

Pflegemix der Zukunft

Spannungsfeld zwischen pflegerischer
Notwendigkeit und tatsächlicher Versorgung

Auftraggeber
Bertelsmann Stiftung

Ansprechpartner
Dr. Tobias Hackmann

Basel, 08.05.2014

Das Unternehmen im Überblick**Geschäftsführer**

Christian Böllhoff

Präsident des Verwaltungsrates

Gunter Blickle

Handelsregisternummer

Basel-Stadt Hauptregister CH-270.3.003.262-6

Rechtsform

Aktiengesellschaft nach schweizerischem Recht

Gründungsjahr

1959

Tätigkeit

Die Prognos AG berät europaweit Entscheidungsträger aus Politik, Wirtschaft und Gesellschaft. Auf Basis neutraler Analysen und fundierter Prognosen werden praxisnahe Entscheidungsgrundlagen und Zukunftsstrategien für Unternehmen, öffentliche Auftraggeber und internationale Organisationen entwickelt.

Arbeitsprachen

Deutsch, Englisch, Französisch

Hauptsitz

Prognos AG

Henric Petri-Str. 9

CH-4010 Basel

Telefon +41 61 3273-310

Telefax +41 61 3273-300

info@prognos.com

Weitere Standorte

Prognos AG

Goethestr. 85

D-10623 Berlin

Telefon +49 30 52 00 59-210

Telefax +49 30 52 00 59-201

Prognos AG

Science 14 Atrium; Rue de la Science 14b

B-1040 Brüssel

Telefon +32 2808-7209

Telefax +32 2808-8464

Prognos AG

Nymphenburger Str. 14

D-80335 München

Telefon +49 89 954 1586-710

Telefax +49 89 954 1586-719

Prognos AG

Domshof 21

D-28195 Bremen

Telefon +49 421 51 70 46-510

Telefax +49 421 51 70 46-528

Prognos AG

Schwanenmarkt 21

D-40213 Düsseldorf

Telefon +49 211 91316-110

Telefax +49 211 91316-141

Prognos AG

Friedrichstr. 15

D-70174 Stuttgart

Telefon +49 711 3209-610

Telefax +49 711 3209-609

Internet

www.prognos.com

Inhalt

1	Einleitung	1
2	Pflegemix der Zukunft	3
2.1	Ausgangspunkt	3
2.1.1	Begutachtungspraxis durch den MDK	3
2.1.2	Gründe für den Heimeintritt	5
2.2	Pflegebegründende Diagnosen	5
2.3	Neues Begutachtungsinstrument	7
2.4	Ergebnis	12
3	Fazit	14
	Anhang: Fachgespräche mit Experten	16

1 Einleitung

Gegenwärtig wird in Deutschland ein Drittel aller pflegebedürftigen Personen in stationären Einrichtungen versorgt – Tendenz steigend. Während sich die Zahl der Pflegebedürftigen bis zum Jahr 2050 nahezu verdoppeln wird, geht die informelle Pflege durch Angehörige zurück. Der Grund für den Rückgang der Angehörigenpflege liegt in der sozio-demografischen Entwicklung. Die Zahl der potenziell pflegenden Angehörigen nimmt durch sinkende Geburtenraten und die Veränderung der familiären Strukturen ab. Die steigende Erwerbsbeteiligung von Frauen führt ebenfalls zu einer Reduktion des informellen Pflegepotenzials. Das Resultat dieser Entwicklungen ist ein Anstieg der Heimquote.¹

Die aktuell geführten Debatten auf dem ersten Deutschen Pflegetag zeigen diesbezüglich folgenden Konsens auf:

- Der Grundsatz „ambulant vor stationär“ gilt sowohl aus Sicht der Bürger als auch der Politik.
- Vor dem Hintergrund knapper personeller und finanzieller Ressourcen gilt es, diese so sparsam und effizient wie möglich einzusetzen.
- An der Schnittstelle zwischen professioneller und informeller Versorgung sind insbesondere innovative Pflegekonzepte (wie z.B. neue Wohn- und Betreuungsformen, Quartierskonzepte, Genossenschaftsmodelle etc.) zu fördern.

Die vorangegangenen Ausführungen machen deutlich, dass zwischen dem zu erwartenden (sozio-)demografischen Trend auf der einen Seite und den Präferenzen der Bürger und des Staates auf der anderen Seite ein hohes Maß an Diskrepanz bzgl. des zukünftigen Versorgungsmix in der Pflege besteht. Während die (sozio-)demografische Entwicklung auf eine Ausweitung der professionellen und hierbei insbesondere der stationären Pflege hindeutet, erfordern die Vorlieben von Bürger und Staat sowie der Tatbestand knapper pflegerischer und finanzieller Ressourcen eine Ausweitung der häuslichen Pflege.

Vor dem Hintergrund dieses Spannungsfeldes zeigt der vorliegende Beitrag einen alternativen Ansatz für den Pflegemix der Zukunft auf. So wird gezeigt, welcher Versorgungsmix in der Pflege erreicht werden könnte, wenn allein der Pflegebedarf/ Gesundheitszustand über die Wahl des Versorgungssettings entscheidet und nicht mehr der Zugang zu informellen, niedrighwelligen und ambulanten Pflegestrukturen in der häuslichen Umgebung. Eine

¹ Vgl. Hackmann und Moog (2010).

Ausweitung der niedrigschwelligen und ambulanten Versorgung im künftigen Pflegemix setzt zugleich eine flächendeckende Verbesserung der Angebotslandschaft voraus. An dieser Stelle verweist der Beitrag auf die Konzeption des Regionalen Pflegebudgets. Das Budget liefert die notwendigen Anreize für innovative ambulante Pflegekonzepte in der Region und setzt somit stärker an den Bedürfnissen der Bürger sowie deren gesundheitlicher Lage an.

Nachfolgend werden sowohl die pflegebegründenden Diagnosen in den verschiedenen Pflegesettings (häusliche vs. stationäre Pflege) sowie die Ergebnisse des neuen Begutachtungsinstrumentes analysiert. Entsprechend dieser Überlegungen wird ermittelt, welche finanziellen und personellen Einsparungen sich nach Realisation des neuen Versorgungsmixes in Zukunft ergeben könnten.

