegeberater in den Pflegestützpunkten

haben aus Gründen des Datenschutzes keinen direkten Zugriff auf die Gutachten des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen (MDK) und andere Versichertendaten. Deshalb kann auf die Beratung der Pflegekassen nicht verzichtet werden. Die Pflegestützpunkte sind weiterzuentwickeln, um ihren Erfolg zu sichern und kassenartenübergreifend zu finanzieren.

## 6.2 Wohnen

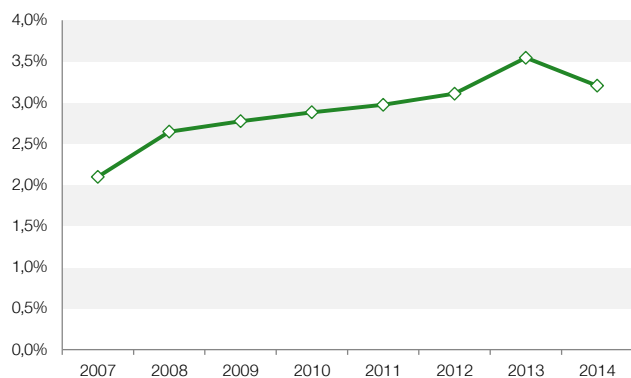
### Wohnumfeldverbessernde Maßnahmen

Wenn die eigene Wohnung nicht barrierefrei ist, wird für viele Menschen mit dem Eintritt oder der Verschlimmerung der Pflegebedürftigkeit der Alltag zu Hause immer schwieriger. In diesen Fällen haben Versicherte Anspruch auf finanzielle Zuschüsse für Maßnahmen zur Verbesserung des Wohnumfeldes, sofern dadurch die häusliche Pflege ermöglicht oder erheblich erleichtert werden kann. Die Zuschüsse sind zum 1. Januar 2015 von maximal 2.557 Euro je Maßnahme auf bis zu 4.000 Euro erhöht worden. Als eine Maßnahme gelten dabei alle notwendigen Umbauten, die mit dem veränderten Pflegebedarf einhergehen. Ein weiterer Zuschuss ist somit erst dann wieder möglich, wenn sich die Pflegesituation ändert und sich daraus

ein weiterer Änderungsbedarf an der Wohnung ergibt. Finanziert werden Anpassungen der konkreten Wohnumgebung (zum Beispiel Treppenlift, Fenster mit Griffen in rollstuhlgerechter Höhe), dauerhafte Eingriffe in die Bausubstanz (beispielsweise Türverbreiterung, fest installierte Rampen, Badewanneneinstiegshilfen) oder technische Hilfen im Haushalt (wie die motorisch betriebene Absenkung von Küchenschränken). Auch der Umzug in eine barrierefreie Wohnung kann bezuschusst werden. Im Jahr 2014 haben 3,2 Prozent der ambulant gepflegten Personen diese Förderung in Anspruch genommen. Seit 2007 ist dieser Anteil um über einen Prozentpunkt gestiegen (Abbildung 6/3).

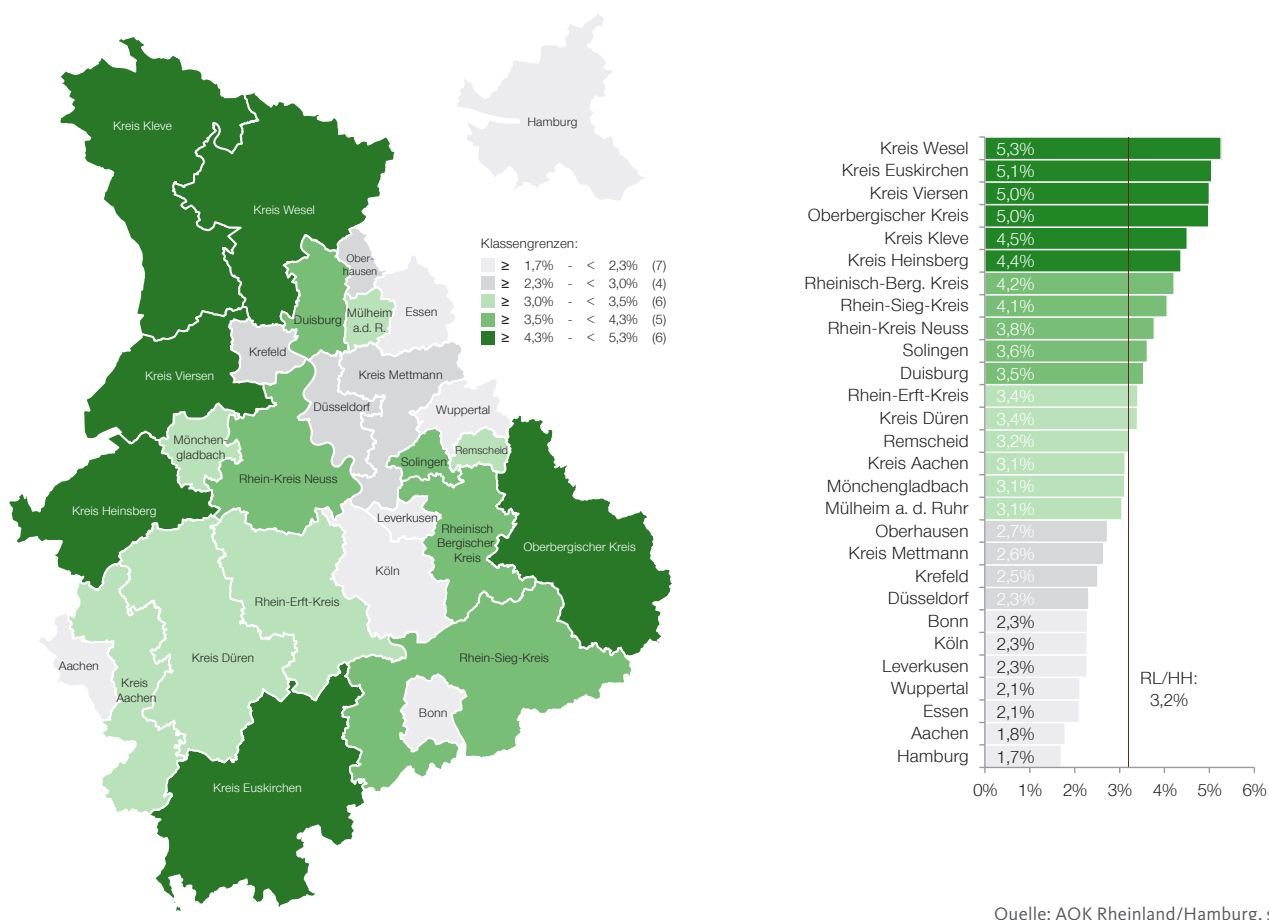
In den Kreisen Kleve, Euskirchen, Viersen und im Oberbergischen Kreis hat im Jahr 2014 jede zwanzigste ambulant gepflegte Person wohnumfeldverbessernde Maßnahmen in Anspruch genommen. Niedriger fallen die Werte vor allem in den Städten aus (vergleiche Abbildung 6/4, Seite 104). Ein möglicher Grund für dieses Gefälle zwischen den Kreisen und den kreisfreien Städten könnte in den unterschiedlichen Anteilen der Eigentums- und Mietwohnungen liegen. Je höher der Anteil der Eigentumswohnungen auf Kreisebene, umso höher ist auch der Anteil der wohnumfeldverbessernden Maßnahmen (Korrelationskoeffizient  $r = 0,83$ ).

Abbildung 6/3: Inanspruchnahme wohnumfeldverbessernder Maßnahmen als Anteil aller ambulant gepflegten Personen, 2007–2014



Quelle: AOK Rheinland/Hamburg, standardisiert

Abbildung 6/4: Inanspruchnahme wohnumfeldverbessernder Maßnahmen als Anteil aller ambulant gepflegten Personen, Kreisvergleich, 2014



Quelle: AOK Rheinland/Hamburg, standardisiert

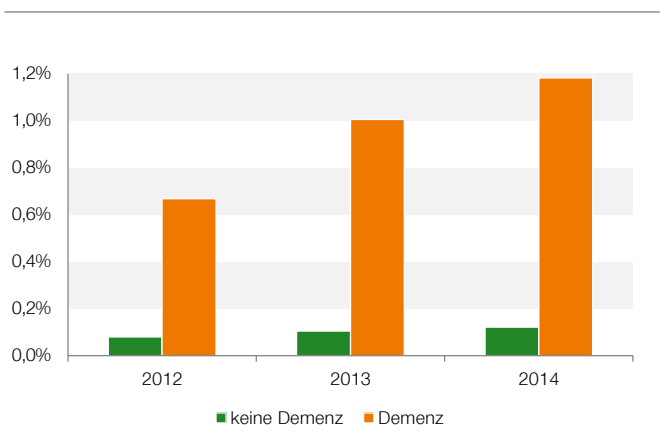
## Wohngruppen

Pflegebedürftige, die in ambulant betreuten Wohngruppen leben, haben zusätzlich zu den Pflegeleistungen Anspruch auf einen pauschalen Wohngruppenzuschlag in Höhe von 205 Euro pro Monat. Eine ambulant betreute Wohngruppe muss aus drei bis zwölf Bewohnerinnen und Bewohnern bestehen, von denen mindestens drei – im Sinne des SGB XI – pflegebedürftig oder in ihrer Alltagskompetenz erheblich eingeschränkt sein müssen. Zudem muss es eine Person geben, die mit allgemeinen organisatorischen, verwaltenden, betreuenden oder das Gemeinschaftsleben fördernden Tätigkeiten betraut ist oder auch hauswirtschaftliche Unterstützung leistet. Der Wohngruppenzuschlag dient unter anderem der Finanzierung dieser Person. Eine Verwendung des Zuschlags für pflegerische Leistungen ist nicht möglich.

Im Jahr 2014 hat lediglich ein halbes Prozent der ambulant gepflegten Personen den Wohngruppenzuschuss in Anspruch genommen. Eine Ausweisung auf Kreisebene ist aufgrund der niedrigen Fallzahlen nicht sinnvoll. Am häufigsten wird diese Leistung in Mülheim an der Ruhr (3,1 Prozent), im Rheinisch-Bergischen Kreis (2,1 Prozent) und im Oberbergischen Kreis (1,8 Prozent) genutzt.

Trotz der niedrigen Fallzahlen wird deutlich, dass vor allem demenziell erkrankte Pflegebedürftige den Wohngruppenzuschlag in Anspruch nehmen. Während nur gut ein Tausendstel der ambulant gepflegten Personen ohne Demenz den Zuschuss erhalten haben, war die Inanspruchnahme bei Personen mit Demenz um das Zehnfache höher (1,2 Prozent) (Abbildung 6/5).

