

Alter und Pflege

Hoffmann, Elke; Nachtmann, Juliane

Veröffentlichungsversion / Published Version

Arbeitspapier / working paper

Empfohlene Zitierung / Suggested Citation:

Hoffmann, E., & Nachtmann, J. (2007). *Alter und Pflege*. (Report Altersdaten, 3/2007). Berlin: Deutsches Zentrum für Altersfragen. <https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0168-ssoar-370264>

Nutzungsbedingungen:

Dieser Text wird unter einer CC BY-NC-ND Lizenz (Namensnennung-Nicht-kommerziell-Keine Bearbeitung) zur Verfügung gestellt. Nähere Auskünfte zu den CC-Lizenzen finden Sie hier:

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.de>

Terms of use:

This document is made available under a CC BY-NC-ND Licence (Attribution-Non Commercial-NoDerivatives). For more information see:

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0>

Report

Altersdaten

GeroStat

Statistisches Informationssystem

03 | 2007

Alter und Pflege

Elke Hoffmann

Juliane Nachtmann

Aus dem Inhalt

- 10** Pflegebedürftigkeit: ein Problem des Vierten Lebensalters
- 11** Frauen doppelt so stark von Pflegebedürftigkeit betroffen wie Männer
- 16** Etwa zwei Drittel der Pflegebedürftigen ab 70 Jahren zu Hause versorgt
- 17** Verschiebung zugunsten der Pflegestufe I
- 18** Zuwachs stationärer Versorgung im Zeitverlauf

Inhalt

Alter und Pflege

- 3** Editorial
- 4** **Begrifflichkeit**
Was heißt es, hilfe- und pflegebedürftig zu sein?
- 7** **Methodische Aspekte**
Wie wird Hilfe- und Pflegebedarf empirisch gemessen?
- 10** **Empfänger/innen von Leistungen der Pflegeversicherung**
Wer ist von Pflegebedürftigkeit betroffen?
Wie sind geschlechtsspezifische Unterschiede zu erklären?
Welcher Zusammenhang lässt sich zum Merkmal Alter herstellen?
- 15** **Versorgung nach Pflegebedarfen**
In welchem Ausmaß besteht Pflegebedarf?
Welche Versorgungsart wird in Anspruch genommen?
Exkurs – Versorgungsstrukturen
Wer erhält „Hilfe zur Pflege“?
- 24** **Aussicht – Reform der Pflegeversicherung**

Literatur und Datenquellen

Impressum

Editorial

Die Bevölkerung Deutschlands altert. Ein recht sichtbares Zeichen dafür ist der stetig steigende Anteil jener Menschen, die das 100. Lebensjahr erreichen und überschreiten. So hat sich beispielsweise die Zahl der über 105-Jährigen in Deutschland in den letzten zehn Jahre fast verdreifacht (Maier & Scholz, 2007). Die Lebensphase „Alter“ gewinnt damit neue Bedeutung. Definiert man sie als die nachberufliche Lebensphase, die heutzutage um das 65. Lebensjahr beginnt, kann ihre zeitliche Spanne über 40 Jahre umfassen. Um die Komplexität und Differenziertheit dieser Lebenszeit genauer beschreiben zu können, wird in der Altersforschung zwischen dem Dritten und Vierten Lebensalter unterschieden. Zur Abgrenzung werden Merkmale der Lebensqualität der älteren Menschen herangezogen. So sind für das Dritte Lebensalter eine allgemein gute Ausstattung mit gesundheitlichen, materiellen, sozialen und kulturellen Ressourcen, noch kaum spürbare altersbedingte Einschränkungen sowie Möglichkeiten einer aktiven und selbstbestimmten Lebensgestaltung charakteristisch (BMFSFJ, 2001). Der Übergang in ein Viertes Lebensalter erfolgt dynamisch und ist an kein spezifisches Lebensereignis gebunden. In unserer heutigen Zeit findet er etwa zwischen dem 80. und dem 85. Lebensjahr statt. Kennzeichnend sind zunehmende physiologische Alterserscheinungen mit deutlichen somatischen, kognitiven und psychischen Einschränkungen oder Verlusten. Die Häufigkeit von Erkrankungen nimmt zu, Multimorbidität (Mehrfacherkrankungen) und chronische Krankheiten beeinträchtigen deutlich die Lebensqualität. Insbesondere die Gefahr demenzieller Veränderung und der damit einhergehende Verlust von Identität und Biografie wächst in diesem Alter. Das Risiko, bei der Lebensbewältigung auf die Hilfe und Unterstützung anderer Personen angewiesen zu sein und pflegebedürftig zu werden, ist in dieser Lebensphase am größten und prägt sie zunehmend.

Da mit der stetig steigenden Lebenserwartung immer mehr Menschen die Vierte Lebensphase erreichen, erlangt das Thema „Pflege“ sowohl auf der individuellen, wie auch auf der gesellschaftlichen Ebene einen neuen Stellenwert. Sichtbar ist das auch an den aktuellen Diskussionen unterschiedlichster Akteure: sei es auf der politischen Ebene bei den Reformbestrebungen zum Pflegeversicherungsgesetz, auf der Ebene der Gewährleistung einer pflegerischen Grundversorgung oder auf der Ebene Betroffener.

Wir greifen den mit diesem Bedeutungswandel verbundenen wachsenden Informationsbedarf auf und machen das Thema „Alter und Pflege“ zum Schwerpunkt dieses Heftes, wobei wir uns insbesondere der Problematik „Pflegebedürftigkeit“ zuwenden.

Wir wünschen interessante Einblicke – Ihr GeroStat-Team.

Begrifflichkeit

Was heißt es, hilfe- und pflegebedürftig zu sein?

Wenn auch das Altwerden in der Vierten Lebensphase von den Betroffenen zunehmend fordert, sich mit degenerativen Prozessen und gesundheitlichen Einschränkungen auseinander setzen zu müssen, heißt das nicht, dass der Alterungsprozess zwangsläufig zu gesundheitlichen Defiziten führt. Zwar verschlechtert sich der Gesundheitszustand im allgemeinen mit zunehmendem Alter, dennoch gibt es keinen Automatismus zwischen Alter und Krankheit. Wissenschaftliche Studien belegen, dass ältere Menschen bei zunehmend besserer Gesundheit das Dritte und Vierte Lebensalter erreichen als Generationen vor ihnen (Schneekloth & Wahl, 2006; Wurm & Tesch-Römer, 2006). Sie sind aktiver, agiler und selbstbestimmter. Medizin-technischer Fortschritt mit zunehmend besseren präventiven, diagnostischen, therapeutischen und rehabilitativen Möglichkeiten bewirkt, dass der Ausbruch oder das Vorschreiten chronischer und irreversibler Krankheiten verzögert oder gar verhindert wird. Was schließlich zur Folge hat, dass die Todesschwelle immer weiter hinausgeschoben werden kann. Gesundheitsbewusste Einstellungen der Bevölkerung und entsprechendes gesundheitsförderliches Verhalten stärken die Ressourcen für gesundes Altern.

Dennoch werden bereits im mittleren Erwachsenenalter (bei den 50- bis 59-Jährigen) langfristige Gesundheitsprobleme gemessen (Menning, 2006). Mit fortschreitendem Alter nehmen diese in der Regel zu, manifestieren sich als chronische Krankheiten, Mehrfacherkrankungen werden diagnostiziert (Multimorbidität), degenerative Prozesse lassen sich nicht stoppen. Die Folge sind Einschränkungen der funktionalen Gesundheit, wie z.B. sensorische Mängel beim Sehen und Hören und Mobilitätseinbußen im Bewegungsablauf, oder psychische und kognitive Verluste. Trotz dieser gesundheitlichen Probleme ist aber der überwiegende Teil der Bevölkerung im Dritten und auch im Vierten Lebensalter in der Lage, seinen Alltag selbstbestimmt und selbstständig zu gestalten (Kuhlmeier, Mollenkopf & Wahl, 2007; Menning, 2006). Hilfe- und Pflegebedürftigkeit sind nicht zwangsläufig deren Folge. Das gilt solange, wie ältere Menschen über ausreichend individuelle Ressourcen hinsichtlich ihrer biologischen Konstitution wie auch bezüglich ihrer sozialen Kompetenzen im Umgang mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen verfügen. Das Alter wird erst dann zum größten Risikofaktor für die Aufrechterhaltung der bisherigen Lebensqualität und Autonomie, wenn diese Ressourcen nicht mehr verfügbar sind und Funktionseinbußen nicht mehr aus eigener Kraft kompensiert werden können. Die Bewältigung des Alltages, die Selbstversorgung und die Teilnahme am gesellschaftlichen Leben sind dann in der bisher gewohnten Weise in einem solchen Maße erschwert, dass hierzu Hilfe- und Unterstützungspotenziale

Wussten Sie, dass

- 98 Prozent der Bevölkerung im Alter von 65 bis 84 Jahren in privaten Haushalten leben, ein Drittel davon in Einpersonenhaushalten.
- nur knapp ein Fünftel (18 Prozent) der Bevölkerung ab dem 85. Lebensjahr in Gemeinschaftsunterkünften (Heimen) lebt.
- die Bevölkerung ab 85 Jahren, die in privaten Haushalten lebt, zu zwei Dritteln in Einpersonenhaushalten wohnt.

Daten des Mikrozensus 2006

anderer Personen in Anspruch genommen werden müssen (Büscher & Wingefeld, 2007; Hasseler, Mittnacht & Görres, 2007). Mit pflegerischen Maßnahmen kann dann versucht werden, Defizite sowohl im körperbezogenen Bereich wie auch bei kognitiven und kommunikativen Aktivitäten auszugleichen oder einzuschränken. Das für den Begriff der Pflegebedürftigkeit zentrale Zusammenspiel von individuellen Ressourcen und Umweltbedingungen gibt Abbildung 1 wieder.

Die medizinischen Ursachen für das Auftreten von Hilfe- und Pflegebedarf sind vielfältig und resultieren aus einem Spektrum von Akuterkrankungen (z.B. Schlaganfall, Krebs), chronisch-degenerativen Erkrankungen (wie Arthrose), angeborenen Behinderungen und altersbedingten Funktionsstörungen. Die dominanten pflegebegründenden Diagnosen sind im Vierten Lebensalter neben Krankheiten des Kreislaufsystems vor allem psychische Veränderungen und kognitive Störungen, die sich als Senilität oder Demenz manifestieren. Bei älteren Menschen ab dem 80. Lebensjahr wird Pflegebedürftigkeit zu mehr als 35 Prozent durch eine demenzielle Erkrankung begründet (RKI & StBA, 2004) (vgl. Tabelle 2).

Hinsichtlich daraus resultierender Beeinträchtigungsprofile sind es vor allem Mobilitätseinbußen und kognitive Verluste, die am häufigsten einen Hilfe- und Pflegebedarf auslösen (Büscher & Wingefeld, 2007; Schneekloth, 2006; Schneekloth & Wahl, 2006).