Im Zuge der Ausarbeitung des nachfolgenden Konzepts wurden mit ausgewählten Experten Fachgespräche geführt (siehe Anhang). Das Ziel der Fachgespräche bestand darin, das nachfolgende Konzept einem ersten Qualitätscheck durch Vertreter der Bereiche Pflegepraxis (ambulant und stationär), Pflegewissenschaft, Pflegepolitik und der Pflegebegutachtung/ Pflegequalität zu unterziehen. Auf Grundlage der Fachgespräche konnte das Konzept konkretisiert und weiterentwickelt werden. Die Anregungen der Experten sind nachfolgend entsprechend als Expertenmeinung kenntlich gemacht.²

² Aus den Fachgesprächen mit den Experten ließ sich kein allgemeiner Konsens zu dem vorgestellten Konzept ableiten. Die Mehrzahl der befragten Experten ist mit der Vorgehensweise sowie den Ergebnissen des Beitrags durchaus einverstanden und hat vielmehr Erweiterungen bzw. Hervorhebungen einzelner Aspekte angeregt. Von wissenschaftlicher Seite bestehen allerdings gewisse Vorbehalte gegenüber der Vorgehensweise und den Ergebnissen. So wird unter anderem auf den von Hackmann und Moog (2010) beschriebenen „Heimsoffeekt“ verwiesen, der entgegen dem hier dargestellten Szenario von einer Zunahme der stationären Heimpflege ausgeht. Die Gründe für den Rückgang der Pflege durch Angehörige lassen sich durch die sozio-demografischen Veränderungen (Rückgang der Angehörigen, Veränderung der familiären Strukturen sowie steigende Erwerbsbeteiligung der Frauen) beschreiben.

2 Pflegemix der Zukunft

2.1 Ausgangspunkt

Im nachfolgenden Abschnitt wird das Konzept für den Pflegemix der Zukunft beschrieben. Das Konzept fußt auf der Überlegung, inwieweit sich der Anteil an rein professioneller bzw. stationärer Pflege reduzieren ließe, wenn diese Versorgungsform auf Personen mit höherem Pflegebedarf konzentriert wird und geringere bzw. besser planbare Pflegebedarfe ambulant niedrigschwellig bzw. informell versorgt werden. Davon ausgehend wird der optimale Versorgungsmix aus den verschiedenen Versorgungsformen in der Pflege (informelle Pflege durch Angehörige, ambulante Kombinationsleistungen, ambulante professionelle Pflege sowie stationäre Pflege) ermittelt. Die Empfehlung für eine bestimmte Versorgungsform erfolgt unter Berücksichtigung des Pflege- und Betreuungsaufwandes für die jeweils pflegende Person. So sind beispielsweise der häuslichen Pflege unter Einbindung informeller Pflegestrukturen ab einem gewissen Pflegeaufwand Grenzen gesetzt, während unterhalb dieser Schwelle eine häusliche Versorgung möglich scheint.

Aus den verschiedenen Fachgesprächen wurde deutlich, dass heute in vielen Fällen nicht der Gesundheitszustand des Bedürftigen über die Wahl des Pflegesettings entscheidet, sondern der Zugang zu informeller Pflege (Angehörige, Freunde, Nachbarn, Bekannte) sowie alternativen Versorgungskonzepten unter Beteiligung professioneller ambulanter Anbieter. Dies spiegelt auch die nachfolgend beschriebene Begutachtungspraxis durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK) wider.

2.1.1 Begutachtungspraxis durch den MDK

Die Begutachtung sowie die Empfehlung für ein Pflegesetting erfolgt zunächst durch den MDK. Der MDK orientiert sich an dieser Stelle an den Pflegebedürftigkeits-Richtlinien des SGB XI. Die Entscheidung über den Antrag trifft anschließend die Pflegekasse unter maßgeblicher Berücksichtigung des Gutachtens des MDK.

Für die Empfehlung von häuslicher bzw. stationärer Pflege gilt grundsätzlich der Vorrang von ambulant vor stationär. Insofern prüft der MDK zunächst die pflegerische Infrastruktur in der häuslichen Umgebung und spricht nur dann eine Empfehlung für die stationäre Pflege aus, wenn die informelle Pflegeinfrastruktur in der häuslichen Umgebung nicht mehr sichergestellt ist. Die informelle Pflegeinfrastruktur wird zum einen durch das Fehlen einer Pflegeperson, der fehlenden Pflegebereitschaft bzw. der Überforderung der potentiellen Pflegeperson gefährdet. Der Tatbestand der Überforderung ist gegeben, sofern die Pflegeperson selbst betagt oder gesundheitlich beeinträchtigt ist, die Entfernung zwischen dem

Wohn- und Pflegeort zu groß ist, bzw. der Pflegeaufwand zu einer psychischen Überbelastung der Pflegeperson führt. Darüber hinaus muss aber auch eine altersgerechte Wohnumgebung sichergestellt sein, damit die häusliche Pflege möglich bleibt.³

Wird bei einem Pflegebedürftigen die Stufe III (Schwerstpflegebedürftigkeit) festgestellt, so wird grundsätzlich die Erforderlichkeit der vollstationären Pflege wegen der Art, Häufigkeit und des zeitlichen Umfangs des Hilfebedarfs unterstellt.⁴

Grundsätzlich können Pflegebedürftige frei entscheiden, ob ihre Pflege zu Hause oder in einer stationären Pflegeeinrichtung sichergestellt werden soll. Die gesetzlichen Regelungen sehen grundsätzlich vor, dass Pflegebedürftige, die sich für die stationäre Pflege entscheiden – wenngleich die Voraussetzungen für die ambulante Versorgung erfüllt sind – nur die Leistungen im häuslichen Setting beantragen können.⁵ Nach Auskunft von Herrn Brucker (Fachgespräch) genehmigt die zuständige Pflegekasse aber im Zweifel die stationären Pflegeleistungen, wenn dies vom Pflegebedürftigen bzw. seinen Angehörigen favorisiert wird, obwohl aus Sicht des MDK die häusliche Pflege sichergestellt wäre.

