



ÖKONOMISCHE EXPERTISE

# Verlagerung der Finanzierungskompetenz für Medizinische Behandlungspflege in Pflegeheimen von der Pflege- in die Krankenversicherung

Heinz Rothgang und Rolf Müller

DAS GUTACHTEN WURDE GEFÖRDERT DURCH DIE  
Robert Bosch **Stiftung**

## Inhalt:

1	Einleitung .....	5
2	Finanzierungsvolumens .....	6
2.1	Abschätzung anhand der Gesetzesbegründungen (-materialien) .....	8
2.2	Abschätzung anhand von Kassendaten .....	12
2.2.1	Die Heimbewohner des Jahres 2011 in Deutschland .....	13
2.2.2	Sozialversicherte Pflegebedürftige in Pflegeheimen .....	19
2.2.3	Die Routinedaten der BARMER GEK .....	22
2.2.4	Durchschnittliche Jahressummen ausgewählter HKP-Entgelte .....	24
2.2.5	Hochrechnung ausgewählter HKP-Entgelte als MBP-Entgelte auf die Heimpopulation .....	27
2.2.6	Zwischenfazit .....	31
2.3	Geschätzte Kosten durch weitere kleine Studien .....	33
2.3.1	CBT-Studie .....	33
2.3.2	Erhebung der Bremer Heimstiftung .....	34
2.3.3	Heiber-Studie: Kostenvergleich ambulant vs. stationär in Bielefeld .....	35
2.3.4	Auswertungen im Haus am Kappelberg .....	36
2.4	Fazit zur Schätzung des Finanzierungsvolumens .....	37
3	Weiterentwicklung des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs .....	41
3.1	Methodologische Grundfragen, Daten und Methoden .....	42
3.1.1	Erwartungstreuer Schätzer .....	43
3.1.2	Minimierung der Abweichung von Schätzer und tatsächlichem Wert .....	44
3.1.3	Konnexität .....	46
3.1.4	Daten und Methoden der folgenden Berechnungen .....	47
3.2	Ergebnisse .....	48
3.2.1	HKP-Entgelte für Subpopulationen von Pflegebedürftigen .....	48
3.2.2	Regressionsmodelle zur Bestimmung der ausgewählten HKP-Entgelte .....	52
3.2.3	Erklärung der Effekte einer Differenzierung nach Pflegestufen .....	53
3.2.4	Folgen einer Berücksichtigung der Pflegestufen für die Kassen .....	57
3.3	Zwischenfazit .....	59
4	Fazit .....	60
5	Literatur .....	62
6	Anhang .....	66
6.1	Operationalisierungen .....	66
6.1.1	Ausgewählte HKP-Entgelte .....	66
6.1.2	Diagnosen .....	67
6.2	Hochrechnung aller HKP-Entgelte als MBP-Entgelte .....	71
6.2.1	Durchschnittliche Jahressummen aller HKP-Entgelte .....	71
6.2.2	Hochrechnung aller HKP-Entgelte als MBP-Entgelte auf die Heimpopulation .....	73

## Abbildungsverzeichnis:

Abbildung 1: Anteil der Pflegebedürftigen in stationärer Pflege an der Bevölkerung nach Geschlecht und Alter im Jahr 2011	15
Abbildung 2: Anteil der Pflegebedürftigen in stationärer Pflege an allen Pflegebedürftigen nach Pflegestufen und Alter im Jahr 2011	19
Abbildung 3: Anzahl der Pflegebedürftigen in häuslicher Pflege nach HKP-Ausgaben und Pflegestufen im Jahr 2011	54
Abbildung 4: Anteil der Pflegebedürftigen in häuslicher Pflege an allen Pflegebedürftigen nach Pflegestufen und HKP-Ausgabenklassen im Jahr 2011	55
Abbildung 5: Beitrag aller Pflegebedürftigen einer Ausgabenklasse an den durchschnittlichen HKP-Ausgaben ihrer Pflegestufe im Jahr 2011	56

## Tabellenverzeichnis:

Tabelle 1: Schätzung der Kosten für medizinische Behandlungspflege in Pflegeheimen auf Basis der Kostenschätzungen zum 1. SGB XI-ÄndG	10
Tabelle 2: Geschätzte Gesamtkosten unter Verwendung verschiedener Lohn- und Preisindizes	11
Tabelle 3: Pflegestatistik 2011 – Leistungsempfänger Gesamt und im Pflegeheim nach Altersgruppen und Geschlecht am 15.12.2011	14
Tabelle 4: Pflegestatistik 2011 - Leistungsempfänger im Pflegeheim nach Altersgruppen und Pflegestufen am 15.12.2011 - Frauen	17
Tabelle 5: Pflegestatistik 2011 - Leistungsempfänger im Pflegeheim nach Altersgruppen und Pflegestufen am 15.12.2011 - Männer	18
Tabelle 6: Privat versicherte Pflegebedürftige im Vergleich zu allen Pflegebedürftigen	20
Tabelle 7: Zielpopulation der SPV - Leistungsempfänger im Pflegeheim nach Altersgruppen und Pflegestufen Ende 2011 - Frauen	21
Tabelle 8: Zielpopulation der SPV -Leistungsempfänger im Pflegeheim nach Altersgruppen und Pflegestufen Ende 2011 - Männer	22
Tabelle 9: Monate der Pflegebedürftigkeit in häuslicher Pflege im Jahr 2011 nach Versorgungsart und Pflegestufe - Männer	23
Tabelle 10: Monate der Pflegebedürftigkeit in häuslicher Pflege im Jahr 2011 nach Versorgungsart und Pflegestufe - Frauen	24
Tabelle 11: Durchschnittliche Entgelte für ausgewählte HKP je Pflegebedürftigen in häuslicher Pflege im Jahr 2011 nach Versorgungsart und Pflegestufe - Männer	26
Tabelle 12: Durchschnittliche Entgelte für ausgewählte HKP je Pflegebedürftiger in häuslicher Pflege im Jahr 2011 nach Versorgungsart und Pflegestufe - Frauen	27
Tabelle 13: Hochgerechnete Gesamtentgelte für Behandlungspflege für Pflegebedürftige im Pflegeheim auf Basis der Entgelte in der häus-	

	lichen Krankenpflege im Jahr 2011 nach Versorgungsart und Pflege- gestufe – Männer (nur SPV).....	28
Tabelle 14:	Hochgerechnete Gesamtentgelte für Behandlungspflege für Pflege- bedürftige im Pflegeheim auf Basis der Entgelte in der häus- lichen Krankenpflege im Jahr 2011 nach Versorgungsart und Pflege- gestufe – Frauen (nur SPV).....	29
Tabelle 15:	Hochgerechnete Gesamtentgelte für Behandlungspflege für Pflege- bedürftige im Pflegeheim auf Basis der Entgelte in der häus- lichen Krankenpflege im Jahr 2011 nach Versorgungsart und Pflege- gestufe – Frauen und Männer zusammen (nur SPV) .....	31
Tabelle 16:	Entgelte im Pflegeheim für MBH auf Basis der Entgelte für HKP bei Pflegebedürftigkeit mit häuslicher Pflege – ohne Korrektur von Einzelkomponenten .....	32
Tabelle 17:	Überblick über die Ergebnisse.....	40
Tabelle 18:	Durchschnittliche Entgelte für ausgewählte HKP je Monat im Jahr 2011 in Euro und Anteile in den teuersten 10%, 5% und 1% der HKP-Leistungsempfänger in % - nicht standardisiert auf die Heim- bevölkerung.....	50
Tabelle 19:	Güte eines RSA für medizinische Behandlungspflege – alle Pflege- bedürftigen, die zu Hause mit/durch einen Pflegedienst versorgt werden.....	52
Tabelle 20:	Durchschnittliche HKP-Ausgaben nach Pflegestufen im Jahr 2011 ....	56
Tabelle 21:	Bewohner von vollstationären Pflegeheimen nach Kassenart zum 31.12.2012 .....	58
Tabelle 22:	Bewohner von vollstationären Pflegeheimen nach Kassenart zum 31.12.2012 .....	58
Tabelle 23:	Geriatritypische Merkmalskomplexe gemäß ICD-10-GM Version 2008/2009: (KCG: Stand 30.07.2012) .....	68
Tabelle 24:	Weitere berücksichtigte pflegerelevante Diagnosen.....	71
Tabelle 25:	Durchschnittliche Jahresentgelte für HKP je Pflegebedürftigen in häuslicher Pflege im Jahr 2011 nach Versorgungsart und Pflege- stufe - Männer .....	72
Tabelle 26:	Durchschnittliche Jahresentgelte für HKP je Pflegebedürftiger in häuslicher Pflege im Jahr 2011 nach Versorgungsart und Pflege- stufe - Frauen .....	73
Tabelle 27:	Hochgerechnete Gesamtentgelte für Behandlungspflege für Pflege- bedürftige im Pflegeheim auf Basis der Entgelte in der häus- lichen Krankenpflege im Jahr 2011 nach Versorgungsart und Pflege- gestufe – Männer (nur SPV).....	74
Tabelle 28:	Hochgerechnete Gesamtentgelte für Behandlungspflege für Pflege- bedürftige im Pflegeheim auf Basis der Entgelte in der häus- lichen Krankenpflege im Jahr 2011 nach Versorgungsart und Pflege- gestufe – Frauen (nur SPV).....	75
Tabelle 29:	Hochgerechnete Gesamtentgelte für Behandlungspflege für Pflege- bedürftige im Pflegeheim auf Basis der Entgelte in der häus- lichen Krankenpflege im Jahr 2011 nach Versorgungsart und Pflege- gestufe – Frauen und Männer zusammen (nur SPV) .....	76

## 1 Einleitung

Das Kernelement der vorgeschlagenen Strukturreform ist eine Neuordnung des Leistungsrechts, die der Differenzierung in CURE- und CARE-Leistungen folgt. Danach werden CURE-Leistungen der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) zugeordnet und CARE-Leistungen der Pflegeversicherung und der Eingliederungshilfe bzw. einem Bundesleistungsgesetz Teilhabe. Eine wesentliche Umstrukturierung ergibt sich somit in der Finanzierung der medizinischen Behandlungspflege im Pflegeheim. Seit dem 1. Juli 1996 gewährt die Pflegeversicherung auch Leistungen bei vollstationärer Pflege, nachdem bereits zum 1. April 1995, also 15 Monate zuvor, die Leistungen bei häuslicher Pflege gewährt wurden. Im 1. SGB XI-Änderungsgesetz, das am 1. Juli 1996 in Kraft getreten ist, werden diese Leistungen der medizinischen Behandlungspflege im Rahmen der pauschalierten Leistungen bei vollstationärer Pflege nach § 43 SGB XI von der Pflegeversicherung getragen. Eine Neuordnung der Finanzierungs Kompetenzen entlang der CURE versus CARE Dichotomie erfordert, dass die medizinische Behandlungspflege in die Finanzierungs kompetenz der GKV zurückverlagert wird und die Leistungen der Pflegeversicherung nach § 43 SGB XI entsprechend zu kürzen sind. Ebenso sind die Pflegesätze der Einrichtungen entsprechend zu reduzieren. Sie erhalten dann im Gegenzug eine pauschale Vergütung für medizinische Behandlungspflege von der Krankenkasse, die hierfür eine entsprechende Zuweisung aus dem Gesundheitsfonds bezieht.

Ein zentraler Vorteil dieser Verlagerung der Finanzierungs kompetenzen liegt darin, bestehende Fehlanreize für Kassen beseitigt werden, die aus der Parallelität von Kassenwettbewerb in der GKV und fehlendem Kassenwettbewerb in der Pflegeversicherung resultiert (vgl. hierzu schon Jacobs 1995). Derzeit ist es für eine Kasse nämlich aus ökonomischen Gründen sinnvoll, wenn ihre Versicherten stationär versorgt werden. Die Kosten der Pflegeversicherung werden in einem umfassenden Finanzausgleich auf die Kassen verteilt und sind daher nicht wettbewerbsrelevant. Die Kosten der häuslichen Krankenpflege nach SGB V belasten hingegen die einzelne Kasse, da sie im Risikostrukturausgleich natürlich nicht ausgeglichen werden. Wird eine pflegebedürftige Person in häuslicher Umgebung gepflegt, entstehen somit womöglich Ausgaben für häusliche Krankenpflege, die vermieden werden können,

wenn die pflegebedürftige Person stationär versorgt wird. Die Kassen haben somit einen objektiven Anreiz, stationäre Pflege zu präferieren. Das widerspricht aber dem Gesetzesauftrag „ambulant vor stationär“ (§ 3 SGB XI). Dieser Fehlanreiz sollte daher beseitigt werden (Rothgang/Jacobs 2013).

Ziel dieser Expertise ist es zunächst abzuschätzen, wie hoch die Kosten der medizinischen Behandlungspflege in Pflegeheimen insgesamt bzw. pro Heimbewohner und insgesamt für alle Heimbewohner sind (Abschnitt 2). Werden diese Kosten von der GKV getragen, muss weiterhin sichergestellt sein, dass die Kassen mit einem hohen Anteil an Pflegebedürftigen nicht durch diese Umstellung benachteiligt werden. Um dieses Ziel zu erreichen, soll jede Kasse pro Heimbewohner eine pauschalierte Zuweisung aus dem Gesundheitsfonds erhalten. Diese Zuweisung kann in den Risikostrukturausgleich integriert werden. In Abschnitt 3 wird dann geprüft, ob es notwendig ist, diese Pauschalen nach weiteren Kriterien zu differenzieren. Abschnitt 4 fasst schließlich die zentralen Ergebnisse der Expertise noch einmal zusammen, während der Anhang (Abschnitt 6) weitere Berechnungen im Kontext dieser Expertise durchgeführten Berechnungen dokumentiert.

## **2 Finanzierungsvolumens**

Die Gesamtkosten der medizinischen Behandlungspflege werden derzeit nicht statistisch erfasst. Eine Abschätzung dieser Kosten kann daher nur auf Modellrechnungen mittels vorhandener Daten beruhen. Im Verlauf der geplanten zweijährigen 1. Umsetzungsphase (Hoberg et al. 2013) ist dann eine Überprüfung und evtl. Anpassung dieser Ergebnisse möglich.

Zur Schätzung des Finanzierungsvolumens werden nachfolgend drei Methoden verwendet:

- a. *Abschätzung anhand der Gesetzesbegründungen und –materialien*  
(Abschnitt 2.1):

Die Finanzierungsverantwortung der Pflegeversicherung für die medizinische Behandlungspflege wurde im 1. SGB XI-Änderungsgesetz zunächst zeitlich befristet bei der Pflegeversicherung angesiedelt und sollte dann an die Krankenversicherung zurückverlagert werden. Als beschlossen wurde, diese Finanzierungszuständigkeit zunächst bei der Pflegeversicherung anzulegen, wurde das Finanzierungsvolumen abgeschätzt. Hierzu wurde auf die Daten aus der Infraststudie zu Mög-

lichkeiten und Grenzen der selbständigen Lebensführung in Einrichtungen (Schneekloth; Müller 1996) verwendet, die allerdings nicht für diesen Zwecke erhoben worden waren und das Leistungsgeschehen daher in diesem Punkt nur grob abbilden. Diese Abschätzungen werden aus den damaligen Verhältnissen anhand von Fallzahl- und Preissteigerung auf die Verhältnisse des Jahres 2011 übertragen.

b. *Abschätzung des Effekts anhand von Kassendaten (Abschnitt 2.2)*

Häusliche Krankenpflege (HKP) nach § 37 SGB V ist das Korrelat der medizinischen Behandlungspflege im Pflegeheim. Als Grundansatz für die Berechnung der Ausgaben der medizinischen Behandlungspflege wird daher unterstellt, dass diese Ausgaben in Pflegeheimen pro Pflegebedürftigem durchschnittlich genauso hoch sein müssten wie die Ausgaben für häusliche Krankenpflege bei einer strukturgleichen Vergleichsgruppe in häuslicher Pflege. Für die Berechnung der Ausgaben für häusliche Krankenpflege wurde auf die Kranken- und Pflegekassendaten der BARMER GEK zurückgegriffen. Da sich die Bewohner von Pflegeheimen und Pflegebedürftige in häuslicher Pflege strukturell unterscheiden, müssen die differenzierenden Faktoren so weit wie möglich kontrolliert werden. Hierzu wird zunächst auf die Merkmale „Alter“, „Geschlecht“, „Pflegestufe“ und „Dauer der Pflegebedürftigkeit zu diesem Zeitpunkt“ abgestellt.

c. *Abschätzung des Effektes anhand vorliegender kleinerer Studien (Abschnitt 2.3)*

Es liegen einige kleinere Studien vor, aus denen sich Hinweise auf die Kosten der medizinischen Behandlungspflege ableiten lassen. Allerdings sind die Fallzahlen dabei in der Regel zu gering und/oder ist die Stichprobe zu selektiv, um daraus belastbare Aussagen abzuleiten. Dieser Abschnitt hat daher eher nachrichtlichen Charakter.

Die Ergebnisse insbesondere der beiden erstgenannten Ansätze werden dann abschließend miteinander verglichen und bewertet (Abschnitt 2.4).

Dabei ist zu berücksichtigen, dass die medizinische Behandlungspflege (MBP) im Pflegeheim in der Regel in Kuppelproduktion mit andern Pflegeleistungen erfolgt. Die Kosten sind daher prinzipiell niedriger als bei separater Leistungserbringung im ambulanten Bereich durch die häusliche Krankenpflege (HKP). Zusätzlich entstehen aber Kosten durch die *Pflegeprozesssteuerung*, die dann auch von der Kranken-

kasse übernommen werden sollen. Diese Kosten werden in dieser Expertise nicht thematisiert, sind aber in Hoberg, Müller & Rothgang (2013) schon berücksichtigt.

## **2.1 Abschätzung anhand der Gesetzesbegründungen (-materialien)**

Im 1. SGB XI-ÄndG wurde festgelegt, dass die medizinische Behandlungspflege für den Zeitraum vom 1. Juli 1996 bis zum 31. Dezember 1999 als Teil der bei Tages- und Nachtpflege (§ 41 SGB XI), Kurzzeitpflege (§ 42 SGB XI) sowie vollstationärer Dauerpflege (§ 43 SGB XI) zu gelten habe und die Pflegekasse für die in den Einrichtungen lebenden Personen neben den pflegebedingten Aufwendungen, den Aufwendungen zur sozialen Betreuung auch die notwendigen Leistungen zur medizinischen Pflege im Rahmen der Leistungen nach §§ 41-43 SGB XI bis zu den in den Paragrafen jeweils genannten Maximalhöhen in Abhängigkeit von den Pflegestufen zu übernehmen habe.<sup>1</sup> Im ersten Bericht des BMA zur Entwicklung der Pflegeversicherung gemäß § 10 Abs. 4 SGB XI werden finanzielle Erwägungen als Grund dafür genannt, die medizinische Behandlungspflege im Bereich der Pflegeversicherung zu belassen anstatt die Kostenübernahme über die Krankenkassen abzuwickeln (BMA 1997: 14). In diesem Zusammenhang werden zwei Zahlen zum Aufkommen der geschätzten Aufwendungen geliefert. „Die für die Pflegeversicherung allein relevanten Kosten der Behandlungspflege in Pflegeheimen belaufen sich ... auf ca. 800 Mio. DM im Jahr.“ (BMA 1997: 14). Für die Krankenkassen wären aber insgesamt Mehrausgaben von 2,7 Mrd. DM verbunden gewesen, berücksichtigt man alle Heime und nicht nur die Pflegeheime (BMA 1997: 14). Der Unterschied in beiden Zahlen ist vor allem darauf zurückzuführen, dass Mitte der 1990er Jahren noch ein Großteil der Heime nicht als Pflegeheime im Sinne des § 71 SGB XI zugelassen waren, die Kostenfolgen der Finanzierungskompetenzzuweisung sich aber auf alle Heime erstreckt haben. Da diese Expertise sich auf die Pflegeheime bezieht, werden nachfolgend die 800 Mio. DM (= 409 Mio. €) zugrunde gelegt. Diese werden zunächst in Pro-Kopf-Werte umgerechnet und dann anhand von Preissteigerungsrate und Entwicklung der Zahl der Heimbewohner auf die Gegenwart fortgeschrieben.

---

<sup>1</sup> Diese zeitlich befristete Regelung wurde noch mehrmals verlängert und dann zur Dauerregelung erklärt. Allerdings müssen die Krankenkassen seit dem 1.4. 2007, dem Inkrafttreten der entsprechenden Norm im GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz, für Pflegeheimbewohner mit besonders hohem Bedarf an medizinischer Behandlungspflege die Kosten für diese Leistungen übernehmen.



Als *Preissteigerungsrate* müsste prinzipiell die Veränderung der Kosten der medizinischen Behandlungspflege eingesetzt werden. Diese ist als solche aber nicht verfügbar. Daher werden für die nachfolgende Kalkulation insbesondere der Nominallohnindex, der Verbraucherpreisindex (Statistisches Bundesamt 2013d: 5) und die Entwicklung der Pflegesätze (Statistisches Bundesamt 2013b und Vorjahre) verwendet. Keiner dieser Indizes bildet die Preissteigerungsrate für medizinische Behandlungspflege präzise ab. Durch die Verwendung aller drei Indizes lässt sich die Sensitivität der Berechnungen bezüglich dieses Wertes aber gut abschätzen.

Zur *Entwicklung der Zahl der Pflegeheimbewohner* mit Anspruch auf Leistungen aus der Pflegeversicherung gibt es für den Zeitraum seit Einführung der vollstationären Leistungen nur unvollständige Informationen. Die Pflegestatistik beginnt ihre Berichterstattung erst mit dem Berichtsjahr 1999 und schließt dabei die Versicherten der privaten Pflegepflichtversicherung (PPV) mit ein. Daten der PPV sind nicht als differenzierte lange Zeitreihe erhältlich. Erste Zahlen zur Anzahl der stationär versorgten Pflegebedürftigen wurden für das Jahr 2004 veröffentlicht (PKV 2006). Da es in dieser Expertise um die Sozialversicherten geht, erscheinen daher die Informationen zu den Leistungsempfängern der Sozialen Pflegeversicherung, die von den Kassen gemeldet und vom Bundesgesundheitsministerium (BMG) veröffentlicht werden, als beste Quelle. Die Zeitreihen reichen zudem von der Einführung der Pflegeversicherung bis ins Jahr 2011 (BMG 2012a; Statistisches Bundesamt 2013b).<sup>2</sup> Nach Alter und Geschlecht differenzierte Werte zu den Fallzahlen der Pflegeheimbewohner liefern aber auch diese nicht, weil in den Daten des BMG die Pflegeheimbewohner zusammen mit den Pflegebedürftigen in vollstationären Einrichtungen der Behindertenhilfe gemäß § 43a SGBXI erfasst sind und diese sich nicht nach Alter und Geschlecht differenzieren lassen. Da aber zunächst nur die Gesamtzahl der Pflegebedürftigen im Pflegeheim relevant ist und nur die Daten des BMG Vergleichszahlen aus den ersten Jahren der Pflegeversicherung liefern, wird nachfolgend zunächst mit diesen Daten gerechnet werden.