Ein **Hilfe- und Pflegebedarf** entsteht dann, wenn ein solches Ausmaß an gesundheitlichen Einschränkungen erreicht ist, welches alltägliche Verrichtungen im individuellen Lebenskontext allein nur noch begrenzt oder auch gänzlich unmöglich macht. Er ist keine zwangsläufige Folge gesundheitlicher Beeinträchtigungen. Hilfe- und Pflegebedarf besteht, wenn im Zusammenspiel von Krankheitsfolgen, degenerativen Prozessen und individuellen Ressourcen der Betroffenen die Alltagsanforderungen nicht mehr allein bewältigt werden können und die Teilnahme am gesellschaftlichen Leben eingeschränkt ist.

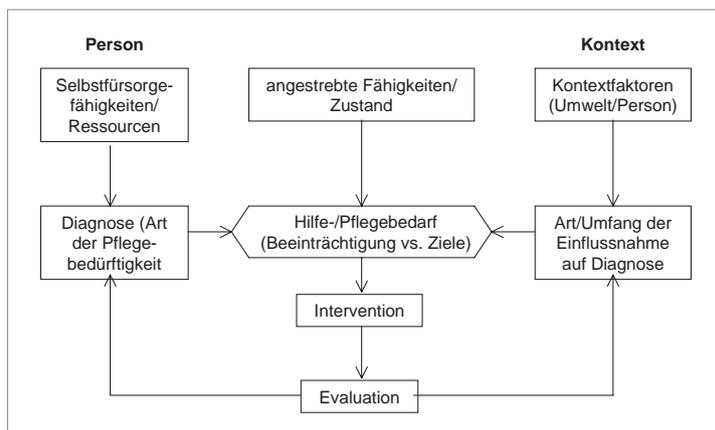


Abbildung 1
Hilfe-/Pflegebedarf: Interdependenz von Individuum und Umwelt

Quelle
Bartholomeyczik & Hunstein, 2000, S.107

Mit der Einführung der Pflegeversicherung im SGB XI im Jahr 1994 eröffnet sich der Bevölkerung in Deutschland die Möglichkeit, das individuelle Lebensrisiko einer Pflegebedürftigkeit mit einem gesetzlich verankerten Anspruch auf Sozialleistungen abzusichern bzw. abzufedern. 1995 tritt das Gesetz für die ambulante pflegerische Versorgung und 1996 für den statio-

Das **Ziel des sozialrechtlich geprägten Begriffes von Pflegebedürftigkeit** im PflegeVG des SGB XI besteht darin, die Inanspruchnahme sozialrechtlicher Leistungen zur Kompensation überwiegend körperbezogener Defizite zu begründen und sich von anderen Sozialleistungsbereichen abzugrenzen. Es geht nicht darum, Pflegemaßnahmen abzuleiten. In den gegenwärtigen Reformbestrebungen zum PflegeVG ist eine Überarbeitung und Erweiterung dieses Begriffes integriert.

nären Bereich in Kraft (PflegeVG, 26. Mai 1994). Für die Festlegung der Leistungsberechtigung bedarf es allerdings eines praktikablen Begriffes. So werden die bisher pflegewissenschaftlich, medizinisch und gerontologisch geprägten Begrifflichkeiten zur „Pflegebedürftigkeit“ um ein sozialrechtliches Verständnis ergänzt.

Der § 14 Abs. 1 SGB XI definiert, dass jene Personen als pflegebedürftig bezeichnet werden, die „wegen einer körperlichen, geistigen oder seelischen Krankheit oder Behinderung für die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, in erheblichem oder höherem Maß der Hilfe bedürfen“. Aus diesem sozialrechtlichen Begriff wird ein objektivierbarer Bedarf an Pflege im Bereich der basalen Aktivitäten abgeleitet. Er unterscheidet sich insofern von den fachwissenschaftlichen Auffassungen, da er weitestgehend auf somatische Bedarfe ausgerichtet ist und die aus gerontopsychiatrischen Risiken, aus multiplen Funktionseinschränkungen und aus chronischen Krankheiten resultierenden Versorgungsbedarfe ungenügend beachtet.

Abzugrenzen vom sozialrechtlichen Begriff gemäß PflegeVG (Pflegeversicherungsgesetz), der als Ausschlusskriterium das Vorliegen eines dauerhaften Hilfe- und Pflegebedarfes enthält, ist der temporäre pflegerische Bedarf, der aus einem akuten Krankheitsfall resultiert. Der Vollständigkeit halber soll an dieser Stelle darauf verwiesen werden, dass derartiger Pflegebedarf sowohl in Form ambulanter häuslicher Krankenpflege wie auch als Krankenhauspflege von der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) getragen wird. Der Leistungsanspruch leitet sich aus medizinischen Implikationen zur Sicherstellung ärztlicher Therapieziele ab (Paslack, 2005; RKI & StBA, 2004).

Methodische Aspekte

Wie wird Hilfe- und Pflegebedarf empirisch gemessen?

Wichtig ist zum einen, den Gesundheitszustand und daraus resultierende Einschränkungen zu erfassen. Dem dienen eine Reihe medizinischer und epidemiologischer Diagnostiken und Instrumentarien, wie z.B. Funktionstests zur Messung basaler Aktivitäten des täglichen Lebens oder die Skala des Instrumental Activities of Daily Living (IADL), die das Maß an Selbstständigkeit bei komplexeren Tätigkeiten wie Kochen, Einkaufen, Wäsche waschen oder auch das Regeln finanzieller Angelegenheiten erfasst (Menning, 2006; Schneekloth & Wahl, 2006). Objektive Messkriterien und selbstberichtete Angaben werden bei der Erstellung von Beeinträchtigungsprofilen hinsichtlich alltäglicher Verrichtungen wie auch kognitiver Alltagskompetenzen verknüpft.

Zum anderen müssen die individuellen Ressourcen und sozialen Kompetenzen im Umgang mit vorhandenen Einschränkungen angemessen reflektiert werden, um dann daraus den konkreten Hilfe- und Pflegebedarf ableiten zu können. Das ist mit objektiven Kriterien nur bedingt möglich. Deshalb wird ergänzend auf subjektive Indikatoren zur Bewertung des eigenen Gesundheitszustandes und eines konkreten Bedarfes an Hilfe, Unterstützung oder Pflege zurückgegriffen. Die subjektive Gesundheit kann durchaus von objektiv gemessenen Gesundheitsparametern abweichen, aber die individuelle gesundheitsbezogene Lebensqualität bzw. die individuelle Bewältigung von Alltagsanforderungen unter Umständen genauer beschreiben als medizinische Diagnosen (Kuhlmey, Mollenkopf & Wahl, 2007).

Für die Bestimmung eines Pflegebedarfes, der mit Anspruch auf Leistungen des PflegeVG, SGB XI verbunden ist, gelten hingegen gesetzlich klar definierte Regeln. Zunächst einmal ist erforderlich, dass Betroffene oder Angehörige den individuellen Hilfe- und Pflegebedarf erkennen und bei den zuständigen Pflegekassen einen Antrag auf Leistungen nach PflegeVG stellen. Voraussetzung ist die Erfüllung von Vorversicherungszeiten (10 Jahre vor Antragstellung mindestens 5 Jahre in der Gesetzlichen Pflegeversicherung) (Paslack, 2005, S. 44). Danach wird durch Fachärzte des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen (MDK) geprüft, ob die Voraussetzungen der sozialrechtlich definierten Pflegebedürftigkeit erfüllt sind und welche der drei möglichen Pflegestufe angemessen ist. Die Kriterien zur Abgrenzung der Stufen sind die Anzahl der von eingeschränkter Alltagskompetenz betroffenen Versorgungsbereiche. Bisher fallen darunter Einschränkungen in den vier Bereichen Körperpflege, Mobilität, Ernährung und hauswirtschaftliche Versorgung, sowie die Häufigkeit und Dauer notwendiger Hilfen.

Der Hilfebedarf wird nach SGB XI §14

Abs. 4 für gewöhnliche und regelmäßig wiederkehrende Verrichtungen festgelegt.

Das sind:

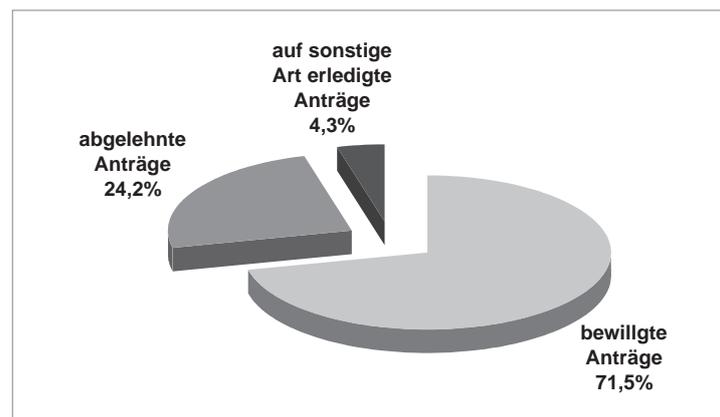
1. im Bereich der Körperpflege das Waschen, Duschen, Baden, die Zahnpflege, das Kämmen, Rasieren, die Darm- oder Blasenentleerung
2. im Bereich der Ernährung das mundgerechte Zubereiten oder die Aufnahme der Nahrung
3. im Bereich der Mobilität das selbstständige Aufstehen und Zu-Bett-Gehen, An- und Auskleiden, Gehen, Stehen, Treppensteigen oder das Verlassen und Wiederaufsuchen der Wohnung
4. im Bereich der hauswirtschaftlichen Versorgung das Einkaufen, Kochen, Reinigen der Wohnung, Spülen, Wechseln und Waschen der Wäsche und Kleidung oder das Beheizen.

Mit dem Erlass des PflegeVG wird in § 109 zugleich die Erhebung über ambulante und stationäre Pflegeeinrichtungen sowie über die häusliche Pflege als Bundesstatistik (amtliche Statistik mit Auskunftspflicht) angeordnet (Pflegestatistik-Verordnung vom 24. November 1999, BGBl.I, S. 2282). Seit 1999 liegen Daten vor. Sie sind die Basis für unsere Analysen zu Pflegeprävalenzen und zu ausgewählten Versorgungsstrukturen. Dabei ist prinzipiell zu beachten:

- Die Daten orientieren sich ausschließlich am sozialrechtlich geprägten Begriff der Pflegebedürftigkeit nach SGB XI § 14 und § 15. Wird über Pflegebedürftige gesprochen, sind hier Leistungsempfänger/innen der Pflegeversicherung mit entsprechend anerkannter Pflegestufe gemeint.
- Die Daten spiegeln einerseits den amtlich anerkannten Pflegebedarf, andererseits auch das Inanspruchnahmeverhalten der Bevölkerung hinsichtlich sozialer Leistungen nach PflegeVG. Dieses setzt eine gewisse Informiertheit der Betroffenen und die individuelle Befähigung und Motivation zur Beantragung der Leistungen voraus.
- Das tatsächliche Ausmaß der Hilfe- und Pflegebedürftigkeit ist größer als es die Daten der amtlichen Statistik ausweisen. Nicht alle Betroffenen stellen einen Antrag auf Anerkennung einer Pflegestufe, nicht alle Anträge werden bewilligt. In den letzten Jahren liegt die Bewilligungsquote des MDK für Anträge auf Anerkennung einer Pflegestufe etwas über 70 Prozent (BMG, 2007) (vgl. Abbildung 2).