Rothgang und Jacobs (2013) beschreiben weiterhin systembedingte Fehlanreize zur unnötigen Verlagerung des Pflegegeschehens in stationäre Einrichtungen. Während bestimmte Maßnahmen der ambulanten Pflege („häusliche Kranken- und Behandlungspflege“) aus den Einnahmen der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) bezahlt werden, erfolgt deren Finanzierung im stationären Setting aus dem Gesamtbudget der Sozialen Pflegeversicherung (SPV), welches aus wettbewerblicher Perspektive der GKV irrelevant ist. Insofern besteht für die jeweilige Kasse ein gewisser ökonomischer Anreiz zur stationären Versorgung von Pflegebedürftigen.

Die Abweichungen zwischen der Notwendigkeit von stationärer Pflege sowie der tatsächlichen Versorgung in stationärer Pflege wird auch anhand der Ergebnisse der Regelbegutachtungen von Erstantragstellern durch den MDK deutlich. Unter Berücksichtigung der Bezieher⁶ von Leistungen der Pflegestufe 0 ist nur bei etwa 92 Prozent der stationär versorgten Pflegebedürftigen im Jahr 2012 die stationäre Heimpflege auch wirklich erforderlich.⁷ Insofern könnten gemäß den Ergebnissen des MDK bereits heute etwa 8 Prozent der stationär versorgten Personen auch in einem

³ Vgl. MDS (2009).

⁴ Vgl. MDS (2009).

⁵ Vgl. BMG (2006).

⁶ Aus Gründen der einfacheren Erfassbarkeit wird im Folgenden jeweils lediglich die männliche Form verwendet, die sich auch auf die weiblichen Personen in der jeweiligen Gruppe bezieht.

⁷ Die Ergebnisse basieren auf unveröffentlichten Auswertungen des MDK und sind auf Anfrage erhältlich.

ambulanten Umfeld versorgt werden, wenn die Umfeldbedingungen dies zuließen.

2.1.2 Gründe für den Heimeintritt

Die vorangegangenen Ausführungen beschreiben die heutige Vorgehensweise durch den MDK zur Empfehlung des Versorgungssettings des Pflegebedürftigen. Die Orientierung an den vorhandenen häuslichen Versorgungsstrukturen entspricht an dieser Stelle zu großen Teilen der tatsächlichen Entscheidung des Pflegebedürftigen bzw. der Angehörigen für die jeweilige Versorgungsform. So spezifizieren Heiden et al. (2012) im Rahmen einer Befragung von ambulanten Pflegediensten die wesentlichen Gründe für den Heimeintritt. Als wichtigste Gründe nennen die Autoren die Überforderung der Angehörigen (30 %), nicht vorhandene Angehörige (20 %), eine mangelnde pflegerische und gesundheitliche Versorgung (21 %), das bauliche Umfeld (13 %) sowie sonstige Gründe (17 %). Der Blick in die relevante Studienlandschaft macht weiterhin deutlich, dass neben den aufgeführten Aspekten einer mangelnden häuslichen Versorgungsstruktur auch heute bereits der Gesundheitszustand sowie der daraus resultierende Grad der Pflegebedürftigkeit für den Heimeintritt von Relevanz sind.⁸

Die nachfolgenden Überlegungen widmen sich nunmehr der eingangs beschriebenen Forschungsleitfrage nach dem optimalen Versorgungsmix der Zukunft, der sich aus dem pflegerischen Bedarf unabhängig von der häuslichen Pflegeinfrastruktur ableiten lässt. In diesem Alternativszenario wird dargestellt, welcher Versorgungsmix sich einstellen würde, sofern es gelingt, die ambulante Pflegeinfrastruktur (z.B. über Regionale Pflegebudgets, altersgerechte Wohnraumgestaltung, quartiersbezogene Versorgung) nachhaltig zu verbessern. In diesem Fall wäre nicht mehr die pflegerische Infrastruktur der beschränkende Faktor für die häusliche Pflege, sondern in erster Linie der Pflegebedarf der zu versorgenden Person.

2.2 Pflegebegründende Diagnosen

Der Barmer GEK Pflegereport 2013 untersucht für den entsprechenden Versichertenkreis unter anderem die Morbiditätsmerkmale in den verschiedenen Pflegearrangements bei Personen mit fortdauernder Pflegebedürftigkeit. In diesem Zusammenhang wird deutlich, dass die Pflegeheimbewohner mit etwa zwei Drittel deut-

⁸ Siehe Schneekloth und von Törne (2009), Angelini und Laferrere (2008) sowie Klein und Salaske (1994).

lich häufiger von Demenz und anderen Störungen betroffen sind als die Pflegebedürftigen in häuslicher Pflege (30-40 %).⁹

Der größere Anteil von dementiellen Erkrankungen und psychischen Störungen in der stationären Pflege wird auch durch die häufigsten pflegebegründenden Diagnosen bei Erstantragsstellern durch den MDK bestätigt. Demnach liegt der Anteil der Hauptgruppe 5 (psychische Verhaltensstörungen) nach ICD 10 in der stationären Versorgung bei etwa 43 % im Vergleich zu 28 % in der ambulanten Versorgung (siehe Tabelle 1). In der ambulanten Pflege überwiegen hingegen Erkrankungen der Hauptgruppe 2 (Neubildungen wie beispielsweise Krebserkrankungen) sowie Muskel-Skeletterkrankungen (Hauptgruppe 13) und Multimorbiditätssyndrome (Hauptgruppe 18).

Tabelle 1: Pflegebegründende Diagnosen bei Regelbegutachtungen von Erstantragstellern über 65 Jahren (die jeweils häufigsten drei Nennungen) im Jahr 2012

Hauptgruppen ICD 10	ambulant	stationär
2 - Neubildungen	20,11%	14,24%
5 - Psychische Verhaltensstörungen	27,57%	42,64%
9 - Kreislaufsystem	13,64%	26,37%
13 - Muskel-Skelett-Erkrankungen und Bindegewebe	14,45%	0,00%
18 - Multimorbiditätssyndrome	24,22%	16,76%

Quelle: Eigene Darstellung basierend auf MDS (2013a).