Unter Zugrundelegung dieser Fallzahlentwicklung und eine Preissteigerung gemäß dem Nominallohnindex ergeben sich für das Jahr 2011 geschätzte rund 900 Mio. Euro für Aufwendungen zur medizinischen Behandlungspflege, die den Krankenkassen im Rahmen der Versorgung im Pflegeheim entstehen würden. Pro Jahr und

---

<sup>2</sup> Einzelne aktuellere Zahlen aus dem Jahr 2012 sind allerdings vom BMG verfügbar (BMG 2013).

Pflegebedürftigem im Heim wären das rund 1.400 Euro (889 Mio. Euro geteilt durch 641.253 Pflegebedürftige) bzw. rund 116 Euro im Monat (Tabelle 1).

TABELLE 1: SCHÄTZUNG DER KOSTEN FÜR MEDIZINISCHE BEHANDLUNGSPFLEGE IN PFLEGEHEIMEN AUF BASIS DER KOSTENSCHÄTZUNGEN ZUM 1. SGB XI-ÄNDG

Jahr	Anzahl der Heimbewohner in der Sozialen Pflegeversicherung im Jahresdurchschnitt			Geschätzte Mehrausgaben der Pflegeversicherung durch Übernahme der Kosten der medizinischen Behandlungspflege im Pflegeheim in Mio. Euro		Nominallohnindex  Nachrichtlich (2010 = 100)
	(2) Kurzzeit- pflege	(3) Vollstationäre Dauerpflege	(4)=(2)+(3) Gesamt	(5) nur Fallzahl- steigerung	(6) zusätzlich Preis- steigerung gemäß Nominallohnindex	
	Spalte 2	Spalte 3	Spalte 4	Spalte 5	Spalte 6	Spalte 7
1996	5.731	355.142	360.873	409	409	84,5
1997	5.627	424.853	430.480	488	488	84,5
1998	6.199	452.750	458.949	520	525	85,2
1999	7.146	485.014	492.160	558	570	86,3
2000	7.696	494.793	502.489	570	590	87,5
2001	8.108	513.377	521.485	591	624	89,2
2002	8.615	532.278	540.893	613	657	90,5
2003	9.317	540.070	549.387	623	674	91,5
2004	9.989	548.647	558.636	633	689	92,0
2005	11.140	559.784	570.924	647	707	92,3
2006	13.096	575.846	588.942	668	735	93,0
2007	13.613	588.827	602.440	683	763	94,4
2008	15.202	600.389	615.591	698	803	97,3
2009	16.542	613.746	630.288	714	823	97,4
2010	17.255	621.442	638.697	724	857	100,0
2011	16.920	624.333	641.253	727	<b>889</b>	103,3

Wert in Spalte 5 = Spalte 5 in 1996 \* (Spalte 4 im jeweiligen Jahr / Spalte 4 in 1996)  
Wert in Spalte 6 = Spalte 5 \* (Spalte 7 im Jahr / Spalte 7 in 1996)

Das vorstehende Ergebnis hängt unter anderem davon ab, mit welchem Index die für 1996 errechneten Ausgaben inflationiert werden. Im Sinne einer Sensitivitätsanalyse werden in Tabelle 2 weitere Preis-, und Kostenindizes zur Inflationierung verwendet. Berücksichtigt wurden der Verbraucherpreisindex (Statistisches Bundesamt 2013d: 5), die Lohnstückkosten im Bereich öffentlicher Dienstleister, Erzieher und Gesundheit (Statistisches Bundesamt 2013e: 113), als Preisindex mit geringen Steigerungs-

raten aber mit Gesundheitsbezug, die Erzeugerpreise pharmazeutischer und ähnlicher Erzeugnisse, (Statistisches Bundesamt 2013c: 75) sowie als Preisindex mit hoher Steigerungsrate, der alle Lebensbereiche betrifft, der Index der Erzeugerpreise für Energie und Wasser (Statistisches Bundesamt 2013c: 211).

TABELLE 2: GESCHÄTZTE GESAMTKOSTEN UNTER VERWENDUNG VERSCHIEDENER LOHN- UND PREISINDIZES

	Veränderung des Index von 1996 bis 2011 (1996=100)	Resultierende Gesamtkosten für medizinische Behandlungspflege in Pflegeheimen unter Berücksichtigung der Preisentwicklung und der Fallzahlen in Mio. Euro
Nominallohnindex <sup>a</sup>	122	<b>889</b>
Verbraucherpreisindex <sup>a</sup>	125	909
Pflegesatz Kurzzeitpflege Stufe I <sup>b</sup>	105	765
Pflegesatz Kurzzeitpflege Stufe II <sup>b</sup>	117	851
Pflegesatz Kurzzeitpflege Stufe III <sup>b</sup>	118	858
Pflegesatz Dauerpflege Stufe I <sup>b</sup>	122	888
Pflegesatz Dauerpflege Stufe II <sup>b</sup>	124	902
Pflegesatz Dauerpflege Stufe III <sup>b</sup>	118	961
Lohnstückkosten der öffentlichen und sonstigen Dienstleister (Stundenkonzept) <sup>c</sup>	118	856
Index der Erzeugerpreise gewerblicher Produkte (Inlandsabsatz) Pharmazeutische u. ä. Erzeugnisse <sup>d</sup>	101	734
Index der Erzeugerpreise gewerblicher Produkte (Inlandsabsatz) Elektrischer Strom und Dienstleistungen der Elektrizitätsversorgung, Gas, Fernwärme, Wasser <sup>e</sup>	167	1.211
a (Statistisches Bundesamt 2013d: 5) b (Statistisches Bundesamt 2013b und Vorjahre) c (Statistisches Bundesamt 2013e: 113) d (Statistisches Bundesamt 2013c: 75) e (Statistisches Bundesamt 2013c: 211)		

Gemäß diesen Berechnungen liegen die Ausgaben für medizinische Behandlungspflege in Pflegeheimen im Bereich von 730 Mio. bis 1,2 Mrd. Euro. Allerdings wird diese Spannweite von den Indizes gebildet, die keinen direkten Bezug zu den hier interessierenden Leistungen der medizinischen Behandlungspflege haben. Die inhaltlich am nächsten liegenden Leistungen, über die Indizes gebildet werden können, sind wohl die Pflegesätze im Pflegeheim. Wird hierbei auf die Pflegesätze in Dauer-

pflege abgestellt, da damit selbst 2011 noch mehr als 97% der Fälle abgedeckt sind, ergibt sich nur noch eine geringe Spannweite von 888 bis 961 Mio. Euro. (Statistisches Bundesamt 2001, 2003, 2005, 2007, 2008, 2011, 2013b).<sup>3</sup> Berücksichtigt man nur den Nominallohnindex, den Verbraucherpreisindex und die Entwicklung der verschiedenen Pflegesätze im Pflegeheim, dann engt sich die Spanne für die geschätzten Gesamtkosten für medizinische Behandlungspflege in Pflegeheimen auf Werte zwischen 765 Mio. und 961 Mio. Euro ein.

## 2.2 Abschätzung anhand von Kassendaten

Wird unterstellt, dass sich die medizinische Behandlungspflege (MBP) im Heim und die häusliche Krankenpflege (HKP) in häuslicher Umgebung inhaltlich entsprechen, dann liegt es nahe, die Kosten der medizinischen Behandlungspflege im Heim aus den Ausgaben für die häusliche Krankenpflege abzuleiten. Allerdings ist zu berücksichtigen, dass sich die Kostenstrukturen der Leistungserbringung – etwa durch Wegekosten im ambulanten Bereich sowie Synergieeffekte im stationären – unterscheiden und sich die Inanspruchnahme ebenfalls unterscheiden kann.

Für die Berechnung ergeben sich daraus folgende Schritte

- Ermittlung der HKP pro Pflegebedürftigem in häuslicher Pflege differenziert nach Alter, Geschlecht und Pflegestufe,
- Bereinigung dieser Kosten um die Ausgaben für solche Leistungen, die bei MBP nicht anfallen, insbesondere Wegekosten, Grundpflege und hauswirtschaftliche Hilfen (vgl. Abschnitt 4.1.1 im Anhang für Details),
- Hochrechnung der Pro Kopf-Kosten auf die Heimpopulation anhand von Alter, Geschlecht und Pflegestufe.

Die *Ermittlung der HKP-Entgelte* erfolgt auf Basis der Routinedaten der BARMER GEK. Sie wird differenziert durchgeführt unter Berücksichtigung von Alterskategorien, Geschlecht und Pflegestufe. Dabei werden auch die Härtefälle gesondert betrachtet. Als Datenbasis für die *Hochrechnung auf die Heimbewohner* böten sich prinzipiell die Daten des BMG an, in denen die gesetzlich versicherten Pflegebedürftigen separat erfasst sind. Leider sind in den Daten des BMG aber die Leistungsempfänger der

---

<sup>3</sup> Die Pflegestatistik weist die Pflegesätze nur für den Zeitraum von 1999 bis 2011 aus. Anhand der durchschnittlichen jährlichen Steigerungsraten wurden die Preissteigerungsraten auch in die Vergangenheit extrapoliert.

Pflege in vollstationären Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen gemäß § 43a SGB XI mit bei den Pflegebedürftigen in vollstationärer Dauerpflege nach § 43 SGB XI gemeinsam erfasst. Aus den altersdifferenzierten Tabellen des BMG lassen sich diese beiden Teilpopulationen nicht differenzieren. Zudem werden die Härtefälle innerhalb der Gruppe der Pflegebedürftigen mit Pflegestufe III nicht gesondert ausgewiesen. Als Datenbasis für die Hochrechnung kommen daher die Daten der Pflegestatistik in Betracht. Diese umfassen allerdings auch die privat versicherten Personen. Mittels der in der privaten Pflegeversicherung separat erfassten Fallzahlen lassen sich durch Subtraktion von den Gesamtzahlen die Verteilungen für die gesetzlich Versicherten allerdings gut abschätzen.

Nachstehend wird zunächst die Zielpopulation, nämlich die pflegebedürftigen Heimbewohner im Jahr 2011 anhand der Pflegestatistik 2011 näher beschrieben (Abschnitt 2.2.1). Da die Pflegestatistik aber auch die privat versicherten Pflegebedürftigen umschließt, sind diese für die hier interessierende Fragestellung der Kosten der medizinischen Behandlungspflege für Sozialversicherte abzuziehen. Dies erfolgt in Abschnitt 2.2.2. In Abschnitt 2.2.3 wird auf die Routinedaten der BARMER GEK eingegangen, da die HKP-Ausgaben für diese Versicherten zum Ausgangspunkt der Hochrechnung der MBP genommen werden. In Abschnitt 2.2.4 werden dann die HKP-Kosten ermittelt, mittels deren in Abschnitt 2.2.5 eine Hochrechnung auf die MBP-Ausgaben erfolgt.

### **2.2.1 Die Heimbewohner des Jahres 2011 in Deutschland**

Ausgangspopulation der Berechnungen sind die ambulant versorgten Pflegebedürftigen der BARMER GEK. Allerdings ist davon auszugehen, dass sich diese Population von der Zielpopulation der Berechnungen, den Pflegebedürftigen im Pflegeheim, strukturell unterscheiden. Für eine adäquate Berechnung müssen diese *Strukturunterschiede* bekannt sein und berücksichtigt werden. Daher wird hier zunächst die Zielpopulation der Pflegebedürftigen im Pflegeheim dargestellt.

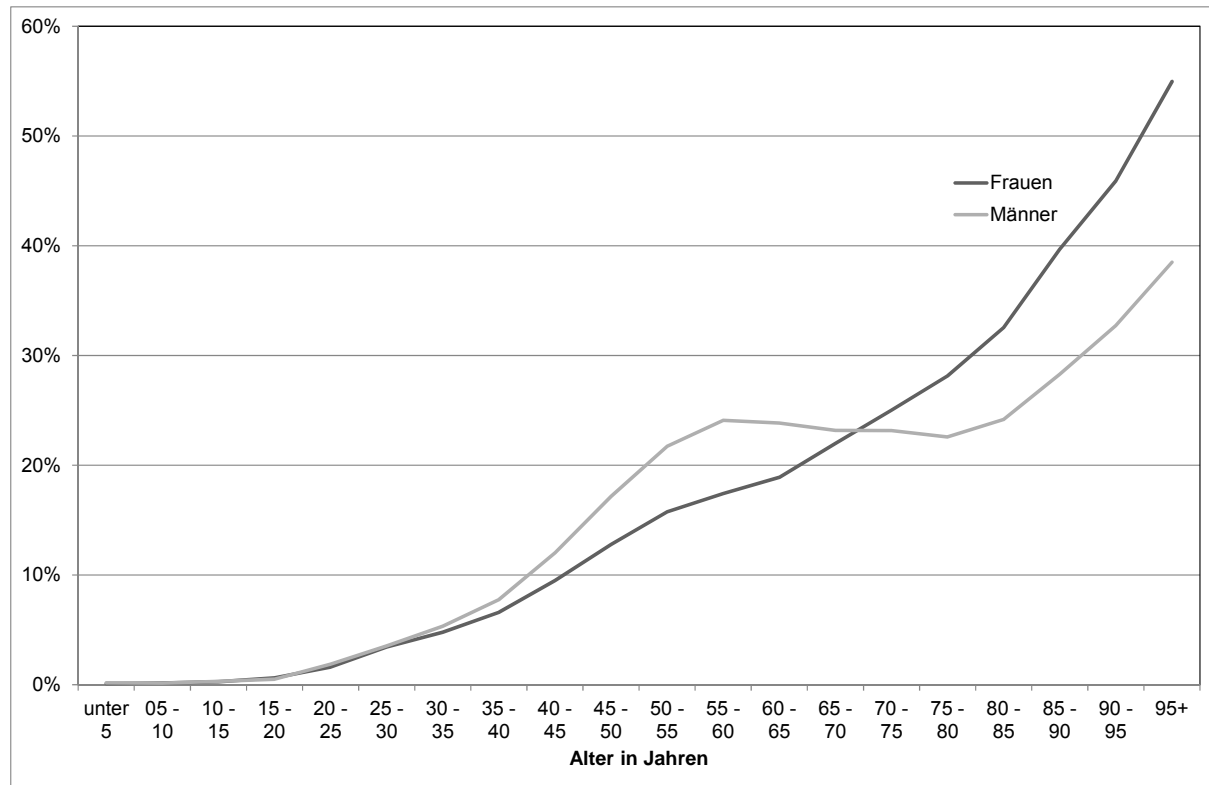
TABELLE 3: PFLEGESTATISTIK 2011 – LEISTUNGSEMPFÄNGER GESAMT UND IM PFLEGEHEIM NACH ALTERSGRUPPEN UND GESCHLECHT AM 15.12.2011

Alter	Ambulant und stationär			Stationär		
	Gesamt	Männer	Frauen	Gesamt	Männer	Frauen
unter 5	12.517	7.115	5.402	18	12	6
05 – 09	26.669	16.411	10.258	38	22	16
10 – 14	28.546	17.281	11.265	82	52	30
15 – 19	23.408	13.576	9.832	130	69	61
20 – 24	21.345	12.210	9.135	375	229	146
25 – 29	18.267	10.294	7.973	637	364	273
30 – 34	16.419	9.216	7.203	834	490	344
35 – 39	16.540	8.969	7.571	1.196	696	500
40 – 44	24.870	12.962	11.908	2.687	1.558	1.129
45 – 49	37.046	19.029	18.017	5.567	3.267	2.300
50 – 54	48.187	24.528	23.659	9.057	5.328	3.729
55 – 59	61.731	31.974	29.757	12.886	7.704	5.182
60 – 64	85.310	44.543	40.767	18.326	10.622	7.704
65 – 69	113.932	58.320	55.612	25.740	13.515	12.225
70 – 74	237.972	112.083	125.889	57.441	25.955	31.486
75 – 79	335.864	132.838	203.026	87.102	29.992	57.110
80 – 84	483.241	151.488	331.753	144.536	36.607	107.929
85 – 89	520.226	113.562	406.664	193.435	32.120	161.315
90 – 94	286.407	50.545	235.862	124.775	16.542	108.233
95+	94.446	13.025	81.421	49.760	5.013	44.747
Insgesamt	2.492.943	859.969	1.632.974	734.622	190.157	544.465

Quelle: Pflegestatistik 2011 – nur Pflegebedürftige mit zugewiesener Pflegestufe

Die Pflegestatistik liefert detaillierte Informationen über Versorgungsart, Pflegestufen, Geschlecht und Alter, allerdings für die gesamte Bevölkerung einschließlich der privat Versicherten (Tabelle 3). Dabei sind die pflegebedürftigen Frauen im Durchschnitt älter als die pflegebedürftigen Männer und die stationär versorgten Pflegebedürftigen älter als die ambulant Gepflegten. So finden sich in den jüngsten Altersjahren kaum Pflegebedürftige, und die maximalen Fallzahlen liegen in der Alterskategorie 80-85 Jahre (Männer) bzw. 85-90 Jahre (Frauen). 34 % der Pflegebedürftigen, aber nur 26 % der stationär versorgten Pflegebedürftigen sind Männer. Das Pflegeheim ist somit tendenziell die Versorgungsart für Hochaltrige und für Frauen (Abbildung 1).

ABBILDUNG 1: ANTEIL DER PFLEGEBEDÜRFTIGEN IN STATIONÄRER PFLEGE AN DER BEVÖLKERUNG NACH GESCHLECHT UND ALTER IM JAHR 2011



Quelle: Eigene Berechnungen auf Basis der Pflegestatistik 2011

In den Alterskategorien 30-34 bis 75-79 Jahre schwanken die Anteilswerte bei den Frauen zwischen 20 und 30 %, anschließend steigen sie von einem Drittel über zwei Fünftel auf die Hälfte bis zur letzten Alterskategorie. Rund die Hälfte der pflegebedürftigen Frauen im Alter über 90 Jahren wird also im Pflegeheim versorgt. Der Anstieg im Anteil der stationären Pflege ist bei den Männern im jüngeren bis mittleren Erwachsenenalter steiler als bei den Frauen. Dafür sinkt er im Alter von 55 bis 80 sogar leicht ab und unterschreitet damit in diesem Alter die Anteile, die bei den Frauen zu finden sind. Auch im höchsten Alter wird nur ein Institutionalierungsanteil von rund einem Drittel erreicht. Pflegebedürftige Kinder und Jugendliche werden vor allem von ihren Eltern gepflegt. Daher liegt die Heimquote in diesem Alter bei Jungen und Mädchen übereinstimmend sehr niedrig. Im frühen Erwachsenenalter verschiebt sich aber die häusliche Pflege aus der Elterngeneration hin zu den Partnern. Bis zum Alter von 55 Jahren gibt es einen Männerüberschuss in der Bevölkerung (Statistisches Bundesamt 2013a). Im Anschluss daran steigt der Frauenüberschuss zunehmend. Als Resultat bleiben im mittleren Alter mehr Männer als Frauen ohne

Partnerschaft und im höheren Alter mehr Frauen als Männer ohne Partnerschaft. Dies kann zumindest zu einem Teil die unterschiedlichen Institutionalisierungsraten (Abbildung 1) erklären.

Eine Unterscheidung der Leistungsempfänger nach Alter, Geschlecht und Pflegestufen erhöht demnach die resultierende Genauigkeit der Berechnungen, da das Leistungsvolumen sich sowohl in der medizinischen als auch in der pflegerischen Versorgung nach diesen Kriterien unterscheidet. Tabelle 4 spiegelt daher die Zahl der pflegebedürftigen Frauen im Pflegeheim Ende des Jahres 2011 wider, die Leistungen der Pflegeversicherung erhalten haben. Diese Frauen sind danach differenziert, welche Pflegestufen ihnen zugewiesen wurden und wie alt sie zu dem Zeitpunkt waren. Tabelle 5 zeigt entsprechend Verteilungen für die männlichen pflegebedürftigen Pflegeheimbewohner.

Über 500 Tsd. Frauen sind Ende des Jahres 2011 Leistungsempfänger der Pflegeversicherung im Pflegeheim (Tabelle 4). Während im Kinder- und Jugendalter nur einige Hundert Pflegebedürftige im Pflegeheim zu finden sind, summieren sich die Fallzahlen im höheren Alter ab 80 Jahren auf rund 100 Tsd. bis weit über 100 Tsd. je 5-Jahres-Alterskategorie auf. Pflege im Pflegeheim ist somit eher ein Phänomen des höheren Lebensalters. Die Aufschlüsselung der Pflegeheimbewohner nach Pflegestufen zeigt zudem, dass die höheren Pflegestufen auch mit dem Alter korrelieren. Jüngere Pflegebedürftige im Pflegeheim haben überproportional eine höhere Pflegestufe. So liegt beispielsweise der Anteil der Pflegebedürftigen mit Pflegestufe III bei den 35-39-jährigen Frauen bei 54 %, aber in der Alterskategorie 85-89 nur bei 19 %.

Für die pflegebedürftigen Männer ergeben sich etwas davon abweichende Tendenzen – sowohl was den Anteil als auch was die Anzahl der Pflegebedürftigen im Heim angeht. Zwar sind in der männlichen Pflegeheimpopulation Jungen und junge Erwachsene recht wenig vertreten, aber ihre Fallzahl liegt höher als bei den Mädchen und jungen Frauen. Eine höhere Anzahl an pflegebedürftigen Männern als pflegebedürftigen Frauen zeigt sich bis zur Alterskategorie 65-69 Jahre. Erst ab dem Alter übersteigt die Zahl der pflegebedürftigen Frauen die Zahl der pflegebedürftigen Männer – dann aber deutlich. In der Summe sind somit rund 200 Tsd. Männer Pflegeheimbewohner mit Leistungsbezug aus der Pflegeversicherung. Frauen und Männer unterscheiden sich somit schon mal in der Anzahl der Pflegebedürftigen im Heim je Alterskategorie (Tabelle 5 ).