Abbildung 2

Erledigung der Anträge auf Feststellung der Pflegebedürftigkeit, 2006



Quelle

BMG, 2007

Sozialwissenschaftliche Analysen wie z.B. die vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) geförderten Studien zum Hilfe- und Pflegebedarf in Privathaushalten – MuG III (Schneekloth & Wahl, 2006, 2005) und in Alteneinrichtungen – MuG IV (Schneekloth, 2006) erfas-

sen auf der Basis eigener repräsentativer Erhebungen diese Bedarfe unabhängig von der Begutachtung durch den MDK. Nach einer Selbsteinschätzung von Personen, die in privaten Haushalten leben, artikulierten 2,94 Millionen einen Hilfe- oder Pflegebedarf (im Jahr 2002). Die Differenz zur Zahl der Leistungsempfänger nach SGB XI (knapp eine Millionen Menschen) wird damit erklärt, dass ca. 80 Prozent der Betroffenen in Erwartung eines abschlägigen Bescheids keinen Antrag auf Anerkennung einer Pflegestufe stellen. Im stationären Bereich erhalten ca. acht Prozent jener Personen, die sich selbst als hilfe- oder pflegebedürftig einstufen, keine Leistungen nach PflegeVG (Schneekloth, 2006).

Analysen des Mikrozensus im Jahr 2003 belegen ähnliches: etwa eine Millionen Personen stuft sich selbst als hilfebedürftig ein, bezieht jedoch (noch) keine Leistungen der Pflegeversicherung. Im Vergleich zu 1999 ist diese Gruppe hilfebedürftiger Personen ohne Leistungsbezug um mehr als 10 Prozent angewachsen. Zwei Drittel der Gruppe sind Frauen. Im Vergleich zu den Leistungsbeziehern nach SGB XI sind diese Personen jedoch deutlich jünger. Nur etwa ein Drittel der Hilfebedürftigen ohne Leistungsbezug ist bereits in einem Alter jenseits des 80. Lebensjahres. Das deutet darauf hin, dass es sich hier um Personen mit gesundheitlichen Einschränkungen und Hilfebedarfen im unterschweligen Leistungsbereich des PflegeVG, somit möglicherweise um spätere potenzielle Antragsteller auf Pflegeleistungen handelt. Der von ihnen artikuliert Hilfebedarf bezieht sich vorrangig auf den hauswirtschaftlichen Bereich oder auf unterschiedlichste alltägliche Verrichtungen und ist weniger umfänglich als bei Personen mit Pflegestufe (Schneekloth & Wahl, 2006, S. 74). Begrifflich wird diese Gruppe gelegentlich als „Hilfebedürftige“ mit selbstreferiertem Hilfebedarf, aber ohne Leistungsanspruch nach SGB XI umrissen. Als „Pflegebedürftige“ sind in Abgrenzung dazu nur Personen mit anerkannter Pflegestufe nach SGB XI gemeint.

Die nun folgende statistische Analyse zur Ausprägung von Pflegebedürftigkeit basiert auf der amtlichen Statistik zur Messung der Pflegeleistungen nach SGB XI. Zur Verfügung stand ein Scientific Use File (SUF) mit Mikrodaten zu Leistungsempfänger/innen nach einjährigen Altersjahren, Geschlecht, Pflegestufen und Versorgungsart für die Erhebungszeitpunkte 1999, 2001, 2003 und 2005. Im Rahmen eines Projektes wurden diese Datenfiles vom Forschungsdatenzentrum (FDZ) der Statistischen Ämter des Bundes und der Länder (hier vom Regionalstandort NRW) erstellt und im Rahmen eines kontrollierten Fernrechnens übermittelt (in den Quellen zitiert als: SUF – Pflegestatistik). An dieser Stelle danken wir Herrn Celik für die kompetente Unterstützung.

Hilfe- und Pflegebedürftige nach Ergebnissen des Mikrozensus 2003

2,46 Millionen Personen der in privaten Haushalten lebenden Bevölkerung gaben an, dauerhaft hilfebedürftig zu sein. 56 Prozent von ihnen (1,38 Millionen) erhalten Leistungen aus der Pflegeversicherung, 44 Prozent (1,08 Millionen) erhalten keine. Von den rund 0,66 Millionen in Gemeinschafts- und Anstaltsunterkünften lebenden Personen mit selbstberichteten dauerhaftem Hilfebedarf erhalten 89 Prozent (0,58 Millionen) Leistungen aus der Pflegeversicherung, 11 Prozent (0,08 Millionen) erhalten keine derartigen Leistungen.

Die Frage im Mikrozensus lautete:

Viele Aufgaben, die im täglichen Leben vorkommen, lassen sich im Wesentlichen vier Bereichen zuordnen: Körperpflege, Ernährung, Beweglichkeit/Mobilität, hauswirtschaftliche Versorgung. Brauchen Sie aus Ihrer Sicht bei einer oder mehreren der genannten Aufgaben des täglichen Lebens aufgrund von Krankheit, Behinderung oder Alter dauerhaft Hilfe?

Empfänger/innen von Leistungen der Pflegeversicherung

Wer ist von Pflegebedürftigkeit betroffen?

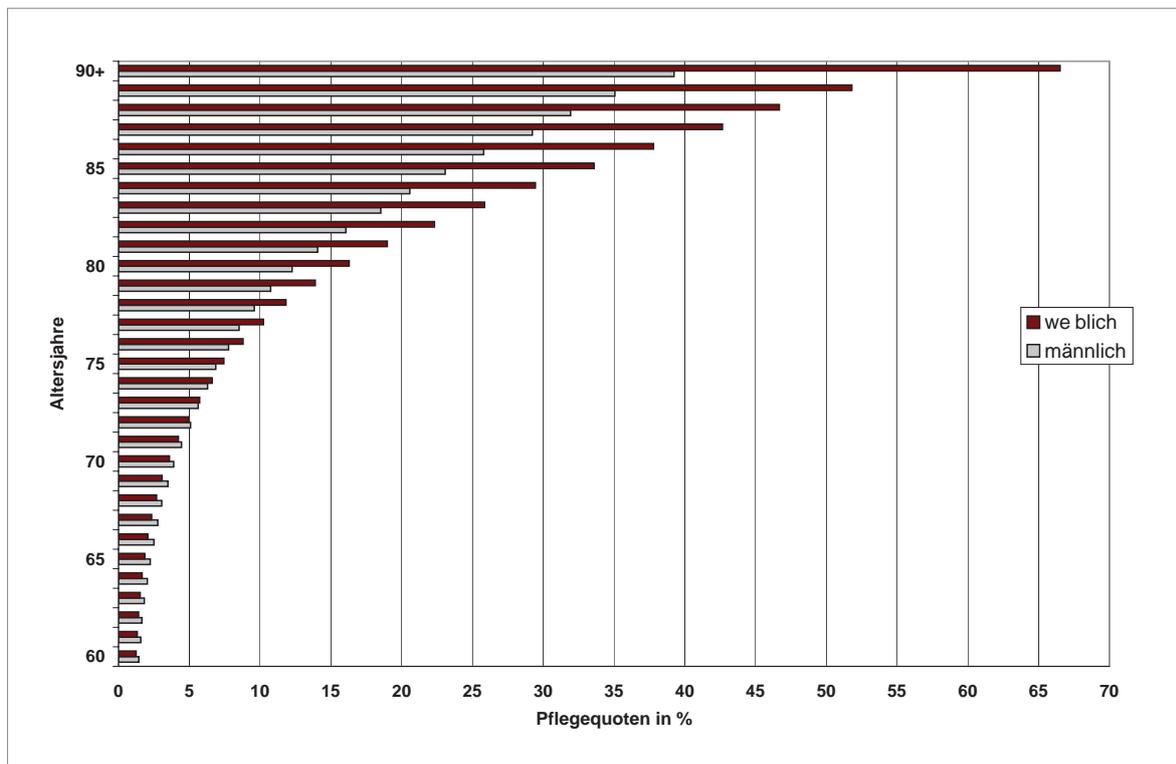
Unter **Prävalenz** wird die zu einem bestimmten Zeitpunkt bestehende Häufigkeit von Pflegebedürftigkeit, hier im Sinne einer nach SGB XI anerkannten Pflegestufe, verstanden. Sie wird als Anteil von Pflegebedürftigen je Hundert einer vergleichbaren Bevölkerungsgruppe ausgewiesen, daher auch als Pflegequote bezeichnet.

Für das Jahr 2005 werden in Deutschland 2,13 Millionen Menschen mit anerkannter Pflegestufe ausgewiesen. Gegenüber 1999 ist das eine Zunahme um 112 Tsd. Personen, bzw. um knapp sechs Prozent. Bezieht man die Zahl der Pflegebedürftigen auf die Bevölkerungszahl, so ergibt sich für das Jahr 1999 eine Pflegequote von 2,5 Prozent, für 2005 sind es 2,6 Prozent. Es gibt also einerseits mehr pflegebedürftige Personen, ihr Anteil an der Bevölkerung hat sich aber kaum verändert.

Hinsichtlich des Alters haben vier von fünf pflegebedürftigen Menschen das 65. Lebensjahr bereits erreicht oder überschritten. Von den im Jahr 2005 Betroffenen sind bei den Frauen nur 12 Prozent und bei den Männern 30 Prozent jünger als 65 Jahre. Schon daran lässt sich die Bedeutung des Themas „Pflege“ für die Generationen im Dritten und Vierten Lebensalter ablesen. Betrachtet man den Anteil der von Pflegebedürftigkeit Betroffenen an der Bevölkerung jeder Altersstufe, so beträgt er im 72. Lebensjahr erstmals fünf Prozent. Aus diesem Grunde beziehen wir unsere Analysen zur Pflege im Alter auf die Bevölkerung ab dem 70. Lebensjahr. Eine Prävalenz von 20 Prozent erreichen die Frauen zwischen dem 81. und 82. Lebensjahr, die Männer zwei bis drei Jahre später. Jede dritte Frau ist ab dem 85. Lebensjahr, jeder dritte Mann ab dem 88. Lebensjahr betroffen.

Abbildung 3
Pflegebedürftige (SGB XI) nach Alter und Geschlecht, 2005

Quelle
SUF – Pflegestatistik



fen. Ab dem Alter von 89 Jahren ist mindestens jede zweite Frau pflegebedürftig. Die Daten verweisen darauf, dass neben dem Alter auch das Geschlecht ein sehr dominantes Strukturmerkmal des Pflegerisikos ist (vgl. Abbildung 3).

Zwei Drittel aller Pflegebedürftigen in Deutschland sind Frauen, im Alter ab dem 70. Lebensjahr sind es 74 Prozent. Die Prävalenz beträgt bei diesen Frauen 18,4 Prozent, bei den Männern jedoch nur 10,4 Prozent. Frauen sind einerseits nicht nur sehr viel stärker von Pflegebedürftigkeit betroffen als Männer, ihr Bedarf an Pflege wächst im Alter deutlich schneller als bei Männern.

Wie sind geschlechtsspezifische Unterschiede zu erklären?