Die Begutachtungsergebnisse des MDK machen weiterhin deutlich, dass für nur etwa 26 % der Erstantragssteller im ambulanten Bereich regelmäßig und auf Dauer ein Beaufsichtigungs- und Betreuungsbedarf vorliegt. Der entsprechende Anteil in der stationären Pflege liegt bei etwa 42 %. Die Ergebnisse entsprechen somit nahezu dem Anteil der psychischen Verhaltensstörungen an den pflegebegründenden Diagnosen aus Tabelle 1.¹⁰ Zugleich deuten die Ergebnisse darauf hin, dass der hohe Anteil von Personen mit psychischen Verhaltensstörungen und entsprechendem Beaufsichtigungs- und Betreuungsbedarf in der stationären Pflege nur schwerlich in der häuslichen Umgebung unter Beteiligung von Angehörigen versorgt werden kann.

Dieses Ergebnis wird auch durch die Fachgespräche bestätigt. So zeigt sich, dass der Pflegealltag bei Personen mit rein körperlichen Gebrechen sehr viel einfacher zu planen ist als bei Personen mit

⁹ Vgl. Rothgang et al. (2013). Das Ergebnis deckt sich mit den Erkenntnissen von Häcker et al. (2009). Die Autoren beziffern den Anteil der Pflegebedürftigen mit dementiellen Erkrankungen auf 31 % (73 %) in der ambulanten (stationären) Versorgung.

¹⁰ Vgl. MDS (2013b).

psychischen Auffälligkeiten (insbesondere bei Personen mit demenziellen Erkrankungen). Während bei Personen mit körperlichen Gebrechen die ambulante Versorgung zu festen Zeiten möglich und somit wirtschaftlich ist, erschwert der Bedarf nach permanenter Bereitschaft einer Betreuungs- bzw. Pflegeperson die wirtschaftliche Pflege einer dementen Person in der häuslichen Umgebung.

2.3 Neues Begutachtungsinstrument

Der Koalitionsvertrag der großen Koalition sieht die schnellstmögliche Umsetzung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs vor. Im Unterschied zu dem seit dem Jahr 1995 gültigen Pflegebegriff, der vorrangig auf die körperlichen Erkrankungen der Pflegebedürftigen abzielt, bezieht der neue Begriff auch pflegebedürftige Menschen mit kognitiven Erkrankungen und psychischen Störungen gleichberechtigt mit ein.

Anstelle der bislang gültigen Pflegestufen sieht der neue Begriff die Einstufung der Pflegebedürftigen in fünf Pflegegrade über das neue Begutachtungsassessment (NBA) vor. Das entsprechende Assessment ist grundsätzlich modular aufgebaut und misst den Grad der Selbstständigkeit in den pflegerelevanten Bereichen des täglichen Lebens. Dabei entfällt die bisherige Beschränkung auf bestimmte, körperbezogene Verrichtungen. Das bisherige Konzept der Zeitbemessung zur Festlegung der Pflegestufen wird ersatzlos gestrichen.

Das NBA basiert auf den folgenden acht Modulen:¹¹

- Mobilität,
- kognitive und kommunikative Fähigkeiten,
- Verhaltensweisen und psychische Problemlagen,
- Selbstversorgung,
- Umgang mit krankheits- und therapiebedingten Anforderungen,
- Gestaltung des Alltagslebens und soziale Kontakte,
- außerhäusliche Aktivitäten,
- Haushaltsführung.

¹¹ Vgl. BMG (2013a).

Über die verschiedenen Module wird anschließend ein Gesamtscore ermittelt der zwischen 0 bis 100 Punkten liegt. Über zuvor festgelegte Schwellenwerte wird anschließend eine Verteilung der Pflegebedürftigen auf die verschiedenen Pflegegrade erreicht.¹²

Von Interesse ist nunmehr, wie sich die Pflegebedürftigen auf die verschiedenen Pflegegrade des NBA verteilen. Das Begutachtungssystem unterscheidet in diesem Zusammenhang zwischen **starken körperlichen Beeinträchtigungen**

- in der Mobilität (z.B. Person kann nicht mehr als sechs Stunden außerhalb des Bettes in aufrechter Körperhaltung verbringen und Positionswechsel im Bett nicht selbständig durchführen) sowie
- der Selbstversorgung und Haushaltsführung (z.B. Person kann nicht selbständig Nahrung aufnehmen)

und **starken kognitiven Beeinträchtigungen** sofern der Antragssteller als Person mit eingeschränkter Alltagskompetenz (PEA) eingestuft wurde.

Die Ergebnisse des NBA machen deutlich, dass Personen ohne starke Beeinträchtigungen zum Großteil in die neuen Pflegegrade P1 und P2 eingestuft werden, während stark körperlich beeinträchtigte Personen zum Großteil in P2 und P3 anzutreffen sind. Stark kognitiv beeinträchtigte Personen sind überwiegend in P3 eingestuft. Der Pflegegrad 4 berücksichtigt sowohl kognitiv als auch körperlich beeinträchtigte Personen, während der Pflegegrad 5 besondere Konstellationen abdeckt (siehe Tabelle 2).

Tabelle 2: Art der Beeinträchtigung in den neuen Pflegegraden

Pflegegrad	Beeinträchtigungen
1	keine starke Beeinträchtigung
2	keine bis starke körperliche Beeinträchtigung
3	starke körperliche oder kognitive Beeinträchtigung
4	starke körperliche & kognitive Beeinträchtigung
5	besondere Konstellationen

Quelle: Eigene Darstellung basierend auf GKV-Spitzenverband (2011).

In dem Bericht des Expertenbeirats zur konkreten Ausgestaltung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs (BMG 2013a) findet sich eine Gegenüberstellung der Leistungsbezieher entsprechend der heute geltenden Pflegestufen mit den fünf Pflegegraden gemäß

¹² Vgl. GKV-Spitzenverband (2011).

dem neuen Begutachtungsinstrument. Demnach werden etwa 85 % der ambulanten Pflegebedürftigen (Pflegegeldleistung und ambulante Pflegesachleistung) unterhalb des Pflegegrads 4 eingestuft. In der stationären Pflege werden etwa 48 % der Pflegebedürftigen dem Pflegegrad 4 und 5 zugeordnet (siehe Tabelle 3), was auf einen deutlich höheren Pflege- und Betreuungsbedarf hindeutet.