TABELLE 4: PFLEGESTATISTIK 2011 - LEISTUNGSEMPFÄNGER IM PFLEGEHEIM NACH ALTERSGRUPPEN UND PFLEGESTUFEN AM 15.12.2011 - FRAUEN

Alter \ Pflegestufe	I	II	III ohne Härtefälle	III Härtefälle	gesamt
unter 5	4	0	2	0	6
05 – 09	1	5	7	3	16
10 – 14	4	10	13	3	30
15 – 19	3	21	33	4	61
20 – 24	11	30	90	15	146
25 – 29	28	56	164	25	273
30 – 34	48	83	171	42	344
35 – 39	86	145	223	46	500
40 – 44	254	307	507	61	1.129
45 – 49	563	756	853	128	2.300
50 – 54	1.176	1.330	1.073	150	3.729
55 – 59	1.776	1.840	1.392	174	5.182
60 – 64	2.782	2.870	1.884	168	7.704
65 – 69	4.622	4.812	2.613	178	12.225
70 – 74	12.016	12.628	6.456	386	31.486
75 – 79	21.770	23.254	11.616	470	57.110
80 – 84	43.131	43.493	20.637	668	107.929
85 – 89	64.842	65.280	30.374	819	161.315
90 – 94	40.962	45.683	21.033	555	108.233
95+	12.873	20.041	11.589	244	44.747
insgesamt	206.952	222.644	110.730	4.139	544.465
Quelle: Pflegestatistik 2011 – nur Pflegebedürftige mit zugewiesener Pflegestufe					

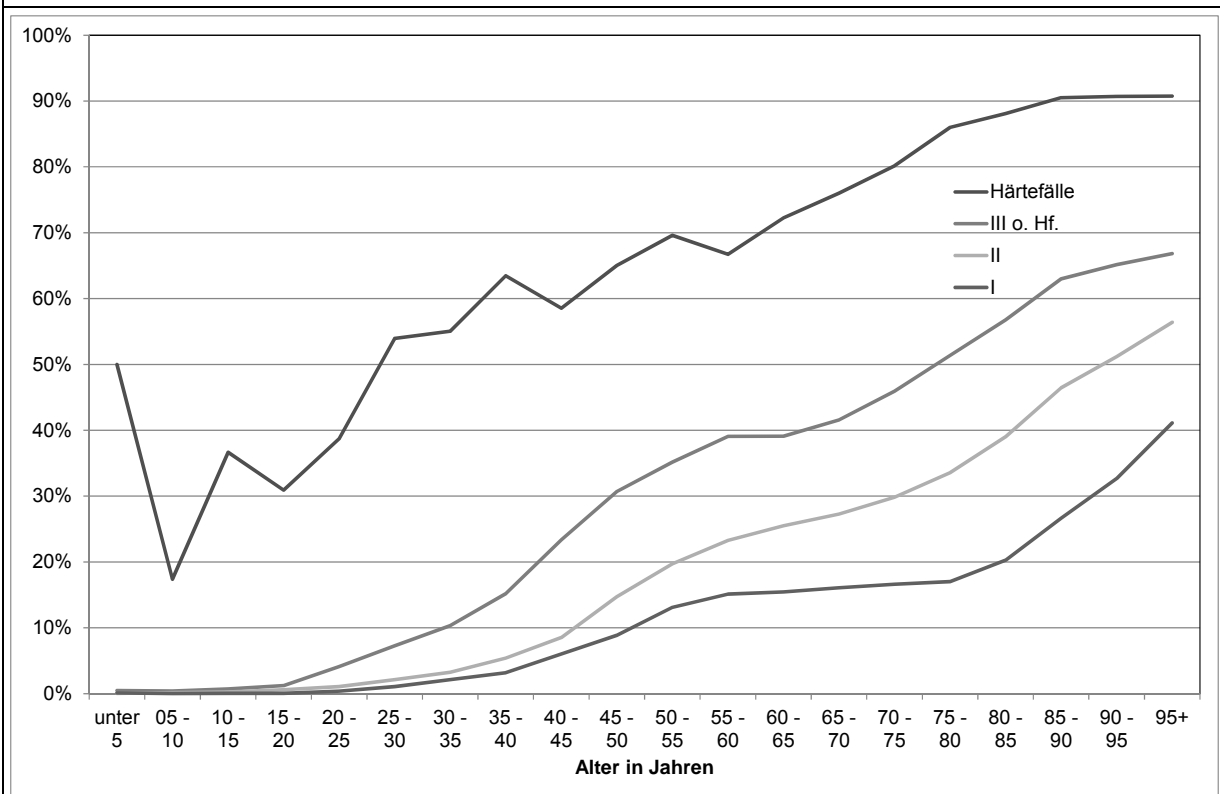
Ein weiterer Faktor, der die Wahrscheinlichkeit einer Institutionalisierung der Pflege erklären könnte, ist der Schweregrad der Pflegebedürftigkeit. Wenn die Pflegebedürftigkeit derartige Ausmaße annimmt, dass fortwährend Pflege geleistet werden muss, und die Kompetenz der Laien in der Pflege vielfach überschritten wird, dann wird auch die Wahrscheinlichkeit der Heimeinweisung größer. Entsprechend ist auch in jedem Alter der Anteil der stationär Gepflegten in Pflegestufe III höher als in Pflegestufe II (Abbildung 2). Unter den Pflegebedürftigen mit Pflegestufe I liegt der Institutionalisierungsgrad noch niedriger als unter den Pflegebedürftigen mit Pflegestufe II.

TABELLE 5: PFLEGESTATISTIK 2011 - LEISTUNGSEMPFÄNGER IM PFLEGEHEIM NACH ALTERSGRUPPEN UND PFLEGESTUFEN AM 15.12.2011 - MÄNNER

Alter \ Pflegestufe	I	II	III ohne Härtefälle	III Härtefälle	gesamt
unter 5	6	2	2	2	12
05 – 09	1	11	9	1	22
10 – 14	5	13	26	8	52
15 – 19	4	18	34	13	69
20 – 24	24	40	144	21	229
25 – 29	49	71	201	43	364
30 – 34	88	107	244	51	490
35 – 39	134	178	305	79	696
40 – 44	429	428	587	114	1.558
45 – 49	1.049	1.090	953	175	3.267
50 – 54	2.201	1.703	1.226	198	5.328
55 – 59	3.495	2.626	1.388	195	7.704
60 – 64	4.807	3.887	1.721	207	10.622
65 – 69	5.807	5.219	2.268	221	13.515
70 – 74	10.578	10.258	4.750	369	25.955
75 – 79	11.332	12.554	5.747	359	29.992
80 – 84	14.114	15.657	6.526	310	36.607
85 – 89	13.182	13.660	5.076	202	32.120
90 – 94	6.986	7.010	2.457	89	16.542
95+	2.023	2.228	751	11	5.013
insgesamt	76.314	76.760	34.415	2.668	190.157
Quelle: Pflegestatistik 2011 – nur Pflegebedürftige mit zugewiesener Pflegestufe					

Insgesamt ist mit diesen Darstellungen erst einmal deutlich geworden, dass es eine große Abhängigkeit der stationären Pflege von Alter, Geschlecht und Pflegestufe gibt. Wenn nun die häusliche Krankenpflege bei Pflegebedürftigen im häuslichen Umfeld als Grundlage zur Schätzung des Aufwands für medizinische Behandlungspflege im Pflegeheim genutzt werden soll, muss dann nach den gefundenen Unterschieden korrigiert werden, wenn diese Kriterien auch eine unterschiedliche Versorgungsleistung im Bereich der häuslichen Krankenpflege bzw. der medizinischen Behandlungspflege nach sich ziehen. Die unterschiedlichen Strukturen nach Alter, Geschlecht und Pflegestufe müssten dann berücksichtigt werden. Eine einfache Hochrechnung nur nach der Gesamtfallzahl wäre dann nicht ausreichend.

ABBILDUNG 2: ANTEIL DER PFLEGEBEDÜRFTIGEN IN STATIONÄRER PFLEGE AN ALLEN PFLEGEBEDÜRFTIGEN NACH PFLEGESTUFEN UND ALTER IM JAHR 2011



Quelle: Eigene Berechnungen auf Basis der Pflegestatistik 2011

### 2.2.2 Sozialversicherte Pflegebedürftige in Pflegeheimen

Da die Zielpopulation die Versicherten der SPV sind, müssen die Versicherten der PPV herausgerechnet werden. Dies erfolgt durch Subtraktion der Zahl der Pflegebedürftigen aus der PPV von der Zahl aller Pflegebedürftigen gemäß Pflegestatistik.

Da die Zahlen der privat versicherten Pflegebedürftigen in veröffentlichten Statistiken nicht nach Alter und Geschlecht differenziert für das Beobachtungsjahr 2011 vorliegen, müssen diese modelliert werden. Hierzu wird zunächst die Zahl der Pflegebedürftigen nach Pflegestufen, aber ohne Berücksichtigung von Alter und Geschlecht für das Jahr 2011 herangezogen (Tabelle 6). Die Gesamtzahl der privat versicherten Pflegebedürftigen in stationärer Pflege für das Jahr 2011 wird vom BMG (2012b) mit rund 43 Tsd. ausgewiesen und von der PKV (2012) mit 43.862. Hiervon sind 14.883 in Pflegestufe I, 18.662 in Pflegestufe II und 10.317 in Pflegestufe III. Das entspricht

einer Verteilung von 33,9 % in Pflegestufe I<sup>4</sup>, 42,5 % in Pflegestufe II und 23,5 % in Pflegestufe III (Tabelle 6).

TABELLE 6: PRIVAT VERSICHERTE PFLEGEBEDÜRFTIGE IM VERGLEICH ZU ALLEN PFLEGEBEDÜRFTIGEN

		Alle Pflegebedürftigen <sup>1</sup>		Privat versicherte Pflegebedürftige <sup>2</sup>		Anteile der privaten an allen Pflegebedürftigen
		Anzahl	Anteile im jeweiligen Setting	Anzahl	Anteile im jeweiligen Setting	
<b>ambulant</b>	<b>gesamt</b>	<b>1.758.321</b>	<b>100,0%</b>	<b>101.237</b>	<b>100,0%</b>	<b>5,8%</b>
	Pflegestufe I	1.086.751	61,8%	57.009	56,3%	<b>5,2%</b>
	Pflegestufe II	518.786	29,5%	33.433	33,0%	<b>6,4%</b>
	Pflegestufe III	152.784	8,7%	10.795	10,7%	<b>7,1%</b>
<b>stationär</b>	<b>gesamt</b>	<b>734.622</b>	<b>100,0%</b>	<b>43.862</b>	<b>100,0%</b>	<b>6,0%</b>
	Pflegestufe I	283.266	38,6%	14.862	33,9%	<b>5,2%</b>
	Pflegestufe II	299.404	40,8%	18.662	42,5%	<b>6,2%</b>
	Pflegestufe III	151.952	20,7%	10.317	23,5%	<b>6,8%</b>
<b>insgesamt</b>		<b>2.492.943</b>		<b>145.099</b>		<b>5,8%</b>
<sup>1</sup> Quelle: Pflegestatistik 2011 <sup>2</sup> Quelle: PKV 2012						

Insgesamt liegt der Anteil der privat versicherten Pflegebedürftigen an allen Pflegebedürftigen somit bei 5,8 %. Je nach Pflegearrangement und Pflegestufe schwankt der Anteil zwischen 5,2 % und 7,1 %. Der Anteil ist in der stationären Pflege mit 6,0 % leicht überdurchschnittlich und steigt mit der Pflegestufe merklich an.

Unter der Annahme, dass sich die Alters-, Geschlechts- und Pflegestufenverteilung der SPV- und PPV-Pflegebedürftigen nicht unterscheiden, wäre es also ausreichend, von den errechneten Gesamtkosten für MBP 6 % abzuziehen, um so einen Wert nur für die Soziale Pflegeversicherung zu erhalten. Da diese Annahme aber nicht ohne weiteres als gegeben unterstellt werden kann, wird die Alters- und Geschlechtsverteilung im Folgenden anhand vorhandener Angaben aus dem Jahr 2008 berücksichtigt. Die Gesamtzahl der stationär Pflegebedürftigen wird für das Jahr 2008 mit 41.845 beziffert. Diese Anzahl unterscheidet sich kaum von der Fallzahl im Jahr 2011. Die Verteilung nach Pflegestufen aus dem Jahr 2011 zusammen mit den Anteilswerten

<sup>4</sup> Der vom BMG (2012b) ausgewiesene Anteil von 33,5 % ist falsch.

nach Alter und Geschlecht aus dem Jahr 2008 werden daher zur Grundlage der Verteilung der privat versicherten Pflegebedürftigen in stationärer Pflege im Jahr 2011 herangezogen. Anschließend können die ermittelten Zahlen von den Daten der Pflegestatistik subtrahiert werden, um gute Schätzwerte für die gesetzlich versicherten Pflegebedürftigen in stationärer Pflege zu bekommen. Die resultierenden Ungenauigkeiten aus der Übertragung der Verteilung aus dem Jahr 2008 auf das Jahr 2011 werden als gering angesehen. Die resultierende Zielpopulation ist in Tabelle 7 für Frauen und Tabelle 8 für Männer abgebildet.

TABELLE 7: ZIELPOPULATION DER SPV - LEISTUNGSEMPFÄNGER IM PFLEGEHEIM NACH ALTERSGRUPPEN UND PFLEGESTUFEN ENDE 2011 - FRAUEN

Alter \ Pflegestufe	I	II	III ohne Härtefälle	III Härtefälle	gesamt
unter 5	4	0	2	0	6
05 – 09	1	5	7	3	16
10 – 14	2	4	11	3	19
15 – 19	3	16	29	4	52
20 – 24	9	28	84	15	136
25 – 29	25	55	156	25	260
30 – 34	46	78	166	42	332
35 – 39	80	139	214	46	478
40 – 44	252	291	483	61	1.087
45 – 49	548	737	832	128	2.244
50 – 54	1.158	1.287	1.026	150	3.620
55 – 59	1.727	1.767	1.315	174	4.983
60 – 64	2.713	2.753	1.769	168	7.403
65 – 69	4.459	4.569	2.439	178	11.644
70 – 74	11.704	12.161	6.118	386	30.369
75 – 79	20.986	22.289	11.003	470	54.748
80 – 84	40.963	40.821	19.236	668	101.688
85 – 89	61.073	61.055	28.186	819	151.133
90 – 94	38.838	42.969	19.617	555	101.979
95+	11.974	18.504	10.650	244	41.371
insgesamt	196.563	209.524	103.341	4.139	513.567
Quelle: eigene Berechnungen auf Basis der Pflegestatistik 2011( – nur Pflegebedürftige mit zugewiesener Pflegestufe) und der PKV-Statistik 2008					

TABELLE 8: ZIELPOPULATION DER SPV -LEISTUNGSEMPFÄNGER IM PFLEGEHEIM NACH ALTERSGRUPPEN UND PFLEGESTUFEN ENDE 2011 - MÄNNER

Alter \ Pflegestufe	I	II	III ohne Härtefälle	III Härtefälle	gesamt
unter 5	6	2	2	2	12
05 – 09	1	11	9	1	22
10 – 14	0	7	25	8	40
15 – 19	0	13	30	11	54
20 – 24	21	36	142	21	220
25 – 29	48	67	192	41	348
30 – 34	86	104	235	49	474
35 – 39	127	160	294	76	657
40 – 44	416	400	558	108	1.482
45 – 49	1.017	1.038	911	167	3.133
50 – 54	2.140	1.622	1.168	189	5.119
55 – 59	3.386	2.491	1.315	185	7.377
60 – 64	4.645	3.717	1.619	195	10.176
65 – 69	5.471	4.877	2.051	200	12.599
70 – 74	10.180	9.722	4.469	347	24.718
75 – 79	10.777	11.788	5.366	335	28.266
80 – 84	13.219	14.462	5.911	281	33.873
85 – 89	12.169	12.442	4.544	181	29.336
90 – 94	6.325	6.311	2.204	80	14.920
95+	1.811	1.949	622	9	4.391
insgesamt	71.843	71.219	31.667	2.486	177.215

Quelle: eigene Berechnungen auf Basis der Pflegestatistik 2011( – nur Pflegebedürftige mit zugewiesener Pflegestufe) und der PKV-Statistik 2008

### 2.2.3 Die Routinedaten der BARMER GEK

Die Routinedaten der BARMER GEK liefern Informationen zur Gesamtpopulation der Versicherten hinsichtlich des Leistungsbezugs nach SGB V und SGB XI. Für alle Pflegebedürftigen liegen Informationen zur Pflegestufe vor und darüber, welche Leistungen bezogen wurden. Zudem lässt sich für diesen Personenkreis ermitteln, wie hoch die Entgelte für häusliche Krankenpflege im Jahr 2011 in den einzelnen Monaten waren.

Als Messzeitpunkt für den Pflegezustand wurden die einzelnen Monate im Jahr 2011 gewählt. Für die Versicherten wurde jeweils bestimmt, welche höchste Pflegestufe in dem Monat vergeben wurde. Zudem wurde eine hierarchische Zuordnung bezüglich der Versorgungsart der Pflege vorgenommen: Gab es einen Heimaufenthalt in Form

von Dauerpflege oder Kurzzeitpflege, dann erfolgte eine Zuordnung zur stationären Pflege. Die sonstigen Pflegebedürftigen wurden anschließend danach zugeordnet, ob ein ambulanter Pflegedienst Leistungen erbracht hat (Pflegesachleistungen, teilstationäre Pflege, Verhinderungspflege). Wer ausschließlich Pflegegeld bezogen hat, wurde der letzten Kategorie der Pflegebedürftigen zugeordnet.

Tabelle 9 und Tabelle 10 zeigen für Männer und Frauen die Verteilungen der Pflegebedürftigen in häuslicher Pflege nach Versorgungsart, Alter und Pflegestufe. Die Verteilungen nach Alter, Geschlecht und Versorgungsform unterscheiden sich von der der Pflegestatistik. Diese Unterschiede werden durch Gewichtungsfaktoren bei der Hochrechnung ausgeglichen.

**TABELLE 9: MONATE DER PFLEGEBEDÜRFTIGKEIT IN HÄUSLICHER PFLEGE IM JAHR 2011 NACH VERSORGUNGSART UND PFLEGESTUFE - MÄNNER**

	Pflegegeld					Pflegedienst				
	I	II	III ohne Härtefall	III Härtefall	Gesamt	I	II	III ohne Härtefall	III Härtefall	Gesamt
unter 5	4.036	1.778	289	0	<b>6.103</b>	574	400	112	8	<b>1.094</b>
05 – 09	8.710	5.522	2.143	0	<b>16.375</b>	1.284	1.376	753	24	<b>3.437</b>
10 – 14	10.673	5.692	3.074	0	<b>19.439</b>	1.650	1.361	1.146	27	<b>4.184</b>
15 – 19	7.128	3.943	3.420	7	<b>14.498</b>	979	945	948	12	<b>2.884</b>
20 – 24	5.889	4.327	3.029	0	<b>13.245</b>	821	866	842	135	<b>2.664</b>
25 – 29	4.736	4.114	2.543	0	<b>11.393</b>	531	757	783	84	<b>2.155</b>
30 – 34	4.077	3.599	2.030	0	<b>9.706</b>	488	604	653	81	<b>1.826</b>
35 – 39	3.541	3.198	1.306	11	<b>8.056</b>	515	582	664	63	<b>1.824</b>
40 – 44	4.749	3.320	1.338	0	<b>9.407</b>	792	740	792	102	<b>2.426</b>
45 – 49	6.464	4.496	1.379	2	<b>12.341</b>	1.283	1.093	1.024	101	<b>3.501</b>
50 – 54	7.601	4.483	1.197	0	<b>13.281</b>	1.797	1.517	922	155	<b>4.391</b>
55 – 59	10.886	4.902	1.368	0	<b>17.156</b>	2.923	1.890	1.039	96	<b>5.948</b>
60 – 64	16.002	7.259	1.605	0	<b>24.866</b>	3.554	2.948	1.332	92	<b>7.926</b>
65 – 69	21.230	10.736	1.947	0	<b>33.913</b>	5.752	4.584	2.265	114	<b>12.715</b>
70 – 74	35.657	17.049	2.757	3	<b>55.466</b>	10.337	9.660	4.218	153	<b>24.368</b>
75 – 79	39.497	16.424	2.416	0	<b>58.337</b>	13.570	13.559	5.347	115	<b>32.591</b>
80 – 84	43.830	15.955	2.225	0	<b>62.010</b>	21.914	18.312	6.337	106	<b>46.669</b>
85 – 89	31.904	11.698	1.634	0	<b>45.236</b>	22.763	16.279	4.328	47	<b>43.417</b>
90 – 94	13.812	5.254	860	0	<b>19.926</b>	12.117	8.103	2.184	13	<b>22.417</b>
95+	2.932	1.663	442	0	<b>5.037</b>	3.197	2.583	776	0	<b>6.556</b>
<b>Insgesamt</b>	<b>280.422</b>	<b>133.749</b>	<b>36.560</b>	<b>23</b>	<b>450.754</b>	<b>103.644</b>	<b>85.576</b>	<b>35.689</b>	<b>1.528</b>	<b>226.437</b>

Quelle: Routinedaten der BARMER GEK

TABELLE 10: MONATE DER PFLEGEBEDÜRFTIGKEIT IN HÄUSLICHER PFLEGE IM JAHR 2011  
NACH VERSORGUNGSART UND PFLEGESTUFE - FRAUEN

	Pflegegeld					Pflegedienst				
	I	II	III ohne Härtefall	III Härtefall	Gesamt	I	II	III ohne Härtefall	III Härtefall	Gesamt
unter 5	3.057	1.144	289	0	<b>4.490</b>	372	234	32	0	<b>638</b>
05 – 09	5.818	3.562	1.333	16	<b>10.729</b>	710	832	462	33	<b>2.037</b>
10 – 14	6.696	3.537	2.528	3	<b>12.764</b>	989	978	839	1	<b>2.807</b>
15 – 19	4.677	3.131	2.380	12	<b>10.200</b>	782	825	757	16	<b>2.380</b>
20 – 24	4.402	3.190	2.313	0	<b>9.905</b>	644	554	724	12	<b>1.934</b>
25 – 29	3.706	3.312	1.999	0	<b>9.017</b>	468	789	773	48	<b>2.078</b>
30 – 34	3.149	3.472	1.848	0	<b>8.469</b>	382	616	627	48	<b>1.673</b>
35 – 39	3.420	2.964	1.260	0	<b>7.644</b>	515	706	555	46	<b>1.822</b>
40 – 44	5.992	4.163	1.422	0	<b>11.577</b>	1.077	1.133	859	99	<b>3.168</b>
45 – 49	9.074	5.483	1.595	0	<b>16.152</b>	2.144	1.867	1.358	193	<b>5.562</b>
50 – 54	12.486	6.732	1.749	0	<b>20.967</b>	3.062	2.890	1.955	189	<b>8.096</b>
55 – 59	16.747	7.769	1.661	0	<b>26.177</b>	3.909	3.988	1.891	155	<b>9.943</b>
60 – 64	21.649	9.286	2.070	0	<b>33.005</b>	6.505	4.973	2.192	177	<b>13.847</b>
65 – 69	26.067	10.750	2.382	0	<b>39.199</b>	10.567	6.796	2.706	51	<b>20.120</b>
70 – 74	49.110	18.045	3.119	1	<b>70.275</b>	23.948	14.803	4.955	120	<b>43.826</b>
75 – 79	58.912	16.115	2.839	0	<b>77.866</b>	38.515	19.236	5.754	87	<b>63.592</b>
80 – 84	79.499	19.317	3.554	0	<b>102.370</b>	66.660	29.159	7.307	123	<b>103.249</b>
85 – 89	93.500	26.336	5.510	0	<b>125.346</b>	98.287	42.155	11.407	140	<b>151.989</b>
90 – 94	47.543	16.916	3.750	0	<b>68.209</b>	56.618	27.737	7.519	104	<b>91.978</b>
95+	10.905	6.148	2.321	0	<b>19.374</b>	13.754	11.249	4.030	72	<b>29.105</b>
<b>Insgesamt</b>	<b>455.504</b>	<b>165.224</b>	<b>43.601</b>	<b>32</b>	<b>664.361</b>	<b>316.154</b>	<b>160.271</b>	<b>52.672</b>	<b>1.642</b>	<b>530.739</b>

Quelle: Routinedaten der BARMER GEK

## 2.2.4 Durchschnittliche Jahressummen ausgewählter HKP-Entgelte

Die Entgelte für die häusliche Krankenpflege sollen als Schätzgrundlage für die nötigen Entgelte der Behandlungspflege im Pflegeheim genutzt werden, die durch die GKV zu tragen wären. Für häuslich Pflegebedürftige nach SGB XI werden die HKP-Entgelte zusammengefasst und auf die Pflegebedürftigen im Pflegeheim projiziert.