Ein Grund für den hohen Anteil weiblicher Pflegebedürftiger liegt zweifellos darin, dass Frauen länger leben und der Pflegebedarf mit zunehmendem Alter kontinuierlich ansteigt. 70-jährige Frauen werden heutzutage weitere 16 Jahre leben, Männer hingegen nur 13 Jahre. 85-jährige Frauen dürfen weitere sechs Jahre erwarten, Männer 5,4 Jahre. Die höhere Lebenserwartung der Frauen erklärt jedoch nicht deren höheren Pflegeprävalenzen. Ursachen hierfür sind u.a. in den geschlechtsspezifischen Gesundheitskonditionen und Krankheitsbildern älterer Menschen zu finden (Naumann Murtagh & Hubert, 2004; Verbrugge, 1982). Frauen leiden häufiger als Männer an chronischen Krankheiten oder an Multimorbidität, was nicht unmittelbare Todesfolgen hat, eine autonome Lebensführung jedoch nachhaltig einschränkt und langfristigen Pflegebedarf verursacht (wie beispielsweise Stürze und deren mobilitätsbeschränkende Folgen auf Grund von Osteoporose). Auch die ab 80 Jahren zunehmend auftretenden demenziellen Erkrankungen sind vor allem für die Frauen ein Risiko, da mehr Frauen als Männer dieses Alter erreichen. Für ältere Männer sind am häufigsten Krankheiten des Kreislaufsystems relevant, die ein hohes Sterberisiko besitzen und häufig auch sehr frühzeitig zum Tode führen, noch bevor das Vierte Lebensalter erreicht wird (vgl. Tabelle 1).

Daten zu den pflegebegründenden Diagnosen verdeutlichen diese Unterschiede zwischen Frauen und Männern recht klar: Während die Haupterkrankungen der Frauen auf drei bis vier Diagnosegruppen verteilt sind, dominieren bei den Männern die Kreislauferkrankungen, zumindest bis zum 80. Lebensjahr. Danach spielen auch für Männer die demenziellen Erkrankungen eine größere Rolle (vgl. Tabelle 2). Demenzen, Alterssenilität und andere kognitive Erkrankungen sind in den ICD-Hauptgruppen 5: Psychische und Verhaltensstörungen, 6: Krankheiten des Nervensystems und 18: Symptome und abnorme klinische Befunde klassifiziert.

Tabelle 1

Sterbefälle durch Krankheiten des Kreislaufsystems nach Geschlecht und Altersgruppen, Deutschland 2006

Altersgruppe	Sterbefälle je 100.000 Einwohner	
	Frauen	Männer
65 bis 69 Jahre	243,0	630,1
70 bis 74 Jahre	572,7	1.160,2
75 bis 79 Jahre	1.349,8	2.162,7

Quelle

Statistisches Bundesamt. Todesursachenstatistik

Tabelle 2

Erste pflegebegründende Diagnose bei pflegebedürftigen Erstantragsteller/innen ab dem 65. Lebensjahr im Jahr 2002 (Angaben in %)

Diagnose (-Nr) nach ICD-10 Hauptgruppe	65 - 79 Jahre	80 Jahre und älter
Weibliche Antragstellerinnen auf Pflegestufe nach SGB XI		
(5) Psychische und Verhaltensstörungen	17,8	20,7
(9) Krankheiten des Kreislaufsystems	19,7	18,2
(18) Symptome und abnorme klinische Befunde	7,7	24,7
(13) Krankheiten des Skeletts, der Muskeln und des Bindegewebes	16,3	15,9
(2) Neubildungen	14,5	5,1
(6) Krankheiten des Nervensystems	10,0	5,0
Männliche Antragsteller auf Pflegestufe nach SGB XI		
(9) Krankheiten des Kreislaufsystems	25,3	21,2
(5) Psychische und Verhaltensstörungen	15,3	18,3
(2) Neubildungen	19,6	9,3
(18) Symptome und abnorme klinische Befunde	5,9	23,5
(6) Krankheiten des Nervensystems	12,5	7,6
(13) Krankheiten des Skeletts, der Muskeln und des Bindegewebes	6,6	9,8

Quelle

MDS, 2003, S. 31–35

Vorstellbar ist auch, dass der Familienstand der Älteren Einfluss auf die höheren Pflegeprävalenzen der Frauen haben könnte. Frauen sind deutlich frühzeitiger verwitwet als Männer und können deshalb auf weniger Kompensationsmöglichkeiten im häuslichen Umfeld zurückgreifen, wenn ein Hilfe- und Pflegebedarf entsteht (vgl. Tabelle 3).

Tabelle 3

Anteil der verwitweten Frauen und Männer an der jeweiligen Altersgruppe, Deutschland 2006

	70 - 84 Jahre	85 Jahre und älter
Frauen	46,3 %	75,8 %
Männer	14,7 %	44,3 %

Quelle

Statistisches Bundesamt. Bevölkerungsfortschreibung

Offen bleibt die Frage, ob es ein spezifisch weibliches Inanspruchnahmeverhalten bei der Beantragung einer Pflegestufe gibt. Das könnte damit in Verbindung stehen, dass Frauen häufiger gesundheitsbezogene Dienstleistungen in Anspruch nehmen als Männer (Wurm & Tesch-Römer, 2006). Empirisch belegt ist, dass Frauen häufiger einen Arzt aufsuchen, häufiger mit Medikamenten versorgt werden und auch häufiger als Männer Leistungen zur Früherkennung von Krankheiten in Anspruch nehmen. Neben diesen Unterschieden im Gesundheitsverhalten wird auch auf geschlechtsspezifische subjektive Wahrnehmungen von Gesundheit und Krankheit verwiesen. So berichten Männer über einen besseren Gesundheitszustand und über weniger gesundheitliche Beschwerden als Frauen des gleichen Alters (Merbach, Goldschmidt & Brähler, 2006). Möglicherweise wird dementsprechend auch individueller Pflegebedarf geschlechtsspezifisch reflektiert und die Inanspruchnahme von sozialen Pflegeleistungen geschlechtsspezifisch geprägt.

Welcher Zusammenhang lässt sich zum Merkmal Alter herstellen?

Zwei Tendenzen sind zu konstatieren: Zum Einen eine Zunahme der absoluten Anzahl von Leistungsempfänger/innen seit 1999 um acht Prozent bei der Bevölkerung ab 70 Jahren. Zum Anderen eine Alterung der Gruppe der Pflegebedürftigen. Betrug beispielsweise der Anteil der über 80-Jährigen an allen Pflegebedürftigen im Jahr 1999 etwa 50 Prozent, so stieg dieser bis zum Jahr 2005 um drei Prozent an. Ein grober Indikator für diese Alterung ist auch das Durchschnittsalter (vgl. Tabelle 4). Zwischen 1999 und 2005 ist es bei Frauen um ein reichliches halbes Jahr, bei Männern um reichlich anderthalb Jahre angestiegen. Im Jahr 2005 waren pflegebedürftige Männer mit 68 Jahren im Durchschnitt 11 Jahre jünger als die auf Unterstützung angewiesenen Frauen (79 Jahre).

Pflegebedürftige	Jahr		Zunahme 2005 : 1999 (in Jahren)
	1999	2005	
ambulant Versorgte und Geldleistungsempfänger/innen			
Frauen	75,7	76,0	0,3
Männer	64,2	65,6	1,4
stationär Versorgte			
Frauen	84,3	84,8	0,5
Männer	75,3	76,1	0,8

Tabelle 4
Durchschnittsalter der Pflegebedürftigen (SGB XI), 1999 und 2005

Quelle
SUF – Pflegestatistik

Der Vergleich des Durchschnittsalters bestätigt darüber hinaus, dass die Bewohner stationärer Einrichtungen deutlich älter sind als die zu Hause Gepflegten. Bei den ambulant Versorgten war die knappe Hälfte (46 Prozent) 80-jährig und älter, bei den Heimbewohner/innen hingegen waren es über Zwei Drittel (70 Prozent).

Beide Trends, sowohl der Anstieg der Zahl der Pflegeleistungsempfänger/innen wie auch der Anstieg ihres Durchschnittsalters, sind in erster Linie demografische Effekte der Alterung der Bevölkerung. Die schnellere Alterung pflegebedürftiger Männer ist zu einem großen Teil darauf zurückzuführen, dass vergleichsweise zu früheren Jahrzehnten stärker besetzte männliche Geburtsjahrgänge dieses Alter erreichen.

Insgesamt ist zu konstatieren, dass die Pflegeprävalenz für die Bevölkerung ab dem 70. Lebensjahr seit 1999 relativ stabil ist: Der Anteil der Pflegebedürftigen – im Sinne von Leistungsempfänger/innen der Pflegeversicherung nach SGB XI – an der Bevölkerung dieser Altersgruppe lag 1999 bei 16,0 Prozent, im Jahr 2005 bei 15,4 Prozent. Einige weitere Eckdaten können Tabelle 5 entnommen werden.

Tabelle 5

Pflegeprävalenzen der Bevölkerung ab dem 70. Lebensjahr (SGB XI), 1999 und 2005

	1999	2005	2005 : 1999 Veränderung um ... %
Pflegebedürftige ab 70 J. (Anzahl)	1.493.771	1.613.425	+119.654 Personen
Pflegequote, Frauen	18,6	18,4	-0,2
Pflegequote, Männer	11,1	10,4	-0,7
Pflegequote, Stufe I			
Frauen	8,6	9,3	+0,7
Männer	5,1	5,3	+0,2
Pflegequote, Stufe II			
Frauen	7,2	6,7	-0,5
Männer	4,5	3,9	-0,6
Pflegequote, Stufe III			
Frauen	2,5	2,3	-0,2
Männer	1,4	1,1	-0,3
Pflegequote von ...			
Geldleistungsempfänger/innen			
Frauen	7,4	6,5	-0,9
Männer	5,8	4,9	-0,9
Versorgten ambulanter Dienste			
Frauen	4,3	4,5	+0,2
Männer	2,8	2,7	-0,1
stationär Versorgten			
Frauen	6,8	7,4	+0,6
Männer	2,5	2,8	+0,3

Quelle

SUF – Pflegestatistik

Versorgung nach Pflegebedarfen

In welchem Ausmaß besteht Pflegebedarf?

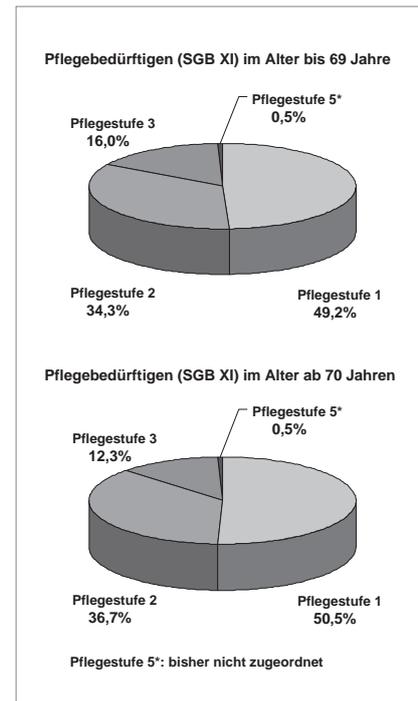
Das Ausmaß von Pflegebedarf kann in gewisser Weise daran gemessen werden, welche Pflegestufe den Betroffenen bei der Begutachtung durch den MDK zuerkannt wird und wie ein Übergang in eine höhere Stufe erfolgt.

