Chrysanthi Tsiasioti · Susann Behrendt · Antje Schwinger

Versorgungslagen selbst organisierter Pflegesettings

Routinedatenanalysen im Kontext einer wissenschaftlichen Studie zur Wirkungsweise des Pflegegeldes

WIdO | Wissenschaftliches Institut der AOK

Impressum

Die vorliegende Publikation ist ein Beitrag des
Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WIdO).

Versorgungslagen
selbst organisierter Pflegesettings

Berlin, im Dezember 2024

Chrysanthi Tsiasioti
Susann Behrendt
Antje Schwinger

Wissenschaftliches Institut der AOK (WIdO)
im AOK-Bundesverband eGbR – Arbeitsgemeinschaft
von Körperschaften des öffentlichen Rechts
Rosenthaler Str. 31, 10178 Berlin

Geschäftsführender Vorstand:
Dr. Carola Reimann (Vorsitzende)
Jens Martin Hoyer (stellv. Vorsitzender)
https://www.aok.de/pp/impressum/
Registergericht Berlin (Charlottenburg), GsR 634 B

Aufsichtsbehörde:
Senatsverwaltung für Gesundheit, Pflege
und Gleichstellung –SenGPG–
Oranienstraße 106, 10969 Berlin

Redaktionelle Bearbeitung: Susanne Sollmann
Titelfoto: istock_Barcin

Nachdruck, Wiedergabe, Vervielfältigung und Verbreitung
(gleich welcher Art), auch von Teilen des Werkes,
bedürfen der ausdrücklichen Genehmigung.

E-Mail: wido@wido.bv.aok.de
Internet: http://www.wido.de

Inhalt

Vorwort **4**

1 Datengrundlage und Operationalisierung der untersuchten Pflegesettings **5**

1.1 Datengrundlage und Limitationen 5

1.2 Abgrenzung der selbstorganisierten Pflegesettings 6

1.3 Leistungskombinationen in den jeweiligen Pflegesettings 8

2 Selbst organisierte Pflegesettings in Abgrenzung zu anderen ambulanten Versorgungsformen **10**

2.1 Alters- und Geschlechtsverteilung je Setting 10

2.2 Pflegeschwere je Setting 12

2.3 Einschränkungen in den NBA-Modulbereichen und Empfehlungen des MD je Pflegesetting 14

2.4 Regionale Varianz je Pflegesetting 18

2.5 Zeitliche Verläufe je Pflegesettings 21

3 Gesundheitliche Versorgung in selbst organisierten Pflegesettings **25**

3.1 Ambulant ärztliche Versorgung 25

3.2 Potenziell vermeidbare Krankenhausfälle 26

3.3 Potenziell kritischer Arzneimitteleinsatz 30

3.4 Heilmittelversorgung 33

4 Ausblick **35**

Literaturverzeichnis **37**

Abbildungsverzeichnis **38**

Tabellenverzeichnis **40**

Anhang **41**

Vorwort

Die Arbeits- und Sozialministerkonferenz (ASMK) hat sich in ihrem Beschluss vom Oktober 2022 im Zusammenhang mit der vorgesehenen Erhöhung des Pflegegeldes für eine wissenschaftliche Erhebung zur Wirkweise des Pflegegeldes ausgesprochen. Erhoben werden sollen die Inanspruchnahme und Verwendung des Pflegegeldes sowie Wechselwirkungen mit anderen Leistungen. Hierbei einzubeziehen sind ferner Fragen zur Weiterentwicklung der Beratungsbesuche nach § 37 Abs. 3 SGB XI. Ziel ist es, faktenbasiert weitere Überlegungen zum längerfristigen Umgang mit dem Pflegegeld treffen zu können (Beschlusslangfassung vom 24.10.2022). Mit der Erhebung beauftragt wurden Professor Thomas Klie von agp Sozialforschung Freiburg sowie Professor Andreas Büscher von der Hochschule Osnabrück. Geplant sind eine Literaturrecherche zum Pflegegeld und zu Care-Cash-Leistungen in Deutschland, Österreich und weiteren Ländern sowie die systematische Aufbereitung bereits bestehender Empirie zur Pflegegeldnutzung aus unterschiedlichen Befragungsstudien.

Die Studienautoren haben das Wissenschaftliche Institut der AOK (WIdO) gebeten, Analysen auf Basis von Abrechnungsdaten der AOK-Pflege- und Krankenkassen zum Themenfeld zu ergänzen. Die Ergebnisse sind im hier präsentierten Kurzbericht dargestellt. Einordnend ist zu betonen: Wirkanalysen liefert dieser Kurzbericht nicht. Deren Initiierung und Durchführung ist jedoch dringend geboten. Für Wirkanalysen allein auf Basis von Routinedaten bedarf es zum einen konsentierter über Routinedaten operationalisierbarer Endpunkte für die Wirksamkeit unterschiedlicher Pflegesettings bzw. Versorgungsformen. Ferner – und dies ist die eigentliche Herausforderung bei retrospektiven Designs, wie sie bei Routinedatenanalysen grundsätzlich vorliegen – müssen die Gruppe(n), deren Versorgungsendpunkte man betrachten möchte, strukturgleich und damit statistisch vergleichbar sein, damit Effekte einer Versorgungsform gemessen werden können.

Die präsentierten Ergebnisse verstehen sich insofern als Vorstudie für eine Analyse der Wirksamkeit des Pflegegeldes. Ziel der Analysen ist, eine deskriptive Bestandsaufnahme zu erarbeiten und damit eine erste empirische Grundlage für die Entwicklung eines geeigneten Studiendesigns der statistisch-komplexen und multivariaten Wirkanalyse inkl. relevanter und routendatenbasiert messbarer Endpunkte zu liefern. Entsprechende Forschungsfragen und Herausforderungen werden im Ausblick der Studie dokumentiert. Die Wirtschaftlichkeit von Pflegeleistungen in ihren spezifischen Kontexten sollte auch aufgrund der angespannten Finanzierungslage der gesetzlichen Pflegeversicherung verstärkt in den Blick genommen werden. Aufgrund fehlenden Wissens über Kosten-Nutzen-Aspekte besteht ansonsten die Gefahr, den Lösungsweg pauschaler Leistungskürzungen – direkt oder indirekt über unzureichende Leistungsdynamisierung – einzuschlagen. Denn auch wenn die soziale Pflegeversicherung (SPV) formal nach fünf Pflegegraden unterscheidet: Die Versorgungswirklichkeit ist wesentlich heterogener.

Berlin, im Dezember 2024
Chrysanthi Tsiasioti
Susann Behrendt
Antje Schwinger

1 Datengrundlage und Operationalisierung der untersuchten Pflegesettings

1.1 Datengrundlage und Limitationen

Datengrundlage

Die Analysen basieren auf verschlüsselten Abrechnungsdaten der AOK aus den Jahren 2017 bis 2021. Für die soziale Pflegeversicherung (SPV) steht dem Wissenschaftlichen Institut der AOK (WIdO) ein bundesweiter Datensatz zur Verfügung. Diesen Daten ist der Personenbezug entzogen, sie können aber sowohl jahresübergreifend als auch in Kombination mit weiteren im WIdO vorliegenden Abrechnungsinformationen der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV)[1] analysiert werden. Erstmals gehen in die präsentierten Analysen auch anonymisierte versichertenbezogene Informationen aus den Pflegeeinstufungen des Medizinischen Dienstes (MD) nach § 18 SGB XI ein.

Standardisierung

Für die Standardisierung der AOK-Routinedaten wurde die amtliche Statistik über die Versicherten der GKV (KM 6) mit dem Erhebungsstichtag 1. Juli eines Jahres verwendet. Die Darstellung der AOK-Routinedaten erfolgt demnach so, als würden die AOK-Versicherten bezogen auf Fünf-Jahres-Altersklassen die gleiche Alters- und Geschlechtsstruktur wie die gesamte gesetzlich krankenversicherte Bundesbevölkerung aufweisen. Verzerrungen der Ergebnisse durch Alters- und Geschlechtsunterschiede zwischen AOK- und GKV-Population sind damit ausgeglichen und die Übertragbarkeit der Informationen wird erhöht. Für andere Einflussgrößen auf die Inanspruchnahme von Pflege- oder Gesundheitsleistungen gilt dies nicht.

Studienpopulation

Einbezogen werden die Datenjahre 2017 bis 2021 mit jährlich zwischen rund 1 Mio. (2017) und 1,6 Mio. (2021) ambulant versorgten Pflegebedürftigen. Pflegebedürftige, die im jeweiligen Betrachtungszeitraum gemäß § 43 SGB XI vollstationär versorgt wurden, sind nicht Bestandteil der Analyse. Ebenso gehen Pflegebedürftige mit pauschalen Leistungen in Einrichtungen der Behinderten- und Eingliederungshilfe (§ 45a SGB XI) nicht ein.

Die Analysen zu Pflegebedürftigen mit erstmaliger MD-Prüfung (sogenannte inzidente Kohorten, Abschnitte 2.3 und 2.5) im vorliegenden Kurzbericht betrachten die Datenjahre 2017 bis 2019. Das Jahr 2020 wird aus Gründen der pandemiebedingt veränderten Prüfungen nicht herangezogen, das Datenjahr 2021 liegt dem WIdO noch nicht vollständig vor. Diese inzidente Kohorte auf MD-Datenbasis umfasst zwischen 2017 und 2019 rund 304.000 (2017) bis 294.000 (2019) Pflegebedürftige (GKV-standardisiert).

[1] Daten der Leistungsarten nach §§ 37, 295, 300, 301, 302 SGB V und § 28 SGB XI und Versichertenstammdaten § 288 SGB V

Limitationen

Für die Datenjahre 2020 und 2021 ist zu berücksichtigen, dass die Covid-19-Pandemie die ansonsten über die Jahre relativ konstanten Inanspruchnahmemuster und damit einhergehende dokumentierte Abrechnungsinformationen und Diagnosen wesentlich verändert hat. Für alle dargelegten Analysen gilt insofern, dass die Effekte der Pandemie bei der Interpretation der beschriebenen Versorgungsaspekte und insbesondere der beobachteten Veränderungsraten zum Vorjahr zu berücksichtigen sind.

Ferner sind in Routinedaten nicht alle Informationen enthalten, die für die Beantwortung von Fragestellungen im Kontext selbstorganisierter Pflegesettings von Interesse wären. Neben sozioökomischen Aspekten (wie Bildungsstand und Einkommen) sind dies insbesondere Informationen über das Pflegenetzwerk, die häusliche Wohnsituation (Barrierefreiheit etc.) und – ganz wichtig – ob es sich um Haushalte mit einem Live-in-Arrangement (24-Stunden-Pflege) handelt. Solche Haushalte können sich in allen vier in dieser Untersuchung differenzierten Settings verbergen, aber nicht isoliert betrachtet werden.

Mit Blick auf konkrete Leistungen der Pflegeversicherung ist ferner auf folgende Unschärfen hinzuweisen: Informationen, ob und wann Versicherte eine Pflegeberatung nach § 7a SGB XI erhalten haben, sind in den im WIdO verfügbaren Abrechnungsdaten ebenso wenig enthalten wie Informationen zu möglichen Umwidmungen der Kurz- und Verhinderungspflege.

Keine Aussagen zu Wirkungen

Die Vergleiche der ambulanten Pflegesettings sind vorrangig beschreibend. Schließende Analysen sind methodisch nicht angelegt. Aussagen zur Wirkung von z. B. ausschließlich selbst organisierten Settings auf die Stabilität der Settings oder auf die gesundheitliche Versorgung sind auf Grundlage der Ergebnisse nicht möglich.

1.2 Abgrenzung der selbstorganisierten Pflegesettings

Für die Studie wird differenziert nach Pflegehaushalten (hier „Versorgungssettings“ genannt), die allein auf familiäre und solche, die auf beruflich/professionell Pflegende zurückgreifen. Ferner bilden Pflegebedürftige mit Grad 1 eine separate Subgruppe („Typ I: Grad 1“). Die vier Versorgungssettings sind wie folgt operationalisiert (Tabelle 1):

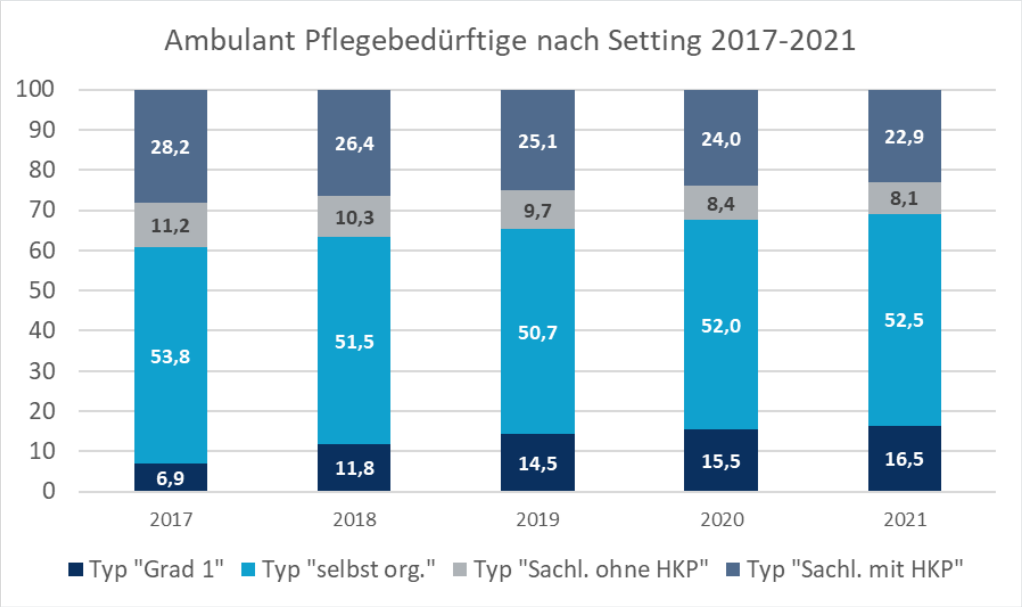
- Typ II („selbst org.“) umfasst selbstorganisierte Pflegesettings, in denen neben Pflegegeldbezug (§ 37 SGB XI) ausschließlich noch Verhinderungspflege (§ 39 SGB XI) oder Leistungen der nach Landesrecht anerkannten Angebote zur Unterstützung im Alltag (§ 45b SGB XI, Entlastungsbetrag) genutzt werden.
- Pflegehaushalte, die Unterstützung durch einen ambulanten Pflegedienst erhalten – sei es als Kombinationsleistung (§ 38 SGB XI), als reine Sachleistung (§ 36 SGB XI) oder GKV-finanziert in Form von medizinischer Behandlungspflege nach § 37 SGB V (HKP) – oder aber über Tagespflege (§ 41 SGB XI) oder Kurzzeitpflege (§ 42 SGB XI) in Kontakt mit professioneller Pflege stehen, sind als Typ III („Sachl. ohne/mit HKP“) zusammengefasst. Je nachdem, ob HKP genutzt wird oder nicht, wird nach Sachleistungstyp IIIa und IIIb differenziert.

Tabelle 1: Definition der analysierten ambulanten Pflegesettings – Operationalisierung „selbst organisierte Pflege“

Typ I: Pflegegrad 1	Typ II: Selbst organisierte Pflege	Typ III: Sachleistungsempfänger (Pflege mit professioneller Unterstützung)	
		Typ IIIa: ohne HKP	Typ IIIb: mit HKP
mind. 1 Tag Bewilligung des Pflegegrad 1 im Quartal (unabhängig von weiteren Leistungsbezügen) – ohne PG1, die vollstationäre Leistungen beziehen	mind. 1 Tag Bezug von Pflegegeld nach §37 SGB XI im Quartal und keine weitere Leistung nach §36, §38, §38a §41, §42 SGB XI oder HKP nach §37 SGB V und NICHT PG 1	mind. 1 Tag Bezug von Sach- oder Kombinationsleistung nach §36 bzw. §38, §38a, §41, §42 SGB XI nach §37 SGB V im Quartal und NICHT PG 1	
	UND kein Bezug von HKP	UND kein Bezug von HKP	UND mind. 1 Tag Bezug von HKP
	mind. 1 Tag Bezug von §39 und §45b möglich	mind. 1 Tag Bezug von §39 und §45b möglich	
ohne §43a SGB XI	ohne §43a SGB XI	ohne §43a SGB XI	

Abbildung 1 zeigt die Verteilung der in die Studie einbezogenen ambulant Pflegebedürftigen auf die Settings. Mehr als die Hälfte (52,5 %) der ambulant Versorgten sind dies demnach in rein selbst organisierten Pflegearrangements. Fast jede dritte Person (31,0 %) ist in formalen Settings zu verorten, rund zwei von drei beziehen GKV-finanzierte HKP-Leistungen. Im zeitlichen Verlauf zeigt sich deutlich die Zunahme der Pflegehaushalte mit einem Schweregrad 1 (Typ I), parallel hierzu sinkt der Anteil derjenigen mit Sachleistungsbezug (Typ III).