Dabei ist zu beachten, dass ein Teil der Leistungen, die Teil der häuslichen Krankenpflege sind, wegfallen, wenn die pflegebedürftige Person vollstationäre Pflege bezieht. Dazu gehören Wegekosten, aber auch hauswirtschaftliche und grundpflegerische Leistungen, die in der stationären Pflege bereits enthalten sind. Welche Leis-



tungen im Pflegeheim im Einzelnen von der Krankenkasse übernommen werden sollen, ist dann letztlich eine politische Entscheidung. Für eine Annäherung an die tatsächlich übertragbaren Leistungsumfänge wurden aber solche HKP-Leistungen, die etwas mit Grundpflege, Wegegeldern, Hausbesuchen oder hauswirtschaftlicher zu tun haben, aus der Kalkulation ausgeschlossen, um so „ausgewählte HKP“ zu erhalten, die mit der medizinischen Behandlungspflege vergleichbar sind (zur Operationalisierung siehe Anhang 6.1.1)<sup>5</sup>. Für eine Sensitivitätsanalyse werden aber auch die Ausgaben ermittelt, die sich ergeben, wenn die HKP-Ausgaben *aller* Pflegebedürftigen, also der Pflegegeld-, Sach- und Kombileistungsempfänger verwandt werden. Die entsprechenden Ergebnisse sind im Anhang in Abschnitt 4.2.1 angegeben.

Tabelle 11 zeigt die bereinigten HKP-Entgelte, die im Durchschnitt pro Jahr für Pflegebedürftige anfallen. Diese durchschnittlichen Entgelte sind für Männer nach Alter, Pflegestufen und Versorgungsart in der häuslichen Pflege differenziert dargestellt. Im linken Teil der Tabelle sind die durchschnittlichen Entgelte für pflegebedürftige Männer dargestellt, die ausschließlich Pflegegeld beziehen, und im rechten Block für diejenigen, die (auch) durch Pflegedienste versorgt werden. Tabelle 12 zeigt die entsprechenden Werte für pflegebedürftige Frauen in häuslicher Pflege an.

Die Unterschiede liegen wieder weniger zwischen den Geschlechtern als vielmehr zwischen den Alterskategorien und zwischen den Pflegestufen. Je höher die Pflegestufe, desto höher ist der durchschnittliche Entgeltbetrag. Für die ganz jungen Versicherten und die Personen im mittleren Alter bis ums Renteneintrittsalter entstehen ebenfalls größere Entgeltsummen.

Sehr deutlich ist der Unterschied zwischen Pflegegeldbeziehern und Pflegebedürftigen, die durch einen Pflegedienst versorgt werden. Pflegebedürftige mit Versorgung durch ambulante Pflegedienste nehmen häusliche Krankenpflege in einem weitaus größeren Umfang in Anspruch als Pflegebedürftige, die ausschließlich Pflegegeld beziehen. In der Summe ist der Betrag bei den pflegebedürftigen Männern, die durch Pflegedienste versorgt werden, siebenmal so hoch und bei Frauen sechsmal so hoch. Dies deutet darauf hin, dass der Zugang zur häuslichen Krankenpflege entscheidend davon abhängt, ob ambulante Pflegedienste auf diese Leistungen aufmerksam machen und den Betroffenen zu einer Beantragung raten. Für Pflegegeld-

---

<sup>5</sup> Im Rahmen einer Sensitivitätsanalyse wurden allerdings auch Hochrechnungen mit den gesamten HKP-Ausgaben durchgeführt. Siehe hierzu Abschnitt 4.3.2 im Anhang.

empfänger zeigen sich hier möglicherweise Versorgungslücken, die durch entsprechende Beratung geschlossen werden könnten. Da die Heimsituation eher mit einer häuslichen Versorgung mit Pflegediensten als mit einer häuslichen Versorgung ohne Pflegedienste vergleichbar ist, sind die Werte für die Bezieher von Sach- und Kombileistungen („mit Pflegediensten“) aussagekräftiger. Für die Hochrechnung werden die Ergebnisse, die sich ergeben, wenn auf alle Pflegebedürftigen in häuslicher Pflege abgestellt wird, nachfolgend aber ebenfalls berichtet.

TABELLE 11: DURCHSCHNITTLICHE ENTGELTE FÜR AUSGEWÄHLTE HKP JE PFLEGEBEDÜRFTIGEN IN HÄUSLICHER PFLEGE IM JAHR 2011 NACH VERSORGUNGSART UND PFLEGESTUFE - MÄNNER

	Pflegegeld					Pflegedienst				
	I	II	III ohne Härtefall	III Härtefall	Gesamt	I	II	III ohne Härtefall	III Härtefall	Gesamt
unter 5	1.224	5.676	13.176	-	<b>3.087</b>	6.096	29.316	33.336	136.152	<b>18.326</b>
05 – 09	36	936	7.572	-	<b>1.326</b>	204	3.840	15.168	83.940	<b>5.523</b>
10 – 14	12	216	2.292	-	<b>432</b>	24	60	4.464	142.704	<b>2.173</b>
15 – 19	0	816	3.732	0	<b>1.102</b>	0	2.832	6.336	9.108	<b>3.049</b>
20 – 24	12	12	672	-	<b>163</b>	72	48	7.584	30.612	<b>3.986</b>
25 – 29	0	444	936	-	<b>369</b>	156	1.980	14.544	51.480	<b>8.025</b>
30 – 34	0	12	1.188	-	<b>253</b>	216	564	2.556	51.732	<b>3.453</b>
35 – 39	24	12	60	0	<b>25</b>	576	636	4.752	31.104	<b>3.170</b>
40 – 44	60	48	3.444	-	<b>537</b>	948	4.224	8.772	15.336	<b>5.106</b>
45 – 49	204	72	2.448	0	<b>407</b>	1.164	4.068	12.792	16.824	<b>5.923</b>
50 – 54	96	108	156	-	<b>105</b>	1.440	7.356	14.052	69.648	<b>8.540</b>
55 – 59	300	144	2.364	-	<b>420</b>	2.040	8.460	21.000	85.680	<b>8.742</b>
60 – 64	312	204	1.260	-	<b>342</b>	1.980	9.696	15.096	56.088	<b>7.682</b>
65 – 69	156	240	1.080	-	<b>236</b>	2.472	5.100	9.828	35.412	<b>5.025</b>
70 – 74	156	312	2.304	0	<b>311</b>	1.440	3.468	4.860	41.208	<b>3.086</b>
75 – 79	216	216	792	-	<b>240</b>	1.704	2.496	5.292	63.336	<b>2.840</b>
80 – 84	228	192	228	-	<b>219</b>	1.296	1.788	3.132	97.212	<b>1.956</b>
85 – 89	276	264	312	-	<b>274</b>	1.284	1.476	2.040	5.808	<b>1.436</b>
90 – 94	252	204	180	-	<b>236</b>	1.380	1.728	1.896	1.212	<b>1.556</b>
95+	300	300	444	-	<b>313</b>	1.512	1.716	1.632	-	<b>1.607</b>
<b>Insgesamt</b>	199	325	1.962	0	<b>379</b>	1.435	2.884	6.380	50.612	<b>3.094</b>

Quelle: Routinedaten der BARMER GEK

TABELLE 12: DURCHSCHNITTLICHE ENTGELTE FÜR AUSGEWÄHLTE HKP JE PFLEGEBEDÜRFTIGER IN HÄUSLICHER PFLEGE IM JAHR 2011 NACH VERSORGUNGSART UND PFLEGESTUFE - FRAUEN

	Pflegegeld					Pflegedienst				
	I	II	III ohne Härtefall	III Härtefall	Gesamt	I	II	III ohne Härtefall	III Härtefall	Gesamt
unter 5	2.628	3.672	2.232	-	<b>2.869</b>	5.844	20.808	5.544	-	<b>11.317</b>
05 – 09	216	288	10.800	135.480	<b>1.757</b>	336	240	17.928	121.512	<b>6.250</b>
10 – 14	216	192	4.272	0	<b>1.013</b>	0	276	6.036	0	<b>1.900</b>
15 – 19	12	72	1.572	79.500	<b>488</b>	0	12	4.812	62.208	<b>1.953</b>
20 – 24	12	72	1.368	-	<b>348</b>	72	204	8.352	0	<b>3.209</b>
25 – 29	0	48	36	-	<b>26</b>	204	3.000	7.032	103.140	<b>6.183</b>
30 – 34	12	24	24	-	<b>20</b>	240	216	1.044	53.580	<b>2.063</b>
35 – 39	72	60	108	-	<b>73</b>	264	720	4.452	15.204	<b>2.094</b>
40 – 44	48	24	24	-	<b>36</b>	420	2.280	3.612	34.404	<b>3.013</b>
45 – 49	72	108	552	-	<b>132</b>	888	1.452	8.064	25.800	<b>3.694</b>
50 – 54	120	132	1.548	-	<b>243</b>	1.092	1.764	6.996	28.548	<b>3.399</b>
55 – 59	120	384	2.220	-	<b>332</b>	1.908	7.116	10.620	93.564	<b>7.083</b>
60 – 64	156	216	1.068	-	<b>230</b>	1.944	4.980	5.460	36.372	<b>4.031</b>
65 – 69	168	360	336	-	<b>231</b>	1.536	2.904	4.968	6.156	<b>2.471</b>
70 – 74	228	396	216	0	<b>271</b>	1.716	3.612	4.176	23.784	<b>2.695</b>
75 – 79	288	348	396	-	<b>304</b>	1.572	3.000	3.564	47.952	<b>2.248</b>
80 – 84	336	312	384	-	<b>333</b>	1.608	2.268	2.604	24.780	<b>1.892</b>
85 – 89	348	312	288	-	<b>338</b>	1.584	2.208	2.364	2.868	<b>1.817</b>
90 – 94	336	288	312	-	<b>323</b>	1.644	2.064	2.304	3.624	<b>1.827</b>
95+	276	228	216	-	<b>254</b>	1.596	2.088	1.752	3.348	<b>1.812</b>
<b>Insgesamt</b>	<b>278</b>	<b>297</b>	<b>1.129</b>	<b>97.553</b>	<b>343</b>	<b>1.589</b>	<b>2.617</b>	<b>3.978</b>	<b>36.002</b>	<b>2.243</b>
Quelle: Routinedaten der BARMER GEK Fehlende Werte resultierend aus unzureichenden Fallzahlen.										

### 2.2.5 Hochrechnung ausgewählter HKP-Entgelte als MBP-Entgelte auf die Heimpopulation

Die in den Tabellen 9 und 10 angegebenen HKP-Ausgaben wurden unter Berücksichtigung von Alter, Geschlecht und Pflegestufe auf die SPV-Heimbevölkerung hochgerechnet. Die resultierenden Schätzungen der Gesamtausgaben für Männer (Tabelle 13), Frauen (Tabelle 14) und beide Geschlechter (Tabelle 15) finden sich in den nachfolgenden Tabellen. Dabei beruht der linke Teil der Tabelle jeweils auf den HKP-Ausgaben für Pflegebedürftige, die Pflegesachleistungen (bzw. Kombileistun-

gen) beziehen, während der rechte Teil die Berechnung auf Basis der HKP-Ausgaben aller Pflegebedürftigen (Pflegegeld-, Pflegesachleistungs- und Kombileistungsbezieher) enthält.

**TABELLE 13: HOCHGERECHNETE GESAMTENTGELTE FÜR BEHANDLUNGSPFLEGE FÜR PFLEGEBEDÜRFTIGE IM PFLEGEHEIM AUF BASIS DER ENTGELTE IN DER HÄUSLICHEN KRANKENPFLEGE IM JAHR 2011 NACH VERSORGUNGSART UND PFLEGESTUFE – MÄNNER (NUR SPV)**

	Datenbasis: Nur Pflegedienst					Datenbasis: Pflegegeld und Pflegedienst				
	I	II	III ohne Härtefall	III Härtefall	Σ	I	II	III ohne Härtefall	III Härtefall	Σ
	In Mio. Euro									
unter 5	0,0	0,1	0,1	0,3	<b>0,4</b>	0,0	0,0	0,0	0,3	<b>0,3</b>
05 – 09	0,0	0,0	0,1	0,1	<b>0,3</b>	0,0	0,0	0,1	0,1	<b>0,2</b>
10 – 14	0,0	0,0	0,1	1,1	<b>1,3</b>	0,0	0,0	0,1	1,1	<b>1,2</b>
15 – 19	0,0	0,0	0,2	0,1	<b>0,3</b>	0,0	0,0	0,1	0,1	<b>0,2</b>
20 – 24	0,0	0,0	1,1	0,6	<b>1,7</b>	0,0	0,0	0,3	0,6	<b>1,0</b>
25 – 29	0,0	0,1	2,8	2,1	<b>5,0</b>	0,0	0,0	0,8	2,1	<b>3,0</b>
30 – 34	0,0	0,1	0,6	2,5	<b>3,2</b>	0,0	0,0	0,4	2,5	<b>2,9</b>
35 – 39	0,1	0,1	1,4	2,4	<b>3,9</b>	0,0	0,0	0,5	2,0	<b>2,5</b>
40 – 44	0,4	1,7	4,9	1,7	<b>8,6</b>	0,1	0,3	3,0	1,7	<b>5,1</b>
45 – 49	1,2	4,2	11,7	2,8	<b>19,9</b>	0,4	0,9	6,2	2,8	<b>10,3</b>
50 – 54	3,1	11,9	16,4	13,2	<b>44,6</b>	0,8	3,1	7,2	13,2	<b>24,3</b>
55 – 59	6,9	21,1	27,6	15,9	<b>71,4</b>	2,3	6,1	13,7	15,9	<b>37,9</b>
60 – 64	9,2	36,0	24,4	10,9	<b>80,6</b>	2,9	10,9	12,2	10,9	<b>36,9</b>
65 – 69	13,5	24,9	20,2	7,1	<b>65,6</b>	3,6	8,3	11,9	7,1	<b>30,8</b>
70 – 74	14,7	33,7	21,7	14,3	<b>84,4</b>	4,5	14,1	17,2	14,0	<b>49,9</b>
75 – 79	18,4	29,4	28,4	21,2	<b>97,4</b>	6,4	14,7	20,9	21,2	<b>63,2</b>
80 – 84	17,1	25,9	18,5	27,3	<b>88,8</b>	7,7	15,1	14,1	27,3	<b>64,2</b>
85 – 89	15,6	18,4	9,3	1,1	<b>44,3</b>	8,5	12,1	7,1	1,1	<b>28,7</b>
90 – 94	8,7	10,9	4,2	0,1	<b>23,9</b>	4,9	7,1	3,1	0,1	<b>15,3</b>
95+	2,7	3,3	1,0	-	<b>7,1</b>	1,7	2,3	0,7	-	<b>4,7</b>
<b>Insgesamt</b>	<b>108,9</b>	<b>218,5</b>	<b>193,6</b>	<b>124,7</b>	<b>645,8</b>	<b>42,0</b>	<b>92,9</b>	<b>118,9</b>	<b>124,0</b>	<b>377,8</b>
	In Euro									
Je Pflegebed. und Jahr	1.516	3.068	6.114	50.174	<b>3.644</b>	584	1.305	3.755	49.885	<b>2.132</b>
Quelle: Routinedaten der BARMER GEK										

TABELLE 14: HOCHGERECHNETE GESAMTENTGELTE FÜR BEHANDLUNGSPFLEGE FÜR PFLEGEBEDÜRFTIGE IM PFLEGEHEIM AUF BASIS DER ENTGELTE IN DER HÄUSLICHEN KRANKENPFLEGE IM JAHR 2011 NACH VERSORGUNGSART UND PFLEGESTUFE – FRAUEN (NUR SPV)

	Datenbasis: Nur Pflegedienst					Datenbasis: Pflegegeld und Pflegedienst				
	I	II	III ohne Härtefall	III Härtefall	Σ	I	II	III ohne Härtefall	III Härtefall	Σ
	In Mio. Euro									
unter 5	0,0	0,0	0,0	-	<b>0,0</b>	0,0	0,0	0,0	-	<b>0,0</b>
05 – 09	0,0	0,0	0,1	0,4	<b>0,5</b>	0,0	0,0	0,1	0,4	<b>0,5</b>
10 – 14	0,0	0,0	0,1	0,0	<b>0,1</b>	0,0	0,0	0,1	0,0	<b>0,1</b>
15 – 19	0,0	0,0	0,1	0,2	<b>0,4</b>	0,0	0,0	0,1	0,3	<b>0,3</b>
20 – 24	0,0	0,0	0,7	0,0	<b>0,7</b>	0,0	0,0	0,3	0,0	<b>0,3</b>
25 – 29	0,0	0,2	1,1	2,6	<b>3,8</b>	0,0	0,0	0,3	2,6	<b>2,9</b>
30 – 34	0,0	0,0	0,2	2,3	<b>2,5</b>	0,0	0,0	0,0	2,3	<b>2,3</b>
35 – 39	0,0	0,1	1,0	0,7	<b>1,8</b>	0,0	0,0	0,3	0,7	<b>1,0</b>
40 – 44	0,1	0,7	1,7	2,1	<b>4,6</b>	0,0	0,1	0,7	2,1	<b>2,9</b>
45 – 49	0,5	1,1	6,7	3,3	<b>11,6</b>	0,1	0,3	3,3	3,3	<b>7,1</b>
50 – 54	1,3	2,3	7,2	4,3	<b>15,0</b>	0,4	0,8	4,5	4,3	<b>10,0</b>
55 – 59	3,3	12,6	14,0	16,3	<b>46,1</b>	0,8	4,7	8,8	16,3	<b>30,6</b>
60 – 64	5,3	13,7	9,7	6,1	<b>34,8</b>	1,5	5,2	5,9	6,1	<b>18,7</b>
65 – 69	6,8	13,3	12,1	1,1	<b>33,3</b>	2,5	6,1	6,8	1,1	<b>16,6</b>
70 – 74	20,1	43,9	25,5	9,2	<b>98,7</b>	8,4	22,4	16,2	9,1	<b>56,1</b>
75 – 79	33,0	66,9	39,2	22,5	<b>161,6</b>	16,7	39,9	27,7	22,5	<b>106,9</b>
80 – 84	65,9	92,6	50,1	16,6	<b>225,1</b>	37,5	60,8	36,1	16,6	<b>151,0</b>
85 – 89	96,7	134,8	66,6	2,3	<b>300,5</b>	59,9	90,3	47,6	2,3	<b>200,2</b>
90 – 94	63,8	88,7	45,2	2,0	<b>199,7</b>	40,7	59,8	32,2	2,0	<b>134,6</b>
95+	19,1	38,6	18,7	0,8	<b>77,2</b>	12,1	26,5	12,7	0,8	<b>52,1</b>
<b>Insgesamt</b>	<b>296,9</b>	<b>470,7</b>	<b>281,3</b>	<b>91,9</b>	<b>1.140,8</b>	<b>168,6</b>	<b>290,6</b>	<b>190,9</b>	<b>91,9</b>	<b>742,0</b>
	In Euro									
Je Pflegebed. und Jahr	1.510	2.247	2.722	22.214	<b>2.221</b>	858	1.387	1.848	22.206	<b>1.445</b>
Quelle: Routinedaten der BARMER GEK										

Relativ unbedeutend sind die Summen, die in den Alterskategorien bis 40 Jahre für *pflegebedürftige Männer in Pflegeheimen* zusammenkommen. Dies ist insbesondere bedingt durch die geringe Fallzahl der Pflegeheimbewohner in den jüngeren Jahren. Die größten Summen in Höhe von 97 bzw. 89 Mio. Euro kommen in den Alterskategorien 75-79 und 80-84 Jahren zusammen. Für die ältesten Pflegebedürftigen im Alter ab 95 Jahren entstehen dann nur noch Ausgaben in Höhe von 7 Mio. Euro.

Berücksichtigt man nicht nur die HKP-Entgelte für Pflegebedürftige, die (auch) durch einen ambulanten Pflegedienst versorgt werden, sondern die HKP-Entgelte aller Pflegebedürftigen in häuslicher Umgebung, dann verringert sich die geschätzte Entgeltsumme für die medizinische Behandlungspflege männlicher Heimbewohner erkennbar von 645 Mio. € auf 378 Mio. €.

Die Altersverteilung der MBP-Ausgaben für *pflegebedürftige Frauen* (Tabelle 14) gleicht grundsätzlich der der Männer. Auffällig sind aber die deutlich höhere Summe in der höchsten Alterskategorie und insbesondere die höhere Gesamtsumme. Basierend auf den HKP-Entgelte der Frauen, die durch einen Pflegedienst versorgt werden, liegt die geschätzte Summe der MBP-Ausgaben für Frauen bei 1.141 Mio. €. Berücksichtigt man die HKP-Entgelte aller weiblichen Pflegebedürftigen in häuslicher Umgebung, dann liegt der Schätzwert immer noch bei 742 Mio. €<sup>6</sup>.