Abbildung 6/5: Inanspruchnahme eines Wohngruppenzuschlags durch ambulant gepflegte Personen, nach Demenzstatus, 2012–2014



Quelle: AOK Rheinland/Hamburg

Dennoch ist die Betreuung in einer Pflege-WG bisher eher die Ausnahme.

Neben einem dauerhaften Wohngruppenzuschlag unterstützt die Pflegekasse seit 2013 zudem die Gründung von ambulant betreuten Wohngruppen mit einem einmaligen Betrag von bis zu 2.500 Euro pro Bewohner. Der Gesamtbetrag pro Wohngruppe ist auf 10.000 Euro beschränkt. Die Anschubfinanzierung muss dafür eingesetzt werden, die Wohnung altersgerecht zu gestalten.

Diese Leistung wird aktuell nur äußerst selten in Anspruch genommen. Im Jahr 2013 haben neun und im Jahr 2014 acht Versicherte der AOK Rheinland/Hamburg eine Anschubfinanzierung für eine ambulante Wohngruppe erhalten.

## Service-Wohnen

Betreutes Wohnen beziehungsweise Service-Wohnen ist ein altersgerechtes Wohnangebot mit Betreuungsleistungen, das sich nicht zwangsläufig an pflegebedürftige Personen, sondern generell an ältere Menschen richtet. Zusätzlich zur Miete der barrierefreien Wohnung zahlen die Bewohner eine Betreuungspauschale für allgemeine Unterstützungsleistungen wie Haushaltshilfe, die Vermittlung von Betreuung und Alltagsbegleitung oder Notrufdienste. Über diese Grundleistungen hinaus können zumeist Wahlleistungen wie Mahlzeiten,

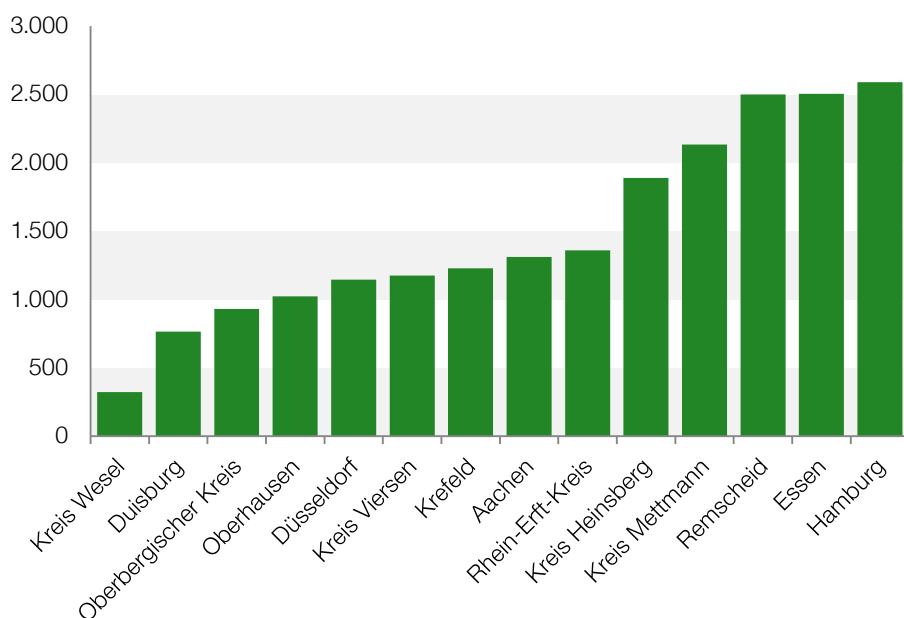
Reinigungs- und Pflegeleistungen dazu gebucht werden. Dieses optionale, umfassende Betreuungs- und Serviceangebot ermöglicht es älteren Personen – auch bei einsetzender Pflegebedürftigkeit –, in der Wohnung zu bleiben.

Angebote des Service-Wohnens müssen sowohl in Hamburg als auch in Nordrhein-Westfalen den Behörden gemeldet werden. Es bestehen aber keine einheitlichen Veröffentlichungen zur Anzahl der Angebote. Die bestehenden Informationen lassen darauf schließen, dass es im Versorgungsgebiet der

AOK Rheinland/Hamburg über 30.000 Wohneinheiten des Service-Wohnens (Einzel- oder Zwei-Personen-Wohnungen) gibt. Für ausgewählte Kreise, die über die Anzahl der Angebote in öffentlichen Dokumenten (Ratgeber, Internetseite, Pflegeplan, Tätigkeitsbericht der Heimaufsichtsbehörde) informieren,

werden die Angaben in Abbildung 6/6 dargestellt. Die Angaben beziehen sich jedoch - in Abhängigkeit des Veröffentlichungsdatums der Dokumente - auf verschiedene Jahre. Die Abbildung kann daher lediglich einen ersten Eindruck vermitteln und erlaubt keinen exakten Vergleich.

Abbildung 6/6: Wohneinheiten des Service-Wohnens für Senioren pro 100.000 Einwohner (Ü65), Kreisvergleich (Auswahl), verschiedene Jahre



Quellen: Düsseldorf o. J.: Broschüre „Wohnen für Senioren“; Duisburg 2009: Verzeichnis Seniorenwohnungen mit Service; Stadt Essen 2015: Wohnungen für Seniorinnen und Senioren und behindertengerechte Wohnungen in Essen; Krefeld o. J.: Kommunale Pflegeplanung 2011/2012; Oberhausen: [https://www.oberhausen.de/de/index/leben-in-oberhausen/senioren/wohnen\\_im\\_alter.php](https://www.oberhausen.de/de/index/leben-in-oberhausen/senioren/wohnen_im_alter.php), Stadt Remscheid 2011: Bericht zur Situation der Versorgung unterstützungsbedürftiger/pflegebedürftiger Menschen in Remscheid aus Sicht des örtlichen Sozialhilfeträgers; Kreis Mettmann: <https://www.kreis-mettmann.de/Weitere-Themen/Soziales/Pflege-Senioren-ALTERNativen-60-plus/Wohnen-mit-Service>; Kreis Viersen 2015: Wohnen mit Service im Kreis Viersen; Kreis Wesel: <https://www.kreis-wesel.de/de/themen/betreutes-wohnen/>; Rhein-Erft-Kreis o. J.: Tätigkeitsbericht der Wohn- und Betreuungsaufsicht für die Jahre 2012 bis 2014; Kreis Heinsberg 2015: Örtliche Pflegeplanung 2015–2018; Oberbergischer Kreis: [http://www.obk.de/cms200/gesundheit\\_soziales/pflegeberatung/wohnen/index.shtml](http://www.obk.de/cms200/gesundheit_soziales/pflegeberatung/wohnen/index.shtml); Hamburg 2013: Broschüre „Servicewohnen in Hamburg“

## 6.3 Niedrigschwellige Betreuungsangebote

Niedrigschwellige Betreuungsangebote gehören zu den zusätzlichen Betreuungsleistungen nach § 45b SGB XI (vergleiche Kapitel 3.2, Seite 40). Sie dienen nicht der Pflege im engeren Sinne, sondern der allgemeinen Betreuung und Beaufsichtigung von pflegebedürftigen Menschen und sollen vor allem die pflegenden Angehörigen entlasten.

Die Landesinitiative Demenz-Service Nordrhein-Westfalen unterscheidet verschiedene Formen der Betreuung: In der Einzelbetreuung wird eine pflegebedürftige Person einen ganzen Tag oder eine ganze Nacht in der eigenen Häuslichkeit betreut. Bei den Helferinnen- und Helferkreisen erfolgt die Betreuung in der eigenen Häuslichkeit stundenweise.

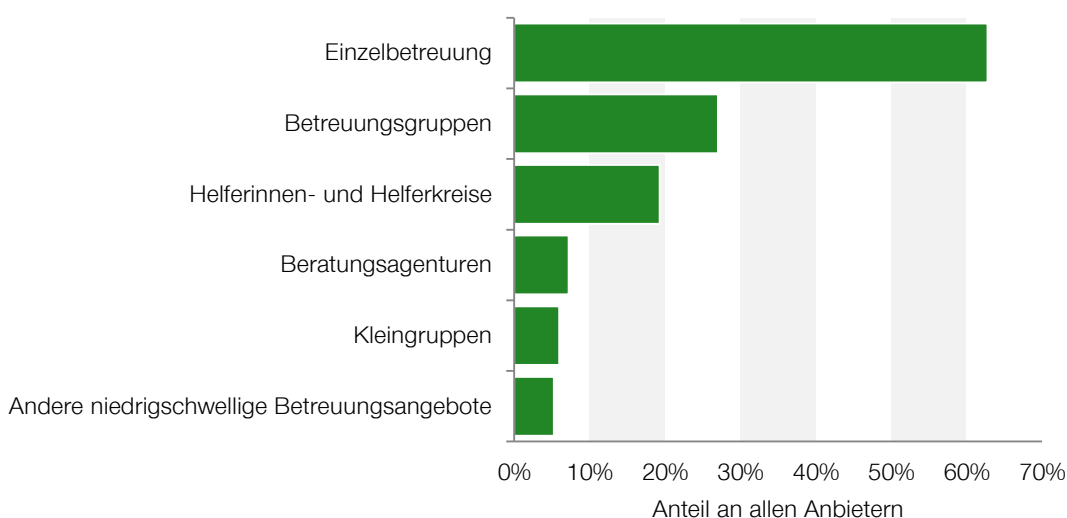
Die Betreuung kann auch in einer Betreuungsgruppe mit mindestens vier und höchstens neun Pflegebedürftigen erfolgen. Eine Betreuungsperson darf höchstens drei pflegebedürftige Personen betreuen. In einer Kleingruppe werden zwei bis drei pflegebedürftige Personen betreut.

Beratungsagenturen vermitteln niedrigschwellige Hilfe- und Betreuungsangebote. In der Region Nordrhein gab es im Juni 2016 knapp 1.020 niedrigschwellige Betreuungsangebote. Mit 63 Prozent war die Einzelbetreuung die am häufigsten angebotene Betreuungsform, gefolgt von den Betreuungsgruppen mit 27 Prozent (Abbildung 6/7).

Auf ein niedrigschwelliges Betreuungsangebot kommen im Rheinland knapp 230 ambulant gepflegte Personen (Abbildung 6/8, Seite 108). Da neuere Zahlen der Pflegestatistik noch nicht verfügbar sind, wurde die Anzahl der Angebote im Juni 2016 ins Verhältnis zur Anzahl der Personen aus dem Jahr 2013 gesetzt.