Abbildung 1: Häufigkeit der definierten Pflegesettings 2017–2021



Quelle: AOK-Routinedaten, alters- und geschlechtsstandardisiert auf Basis der KM 6

© WIdO 2024

1.3 Leistungskombinationen in den jeweiligen Pflegesettings

Innerhalb der definierten Pflegetypen überwiegen spezifische Inanspruchnahmemuster. Tabelle 2 zeigt auf, welche weiteren Leistungen Pflegebedürftige mit Grad 1 nutzen. 2,6 % der insgesamt 16,5 % Typ-I-Pflegebedürftigen nutzen Leistungen der HKP (§ 37 SGB V), 6,1 % den Entlastungsbetrag nach § 45b.

Tabelle 2: Leistungskombinationen innerhalb des Typ I „Grad 1“ im Durchschnitt der Quartale 2021

PG1	§ 36	§ 37 SGB V	§ 37	§ 38a	§ 39	§ 41	§ 42	§ 45b	Anteil in %
1	0	0	0	0	0	0	0	0	9,4
1	0	0	0	0	0	0	0	**1**	4,5
1	0	**1**	0	0	0	0	0	**1**	1,6
1	0	**1**	0	0	0	0	0	0	1,0
Insgesamt von allen ambulant Pflegebedürftigen									**16,5**

Quelle: AOK-Routinedaten, alters- und geschlechtsstandardisiert auf Basis der KM 6; 0 = nein, 1 = ja **© WIdO 2024**

In den ausschließlich selbst organisierten Pflegesettings nutzen 34,5 % der 52,5 % keinerlei weitere Leistungen der Pflegeversicherung, rund 8,9 % den Entlastungsbetrag und insgesamt mit 9,1 % ebenso viele die Verhinderungspflege (Tabelle 3).

Tabelle 3: Leistungskombinationen innerhalb des Typ II „Selbst organisierte Pflege“ im Durchschnitt der Quartale 2021

PG1	§ 36	§ 37 SGB V	§ 37	§ 38a	§ 39	§ 41	§ 42	§ 45b	Anteil in %
0	0	0	**1**	0	0	0	0	0	34,5
0	0	0	**1**	0	0	0	0	**1**	8,9
0	0	0	**1**	0	**1**	0	0	0	5,3
0	0	0	**1**	0	**1**	0	0	**1**	3,8
Insgesamt von allen ambulant Pflegebedürftigen									**52,5**

Quelle: AOK-Routinedaten, alters- und geschlechtsstandardisiert auf Basis der KM 6; 0 = nein, 1 = ja **© WIdO 2024**

Deutlich heterogener wird der Leistungsbezug im Typ III (Tabelle 4) Die überwiegende Mehrzahl der Pflegebedürftigen im Sachleistungssetting ohne HKP-Leistung (Typ IIIa) (7,2 %, bezogen auf alle ambulant Pflegebedürftigen) empfangen Kombinationsleistungen, d. h. sie erhalten auch Pflegegeld (§ 37 SGB XI). Häufig (5,6 %) genutzt wird ferner der Entlastungsbetrag (§ 45b SGB XI); alle übrigen Leistungskombinationen sind eher selten.

Tabelle 4: Leistungskombinationen innerhalb des Typ IIIa „Pflege mit professioneller Unterstützung ohne HKP“ im Durchschnitt der Quartale 2021

PG1	§ 36	§ 37 SGB V	§ 37	§ 38a	§ 39	§ 41	§ 42	§ 45b	Anteil in %
0	**1**	0	**1**	0	0	0	0	**1**	2,5
0	**1**	0	**1**	0	0	0	0	0	1,6
0	0	0	**1**	0	0	**1**	0	**1**	0,8
0	**1**	0	**1**	0	**1**	0	0	**1**	0,6
0	**1**	0	0	0	0	0	0	**1**	0,6
0	0	0	**1**	0	0	0	**1**	**1**	0,3
0	**1**	0	1	0	0	**1**	0	1	0,2
0	**1**	0	0	0	0	0	0	0	0,2
0	0	0	**1**	0	**1**	**1**	0	**1**	0,2
0	**1**	0	**1**	0	**1**	0	0	0	0,2
Sonstige Kombinationen									1,9
Insgesamt von allen ambulant Pflegebedürftigen									**8,1**

Quelle: AOK-Routinedaten, alters- und geschlechtsstandardisiert auf Basis der KM6; 0 = nein, 1 = ja **© WIdO 2024**

Bei der Gruppe der Sachleistungsempfangenden mit HKP Typ IIIb (Tabelle 5) verhält es sich ähnlich: Die überwiegende Mehrzahl nutzt auch das Pflegegeld (19,1 %, bezogen auf alle ambulant Pflegebedürftigen) und auch hier ist mit 15,7 % der Entlastungsbetrag die häufigste Ergänzung. Die einzige weitere von der Häufigkeit relevante Ergänzungsleistung in diesem Setting ist die Verhinderungspflege mit insgesamt 4,2 % Nutzenden.

Tabelle 5: Leistungskombinationen innerhalb des Typ IIIb „Pflege mit professioneller Unterstützung mit HKP“ im Durchschnitt der Quartale 2021

PG1	§ 36	§ 37 SGB V	§ 37	§ 38a	§ 39	§ 41	§ 42	§ 45b	Anteil in %
0	**1**	**1**	**1**	0	0	0	0	**1**	5,0
0	0	**1**	**1**	0	0	0	0	0	3,5
0	0	**1**	**1**	0	0	0	0	**1**	3,1
0	**1**	**1**	**1**	0	0	0	0	0	2,2
0	**1**	**1**	0	0	0	0	0	**1**	2,1
0	**1**	**1**	**1**	0	**1**	0	0	**1**	1,4
0	0	**1**	**1**	0	**1**	0	0	**1**	1,1
0	**1**	**1**	**1**	0	0	**1**	0	**1**	0,6
0	**1**	**1**	0	0	0	0	0	0	0,5
0	0	**1**	**1**	0	**1**	0	0	0	0,5
Sonstige Kombinationen									3,1
Insgesamt von allen ambulant Pflegebedürftigen									**22,9**

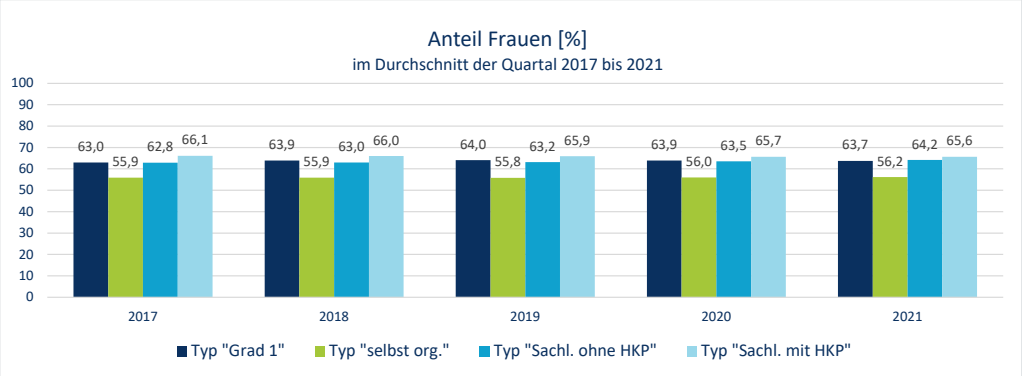
Quelle: AOK-Routinedaten, alters- und geschlechtsstandardisiert auf Basis der KM6; 0 = nein, 1 = ja **© WIdO 2024**

2 Selbst organisierte Pflegesettings in Abgrenzung zu anderen ambulanten Versorgungsformen

2.1 Alters- und Geschlechtsverteilung je Setting

Die Mehrzahl der in der Häuslichkeit versorgten Pflegebedürftigen ist weiblich. Während sich in der selbst organisierten Pflege mit 56 % der geringste Anteil an Frauen im Jahr 2021 findet, belaufen sich die Anteile bei Pflegebedürftigen mit Grad 1 (Typ I) sowie bei jenen mit Sachleistungen ohne (Typ IIIa) bzw. mit HKP (Typ IIIb) auf 64 % bis 66 % (Abbildung 2). Was auf den ersten Blick ebenso deutlich wird: Diese Anteile je Setting bleiben im Zeitverlauf stabil, hier bezogen auf die Jahre 2017 bis 2021.

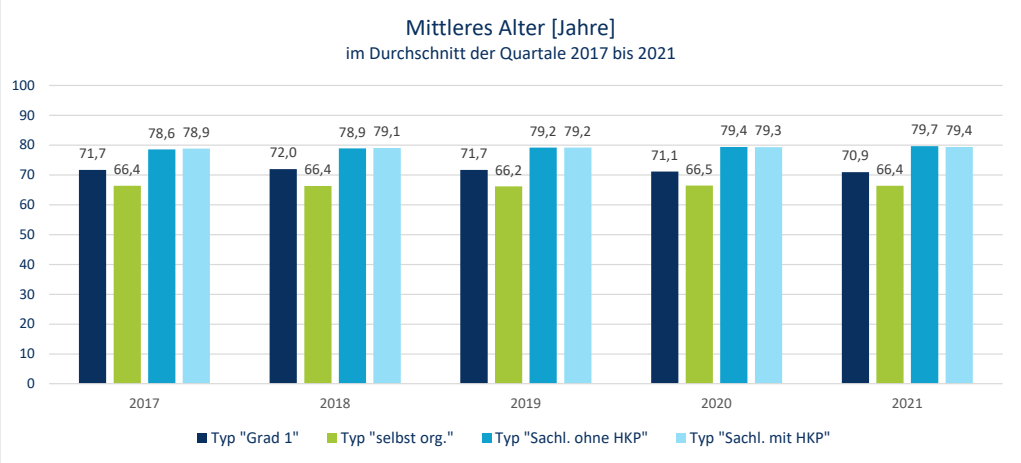
Abbildung 2: Anteil Frauen unter den ambulant Pflegebedürftigen nach Setting im Durchschnitt der Quartale 2017–2021



Quelle: AOK-Routinedaten, alters- und geschlechtsstandardisiert auf Basis der KM 6 **© WIdO 2024**

Jene Pflegebedürftigen, die ausschließlich Pflegegeld empfangen, weisen nicht nur den geringsten Anteil an Frauen auf, sondern markieren auch in Bezug auf das Alter den unteren Punkt der Skala (Abbildung 3). Sie waren im Jahr 2021 im Schnitt knapp 66 Jahre alt, Sachleistungsempfangende mit und auch ohne HKP waren im gleichen Berichtsjahr im Schnitt 13 bis 14 Jahre älter. Veränderungen bzw. Verschiebungen hinsichtlich des Durchschnittsalters der Betroffenen lassen sich nicht ausmachen, die Werte bleiben in den betrachteten fünf Jahren nahezu konstant.

Abbildung 3: Durchschnittsalter der ambulant Pflegebedürftigen nach Setting im Durchschnitt der Quartale 2017–2021

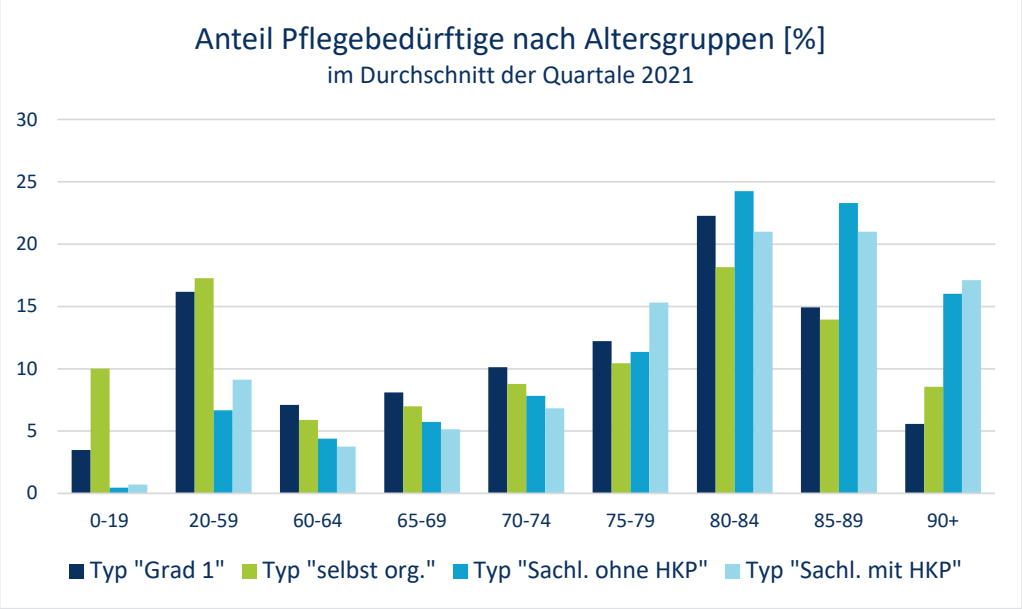


Quelle: AOK-Routinedaten, alters- und geschlechtsstandardisiert auf Basis der KM6 **© WIdO 2024**

Die relativ ähnliche Altersstruktur bei den Sachleistungsempfangenden mit und ohne HKP bestätigt auch Abbildung 4 (2021): Während jeweils lediglich knapp 1 % maximal 19 Jahre alt ist, gehören 64 % (ohne HKP) bzw. 59 % (mit HKP) der Sachleistungsempfangenden zu der hochbetagten Gruppe der mindestens 80-Jährigen. Anders sieht es bei den Pflegebedürftigen aus, die lediglich Pflegegeld erhalten und die Pflege ansonsten selbst organisieren: Ein Zehntel von ihnen ist unter 20 Jahre alt, „nur“ vier Zehntel sind 80 Jahre oder älter (Abbildung 4). In diesem Setting der selbst organisierten Pflege ist demgegenüber der Anteil an unter 65-Jährigen dreimal so hoch wie in der Gruppe der Sachleistungsempfangenden ohne HKP (33,2 % versus 11,5 %).

Fazit: Pflegebedürftige in rein selbst organisierten Settings sind per se wesentlich jünger als jene in Vergleichssettings. Einzig Pflegebedürftige mit Pflegegrad 1 (Typ I) fallen hier heraus – sie sind ebenfalls eine eher junge Gruppe (Abbildung 4).

Abbildung 4: Ambulant Pflegebedürftige nach Altersgruppen je Setting im Durchschnitt der Quartale 2021

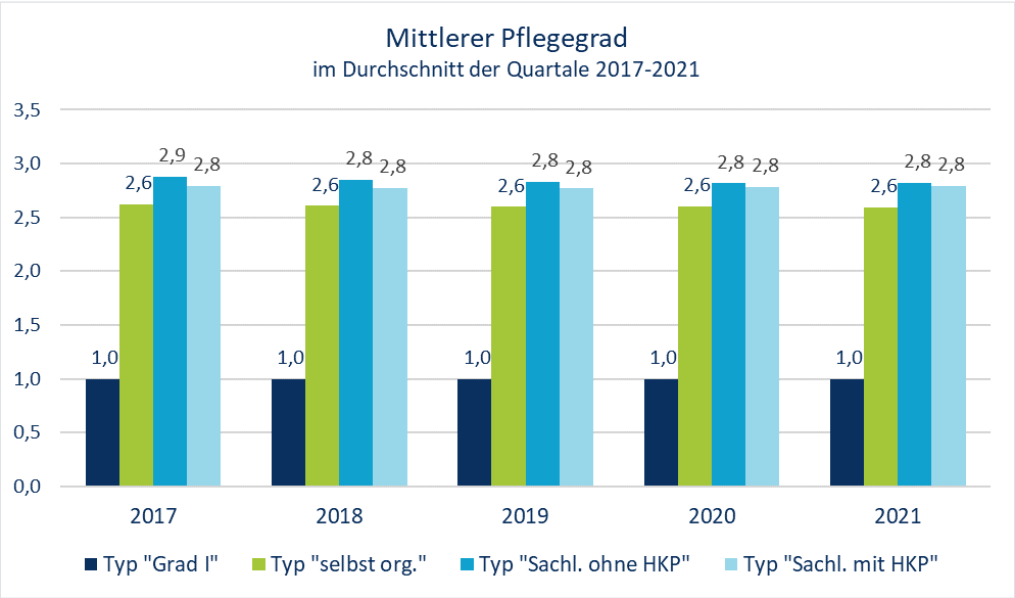


Quelle: AOK-Routinedaten, alters- und geschlechtsstandardisiert auf Basis der KM 6 **© WIdO 2024**

2.2 Pflegeschwere je Setting

Einen weiteren interessanten Befund liefert Abbildung 5: Ganz gleich, ob die pflegebedürftige Person Sachleistungen (plus ggf. häusliche Krankenpflege) erhält oder lediglich Pflegegeld bezieht, die mittlere Pflegeschwere – in Form des durchschnittlichen Pflegegrads – ist nahezu die gleiche. Und: Sie veränderte sich auch nicht in den Jahren 2017 bis 2021. Seit 2017 existieren mit der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs fünf Pflegegrade. Bei allen drei Settings in Abbildung 5 liegt der Durchschnitt knapp bei Pflegegrad 3 in jedem einzelnen Jahr und bei jeder Gruppe. Bei Pflegebedürftigen mit Pflegegrad 1 liegt der Durchschnittswert natürlich qua Definition konstant bei 1.