Die insgesamt höheren MBP-Aufwände für Frauen resultieren allerdings nur aus den höheren Fallzahlen. Pro Kopf liegen die Kosten der medizinischen Behandlungspflege bei den Männern mit 3.644 Euro pro Jahr deutlich über denen der Frauen von 2.221 Euro pro Jahr. Diese Relation bleibt auch bestehen, wenn für die Berechnung der zugrunde liegenden HKP-Ausgaben auf alle Pflegebedürftigen und nicht nur auf die mit Sach- bzw. Kombileistungsbezug zurückgegriffen wird. Dann betragen die jährlichen Pro-Kopf-Kosten 2.132 Euro (Männer) bzw. 1.445 Euro (Frauen). Diese Unterschiede zwischen Frauen und Männern sind aber durch weitere Faktoren, wie Alter und Pflegestufe weitgehend erklärbar.

Tabelle 15 zeigt daher die Gesamtverteilung, die sich bei einer gemeinsamen Betrachtung von Männern und Frauen ergibt. Sie enthält die zentralen Ergebnisse der Berechnungen in Abschnitt 2.2.5: die geschätzten Gesamtausgaben für medizinische Behandlungspflege und die Pro-Kopf-Ausgaben. Demnach ergibt sich für die Gesamtausgaben ein Wert von 1,8 Mrd. Euro, wenn unterstellt wird, dass die Inanspruchnahme der medizinische Behandlungspflege in Heimen eher der Inanspruchnahme von häuslicher Krankenpflege in Haushalten, in denen regelmäßig ein Pflegedienst Leistungen erbringt, entspricht als der Inanspruchnahme in Haushalten, in denen ausschließlich informell gepflegt wird. Pro pflegebedürftigem Heimbewohner entspricht das einem Betrag von 2.586 Euro im Jahr bzw. 215,5 Euro im Monat. Eine

---

<sup>6</sup> Es wurden weitere Kalkulationen vorgenommen, in denen die privatversicherten Pflegebedürftigen in ihrer Fallzahl von 2011 einfach pauschal von den Pflegebedürftigen aus der Pflegestatistik für 2011 abgezogen wurden. Die Resultate unterscheiden sich um weniger als 10 Mio. €.

nach der Verlagerung der Finanzierungsverantwortung für medizinische Behandlungspflege von der Krankenversicherung an die Pflegeheime zu zahlende Pauschale pro Heimbewohner wäre demnach in dieser Höhe festzusetzen.

TABELLE 15: HOCHGERECHNETE GESAMTENTGELTE FÜR BEHANDLUNGSPFLEGE FÜR PFLEGEBEDÜRFTIGE IM PFLEGEHEIM AUF BASIS DER ENTGELTE IN DER HÄUSLICHEN KRANKENPFLEGE IM JAHR 2011 NACH VERSORGUNGSART UND PFLEGESTUFE – FRAUEN UND MÄNNER ZUSAMMEN (NUR SPV)

	Datenbasis: Nur Pflegedienst					Datenbasis: Pflegegeld und Pflegedienst				
	I	II	III ohne Härtefall	III Härtefall	Σ	I	II	III ohne Härtefall	III Härtefall	Σ
	In Mio. Euro									
unter 5	0,1	0,1	0,1	-	<b>0,5</b>	0,0	0,0	0,0	-!	<b>0,4</b>
05 – 09	0,0	0,0	0,3	0,4	<b>0,8</b>	0,0	0,0	0,2	0,5	<b>0,7</b>
10 – 14	0,0	0,0	0,2	1,1	<b>1,3</b>	0,0	0,0	0,1	1,1	<b>1,3</b>
15 – 19	0,0	0,0	0,3	0,3	<b>0,7</b>	0,0	0,0	0,2	0,3	<b>0,6</b>
20 – 24	0,0	0,0	1,8	0,6	<b>2,4</b>	0,0	0,0	0,6	0,6	<b>1,2</b>
25 – 29	0,0	0,3	3,9	4,7	<b>8,9</b>	0,0	0,1	1,1	4,7	<b>5,9</b>
30 – 34	0,0	0,1	0,8	4,8	<b>5,7</b>	0,0	0,0	0,4	4,8	<b>5,2</b>
35 – 39	0,1	0,2	2,3	3,1	<b>5,7</b>	0,0	0,0	0,8	2,7	<b>3,6</b>
40 – 44	0,5	2,4	6,6	3,8	<b>13,2</b>	0,1	0,5	3,7	3,8	<b>8,0</b>
45 – 49	1,7	5,3	18,4	6,1	<b>31,4</b>	0,5	1,2	9,6	6,1	<b>17,3</b>
50 – 54	4,3	14,2	23,6	17,4	<b>59,6</b>	1,1	3,9	11,8	17,4	<b>34,3</b>
55 – 59	10,2	33,6	41,6	32,1	<b>117,6</b>	3,1	10,8	22,5	32,1	<b>68,5</b>
60 – 64	14,5	49,7	34,1	17,0	<b>115,4</b>	4,4	16,1	18,1	17,0	<b>55,6</b>
65 – 69	20,4	38,1	32,3	8,2	<b>99,0</b>	6,1	14,4	18,7	8,2	<b>47,3</b>
70 – 74	34,7	77,6	47,3	23,5	183,1	12,9	36,6	33,4	23,1	106,0
75 – 79	51,4	96,3	67,6	43,8	259,0	23,1	54,6	48,6	43,8	170,1
80 – 84	83,0	118,4	68,6	43,9	313,9	45,2	75,9	50,2	43,9	215,2
85 – 89	112,4	153,2	75,9	3,4	344,8	68,4	102,4	54,7	3,4	228,9
90 – 94	72,6	99,6	49,4	2,1	223,7	45,6	66,9	35,3	2,1	149,9
95+	21,8	42,0	19,7	-	84,3	13,8	28,7	13,4	-	56,8
<b>Insgesamt</b>	<b>405,8</b>	<b>689,2</b>	<b>474,9</b>	<b>216,7</b>	<b>1.786,7</b>	<b>210,6</b>	<b>383,5</b>	<b>309,8</b>	<b>215,9</b>	<b>1.119,8</b>
	In Euro									
Je Pflegebed. und Jahr	1.512	2.455	3.518	32.706	<b>2.586</b>	784	1.366	2.295	32.592	1.621
Quelle: Routinedaten der BARMER GEK										

## 2.2.6 Zwischenfazit

Ziel der Auswertungen ist es zu ermitteln, wie hoch die Kostenübernahmen der GKV sein werden, wenn die medizinische Behandlungspflege im Pflegeheim nicht mehr durch die SPV, sondern durch die GKV finanziert wird bzw. welche Pauschale zur Kompensation dieser Belastung anzusetzen ist. Verschiedene Annahmen für die

Kalkulation führen zu teilweise erheblichen Unterschieden in den Ergebnissen (Tabelle 16).

TABELLE 16: ENTGELTE IM PFLEGEHEIM FÜR MBH AUF BASIS DER ENTGELTE FÜR HKP BEI PFLEGEBEDÜRFTIGKEIT MIT HÄUSLICHER PFLEGE – OHNE KORREKTUR VON EINZELKOMPONENTEN

Ausgangsdaten	Berücksichtigung der HKP-Entgelte	GKV-Entgelte MBH im Heim In Mio. Euro	Durchschnitt je Heimbewohner und Jahr in Euro
Nur Pflegedienst	Voll	<b>2.337</b>	3.383
Pflegedienst und Pflegegeld	Voll	<b>1.456</b>	2.108
Nur Pflegedienst	Auswahl	<b>1.787</b>	2.586
Pflegedienst und Pflegegeld	Auswahl	<b>1.120</b>	1.621

Gravierend für die Schätzungen sind die Annahmen bezüglich der zu berücksichtigenden *Leistungen in der häuslichen Krankenpflege*. Werden die Leistungen, die im Zusammenhang mit Grundpflege, hauswirtschaftlichen Leistungen, Wegegeld und einigem mehr für die Kalkulation ausgeschlossen, dann verringert sich die geschätzte Leistungssumme um rund 25 %.

Ein deutlicher Unterschied in den HKP-Entgelten ist zwischen *Pflegegeldbeziehern und durch Pflegedienste Versorgte* zu erkennen. Für Pflegegeldbezieher wird im Durchschnitt nur ein Achtel der Summe aufgewendet wie für durch Pflegedienste Versorgte. Welche Effekte sich dahinter verbergen, kann nicht abschließend geklärt werden. Es ist aber plausibel anzunehmen, dass durch die regelmäßige Anwesenheit eines Pflegedienstes im Haushalt des Pflegebedürftigen Bedarfe an häuslicher Krankenpflege identifiziert werden, die von informellen Pflegepersonen so nicht gesehen werden. Die Situation im Heim entspricht dann aber eher einer häuslichen Situation mit formeller Pflege, so dass eine größere Vergleichbarkeit gegeben ist, wenn nur auf die Pflegebedürftigen in häuslicher Pflege abgestellt wird, die Pflegesachleistungen (bzw. Kombinationsleistungen) beziehen.

Die Spannweite der Resultate liegt insgesamt zwischen 1,1 und 2,3 Mrd. Euro, die aus dem Leistungsbereich der SPV in den Leistungsbereich der GKV transferiert werden müsste. Unter der Annahme, dass die Bedarfs- und Versorgungslage bei Heimbewohnern denen der Pflegebedürftigen mit Versorgungsleistungen durch am-



bulante Pflegedienste ähnlicher ist als denen der Pflegegeldempfänger, ist es sinnvoller, die Kalkulationen auf den Pflegebedürftigen mit Versorgung durch Pflegedienste beruhen zu lassen.

Da nicht alle Leitungen der häuslichen Krankenpflege auch zur medizinischen Behandlungspflege zu zählen sind, ist die Auswahl der Leistungen für die Kalkulation der Entgelte für medizinische Behandlungspflege sicherlich zielgenauer als die Berücksichtigung aller HKP-Leistungen. Zudem ist zu vermuten, dass im Pflegeheim Kuppelproduktionen zu erheblicher Kostenreduktion führen können.

*Somit ergibt sich insgesamt als wahrscheinlichste Größe für die Umverteilung eine Summe von rund 1,8 Mrd. €.*

## **2.3 Geschätzte Kosten durch weitere kleine Studien**

Es liegt eine geringe Zahl spezieller Studien vor, die auch geeignet erscheinen könnten, die Kosten für die medizinische Behandlungspflege im Pflegeheim abzuschätzen. Der Nachteil liegt aber bei allen Studien in der sehr geringen Studiengröße und der teilweise großen Selektivität der Studienpopulation. Für einen Überblick werden sie nachfolgend dennoch dargestellt.

### **2.3.1 CBT-Studie**

Nach einer Erhebung, die von der Caritas-Betriebsführungs- und Trägergesellschaft mbH (CBT) 2006 durchgeführt wurde, werden in einer stationären Pflegeeinrichtung mit 144 Bewohnern täglich 7 Stunden einer Fachkraft für den Einsatz in der Behandlungspflege eingesetzt. Bei unterstellten Personalkosten von durchschnittlich 23 Euro (Arbeitgeberbrutto) pro Stunde berechnen sich die Kosten wie folgt:

Bei 144 Bewohnern:

- $7 \times 23 \text{ Euro} = 161 \text{ Euro}$  täglich
- $7 \times 23 \text{ Euro} \times 365 = 58.765 \text{ Euro}$  jährlich

Somit investierte die Einrichtung Personalkosten in Höhe von 408 Euro pro Bewohner pro Jahr in die Behandlungspflege.

Um diesen Wert vergleichbar zu machen, muss er auf das Jahr 2011 inflationiert werden. Bei einer Inflationierung gemäß der Entwicklung des Nominallohnindex (vgl. S. 10) ergibt sich für das Jahr 2011 ein Wert von

- $408 \text{ Euro} * 103,3 / 93,0 = 453 \text{ Euro}$ .

Zusätzlich zu den Bruttoentgelten für die Pflegekraft muss noch der Overhead (Verwaltung, Gewinne, Rücklagen, Investitionen etc.) des Pflegeheims berücksichtigt werden. Wird hierzu unterstellt, dass die Gesamtkosten doppelt so hoch sind wie die Arbeitgeberbruttokosten ergibt sich ein Wert von 906 Euro pro Jahr pro Pflegebedürftigen im Pflegeheim. Hochgerechnet auf die Zielpopulation der sozialversicherten Heimbewohner mit Pflegestufe ergeben sich dann:

- $906 \text{ Euro} * 690.760 \text{ Heimbewohner} = 626 \text{ Mio. Euro}$ .

Basierend auf den Daten dieser Studie ergeben sich also deutlich niedrigere Werte als mittels der Hochrechnung auf Basis der Kassendaten. Allerdings ist die Fallzahl sehr gering. Zudem ist nicht klar, ob die eine zu diesem Zweck eingesetzte Fachkraft alle notwendigen behandlungspflegerischen Verrichtungen durchführt oder ob solche Leistungen auch von anderen Beschäftigten erbracht werden.

### **2.3.2 Erhebung der Bremer Heimstiftung**

Die Bremer Heimstiftung unterhält Häuser mit Langzeit- und Kurzzeitpflegeangebot, aber auch Wohneinrichtungen mit ambulanter pflegerischer Versorgung. Hierzu zählen Wohnbereiche, Domizile und Wohngemeinschaften. Das praktische Leben der Pflegebedürftigen ähnelt aber teilweise dem im Pflegeheim. Die häusliche Krankenpflege ist in diesen Bereichen aber zugelassen und kann über die Krankenkasse abgerechnet werden. Für die Schätzungen des Behandlungspflegevolumens wurde uns von der Bremer Heimstiftung freundlicherweise eine Aufstellung der Entgelte für die häusliche Krankenpflege im Monat April des Jahres 2013 zur Verfügung gestellt. Enthalten sind darin die Entgeltsummen für 531 Personen in Wohnbereichen, von 58 Personen in Wohngemeinschaften und 24 Personen in Domizilen. In den unterschiedlichen Wohnformen fielen auch unterschiedliche durchschnittliche Gesamtentgelte für HKP an. In den Wohnbereichen 283 Euro je Person, in den Wohngemeinschaften 507 Euro je Person und in den Domizilen 395 Euro je Person. Diese Unterschiede spiegeln die unterschiedliche Klientel der einzelnen Einrichtungsformen. Über alle Bewohner zusammen ergibt sich eine durchschnittliche Entgelthöhe von

308 Euro. Hochgerechnet auf das ganze Jahr entspricht dies Kosten von 3.704 Euro je Bewohner. Um die Vergleichbarkeit sicherzustellen, werden diese Werte auf das Jahr 2011 mit einem Faktor von 4 % für zwei Jahre deflationiert. Für 2011 entspricht die Jahressumme somit 3.562 Euro je Bewohner bzw. 297 Euro pro Monat. Hochgerechnet auf 690.760 sozialversicherte pflegebedürftige Pflegeheimbewohner resultiert eine Gesamtausgabensumme für medizinische Behandlungspflege für 2011 von 2.460 Mio. €.

In diesen Beträgen sind keine Wegegelder oder Entgelte für hauswirtschaftliche Tätigkeiten oder Grundpflege, wohl aber Hausbesuche und das An- und Ausziehen von Kompressionsstrümpfen enthalten. Eine Korrektur der Summe um enthaltene Leistungen, die im Heim nicht als medizinische Behandlungspflege auftreten, fällt also deutlich geringer aus als bei der Berechnung aufgrund von GKV-Routinedaten, bei denen rund 25 % der Leistungen zur Disposition standen.

*Insgesamt ergibt sich auf Basis dieser Datengrundlage daher ein Schätzwert für die Kosten der medizinischen Behandlungspflege von mehr als 2 Mrd. Euro.*

Auch diese Studie basiert aber auf einer begrenzten Zahl an Fällen (n=531), die zudem auch hinsichtlich ihrer HKP-Kosten sehr heterogen sind. Der Schätzwert hängt daher stark davon ab, mit welchen Anteilen die Bewohner von Wohngruppen, Wohnbereichen und Domizilen in die Berechnung eingehen. Zudem ist zu fragen, inwieweit diese Gruppen mit der Heimpopulation vergleichbar sind. Auch dieser Schätzwert ist daher eher als Hinweis auf eine Größenordnung der MBP-Kosten anzusehen und nicht als präziser Punktschätzer dieser Kosten

### **2.3.3 Heiber-Studie: Kostenvergleich ambulant vs. stationär in Bielefeld**

Aus einer Erhebung im Jahr 2003 stellt Heiber (2004) einen Vergleich von Kosten in der ambulanten und stationären Versorgung an. 67 Kunden ambulanter Wohnprojekte in Bielefeld bilden die Untersuchungseinheiten. Anhand von Stundenwerten und Pflegesätzen werden in der Studie Kosten für Grundpflege, hauswirtschaftliche Leistungen und auch Behandlungspflege ermittelt (Heiber 2004: 31). Die ermittelten monatlichen Kosten für Leistungen der Behandlungspflege liegen dabei bei 435,57 Euro. Durch die Multiplikation mit 12 errechnet sich der Näherungswert für das Jahr 2003 in Höhe von 5.227 Euro pro Person. Eine anschließende Inflationierung mittels des Nominallohnindex führt zu einer Schätzung für das Jahr 2011 von

- $5.227 \text{ Euro} * 103,3 / 91,5 = 5.901 \text{ Euro pro Person im Jahr 2011.}$

Wird dieser Wert mit der Zahl der Zielpopulation multipliziert, ergibt sich eine Gesamtsumme von

- $5.901 \text{ Euro} * 690.760 = 4.076 \text{ Mio. Euro.}$

Mit rund 4 Mrd. Euro ist dieser Wert doppelt so hoch wie der Schätzwert basierend auf den Daten der Bremer Heimstiftung und mehr als doppelt so hoch wie der Schätzwert auf Basis der GKV-Routinedaten.

### **2.3.4 Auswertungen im Haus am Kappelberg**

Im Haus am Kappelberg wurde der Frage nachgegangen, wie die Kostenstruktur im stationären Bereich wäre, wenn die Abrechnung analog zur ambulanten Versorgung erfolgen würde. Untersucht wurde eine Pflegewohngruppe mit 20 Bewohnern im Februar 2005.

Die dokumentierten Pflegeleistungen wurden in die Abrechnungssystematiken der häuslichen Krankenpflege nach SGB V und der ambulanten Pflege nach SGB XI übersetzt und mit entsprechenden Entgeltwerten versehen. In der Summe resultierten daraus Entgelte für die häusliche Krankenpflege im Bereich von rund 1.000 Euro im Monat pro Person: 1.084 Euro bei Pflegestufe I, 938 Euro bei Pflegestufe II und 847 Euro bei Pflegestufe III. Wegezeiten sind dabei auch mit berücksichtigt.

Um zu Jahreswerten zu gelangen, werden diese Ausgangswerte zunächst mit 12 multipliziert. Die geschätzte Summe der Entgelte für das Jahr 2011 ergibt sich dann aus der Multiplikation der Schätzwerte innerhalb der Pflegestufen mit der Pflegestufenverteilung der Pflegeheimbewohner im Jahr 2011 und einer anschließenden Inflationierung mittels des Nominallohnindex.

Die Multiplikation mit der Zahl der Pflegeheimbewohner mit entsprechenden Pflegestufen ergibt folgende Werte:

- $1.084 \text{ Euro} * 12 * 268.404 \text{ Heimbewohner mit Pflegestufe I} = 3.491 \text{ Mio. Euro}$
- $938 \text{ Euro} * 12 * 280.742 \text{ Heimbewohner mit Pflegestufe II} = 3.160 \text{ Mio. Euro}$
- $847 \text{ Euro} * 12 * 141.635 \text{ Heimbewohner mit Pflegestufe III} = 1.440 \text{ Mio. Euro}$

In der Summe sind das 8.091 Mio. Euro. Durch Inflationierung ergeben sich für 2011 Werte von

- $8.091 \text{ Mio. Euro} * 103,3 / 92,3 = 9.055 \text{ Mio. Euro.}$

Dieser Wert von insgesamt rund 9 Mrd. Euro liegt weit über den Vergleichswerten der anderen Ansätze. Bei der Bewertung dieser Ergebnisse ist zu berücksichtigen, dass die Fallzahl mit  $n=20$  extrem gering ist. Weiterhin sind Pflegewohngruppen nur bedingt mit Bewohnern von Pflegeheimen zu vergleichen und schließlich ist die Systematik, mit der die Kosten aufgeteilt wurden nicht umfassend dokumentiert, so dass die Zuordnung nicht nachvollzogen werden kann. Für die Ableitung von Empfehlungen ist diese Studie daher nicht geeignet.

#### **2.4 Fazit zur Schätzung des Finanzierungsvolumens**

Um das Finanzvolumen der medizinischen Behandlungspflege in Pflegeheimen für sozialversicherte Pflegebedürftige abzuschätzen, wurden vorstehend verschiedene Ansätze diskutiert. Die in Abschnitt 2.3 behandelten Studie weisen alle eine (zum Teil sehr) geringe Fallzahl auf und beziehen sich zudem auf spezifische Klienten, so dass sie nicht als repräsentativ angesehen werden können (selection bias). Für die Abschätzung des interessierenden Finanzierungsvolumens sind sie daher letztlich ungeeignet. Von größerer Bedeutung ist die Hochrechnung der vom BMA (1997: 14) veröffentlichten Berechnungen zur Belastung der Pflegeversicherung durch medizinische Behandlungspflege im Pflegeheim aus den Zeiten der Einführung der Pflegeversicherung (Abschnitt 2.1.). Allerdings hat sich die Heimpopulation in den letzten eineinhalb Dekaden verändert und damit womöglich auch der Umfang der notwendigen medizinischen Behandlungspflege, so dass auch die Belastbarkeit dieser Berechnungen eingeschränkt ist. Repräsentative aktuelle Schätzungen auf großer Datenbasis liegen derzeit nicht vor. Daher wurden in dieser Expertise anhand der Routinedaten der BARMER GEK Schätzungen vorgenommen (Abschnitt 2.2).

Ausgangspunkt der Schätzungen mit den Routinedaten sind die Leistungen für häusliche Krankenpflege, die Pflegebedürftige im Sinne des SGB XI erhalten, die zuhause gepflegt werden. Es wird davon ausgegangen, dass der Bedarf an medizinischer Behandlungspflege aus dem ambulanten Bereich bei strukturgleichen Gruppen auf den stationären Bereich übertragbar ist. Die grundsätzliche Methode bei dem Ansatz ist,

1. die Messung der Leistungssummen für häusliche Krankenpflege je Pflegebedürftigen nach Alter, Geschlecht und Pflegestufe und

2. eine Übertragung der Leistungssummen auf die Pflegeheimpopulation nach Alter, Geschlecht und Pflegestufe.

In der Summe lässt sich daraus der geschätzte Gesamtbetrag für medizinische Behandlungspflege ermitteln.