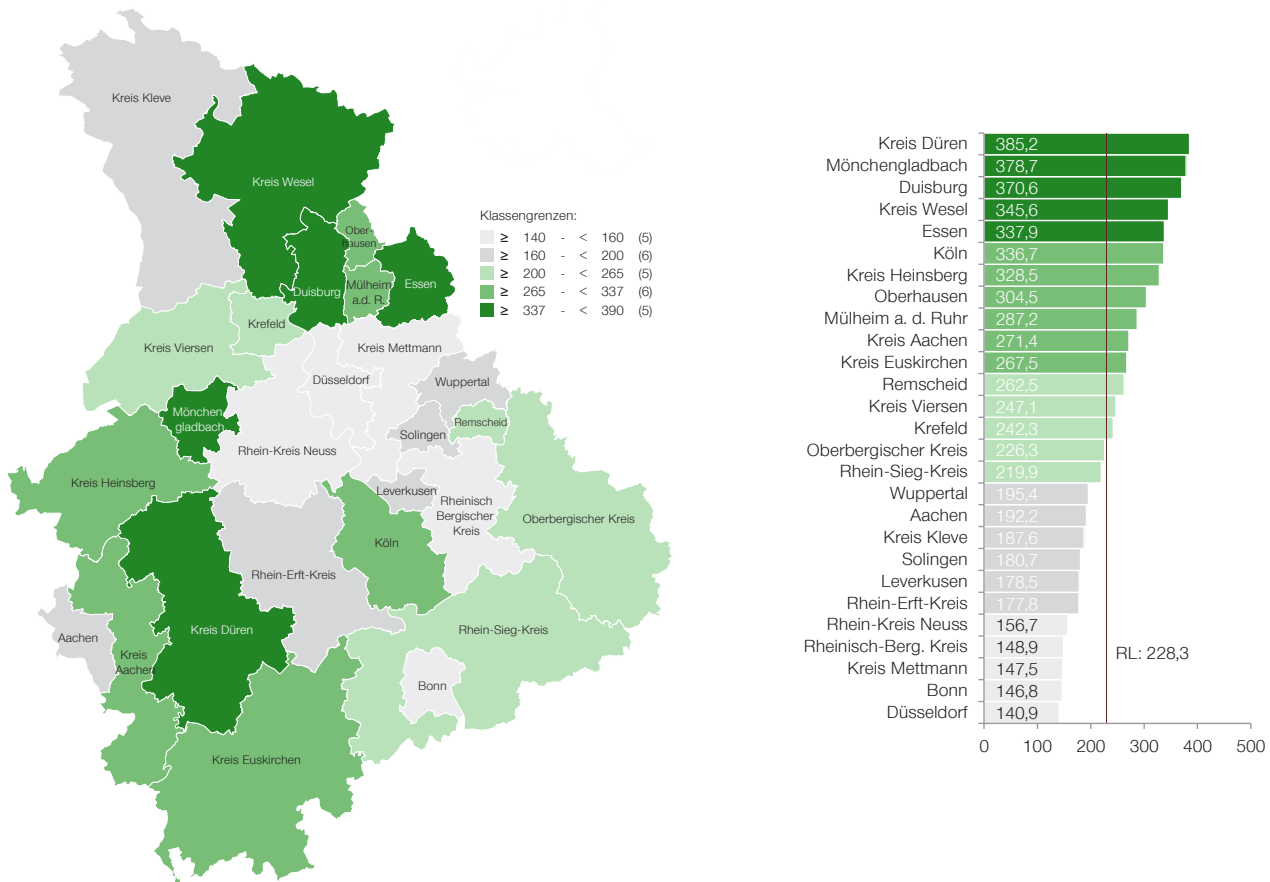
In Düsseldorf, Bonn, im Kreis Mettmann und im Rhein-Kreis Neuss kommt ein Betreuungsangebot auf weniger als 150 pflegebedürftige Personen. In Duisburg, Mönchengladbach und im Kreis Düren liegt das Verhältnis hingegen bei einem Angebot je 350 ambulant gepflegte Personen.

Abbildung 6/7: Art der niedrigschwelligen Betreuungsangebote, Anteil der Anbieter mit entsprechenden Angeboten, 2016



Quelle: eigene Auswertung der Datenbank der Landesinitiative Demenz-Service NRW

Abbildung 6/8: Ambulant gepflegte Personen (2013) je niedrigschwelliges Angebot (2016), Kreisvergleich



Quelle: eigene Auswertung der Datenbank der Landesinitiative Demenz-Service NRW und IT.NRW (Pflegestatistik 2013)

## 6.4 Stationäre Pflegestrukturen

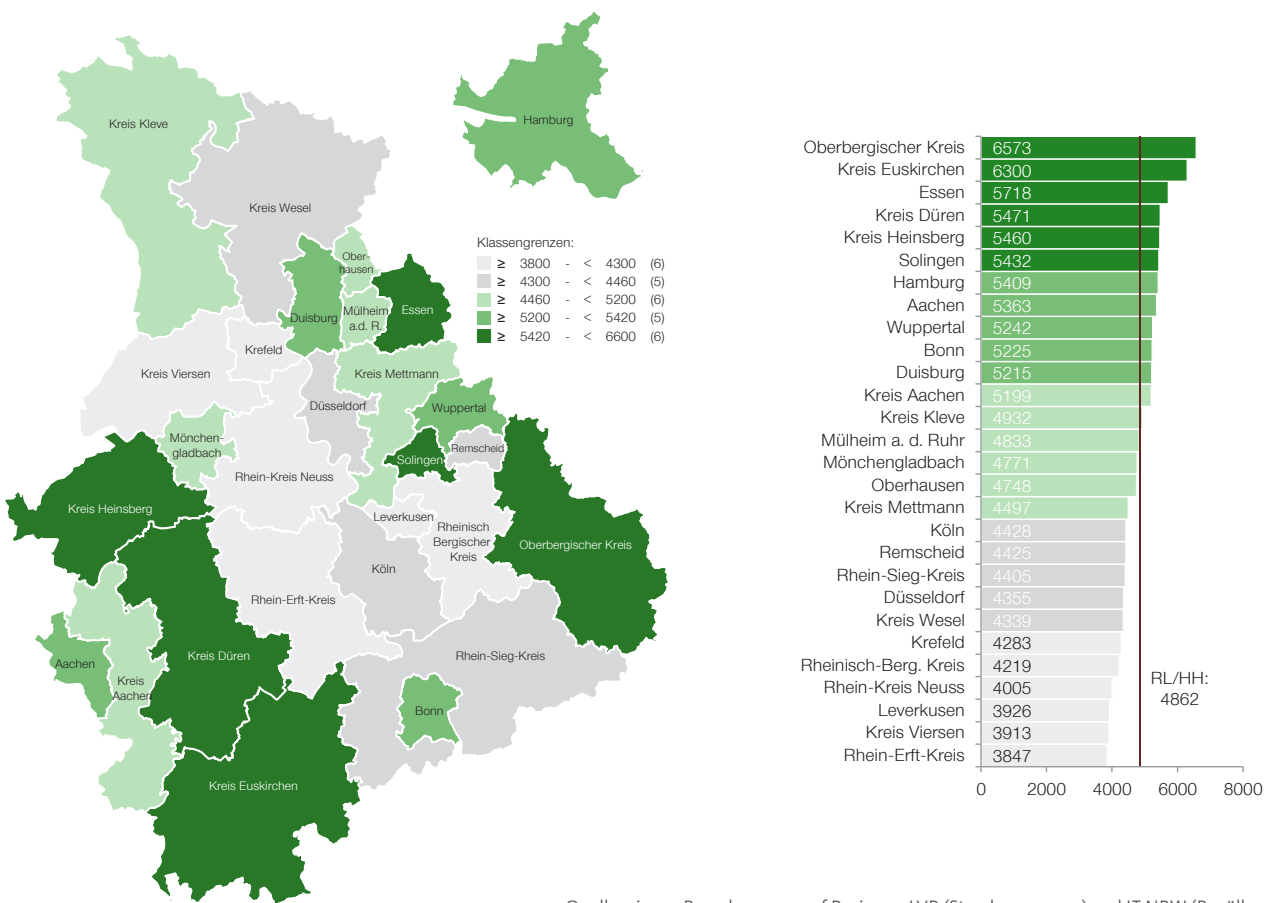
Die Pflegeinfrastruktur entwickelt sich und wird vielfältiger. Die Bedeutung alternativer Wohn- und Pflegekonzepte im ambulanten Bereich nimmt langsam zu. Dennoch kann auf die stationäre Versorgung nicht völlig verzichtet werden, insbesondere bei hoher Belastung der Angehörigen oder hohen fachlichen und therapeutischen Anforderungen an die Pflege. Im Durchschnitt gibt es im Versorgungsgebiet der AOK Rheinland/

Hamburg knapp 4.900 stationäre Pflegeheimplätze pro 100.000 Versicherte über 65 Jahre. Während diese Quote im Oberbergischen Kreis und im Kreis Euskirchen über 6.000 Plätze beträgt, sind es in Leverkusen, im Kreis Viersen und im Rhein-Erft-Kreis weniger als 4.000 vollstationäre Pflegeplätze pro 100.000 ältere Einwohner (vergleiche Abbildung 6/9).

Das Angebot an Pflegeheimen muss nicht nur quantitativ, sondern auch qualitativ angemessen sein. Insgesamt ist ein allmählicher Wandel bei den Pflegeeinrichtungen zu beobachten. Pflegebedürftige haben das Recht auf den Schutz ihrer Individualität, Persönlichkeit und Intimsphäre. Um diesen Anforderungen gerecht zu werden, sollten auch in der stationären pflegerischen Versorgung die allgemeinen Wohnstandards gelten. In der Vergangenheit hatte die Qualität des Wohnens in der Pflegeeinrichtung nicht immer den nötigen Stellenwert. Noch im Jahr 2003 war nur gut jeder zweite Platz in einer stationären Pflegeeinrichtung in Nordrhein-Westfalen (51,8 Prozent) und in Hamburg (54,2 Prozent) in einem Einbettzimmer.

Seitdem ist der Anteil der Doppel- und Mehrbettzimmer kontinuierlich gesunken. In Nordrhein-Westfalen verlangt das Wohn- und Teilhabegesetz, dass die Einzelzimmerquote bis zum 31. Juli 2018 in bestehenden Pflegeeinrichtungen mindestens 80 Prozent und in Neubauten 100 Prozent betragen muss. In Hamburg schreibt die Wohn- und Betreuungsbauverordnung einen Anspruch auf ein Einbettzimmer für alle Neubauten vor. Im Jahr 2013 war lediglich in Leverkusen die Vorgabe von 80 Prozent Einbettzimmern in der vollstationären Dauerpflege im Kreisdurchschnitt erfüllt. In Mönchengladbach und Krefeld war diese Quote nahezu erreicht. Im übrigen Rheinland waren jedoch nur etwa zwei Drittel der Pflegeplätze Einzelzimmer. Im

Abbildung 6/9: Vollstationäre Pflegeplätze pro 100.000 Einwohner über 65 Jahre, Kreisvergleich, 2015



Quelle: eigene Berechnungen auf Basis von LVR (Stand: 31.07.2015) und IT.NRW (Bevölkerungsstatistik)

Rhein-Sieg-Kreis, in Solingen und in Düsseldorf lag die Quote sogar unter 60 Prozent (Abbildung 6/10).