Die nachfolgenden Ausführungen zur Verteilung der Leistungsbezieher nach Pflegegraden bzw. Pflegestufen basieren auf dem Personenkreis der Leistungsberechtigten im Jahr 2012. Da für Pflegebedürftige der Pflegestufe 0 aber erst seit dem Jahr 2013 die Möglichkeit auf Leistungen der Pflegeversicherung besteht, wird dieser Personenkreis in der nachfolgenden Analyse nicht weiter berücksichtigt.

Tabelle 3: Verteilung der Leistungsbezieher der Pflegestufen I-III im Jahr 2012 nach Pflegegraden gemäß NBA

	Pflegegrade						Gesamt
	0	1	2	3	4	5	
Geldleistungsbezieher	4.852	162.444	489.802	432.574	145.459	30.798	1.265.929
Ambulante Sachleistungsbezieher	4.079	50.029	147.244	155.964	60.718	23.488	441.522
Stationäre Leistungsbezieher	0	14.285	136.454	233.597	238.245	119.354	741.935
Gesamt	8.931	226.758	773.500	822.134	444.422	173.640	2.449.385

Quelle: Eigene Berechnung basierend auf BMG (2013a) sowie BMG (2013b).

Vor dem Hintergrund der vorangegangenen Ausführungen stellt sich nunmehr die Frage, wie der Pflegemix der Zukunft aussehen könnte, wenn es gelingt die ambulante sowie niedrigschwellige Versorgungslandschaft nachhaltig zu verbessern. Abbildung 1 macht in diesem Zusammenhang deutlich, wie sich die Leistungsbezieher aus dem Jahr 2012, unterschieden nach

- ambulanter vs. stationärer Pflege,
- Geldleistung vs. Sachleistung und
- den fünf Pflegegraden¹³,

auf die Versorgungssettings informelle Pflege, Kombinationsleistungen, ambulante Sachleistung und stationäre Leistung in Zukunft verteilen könnten. Die Zuordnung der Pflegebedürftigen erfolgt an

¹³ Vgl. BMG (2013a).

dieser Stelle entsprechend dem Pflege- und Betreuungsaufwand der fünf Pflegegrade gemäß der Annahme, dass ein geringerer Pflegegrad verbunden mit körperlichen Gebrechen eher ambulant bzw. niedrighschwellig versorgt werden kann, während die höheren Pflegegrade verbunden mit kognitiven Einschränkungen einer stationären Versorgung bedürfen.

Geldleistungsbezieher

Entsprechend dieser Systematik könnten die Bezieher von Geldleistungen in den Pflegegraden 0 bis 3 mit überwiegend körperlichen Beeinträchtigungen bzw. ersten kognitiven Einschränkungen künftig informell durch Angehörige versorgt werden. Im Ergebnis zeigt sich, dass die Zahl der informell durch Angehörige versorgten Geldleistungsbezieher in etwa konstant bleibt (siehe Tabelle 4). Dies deckt sich mit dem Tatbestand, dass heute wie in Zukunft die informelle Pflege durch Angehörige nur dann erfolgen kann, sofern Angehörige auch vorhanden, fähig und bereit sind, Pflegeleistungen zu übernehmen.

Die Bezieher von Geldleistungen in den Pflegegraden 4 und 5 mit überwiegend kognitiven Einschränkungen bzw. besonderen Konstellationen müssten auf Grund des erhöhten Betreuungsbedarfs neben der Pflege durch Angehörige auch professionelle Dienste als Kombileistungsbezieher in Anspruch nehmen. An dieser Stelle wird unterstellt, dass über Verbesserungen in der ambulanten Pflegeinfrastruktur künftig mehr Angehörige in der Lage sind, unter Beteiligung eines professionellen Pflegeanbieters die häusliche Pflege sicherzustellen.

Ambulante Sachleistungsbezieher

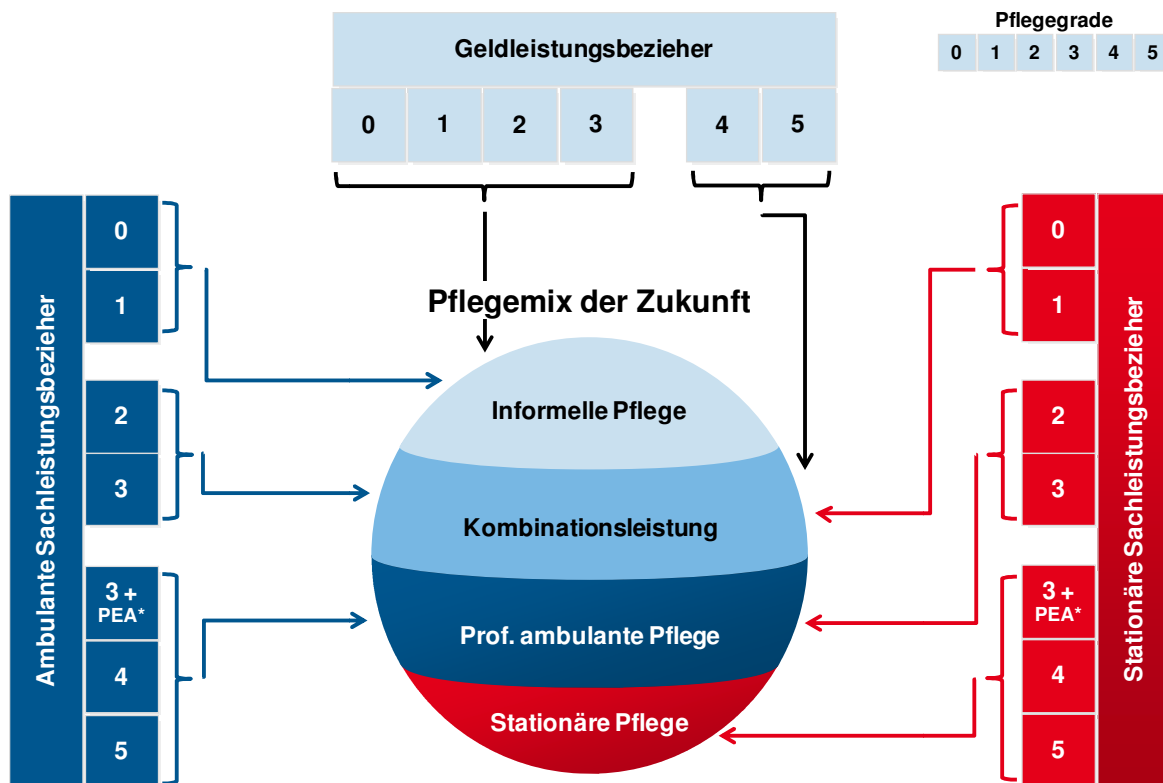
Die bisherigen Bezieher von ambulanten Sachleistungen mit Pflegegrad 0 und 1 weisen keine starken Beeinträchtigungen auf. Der geringere pflegerische Bedarf würde es Angehörigen (sofern vorhanden) ermöglichen, diesen Personenkreis informell zu versorgen.¹⁴ Sachleistungsbezieher mit Pflegegrad 2 und 3 mit überwiegend körperlichen Beeinträchtigungen würden unter Einbindung von professionellen Pflegeanbietern als Kombinationsleistungsbezieher versorgt. Jene Sachleistungsbezieher der Pflegegrade 3 bis 5 unter Berücksichtigung der PEA würden künftig als Pflegesachleistungsbezieher auf Grund des erhöhten Betreuungsbedarfs vollständig durch einen professionellen Dienst ambulant versorgt.