Hinsichtlich der Schweregrade von Pflegebedürftigkeit, wie sie sich in der Zuerkennung von Stufe 1 (erhebliche Pflegebedürftigkeit), Stufe 2 (Schwerpflegebedürftigkeit) und Stufe 3 (Schwerstpflegebedürftigkeit) manifestieren, ist eine gewisse Dynamik auszumachen. Seit Einführung der Pflegeversicherung hat die Zahl der Pflegebedürftigen mit Pflegestufe I überdurchschnittlich zugenommen. Ihr Anteil stieg im Zeitraum von 1999 bis 2005 bei Betroffenen ab dem 70. Lebensjahr von 46 auf 51 Prozent. Die Zahl der gleichaltrigen Leistungsbezieher in Pflegestufe II verringerte sich anteilig von 39 auf 37 Prozent, die der Stufe III blieb relativ stabil um 13 Prozent. Diese Verschiebung zugunsten der Pflegestufe I spiegelt sich auch in den Pflegeprävalenzen, allerdings hauptsächlich bei den Frauen (vgl. Tabelle 5).

Im Pflegebericht des Medizinischen Dienstes lässt sich für den Anstieg der Leistungsempfänger der Pflegestufe I folgende Begründung finden: „...[es gibt] jedoch auch Pflegebedürftige der Stufe 1, deren Hilfebedarf im Zeitverlauf lange konstant bleibt. Diese Pflegebedürftigen leiden bspw. an den Folgen eines Schlaganfalls mit vergleichsweise geringen Auswirkungen auf die Handlungskompetenz. Diese Versicherten verbleiben über einen längeren Zeitraum in der Pflegestufe 1, was eine Kumulation im Leistungsempfängerbereich nach sich zieht, „Neue“ Pflegebedürftige der Stufe 1 treffen dann jährlich auf einen wachsenden Bestand, was eine stetige Erhöhung der Leistungsempfänger der Pflegestufe 1 zur Folge hat“ (MDS, 2007, S. 3–4). Auf der anderen Seite muss aber auch berücksichtigt werden, dass seit 1995 die Begutachtungsrichtlinien immer stärker konkretisiert wurden und die Vermutung nahe liegt, dass dies den Erhalt einer höheren Pflegestufe erschwerte (BMGS, 2004, S. 48).

An dieser Stelle wären Daten zu Übergängen in andere Pflegestufen nach Folgebegutachtungen in Verbindung mit medizinischen Diagnosen für tiefergehende Analysen der Pflegebedürftigkeit wünschenswert. Aus der amtlichen Statistik sind diese leider nicht ableitbar, da sie die Informationen nicht als personenbezogene Verlaufsdaten erhebt.

Abbildung 4
Pflegebedürftige (SGB XI) nach Pflegestufen, 2005



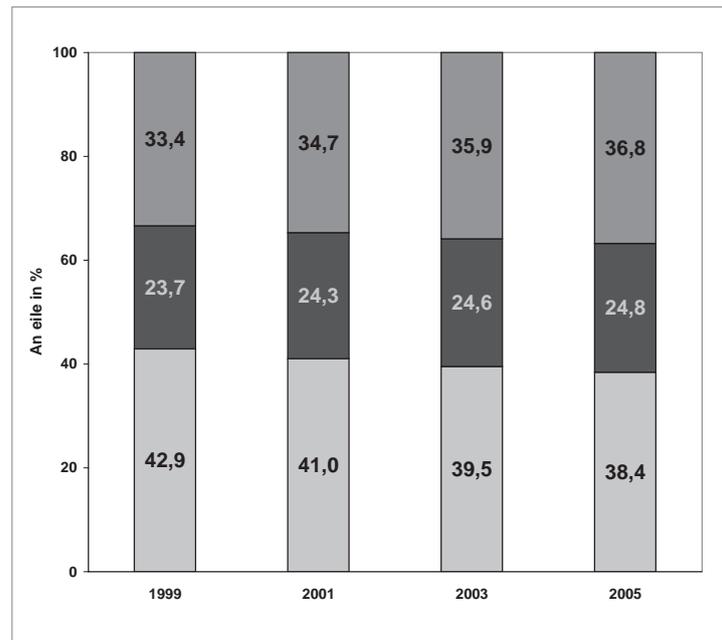
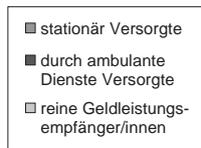
Quelle
SUF – Pflegestatistik

Welche Versorgungsart wird in Anspruch genommen?

Für die Betroffenen und ihre Angehörigen besteht die Möglichkeit zwischen einer häuslichen Betreuung mit oder ohne Hilfe ambulanter Dienste und einer stationären Versorgung zu wählen. Neben dem Pflegebedarf sind hier vor allem die häuslichen Ressourcen sowie regionale Versorgungsstrukturen und Unterstützungsangebote ausschlaggebend. Hinsichtlich der Wahl einer bestimmten Versorgungsart zeigt sich bei Betroffenen ab dem 70. Lebensjahr folgendes Bild:

Von den im Jahr 2005 nach SGB XI anerkannten älteren Pflegebedürftigen bezogen 38 Prozent nur Geldleistungen und werden vermutlich hauptsächlich von Angehörigen oder von anderen Privatpersonen betreut. Weitere 25 Prozent beziehen Hilfe über ambulante Pflegedienste, und 37 Prozent befinden

Abbildung 5
Pflegebedürftige (SGB XI) ab dem 70. Lebensjahr nach Art der Versorgung, 1999 bis 2005



Quelle
SUF – Pflegestatistik

sich in Pflegeheimen. Das heißt, ca. zwei Drittel der Pflegebedürftigen ab 70 Jahren werden zu Hause versorgt. Die Betreuung pflegebedürftiger Menschen in der Familie – gegebenenfalls unterstützt durch einen ambulanten Dienst – ist die dominierende Versorgungsform in Deutschland. Allerdings hat sich seit 1999 der Anteil reiner Geldleistungsempfänger/innen um fast fünf Prozent verringert und der Anteil stationär Versorgter stieg um drei Prozent (vgl. Abbildung 5). Diese Entwicklung korrespondiert mit dem steigenden Durchschnittsalter der Pflegebedürftigen und dem damit verbundenen Anstieg des Pflegebedarfes. Die Pflegeprävalenzen zeigen im

Zeitvergleich vor allem bei den weiblichen Pflegebedürftigen eine Verschiebung von der Versorgung mit reinen Geldleistungen hin zum stationären Leistungsbezug. Mittlerweile ist die weibliche Prävalenz hier fast dreimal so hoch wie die der Männer (vgl. Tabelle 5).

Wird der Schweregrad der Pflegebedürftigkeit mit berücksichtigt, zeigt sich erwartungsgemäß, dass bei Pflegebedürftigen mit häuslich ambulanter Versorgung die Pflegestufe I dominiert (62 Prozent bei Frauen und 56 Prozent bei Männern) und zwar seit 1999 mit steigender Tendenz (vgl. Abbildung 6a). Im stationären Bereich wird am häufigsten nach Pflegestufe II versorgt (45 Prozent jeweils bei Frauen und Männern; vgl. Abbildung 6b). Zudem werden Schwerstpflegebedürftige der Stufe III fast dreimal so häufig im Heim statt in der Häuslichkeit gepflegt. Auffällig ist jedoch die leichte Zunahme pflegebedürftiger Personen in stationären Einrichtungen mit Pflegestufe I. Das könnte ein Hinweis darauf sein, dass nicht allein der Schweregrad der täglichen Einschränkungen den Umzug in ein Pflegeheim veranlasst, sondern dass auch mangelnde Unterstützungs- und Versorgungsmöglichkeiten im persönlich häuslichen Umfeld die Betroffenen zur Aufgabe des selbständigen Lebens im privaten Haushalt bewegen. Möglicherweise spielt auch eine Rolle, dass bei der Begutachtung von Anträgen auf eine Pflegestufe demenzielle Erkrankungen zunehmend berücksichtigt werden. Auch wenn eine Eingruppierung in Pflegestufe I erfolgte, können diese Personen dennoch einen so hohen Betreuungsbedarf benötigen, wie er zu Hause nicht zu leisten ist.

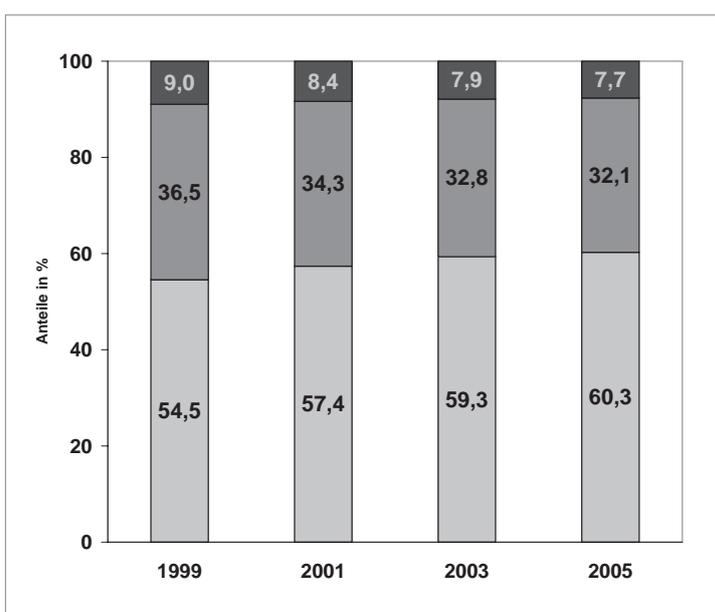


Abbildung 6a

Pflegebedürftige (SGB XI) ab dem 70. Lebensjahr nach Pflegestufen im ambulanten Versorgungsbereich (einschl. Geldleistungsempfänger/innen), 1999 bis 2005

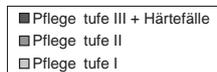
■ Pflege stufe III + Härtefälle
 ■ Pflege stufe II
 ■ Pflege stufe I

Quelle

SUF – Pflegestatistik

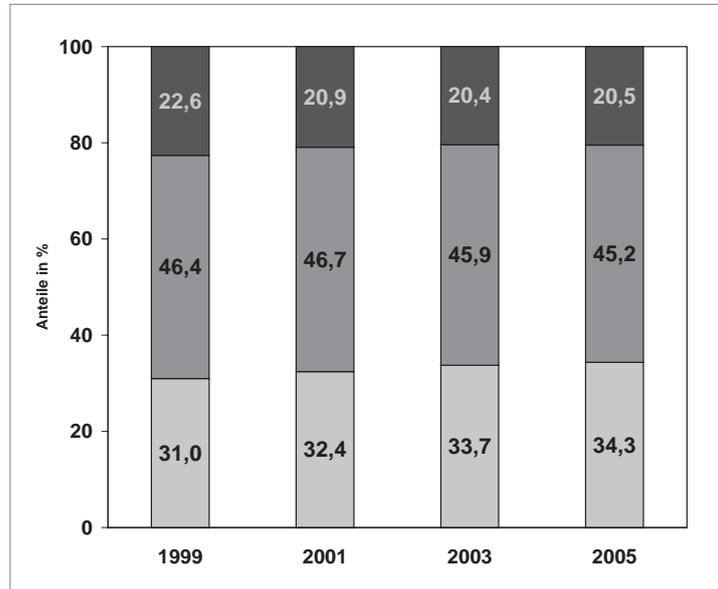
Abbildung 6b

Pflegebedürftige (SGB XI) ab dem 70. Lebensjahr nach Pflegestufen im stationären Versorgungsbereich, 1999 bis 2005



Quelle

SUF – Pflegestatistik

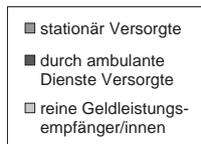


Was bedeutet das vor dem Hintergrund des in der Gesetzlichen Pflegeversicherung geltenden Grundsatzes „ambulant vor stationär“?