Pflegeheime waren bisher oftmals in großen Gebäudekomplexen eingerichtet, die eher an ein Krankenhaus als an ein Zuhause erinnerten. Das Wohn- und Teilhabegesetz (WTG) Nordrhein-Westfalen schreibt vor, dass Einrichtungen künftig nicht mehr

als 80 Plätze umfassen sollen. Dieses Ziel ist in den Kreisen derzeit sehr unterschiedlich erreicht. In Remscheid befinden sich über 70 Prozent der Pflegeplätze in Einrichtungen mit maximal 80 Plätzen, während es in Mülheim an der Ruhr weniger als zehn Prozent sind (Abbildung 6/11).

Abbildung 6/10: Anteil der Einbettzimmer in der vollstationären Dauerpflege, Kreisvergleich, 2013

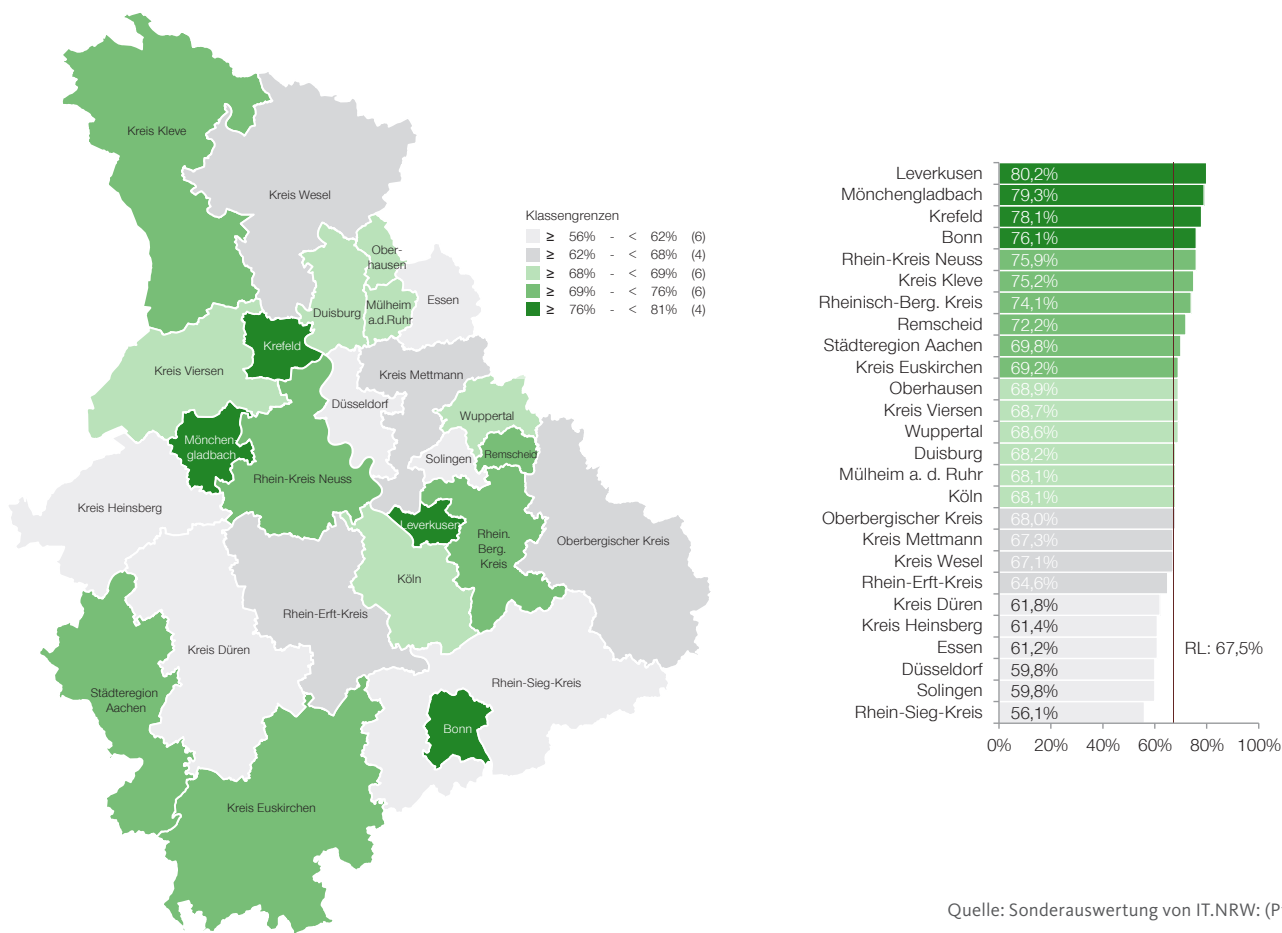
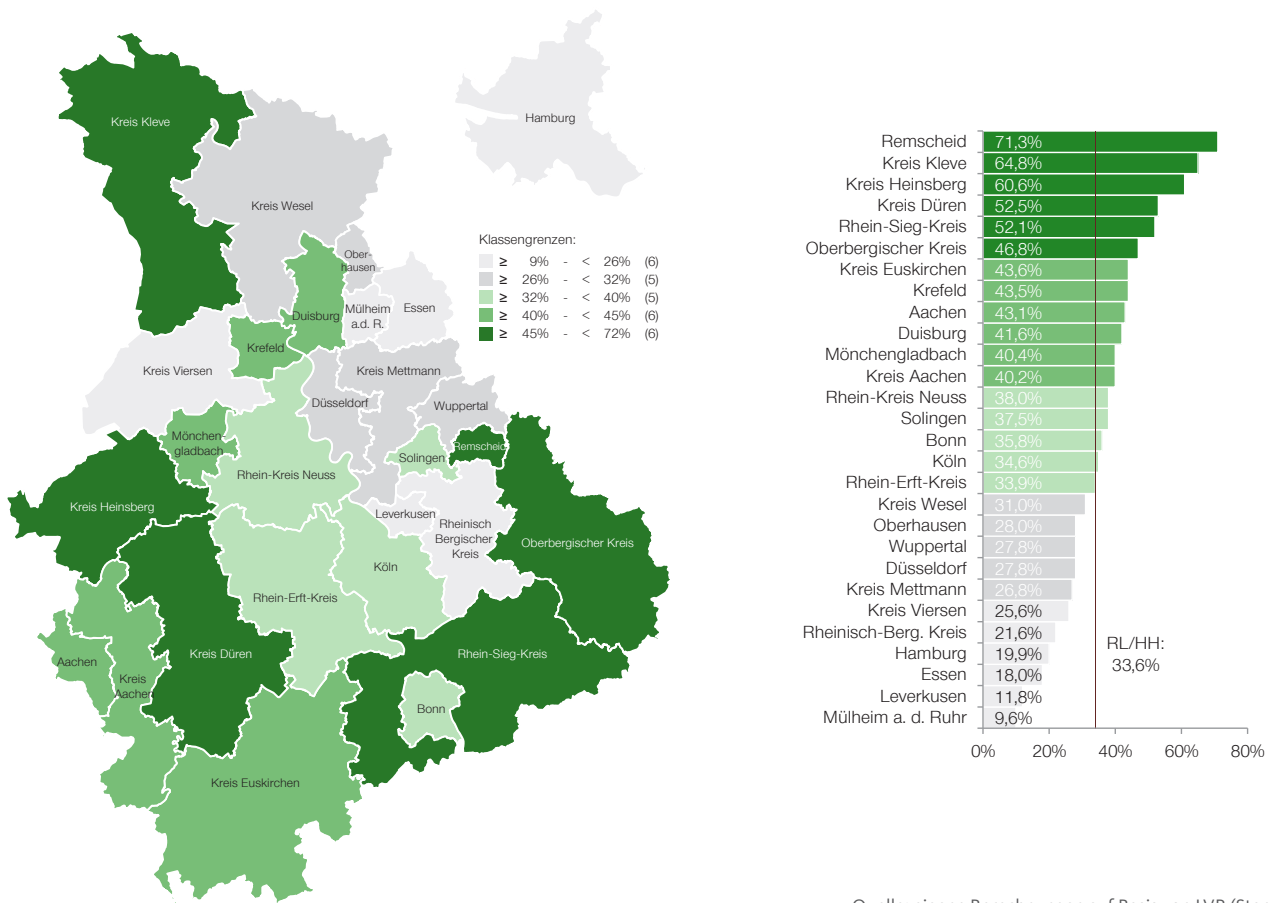




Abbildung 6/11: Anteil der vollstationären Pflegeplätze, die sich in Einrichtungen mit maximal 80 Plätzen befinden, Kreisvergleich



Quelle: eigene Berechnungen auf Basis von LVR (Stand: 31.07.2015)

## Empfänger von Hilfe zur Pflege

Die Pflegeversicherung ist keine Vollversicherung. Sie gewährleistet keine volle Kostenübernahme durch die Pflegekasse. Pflegebedingte Aufwendungen werden daher nur mit einem häufig nicht kostendeckenden Pauschalbetrag von der Pflegekasse finanziert, der nach Art der Pflegeleistung und Schwere der Pflegebedürftigkeit variiert. Zusätzliche Kosten müssen die Pflegebedürftigen und ihre Familien tragen. In Fällen, in denen die Kosten deren finanzielle Möglichkeiten übersteigen, haben die Pflegebedürftigen Anspruch auf Hilfe zur Pflege, eine Leistung der Sozialhilfe.

Einer der wesentlichen Gründe für die Einführung der sozialen Pflegeversicherung 1995 war die zunehmende finanzielle

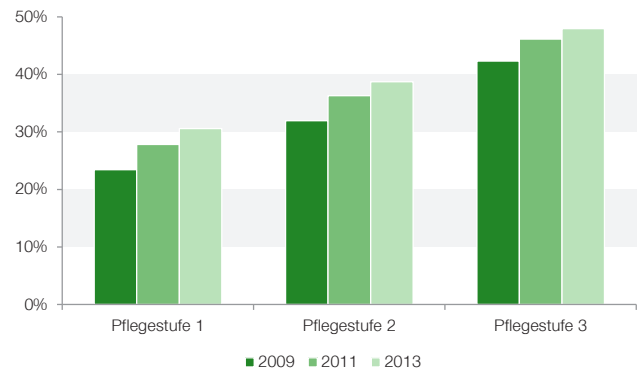
Belastung für Landkreise und Kommunen als Sozialhilfeträger. Aufgrund fehlender staatlicher Unterstützung waren viele Familien zuvor gezwungen, professionelle Pflegeleistungen privat zu finanzieren, wozu insbesondere stationär betreute Personen nicht in der Lage waren. Mehr als zwei Drittel aller stationär Gepflegten waren vor der Einführung der Pflegeversicherung auf Hilfe zur Pflege nach dem Bundessozialhilfegesetz (BSHG) angewiesen.