¹⁴ Die Ergebnisse in Tabelle 4 machen deutlich, dass die informelle Pflege durch Angehörige gemäß diesem Ansatz insgesamt in etwa konstant bliebe.

Stationäre Leistungsbezieher

Der vorgestellte Ansatz sieht weiter vor, dass stationäre Leistungsbezieher ohne starke Beeinträchtigungen (weder körperlich noch geistig) in den Pflegegraden 0 und 1 künftig unter Beteiligung eines professionellen Dienstes sowie neu zu schaffender informeller Pflegearrangements (z.B. unter Einbindung von Quartierskonzepten¹⁵) als Kombinationsleistungsbezieher ambulant versorgt werden könnten.¹⁶ Bisherige Sachleistungsbezieher mit Pflegegrad 2 und 3 mit überwiegend körperlichen Beeinträchtigungen würden nunmehr als Sachleistungsbezieher durch einen professionellen ambulanten Dienst versorgt. Jene Sachleistungsbezieher der Pflegegrade 3 bis 5 unter Berücksichtigung der PEA würden auch weiterhin stationär versorgt werden.

Abbildung 1: Bestimmung des Pflegemix der Zukunft



* PEA: Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz

Quelle: Eigene Darstellung.

¹⁵ Siehe Klie (2009).

¹⁶ Unter den heutigen Leistungsbeziehern der stationären Pflege wurde in keinem Fall der Pflegegrad 0 festgestellt.

2.4 Ergebnis

Sofern es gelingt, die in Abbildung 1 dargestellte Aufteilung der Pflegebedürftigen auf die benannten Pflegesettings zu erreichen, ergibt sich die in Tabelle 4 angezeigte Verlagerung des Versorgungsgeschehens (verdeutlicht an der Gegenüberstellung mit den Pflegebedürftigen im Jahr 2020). So wird im Status quo-Szenario dargestellt, dass die Zahl der Pflegebedürftigen demografisch bedingt bis zum Jahr 2020 um etwa 21 % von 2,4 Mio. im Jahr 2012 auf etwa 3,0 Mio. Pflegebedürftige im Jahr 2020 ansteigen wird, während der Anteil der verschiedenen Versorgungssettings konstant bleibt. Im Szenario Pflegemix der Zukunft wird vergleichend dargestellt, wie sich die Gesamtzahl der Pflegebedürftigen bis zum Jahr 2020 gemäß dem neuen Versorgungsmix verteilt.

Tabelle 4: Gegenüberstellung der Einstufungen im Status quo (2012) mit neuem Begutachtungsinstrument

Pflegesettings	Status quo			Pfleagemix der Zukunft		Differenz
	2012	2020		2020		2020
	Absolut	Absolut	Anteil	Absolut	Absolut	Absolut
Informelle Pflege	1.075.835	1.306.177	43,9%	1.322.977	44,5%	16.799
Kombinationsleistung	380.187	461.587	15,5%	557.876	18,8%	96.289
Prof. ambulante Pflege	251.428	305.260	10,3%	470.962	15,8%	165.702
Stationäre Pflege	741.935	900.788	30,3%	621.998	20,9%	-278.790
Gesamt	2.449.385	2.973.812		2.973.812		

Quelle: Eigene Berechnung basierend auf BMG (2013a), BMG (2013b) sowie BBSR (2014).

Die Ergebnisse zum Pflegemix der Zukunft machen deutlich, dass sich der Anteil in der stationären Pflege von 30 % auf 21 % reduziert, während der Anteil in der professionellen ambulanten Pflege um etwa 6 Prozentpunkte (auf nunmehr 16 %) und der Anteil der Kombinationsleistungsempfänger um 3 Prozentpunkte (auf 19 %) ansteigt.¹⁷ Der Anteil der informellen Pflege durch Angehörige bleibt hingegen mit einem Anteil von 45 % nahezu unverändert.¹⁸