Einerseits sind häuslich-private Pflegearrangements in ihrer Gesamtheit die bislang größte und leistungsfähigste „Pflegeinstitution“ in Deutschland. Veränderungen im Zeitverlauf zeigen aber andererseits eine deutliche Verschiebung hin zur stationären Versorgung und zwar in allen drei Pflegestufen (vgl. Abbildung 7).

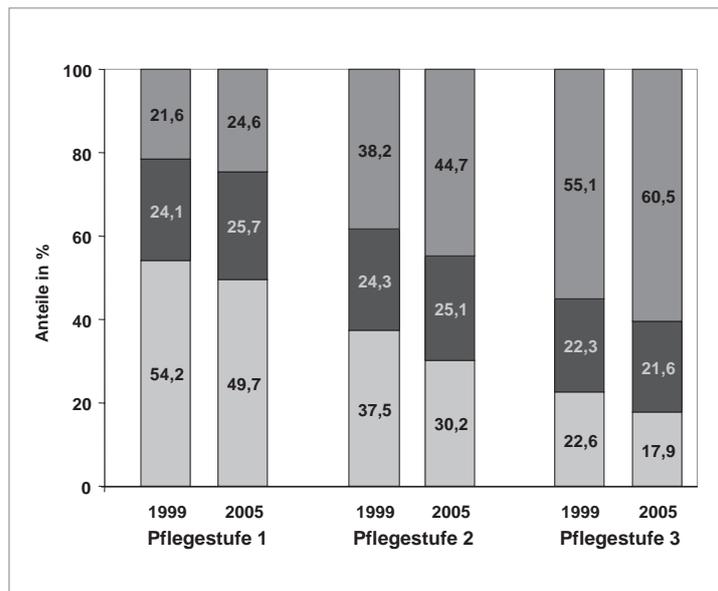
Abbildung 7

Pflegebedürftige (SGB XI) ab dem 70. Lebensjahr nach Pflegestufen und Versorgungsart, 1999 und 2005



Quelle

SUF – Pflegestatistik



Allerdings kann die Umsetzung des Grundsatzes nicht allein anhand dieser Daten geprüft werden. Beachtet werden muss das Altern der pflegebedürftigen Bevölkerungsgruppe und die Dynamik von Pflegebedürftigkeit im Alterungsprozess. Für weitere Analysen wären personenbezogene Verlaufsdaten erforderlich, die die Pflegeverläufe Betroffener, also auch die Übergänge in andere Pflegestufen und Versorgungsformen in Abhängigkeit vom tatsächlich bestehenden Pflegebedarf abbilden. Der MDK schlussfolgert aus den Erfahrungen seiner Begutachtungspraxis, dass ca. drei Viertel aller Antragsteller/innen eine ambulante Versorgung wünschen (vgl. Abbildung 8). Allerdings erfolgt bei 50 Prozent in den Folgejahren auf Grund des zunehmenden Pflegebedarfes eine Höhergruppierung und damit oftmals auch der Übergang zu einer stationären Versorgung (MDS, 2007).

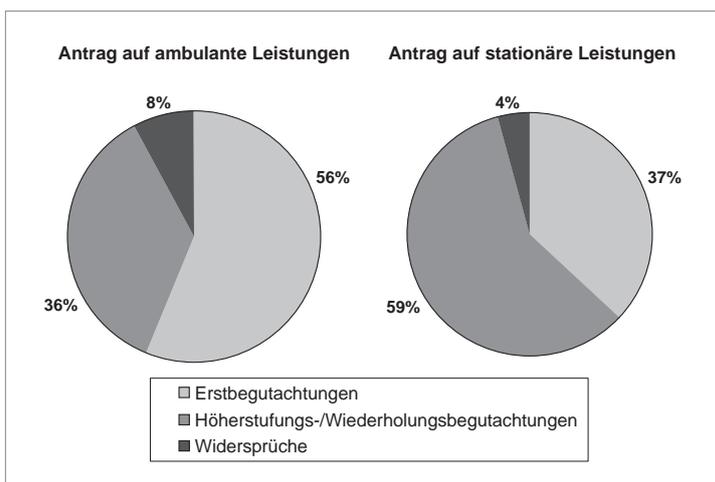


Abbildung 8
MDS-Begutachtungen von Antragstellern auf ambulante und vollstationäre Leistungen der Pflegeversicherung, 2005

Quelle
MDS, 2007

Hier wäre auch zu diskutieren, inwieweit es den Betroffenen und ihren Angehörigen zumutbar bzw. von ihnen leistbar ist, im Rahmen ihrer persönlichen und der für sie verfügbaren gesellschaftlichen Rahmenbedingungen eine Pflege im häuslichen Kontext, unterstützt von ambulanten Diensten, sicherzustellen. Eine den Bedürfnissen und Möglichkeiten der Betroffenen und ihrer Angehörigen entsprechende pflegerische Versorgung sollte der Maßstab von Reformzielen sein.

Beachtenswert ist in diesem Zusammenhang auch eine Entwicklung, die durchaus als Trend zur stärkeren Inanspruchnahme professioneller Dienste zu beschreiben ist. Von 1999 bis 2005 ist ein deutlicher Rückgang der Inanspruchnahme reiner Geldleistungen zu konstatieren (vgl. Abbildungen 5 und 7). Am größten ist er mit sieben Prozent in Pflegestufe II. In Pflegestufe II und III erfolgt diese Verschiebung überwiegend in den Bereich der stationären Versorgung, während Betroffene mit Pflegestufe I auch stärker ambulante Dienste nutzen.

Exkurs – Versorgungsstrukturen

Grundsatz der Pflegeversicherung

„ambulant vor stationär“

„Die Pflegeversicherung soll mit ihren Leistungen vorrangig die häusliche Pflege und die Pflegebereitschaft der Angehörigen und Nachbarn unterstützen, damit die Pflegebedürftigen möglichst lange in ihrer häuslichen Umgebung bleiben können. Leistungen der teilstationären Pflege und der Kurzzeitpflege gehen den Leistungen der vollstationären Pflege vor.“

(SGB XI § 3)

Für den Diskurs zum Grundsatzes „ambulant vor stationär“ sollen an dieser Stelle kurz einige Anmerkungen zur Entwicklung der Angebotsstrukturen ambulanter Pflegedienste und stationärer Einrichtungen eingeschoben werden (StBA, 2007).

Durch das Pflegeversicherungsgesetz wurde erstmalig der Begriff „ambulante Pflegeeinrichtung“ gesetzlich definiert. Sie werden laut § 71 Abs. 1 SGB XI als „selbstständig wirtschaftende Einrichtungen, die unter ständiger Verantwortung einer ausgebildeten Pflegefachkraft, Pflegebedürftige in ihrer Wohnung pflegen und hauswirtschaftlich versorgen“ beschrieben. Üblicherweise gehört zusätzlich die medizinische Behandlungspflege gemäß § 37 SGB V zum Leistungsspektrum dieser Einrichtungen.

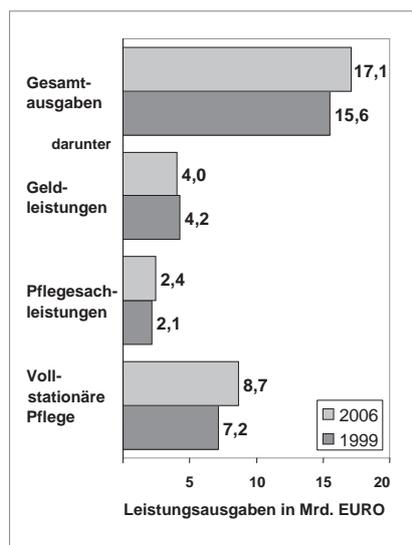
Die Erhöhung der Finanzmittel für Pflegeleistungen und die relativ einfach zu erfüllenden gesetzlichen Mindestanforderungen führten im ambulanten Sektor kurz vor und nach Einführung der Pflegeversicherung zu einer massiven Ausweitung der Pflegeangebote. Vor Einführung der Pflegeversicherung wurde die Anzahl der ambulanten Pflegedienste auf rund 5.000 Einrichtungen beziffert (Rothgang, 1997, S. 73). Zum ersten Erhebungszeitpunkt der Pflegestatistik im Jahr 1999 waren es bereits 10.820 ambulante Pflegeeinrichtungen, die bis zum Jahr 2005 auf 10.977 Dienste anstieg.

Die Angebotsstrukturen im Bereich der ambulanten Dienste sind durch eine große Präsenz (kleinerer) privater Pflegedienstleister gekennzeichnet, die durchschnittlich 32 Pflegebedürftige betreuen. Ihr Anteil an der Gesamtzahl der aktuell knapp 11.000 Pflegedienste (2005) liegt bei etwa 58 Prozent. Personell sind sie kleiner ausgestattet als Dienste anderer Trägerschaften, und sie bieten in der Regel auch nur ein begrenztes Leistungsspektrum. Freigemeinnützige Träger (wie z.B. die Wohlfahrtsverbände) haben einen Anteil von knapp 41 Prozent und versorgen im Durchschnitt 58 pflegebedürftige Personen. Den kleinsten Leistungssektor machen öffentliche Einrichtungen mit knapp zwei Prozent aus.

Im stationären Bereich sieht die Verteilung anders aus. Bundesweit gab es im Jahr 2005 etwa 10.400 nach SGB XI zugelassene voll- bzw. teilstationäre Pflegeheime. Davon sind 55 Prozent in freigemeinnütziger Trägerschaft, die im Mittel etwa 71 Pflegebedürftige betreuen. 38 Prozent der stationären Versorgung leisten private Anbieter mit durchschnittlich 53 zu pflegenden Personen. Sieben Prozent der stationären Versorgung wird von öffentlichen Einrichtungen mit einer Betreuungsquote von durchschnittlich 80 Personen erbracht.

Abbildung 9

Ausgabenstruktur der Sozialen Pflegeversicherung, 1999 und 2006



Quelle

BMG, 2007

Wird die Bedeutung von ambulanter und stationärer Versorgung anhand der Zahl von Einrichtungen bzw. Diensten gemessen, so ist für den Zeitraum 1999 bis 2005 im stationären Bereich ein Zuwachs von 18 Prozent zu konstatieren, für die ambulanten Dienste zwei Prozent, wobei diese bis 1999 ihren stärksten Entwicklungsschub hatten. Hinsichtlich der durchschnittlich zu versorgenden Personen sieht die Entwicklung jedoch anders aus: Ein ambulanter Pflegedienst betreute 2005 im Schnitt 43 Personen (1999 waren es 38 Personen), in Pflegeheimen blieb die Zahl mit 65 Personen konstant.