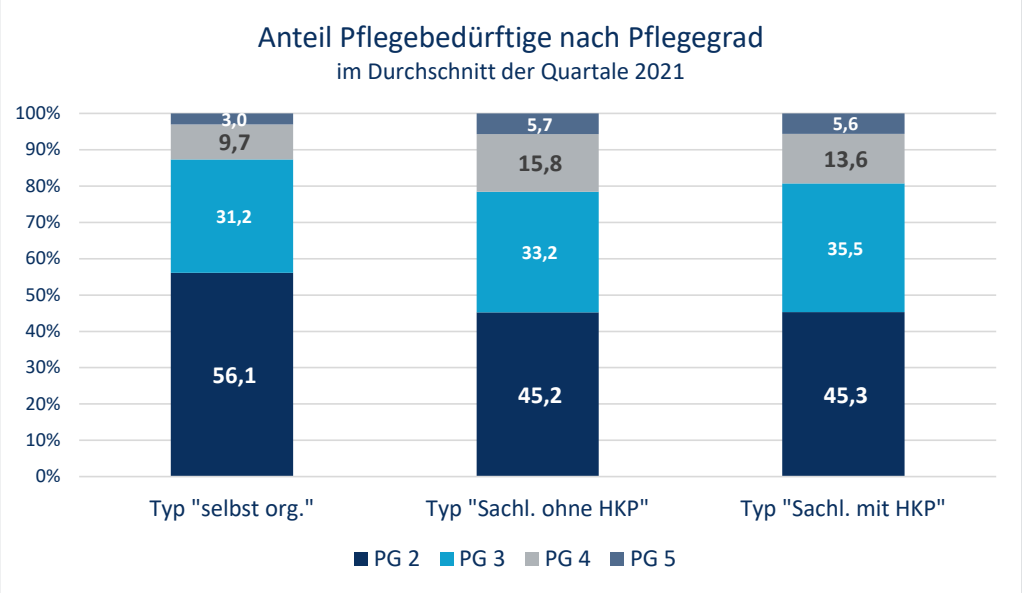
Abbildung 5: Durchschnittliche Pflegeschwere der ambulant Pflegebedürftigen nach Setting im Durchschnitt der Quartale 2017–2021



Quelle: AOK-Routinedaten, alters- und geschlechtsstandardisiert auf Basis der KM6 **© WIdO 2024**

Der Eindruck eines gleichen Niveaus der mittleren Pflegeschwere bei Pflegegeldempfangenden sowie Sachleistungsempfangenden mit und ohne HKP verändert sich bei genauerem Blick auf die Verteilung der Pflegegrade je Setting. Basis sind auch hier die Daten aus dem Berichtsjahr 2021 (im Durchschnitt der Quartale). So erscheint – gemessen an den Pflegegraden als potenziellen Proxy für den Gesundheitszustand – die Gruppe jener Pflegebedürftigen, die ihre Pflege selbst organisieren, wesentlich gesünder. Während hier knapp 13 % schwerste Beeinträchtigung der Selbständigkeit (mit besonderen Anforderungen an die pflegerische Versorgung) aufweisen, entfallen in den beiden Vergleichssettings jeweils circa ein Fünftel auf die Pflegegrade 4 und 5 (ohne HKP: 21,5 %; mit HKP: 19,2 %) (Abbildung 6).

Abbildung 6: Anteil ambulant Pflegebedürftige nach Pflegegrad je Setting im Durchschnitt der Quartale 2021



Quelle: AOK-Routinedaten, alters- und geschlechtsstandardisiert auf Basis der KM 6 **© WIdO 2024**

2.3 Einschränkungen in den NBA-Modulbereichen und Empfehlungen des MD je Pflegesetting

Das Ausmaß an Pflegebedürftigkeit drückt sich seit 2017 in fünf Pflegegraden aus und beschreibt das Maß an selbstständiger Alltagsbewältigung auf der einen Seite und dem Maß an erforderlicher Unterstützung in definierten Bereichen auf der anderen Seite. Je höher der Pflegegrad, umso stärker beeinträchtigt sind die Betroffenen in ihrer Selbstständigkeit und damit umso stärker liegen kognitive, psychische und auch soziale Einschränkungen vor.

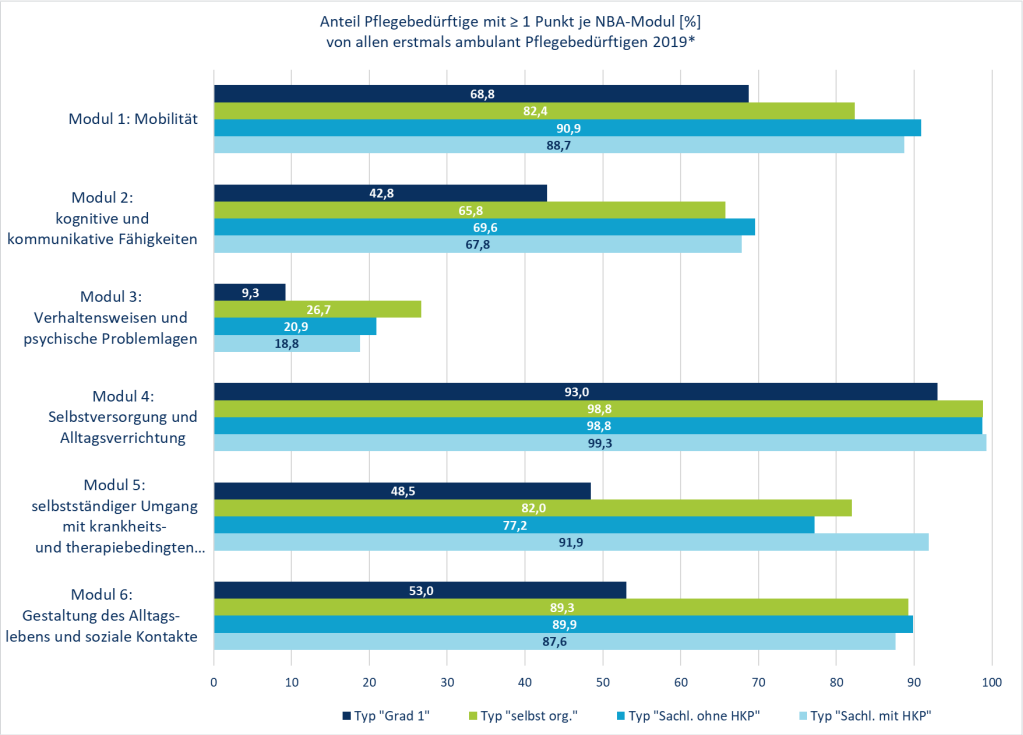
Um eine Pflegebedürftigkeit bei einer oder einem Betroffenen festzustellen, erfolgt eine sogenannte Begutachtung durch den Medizinischen Dienst (MD). Das Neue Begutachtungsassessment – kurz NBA – sieht die Ermittlung von Informationen bzw. Bewertung der vorliegenden Fähigkeiten und Bedarfe auf Basis von sechs Modulen vor (§ 15 SGB XI). Für jedes dieser in Abbildung 7 aufgeführten Module berechnet das NBA einen Summenwert ebenso wie einen gewichteten Punktwert, der sicherstellt, dass sich bspw. das Modul 4 „Selbstversorgung und Alltagsverrichtung“ am stärksten im Ergebnis widerspiegelt. Bei Modul 2 ist zusätzlich geregelt, dass nur das Modul mit der höchsten Punktzahl (und dann auch gewichtet) eingeht.[2]

Abbildung 7 gibt einen Überblick über die MD-Pflegebegutachtungen gemäß NBA bei den neu in die Pflege eingetretenen Personen für das Berichtsjahr 2019. Zu entnehmen ist der Anteil der Pflegebedürftigen mit Grad 1, Pflegegeld sowie mit Sachleistungen

[2] Siehe Richtlinien des Medizinischen Dienstes Bund zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit nach dem SGB XI Stand 2023 unter https://md-bund.de/fileadmin/dokumente/Publikationen/SPV/Begutachtungsgrundlagen/BRi_Pflege_29092023.pdf

plus bzw. ohne HKP, die in den entsprechenden Modulen mindestens einen Punkt und damit entsprechende Einschränkungen in diesem Bereich aufwiesen (rohe Punktzahl, 2019). Die Jahre 2020 und 2021 sind hier bewusst nicht dargestellt, weil von pandemiebedingten Verzerrungen auszugehen ist (u. a. Reduzierung der Begutachtungen, telefonische Begutachtung).

Abbildung 7: Anteil Pflegebedürftige mit mind. 1 Punkt je NBA-Modul je Setting von allen erstmals ambulant Pflegebedürftigen 2019 in %



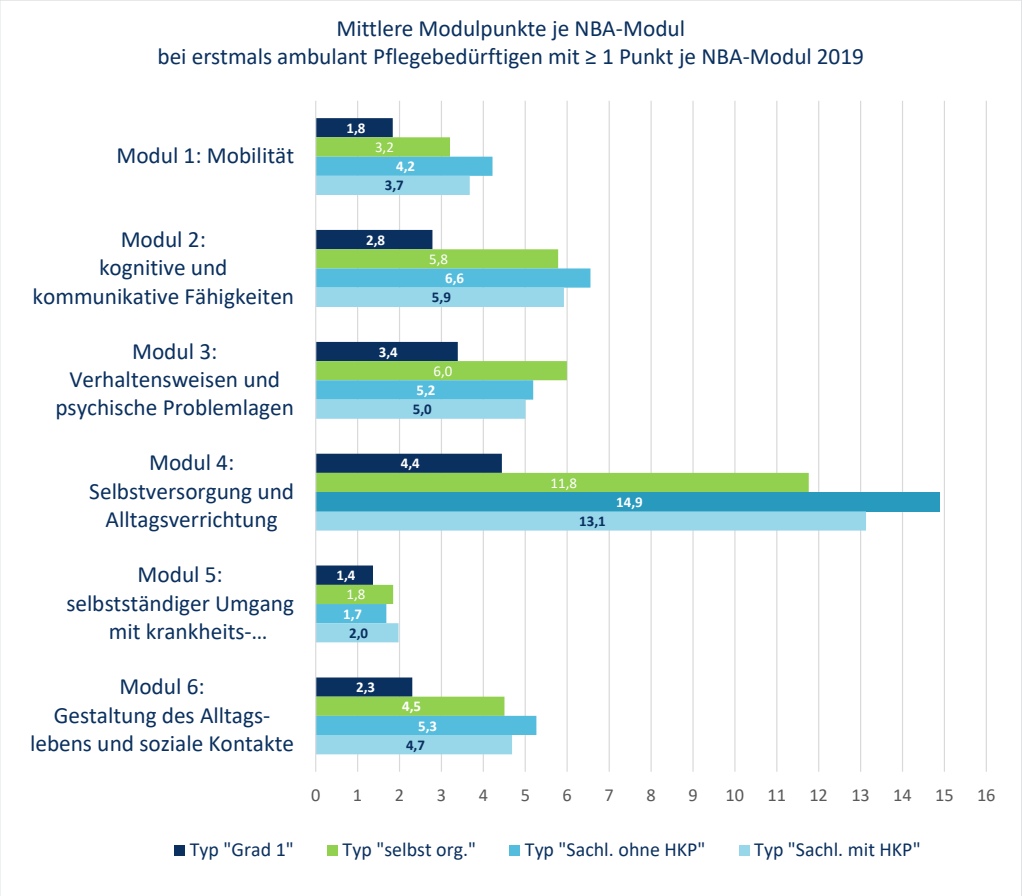
Quelle: AOK-Routinedaten, alters- und geschlechtsstandardisiert auf Basis der KM6 **© WIdO 2024**

Deutlich wird im Allgemeinen: So gut wie jede pflegebedürftige Person weist Defizite im Modul 4 mit Kriterien zur Selbstversorgung und Alltagsbewältigung auf. Der geringste Anteil zeigt sich hier bei Menschen mit Pflegegrad 1 (93,0 %). Von den Pflegebedürftigen, die Pflegegeld beziehen und ansonsten die Versorgung selbstständig organisieren, sind von diesen Defiziten rund 99 % betroffen. Wesentlich seltener liegen in dieser Gruppe Beeinträchtigungen im Modul 3 „Verhaltensweisen und psychische Problemlagen“ vor: Rund ein Viertel (26,7 %) kennzeichnen hier Defizite. Obwohl dieses Modul die modulvergleichend geringsten Werte bei allen Settings aufweist, liegen die Anteile bei Grad-1-Pflegebedürftigen mit 9 % wesentlich niedriger, gefolgt von den Werten der Sachleistungsempfangenden mit HKP (18,8 %) und ohne HKP (20,9 %) (Abbildung 7).

Abbildung 8 bestätigt für das Jahr 2019, dass erstmals ambulant Pflegebedürftige, die ausschließlich Pflegegeld und sonst keine weiteren Leistungen empfangen, bei vier von sechs Modulen geringere Defizite im Vergleich zu den Sachleistungsempfangenden aufweisen (Abbildung 8). Am stärksten ist diese Differenz bei Modul 1 – Mobilität sowie bei Modul 4 – Selbstversorgung und Alltagsverrichtung zu sehen. Wiederum etwas häufiger bei Pflegegeldbeziehenden im selbst organisierten Setting sind kritische

Verhaltensweisen und psychische Problemlagen dokumentiert (6,0 % versus 5,2 % Sachleistungsempfangende ohne HKP bzw. 5,0 % mit HKP). Auf erstmals ambulant Pflegebedürftige mit Grad 1 entfallen erwartungskonform bei allen Modulen des NBA die niedrigsten durchschnittlichen Punkte.

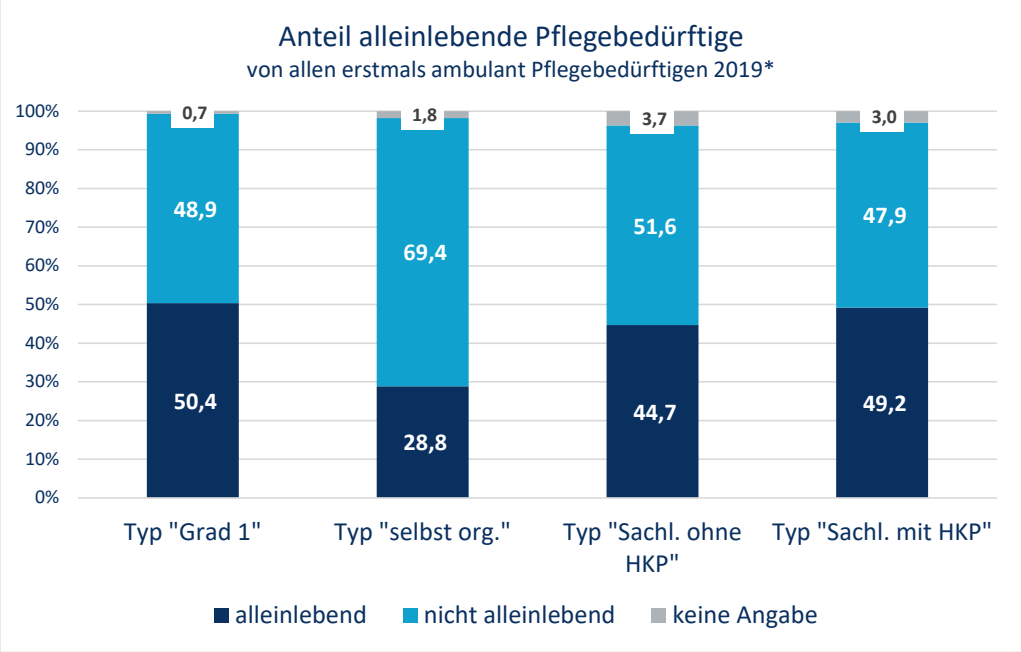
Abbildung 8: Durchschnittliche Modulpunktzahl je NBA Modul bei erstmals ambulant Pflegebedürftigen mit mind. 1 Punkt je NBA Modul je Setting 2019



Quelle: AOK-Routinedaten, alters- und geschlechtsstandardisiert auf Basis der KM 6 **© WIdO 2024**

Was in diesem Kontext ebenfalls zu vermuten ist, bestätigt ferner Abbildung 9: Jene erstmals ambulant Pflegebedürftigen, die Pflegegeld beziehen und ansonsten die Versorgung selbstständig organisieren, leben wesentlich seltener allein. Zwei von drei Pflegegeld-Empfangenden leben mit weiteren Personen im Haushalt zusammen, rund 29 % demgegenüber allein. In den anderen hier betrachteten Settings zählen 45 % bis 50 % zu den Alleinlebenden gemäß MD-Begutachtungsinformationen.