Bei den Berechnungen hat sich gezeigt, dass zwei Faktoren einen großen Einfluss auf den geschätzten Gesamtbetrag haben:

1. Die unterschiedliche Berücksichtigung von Leistungen der häuslichen Krankenpflege für die Kalkulation führt zu unterschiedlichen geschätzten Gesamtbeträgen. Wenn nicht alle Leistungen der häuslichen Krankenpflege berücksichtigt werden, sondern Wegegelder, Grundpflege, hauswirtschaftliche Leistungen und einige andere Leistungen nicht berücksichtigt werden, verringert sich der Gesamtbetrag um rund 25 %.
2. Als Vergleichspopulation für die Pflegebedürftigen im Pflegeheim können zum einen alle Pflegebedürftigen gelten, die nicht im Pflegeheim gepflegt werden, oder nur diejenigen, die durch einen Pflegedienst versorgt werden. Diejenigen, die durch einen Pflegedienst betreut werden, nehmen auch mehr Leistungen der häuslichen Krankenpflege in Anspruch als Pflegegeldempfänger. Der Faktor liegt bei ca. 6-8. Die geschätzte Summe der Entgelte für medizinische Behandlungspflege im Pflegeheim ist somit deutlich davon abhängig, welche Vergleichspopulation als Grundlage genommen wird. Werden alle häuslich Pflegebedürftigen als Ausgangspopulation herangezogen, liegen die Gesamtbeträge nur bei knapp zwei Drittel des Betrags, der resultiert, wenn nur die Pflegebedürftigen berücksichtigt werden, die (auch) von einem Pflegedienst versorgt werden (Tabelle 15).

Insgesamt ergeben sich bei Kombination der jeweils zwei Ausprägungen dieser beiden Stellschrauben vier Varianten der Schätzungen der Gesamtentgelte für medizinische Behandlungspflege im Pflegeheim:

V1: Berücksichtigung aller HKP-Entgelte und ausschließliche Berücksichtigung Pflegebedürftigen mit Versorgung durch den Pflegedienst,

V2: Berücksichtigung aller HKP-Entgelte und Berücksichtigung aller zu Hause versorgten Pflegebedürftigen,

V3: Berücksichtigung nur ausgewählter HKP-Entgelte und ausschließliche Berücksichtigung Pflegebedürftigen mit Versorgung durch den Pflegedienst und

V4: Berücksichtigung nur ausgewählter HKP-Entgelte und Berücksichtigung aller zu Hause versorgten Pflegebedürftigen.

Die Variante 3 hat dabei die höchste Plausibilität und kann als Referenzszenario angesehen werden. Diese Variante 3 ergibt einem geschätzten jährlichen Gesamtfinanzierungsbetrag von rund 1,8 Mrd. € für 2011. Bei Variante 1 resultiert ein höherer Wert (2,3 Mrd. €), bei Variante 2 (1,5 Mrd. €) und Variante 4 (1,1 Mrd. €) resultieren niedrigere Beträge.

Bei einer Verlagerung der Finanzierungskompetenz für medizinische Behandlungspflege würde die Pflegeversicherung entsprechend um rund 1,8 Mrd. € ent- und die Krankenversicherung im gleichen Umfang belastet. Gleichzeitig müssten die Heimvergütungen um diesen Betrag abgesenkt werden, den Heimen dann aber eine Pauschale von rund 2.600 Euro pro Pflegebewohner und Jahr (bzw. 215 Euro pro Monat) aus der GKV zugewiesen werden.

Die zur Einführung der Pflegeversicherung vorgelegten Berechnungen kamen vor 16 Jahren auf einen Betrag von rund 800 Mio. DM (entspricht 409 Mio. €). Diese Schätzungen bezogen sich auf die damals vermuteten Fallzahlen der Pflegebedürftigen im Pflegeheim und den damaligen Versorgungsbedarf. Die einfache Fortschreibung dieser Zahlen anhand von Fallzahlenentwicklungen und Inflationsraten führt zu einem geschätzten Gesamtbetrag von 889 Mio. € im Jahr 2011. Damit liegt dieser Betrag nur rund halb so hoch wie der Betrag, der sich auf Basis der Routinedatenberechnung ergibt. Geht man aber davon aus, dass der Bedarf an medizinischer Behandlungspflege heute höher ist als noch vor 16 Jahren – unter anderem weil sich die Heimbewohner strukturell von denen vor 15 Jahren unterscheiden –, dann sind die Ergebnisse durchaus kompatibel.

Die kleinen Studien können nicht als repräsentativ gelten. Sie umschließen mit ihrem Wertebereich aber die Resultate aus den Routinedaten (626-9.055 Mio. €). Je höher die Fallzahl der Pflegebedürftigen, die in die Studien eingeschlossen wurden, desto näher liegt der geschätzte Gesamtbetrag an den Ergebnissen aus den Routinedaten. Auch dies spricht dafür, dass die Ergebnisse aus den Routinedaten relativ genau das zu überführende Leistungsvolumen treffen. Tabelle 17 fasst die Ergebnisse aller Berechnungen noch einmal überblickartig zusammen.

TABELLE 17: ÜBERBLICK ÜBER DIE ERGEBNISSE

	Zahlen zur Gesetzeseinführung	BARMER GEK	CBT (Galler)	Bremer Heimstiftung	Heiber	Haus Kappelberg
Untersuchungseinheiten	360 Tsd. Pflegeheimbewohner Ende 1996	Ca. 2 Mio. Pflegemonate in häuslicher Pflege	144 Pflegeheimbewohner	613 Pflegebedürftige in Wohnanlagen	67 Kunden ambulanter Wohnprojekte in Bielefeld	20 Pflegebedürftige im Heim
Ausgangskosten	800 Mio. DM Aufwand für MBH im Heim durch Pflegeversicherung	Ca. 350€ für HKP für Empfänger von Pflegegeld und rund 2.500 € für ausgewählte HKP für durch ambulante Pflegedienste versorgte Pflegebedürftige	7 Arbeitsstunden á 23 Euro (Arbeitgeberbrutto)	Durchschnitt 308 im Monat für HKP als SGB V-Leistungen	Kosten für Behandlungspflege pro Monat (Okt. 2003): 435,57 Euro	Kalkulierte Entgelte für HKP nach Pflegestufen: Stufe I: 1.084 Euro Stufe II: 938 Euro Stufe III: 847 Euro
Bemessungszeitpunkt	1996	2011	2006	April 2013	Oktober 2003	Februar 2005
Rechenschritte	Division durch Pflegeheimbewohner in 1996; Multiplikation mit Pflegeheimbewohner 2011; Korrektur um Nominallohnindex	Übertragung der Entgelte für HKP auf MBH nach Alter, Geschlecht und Pflegestufen	=> 408 Euro Personalkosten pro Bewohner. Multipliziert mit Overhead-Faktor und Nominallohnindex	* 12 /1,04 (Inflation)	* 12 zur Ermittlung des Jahresbetrags und anschließende Korrektur um den Nominallohnindex von 2003 bis 2011	* 12 zur Ermittlung des Jahresbetrags und anschließende Korrektur um den Nominallohnindex von 2005 bis 2011
Kosten je Jahr und Bewohner im Jahr 2011	1.386 Euro	V1: 3.383 Euro V2: 2.108 Euro <b>V3: 2.586 Euro</b> V4: 1.621 Euro	906 Euro	3.562 Euro	5.901 Euro	13.109 Euro
Zugrunde gelegte Zahl an SPV-versicherten Pflegeheimbewohnern	BMG: Soziale Pflegeversicherung: 1996: 360.873 2011: 641.253	Pflegestatistik 2011: 690.760 Bewohner mit Pflegestufe ohne PPV	Pflegestatistik 2011: 690.760 Bewohner mit Pflegestufe ohne PPV	Pflegestatistik 2011: 690.760 Bewohner mit Pflegestufe ohne PPV	Pflegestatistik 2011: 690.760 Bewohner mit Pflegestufe ohne PPV	Pflegestatistik 2011 mit Pflegestufe ohne PPV: Stufe I: 268.404 Stufe II: 280.742 Stufe III: 141.635
Gesamtkosten für die GKV für MBH für das Jahr 2011	889 Mio. €	V1: 2.337 Mio. € V2: 1.456 Mio. € <b>V3: 1.787 Mio. €</b> V4: 1.120 Mio. €	626 Mio. €	2.460 Mio. €	4.076 Mio. €	9.055 Mio. €



### 3 Weiterentwicklung des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs

Voraussetzung für einen funktionalen Wettbewerb in der Gesetzlichen Krankenversicherung ist, dass die unterschiedliche Risikostruktur der jeweiligen Versichertenkollektive ausgeglichen wird. Seit Einführung des Gesundheitsfonds 2009 erfolgt der Finanzkraftausgleich dadurch, dass die Beitragseinnahmen an den Fonds abgeführt werden, so dass diese einnahmeseitigen Unterschiede vollständig ausgeglichen werden.<sup>7</sup> Ausgabeseitig sollen die Risikounterschiede durch den morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich (m-RSA) ausgeglichen werden, der 2009 den „alten“ Risikostrukturausgleich abgelöst hat. Hintergrund hierfür ist, dass sich die Versichertenstrukturen der einzelnen Krankenkassen hinsichtlich der Morbidität der Versicherten unterscheiden. Diese Morbiditätsunterschiede wurden bis 2009 nur indirekt durch Berücksichtigung der Faktoren Alter, Geschlecht und Erwerbsunfähigkeitsrente erfasst. Seit 2009 wird zudem die Morbidität der jüngsten Vergangenheit erfasst, um daraus prospektive Zu- und Abschläge für die Zuweisungen des Fonds an die Kassen pro Versicherten zu berechnen (Bundesversicherungsamt 2008).

Eine Verlagerung der Kosten für medizinische Behandlungspflege (MBP) in das SGB V würde prinzipiell auch diese Leistungen aus einem wettbewerbsneutralen Bereich in einen wettbewerblichen Bereich überführen. Die „Versorgerkassen“, die einen hohen Anteil an Pflegebedürftigen unter ihren Versicherten haben, wären somit im Wettbewerb benachteiligt, wenn diese Ausgaben nicht im Risikostrukturausgleich berücksichtigt werden. Es müsste somit ein eigenständiger Risikostrukturausgleich für die Kosten medizinischer Behandlungspflege im Heim eingeführt werden oder aber dieser Kostenfaktor als Bestandteil in den vorhandenen m-RSA integriert werden. Ziel dieses RSA muss es sein, die erwartbaren Kosten für MBP auszugleichen. Es ist dabei nicht möglich (und auch nicht sinnvoll), alle Kosten auszugleichen, sondern nur Risiken, da hier Zufallsprozesse stattfinden, die nicht vorhersagbar sind, andererseits aber Anreize zur Versorgungssteuerung erhalten bzw. gesetzt werden sollen.

---

<sup>7</sup> Bis zum Inkrafttreten des GKV-FinG im Januar 2011 war die finanzielle Leistungsfähigkeit der eigenen Versicherten noch insofern von Belang als bei etwaigen Zusatzbeiträgen eine Überforderungsklausel galt, die bei den Kassen zu Einnahmeausfällen führen konnte. Seit 2011 werden derartige Einnahmeausfälle aber aus dem Gesundheitsfonds beglichen, so dass die Finanzkraft der Versicherten für die Kasse keine Bedeutung mehr hat (vgl. Greß et al 2008 und 2010).

Die Entwicklung des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs (m-RSA) hat von ersten Vorschlägen 2003 bis zum Inkrafttreten 2009 mehrere Jahre benötigt. In dieser Zeit wurden etwa ein halbes Duzend Gutachten eingeholt und haben mehrere Beiräte daran gearbeitet. Die notwendige Weiterentwicklung des m-RSA bei Übertragung der Finanzierungskompetenz für die medizinische Behandlungspflege in Pflegeheimen an die GKV kann daher nicht abschließend in einem Projekt von wenigen Monaten geleistet werden. Geprüft werden kann nur, welche grundsätzlichen Weichenstellungen getroffen werden können und inwieweit die Berücksichtigung von Alter, Geschlecht, Pflegestufen und Pflegedauern sowie das Vorhandensein ausgewählter Krankheiten, in der Lage ist, die Kosten der medizinischen Behandlungspflege besser vorherzusagen als mit dem Mittelwert über alle Pflegebedürftigen in Heimen. Hierzu werden zunächst methodologische und methodische Fragen sowie die vorhandenen Daten diskutiert (Abschnitt 3.1), dann die Ergebnisse präsentiert (Abschnitt 3.2) und diese abschließend kurz diskutiert (Abschnitt 3.3).

### **3.1 Methodologische Grundfragen, Daten und Methoden**

Pflegebedürftige in Heime benötigen medizinische Behandlungspflege in unterschiedlichem Umfang und produzieren entsprechend unterschiedliche Kosten. Die so entstehende Streuung der Ausgaben über die Versichertenpopulation ist zum Teil zufallsbedingt, zum Teil aber auch systematisch erklärbar. Ziel eines RSA ist es, einen Schätzwert für die erwartbaren Ausgaben pro Versichertem zu ermitteln und dabei die strukturellen Unterschiede zwischen den Versicherten zu berücksichtigen. Die Zufallsschwankungen können dagegen nicht berücksichtigt werden. Der Schätzwert ist umso besser, je höher der Anteil der strukturellen Streuung ist, die er erklärt. Allerdings ist unbekannt, wie hoch diese strukturelle Streuung ist. Gemessen werden kann nur, wie hoch der Anteil der in einem Vorhersagemodell erklärten Streuung an der gesamten Streuung ist, die aber aus struktureller und zufälliger Streuung besteht. Für die Schätzwerte können zunächst Ziele definiert werden. Unmittelbar plausibel sind drei Ziele, wobei das erste Ziel dem zweiten und dieses dem dritten hierarchisch übergeordnet ist:

1. Die Schätzung soll erwartungstreu sein, so dass die (erwartete) Summe aller Zuweisungen aus dem RSA den Gesamtkosten für medizinische Behand-

lungspflege entspricht. Sollen Selektionsanreize vermieden werden, muss das auch für jede einzelne Subgruppe gelten.

2. Die Schätzung soll die individuellen (erwarteten) tatsächlichen Kosten möglichst gut vorhersagen. Die Abweichung zwischen den tatsächlichen Kosten und dem Schätzwert soll also in ihrer Summe minimiert werden.
3. Der Differenzierungsgrad der Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds und der von der GKV an die Heime zu zahlenden Pauschalen muss sich im Differenzierungsgrad Kürzung des Heimentgelte und in der Kürzung der Leistungsansprüche der Versicherten nach § 43 SGB XI widerspiegeln (Konnexität).

Auf diese Bedingungen sei im Folgenden kurz eingegangen (Abschnitt 3.1.1 bis 3.1.3) bevor dann Daten und Methoden thematisiert werden (Abschnitt 3.1.4).

### 3.1.1 Erwartungstreuer Schätzer

Der zu konzipierende RSA kann eine Zuweisung in Höhe eines einheitlichen Wertes für alle Heimbewohner vorsehen oder für Subgruppen von Heimbewohnern, etwas Bewohner der Pflegestufe Null, I, II, III differenzierte Werte.<sup>8</sup> Immer muss aber gelten, dass die tatsächlichen (bzw. bei einem prospektivem Ausgleich die erwarteten) Ausgabensumme(n), den Zuweisungen entsprechen:

$$\sum_i x_i = n \cdot x_s \quad (1),$$

wobei  $x_i$  die MBP-Kosten des  $i$ -ten Heimbewohners,  $n$  der Zahl der Heimbewohner und  $x_s$  dem gesuchten Schätzwert für alle Heimbewohner entspricht bzw. (bei Berücksichtigung von Subgruppen)

$$\sum_i \sum_j x_{ij} = n_j \cdot x_{sj} \quad (2),$$

wobei für  $j = 1, 2, \dots$  verschiedene Subgruppen von Heimbewohnern,  $n_j$  dann die Zahl der Heimbewohner in Subgruppe  $j$  und  $x_{sj}$  den Schätzwert für die Heimbewohner der Subgruppe  $j$  bezeichnet.

Unabhängig davon, ob weitere Merkmale zur Subgruppenbildung herangezogen werden, müssen also die Summe der tatsächlichen Ausgaben (bzw. der erwarteten tatsächlichen Ausgaben) und die Summe der Zuweisungen übereinstimmen.

---

<sup>8</sup> Die Subgruppenbildung muss dabei eine Klasseneinteilung sein, so dass die Schnittmenge der Subgruppen leer, ihre Vereinigungsmenge aber die gesamte Ausgangsmenge der Heimbewohner ergibt.

Nun lässt sich leicht zeigen, dass diese Bedingung nur erfüllt ist, wenn  $x_s$  dem arithmetischen Mittel ( $\bar{x}$ ) bzw.  $x_{sj}$  dem Gruppenmittelwert  $\bar{x}_j$  entspricht.<sup>9</sup> Es folgt:

$$\sum_i x_i = n \cdot \bar{x} \quad (3)$$

bzw.

$$\sum_i \sum_j x_{ij} = n_j \cdot \bar{x}_j \quad (4).$$

Das erste Ziel kann also nur erreicht werden, wenn ausschließlich *Mittelwerte* als Schätzer verwendet werden. Zu fragen ist dabei, ob durch Berücksichtigung weiterer leicht erhebbarer Merkmale wie Alter, Geschlecht und Pflegestufe sowie Morbiditätskennziffern die Vorhersagekraft gesteigert werden kann. Hierzu können nach diesen Merkmalen differenzierte Subgruppen gebildet werden, für die dann die je eigenen Mittelwerte eingesetzt werden (Zellenzerlegung).

### 3.1.2 Minimierung der Abweichung von Schätzer und tatsächlichem Wert

Werden Mittelwerte verwendet, dann gleichen sich die Abweichungen von tatsächlichen und geschätzten Werten in der Summe definitionsgemäß genau aus. Um die Güte der Schätzung zu bestimmen, muss also eine andere Teststatistik herangezogen werden. Eine in der Statistik häufig verwandte Methode ist dabei die Betrachtung der Abweichungsquadrate, deren Summe dann minimiert werden soll:

$$\sum_i (x_i - x_s)^2 = \min. \quad (5).$$

Bei der Minimierung der Summe der *quadratischen* Abweichung werden „Ausreißer“ aber stärker gewichtet. Wenn beispielsweise 10 Beobachtungen um jeweils eine Einheit vom Schätzwert abweichen, beträgt die Summe der Abweichungsquadrate ebenfalls 10. Weicht dagegen ein Wert um 10 Einheiten ab und alle anderen entsprechen dem Schätzwert, beträgt die Summe der Abweichungsquadrate  $10^2=100$ . Nun ist es für eine Kasse aber unerheblich auf wie viele Versicherte sich die Abweichung von insgesamt 10 Einheiten verteilt. Für einen Risikostrukturausgleich ist daher die Minimierung der Summe der Abweichungsbeträge sinnvoller:

---

<sup>9</sup> Das arithmetische Mittel ist definiert als  $\bar{x} = 1/n \sum_i x_i$ . Hieraus folgt  $\sum_i x_i = n \cdot \bar{x}$ . Gleichung (1) ist also nur erfüllt bei und  $x_s = \bar{x}$ . Analoges gilt für Gleichung (2).

$$\sum_i |x_i - x_s| = \min. \quad (6).$$

Für die Beurteilung der absoluten Abweichungen sind in den Diskussionen um den RSA zwei Maßzahlen entwickelt worden. Dies ist zu einen der mittlere absolute Prognosefehler (MAPE – mean absolute prediction error) und zum anderen Cummings Vorhersagemessung (CPM – Cumming's prediction measure). MAPE und CPM werden zur Messung der Anpassungsgüte als hervorragend geeignet eingestuft (Schäfer 2011: 56).

Bei der Berechnung von *MAPE* wird für jedes Individuum die Differenz zwischen den gemessenen und den vorhergesagten Ausgaben ermittelt. Der Betrag dieser Differenzen wird sodann addiert und durch die Zahl der Beobachtungen geteilt:

DEFINITION 1: MAPE (MEAN ABSOLUTE PREDICTION ERROR)

$MAPE = \frac{\sum_{i=1}^n  x_i - \hat{x} }{n}$	<p><b>Anmerkung:</b>  n: Fallzahl  x<sub>i</sub>: empirische Werte vom ersten (i=1) bis zum letzten (i=n) Fall  <math>\hat{x}</math>: Schätzwert</p>
---	--

Ein Modell, das weitere Parameter berücksichtigt und damit für die interessierende Population je nach Parameterkonstellation vom Gesamtmittelwert abweichende Werte voraussagt, bietet nur dann eine verbesserte Vorhersage bzw. einen gerechteren Ausgleich, wenn der Wert von MAPE kleiner ist als die mittlere absolute Abweichung der empirischen Werte vom arithmetischen Mittel.

Als Vorhersagemodell wird bei den bisherigen m-RSA-Berechnungen ein *lineares Regressionsmodell* verwendet. Dieses produziert über die Quadrierung der Abweichungen positive Werte. Ziel des Regressionsmodells ist es, die quadrierten Abweichungen von optimalen berechneten Schätzwerten minimal zu halten.<sup>10</sup> Der Messwert für die Güte des linearen Regressionsmodells ist das Bestimmtheitsmaß (R<sup>2</sup>). Die Erhöhung des R<sup>2</sup> – also die Erhöhung der erklärten Varianz – ist das grundsätzliche Ziel des linearen Regressionsmodells. Entsprechend soll der quadrierte Fehlerterm minimiert werden. Das Regressionsmodell ist damit letztlich eine Weiter-

---

<sup>10</sup> Es handelt sich hierbei um eine so genannte OLS-Schätzung, eine Modellierung, bei der die Summe der Abweichungsquadrate minimiert wird (OLS = ordinary least squares). OLS-Schätzer sind erwartungstreu, die Bedingung (1) (s. Abschnitt 3.1.1) ist damit erfüllt.

entwicklung der Zellenzerlegung bei simultaner Berücksichtigung mehrerer differenzierender Merkmale. Wie beschrieben ist  $R^2$  aber ausreißersensitiv.

*Cumming's Prediction Measure* (CPM) beschreibt, inwieweit mit den Schätzwerten eines Regressionsmodells bessere Annäherungen an den empirischen Wert gefunden werden als durch die einfache Nutzung des arithmetischen Mittels als Vorhersagewert. Die CPM lässt sich als prozentuale Verbesserung gegenüber der Vorhersage mittels des arithmetischen Mittels verstehen, wenn die CPM mit 100 multipliziert wird.