Nach einem deutlichen Rückgang der pflegebedingten Sozialhilfebedürftigkeit Mitte der 1990er Jahre steigt der Anteil von Empfängern von Hilfe zur Pflege wieder an. Abbildung 6/12 weist die Entwicklung im Rheinland zwischen 2009 und 2013

in der stationären Pflege aus. In den Pflegestufen 1 und 2 ist der Anteil von Leistungsempfängern in diesen fünf Jahren um sieben Prozentpunkte, in der Pflegestufe 3 um fünf Prozentpunkte gestiegen. In der Pflegestufe 1 ist inzwischen fast jede dritte Person, in der Pflegestufe 3 fast jede zweite stationär versorgte Person sozialhilfebedürftig. Für Hamburg weisen die statistischen Berichte keine Differenzierung nach Pflegestufen auf. Der Anteil der Empfänger von Hilfe zur Pflege ist seit 2009 von 39,4 Prozent auf 44 Prozent (2011) und 48,7 Prozent im Jahr 2013 gestiegen.

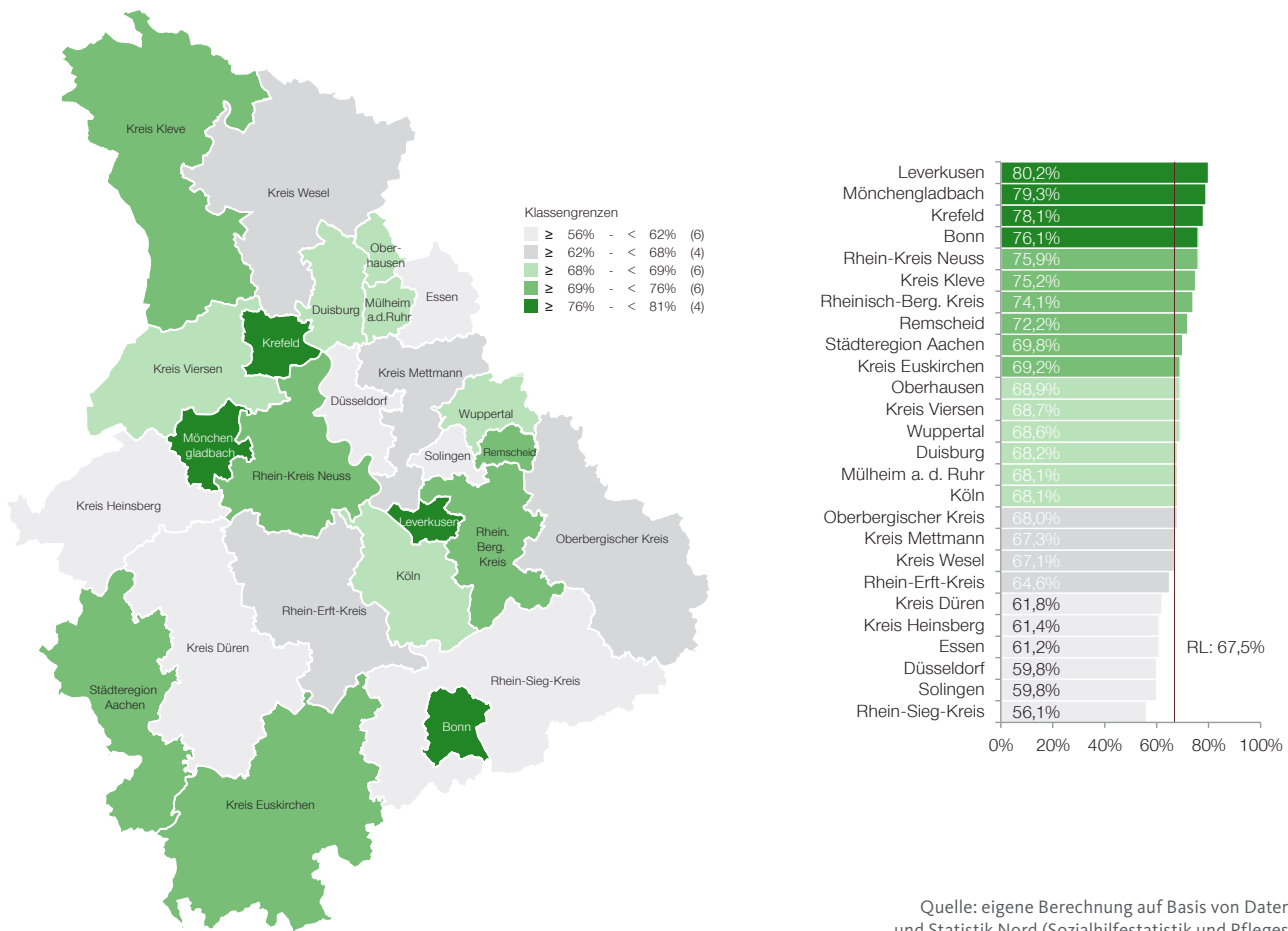
Dabei zeigen sich deutliche regionale Unterschiede zwischen den Kreisen. Während in Essen 60 Prozent aller stationär versorgten Pflegebedürftigen Hilfe zur Pflege beziehen, sind es im Rhein-Sieg-Kreis gerade einmal 27 Prozent (Abbildung 6/13). Das regionale Ausmaß der Sozialhilfebedürftigkeit steht dabei in deutlichem Zusammenhang mit der Sozialstruktur in den Kreisen, die anhand der Arbeitslosenquote operationalisiert wurde (Korrelationskoeffizient  $r = 0,67$ ).

Abbildung 6/12: Entwicklung des Anteils der Empfängerinnen und Empfänger von Hilfe zur Pflege an allen stationär versorgten Pflegebedürftigen, Rheinland, 2009–2013



Quelle: eigene Berechnung auf Basis von Daten von IT.NRW (Sozialhilfestatistik und Pflegestatistik)

Abbildung 6/13 Anteil der Empfängerinnen und Empfänger von Hilfe zur Pflege an allen stationär versorgten Pflegebedürftigen, Kreisvergleich 2013



Quelle: eigene Berechnung auf Basis von Daten von IT.NRW und Statistik Nord (Sozialhilfestatistik und Pflegestatistik 2013)

# Wohnquartiere als Handlungsarenen

von Rolf G. Heinze

Mit der fortschreitenden Alterung der Gesellschaft entstehen neue Herausforderungen an die Sicherstellung und Verbesserung der medizinischen und pflegerischen Versorgung älterer Menschen. Vor dem Hintergrund einer zunehmenden Singularisierung gerade älterer Menschen werden Konzepte benötigt, wie - auch bei Krankheit oder Pflegebedürftigkeit im Alter - die Teilhabe an gesellschaftlichen Prozessen sowie ein möglichst großes Maß an Selbstständigkeit gewährleistet werden können. Ohne einen vermehrten Einsatz integrierter Versorgungsnetze in Kombination mit bürgerschaftlichem Engagement und moderner Technik wird die Betreuung von Pflegebedürftigen kaum möglich sein.

Gleichzeitig wächst die Bedeutung der Nahräumlichkeit, da ältere Menschen, gerade wenn sie erkrankt sind, eine starke Bindung an ihr Wohnumfeld haben. Das Wohnen in den eigenen vier Wänden stellt weiterhin für die große Mehrheit der älteren Menschen die beliebteste Wohnform dar. Diese Präferenz wird aber nur realisiert werden können, wenn einerseits der Anpassungsbedarf in baulicher Hinsicht aktiv angegangen wird und andererseits neue soziale Dienstleistungsangebote entwickelt werden, damit ältere Menschen im höheren Lebensalter und bei Pflegebedarf auch in der eigenen Wohnung oder dem eigenen Haus versorgt werden können.

Mit Blick auf das Wohnen geht es um die aktive Gestaltung eigener Sozialräume und um attraktive und gemischte Quartiere. Konsens besteht darin, dass sehr viele Wohnungen und auch das kommunale Umfeld den Bedürfnissen älterer Menschen entsprechend altersgerecht zu gestalten sind. Der großen Nachfrage nach geeigneten Wohnformen für ältere Menschen stehen derzeit aber in Deutschland eindeutig zu wenige Angebote gegenüber. Den Herausforderungen kann durch verschiedene Maßnahmen begegnet werden: von der technischen Verbesserung der Wohnungen, der Schaffung neuer, adäquat ausgestatteter Wohnungen mit Quartiersanbindungen und technischer Assistenz bis hin zum Aufbau einer vielfältigen Wohnlandschaft für ältere Menschen, die den pluralen Sozialstrukturen auch in der wachsenden Gruppe der „jungen Alten“ entspricht. Zentrales Ziel für die große Mehrheit der älteren Menschen ist die Aufrechterhaltung einer selbstständigen Lebensführung.

Wohnen im Alter darf und wird sich deshalb künftig nicht mehr nur auf die Anpassung des unmittelbaren Wohnraumes beschränken können. Vielmehr gilt es, umfassende Konzepte zu

entwickeln, die auch eine Anpassung des Wohnumfeldes, der quartiersbezogenen Infrastruktur sowie der Versorgung mit Einkaufs- und sonstigen Dienstleistungsangeboten auf Stadtteilebene einschließen. Dies impliziert auch die Förderung generationenübergreifender Initiativen auf lokaler Ebene.

Es wird darauf ankommen, auf lokaler Ebene kleinteilig vernetzte Versorgungsstrukturen zu etablieren, die es älteren Menschen möglich machen, notwendige Versorgungs- und Dienstleistungen einschließlich Pflege und Betreuung innerhalb ihres Quartiers in für sie erreichbaren Distanzen zu erhalten, sodass sie im Nahbereich um ihre Wohnung herum soziale Kontakte erleben und pflegen können. Eine Neustrukturierung der sozialen Dienste in Richtung sozialintegrierter, vernetzter Versorgung setzt jedoch ein strategisches Umdenken der zentralen Akteure auf diesem Politikfeld voraus.

Der Schub für integrierte, quartiersnahe Lösungen gelingt nur, wenn alle betroffenen Akteure einbezogen werden. Hierfür bedarf es neuer Kooperationsformen, vor allem zwischen Wohnungsunternehmen, sozialen Diensten sowie Gesundheitsdiensten und -anbietern (unter anderem niedergelassene Ärzte und Krankenhäuser), zwischen Informations- und Kommunikationswirtschaft, Kommunen, Krankenkassen sowie Selbsthilfeverbänden und bürgerschaftlich Engagierten. Krankenkassen könnten neben den kommunalen Akteuren zu Treibern neuer strategischer Partnerschaften auf dem Feld der integrierten Versorgung werden.