Wer erhält „Hilfe zur Pflege“?

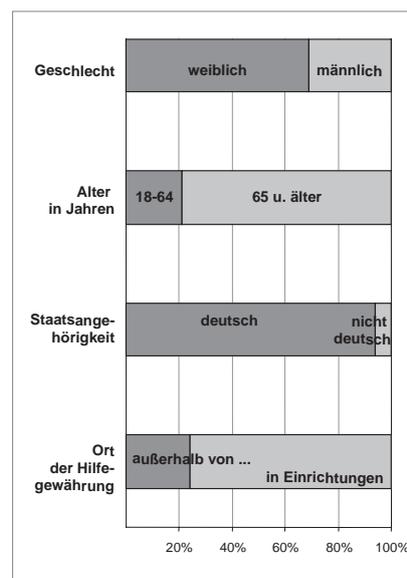
„Hilfe zur Pflege“ ist eine Leistung der Sozialhilfe – seit dem Jahr 2005 nach dem 7. Kapitel des SGB XII. Bis 2004 wurde sie als „Hilfe in besonderen Lebenslagen“ nach dem Bundessozialhilfegesetz, BSHG gewährt (vgl. Abbildung 10).

Sie wird Personen zugestanden, die in Folge von Krankheit oder Behinderung bei der täglichen Lebensbewältigung auf fremde Hilfe angewiesen sind und erforderliche Pflegeleistungen nicht selbst finanzieren können. Bis zum Inkrafttreten des PflegeVG seit April 1995 für häusliche Pflege und seit Juli 1996 für stationäre Pflege war die „Hilfe zur Pflege“ das wichtigste Instrument zur sozialen Absicherung bei Pflegebedürftigkeit (Paslack, 2005). Mit der Gewährung sozialer Pflegeleistungen ist es gelungen, einen großen Teil pflegebedürftiger Personen aus der Sozialhilfeabhängigkeit herauszuholen, insbesondere im Bereich außerhalb von Einrichtungen. Insgesamt ist die Zahl der Empfänger/innen von „Hilfe zur Pflege“ bis zum Jahr 2004 um 46 Prozent gesunken (vgl. Tabelle 6). Die Daten ab dem Jahr 2005 sind auf Grund der gesetzlichen Veränderungen im Sozialhilferecht ab 01. Januar 2005 nur begrenzt mit den Vorjahreszahlen vergleichbar (Haustein, 2007). Zu prüfen ist, inwiefern das einen Einfluss auf die Zunahme der Empfängerzahlen seit 2004 hat.

Dennoch muss erwähnt werden, dass die Pflegeversicherung als Grundsicherung angelegt ist, die neben den Sozialleistungen auch eigene finanzielle Leistungen der Versicherten einschließt. Können diese aus eigener Kraft nicht aufgebracht werden, besteht für Betroffene die Möglichkeit, Leistungen der Sozialhilfe nach Kapitel 7, SGB XII in Anspruch zu nehmen. Gewährt werden Zuschüsse zum Pflegegeld bei Pflegestufen I bis III, Aufwendungen der Pflegeperson oder für besondere Pflegekräfte, angemessene Beihilfen, Hilfsmittel sowie Kosten für eine stationäre Pflege. Leider sind die Daten der Sozialhilfestatistik bisher nicht mit den Merkmalen der Pflegestatistik verknüpft, so dass der Anteil von Leistungsempfänger/innen der Pflegeversicherung hier nicht quantifiziert werden kann.

Abbildung 10

Empfänger/innen von „Hilfe zur Pflege“ nach dem 7. Kapitel des SGB XII – Sozialhilfe, 2006



Quelle

Haustein, 2007, S. 1254

Tabelle 6

Empfänger/innen von Leistungen der Sozialen Pflegeversicherung und der „Hilfe zur Pflege“ nach dem BSHG bzw. SGB XII Kap. 7, 1995 bis 2006

Quelle

Haustein & Dorn, 2006; Haustein, 2007; BMG, 2007

Jahr	Empfänger/innen von Leistungen der Sozialen Pflegeversicherung			Empfänger/innen von Leistungen der "Hilfe zur Pflege" nach dem BSHG bzw. SGB XI, Kap. 7		
	insgesamt	ambulant u. teilstationär	vollstationär	insgesamt	ambulant u. teilstationär	vollstationär
Angaben in 1.000						
1994	—	—	—	454	192	265
1995	1.061	1.061	—	373	88	286
1996	1.547	1.162	385	285	68	217
2000	1.822	1.261	561	261	60	202
2004	1.926	1.297	629	246	56	190
2006	1.969	1.310	659	269	59	211
				Veränderung von 1994 bis 2004		
				-45,8%	-70,8%	-28,3%

Im Jahr 2006 erhielt etwa ein Drittel der Empfänger/innen von Sozialhilfe nach dem 5. bis 9. Kapitel, die bis Ende 2004 im Sozialhilferecht unter dem Begriff „Hilfe in besonderen Lebenslagen“ bekannt war, eine „Hilfe zur Pflege“ nach dem Kapitel 7. Mit einem Anteil von 69 Prozent überwogen die Frauen unter den Beziehern dieser Leistung. Nahezu 80 Prozent waren 65 Jahre und älter. Der Altersdurchschnitt betrug für die Männer 66 Jahre, für die Frauen 80 Jahre (StBA, 2007b). 76 Prozent der Bezieher/innen dieser speziellen Sozialhilfe befanden sich in stationären Einrichtungen.

Für die vollstationäre Dauerpflege zahlt die Pflegeversicherung monatlich zur Zeit einen Betrag zwischen 1.023 Euro und 1.432 Euro (vgl. Tabelle 7). Nach Berechnungen des Statistischen Bundesamtes waren im Jahr 2005 folgende monatlichen Durchschnittsbeträge für vollstationäre Pflege und Unterbringung an die Heime zu entrichten:

Pflegestufe I	1.854 Euro
Pflegestufe II	2.280 Euro
Pflegestufe III	2.706 Euro.

Den Differenzbetrag zwischen den Leistungen der Pflegekasse und den Heimkosten müssen die Pflegebedürftigen aus eigenen finanziellen Mitteln aufbringen bzw. im Bedarfsfall auf die Sozialhilfe zurückgreifen (StBA, 2007).

	vollstationäre Pflege	Pflegesachleistungen	Geldleistungen
Pflegestufen			
erhebliche Pflegebedürftigkeit (Stufe I)	1.023 Euro	384 Euro	205 Euro
schwere Pflegebedürftigkeit (Stufe II)	1.279 Euro	921 Euro	410 Euro
schwerste Pflegebedürftigkeit (Stufe III ohne Härtefall)	1.432 Euro	1.432 Euro	665 Euro

Tabelle 7

Leistungsansprüche in der Pflegeversicherung nach Pflegestufen und Versorgungsart, 2005

Quelle

SGB XI § 43 Abs. 2; § 36 Abs. 3; § 37 Abs. 1

Daraus wird ersichtlich, dass Pflegebedürftige die „Hilfe zur Pflege“ insbesondere zur Finanzierung des Eigenanteiles der hohen Heimkosten benötigen. Diese Tatsache spiegelt sich auch in den Ausgabestrukturen. Von den im Jahr 2006 geleisteten Nettoausgaben für „Hilfe zur Pflege“ in Höhe von 2,5 Milliarden Euro (vgl. Abbildung 11) flossen 76 Prozent an Betroffene in Einrichtungen, 24 Prozent an Bedürftige außerhalb von Einrichtungen (Haustein, 2007; Haustein & Dorn, 2006).

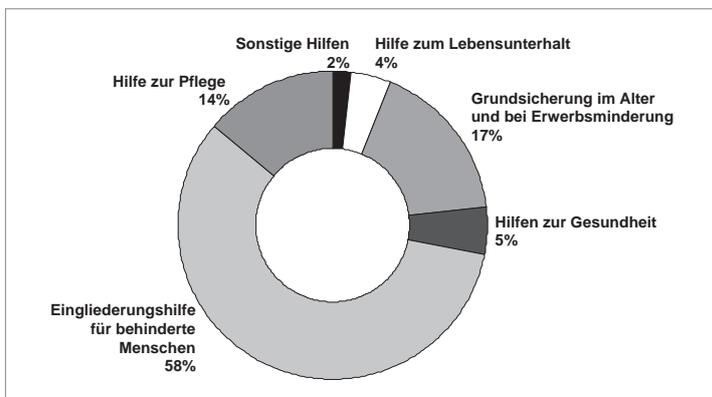


Abbildung 11

Nettoausgaben der Sozialhilfe, 2006

Quelle

Haustein, 2007, S. 1257

Aussicht – Reform der Pflegeversicherung

Nach der anhand statistischer Kennzahlen umfangreichen Darstellung der Situation pflegebedürftigen Menschen in Deutschland soll sich im Folgenden der Blick kurz auf die politische Handlungsebene richten.

Aktuell steht die parlamentarische Beratung des Reformpaketes zur Pflegeversicherung im Bundestag an. Bereits im Oktober 2007 wurde der Entwurf eines „Gesetzes zur strukturellen Weiterentwicklung der Pflegeversicherung“ (Pflege-Weiterentwicklungsgesetz) vom Bundeskabinett beschlossen. Der Gesetzesentwurf sieht vor, den Bereich der ambulanten Versorgung langfristig zu stärken. Bis zum Jahr 2012 sollen insbesondere die Sachleistungsbezüge in der häuslichen Pflege angehoben werden. Ferner ist geplant, bei Menschen mit erheblich eingeschränkten Alltagskompetenzen – einschließlich jener Personen ohne Pflegestufe – einen Betreuungsbetrag von bis zu 200 Euro im Monat auszuführen. Darüber hinaus sollen berufstätige Angehörige zukünftig einen Rechtsanspruch auf bis zu sechs Monate unbezahlten, jedoch mit Rückkehrrecht auf den Arbeitsplatz versehenen Pflegeurlaub erhalten. Zudem besteht die Möglichkeit, bei kurzfristig eintretender Notwendigkeit, die Pflege eines Angehörigen organisieren zu müssen, eine zehntägige Pflegezeit in Anspruch zu nehmen. Größerer Diskussionsbedarf besteht um die Ausgestaltung der sogenannten Pflegestützpunkte. Hinter diesen wohnortnahen Anlaufstellen verbirgt sich die Absicht, dass Kommunen, Sozialhilfeträger, Kranken- und Pflegekassen die individuelle Beratung für Pflegebedürftige und ihre Angehörigen bündeln, vorhandene Angebote vernetzen und das gesamte Leistungsgeschehen koordinieren.

Um die Einnahmen der Pflegeversicherung zu stabilisieren und schließlich auch die angeführten Reformvorschläge zu finanzieren, sieht der Gesetzesentwurf eine Anhebung des Beitragssatzes um 0,25 Prozentpunkte auf dann 1,95 Prozent, beziehungsweise 2,2 Prozent für Versicherte ohne Kinder vor. Es bleibt jedoch weiterhin ungeklärt, wie die auf dem Umlageverfahren beruhende Soziale Pflegeversicherung auf eine im Durchschnitt alternde Gesellschaft reagieren und langfristig finanziell abgesichert werden kann.