#### DEFINITION 2: CPM (CUMMING'S PREDICTION MEASURE)

$CPM = 1 - \frac{\sum_{i=1}^n  x_i - \hat{x} }{\sum_{i=1}^n  x_i - \bar{x} }$	<p><b>Anmerkung:</b></p> <p>n: Fallzahl</p> <p><math>x_i</math>-n: empirische Werte vom ersten (i=1) bis zum letzten Fall</p> <p><math>\hat{x}</math>: Schätzwert</p> <p><math>\bar{x}</math>: Mittelwert (arithmetisches Mittel)</p>
---	---

Zu prüfen ist somit im Folgenden, ob eine Berücksichtigung weiterer differenzierender Kriterien mittels nach Subgruppen differenzierter Mittelwerte oder mittels eines Regressionsmodells<sup>11</sup> zu einer Reduktion des MAPE führt. Nur in diesem Fall ist eine solche Differenzierung angezeigt, ansonsten ist auch die Berücksichtigung des einfachen Mittelwertes der Gesamtpopulation ausreichend.

### 3.1.3 Konnexität

Der Vorschlag der Neuordnung der Finanzierungskompetenzen in Bezug auf die medizinische Behandlungspflege enthält drei Elemente,

- eine Kürzung des individuellen Heimentgeltes um die angenommenen durchschnittlichen Kosten der medizinischen Behandlungspflege,
- eine pauschale Zuweisung aus dem Gesundheitsfonds an die Kasse und von der zuständigen Krankenkasse an die Heime in Höhe der geschätzten individuellen Kosten der medizinischen Behandlungspflege und
- eine Kürzung des individuellen Versichertenanspruchs gemäß § 43 SGB XI um die Kosten der medizinischen Behandlungspflege bei gleichzeitiger Schaf-

---

<sup>11</sup> Werden in einem Regressionsmodell beispielsweise die Pflegestufen als „Dummy-Variablen“ (mit den Ausprägungen 0 oder 1) verwendet, dann entspricht dies genau einer Berücksichtigung der Mittelwerte der Stufen anstelle des Gesamtmittelwertes.

fung eines Rechtsanspruchs gegen die Krankenkasse auf medizinische Behandlungspflege in Pflegeheimen.

Der Konnexitätsgrundsatz verlangt nun, dass es sich jeweils um die gleichen Beträge handelt. Werden die Kosten der medizinischen Behandlungspflege in Pflegeheimen pauschal pro pflegebedürftigen Heimbewohner berechnet, ist dies unproblematisch. Auch eine Berücksichtigung der Pflegestufen ist problemlos möglich, weil diese so- wieso sowohl bei den Leistungsansprüchen nach § 43 SGB XI als auch bei den Heimentgelten berücksichtigt wird. Schwieriger wird dies, wenn weitere Parameter wie Alter und Geschlecht der Versicherten sowie Vorerkrankungen berücksichtigt werden sollen. Zwar können diese Parameter bei der Bestimmung der Zuweisungen des Gesundheitsfonds an die Krankenkasse und die Pauschalen, die von der Krankenkasse an die Heime gezahlt werden, problemlos eingerechnet werden, allerdings ist schon eine entsprechende Kürzung der Heimentgelte nicht ohne weiteres möglich bzw. sinnvoll. Ebenso ist eine leistungsrechtliche Berücksichtigung dieser Merkmale bisher – aus gutem Grund – im SGB XI nicht vorgesehen. Werden weitere Merkmale aber nur in den Zuweisungen des Gesundheitsfonds an die Krankenkassen bzw. die Pauschalen der Kassen an die Heime berücksichtigt, so ändert sich für diese heimin- dividuell das Budget, so dass mögliche Selektionsanreize entstehen. Jedoch dürften diese hinsichtlich ihres Umfangs begrenzt sein. Für die Versicherten implizierte das dann nach Alter, Geschlecht und Krankheitszustand differenzierte Heimentgelte bei pauschalen Leistungsansprüchen – eine normativ nur schwer begründbare Konstel- lation. Im Hinblick auf die Konnexität spricht daher einiges dafür, mit Pauschalen zu arbeiten, die allenfalls nach Pflegestufen differenziert sind

#### **3.1.4 Daten und Methoden der folgenden Berechnungen**

Im m-RSA werden Erkrankungen, Alter, Geschlecht und Erwerbsminderungsrente berücksichtigt, um die mittleren absoluten Abweichungen (MAPE) zu minimieren (Bundesversicherungsamt 2010 Anhang 2: 4ff). Alter, Geschlecht und ausgewählte Erkrankungen werden auch im Folgenden berücksichtigt. Da Pflegebedürftige in aller Regel keinen Anspruch auf Erwerbsminderungsrente haben, wird dieser Aspekt nicht verfolgt. Stattdessen werden Pflegestufen und Pflegekarrieren berücksichtigt. Da in dieser Expertise die Inanspruchnahme der MBP im Pflegeheim beurteilt werden soll, ist hier zunächst zu untersuchen, ob verschiedene Pflegestufen und die Dauer der

Pflegebedürftigkeit von Bedeutung sind. Das Krankheitsspektrum wird hier insoweit berücksichtigt, wie es in anderen Studien (KCG 2012; Lübcke & Meinck 2012; Meinck et al. 2012; Rothgang et al. 2010, 2011) schon zur Vorhersage von Pflegebedürftigkeit verwendet wurde (siehe 6.1.2 im Anhang).

Datengrundlage der Kalkulation der HKP-Entgelte sind weiterhin die monatsgenauen Routinedaten der BARMER GEK für das Jahr 2011. Es gilt jeweils die höchste gemessene Pflegestufe. Die Zuordnung zu den Versorgungsarten erfolgt ebenfalls hierarchisch: 'Pflegeheim' überschreibt 'ambulanten Pflegedienst' und 'ambulanter Pflegedienst' überschreibt 'Pflegegeld'. Das Alter wird durch Subtraktion des Geburtsjahres und die Pflegedauer durch Subtraktion des Pflegezugangsjahres vom Jahr 2011 ermittelt. Die Diagnosen werden im Jahr 2011 ausgezählt. Dabei werden sowohl alle ambulanten als auch alle Krankenhausdiagnosen berücksichtigt. Ausgeschlossen sind Verdachts-, Ausschluss- und Zustand-nach-Diagnosen.

Die Schätzungen der Kosten für die MBP beruhen auf den ermittelten Kosten der HKP in der häuslichen Pflege. Da die Kosten für die MBP noch nicht vorliegen, können auch nur Erklärungen für die Höhen von HKP ermittelt werden. Als relevante Population wird auf die Pflegebedürftigen zurückgegriffen, die (mit) durch einen ambulanten Pflegedienst versorgt werden. Als bedeutsame HKP-Entgelte sind nur diejenigen berücksichtigt, die nicht für Grundpflege, hauswirtschaftliche Hilfe und Wegegeld gedacht sind (Variante 3 in Abschnitt 2.4).

## **3.2 Ergebnisse**

Nach Darstellung der deskriptiven Statistik (Abschnitt 3.2.1), werden die Ergebnisse der multiplen Regressionen präsentiert (Abschnitt 3.2.2) und diskutiert (3.2.3). Abschließend wird dann diskutiert, ob die Pauschalen nach Pflegeklassen differenziert werden sollten (Abschnitt 3.2.4).

### **3.2.1 HKP-Entgelte für Subpopulationen von Pflegebedürftigen**

Insgesamt werden für Pflegebedürftige im Jahr 2011 792.837 Monate in den Daten der BARMER GEK registriert, in denen ein ambulanter Pflegedienst Leistungen erbracht hat, aber keine stationäre Pflege geleistet wurde. In diesen 792.837 Pflege-monaten wurden zusätzlich zu den Pflegeleistungen nach SGB XI in knapp der Hälfte der Fälle (48,7 %) noch HKP-Leistungen erbracht. Im Durchschnitt wurden dafür



205,5 € entgolten<sup>12</sup> In Tabelle 18 wird zudem ein Überblick über die Kosten für bestimmte *Subgruppen* gegeben. Hierzu werden die Heimbewohner nach Geschlecht, Alter, Pflegestufe und Morbidität stratifiziert. In Spalte (2) ist dann jeweils angegeben, wie hoch der Anteil in der Subpopulation ist, der überhaupt HKP erhält, und Spalte (3) weist die durchschnittlichen Kosten aus. Als weitere Maße für die Verteilung ist in den Spalten (4) bis (6) angegeben, wie hoch in den jeweiligen Subgruppen der Anteil ist, der zu den teuersten 10 %, den teuersten 5 % oder den teuersten 1 % gehört. In der Gesamtpopulation sind es natürlich 10 %, 5 % und 1 %. Wenn in den Subpopulationen diese Anteile überschritten werden, sind die Subgruppen tendenziell „teurer“, wenn sie unterschritten werden, sind sie tendenziell „billiger“.

Mit Blick auf die 10%-Marke erscheinen so die *Männer* billiger als die *Frauen*, da von den Männern nur 8,4% zu den teuersten 10% gehören. Hingegen erscheinen die Männer aber teurer, wenn man die 1%-Marke betrachtet. Hier überschreiten die Männer mit 1,5% den Durchschnittswert. Einheitlicher sind die Effekte bei den *Alterskategorien*. Hier finden sich überproportional viele teure Fälle in der jüngsten Alterskategorie und überproportional viele teuerste Fälle in den Alterskategorien kurz vor dem Renteneintrittsalter. Dies sind allerdings nicht die Alterskategorien, die für die medizinische Behandlungspflege im Pflegeheim von größter Bedeutung sind. Die typischen Alterskategorien im Pflegeheim zeigen sich hingegen relativ unauffällig.

In höheren *Pflegestufen* sind die HKP-Ausgaben ebenfalls deutlich höher. Das zeigt sich bei den Mittelwerten ebenso wie bei den Gruppen mit den höchsten Ausgaben. Jeweils sind die Pflegebedürftigen in Stufe I in den Gruppen mit den höchsten Ausgaben unter-, die Pflegebedürftigen in Stufe III aber überrepräsentiert. Mit 72,4 % ist der Anteil der Bezieher von HKP unter den Härtefällen besonders hoch. Ihre Durchschnittsausgaben liegen um den Faktor 17 über denen für alle Pflegebedürftigen. Statt 10 % in den teuersten 10 % finden sich unter den Härtefällen 39,5 %, die zu den teuersten 10% insgesamt gehören. Mit 28 % ist der Anteil unter dem teuersten 1 % der Pflegebedürftigen sogar noch deutlicher über dem Durchschnitt. Allerdings beruhen diese Werte auf nur 3.242 Beobachtungsmonaten.

---

<sup>12</sup> Dieser Wert unterscheidet sich von dem in den Abschnitten 2.2.5, 2.2.6 bzw. 2.4 errechneten Betrag von 215,5 Euro pro Versichertem und Monat. Der Unterschied beruht darauf, dass der Wert von 215,5 Euro auf einer Standardisierung auf die Heimbevölkerung nach Alter, Geschlecht und Pflegestufe beruht, während sich der hier berichtete Wert auf die nicht-standardisierten HKP-Empfängerpopulation bezieht.

TABELLE 18: DURCHSCHNITTLICHE ENTGELTE FÜR AUSGEWÄHLTE HKP JE MONAT IM JAHR 2011 IN EURO UND ANTEILE IN DEN TEUERSTEN 10%, 5% UND 1% DER HKP-LEISTUNGSEMPFÄNGER IN % - NICHT STANDARDISIERT AUF DIE HEIMBEVÖLKERUNG

	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
	Fallzahl	Anteilswert für Bezieher von HKP	Durchschnittliche HKP-Entgelte	Anteil teuerste 10%	Anteil teuerste 5%	Anteil teuerste 1%
<b>Alle</b>	<b>792837</b>	<b>48,7</b>	<b>205,5</b>	<b>10,0</b>	<b>5,0</b>	<b>1,0</b>
Mann	232993	42,5	254,3	8,4	4,8	1,5
Frau	559844	51,3	185,1	10,7	5,1	0,8
Altersjahre 00-04	1732	14,1	1311,9	12,6	12,4	12,1
Altersjahre 05-09	5474	6,2	482,7	5,0	5,0	4,6
Altersjahre 10-14	6991	2,2	172,1	1,7	1,6	1,4
Altersjahre 15-19	5264	4,1	212,9	2,4	2,4	2,0
Altersjahre 20-24	4598	7,4	304,9	2,6	2,5	2,3
Altersjahre 25-29	4233	13,2	593,2	5,3	4,9	4,2
Altersjahre 30-34	3499	16,5	232,4	3,0	2,8	2,3
Altersjahre 35-39	3646	25,3	219,2	5,7	4,3	2,3
Altersjahre 40-44	5594	31,6	327,0	6,7	5,0	2,3
Altersjahre 45-49	9063	37,9	379,5	8,7	6,0	2,6
Altersjahre 50-54	12487	43,1	433,8	10,0	7,1	3,2
Altersjahre 55-59	15891	46,2	642,2	11,9	8,7	4,2
Altersjahre 60-64	21773	45,7	446,9	11,2	7,3	3,2
Altersjahre 65-69	32835	44,8	288,5	9,4	5,9	2,0
Altersjahre 70-74	68194	46,5	236,0	10,1	6,2	1,3
Altersjahre 75-79	96183	48,3	203,8	10,0	5,3	1,2
Altersjahre 80-84	149918	50,3	159,6	10,0	4,7	0,6
Altersjahre 85-89	195406	52,8	144,5	10,6	4,4	0,3
Altersjahre 90-94	114395	55,2	147,7	10,8	4,6	0,3
Altersjahre 95+	35661	57,2	148,1	10,0	4,6	0,3
Pflegestufe I	436749	47,3	129,4	9,2	3,7	0,3
Pflegestufe II	259679	49,8	222,8	10,6	5,8	1,2
Pflegestufe III o. Hf	93167	51,3	398,5	11,2	7,8	2,7
Härtefälle	3242	72,4	3513,5	39,5	35,8	28,0
Pflegejahre: <1	123730	47,5	169,9	8,6	4,1	0,8
Pflegejahre: 1-<2	166810	49,7	203,0	9,7	4,5	0,9
Pflegejahre 2-<4	214875	50,2	200,1	10,4	4,9	0,8
Pflegejahre 4-<9	221237	50,0	232,4	11,1	6,1	1,3
Pflegejahre 9+	66185	39,3	205,4	8,0	4,4	1,3
O. Immobilität	753751	48,4	199,6	9,9	4,9	0,9
Immobilität	39086	55,3	318,6	12,4	6,8	2,0
O. Sturzneigung und Schwindel	479094	46,8	221,8	9,7	4,9	1,1
Sturzneigung und Schwindel	313743	51,6	180,4	10,5	5,1	0,8

	(1) Fallzahl	(2) Anteilswert für Bezieher von HKP	(3) Durchschnittliche HKP- Entgelte	(4) Anteil teuerste 10%	(5) Anteil teuerste 5%	(6) Anteil teuerste 1%
O. kognitive Defizite	446137	43,9	211,1	8,4	3,9	1,0
Kognitive Defizite	346700	54,9	198,2	12,0	6,4	1,0
O. Inkontinenz	453909	45,3	179,5	9,0	4,3	0,8
Inkontinenz	338928	53,3	240,3	11,3	6,0	1,3
O. Dekubitalulcera	632727	45,2	183,6	9,4	4,5	0,9
Dekubitalulcera	160110	62,8	291,8	12,3	7,0	1,5
O. Fehl- und Mangelernährung	737212	48,1	193,0	9,8	4,8	0,9
Fehl- und Mangelernährung	55625	57,1	370,6	12,1	7,3	2,4
O. Störungen im Flüssigkeits- und Elektrolythaushalt	520047	44,7	185,1	9,3	4,5	0,9
Störungen im Flüssigkeits- und Elektrolythaushalt	272790	56,3	244,4	11,3	5,9	1,3
O. Depression, Angststörung	514205	47,1	204,8	9,6	4,7	1,0
Depression, Angststörung	278632	51,6	206,6	10,7	5,6	1,0
O. Schmerz	644289	47,7	205,2	9,9	4,9	1,0
Schmerz	148548	53,0	206,7	10,5	5,4	1,0
O. Sensibilitätsstörungen	663827	47,9	201,9	9,4	4,6	1,0
Sensibilitätsstörungen	129010	53,1	223,7	13,0	7,2	1,2
O. geringe Belastbarkeit, Gebrechlichkeit	773088	48,5	206,5	10,0	5,0	1,0
Geringe Belastbarkeit, Gebrechlichkeit	19749	57,7	166,4	11,3	5,4	0,5
O. Seh- und Hörbehinderung	473542	49,0	231,5	10,1	5,2	1,2
Seh- und Hörbehinderung	319295	48,3	166,9	9,8	4,7	0,7
O. Medikationsprobleme	791769	48,7	205,5	10,0	5,0	1,0
Medikationsprobleme	1068	57,4	156,7	11,2	7,1	0,1
O. hohes Komplikationsrisiko	471752	45,2	147,3	9,4	4,5	0,6
Hohes Komplikationsrisiko	321085	53,9	290,9	10,9	5,7	1,6
O. verzögerte Rekonvaleszenz	790989	48,7	205,3	10,0	5,0	1,0
Verzögerte Rekonvaleszenz	1848	57,5	270,8	12,4	6,1	1,9
O. bösartige Neubildungen	634492	48,8	213,8	10,3	5,2	1,1
Bösartige Neubildungen	158345	48,2	171,9	8,9	4,2	0,8
O. Multiple Sklerose	770124	48,7	205,1	10,0	5,0	1,0
Multiple Sklerose	22713	50,1	218,5	8,5	4,4	1,4
O. Schlaganfall	671804	48,2	198,4	9,9	4,9	0,9
Schlaganfall	121033	51,7	244,9	10,6	5,5	1,3
O. Schenkelhalsbruch	769428	48,6	206,3	10,0	5,0	1,0
Schenkelhalsbruch	23409	53,6	178,1	10,6	5,0	0,8

Die bisherige *Pflegedauer* hat keinen deutlichen Effekt. Selbst die Unterscheidung nach den *Diagnosen*, die eng mit Pflegebedürftigkeit in Zusammenhang stehen, bringt wenig Erklärungspotential für die Verteilung nach den teuersten HKP-Patienten. Überraschenderweise sind gerade die Patienten mit Immobilitäten und die Patienten mit Fehl- und Mangelernährung noch diejenigen mit den größten Anteilen bei den teuren HKP-Patienten. Gerade diese Erkrankungen stehen aber deutlich in Verbindung mit grundpflegerischen Leistungen.

### 3.2.2 Regressionsmodelle zur Bestimmung der ausgewählten HKP-Entgelte

Ziel eines Risikostrukturausgleiches ist es, pauschale Zuweisungen an Kassen pro Versichertem durch differenzierte Pauschalen zu ersetzen, die die durchschnittlich entstehenden Kosten für Subpopulationen besser vorhersagen. In Bezug auf die hier interessierenden Kosten für medizinische Behandlungspflege geht es dabei darum, eine Pauschale von gut 200 Euro durch nach Alter, Geschlecht oder Pflegestufe differenzierte Zuweisungen zu ersetzen. Das ist dann sinnvoll, wenn die Prognosekraft des Mechanismus steigt, es also Merkmale gibt, die eng mit den MBP-Kosten verbunden sind. Um dies zu prüfen, wurden einige Regressionsmodelle berechnet. Tabelle 19 enthält zentrale Ergebnisse dieser Berechnungen.

TABELLE 19: GÜTE EINES RSA FÜR MEDIZINISCHE BEHANDLUNGSPFLEGE – ALLE PFLEGE-  
GEBEDÜRFTIGEN, DIE ZU HAUSE MIT/DURCH EINEN PFLEGEDIENST VERSORGT WERDEN

RSA basierend auf...	R <sup>2</sup>	MAPE	CPM
Mittelwert (arithmetisches Mittel)	0,0%	272	0,0%
Pflegebedürftigkeit nach Stufen	4,4%	274	-1,0%
... zuzüglich Alter und Geschlecht	5,0%	280	-3,2%
... zuzüglich Pflegedauer	5,1%	281	-3,6%
... zuzüglich Erkrankungen	5,9%	285	-5,1%
nur Erkrankungen	0,9%	275	-1,1%
Nachrichtlich:			
M-RSA (exkl. Krankengeld)	20,2 %		22,5 %
Alter RSA (ohne Risikopool)	5,8 %		10,4 %

Wie die Tabelle zeigt, steigt das R<sup>2</sup> bei der sukzessiven Berücksichtigung von Pflegestufen, Alter und Geschlecht, Pflegedauer sowie ausgewählten Erkrankungen nur

geringfügig, so dass auch bei Berücksichtigung aller genannten Merkmale nur knapp 6 % der Varianz erklärt wird. Um diesen Wert einzuordnen, kann er mit dem  $R^2$  des M-RSA verglichen werden, das nachrichtlich in die Tabelle aufgenommen wurde und mehr als dreimal so hoch ist. Dennoch könnte argumentiert werden, dass auch eine kleine Verbesserung der Vorhersagekraft besser ist als kein. Der *Determinationskoeffizient* ( $R^2$ ) bezieht sich allerdings auf die Minimierung der quadrierten Abweichungen. Der *mittlere absolute Prognosefehler* (MAPE) wird nach den Modellierungen dagegen durchgängig sogar größer als der mittlere absolute Prognosefehler basierend auf dem arithmetischen Mittel. Entsprechend nimmt die CPM sogar negative Werte von -1% bis -5,1 % (bei Berücksichtigung aller Merkmale) an (Tabelle 19). Die Differenzierung von Pauschalen nach Pflegestufen und weiteren Merkmalen ist also insbesondere sinnvoll, um die „Ausreißer“ zu berücksichtigen, die beim  $R^2$  quadriert in die Berechnung eingehen und daher besonderes Gewicht erhalten.<sup>13</sup> Für die beteiligten Kassen ist allerdings der Abweichungsbetrag von größerer Relevanz. Hier bringt die simultane Berücksichtigung von Alter, Geschlecht, Pflegestufe und Krankheiten *keinen* Gewinn für die Prognosefähigkeit.

Die Modellierungen der HKP-Entgelte unter Berücksichtigung von Pflegestufe, Pflegedauer, Alter und Geschlecht haben dabei insgesamt *nicht* dazu geführt, die Vorhersagequalität gegenüber einer pauschalen Zuweisung anhand des Mittelwertes zu verbessern.

In Bezug auf die in Abschnitt 3.1 entwickelten Kriterien ist damit festzuhalten, dass eine nicht weiter differenzierte Pauschale nach weiteren Merkmalen differenzierten Pauschalen und auch einem Regressionsmodell überlegen ist, da MAPE bei weiterer Differenzierung steigt und zudem Konnexitätsprobleme auftauchen.