Abbildung 9: Anteil alleinlebende Pflegebedürftige nach Setting von allen erstmals ambulant Pflegebedürftigen 2019*, in %



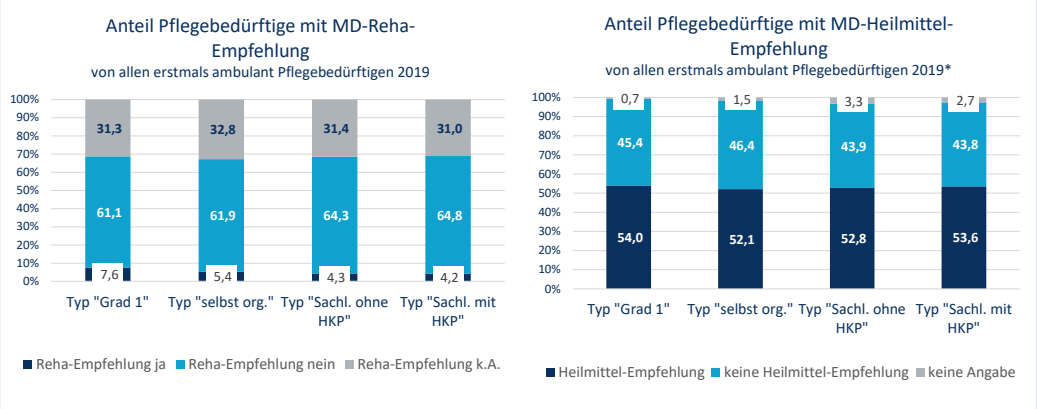
Quelle: AOK-Routinedaten, alters- und geschlechtsstandardisiert auf Basis der KM 6 **© WIdO 2024**

Der MD kann im Rahmen des NBA eine Empfehlung für eine Rehabilitation oder auch für Heilmittel dokumentieren. Abbildung 10 unterstreicht zunächst in einer recht globalen Betrachtung, dass die Pflegegeldempfangenden mit selbst organisierter Versorgung nicht sonderlich häufiger (5,4 %) eine Reha-Empfehlung erhalten als die Sachleistungsempfangenden (ohne HKP: 4,3 %, mit HKP: 4,2 %). Unabhängig vom Setting der Versorgung findet sich demgegenüber bei zwei Drittel der analysierten Pflegebedürftigen im Jahr 2019 keine Empfehlung für eine Rehabilitation. Bei einem Drittel findet sich keine Angabe.

Viel häufiger spricht der MD im NBA-Kontext eine Heilmittel-Empfehlung aus. Etwa die Hälfte der Pflegebedürftigen weist diese im Jahr 2019 auf (Abbildung 10). Interpretierungswürdige Unterschiede der Anteile zwischen den Settings lassen sich nicht ausmachen. Wichtig: Dass die Empfehlungen so gleich verteilt bzw. ähnlich häufig bei Pflegebedürftigen der avisierten Settings ausfallen, lässt nicht auf die tatsächliche Inanspruchnahme der empfohlenen Reha bzw. Heilmittel, d. h. die Realisierung der Empfehlung, schließen. Hier sind Abweichungen der Realisierung/Inanspruchnahme von der Empfehlungshäufigkeit bereits über den Bericht des GKV-SV nach § 18a SGB XI[3] dargelegt und zudem settingspezifische Differenzen durchaus erwartbar.

[3] https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/pflegeversicherung/richtlinien__vereinbarungen__formulare/pflege_berichte/2022_3/2023-08-31_Bericht_Reha-Empfehlungen__18a.pdf

Abbildung 10: Anteil Pflegebedürftige mit MD-Empfehlung für Reha bzw. Heilmittel nach Setting von allen erstmals ambulant Pflegebedürftigen 2019*



Quelle: AOK-Routinedaten, alters- und geschlechtsstandardisiert auf Basis der KM 6 **© WIdO 2024**

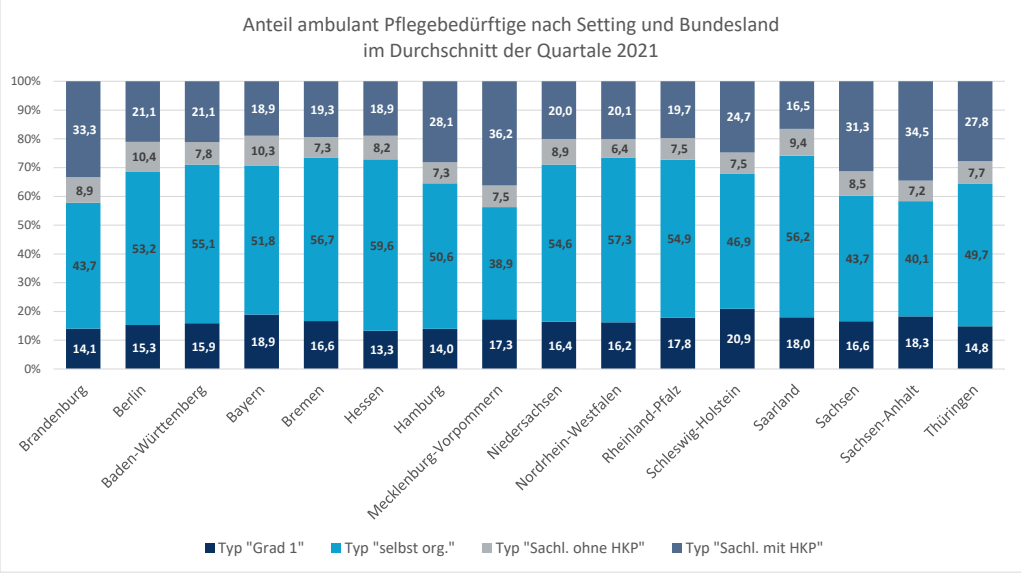
2.4 Regionale Varianz je Pflegesetting

Im Rahmen der Deskription der Pflegebedürftigen der verschiedenen Versorgungssettings stellt sich auch die Frage nach einer regionalen Varianz der Häufigkeit von Pflegegeld-Empfangenden im Vergleich zu jenen mit Pflegegrad 1 und ebenso zu den Sachleistungsempfangenden. Hierbei liefert Abbildung 11 zunächst zwei eindrückliche Befunde. Zunächst: Die Annahme einer regionalen Varianz bestätigt sich. Und: Es zeigt sich ein deutlicher West-Ost-Unterschied. Die Top 5 der höchsten Anteile an Pflegebedürftigen mit Pflegegeld und ansonsten selbst organisierter Versorgung im Jahr 2021 finden sich in Hessen (59,6 %), Nordrhein-Westfalen (57,3 %), Bremen (56,7 %), im Saarland (56,2 %) und in Baden-Württemberg (55,1 %). Am anderen Ende des Rankings weisen nahezu ausschließlich (mit einer Ausnahme) die sogenannten neuen Bundesländer deutlich niedrigere Werte auf, allen voran Mecklenburg-Vorpommern mit 39 % Pflegebedürftigen mit selbst organisierter Versorgung, gefolgt von Sachsen-Anhalt (40,1 %), Brandenburg (43,7 %) und Sachsen (43,7 %) sowie Schleswig-Holstein (46,9 %). Ein höherer bzw. niedrigerer Anteil dieser Versorgungsart schlägt sich in Abbildung 11 vor allem in einem niedrigeren bzw. höheren Anteil der Sachleistungsempfangenden mit HKP nieder.

Stellt man alle Bundesländer so dar, als wäre die Alters- und Geschlechtsverteilung der ambulant Pflegebedürftigen in allen Bundesländern gleich und zudem wie über die amtliche Statistik PG2[4] für alle gesetzlich Versicherten bekannt, ändert sich zwar das Niveau der Unterschiede, letztlich bleibt das Bild aber gleich (Abbildung 12).

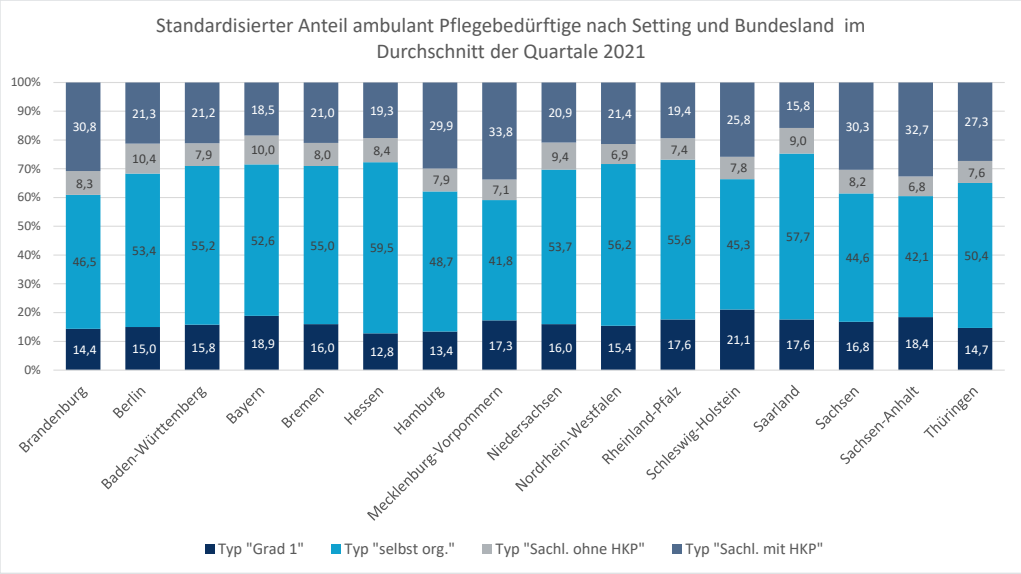
[4] BMG 2023 Leistungsempfänger nach Altersgruppen und Geschlecht abrufbar unter https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/pflege/pflegeversicherung-zahlen-und-fakten.html

Abbildung 11: Anteil ambulant Pflegebedürftige nach Setting und Bundesland im Durchschnitt der Quartale 2021



Quelle: AOK-Routinedaten, alters- und geschlechtsstandardisiert auf Basis der KM 6 **© WIdO 2024**

Abbildung 12: Alters- und geschlechtsstandardisierter Anteil ambulant Pflegebedürftiger nach Setting und Bundesland im Durchschnitt der Quartale 2021

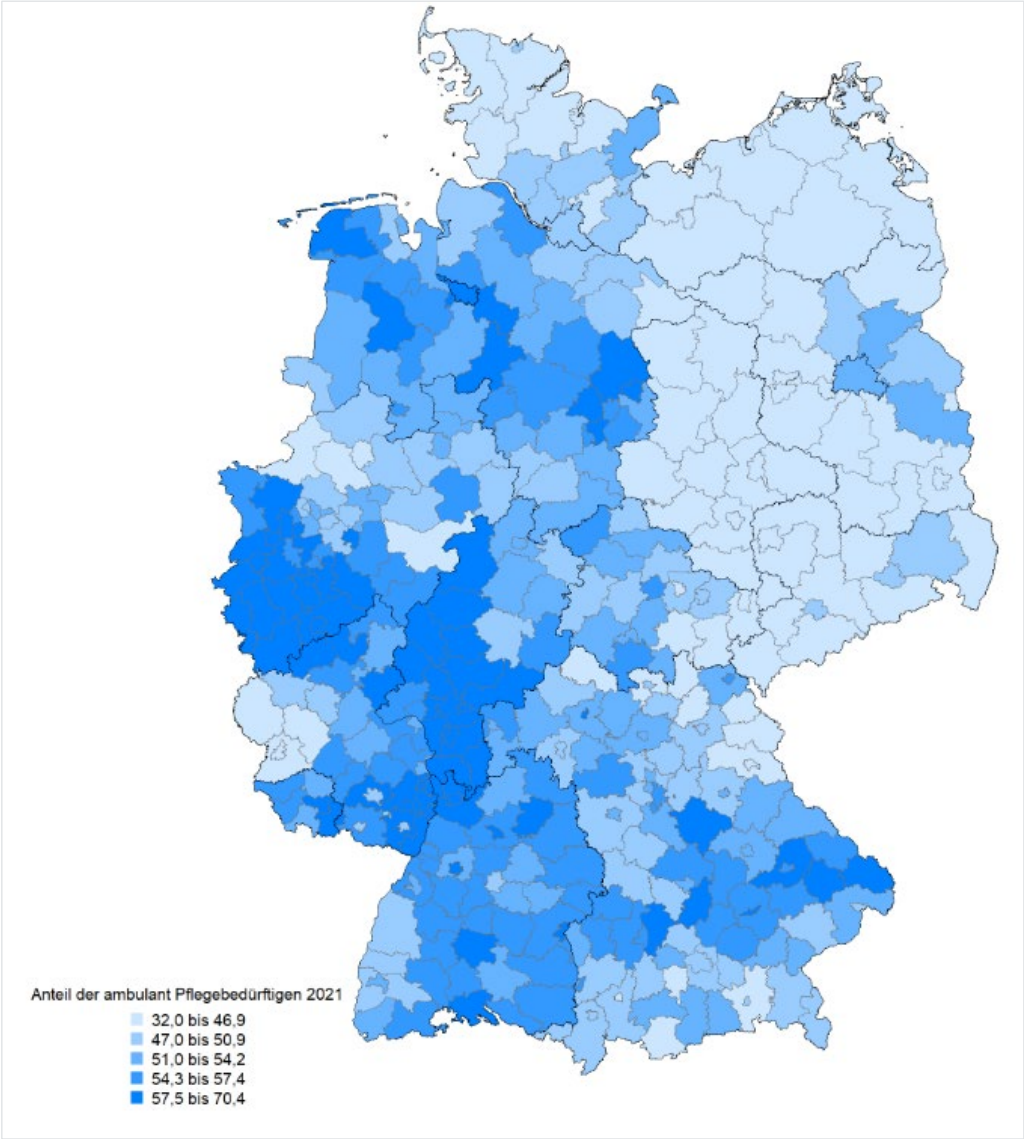


Quelle: AOK-Routinedaten, alters- und geschlechtsstandardisiert auf Basis der KM 6 und PG 2 **© WIdO 2024**

Die kartographische Auflösung der Häufigkeit von Pflegegeldempfangenden an allen ambulant Pflegebedürftigen auf Ebene der Kreise und kreisfreien Städte für das Jahr 2021 unterstreicht diese ausgeprägte regionale Schwankungsbreite (Abbildung 13). Während in einem Fünftel aller Kreise 32 % bis 47 % der Pflegebedürftigen im ambulanten Setting ausschließlich Pflegegeld beziehen, beläuft sich dieser Anteil in

einem weiteren Fünftel aller Kreise auf 58 % bis 70 %. Das West-Ost-Gefälle ist deutlich erkennbar.

Abbildung 13: Anteil Pflegebedürftige mit Pflegegeld, die sich ansonsten selbst organisiert versorgen (Typ II), an allen ambulant Pflegebedürftigen nach Kreis im Durchschnitt der Quartale 2021

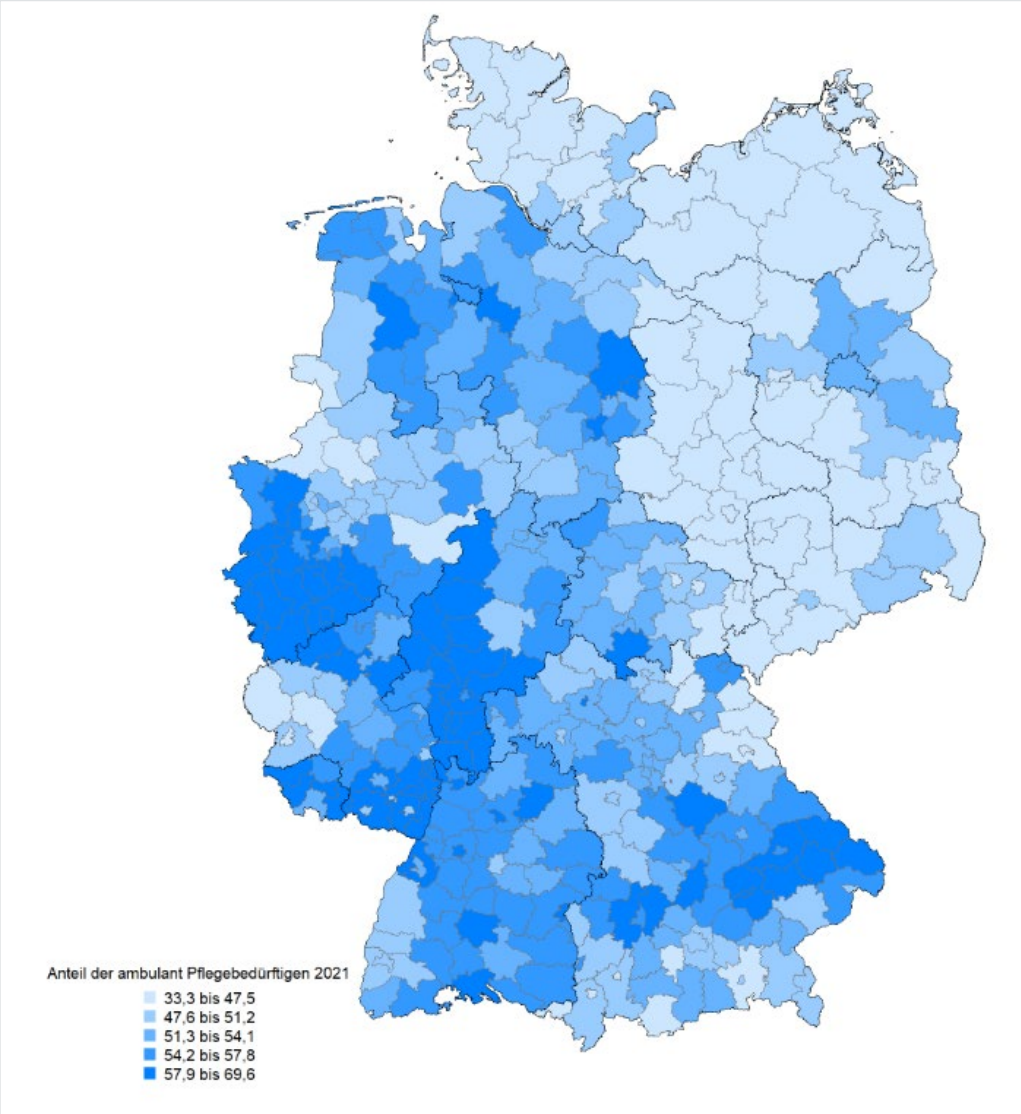


Quelle: AOK-Routinedaten, alters- und geschlechtsstandardisiert auf Basis der KM 6 **© WIdO 2024**

Bereinigt man die regionalen Unterschiede um Effekte, die aus der unterschiedlichen Alters- und Geschlechtsstruktur der Pflegebedürftigen resultieren[5], bleibt dennoch, wie Abbildung 14, das grundlegende Bild eines West-Ost-Gefälles bestehen.