Quartiersstrategien können den Rückzug staatlicher Unterstützung nicht kompensieren. Gefragt sind sowohl temporäre Förderungen als auch langfristig angelegte kooperative Lösungen und neue Finanzierungsmodelle. Als Initiator und Moderator von Steuerungsprozessen kommt den Kommunen gerade mit Blick auf ambulante Versorgungsformen weiterhin eine entscheidende Rolle zu. Nicht nur Experten und Krankenkassen fordern seit Langem eine stärkere Durchlässigkeit dieser Grenze. Versorgung sollte unabhängig von Sektorengrenzen dort geleistet werden, wo sie gebraucht wird. Mit Blick auf die Betreuung und Versorgung älterer Menschen, die in stärkerem Maße auf Unterstützungsleistungen angewiesen sind, steht für die Kommunen insbesondere die Aufgabe im Vordergrund, die Verfügbarkeit und Vernetzung professioneller Dienste im Wohnquartier zu ermöglichen und zu sichern. Zudem muss eine Infrastruktur bereitgestellt werden, die eine selbstverantwortliche Alltagsgestaltung

unterstützt, einen möglichst barrierefreien Zugang zu Geschäften, Behörden und Ämtern, öffentlichen Verkehrsmitteln und fachärztlicher Versorgung, aber auch zu Freizeit-, Kultur- und Bildungsangeboten eröffnet und es so Menschen auch bei zunehmenden Einschränkungen ermöglicht, in ihrer vertrauten Wohnumgebung zu verbleiben.

Einige Kommunen sehen sich aufgrund ihrer Überbelastungen außerstande, diesen Vernetzungsaufgaben aktiv nachzugehen, zumal ihnen dafür oft die finanzielle Ausstattung fehlt. Andere Kommunen, die auf eine aktive Vernetzung setzen, werden wiederum teilweise durch kommerzielle Entwicklungen im Wohnungsmarkt behindert. So sind in manchen Kommunen in den letzten Jahren enorme Mietpreissteigerungen zu verzeichnen, die oft gerade die Gruppe der Älteren aus den Wohnquartieren herausdrängen und zu Ghettoisierungen führen können. Deshalb sollte der Verkauf öffentlicher Wohnungen verhindert und der Ausbau öffentlicher und genossenschaftlicher Wohnungsbestände konsequent unterstützt werden. Der Abbau von Sozialwohnungen in den letzten Jahrzehnten ist mit daran schuld,

dass sich in manchen städtischen Räumen eine neue Wohnungsnot ausbreitet, die auch durch die Mietpreisbremse nicht aufgehalten wird.

Alle diese Aufgaben werden die Kommunen aber nur erfüllen können, wenn sie Kompetenzen und vor allem finanzielle Ressourcen bekommen, die sie in die Lage versetzen, eine derartige Unterstützung von Netzwerken sicherzustellen. Insgesamt muss den Kommunen ein größerer Einfluss bei der Ausgestaltung der Daseinsvorsorge eingeräumt werden. Die Kommunen sollten verstärkt Koordinationsaufgaben bei Planungsverfahren zugewiesen bekommen. Weiter sollten zentrale Instrumente der Infrastrukturentwicklung, der Planung, der sozialräumlichen Entwicklung und der Steuerung von Hilfen auf kommunaler Ebene angesiedelt und sowohl rechtlich als auch finanziell abgesichert werden. Kommunen benötigen Unterstützung, um gemeinsam mit anderen Akteuren wohnortnahe Sorgearrangements zu fördern.



*Prof. Dr. Rolf G. Heinze ist Professor für Allgemeine Soziologie, Arbeit und Wirtschaft an der Ruhr-Universität Bochum. Er ist unter anderem Mitglied des wissenschaftlichen Beirates des Deutschen Zentrums für Altersfragen in Berlin (DZA) und war Mitglied der Siebten Altenberichtskommission der Bundesregierung.*

## Datengrundlage

Der Pflege-Report geht von einem umfassenden Verständnis von Pflege aus. Die Betreuung und Unterstützung von pflegebedürftigen Personen ist eine anspruchsvolle Aufgabe, die verschiedene Bereiche berührt und die Zusammenarbeit von unterschiedlichen Akteuren, Organisationen und Institutionen erfordert. Um die Vielschichtigkeit der Herausforderung und der pflegerischen Versorgung möglichst vollständig erfassen zu können, nutzt die AOK Rheinland/Hamburg für den Pflege-Report verschiedene Datenquellen:

- **Routinedaten der sozialen Pflegeversicherung:** Leistungen der sozialen Pflegeversicherung werden von der Pflegekasse bezahlt und entsprechend verbucht. Diese Daten, die routinemäßig für Abrechnungszwecke erhoben werden, lassen sich hinsichtlich der pflegerischen Versorgung auswerten. Die Daten liegen personenbezogen vor, sodass sowohl zeitliche als auch sektorübergreifende Versorgungsverläufe betrachtet werden können. Sie ermöglichen zudem Aussagen über die Leistungsanspruchnahme bei Bevölkerungsgruppen, die mit Studien und Umfragen kaum erreicht werden können. Insbesondere für die Betrachtung von pflegebedürftigen Personen, die häufig hochaltrig und multimorbide sind, ist dies ein entscheidender Vorteil.
- **Routinedaten der gesetzlichen Krankenversicherung:** Die Daten der sozialen Pflegeversicherung lassen sich mit den Abrechnungsdaten der gesetzlichen Krankenversicherung verknüpfen. Dadurch können zusätzlich die Krankheitslast und die medizinische Versorgung erfasst werden. Insbesondere für das Schwerpunktthema Demenz ist dies wichtig, da auf diese Weise Personen mit einer Demenzdiagnose identifiziert werden können.
- **Sonderauswertungen der amtlichen Statistik:** Die Routinedaten der Pflegeversicherung und der Krankenversicherung bieten viele interessante Einblicke. Jedoch erfassen sie nur Informationen zu abrechnungsrelevanten Tatbeständen. Sie enthalten keine Informationen zum Beispiel über die Pflegeinfrastruktur oder das Pflegepersonal. Auch beziehen sie sich immer nur auf den Kreis der Versicherten der eigenen

Kasse. Bevölkerungsweite Aussagen lassen sich aus ihnen nicht zwingend ableiten. Daher hat die AOK Rheinland/Hamburg für verschiedene Fragestellungen Sonderauswertungen der amtlichen Statistik durchführen lassen.

- **Umfragedaten:** Sowohl die Routinedaten als auch die amtliche Statistik geben keine Auskunft über die Pflegesituation in der eigenen Häuslichkeit und das Pflegenetzwerk innerhalb der Familie und der Nachbarschaft. Diese informellen Strukturen sind im deutschen Pflegesystem jedoch von größter Bedeutung. Für den Pflege-Report hat die AOK Rheinland/Hamburg daher zusätzlich eine telefonische Befragung von Pflegepersonen durchgeführt, die Menschen mit Demenz betreuen. Insgesamt wurden 1.050 qualifizierte Interviews mit einem geschlossenen Fragebogen geführt. Ziel war es, ihre Pflegesituation besser zu verstehen und das Pflege- und Unterstützungsnetzwerk zu ergründen.

Als pflegebedürftig gelten in allen Datenquellen Personen, deren Pflegebedarf sozialrechtlich nach Sozialgesetzbuch (SGB) XI anerkannt ist. Menschen, die zwar pflegebedürftig sind, aber keine Pflegestufe haben, können in diesem Report nicht erfasst werden. Das Gleiche gilt auch für Krankheiten, die nicht diagnostiziert und codiert sind.

Sofern nicht anderweitig ausgewiesen, beziehen sich alle Auswertungen auf Personen über 60 Jahre. Da einige Daten nur mit einem gewissen Zeitverzug zur Verfügung stehen, beziehen sich die Auswertungen zumeist auf das Jahr 2014.

Die Daten wurden für die meisten Auswertungen alters- und geschlechtsstandardisiert. Hierfür werden die Werte so gewichtet, als hätten die Versicherten der AOK Rheinland/Hamburg dieselbe Alters- und Geschlechtsstruktur wie die Bundesbevölkerung. Besonderheiten der AOK-Versichertenstruktur werden durch dieses Verfahren herausgerechnet. Bei Kreisvergleichen kann die Standardisierung Abweichungen herausrechnen, die lediglich regionalen Unterschiede in der Versichertenstruktur geschuldet sind.

# Abbildungsverzeichnis

## Kapitel 1: Einleitung

---

Abb. 1/1: Seite 10 Struktur des Pflege-Reports

## Kapitel 2: Pflegebedürftigkeit

---

### 2.1 Eintritt in die Pflegebedürftigkeit

- Abb. 2/1: Seite 14 Neupflegebedürftige Personen 2007–2014
- Abb. 2/2: Seite 14 Neupflegebedürftige Personen als Anteil der noch nicht pflegebedürftigen Bevölkerung nach Alter und Geschlecht, 2014
- Abb. 2/3: Seite 15 Durchschnittliches Pflegeeintrittsalter, Kreisvergleich, 2014
- Abb. 2/4: Seite 16 Durchschnittliches Pflegeeintrittsalter nach Renteneinkommen und Geschlecht, 2014
- Abb. 2/5: Seite 16 Zusammenhang zwischen Pflegeeintrittsalter und Arbeitslosenquote, Kreisdurchschnitte, 2014
- Abb. 2/6: Seite 17 Entwicklung des durchschnittlichen Pflegeeintrittsalters nach Geschlecht, 2007–2015
- Abb. 2/7: Seite 17 Durchschnittliches Alter bei Demenzdiagnose, Kreisvergleich, 2014
- Abb. 2/8: Seite 18 Durchschnittliches Diagnosealter bei Demenz nach Renteneinkommen und Geschlecht, 2014
- Abb. 2/9: Seite 18 Zusammenhang zwischen Alter bei Demenzdiagnose und Arbeitslosenquote, Kreisdurchschnitte, 2014
- Abb. 2/10: Seite 19 Alters- und geschlechtsspezifische Prävalenzraten von Pflegebedürftigkeit (2013) und Demenz (2013), Rheinland/Hamburg
- Abb. 2/11: Seite 19 Entwicklung der altersspezifischen Prävalenzraten von Pflegebedürftigkeit, Deutschlandergebnisse, 1999–2013
- Abb. 2/12: Seite 20 Entwicklung der altersspezifischen Prävalenzraten nach Pflegestufe und Geschlecht zwischen 1999 und 2013
- Abb. 2/13: Seite 20 Lebenszeitprävalenz von Pflegebedürftigkeit und Demenz, Sterbejahrgang 2014