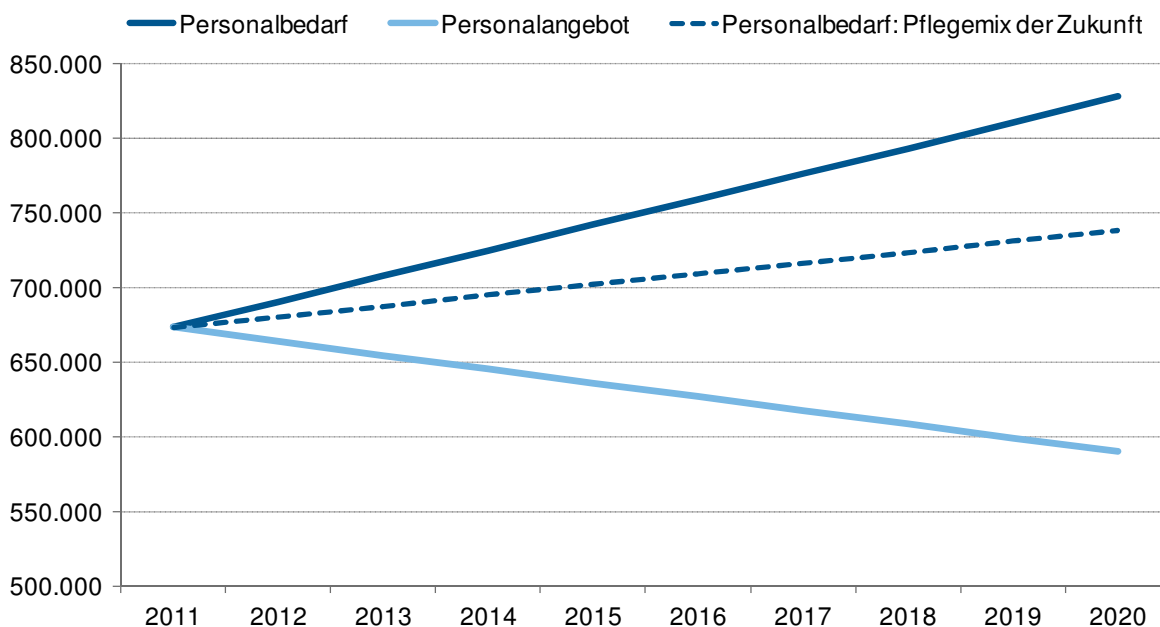
¹⁷ Von Seiten einzelner Experten wurde im Rahmen der Fachgespräche die These formuliert, dass sich die stationäre Pflege als reine professionelle Versorgungsform erheblich weiter reduzieren lässt, sofern es gelingt die niedrigschwellige Versorgungslandschaft weiter zu verbessern.

¹⁸ Die eingangs erwähnte Forschungsliteratur zum Thema „Heimsog“ (siehe bspw. Hackmann und Moog (2010)) macht deutlich, dass die informelle Pflege durch Angehörige im Zuge der soziodemografischen Veränderungen an relativer Bedeutung verlieren wird, während die stationäre Heimpflege weiter steigen wird. Insofern erscheint die hier ausgewiesene Konstanz im Anteil der informellen Pflege durchaus diskussionswürdig. Auf der anderen Seite macht die Arbeit von Geyer und Schulz (2014) deutlich, dass die informelle Pflege durch erwerbstätige Personen neben der Berufstätigkeit im Zeitraum der Jahre 2001-2012 einen Bedeutungszuwachs erfahren hat.

Weiterhin ist von Interesse, welche Ressourceneinsparungen (personell und finanziell) durch den neuen Versorgungsmix realisiert werden können. Die Reduktion der vergleichsweise teuersten Versorgungsform der stationären Pflege durch die vermehrte Inanspruchnahme ambulanter Versorgungssettings würde zu einem Rückgang der Ausgaben der SPV im Jahr 2020 von etwa 25,3 Mrd. Euro auf 22,7 Mrd. Euro führen.¹⁹ Dies entspricht einem prozentualen Rückgang von rund 10 %.

Neben den finanziellen Einsparungen ist weiter von Interesse, inwieweit sich der zu erwartende Fachkräftemangel durch die Verlagerung in die niedrigeschwelligere Versorgung (ambulante Pflege und Kombinationsleistung) reduzieren lässt. So wird sich der bereits heute spürbare Fachkräftemangel in der Pflege bis zum Jahr 2020 auf etwa 237.000 Vollzeitkräfte erhöhen (siehe Abbildung 2). Gelingt es hingegen, die professionelle Pflege durch Verbesserungen der Pflegeinfrastruktur auf die höheren Bedarfsgrade gemäß Abbildung 1 zu beschränken, so ließe sich die Fachkräftelücke um etwa 38 % auf 148.000 Vollzeitkräfte bis zum Jahr 2020 reduzieren. Dieses Ergebnis wurde auch durch die Mehrzahl der Experten in den Fachgesprächen als realistisch eingeschätzt.

Abbildung 2: Reduktion der Fachkräftelücke über Pflegemix der Zukunft



Quelle: Eigene Berechnung basierend auf Prognos 2012 sowie Statistisches Bundesamt 2013; eigene Darstellung.

¹⁹ Die Berechnung der Ausgaben der SPV im Jahr 2020 beruht auf der aktuellen Studie für das Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung, BBSR (2014). Bei der Entwicklung der Ausgaben werden die demografische Entwicklung sowie die Preisentwicklung im Pflegesektor berücksichtigt.

3 Fazit

Vor dem Hintergrund immer knapper werdender finanzieller und personeller Ressourcen in der Pflege, zeigt der vorliegende Beitrag neben dem in der Wissenschaft vieldiskutierten „Heimsog-trend“ ein Alternativszenario für einen ressourcenschonenden Pflegemix der Zukunft auf. Der Ansatz beschreibt den optimalen Mix zwischen professionellen, niedrigschwelligen und informellen Versorgungsangeboten in der ambulanten sowie der stationären Pflege und basiert in der Bedarfsermittlung auf dem Konzept der fünf Pflegegrade. Das Konzept verfolgt keinesfalls die Intention, die Pflegeleistungen der bedürftigen Personen zu kürzen oder deren Angehörige stärker zu belasten. Vielmehr wird beschrieben, wie die vorhandenen Ressourcen bedarfsgerechter eingesetzt werden können.

Heute wird die Wahl des Pflegesettings in vielen Fällen durch die pflegerische Infrastruktur in der häuslichen Umgebung und weniger durch den tatsächlichen Pflegebedarf bestimmt. Während die Präferenzen der Bürger und des Staates eine längere häusliche Versorgung verlangen, entscheidet in vielen Fällen nicht der Gesundheitszustand bzw. der daraus resultierende pflegerische Aufwand über den Heimeintritt, sondern das Nicht-Vorhandensein einer pflegerischen Infrastruktur.

Für die erfolgreiche Realisierung des Pflegemixes der Zukunft verweist der Ansatz auf das Konzept des Regionalen Pflegebudgets. Das Regionale Pflegebudget generiert Anreize für niedrigschwellige Pflegeangebote im Sozialraum. Zugleich wird den Kreisen und kreisfreien Städten ihre Steuerungskompetenz in der pflegerischen Versorgung über entsprechende Anreize zurückgegeben. Durch die konsequente Umsetzung des Regionalen Pflegebudgets wird es daher möglich, die pflegerische Infrastruktur in der häuslichen Umgebung nachhaltig zu verbessern. Die auf diesem Wege eingesparten Mittel kommen somit noch bedarfsgenauer beim Pflegebedürftigen an.