[5] Die Standardisierung erfolgte indirekt, d. h. mittels der bundesweiten AOK-Typ II-Prävalenz und der jeweiligen Alters- und Geschlechtsverteilung in den Kreisen. Die auf dieser Basis je Kreis erwartete Prävalenz ist ausgewiesen.

Abbildung 14: Alters- und geschlechtsstandardisierter Anteil Pflegebedürftiger mit Pflegegeld, die sich ansonsten selbst organisiert versorgen (Typ II), an allen ambulant Pflegebedürftigen nach Kreis im Durchschnitt der Quartale 2021



Quelle: AOK-Routinedaten, alters- und geschlechtsstandardisiert auf Basis der KM 6; indirekte Standardisierung ohne Bezug zur PG2 wie oben, da die amtliche Statistik den hier operationalisierten Typ 2 nicht analog ausweist

© WIdO 2024

2.5 Zeitliche Verläufe je Pflegesettings

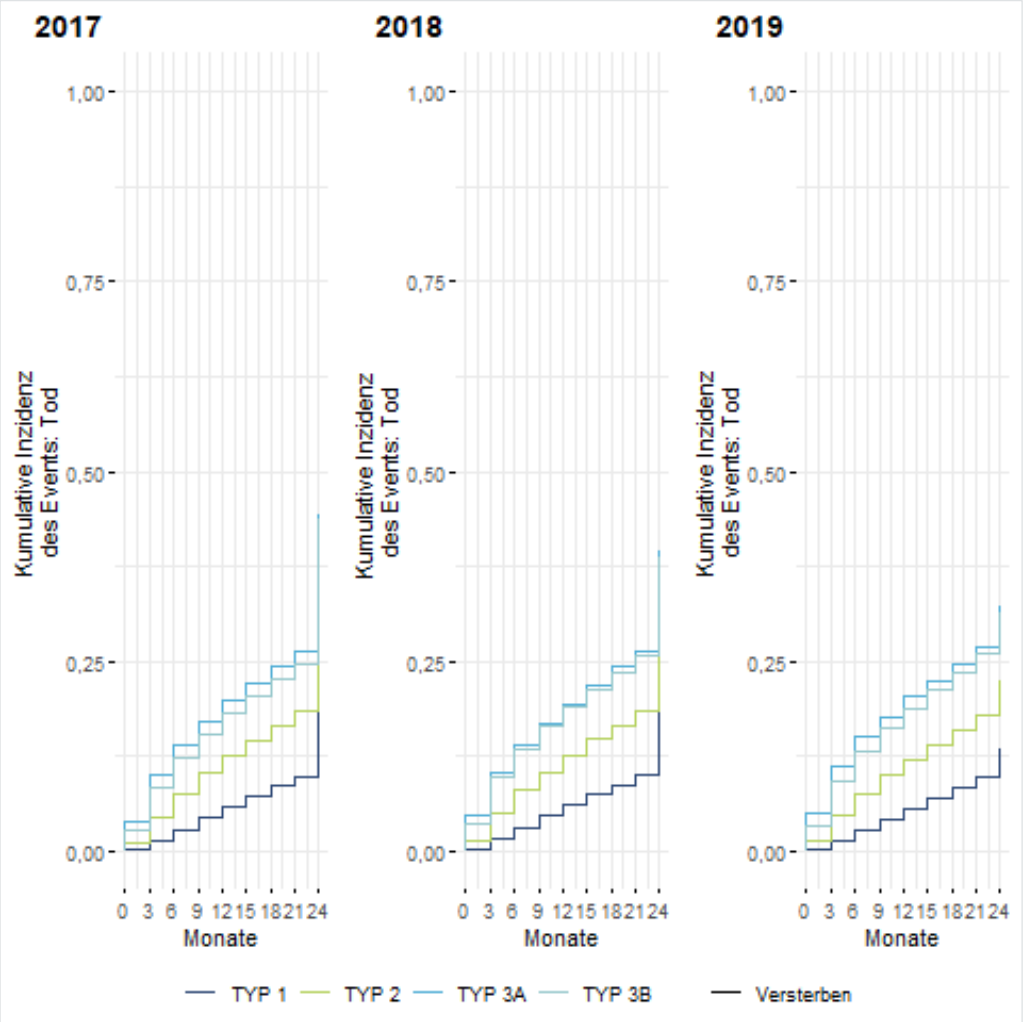
Betrachtet man die Zeitspanne, die die erstmals Pflegebedürftigen in der ambulanten Pflege verbleiben, so zeigen sich deutliche Unterschiede zwischen den Pflegesettings. Abbildung 15 und Abbildung 16 beschreibt für die drei Kohorten 2017 bis 2019 jeweils getrennt, wie viele der erstmals Pflegebedürftigen nach 24 Monaten verstarben oder in

die vollstationäre Pflege wechselten.[6] Von denen, die 2018 erstmals pflegebedürftig waren und rein selbst organisierte Versorgung wählten (Typ II), waren 24 Monate später rund 30 % (0,29) verstorben. Bei Personen, die mit Grad 1 in die Pflege einstiegen, belief sich dieser Wert auf rund 20 % (0,19) und bei denjenigen mit Sachleistungsbezug (ohne und mit HKP) auf 40 % und 39 %.

17 % der Personen mit Ersteinstufung bei Grad 1 im Jahr 2018 wechselten 24 Monate später in die vollstationäre Pflege. Bei der selbst organisierten Versorgung – Typ II – traf dies nach zwei Jahren ebenfalls auf 17 % der Pflegebedürftigen zu. Ein höherer prozentualer Anteil ist mit 35 % (Typ IIIa) bzw. 32 % (Typ IIIb) bei Personen mit Sachleistungsbezug (ohne und mit HKP) zu beobachten.

[6] Pflegebedürftige zählen auch dann in den dargelegten Analysen nicht mehr als „ambulant pflegebedürftig", wenn sie z. B. aufgrund längerer Krankenhausaufenthalte keine SGB-XI-Leistungen mehr beziehen oder die Pflegekasse wechseln, d. h. nicht mehr AOK-versichert sind. Dies trifft pro Quartal auf rund 5 % der Gesamtkohorte der hier untersuchten rund 900.000 erstmals Pflegebedürftigen zu.

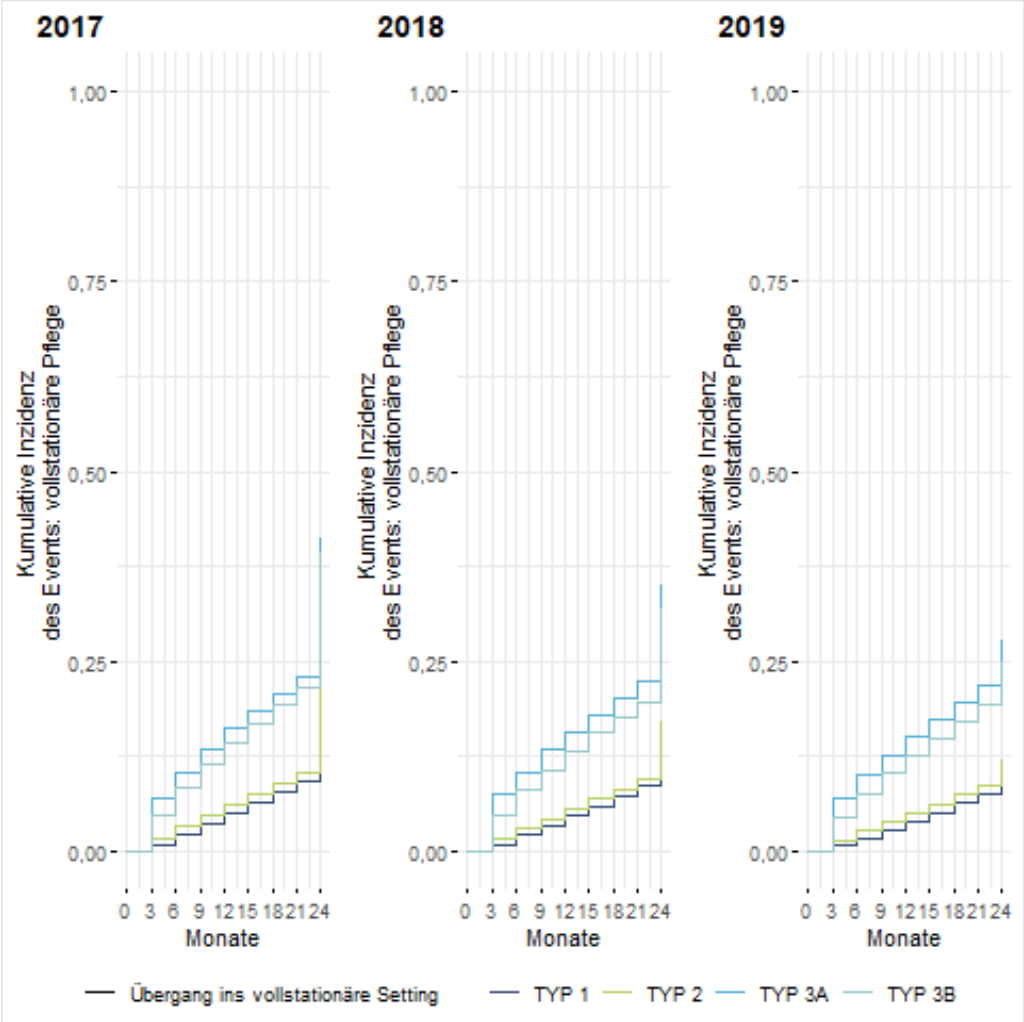
Abbildung 15: Kumulative Inzidenz des Ereignisses Tod* von erstmals ambulant Pflegebedürftigen (2017–2019) differenziert nach Setting bei Eintritt in die Pflege und nach Eintrittsjahr, in %



*Quelle: AOK-Routinedaten, alters- und geschlechtsstandardisiert auf Basis der KM 6; *Hierin enthalten sind auch Pflegebedürftige, die die AOK verlassen sowie solche, die über mehrere Monate keine Leistungen aus der Pflege mehr erhalten, da sie z. B. im Krankenhaus oder in einer Reha-Einrichtung betreut werden.*

© WIdO 2024

Abbildung 16: Kumulative Inzidenz des Ereignisses vollstationäre Pflege* von erstmals ambulant Pflegebedürftigen (2017–2019) differenziert nach Setting bei Eintritt in die Pflege und nach Eintrittsjahr, in %



*Quelle: AOK-Routinedaten, alters- und geschlechtsstandardisiert auf Basis der KM 6; *Hierin enthalten sind auch Pflegebedürftige, die die AOK verlassen sowie solche, die über mehrere Monate keine Leistungen aus der Pflege mehr erhalten, da sie z. B. im Krankenhaus oder in einer Reha-Einrichtung betreut werden.*

© WIdO 2024

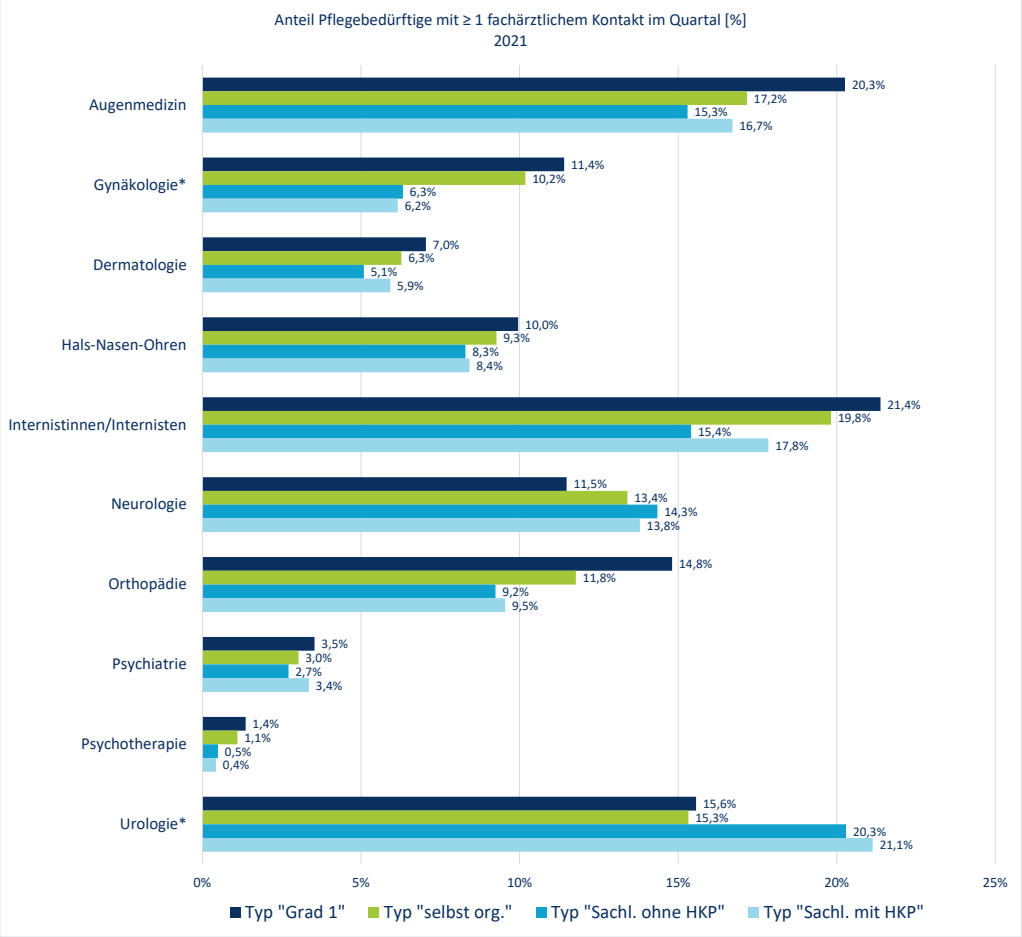
3 Gesundheitliche Versorgung in selbst organisierten Pflegesettings

3.1 Ambulant ärztliche Versorgung

Mehr als 87 % der ambulant lebenden bzw. versorgten Pflegebedürftigen wiesen 2021 (im Durchschnitt der Quartale) mindestens einen hausärztlichen Kontakt, d. h. einen entsprechenden Abrechnungsfall, auf. Ausschließlich Pflegegeldbeziehende betrifft dies zu 82 %, Sachleistungsempfange mit HKP zu 95 %, ohne HKP zu 92 % und Menschen mit Pflegegrad 1 zu 88 % im besagten Berichtszeitraum.

Knapp drei Viertel (71,2 %) sahen im gleichen Zeitraum mindestens einmal eine Fachärztin bzw. einen Facharzt. Abbildung 20 differenziert dieses Bild nach Facharztgruppen und nach den in der vorliegenden Auswertung unterschiedenen Settings. Folgende Facharztrichtungen dominieren hier die Kontakthäufigkeiten bei Pflegegeldbeziehenden, d. h. für diese finden sich die höchsten Anteile mit mindestens einem Kontakt im Quartal: die internistische Praxis (19,8 %), die augenärztlichen Akteure (17,2 %) sowie die Neurologinnen und Neurologen (13,4 %) (Abbildung 20). Insgesamt scheinen auch die anderen fachärztlichen Kontaktraten recht gering zu sein und belaufen sich – mit Ausnahme der Orthopädie – auf einstellige Anteile. Dieses Bild zeichnet sich jedoch nicht nur für die ausschließlich Pflegegeldbeziehenden, sondern auch für die anderen hier unterschiedenen drei Gruppen. Erkennbar ist jedoch, dass Pflegegeldbeziehende lediglich zu den Facharztgruppen Urologie, Neurologie und Psychiatrie seltener Kontakt haben als die Sachleistungsempfangenden (Abbildung 20).