### 2.2 Anzahl Pflegebedürftiger und Anzahl Menschen mit Demenz

- Abb. 2/14: Seite 21 Pflegebedürftige Personen pro 100.000 Einwohner, Kreisvergleich, 2013
- Abb. 2/15: Seite 25 Personen mit Demenz pro 100.000 Einwohner, Kreisvergleich, 2014
- Abb. 2/16: Seite 25 Anteil der Personen mit Demenz an allen Pflegebedürftigen nach Pflegestufe, 2014
- Abb. 2/17: Seite 26 Anteil der Personen mit Demenz, die nicht als pflegebedürftig anerkannt sind, Kreisvergleich, 2014
- Abb. 2/18: Seite 27 Fernere Lebenserwartung und erwartete gesunde Jahre im Alter von 65 Jahren, internationaler Vergleich, 2013
- Abb. 2/19: Seite 27 Prognose der Anzahl pflegebedürftiger Personen 2015–2035, Kreisvergleich
- Abb. 2/20: Seite 28 Anstieg der Anzahl pflegebedürftiger Personen 2013–2035, Status-quo-Szenario, Vergleich kreisfreie Städte und Kreise
- Abb. 2/21: Seite 28 Anstieg der Anzahl pflegebedürftiger Personen 2013–2035, Kreisvergleich

### 2.3 Schwere der Pflegebedürftigkeit

- Abb. 2/22: Seite 29 Anteile der Pflegestufen an allen Pflegebedürftigen, Kreisvergleich, 2013
- Abb. 2/23: Seite 30 Anteile der Pflegestufen an allen Pflegebedürftigen, Vergleich Demenz/keine Demenz, 2014
- Abb. 2/24: Seite 31 Entwicklung der Pflegebedürftigkeit (Pflegestufenverläufe) bei Personen mit und ohne Demenz, Sterbejahrgang 2014
- Abb. 2/25: Seite 32 Geschätzte Überlebenswahrscheinlichkeit in Monaten, nach Geschlecht, Eintrittsjahrgang 2008, Kaplan-Meier-Schätzer

## Kapitel 3: Pflegende Angehörige

---

### 3.1 Wer pflegt?

- Abb. 3/1: Seite 36 Anteil Pflegegeldempfängerinnen und -empfänger an allen pflegebedürftigen Personen, Kreisvergleich, 2013
- Abb. 3/2: Seite 37 Anteil der zu Hause betreuten pflegebedürftigen Personen in den Pflegestufen, 2013
- Abb. 3/3: Seite 37 Anteil der zu Hause betreuten pflegebedürftigen Personen in den Pflegestufen nach Geschlecht, 2013
- Abb. 3/4: Seite 38 Alter und Geschlecht der Pflegepersonen, 2014
- Abb. 3/5: Seite 38 Wohnort von ambulant gepflegten Personen und Pflegeperson, nach Geschlecht, 2014
- Abb. 3/6: Seite 39 Wohnort von ambulant gepflegten Personen und Pflegeperson, nach Pflegestufe, 2014
- Abb. 3/7: Seite 39 Anteil der ambulant gepflegten Personen, bei denen eine Pflegeperson im Haus wohnt, Kreisvergleich, 2014

### 3.2 Unterstützungs- und Entlastungsangebote für Pflegepersonen

- Abb. 3/8: Seite 40 Entwicklung der Inanspruchnahme der pflegeentlastenden Leistungen als Anteil aller ambulant gepflegten Personen, 2007–2014
- Abb. 3/9: Seite 41 Anteil der ambulant gepflegten Personen mit teilstationärer Pflege, Kreisvergleich, 2014
- Abb. 3/10: Seite 42 Inanspruchnahme von Kurzzeitpflege nach Monaten als Anteil aller ambulant gepflegten Personen
- Abb. 3/11: Seite 43 Inanspruchnahme von Kurzzeitpflege als Anteil aller ambulant gepflegten Personen, Kreisvergleich, 2014
- Abb. 3/12: Seite 44 Inanspruchnahme von Verhinderungspflege als Anteil aller ambulant gepflegten Personen, Kreisvergleich, 2014
- Abb. 3/13: Seite 45 Entwicklung der Inanspruchnahme verschiedener Formen der Verhinderungspflege als Anteil an allen ambulant gepflegten Personen, 2007–2014
- Abb. 3/14: Seite 45 Inanspruchnahme verschiedener Formen der Verhinderungspflege als Anteil an allen ambulant gepflegten Personen, Kreisvergleich, 2014
- Abb. 3/15: Seite 46 Umwidmung von Leistungsansprüchen der Kurzzeitpflege und der Verhinderungspflege, 2015
- Abb. 3/16: Seite 46 Inanspruchnahme von pflegeentlastenden Leistungen, Anteil an allen ambulant gepflegten Personen, nach Demenzstatus, 2014
- Abb. 3/17: Seite 46 Inanspruchnahme von mehreren pflegeentlastenden Leistungen, Anteil an allen ambulant gepflegten Personen, 2014
- Abb. 3/18: Seite 47 Anteil der ambulant gepflegten Personen mit Inanspruchnahme von zusätzlichen Betreuungsleistungen nach § 45b SGB XI, 2007–2014
- Abb. 3/19: Seite 48 Anteil der ambulant gepflegten Personen mit Inanspruchnahme von zusätzlichen Betreuungsleistungen nach § 45b SGB XI nach Pflegearrangement, 1. Halbjahr 2016
- Abb. 3/20: Seite 48 Anteil der ambulant gepflegten Personen mit Inanspruchnahme von zusätzlichen Betreuungsleistungen nach § 45b SGB XI, Kreisvergleich
- Abb. 3/21: Seite 49 Anzahl der Pfegetrainings im Rahmen des Modellprojekts „Familiale Pflege“, Rheinland/Hamburg, 2014
- Abb. 3/22: Seite 50 Inanspruchnahme des Pflegeunterstützungsgeldes, absolute Fallzahlen, Januar 2015 bis April 2016
- Abb. 3/23: Seite 50 Inanspruchnahme Pflegeunterstützungsgeld pro 1.000 neupflegebedürftige Personen, Kreisvergleich, Januar 2015 bis April 2016
- Abb. 3/24: Seite 51 Anteil der Pflegepersonen, die Beiträge zur Rentenversicherung erhalten, an allen ambulant gepflegten Personen, Kreisvergleich, 2014

### 3.3 Umfrage: Pflegesituation von Menschen mit demenziellen Erkrankungen

- Abb. 3/25: Seite 52 Profil der angerufenen Hauptpflegepersonen, Beziehung zur pflegebedürftigen Person und Geschlecht
- Abb. 3/26: Seite 53 Anzahl der an der Pflege und Betreuung beteiligten Personen nach Personengruppen, Anteil an allen Pflegenetzwerken
- Abb. 3/27: Seite 54 Rolle im Netzwerk nach Personengruppe
- Abb. 3/28: Seite 54 Kontakthäufigkeit nach Personengruppe
- Abb. 3/29: Seite 55 Zeitaufwand der Hauptpflegeperson für Pflege und Betreuung pro Tag nach Personengruppe
- Abb. 3/30: Seite 55 Art der Unterstützung durch Verwandte und Bekannte
- Abb. 3/31: Seite 56 Selbsteingeschätzte Überforderung der Hauptpflegeperson durch die Pfelegetätigkeit
- Abb. 3/32: Seite 56 Nutzung von professionellen Pflegeunterstützungsangeboten nach Selbsteinschätzung der Überforderung der Hauptpflegeperson
- Abb. 3/33: Seite 57 Gründe für den Verzicht auf externe Unterstützungsleistungen (Mehrfachnennungen waren möglich)
- Abb. 3/34: Seite 58 Typ 1 – alleinige Pflegeperson
- Abb. 3/35: Seite 58 Typ 2 – alleinige Pflegeperson mit hoher Überforderung
- Abb. 3/36: Seite 59 Typ 3 – arbeitsteiliges häusliches Pflegenetzwerk
- Abb. 3/37: Seite 59 Typ 4 – arbeitsteiliges außerhäusliches Pflegenetzwerk
- Abb. 3/38: Seite 60 Typ 5 – professionelles Pflegenetzwerk

## Kapitel 4: Professionelle Pflege

---

### 4.1 Inanspruchnahme professioneller Pflege

- Abb. 4/1: Seite 65 Anteil der von einem ambulanten Pflegedienst betreuten Personen an allen pflegebedürftigen Personen, Kreisvergleich, 2013
- Abb. 4/2: Seite 66 Anzahl stationär versorgte Pflegebedürftige pro 100.000 Einwohner, Kreisvergleich, 2013
- Abb. 4/3: Seite 67 Pflegearrangements bei Personen mit und ohne Demenz, 31.12.2014
- Abb. 4/4: Seite 68 Pflegeverläufe nach Pflegearrangement, Sterbejahrgang 2014

## 4.2 Pflegepersonal

- Abb. 4/5: Seite 69 Pflegebedürftige Personen pro Pflegekraft (VZÄ) in der ambulanten Pflege, Kreisvergleich, 2013  
Abb. 4/6: Seite 70 Pflegebedürftige Personen pro Pflegekraft (VZÄ) in der stationären Pflege, Kreisvergleich, 2013  
Abb. 4/7: Seite 71 Anteil Altenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen (und -pfleger) am Pflegepersonal in der ambulanten Pflege, Vollzeitäquivalente, Kreisvergleich, 2013  
Abb. 4/8: Seite 72 Anteil Altenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen (und -pfleger) am Pflegepersonal in der stationären Pflege, Vollzeitäquivalente, Kreisvergleich, 2013

## 4.3 Qualität der Pflege

- Abb. 4/9: Seite 74 Anteil der durch einen ambulanten Pflegedienst betreuten Personen mit mindestens einer Behandlung beim niedergelassenen Arzt aufgrund von potenziell vermeidbaren Erkrankungen pro Versichertenjahr, nach Pflegestufe, 2014  
Abb. 4/10: Seite 74 Anteil der stationär gepflegten Personen mit mindestens einer Behandlung beim niedergelassenen Arzt aufgrund von potenziell vermeidbaren Erkrankungen pro Versichertenjahr, nach Pflegestufe, 2014  
Abb. 4/11: Seite 75 Anteil der stationär gepflegten Personen mit einer Behandlung beim niedergelassenen Arzt aufgrund eines Dekubitus pro Versichertenjahr, Kreisvergleich, 2014  
Abb. 4/12: Seite 76 Anteil der pflegebedürftigen Personen mit einer Krankenhausbehandlung mit ausgewählten Hauptdiagnosen pro Versichertenjahr, nach Pflegearrangement und Pflegestufe, 2014  
Abb. 4/13: Seite 76 Anteil der pflegebedürftigen Personen mit einer ambulanten Behandlung bei ausgewählten Erkrankungen pro Versichertenjahr, nach Pflegearrangement und Demenzstatus, 2014

## Kapitel 5: Medizinische Versorgung

---

### 5.1 Ambulante medizinische Versorgung

- Abb. 5/1: Seite 80 Anteil der Personen mit mindestens einem Facharztbesuch, nach Pflegearrangement und Facharztgebiet, Quartalsdurchschnitte 2014  
Abb. 5/2: Seite 80 Anteil der Personen mit mindestens einem Facharztbesuch, nach Pflegearrangement, Alter und Geschlecht, Quartalsdurchschnitte 2014