Weitere Reformbestrebungen zielen auf eine Überarbeitung und Erweiterung des sozialrechtlichen Pflegebedürftigkeitsbegriffes ab. Auf dieses Erfordernis verständigte sich die Regierungskoalition bereits im Jahr 2005 (Bundesregierung, 2005, S. 92). Der bisherigen Definition wird u.a. bescheinigt, dass sie sich zu stark an somatischen Krankheitsbildern orientiert und kaum kognitive Beeinträchtigungen, wie etwa bei der Demenz, berücksichtigt. Das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) berief einen Beirat ein, der gegenwärtig Empfehlungen zur Neufassung erarbeitet. Bei der Frage nach der Neugestaltung

des sozialrechtlichen Begriffes wird unter anderem geprüft, welche Lebensbereiche künftig in den Risikoschutz der Pflegeversicherung einbezogen werden sollen. So wird in der politischen Auseinandersetzung z.B. diskutiert, inwieweit die bisherige Ausgrenzung des Bedarfs der Betroffenen an allgemeiner Beaufsichtigung und Betreuung, sozialer Teilhabe und Kommunikation aufgehoben wird.

Ein weiteres politisches Ziel besteht darin, ein modifiziertes Begutachtungsinstrument zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit zu entwickeln. Mit dieser Aufgabe ist momentan das Bielefelder Institut für Pflegewissenschaften (IPW) betraut (Büscher & Wingefeld, 2007). Die Erprobungsphase für das neue Instrument ist noch im Jahr 2008 unter der Leitung des Institutes für Public Health und Pflegeforschung (IPP) an der Universität Bremen und des MDS geplant. Der ehrgeizige Zeitplan des BMG, bis zum November diesen Jahres einen neuen sozialrechtlichen Pflegebedürftigkeitsbegriff zu definieren, parallel ein neues Begutachtungsinstrument zu erproben und bereits Mitte 2008 vorab den Leistungskatalog der Sozialen Pflegeversicherung zu erweitern, kann als besondere Herausforderung interpretiert werden.

Wer sich ausführlicher mit der Thematik auseinandersetzen möchte, kann den **Referentenentwurf** des Pflegeweiterentwicklungsgesetzes auf den Seiten des Bundesministeriums für Gesundheit einsehen.

Auch die **Stellungnahmen** seitens der Verbände, Organisationen und Einzelsachverständigen zum Reformgesetz werden derzeit als Drucksache des Bundestages veröffentlicht.

Es bleibt zu hoffen, dass die Gesamtheit der Reformbestrebungen zur Herstellung und Sicherung von Pflegequalität beiträgt und sich letztendlich positiv auf die Lebensqualität pflegebedürftiger Menschen sowohl in der Häuslichkeit als auch in stationären Einrichtungen auswirkt.

Literatur und Datenquellen

- BMFSFJ. (2001). Alter und Gesellschaft. Dritter Bericht zur Lage der älteren Generation in Deutschland. Berlin: Bundesministerium für Familie Senioren Frauen und Jugend.
- BMG. (2007). Soziale Pflegeversicherung. Erledigung der Anträge auf Feststellung der Pflegebedürftigkeit. Bundesministerium für Gesundheit. [Statistiken Pflege](#). Abfrage: 14.01.2008.
- BMGS. (2004). Dritter Bericht über die Entwicklung der Pflegeversicherung. Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung. [Publikationen Pflege](#). Abfrage: 14.01.2008.
- Bundesregierung. (2005). Gemeinsam für Deutschland – mit Mut und Menschlichkeit: [Koalitionsvertrag](#) zwischen CDU, CSU und SPD. Abfrage: 14.01.2008.
- Büscher, A. & Wingenfeld, K. (2007). Tabula rasa. Forum Sozialstation, Nr. 146, 22–25.
- Hasseler, M., Mittnacht, B. & Görres, S. (2007). Ein Begriff wird saniert: Pflegebedürftigkeit – was ist das? Eine Bestandsaufnahme und Forderungen für eine Reform des Begriffs aus pflegewissenschaftlicher Sicht. Forum Sozialstation, Nr. 145, 20–25.
- Haustein, T. (2007). Ergebnisse der Sozialhilfestatistik 2006. Wirtschaft und Statistik, 12, 1245–1260.
- Haustein, T. & Dorn, M. (2006). Ergebnisse der Sozialhilfe- und Asylbewerberleistungsstatistik 2004. Wirtschaft und Statistik, 4, 377–394.
- Kuhlmey, A., Mollenkopf, H. & Wahl, H.-W. (2007). Gesund altern – ein lebenslauforientierter Ansatz. In H.-W. Wahl & H. Mollenkopf (Hrsg.), *Altersforschung am Beginn des 21. Jahrhunderts*, 265–274. Berlin: AKA Verlag.
- Maier, H. & Scholz, R. (2007). 105-Jährige auf dem Vormarsch. [Informationsseite](#). Abfrage: 14.01.2008.
- MDS. (2003). Pflegebericht des Medizinischen Dienstes. Berichtszeitraum 2001/2002. Essen: Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen e.V.
- MDS. (2007). Pflegebericht des Medizinischen Dienstes 2005. Essen: Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen e.V.
- Menning, S. (2006). Gesundheitszustand und gesundheitsrelevantes Verhalten Älterer. GeroStat Report Altersdaten 02/2006. Berlin: DZA.
- Merbach, M., Goldschmidt, S. & Brähler, E. (2006). Daten zur Männergesundheit als Beitrag zur genderbezogenen Gesundheitsberichterstattung. In J. Kuhn & R. Busch (Hrsg.), *Gesundheit zwischen Statistik und Politik. Beiträge zur politischen Relevanz der Gesundheitsberichterstattung*, 205–223. Frankfurt a.M.: Mabuse-Verlag.
- Naumann Murtagh, K. & Hubert, H. B. (2004). Gender Differences in Physical Disability Among an Elderly Cohort. *American Journal of Public Health* 94(8), 1406–1411.
- Paslack, K. A. (2005). 10 Jahre Pflegeversicherung und ambulante pflegerische Versorgung: Entwicklungen und Perspektiven Hochschule für Angewandte Wissenschaften, Hamburg.
- PflegeVG. (26. Mai 1994). Gesetz zur sozialen Absicherung des Risikos der Pflegebedürftigkeit – Pflegeversicherungsgesetz (Vol. BGBl. I S. 1014ff.).
- RKI & StBA. (2004). Schwerpunktbericht der Gesundheitsberichterstattung des Bundes: Pflege. Berlin: Robert Koch-Institut & Statistisches Bundesamt.

- RKI & StBA. (2005). Gesundheit von Frauen und Männern im mittleren Lebensalter. Berlin: Robert Koch-Institut & Statistisches Bundesamt.
- Rothgang, H. (1997). Ziele und Wirkungen der Pflegeversicherung. Eine ökonomische Analyse. Schriften des Zentrums für Sozialpolitik (Bd. 7). Frankfurt, New York: Campus Verlag.
- Schneekloth, U. (2006). Hilfe- und Pflegebedürftige in Alteneinrichtungen 2005. Schnellbericht zur Repräsentativerhebung im Forschungsprojekt „Möglichkeiten und Grenzen selbständiger Lebensführung in Einrichtungen“ (MuG IV), im Auftrag des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. München.
- Schneekloth, U. & Wahl, H. W. (Hrsg.). (2006). Selbständigkeit und Hilfebedarf bei älteren Menschen in Privathaushalten Stuttgart: Verlag W. Kohlhammer.
- Schneekloth, U. & Wahl, H. W. (Hrsg.). (2005). Möglichkeiten und Grenzen selbständiger Lebensführung in privaten Haushalten (MuG III). Repräsentativbefunde und Vertiefungsstudien zu häuslichen Pflegearrangements, Demenz und professionellen Versorgungsangeboten. Integrierter Abschlussbericht im Auftrag des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. München.
- StBA. (2007). Pflegestatistik 2005: Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. Deutschlandergebnisse. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt.
- StBA. (2007b). Sozialhilfe 2006: 1,1 Mill. Menschen erhielten besondere Leistungen, Pressemitteilung Nr. 462 vom 16.11.2007: Statistisches Bundesamt.
- SUF – Pflegestatistik. (1999, 2001, 2003, 2005) Forschungsdatenzentrum der Statistischen Ämter des Bundes und der Länder. Eigene Berechnungen.
- Verbrugge, L. (1982). Sex differentials in health. Public Health Report, 97(5), 417–437.
- Wurm, S. & Tesch-Römer, C. (2006). Gesundheit, Hilfebedarf und Versorgung. In C. Tesch-Römer, H. Engstler & S. Wurm (Hrsg.), Altwerden in Deutschland. Sozialer Wandel und individuelle Entwicklung in der zweiten Lebenshälfte, 329–383. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Ihre Meinungen nehmen wir gern über unser [Kontaktformular](#) entgegen. Gern tragen wir Sie auch in eine Mailingliste ein, mit der wir über das Erscheinen neuer Reports sowie über neue Daten im Statistischen Informationssystem informieren. Der Report ist eine Online-Publikation und steht unter der Rubrik „Statistische Reports“ bei www.gerostat.de zum kostenfreien Download bereit.

Statistisches Informationssystem GeroStat

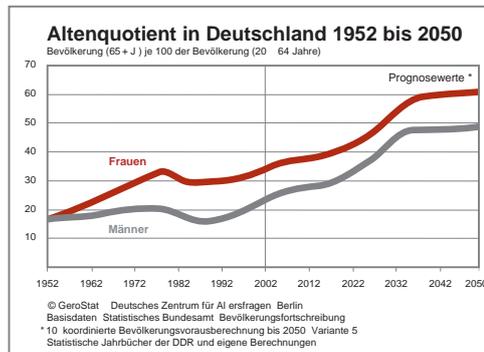
Daten zu demographischen und
sozialen Fragen des Alter(n)s
www.gerostat.de

einfach, schnell, aktuell und kostenfrei

mit statistischen Fakten wie

- demographische Altersmaße · Übergang in den Ruhestand · Bevölkerungsprognosen
- Pflegebedürftigkeit · Lebenserwartung
- Einkommen im Alter · Haushaltsstrukturen
- Gesundheitszustand · soziale Sicherung u. a.

Reports mit Grafiken



Deutsches Zentrum für Altersfragen
Manfred-von-Richthofen-Str. 2
12101 Berlin
www.dza.de

Kontakt Elke Hoffmann · Sonja Menning
Telefon +49(0)30.260 740 -71 / -63
Email gerostat.dza@dza.de
www.gerostat.de

Impressum

Elke Hoffmann, Juliane Nachtmann (2007).
Alter und Pflege. GeroStat Report
Altersdaten 03/2007. Deutsches Zentrum
für Altersfragen: Berlin.

Download der PDF-Broschüre

Erschienen im Januar 2008

Das Projekt GeroStat wird gefördert durch
das Bundesministerium für Familie,
Senioren, Frauen und Jugend.

Gestaltung

Stefanie Roth · www.vonerot.de