Abbildung 17: Ambulant Pflegebedürftige mit mindestens einem Kontakt im Quartal für ausgewählte Facharztgruppen nach Setting im Jahr 2021



** Für die Facharztgruppen „Gynäkologie" bzw. „Urologie" werden ausschließlich die weiblichen bzw. die männlichen ambulant Pflegebedürftigen betrachtet.*

Quelle: AOK-Routinedaten, alters- und geschlechtsstandardisiert auf Basis der KM 6 **© WIdO 2024**

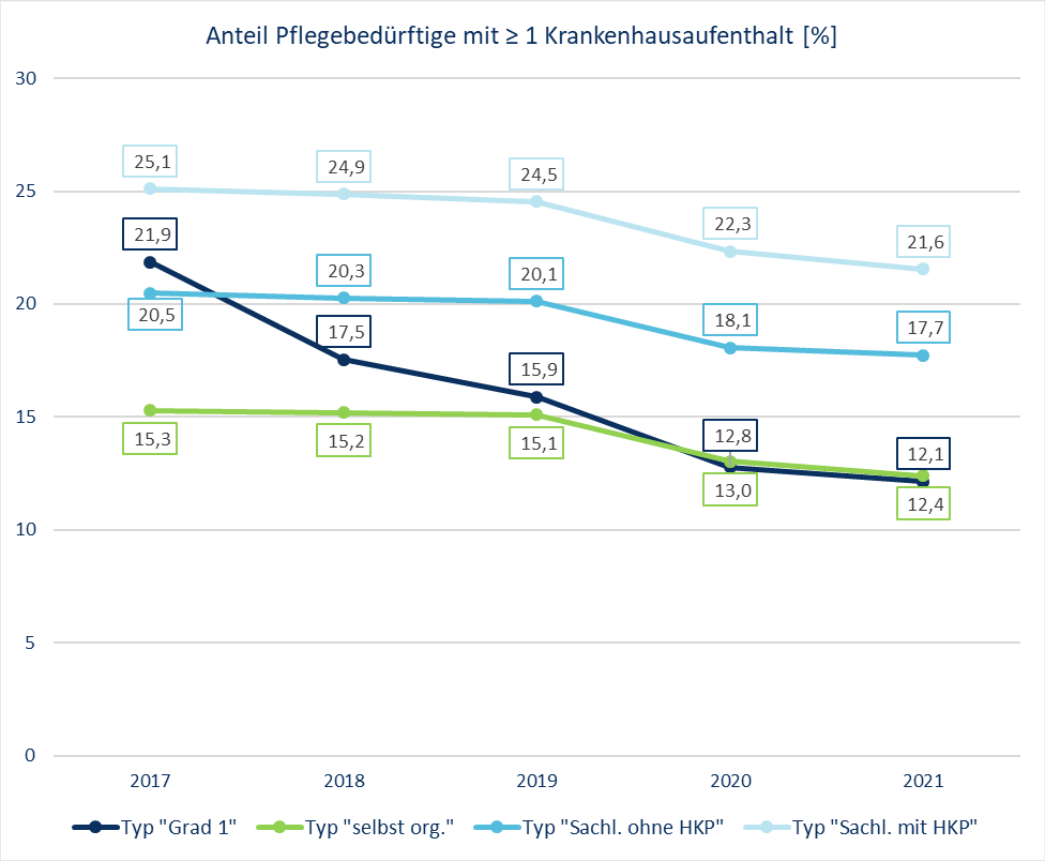
3.2 Potenziell vermeidbare Krankenhausfälle

Knapp 15 % der ambulant Pflegebedürftigen werden im Durchschnitt der Quartale mindestens einmal im Jahr im Krankenhaus behandelt. Abbildung 18 verweist hier auf Unterschiede zwischen den Settings: Im Jahr 2021 nahmen mehr als ein Fünftel der Sachleistungsempfangenden (21,6 %) mit HKP die stationäre Akutversorgung in Anspruch, bei den Pflegegeldbeziehungen mit ansonsten selbstständiger Versorgung beträgt dieser Anteil 12,4 % und verbleibt damit auf gleichem Niveau wie der Anteil der Pflegebedürftigen mit Grad 1. Dies lässt vor allem auf morbiditätsbedingte Varianzen schließen.

Was jedoch auch auffällt, ist die Varianz im Zeitverlauf. Der Effekt der Pandemie auf das Hospitalisierungsgeschehen ist bekannt und in Abbildung 18 als im Jahr 2020 einsetzender Rückgang der Anteilswerte zu beobachten. Diese Abnahme betrifft alle hier betrachteten Settings, jedoch sind die Niveau-Unterschiede, d. h. die Abnahmestärken, divers. Während sich für die Pflegegeldbeziehenden mit selbstständiger

Versorgung im Zeitraum 2017 bis 2021 ein Rückgang um lediglich knapp 2,9 Prozentpunkte feststellen lässt, sticht insbesondere die Gruppe der Pflegebedürftigen mit Grad 1 mit einem Rückgang um 9,8 Prozentpunkte heraus (Abbildung 18). Sachleistungsempfangende mit und ohne HKP waren zwar ebenfalls mit Beginn der Pandemie seltener im Krankenhaus, das Ausgangsniveau im Jahr 2017 war jedoch jeweils wesentlich höher (ohne HKP: 20,5 %, mit HKP: 25,1 %) als bei den selbst organisierten Pflegebedürftigen mit Pflegegeld (15,3 %).

Abbildung 18: Ambulant Pflegebedürftige mit mindestens einem Krankenhausaufenthalt nach Setting im Durchschnitt der Quartale 2017 bis 2021, in %



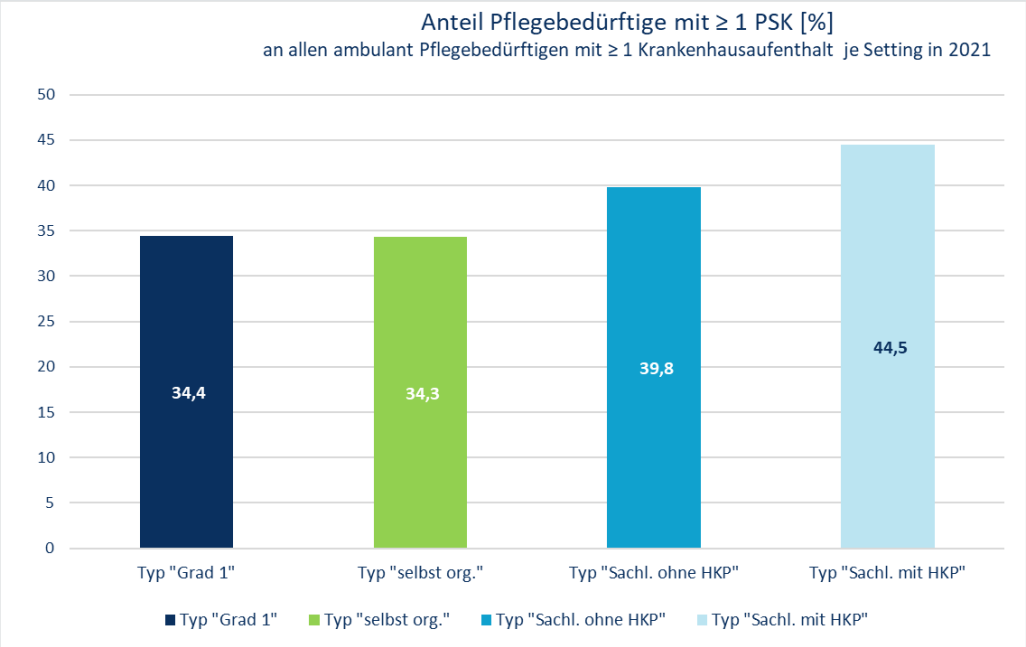
Quelle: AOK-Routinedaten, alters- und geschlechtsstandardisiert auf Basis der KM 6 **© WIdO 2024**

Die sorgfältige und im besten Fall individuelle Abwägung von Nutzen und Risiken eines Krankenhausaufenthalts stellt damit eine zentrale Versorgungsentscheidung dar. Vermeidbarkeitspotenzial lässt sich identifizieren, wenn die Indikation, d. h. die Ursache der stationären Versorgung, hätte vermieden werden können (bspw. durch geeignete Maßnahmen der Sturzprophylaxe) (Behrendt et al. 2022a) und/oder auch dann, wenn die Indikation durch adäquate ambulante medizinische Maßnahmen versorgt werden kann bzw. die Risiken-Nutzen-Abwägung zugunsten einer ambulanten statt einer stationären Versorgung ausfällt (Ouslander et al. 2010; Valk-Draad et al. 2023). In der aktuellen Versorgungsrealität sind diese als potenziell vermeidbar klassifizierten Krankenhausaufenthalte häufig (Klie 2022; Valk-Draad et al. 2023) und bergen das Risiko einer Verschärfung der Vulnerabilität.

Die für Deutschland vorliegende Listung von Diagnosen, die sogenannte Pflegeheim-sensitive Krankenhausaufenthalte indizieren, ist Resultat des vom Innovationsausschuss geförderten Projekts „Pflegeheim-sensitive Krankenhausfälle (PSK)". Die Liste beinhaltet neben den entsprechenden Erkrankungsgruppen und ihren zugehörigen ICD-10-Codes den mittels Delphi-Verfahren geschätzten Vermeidungsgrad sowie das sogenannte Präventionspotenzial. Die vorliegende Analyse basiert folglich auf einem ganz jungen Instrument zur Schätzung potenziell vermeidbarer Krankenhausaufenthalte. Gleichsam greift diese Listung auf eine in den 90er Jahren begonnene Forschungshistorie zurück, die sich – bezogen auf die Allgemeinbevölkerung – mit sogenannten ambulant-sensitiven Krankenhausaufenthalten (ASK) befasst. Die erste dieser Diagnoselisten stammt von Weissman et al. (1992) und bezieht sich auf das US-amerikanische Gesundheitssystem. Sundmacher et al. (2015) haben vor einigen Jahren – basierend auf Routinedaten für das Jahr 2012 – einen ASK-Katalog für das deutsche Setting vorgelegt. Die zugrunde liegende These: Ist eine dieser 163 Diagnosen als Hauptdiagnose der Entlassung aus dem stationären Aufenthalt kodiert, handelt es sich um eine potenziell vermeidbare Hospitalisierung, da eine eigentlich ambulant behandelbare Indikation vorliegt. Der ASK-Liste liegt folglich die Annahme zugrunde, dass diese Hospitalisierungen durch „Vorsorge oder rechtzeitige Intervention im ambulanten Sektor" in vielen Fällen vermeidbar wären. ASK-Analysen können somit Anhaltspunkte liefern, inwiefern Krankenhausaufenthalte aufgrund von Verschlechterungen einer chronischen Erkrankung durch sekundärpräventive, leitliniengerechte ambulante Versorgung gar nicht erst aufgetreten wären (z. B. Herzinsuffizienz, Diabetes, COPD) (*preventability*) oder die Behandlung grundsätzlich auch im ambulanten Setting möglich gewesen wäre (z. B. Krankheiten des Harnsystems, Grippe und Pneumonie, HNO-Infektionen) (*appropriateness*) (Sundmacher et al. 2015).

Der vorliegenden Analyse mangelt es an einem Instrument zur Schätzung der Häufigkeit von potenziell vermeidbaren Krankenhausaufenthalten explizit für *ambulant* Pflegebedürftige. Hier besteht ein zentraler Forschungsbedarf. Die folgenden Ergebnisse basieren damit auf der PSK-Liste mit ihrem Blick auf Pflegeheimbewohnende. Ihr folgend war ein Drittel (34,3 %) der Pflegegeldempfangenden mit ansonsten selbstständiger Versorgung mindestens einmal im Jahr 2021 potenziell vermeidbar im Krankenhaus (Abbildung 22). Die Sachleistungsempfangenden weisen hier wesentlich höhere Raten auf – der Anteil der Personen mit HKP und mindestens einem PSK beläuft sich auf fast die Hälfte ihrer Gruppe (44,5 %).

Abbildung 19: Ambulant Pflegebedürftige mit mindestens einem pflegeheimsensitiven Krankenhausaufenthalt (PSK) an allen ambulant Pflegedürftigen mit mindestens einem Krankenhausaufenthalt nach Setting im Durchschnitt der Quartale 2021

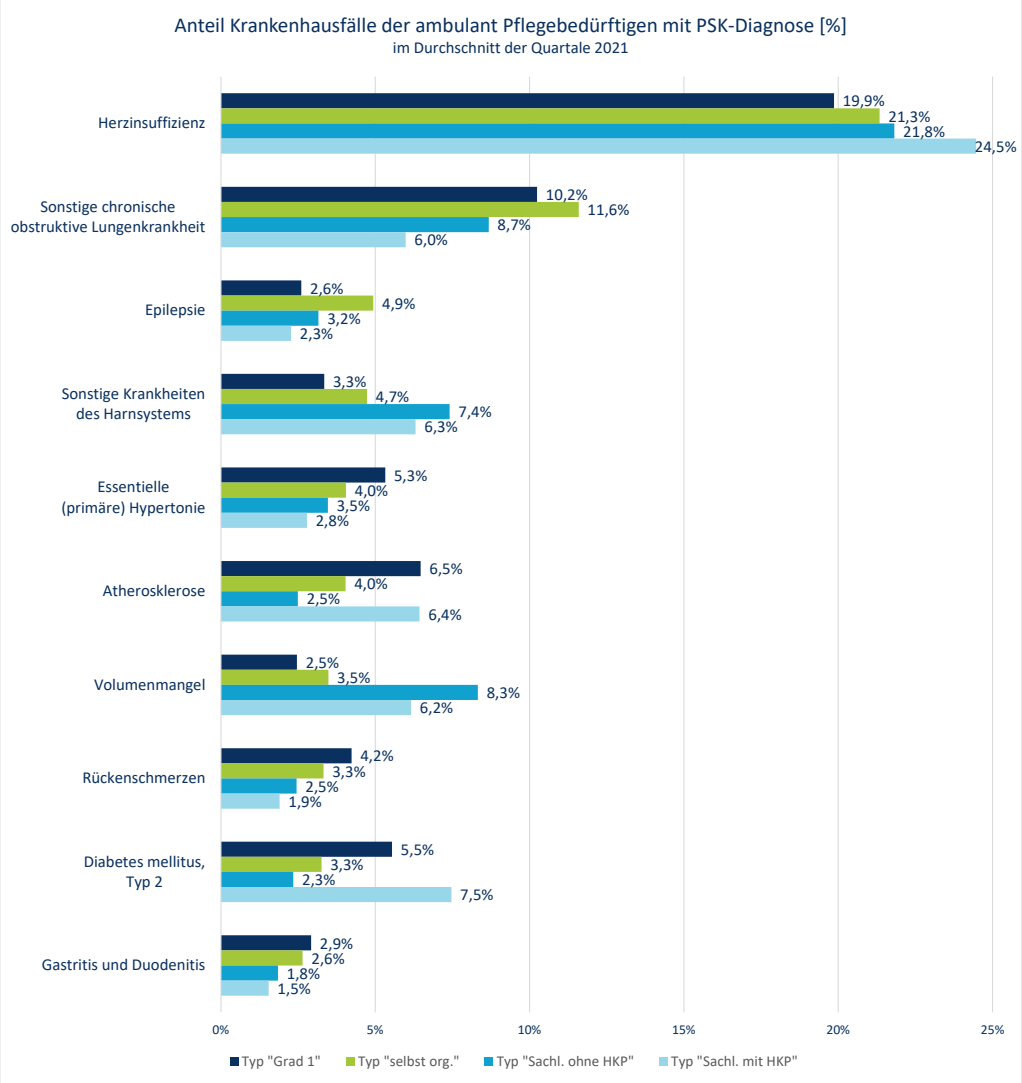


Quelle: AOK-Routinedaten, alters- und geschlechtsstandardisiert auf Basis der KM 6 **© WIdO 2024**

Eine dezidierte Analyse für explizit ambulant Pflegebedürftige mit potenziell vermeidbaren Hospitalisierungen steht wie bereits formuliert aus. Einen interessanten Blick auf dieses Versorgungsgeschehen eröffnet jedoch bereits an vorliegender Stelle die Analyse der häufigsten Diagnosen, die den PSK zugrunde liegen, d. h. im Kontext der Abrechnung als leistungsbegründende Indikation (Hauptdiagnose bei Entlassung) dokumentiert sind. Abbildung 20 listet die Top 10 der häufigsten PSK entsprechend ihrer Diagnosen für die Gruppe der Pflegegeldempfangenden und ihre Anteile an allen Krankenhausfällen dieser Gruppe. So gut wie jede dieser Top-10-Diagnosen kommt auch bei den Rankings der anderen drei hier unterschiedenen Settings vor, jedoch in anderer Sortierung. Ihre entsprechenden Anteile finden sich ebenso in Abbildung 20.

Ein Fünftel (21,3 %) aller PSK-Fälle bei Pflegegeldempfangenden im Jahr 2021wiesen als den stationären Aufenthalt begründende Diagnose die I50 – Herzinsuffizienz auf, mit einigem Abstand gefolgt von der Sonstigen chronischen obstruktiven Lungenkrankheit (11,6 %). Alle anderen Anteile von PSK-Fällen mit der jeweiligen PSK-Diagnose bewegen sich im einstelligen Bereich. Gleiches trifft auf die weiteren Settings und die Gruppe der Pflegebedürftigen mit Grad 1 zu. Deutlich ist auch: Sachleistungsempfangende ohne HKP weisen wesentlich mehr PSK-Fälle aufgrund der Diagnose Volumenmangel und ebenso aufgrund Harnwegserkrankungen auf als die selbst organisierten Pflegebedürftigen mit Pflegegeld (8,3 % vs. 3,5 %; 7,4 % vs. 4,7 %). Jene mit HKP sind deutlich stärker von PSK-Fällen mit Diagnose Diabetes mellitus (Typ 2) betroffen als die Vergleichsgruppen (Abbildung 20).