### 5.2 Krankenhausfälle

- Abb. 5/3: Seite 81 Anteil der pflegebedürftigen Personen pro Versichertenjahr mit einer Krankenhausbehandlung, 2014  
Abb. 5/4: Seite 81 Patienten mit Demenz als Anteil aller Krankenhauspatienten über 60 Jahre, 2014  
Abb. 5/5: Seite 83 Anteil der Patienten über 75 Jahre, die innerhalb von zwei Monaten nach ihrem Krankenhausaufenthalt in die stationäre Pflege gewechselt sind, 2014

### 5.3 Arzneimittelversorgung

- Abb. 5/6: Seite 84 Anteil der Personen, die fünf oder mehr Medikamente einnehmen, nach Alter, Quartalsdurchschnitte 2014  
Abb. 5/7: Seite 84 Anteil der Personen, die fünf oder mehr Medikamente einnehmen, nach Pflegearrangement, Quartalsdurchschnitte 2014  
Abb. 5/8: Seite 85 Anteil der Personen, die mindestens ein Medikament mit einem Wirkstoff von der Priscus-Liste erhalten, Quartalsdurchschnitte 2014  
Abb. 5/9: Seite 85 Anteil der pflegebedürftigen Personen, die mindestens ein Medikament mit einem Wirkstoff von der Priscus-Liste erhalten, Kreisvergleich, Quartalsdurchschnitte 2014  
Abb. 5/10: Seite 86 Psychopharmaka in der ambulanten und in der stationären Pflege, verordnete Tagesdosen (DDD), 2014  
Abb. 5/11: Seite 87 Anteil der stationär gepflegten Personen ohne dokumentierte psychiatrische Indikation mit mindestens einer Verordnung eines Antipsychotikums (ATC: N05A\*), Kreisvergleich, Quartalsdurchschnitte 2014

### 5.4 Rehabilitation

- Abb. 5/12: Seite 89 Inanspruchnahme von Rehabilitation nach Pflegebedürftigkeitsstatus, 2014  
Abb. 5/13: Seite 89 Zeitpunkt der Rehabilitation im Verhältnis zum Pflegebeginn, 2014  
Abb. 5/14: Seite 90 Art der Rehabilitationsleistung, Inanspruchnahme von Personen über 80 Jahre, 2014  
Abb. 5/15: Seite 90 Anteil der pflegebedürftigen Personen, die an einer Rehabilitationsmaßnahme teilgenommen haben, Kreisvergleich, 2014  
Abb. 5/16: Seite 91 Anteil der Frührehabilitation an allen Rehabilitationsmaßnahmen bei Personen mit Pflegebedürftigkeit, Kreisvergleich, 2014  
Abb. 5/17: Seite 92 Inanspruchnahme von Rehabilitation von Personen mit Demenz nach Pflegebedürftigkeitsstatus, 2014



## 5.5 Heilmittelversorgung

- Abb. 5/18: Seite 93 Zeitpunkt der Inanspruchnahme von Heilmitteln im Verhältnis zum Pflegebeginn, 2014  
Abb. 5/19: Seite 94 Anteil der pflegebedürftigen Personen, die Physio- und/oder Ergotherapie erhalten haben, Kreisvergleich, 2014  
Abb. 5/20: Seite 95 Inanspruchnahme von rehabilitativen Maßnahmen nach Pflegebedürftigkeitsstatus, 2014  
Abb. 5/21: Seite 95 Anteil der Personen, die an einer rehabilitativen Maßnahme teilgenommen haben, 2014  
Abb. 5/22: Seite 98 Anteil der Hilfsmittelbeziehenden der zehn am häufigsten verordneten Hilfsmittelproduktgruppen nach Pflegearrangement, 2014

## Kapitel 6: Strukturen vor Ort

---

### 6.1 Beratung

- Abb. 6/1: Seite 101 Pflegeberatungskontakte nach Regionaldirektion pro 100 pflegebedürftige Personen, 2015  
Abb. 6/2: Seite 102 Erstellte Versorgungspläne nach Regionaldirektion pro 100 pflegebedürftige Personen, 2015

### 6.2 Wohnen

- Abb. 6/3: Seite 103 Inanspruchnahme wohnumfeldverbessernder Maßnahmen als Anteil aller ambulant gepflegten Personen, 2007–2014  
Abb. 6/4: Seite 104 Inanspruchnahme wohnumfeldverbessernder Maßnahmen als Anteil aller ambulant gepflegten Personen, Kreisvergleich, 2014  
Abb. 6/5: Seite 105 Inanspruchnahme eines Wohngruppenzuschlags durch ambulant gepflegte Personen, nach Demenzstatus, 2012–2014  
Abb. 6/6: Seite 106 Wohneinheiten des Service-Wohnens für Senioren pro 100.000 Einwohner (Ü65), Kreisvergleich (Auswahl), verschiedene Jahre

### 6.3 Niedrigschwellige Betreuungsangebote

- Abb. 6/7: Seite 107 Art der niedrigschwelligen Betreuungsangebote, Anteil der Anbieter mit entsprechenden Angeboten, 2016  
Abb. 6/8: Seite 108 Ambulant gepflegte Personen (2013) je niedrigschwelliges Angebot (2016), Kreisvergleich

### 6.4 Stationäre Pflegestrukturen

- Abb. 6/9: Seite 109 Vollstationäre Pflegeplätze pro 100.000 Einwohner über 65 Jahre, Kreisvergleich, 2015  
Abb. 6/10: Seite 110 Anteil der Einbettzimmer in der vollstationären Dauerpflege, Kreisvergleich, 2013  
Abb. 6/11: Seite 111 Anteil der vollstationären Pflegeplätze, die sich in Einrichtungen mit maximal 80 Plätzen befinden, Kreisvergleich  
Abb. 6/12: Seite 112 Entwicklung des Anteils der Empfängerinnen und Empfänger von Hilfe zur Pflege an allen stationär versorgten Pflegebedürftigen, Rheinland, 2009–2013  
Abb. 6/13: Seite 112 Anteil der Empfängerinnen und Empfänger von Hilfe zur Pflege an allen stationär versorgten Pflegebedürftigen, Kreisvergleich 2013

## Literatur zu den Gastbeiträgen

### Beitrag von Hürrem Tezcan-Güntekin und Oliver Razum (Seite 23–24)

---

**Bauer A, Gröning K.** Die späte Familie. Gießen: Psychosozial Verlag 2007.

**Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ).** Sechster Familienbericht: Familien ausländischer Herkunft in Deutschland. Leistungen, Belastungen, Herausforderungen und Stellungnahme der Bundesregierung. Deutscher Bundestag 2000. Drucksache 14/4357.

**Gröning K, Lagedroste C, Weigel L.** Demenz im Krankenhaus. Sonderberichte des Projektes „Familiale Pflege unter den Bedingungen der G-DRG“.  
[www.uni-bielefeld.de/erziehungswissenschaft/ag7/familiale\\_pflege/materialien/evaluation/Demenzbericht\\_qualitativ\\_2015.pdf](http://www.uni-bielefeld.de/erziehungswissenschaft/ag7/familiale_pflege/materialien/evaluation/Demenzbericht_qualitativ_2015.pdf)

**Von Kamen R, Blumenkamp L, Lagedroste C, Seifen S.** Probleme der Hilfsmittelversorgung im Übergang aus dem Krankenhaus in die häusliche Pflegesituation.  
[www.uni-bielefeld.de/erziehungswissenschaft/ag7/familiale\\_pflege/materialien/evaluation/Evaluationsbericht\\_Hilfsmittelversorgung.pdf](http://www.uni-bielefeld.de/erziehungswissenschaft/ag7/familiale_pflege/materialien/evaluation/Evaluationsbericht_Hilfsmittelversorgung.pdf)

**Dibelius O.** Expertinnen über die Lebenswelten demenziell erkrankter Migrantinnen und Migranten. In: Dibelius O, Feldhaus-Plumin E, Piechotta-Henze G. Lebenswelten von Menschen mit Migrationserfahrung und Demenz. Göttingen: Horgrefe 2016: 115–134.

**Tezcan-Güntekin H.** Interkulturelle Perspektiven auf Demenz. In: Gröning K, Sander B, von Kamen R. Familiensensibles Entlassungsmanagement. Frankfurt am Main: Mabuse-Verlag 2015; 233–249.

**Tezcan-Güntekin H.** Medikationsprobleme bei Pflegebedürftigen im Übergang vom Krankenhaus in die häusliche Pflege. Sonderberichte des Modellprojekts „Familiale Pflege unter den Bedingungen der G-DRG“ 2016.  
[www.uni-bielefeld.de/erziehungswissenschaft/ag7/familiale\\_pflege/evaluation/sonderberichte.html](http://www.uni-bielefeld.de/erziehungswissenschaft/ag7/familiale_pflege/evaluation/sonderberichte.html)

**Tezcan-Güntekin H, Razum O.** Stärkung der Selbstmanagement-Kompetenzen pflegender Angehöriger von türkeistämmigen Menschen mit Demenz. Erscheint 2017.

### Beitrag von Heinz Rothgang (Seite 96–97)

---

**Kalwitzki T, Huter K, Runte R, Breuninger K, Janatzek S, Gronemeyer S, Gansweid B, Rothgang H.** Aus der Forschung ins Pflegestärkungsgesetz II: Das Projekt Reha XI zur Feststellung des Rehabilitationsbedarfs in der MDK-Pflegebegutachtung. In: Das Gesundheitswesen, online 2016.  
<http://dx.doi.org/10.1055/s-0042-103745>; [www.thieme-connect.com/DOI/DOI?10.1055/s-0042-103745](http://www.thieme-connect.com/DOI/DOI?10.1055/s-0042-103745)

**Lübke N.** Explorative Analyse vorliegender Evidenz zur Wirksamkeit und Nutzen von rehabilitativen Maßnahmen bei Pflegebedürftigen im Hinblick auf eine mögliche Anwendbarkeit im Rahmen der Feststellung des Rehabilitationsbedarfs bei der Pflegebegutachtung. Hamburg: Kompetenz-Centrum Geriatrie 2015.  
[www.mds-ev.de/fileadmin/dokumente/Publikationen/GKV/Rehabilitation/Gutachten\\_Reha\\_bei\\_Pflegebeduerftigkeit\\_KCG.pdf](http://www.mds-ev.de/fileadmin/dokumente/Publikationen/GKV/Rehabilitation/Gutachten_Reha_bei_Pflegebeduerftigkeit_KCG.pdf)

**Rothgang H, Müller R, Unger R.** BARMER GEK-Pflegereport 2013. Schwerpunktthema: Reha bei Pflege.  
Siegburg: Asgard-Verlag 2013.

**Rothgang H, Müller R, Mundhenk R, Unger R.** BARMER GEK-Pflegereport 2014.  
Schwerpunkt: Zahngesundheit bei Pflegebedürftigen. Siegburg: Asgard-Verlag 2014.

[www.aok.de/rh](http://www.aok.de/rh)