Der vorliegende Beitrag macht im Sinne einer Potentialanalyse deutlich, welche Chancen die vermehrte Inanspruchnahme der ambulanten und niedrigschwelligen pflegerischen Versorgung bietet, sofern die pflegerische Infrastruktur durch Umsetzung des Regionalen Pflegebudgets verbessert wird.

Sofern es gelingt, die professionelle Pflege auf Personen mit starken kognitiven und körperlichen Einschränkungen sowie besondere Bedarfskonstellationen zu beschränken, wäre ein Rückgang der stationären Versorgung von 30 % auf etwa 21 % im Jahr 2020 möglich. Durch die entsprechende Steigerung der ambulanten sowie der häuslichen Versorgung ließen sich darüber hinaus finanzielle sowie pflegerische Ressourcen einsparen. Während sich die jährlichen Ausgaben der SPV im Jahr 2020 um etwa 10 % (ent-

spricht 2,6 Mrd. Euro pro Jahr) reduzieren ließen, würde die Pflegefachkräftelücke um etwa 38 % von 237.000 auf etwa 148.000 Vollzeitkräfte reduziert.

Mit dem Regionalen Pflegebudget kann ein ressourcensparender Pflegemix der Zukunft erreicht werden, der sich stärker an den Bedürfnissen der zu versorgenden Personen orientiert.

Anhang: Fachgespräche mit Experten

Im Rahmen des Projekts wurde mit folgenden Experten ein Fachgespräch geführt:

- **Uwe Brucker** (Fachgebietsleiter Pflegerische Versorgung – MDS)
- **Jürgen Gohde** (Vorstandsvorsitzender des Kuratoriums Deutsche Altershilfe – KDA)
- **Alexander Künzel** (Vorstandsvorsitzender der Bremer Heimstiftung)
- **Detlef Silvers** (Leiter des Geschäftsfeld: Stationäre Betreuung – Caritasverband Köln)
- **Dr. Klaus Wingenfeld** (Geschäftsführer des Institut für Pflegewissenschaft – Universität Bielefeld)

Literaturverzeichnis

- Angelini und Laferrere (2008): Home, Houses and Residential Mobility. in: Börsch-Supan et al. (2008). First Results from the Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (2004-2007): Starting the Longitudinal Dimension. Mannheim Research Institute for the Economics of Aging (MEA).
- BBSR (2014): Potentialanalyse altersgerechte Wohnungsanpassung. noch unveröffentlicht.
- Bundesministerium für Gesundheit (BMG) (2006): Schutz für die ganze Familie. Berlin.
- Bundesministerium für Gesundheit (BMG) (2013a): Bericht des Expertenbeirats zur konkreten Ausgestaltung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs. Berlin.
- Bundesministerium für Gesundheit (BMG) (2013b): Zahlen und Fakten zur Pflegeversicherung. Berlin.
- Geyer und Schulz (2014): Who cares? Die Bedeutung der informellen Pflege durch Erwerbstätige in Deutschland. DIW Wochenbericht Nr. 14.2014.
- GKV-Spitzenverband (2011): Maßnahmen zur Schaffung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs und eines Begutachtungsinstruments zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit. Schriftenreihe Modellprogramm zur Weiterentwicklung der Pflegeversicherung Band 3. Berlin.
- Häcker, Hackmann und Moog (2009): Demenzkranke und Pflegebedürftige in der Sozialen Pflegeversicherung - Ein intertemporaler Kostenvergleich. Schmollers Jahrbuch. 129(3). 445-471.
- Hackmann und Moog (2010): Pflege im Spannungsfeld von Angebot und Nachfrage. Zeitschrift für Sozialreform. 56(1). 113-137.
- Heiden et al. (2012): Demografischer Wandel – Auswirkungen auf die Bauwirtschaft durch steigenden Bedarf an stationären und ambulanten Altenpflegeplätzen. Abschlussbericht. Studie im Auftrag des Bundesministeriums für Wirtschaft und Technologie.
- Klein und Salaske (1994): Determinanten des Heimeintritts im Alter und Chancen seiner Vermeidung - Eine Längsschnittuntersuchung für die Bundesrepublik Deutschland. Zeitschrift für Gerontologie. 27. 442-455.
- Klie (2009): Zukunft Quartier – Lebensräume zum Älterwerden. Expertise von Professor Dr. Thomas Klie: Sozialpolitische Neuorientierung und Neuakzentuierung rechtlicher Steuerung. Hrsg. Netzwerk: Soziales neu gestalten (SONG). Gütersloh.
- Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V. (MDS) (2009): Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes zur Begutachtung von Pflegebedürftigkeit nach dem XI. Buch des Sozialgesetzbuches. Essen.

- Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V. (MDS)
(2013a): Begutachtungen des Medizinischen Dienstes für die Pflegeversicherung
2011/2012. Essen.
- Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V. (MDS)
(2013b): Statistiken der Pflegeberichterstattung. Berichtsjahr 2012. Essen.
- Prognos (2012): Pflegelandschaft 2030. Vereinigung der Bayerischen Wirtschaft e.V.
(Hrsg.). München.
- Rothgang, Müller und Unger (2013): Barmer GEK Pflegereport 2013. Schriftenreihe zur
Gesundheitsanalyse. Band 23. Schwäbisch Gmünd.
- Rothgang und Jacobs (2013): Pflegereform 2014: Was ist zu tun? GGW. Jg. 13. Heft 3: 7-
14.
- Schneekloth und von Törne (2009): Entwicklungstrends in der stationären Versorgung -
Ergebnisse der Infratest-Repräsentativerhebung. in: Schneekloth und Wahl (Hrsg.).
Pflegebedarf und Versorgungssituation bei älteren Menschen in Heimen (MuG IV).
Stuttgart: Kolhammer.
- Statistisches Bundesamt (2013): Pflegestatistik 2011 – Pflege im Rahmen der Pflegever-
sicherung. Deutschlandergebnisse. Wiesbaden.