Abbildung 20: Krankenhausfälle bei ambulant Pflegebedürftigen mit PSK-Diagnose nach Setting im Durchschnitt der Quartale 2021



Quelle: AOK-Routinedaten, alters- und geschlechtsstandardisiert auf Basis der KM 6 **© WIdO 2024**

3.3 Potenziell kritischer Arzneimitteleinsatz

Ebenso wie bei der ambulant-ärztlichen und der Krankenhausversorgung im Allgemeinen unterstützen auch die Daten zur Versorgung mit Arzneimitteln die naheliegende These, dass ambulant Pflegebedürftige im selbst organisierten Setting „weniger beeinträchtigt“ als Sachleistungsempfangende sind und damit auch die Gesundheitsversorgung seltener bzw. anders frequentieren. Die Ergebnisse zum medikamentösen Einsatz beziehen sich vorliegend ausschließlich auf die sogenannten kritischen Einsätze (siehe auch Behrendt et al. 2022b). Gemeint sind damit zum einen:

- die Polymedikation, d. h. der Einsatz von mindestens fünf unterschiedlichen Wirkstoffen innerhalb eines Quartals eines Jahres,

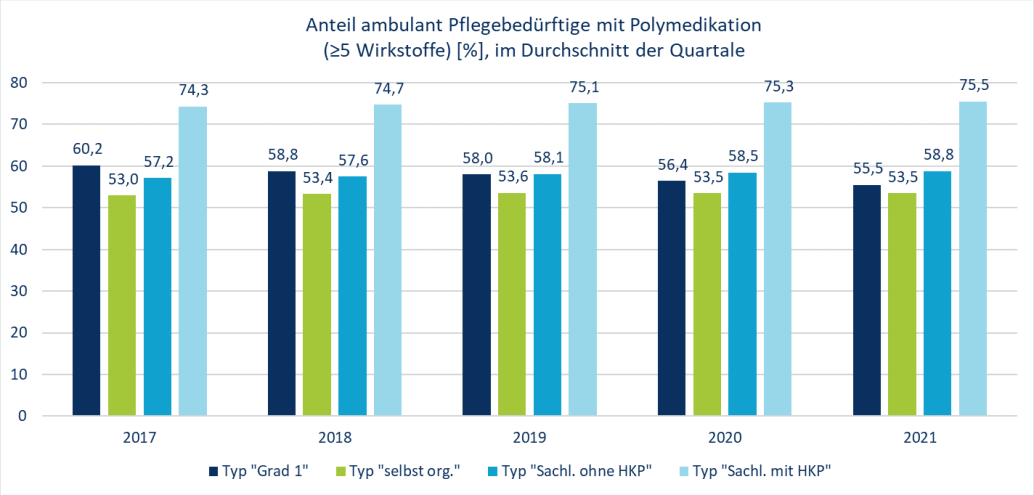
- die Verordnung von Wirkstoffen der PRISCUS-Liste[7], d. h. von Wirkstoffen, die aufgrund eines ungünstigen Risiko-Nutzen-Verhältnisses als für Ältere potenziell ungeeignet gelten, bei ambulant Pflegebedürftigen im Alter von über 65 Jahren, sowie
- die Verordnung von Psychopharmaka im Speziellen, ebenfalls mit Fokus auf ambulant Pflegebedürftige im Alter von über 65 Jahren.

Grundsätzlich wird bei allen vorliegend präsentierten Betrachtungen der Arzneimitteleinsätze eines greifbar: Kritische Medikation ist häufig, und zwar bei allen hier unterschiedenen Settings.

Polymedikation

Mit zunehmender Morbidität bzw. zunehmendem Alter steigt das Risiko einer Polymedikation, d. h. für Verordnungen einer Vielzahl unterschiedlicher Wirkstoffe, und damit das Risiko für unerwünschte Wechselwirkungen dieser Wirkstoffe. Die Analysen für die ambulant Pflegebedürftigen zeigen eindrücklich (Abbildung 21): Mehr als die Hälfte der ambulant Pflegebedürftigen erhalten fünf oder mehr Wirkstoffe im Quartal im Jahr 2021; dies gilt sogar für drei Viertel aller Sachleistungsempfangenden mit HKP, während es bei den selbst organisierten Pflegebedürftigen mit Pflegegeld und auch den anderen beiden Pflegesettings rund 20 Prozentpunkten weniger sind (Abbildung 21). Diese Anteile blieben im Zeitraum 2017 bis 2021 nahezu konstant.

Abbildung 21: Anteil ambulant Pflegebedürftige mit Polymedikation (≥ 5 Wirkstoffe) im Durchschnitt der Quartale, in %



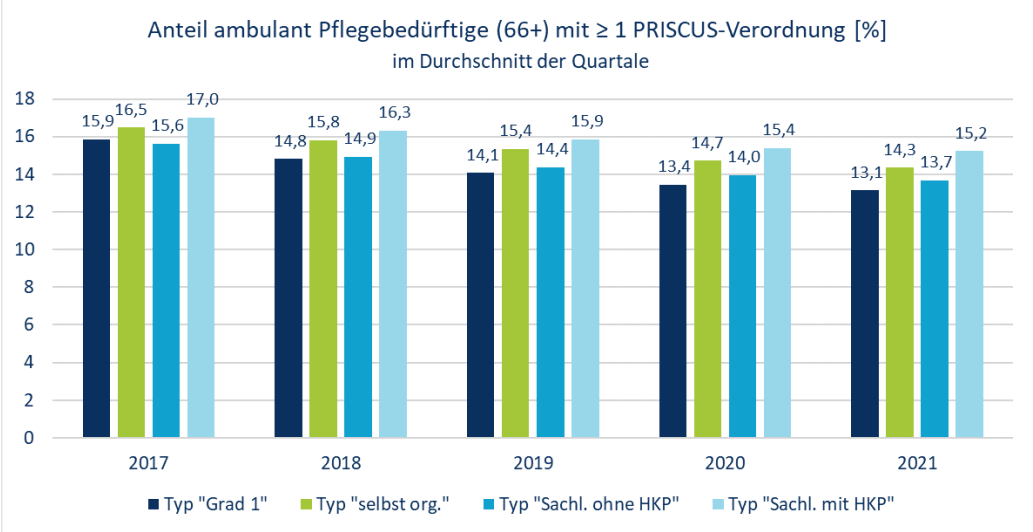
Quelle: AOK-Routinedaten, alters- und geschlechtsstandardisiert auf Basis der KM 6 **© WIdO 2024**

Altersbedingte physiologische Veränderungen haben Auswirkungen auf die Wirkung und Verstoffwechselung von Arzneimitteln. Damit sind betagte Menschen häufiger bzw. stärker von unerwünschten Effekten und Nebenwirkungen der Arzneimittel

[7] Die vorliegende Bestandsaufnahme verwendet die Erstversion der PRISCUS-Liste aus dem Jahre 2010 (Holt et al. 2011). Die Anpassung auf die im Jahr 2023 veröffentlichte aktualisierte Version PRISCUS 2.0 ist derzeit in Vorbereitung.

betroffen. Jene Wirkstoffe, die aufgrund ihres ungünstigen Risiko-Nutzen-Verhältnisses eher als ungeeignet für Ältere eingestuft werden, sind in der deutschsprachigen PRISCUS-Liste zusammengefasst (Holt et al. 2011). Mindestens eine Verordnung eines dieser PRISCUS-Wirkstoffe erhielten – je nach Setting – zwischen 13,1 % und 15,2 % der ambulant Pflegebedürftigen im Alter von 66 Jahren oder älter (Abbildung 22). Die Anteile unterscheiden sich folglich nur marginal zwischen den Settings. Im Zeitverlauf 2017 bis 2021 nahm der Anteil an Pflegegeldbeziehenden mit ansonsten selbst organisierter Versorgung um 2,2 Prozentpunkte ab – einen ähnlichen Rückgang findet sich jedoch auch bei den anderen Settings (Abbildung 22).

Abbildung 22: Anteil ambulant Pflegebedürftige (>65 Jahre) mit ≥ 1 Verordnung von Wirkstoffen der PRISCUS-Liste, im Durchschnitt der Quartale, in %

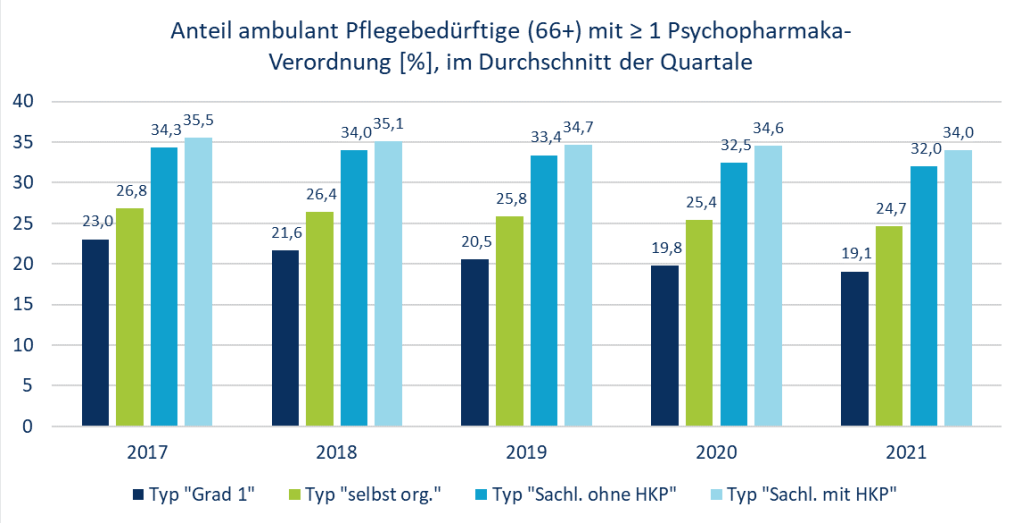


Quelle: AOK-Routinedaten, alters- und geschlechtsstandardisiert auf Basis der KM 6 **© WIdO 2024**

Ebenso mit Fokus auf die mindestens 66-jährigen ambulant Pflegebedürftigen fasst Abbildung 23 die Ergebnisse zu den Psychopharmaka-Einsätzen zusammen. Folgende Wirkstoffgruppen gingen hier ein: Antipsychotika (gemäß ATC-Klassifikation alle Wirkstoffe der N05A), Anxiolytika (N05B), Hypnotika und Sedativa (N05C) und Antidepressiva (N06A). Ein Viertel der Pflegegeldbeziehenden ohne weitere Leistungen (24,7 %) im genannten Altersspektrum wies 2021 mindestens eine Psychopharmaka-Verordnung auf. Bei den Sachleistungsempfangenden betrifft dies hier sogar ein Drittel (ohne HKP: 32,0 %, mit HKP: 34,0 %). Abnahmen dieser Anteile im Zeitverlauf 2017 bis 2021 sind marginal und bewegen sich im niedrigen einstelligen Prozentpunktebereich (Abbildung 23).

Festzuhalten bleibt: Kritische Arzneimitteleinsätze sind häufig – sowohl bei den PRISCUS-Verordnungen als auch bei den Psychopharmaka-Einsätzen; im Speziellen sind kleine Rückgänge über die Zeit zu erkennen.

Abbildung 23: Anteil ambulant Pflegebedürftige (> 65 Jahre) mit mind. einer Verordnung aus der Wirkstoffgruppe der Psychopharmaka, im Durchschnitt der Quartale, in %

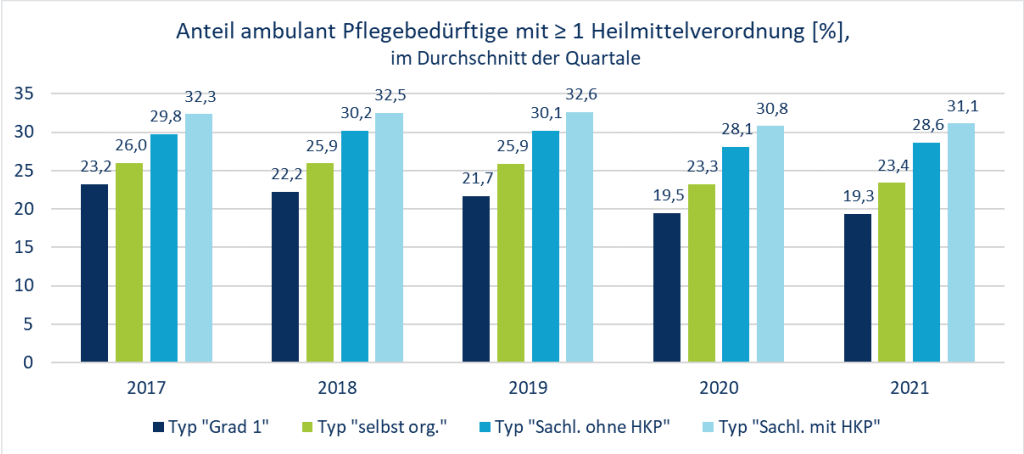


Quelle: AOK-Routinedaten, alters- und geschlechtsstandardisiert auf Basis der KM 6 **© WIdO 2024**

3.4 Heilmittelversorgung

Heilmittel werden eingesetzt, um Beeinträchtigungen durch eine Krankheit abzumildern, eine Krankheit zu heilen bzw. ihr Fortschreiten aufzuhalten. Ziel physiotherapeutischer Maßnahmen sind die Förderung, Erhaltung oder Wiederherstellung der Beweglichkeit und Funktionalität des Muskel- und Skelettapparats und häufig auch die Schmerzreduktion. Die Ergotherapie umfasst motorisch-funktionelle, psychisch-funktionelle und sensomotorisch-perzeptive Therapien sowie das sogenannte Hirnleistungstraining mit dem Ziel, die Selbstständigkeit bei alltäglichen Verrichtungen und die Selbstversorgung zu verbessern. Daneben umfassen die dargestellten Heilmittelverordnungen die Logopädie und die Podologie. Abbildung 24 zeigt, dass die Inanspruchnahme von Heilmitteln über die Pflegetypen hinweg ansteigt. Während weniger als jeder fünfte Pflegebedürftige (19,3 %) im Pflegegrad 1 Heilmittel erhält, ist es bei den Sachleistungsempfangenden mit HKP (Typ IIIb) fast jeder dritte (31,1 %). Es zeigt sich ferner ein Rückgang der Heilmittelquoten in den Corona-Jahren 2020 und 2021. Erhielten beispielsweise noch rund 26 % der Pflegegeldbeziehenden ohne weitere Leistungen (Typ II) in den Jahren 2017 und 2018 mindestens ein Heilmittel, waren es 2020 und 2021 lediglich rund 23 %.

Abbildung 24: Anteil ambulant Pflegebedürftige mit mind. einer Heilmittelverordnung aus den Bereichen der Physiotherapie, Ergotherapie, Logopädie und Podologie, im Durchschnitt der Quartale, in %



Quelle: AOK-Routinedaten, alters- und geschlechtsstandardisiert auf Basis der KM 6

© WIdO 2024

4 Ausblick

Ziel des vorgelegten Berichts zu Versorgungslagen selbst organisierter Pflegesettings war eine erste deskriptive Bestandsaufnahme, um weitergehende Forschungsfragen zu initiieren. Damit die Wirkung von Pflegesettings vergleichbar und messbar wird, bedarf es der Klärung zweier grundlegender Fragestellungen:

1) Welche Endpunkte und damit welchen Zweck sollen die Pflegeunterstützungsleistungen (d. h. die Pflegeversorgungsform/das Pflegesetting) gesundheitspolitisch und gesamtgesellschaftlich leisten?
2) Wie können die Gruppen, deren Versorgungsendpunkte man betrachten möchte, strukturgleich und damit statistisch vergleichbar geschnitten werden, um Effekte der unterschiedlichen Versorgungsformen messen zu können?

Die dargelegten Ergebnisse konkretisieren, (a) was mit Routinedaten möglich ist, (b) welchen inhaltlichen Aspekten eine Wirkanalyse nachgehen sollte und geben (c) Hinweise auf das Studiendesign und die methodische Ausgestaltung der Analyse. Sie zeigen letztlich auch, dass es relevant und machbar ist, sich mit dieser Fragestellung zu beschäftigen und verweisen über die aufgezeigten Varianzen auf den Forschungsbedarf.

1) Mit Blick auf die Endpunkte kann als gesellschaftlich anerkanntes Ziel der möglichst lange **Verbleib in der eigenen Häuslichkeit** benannt werden. Sowohl die Verweildauern als auch die Wechsel zwischen den Pflegesettings wurden in Abschnitt 2.5 beschrieben. Dabei tritt deutlich die geringe Wechselwahrscheinlichkeit zwischen den Settings hervor. Für statistisch aussagekräftige Verweildaueranalysen wären insofern lange Zeitreihen wünschenswert. Aufgrund der Neudefinition des Pflegebedürftigkeitsbegriffs können Kohorten von vor 2017 mit jenen nach 2017 nicht miteinander verglichen werden. Aktuell liegt routinedatenbasiert maximal ein 5-Jahres-Beobachtungszeitraum ab 2018 bis 2022[8] vor.

   Darüber hinaus soll mit Blick auf relevante Endpunkte einer Wirkanalyse auch die **Versorgungsqualität** beim Verbleib in der Häuslichkeit (im Vergleich zu den anderen Settings) untersucht werden – und zwar einerseits für die Pflegebedürftigen und andererseits für die pflegenden An- und Zugehörigen. Als kritische Endpunkte der Versorgung von Pflegebedürftigen wurden oben beispielhaft potenziell vermeidbare Krankenhausaufenthalte[9] (Abschnitt 3.2), kritische Arzneimitteleinsätze (Abschnitt 3.3), die Kontaktdichte mit ambulant tätigen Ärztinnen und Ärzten (Abschnitt 3.1) sowie die Heilmittelquote (Abschnitt 3.4) als Proxy vor rehabilitativen Maßnahmen beschrieben. Die hier umrissenen Endpunkte einer qualitativ unzureichenden Versorgung in der Häuslichkeit sollten in weiteren Schritten geschärft werden. Insbesondere

[8] Das Jahr 2017, da dies als Umstellungsjahr zu sehen ist, sollte nicht einbezogen werden. Routinedaten haben i. d. R. einen Zeitverzug, sodass das Beobachtungsjahr 2023 frühestens im ersten Quartal 2024 selektiert werden kann; ambulant ärztliche Diagnosen haben einen längeren Zeitverzug.

[9] Um Vermeidbarkeitspotenziale von Krankenhausaufenthalten bei ambulant Pflegebedürftigen zu identifizieren, bedarf es ferner eines Instruments, das explizit diese Bevölkerungsgruppe fokussiert. Bisher gibt es lediglich ein Instrument, das die Allgemeinbevölkerung und ein weiteres, das Pflegeheimbewohnende avisiert. Hier besteht ebenfalls ein zentraler Forschungsbedarf, auch angesichts dessen, dass die übergroße Mehrheit der Pflegebedürftigen in Deutschland ambulant – und nicht im Pflegeheim – versorgt wird.

pflegenahe Endpunkte (Dekubitus, Mangelernährung, Stürze, Dehydration, Wundinfektionen, Pneumonien) müssen ergänzt werden.[10] Die gesundheitlichen Belastungen der Pflegepersonen wurden im vorgelegten Kurzbericht nicht mithilfe von Routinedaten betrachtet; dies könnte und sollte im Rahmen weiterer Forschungsarbeiten ergänzt werden. Aussagen zur **Lebensqualität sowie zu psychischen Belastungen** der Pflegenden und der Pflegebedürftigen sind im Kontext einer avisierten Wirkanalyse hochrelevant, routinedatenbasiert jedoch nicht abbildbar. Hier ist ein Methodenmix und in diesem Sinne ein stringentes Studiendesign im Rahmen einer Routinedatenanalyse und zusätzlicher etablierter Erhebungsmethoden gefragt.

2) Auch mit Blick auf die Frage, wie man Gruppen, deren Versorgungsendpunkte man betrachten möchte, **strukturgleich und damit statistisch vergleichbar** „definieren" kann, liefert die vorliegende Bestandsaufnahme erste Erkenntnisse. Nochmals zur Einordnung: Eine zufällige Einteilung in Interventions- und Kontrollgruppe wird im Kontext von Pflegesettings nicht möglich sein. Belastbare kausale Aussagen über Wirkungen lassen sich dennoch ableiten – und zwar über bereits vorhandene statistische Methoden, die die erforderliche „Gleichheit der Gruppen" erzeugen. Hierfür ist zentral, dass möglichst viele bzw. möglichst **relevante Einflussgrößen**, die ebenso im Zusammenhang mit dem Endpunkt stehen, bekannt sind. Der Bericht zeigt, dass neben Alter, Geschlecht, Schweregrad (Abschnitt 2.1 und 2.2) und Familienstand (alleinlebend) (Abschnitt 2.3) noch weitere Aspekte ausschlaggebend für die Wahl des Pflegesetting sind. Hier können **MD-Daten** aus der Begutachtung einen zentralen empirischen und inhaltlichen Beitrag leisten (Abschnitt 2.3). Herausgestellt wurde, dass die Modulpunkte zwischen den Settings unterschiedlich ausfallen. Hier besteht weiterer Forschungsbedarf: Neben der Bereinigung auch dieser Ergebnisse um Effekte, die aus Alter, Geschlecht und Pflegeschwere resultieren, ist im nächsten Schritt auch die pflegebegründende Diagnose einzubeziehen, um besser zu verstehen, welche Faktoren mit der Art des Settings statistisch signifikant assoziiert sind. Sozioökonomische und -kulturelle Faktoren wie Bildung oder Einkommensstand und weitere möglicherweise relevante Einflussgrößen lassen sich nicht routinedatenbasiert abbilden. Hieran schließen sich ganz wesentliche offene Fragen zur **regionalen Varianz** der Häufigkeit der Settings an, wie im vorgelegten Bericht explizit für das rein selbst organisierte Setting bei Pflegegeldempfangenden ausgeführt wurde. Insbesondere die Ursachen für das deutliche West-Ost-Gefälle gilt es zu entschlüsseln.

[10] Für die vollstationäre Pflege hat das WIdO gemeinsam mit dem aQua-Institut und der Ostfalia Hochschule Indikatoren für berufsgruppenübergreifende beinflussbare Versorgungsendpunkte wissenschaftlich fundiert entwickelt (siehe https://www.wido.de/forschung-projekte/pflege/qcare-routinedatenbasierte-qualitaetsindikatoren-fuer-die-pflege/ oder https://www.qualitaetsatlas-pflege.de/; auch für die ambulante Pflege liegen erste Vorarbeiten vor, siehe https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-3-662-67669-1_2

Literaturverzeichnis

Behrendt S et al. (2022a) Qualitätsmessung in der Pflege mit Routinedaten (QMPR): Indikatoren. Schnittstelle Hospitalisierung bei Pflegeheimbewohner:innen. Abschlussbericht. Band II. Berlin. doi:https://dx.doi.org/10.4126/FRL01-006432928

Behrendt S et al. (2022b) Qualitätsmessung in der Pflege mit Routinedaten (QMPR): Indikatoren. Schnittstelle Arzneimittelversorgung bei Pflegeheimbewohner:innen. Abschlussbericht. Band II. Berlin doi:https://dx.doi.org/10.4126/FRL01-006432928

Holt S, Schmiedl S, Thürmann P (2011) Potenziell inadäquate Medikation für ältere Menschen: Die PRISCUS-Liste (Stand 01.02.2011). http://priscus.net/download/PRISCUS-Liste_PRISCUSTP3_2011.pdf. Zugegriffen: 2. Apr. 2020

Klie T (2022) Pflegereport 2022 Häusliche Pflege – das Rückgrat der Pflege in Deutschland Analysen, Befunde, Perspektiven. medhochzwei Verlag GmbH, Heidelberg

Ouslander JG et al. (2010) Potentially Avoidable Hospitalizations of Nursing Home Residents: Frequency, Causes, and Costs. Journal of the American Geriatrics Society 58:627-635. doi:10.1111/j.1532-5415.2010.02768.x

Sundmacher L, Fischbach D, Schuettig W, Naumann C, Augustin U, Faisst C (2015) Which hospitalisations are ambulatory care-sensitive, to what degree, and how could the rates be reduced? Results of a group consensus study in Germany. Health Policy 119:1415-1423. doi:10.1016/j.healthpol.2015.08.007

Valk-Draad MP, Bohnet-Joschko S, PSK-Studiengruppe (2023) Pflegeheim-sensitive Krankenhausfälle und Ansätze zur Verringerung der Hospitalisierung von Pflegeheimbewohnerinnen und -bewohnern. Bundesgesundheitsbl:199-211. doi:https://doi.org/10.1007/s00103-022-03654-4

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Häufigkeit der definierten Pflegesettings 2017–2021 7

Abbildung 2: Anteil Frauen unter den ambulant Pflegebedürftigen nach Setting im Durchschnitt der Quartale 2017–2021..... 10

Abbildung 3: Durchschnittsalter der ambulant Pflegebedürftigen nach Setting im Durchschnitt der Quartale 2017–2021..... 11

Abbildung 4: Ambulant Pflegebedürftige nach Altersgruppen je Setting im Durchschnitt der Quartale 2021 12

Abbildung 5: Durchschnittliche Pflegeschwere der ambulant Pflegebedürftigen nach Setting im Durchschnitt der Quartale 2017–2021 13

Abbildung 6: Anteil ambulant Pflegebedürftige nach Pflegegrad je Setting im Durchschnitt der Quartale 2021 14

Abbildung 7: Anteil Pflegebedürftige mit mind. 1 Punkt je NBA-Modul je Setting von allen erstmals ambulant Pflegebedürftigen 2019 in % 15

Abbildung 8: Durchschnittliche Modulpunktzahl je NBA Modul bei erstmals ambulant Pflegebedürftigen mit mind. 1 Punkt je NBA Modul je Setting 2019 16

Abbildung 9: Anteil alleinlebende Pflegebedürftige nach Setting von allen erstmals ambulant Pflegebedürftigen 2019*, in %..... 17

Abbildung 10: Anteil Pflegebedürftige mit MD-Empfehlung für Reha bzw. Heilmittel nach Setting von allen erstmals ambulant Pflegebedürftigen 2019* 18

Abbildung 11: Anteil ambulant Pflegebedürftige nach Setting und Bundesland im Durchschnitt der Quartale 2021..... 19

Abbildung 12: Alters- und geschlechtsstandardisierter Anteil ambulant Pflegebedürftiger nach Setting und Bundesland im Durchschnitt der Quartale 2021..... 19

Abbildung 13: Anteil Pflegebedürftige mit Pflegegeld, die sich ansonsten selbst organisiert versorgen (Typ II), an allen ambulant Pflegebedürftigen nach Kreis im Durchschnitt der Quartale 2021 20

Abbildung 14: Alters- und geschlechtsstandardisierter Anteil Pflegebedürftiger mit Pflegegeld, die sich ansonsten selbst organisiert versorgen (Typ II), an allen ambulant Pflegebedürftigen nach Kreis im Durchschnitt der Quartale 2021 21

Abbildung 15: Kumulative Inzidenz des Ereignisses Tod* von erstmals ambulant Pflegebedürftigen (2017–2019) differenziert nach Setting bei Eintritt in die Pflege und nach Eintrittsjahr, in % 23

Abbildung 16: Kumulative Inzidenz des Ereignisses vollstationäre Pflege* von erstmals ambulant Pflegebedürftigen (2017–2019) differenziert nach Setting bei Eintritt in die Pflege und nach Eintrittsjahr, in % 24

Abbildung 17: Ambulant Pflegebedürftige mit mindestens einem Kontakt im Quartal für ausgewählte Facharztgruppen nach Setting im Jahr 2021..... 26

Abbildung 18: Ambulant Pflegebedürftige mit mindestens einem Krankenhausaufenthalt nach Setting im Durchschnitt der Quartale 2017 bis 2021, in %..... 27

Abbildung 19: Ambulant Pflegebedürftige mit mindestens einem pflegeheimsensitiven Krankenhausaufenthalt (PSK) an allen ambulant Pflegedürftigen mit mindestens einem Krankenhausaufenthalt nach Setting im Durchschnitt der Quartale 2021 29

Abbildung 20: Krankenhausfälle bei ambulant Pflegebedürftigen mit PSK-Diagnose nach Setting im Durchschnitt der Quartale 2021 30

Abbildung 21: Anteil ambulant Pflegebedürftige mit Polymedikation (≥ 5 Wirkstoffe) im Durchschnitt der Quartale, in % 31

Abbildung 22: Anteil ambulant Pflegebedürftige (>65 Jahre) mit ≥ 1 Verordnung von Wirkstoffen der PRISCUS-Liste, im Durchschnitt der Quartale, in % 32

Abbildung 23: Anteil ambulant Pflegebedürftige (> 65 Jahre) mit mind. einer Verordnung aus der Wirkstoffgruppe der Psychopharmaka, im Durchschnitt der Quartale, in % 33

Abbildung 24: Anteil ambulant Pflegebedürftige mit mind. einer Heilmittelverordnung aus den Bereichen der Physiotherapie, Ergotherapie, Logopädie und Podologie, im Durchschnitt der Quartale, in % 34

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Definition der analysierten ambulanten Pflegesettings – Operationalisierung „selbst organisierte Pflege“ 7

Tabelle 2: Leistungskombinationen innerhalb des Typ I „Grad 1“ im Durchschnitt der Quartale 2021 8

Tabelle 3: Leistungskombinationen innerhalb des Typ II „Selbst organisierte Pflege“ im Durchschnitt der Quartale 2021 8

Tabelle 4: Leistungskombinationen innerhalb des Typ IIIa „Pflege mit professioneller Unterstützung ohne HKP“ im Durchschnitt der Quartale 2021 9

Tabelle 5: Leistungskombinationen innerhalb des Typ IIIb „Pflege mit professioneller Unterstützung mit HKP“ im Durchschnitt der Quartale 2021 9

Tabelle 6: Anteil ambulant Pflegebedürftige nach Setting und Bundesland im Durchschnitt der Quartale 2017-2021 41

Anhang

Tabelle 6: Anteil ambulant Pflegebedürftige nach Setting und Bundesland im Durchschnitt der Quartale 2017-2021

	Typ I: "Grad 1"					Typ II: "selbst org."					Typ IIIa: "Sachl. ohne HKP"					Typ IIIb: "Sachl. mit HKP"				
Bundesland	2017	2018	2019	2020	2021	2017	2018	2019	2020	2021	2017	2018	2019	2020	2021	2017	2018	2019	2020	2021
Brandenburg	6,3	10,8	13,1	13,6	14,1	44,6	42,4	41,8	42,9	43,7	10,8	10,1	9,7	9,0	8,9	38,4	36,8	35,5	34,4	33,3
Berlin	7,2	11,5	13,8	14,5	15,3	53,5	52,0	51,6	52,8	53,2	13,0	11,9	11,6	10,9	10,4	26,3	24,5	23,1	21,9	21,1
Baden-Württemberg	6,0	10,7	13,5	14,7	15,9	56,9	54,6	53,7	55,1	55,1	11,2	10,3	9,6	8,1	7,8	26,0	24,4	23,2	22,1	21,1
Bayern	8,2	13,6	16,8	17,8	18,9	55,8	52,6	50,9	52,1	51,8	14,1	13,0	12,2	10,5	10,3	22,0	20,9	20,1	19,6	18,9
Bremen	7,6	12,4	15,2	16,1	16,6	56,5	54,8	54,0	55,3	56,7	9,0	8,6	8,4	7,5	7,3	26,9	24,2	22,4	21,1	19,3
Hessen	5,2	9,2	11,2	12,3	13,3	60,8	58,6	58,0	59,2	59,6	11,1	10,4	9,9	8,5	8,2	22,9	21,9	20,9	19,9	18,9
Hamburg	6,0	9,5	11,4	12,6	14,0	53,4	51,7	51,0	51,3	50,6	9,4	9,1	8,8	7,9	7,3	31,2	29,7	28,7	28,2	28,1
Mecklenburg-Vorpommern	6,7	12,3	15,4	16,6	17,3	42,3	39,4	38,2	38,6	38,9	9,0	8,4	8,2	7,7	7,5	42,0	40,0	38,1	37,0	36,2
Niedersachsen	6,3	10,9	13,7	15,2	16,4	55,9	54,0	53,4	54,7	54,6	12,5	11,5	10,7	9,2	8,9	25,3	23,6	22,1	21,0	20,0
Nordrhein-Westfalen	7,0	11,6	14,1	15,3	16,2	58,3	56,1	55,4	56,6	57,3	9,5	8,7	8,1	6,9	6,4	25,1	23,6	22,4	21,2	20,1
Rheinland-Pfalz	7,4	12,1	15,0	16,4	17,8	57,4	54,8	53,6	54,8	54,9	10,9	10,3	9,6	8,0	7,5	24,4	22,8	21,7	20,8	19,7
Schleswig-Holstein	8,9	14,7	18,2	19,8	20,9	50,4	47,7	46,5	47,0	46,9	10,8	9,7	8,9	7,6	7,5	30,0	27,8	26,5	25,6	24,7
Saarland	8,4	14,2	16,6	17,6	18,0	57,0	54,2	53,3	55,7	56,2	13,5	12,2	11,5	9,3	9,4	21,1	19,4	18,5	17,4	16,5
Sachsen	8,4	13,9	16,0	16,0	16,6	40,4	38,6	39,0	41,6	43,7	10,8	9,9	9,5	8,8	8,5	40,4	37,6	35,4	33,6	31,3
Sachsen-Anhalt	8,4	14,8	17,7	18,4	18,3	42,8	38,9	37,6	38,4	40,1	9,3	8,3	7,8	7,2	7,2	39,5	38,1	36,8	36,0	34,5
Thüringen	6,0	10,5	13,5	14,5	14,8	49,9	47,8	47,0	48,3	49,7	10,5	9,9	9,4	8,2	7,7	33,5	31,8	30,1	29,0	27,8

Quelle: AOK-Routinedaten, alters- und geschlechtsstandardisiert auf Basis der KM 6

© WIdO 2024