### **3.2.3 Erklärung der Effekte einer Differenzierung nach Pflegestufen**

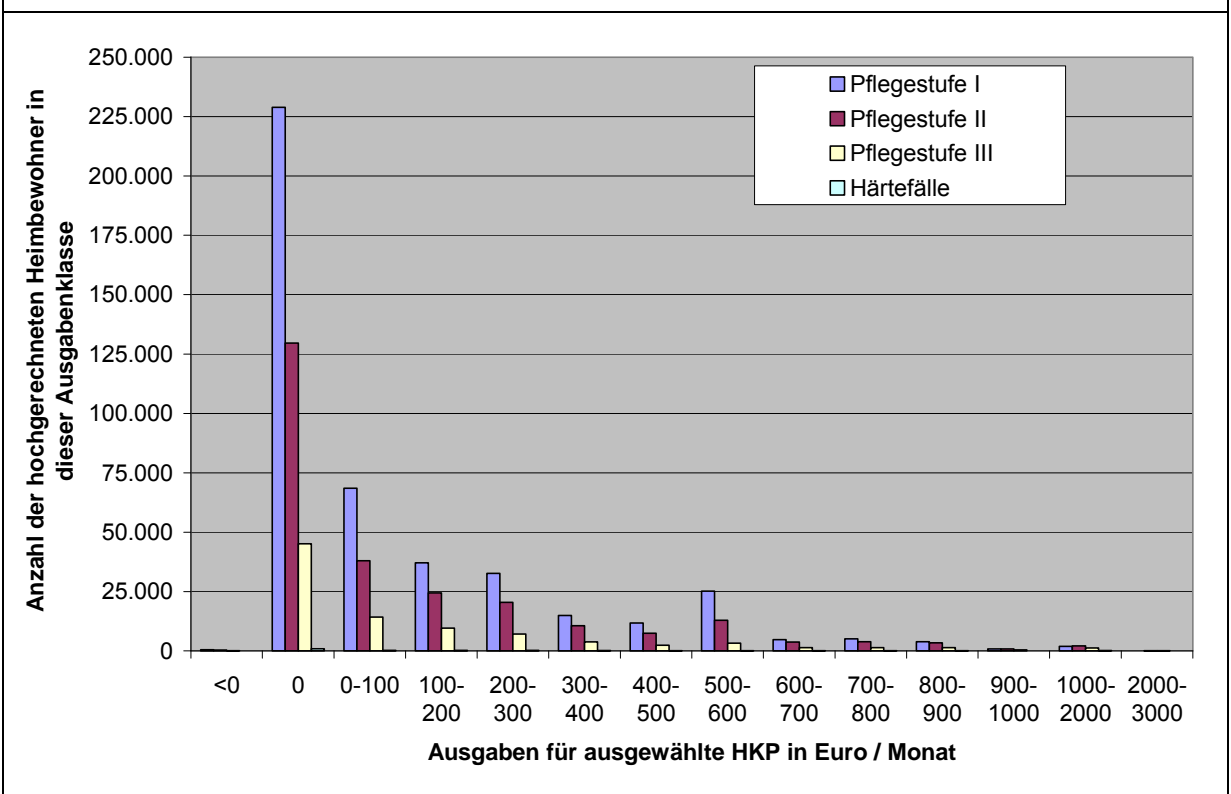
Das Ergebnis der Regressionsrechnungen ist zunächst kontraintuitiv, da sich beispielsweise die durchschnittlichen HKP-Entgelte nach Pflegestufen erheblich unterscheiden (Tabelle 18) und daher erwartet werden könnte, dass deren Berücksichtigung eine bessere Voraussage gewährleistet. Nachfolgend wird daher zunächst der

---

<sup>13</sup> Da das Regressionsmodell die Abweichungsquadrate minimiert, kann das  $R^2$  nicht negativ werden. Allerdings kann eine Modellschätzung, die die Summe der Abweichungsquadrate minimiert gleichzeitig dafür sorgen, dass die Summe der Abweichungsbeträge größer ist als sie es wäre, wenn einfach die Mittelwerte als Schätzer für alle Einheiten herangezogen würden. Dies ist in diesem Fall offensichtlich gegeben.

Frage nachgegangen, wie dieser überraschende Befund erklärt werden kann. Anschließend wird dennoch untersucht, welche Effekte sich für die Kassen ergeben, wenn eine weitere Differenzierung vorgenommen wird. Da lediglich die Differenzierung nach Pflegestufen keine weiteren Konnexitätsprobleme nach sich zieht, wird dies nur für eine derartige Differenzierung dargestellt.

ABBILDUNG 3: ANZAHL DER PFLEGEBEDÜRFTIGEN IN HÄUSLICHER PFLEGE NACH HKP-AUSGABEN UND PFLEGESTUFEN IM JAHR 2011



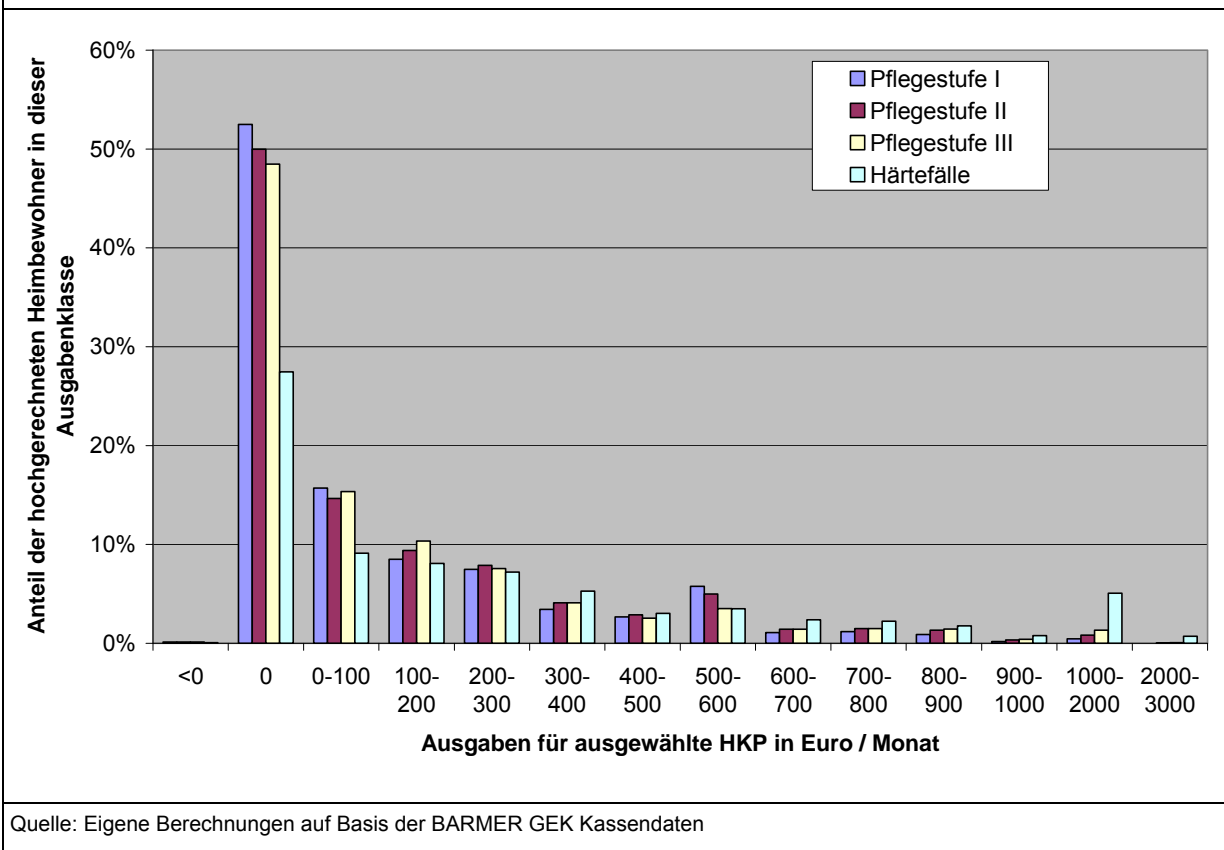
Quelle: Eigene Berechnungen auf Basis der BARMER GEK Kassendaten

Abbildung 3 zeigt, dass die Verteilung der HKP-Ausgaben in allen Pflegestufen extrem rechtsschief (=linkssteil) ist. Da die Zahl der Pflegebedürftigen in Pflegestufe I deutlich größer ist als in Pflegestufe II und diese Zahl wiederum größer ist als die der Pflegebedürftigen in Pflegestufe III, sind die Stufen optisch nur schwer vergleichbar. In Abbildung 4 sind daher die *Anteilswerte*, der Pflegebedürftigen nach HKP-Ausgabenklassen für jede Stufe angegeben. Die Abbildung verdeutlicht, dass in allen Pflegestufen etwa die Hälfte der Pflegebedürftigen keine HKP-Leistungen erhält.<sup>14</sup>

<sup>14</sup> Für eine geringe Zahl an Pflegebedürftigen sind negative Werte enthalten. Diese beruhen auf Rückzahlungen, die aufgrund der Jährlichkeit der Leistungserfassung auftreten können. Sie sind damit letztlich ein Artefakt. Da ihnen aber gleichfalls fristbedingte Überzahlungen entgegenstehen, die dann im Folgejahr ausgeglichen werden, sind sie bei den Berechnungen berücksichtigt worden

Ein weiteres Viertel erhält HKP-Leistungen in einem Umfang von bis zu 200 Euro im Monat und nur das verbleibende Viertel hat höhere Ausgaben. Bemerkenswert ist vor allem, dass sich die Verteilung zwischen den Pflegestufen nicht wesentlich unterscheidet.

ABBILDUNG 4: ANTEIL DER PFLEGEBEDÜRFTIGEN IN HÄUSLICHER PFLEGE AN ALLEN PFLEGEBEDÜRFTIGEN NACH PFLEGESTUFEN UND HKP-AUSGABENKLASSEN IM JAHR 2011

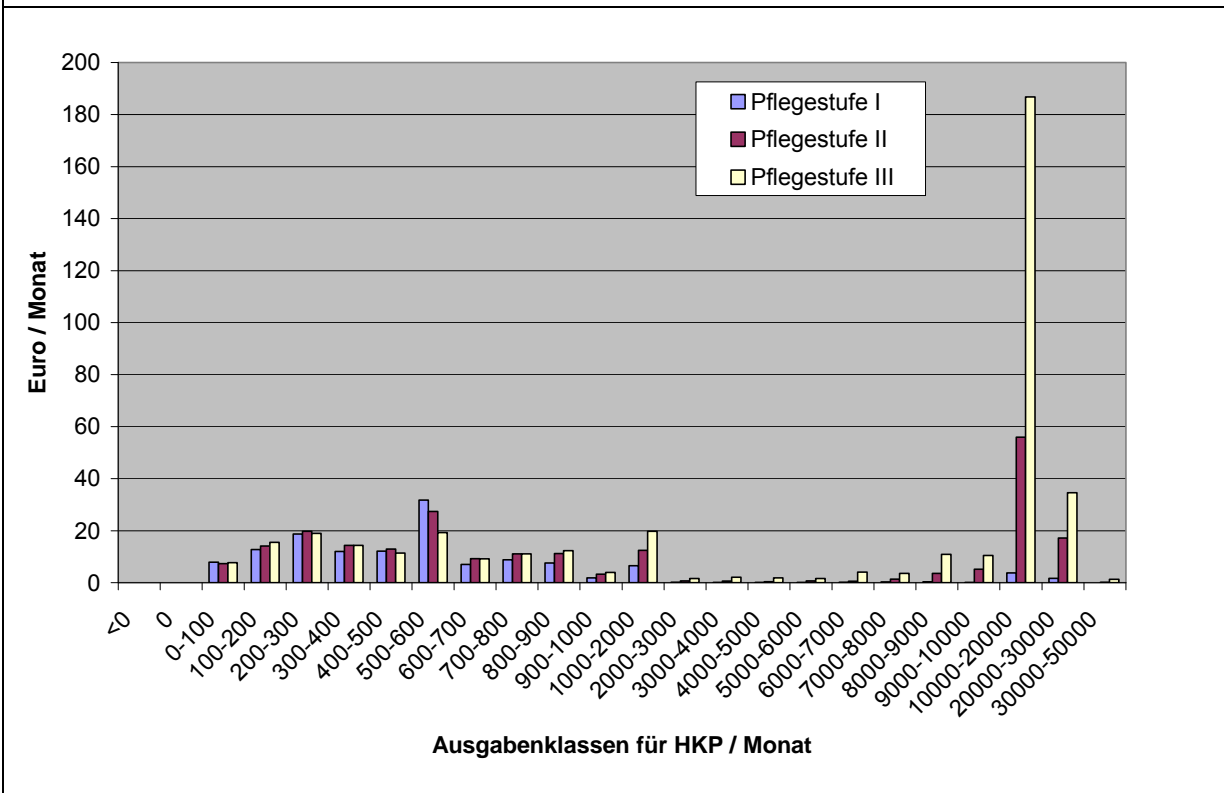


Tatsächlich, beruhen die in Tabelle 18 erkennbaren deutlichen Unterschiede in den nach Pflegestufen differenzierten Mittelwerten von 129 Euro (Pflegestufe I), 223 Euro (Pflegestufe II), 399 Euro (Pflegestufe III ohne Härtefälle) und 3.514 Euro (Härtefälle) praktisch ausschließlich auf den wenigen Pflegebedürftigen mit sehr hohen HKP-Ausgaben. Um dies zu verdeutlichen, sind die Mittelwerte der HKP-Ausgaben nach Pflegestufen in Abbildung 5 auf die Pflegebedürftigen nach Ausgabenklassen aufgeteilt.<sup>15</sup> Die angegebenen Werte ergeben sich dabei jeweils als Produkt der Anteilswerte aus Abbildung 4 mit dem Klassenmittelwert der Ausgabenklasse. Von den rund

<sup>15</sup> Die Härtefälle sind dabei nicht enthalten, da die großen zugehörigen Werte sonst eine andere Skalierung der y-Achse erforderlich gemacht hätten, die die interessanten Unterschiede für die Stufen I-III verdeckt hätte.

400 Euro HKP-Ausgaben, die auf einen Pflegebedürftigen in Pflegestufe III durchschnittlich entfallen, werden somit mehr als 180 Euro von den (wenigen) Pflegebedürftigen mit monatlichen Ausgaben von 10-20 Tausend Euro „produziert“.

ABBILDUNG 5: BEITRAG ALLER PFLEGEBEDÜRFTIGEN EINER AUSGABENKLASSE AN DEN DURCHSCHNITTLICHEN HKP-AUSGABEN IHRER PFLEGESTUFE IM JAHR 2011



Quelle: Eigene Berechnungen auf Basis der BARMER GEK Kassendaten

TABELLE 20: DURCHSCHNITTLICHE HKP-AUSGABEN NACH PFLEGESTUFEN IM JAHR 2011

Mittelwert	Pflegestufe I	Pflegestufe II	Pflegestufe III	Härtefälle	Insgesamt
Alle Pflegebedürftigen	133	229	402	3.557	210
Nur Pflegebedürftige mit Kosten bis 10.000 Euro / Monat	128	156	180	568	145
Nur Pflegebedürftige mit Kosten bis 1.000 Euro / Monat	120	131	124	140	124

Quelle: Eigene Berechnungen auf Basis der BARMER GEK Kassendaten

In Tabelle 20 sind deshalb die Stufenmittelwerte angegeben, die resultieren, wenn alle Pflegebedürftigen oder nur die unterhalb einer bestimmten Ausgabenschwelle berücksichtigt werden. Wird auf alle Pflegebedürftigen rekurriert, ergeben sich die



bekanntem Unterschiede, und der Mittelwert für Pflegestufe III ist drei mal so hoch wie der für Pflegestufe I. Werden nur die Pflegebedürftigen mit monatlichen Kosten von bis zu 10.000 Euro in die Mittelwertbildung eingeschlossen (immerhin 99,6 % der Pflegebedürftigen), verringern sich die Unterschiede in den Mittelwerten zwischen Stufe I und Stufe III schon deutlich und der Wert für Stufe III übersteigt den für Stufe I nur noch um 40 %. Werden nur die Pflegebedürftigen mit monatlichen Kosten von bis zu 1.000 Euro eingeschlossen (das sind immerhin noch 98,8 % aller Pflegebedürftigen), dann verschwinden die Unterschiede zwischen Stufe I, II und III praktisch vollständig und selbst für die Härtefälle übersteigen die HKP-Kosten die derer in Stufe I nur noch um 17 %. Die Unterschiede zwischen den Pflegestufen resultieren somit ausschließlich aus den Kosten für die gut 1 % teuersten Fälle.

Anstelle einer Differenzierung der Pauschalen nach Pflegestufen wäre es daher viel sinnvoller zu prüfen, ob für die teuersten Fälle eine *Poollösung* vorzusehen ist, wie sie der (Hoch)Risikopool im RSA dargestellt hat. Werden die Kosten ab einer bestimmten Grenze abgeschnitten und aus einem solchen *Risikopool* gedeckt, entfällt jegliche Notwendigkeit für eine Differenzierung der Pauschalen nach Pflegestufen.

### **3.2.4 Folgen einer Berücksichtigung der Pflegestufen für die Kassen**

Die vorstehenden Überlegungen zeigen erneut, dass eine Berücksichtigung der Pflegestufen bei der Berechnung von Pauschalen nicht notwendig und nicht sinnvoll ist. Nachfolgend wird dennoch untersucht, welche Ausgabensummen pro Versicherten für die Krankenkassenarten entstehen, wenn die Zuweisung aus dem Fonds

- a) Über eine Pauschale in Höhe des Durchschnittswertes für jeden Heimbewohner oder
- b) Über nach Pflegestufen differenzierte Pauschalen erfolgt.

Tabelle 21 enthält die Zahl der Heimbewohner nach Pflegestufen gegliedert nach den Kassenarten, Tabelle 22 die dazugehörigen Anteilswerte für die einzelnen Pflegestufen an allen Pflegebedürftigen pro Pflegekassenart. Tabelle 22 zeigt dabei bereits, dass sich die Stufenstruktur zwischen den Pflegekassenarten nicht wesentlich unterscheidet. Entsprechend ist der Unterschied in den Pauschalen gering, wenn diese auf Basis der Mittelwerte über alle Pflegebedürftigen (vorletzte Zeile) oder auf Basis von nach Stufen differenzierten Pauschalen (letzte Zeile) kalkuliert werden. Für das AOK-System, das mehr als die Hälfte der Pflegebedürftigen versichert, ergibt

sich keinerlei Unterschied, bei den Ersatzkassen beläuft sich der Unterschied zwischen beiden Berechnungsmethoden auf weniger als 2 % und lediglich bei der Knappschaft und der Landwirtschaftlichen Krankenkasse variieren die Ergebnisse beider Berechnungen um bis zu 5 %. Allerdings sind für diese Kassen auch die Fallzahlen vergleichsweise gering mit 1 % (LKK) bzw. 6 % (KBS) aller pflegebedürftigen Heimbewohner. Wie Tabelle 20 nahe legt, würden diese Unterschiede zudem verschwinden, wenn ein Risikopool eingeführt würde.

TABELLE 21: BEWOHNER VON VOLLSTATIONÄREN PFLEGEHEIMEN<sup>16</sup> NACH KASSENART ZUM 31.12.2012

	AOK	VdeK	BKK	IKK	LKK	KBS	BUND
<b>Sufe 0</b>	4.663	1.516	399	881	54	236	7.749
<b>Stufe I</b>	167.305	85.832	31.528	9.641	2.966	16.008	313.280
<b>Stufe II</b>	141.558	76.140	27.480	7.680	3.673	17.202	273.733
<b>Stufe III</b>	67.883	41.436	13.534	3.856	2.105	7.623	136.437
<b>Härtefälle</b>	3.289	1.831	558	241	64	113	6.096
<b>Pflegebedürftige</b>	380.035	205.239	73.100	21.418	8.808	40.946	729.546

Quelle: Statistik der Pflegekassen (PG2)

TABELLE 22: BEWOHNER VON VOLLSTATIONÄREN PFLEGEHEIMEN<sup>17</sup> NACH KASSENART ZUM 31.12.2012

	AOK	VdeK	BKK	IKK	LKK	KBS	BUND
<b>Stufe I</b>	44,0%	41,8%	43,1%	45,0%	33,7%	39,1%	42,9%
<b>Stufe II</b>	37,2%	37,1%	37,6%	35,9%	41,7%	42,0%	37,5%
<b>Stufe III</b>	17,9%	20,2%	18,5%	18,0%	23,9%	18,6%	18,7%
<b>Härtefälle</b>	0,9%	0,9%	0,8%	1,1%	0,7%	0,3%	0,8%
<b>Pflegebedürftige</b>	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
<b>Pauschale nach Mittelwerten</b>	<b>208</b>	<b>208</b>	<b>208</b>	<b>208</b>	<b>208</b>	<b>208</b>	<b>208</b>
<b>Nach Stufen differenzierte Pauschalen</b>	<b>208</b>	<b>212</b>	<b>206</b>	<b>214</b>	<b>218</b>	<b>197</b>	<b>208</b>

Quelle: Statistik der Pflegekassen (PG2)

In Bezug auf die Pflegestufen führt eine differenzierte Berechnung der Pauschalen damit zu keinem wesentlich anderen Ergebnis als ein einfacher Rückgriff auf die Durchschnittswerte für alle pflegebedürftigen Heimbewohner.

<sup>16</sup> Ohne Kurzzeitpflege und ohne teilstationäre Pflege, aber einschließlich der Leistungsempfänger nach § 43a SGB XI (Pflegebedürftige in Einrichtungen der Behindertenhilfe).

<sup>17</sup> Ohne Kurzzeitpflege und ohne teilstationäre Pflege, aber einschließlich der Leistungsempfänger nach § 43a SGB XI (Pflegebedürftige in Einrichtungen der Behindertenhilfe).

### 3.3 Zwischenfazit

Der Risikostrukturausgleich soll den wettbewerbsverzerrenden Strukturunterschied zwischen den einzelnen Krankenkassen ausgleichen. Eine Verlagerung der Finanzierungskompetenz für medizinische Behandlungspflege von der Pflege- auf die Krankenversicherung erfordert daher eine Berücksichtigung dieser Kosten im RSA. Dies kann in Form einer pauschalen Zuweisung pro Heimbewohner erfolgen oder in Form von differenzierten Zuweisungen. In den vorgelegten Analysen auf Basis der HKP-Entgelte für Pflegebedürftige im häuslichen Bereich konnten allerdings *keine* Faktoren gefunden werden, deren Berücksichtigung zu einer verbesserten Vorhersage der HKP-Ausgaben geführt hätte. Dies kann entweder darauf zurückgeführt werden, dass es andere entscheidende Faktoren gibt, die in den vorgenommenen Analysen nicht berücksichtigt wurden, dass die Modellspezifikationen (insbesondere die Annahme linearer Zusammenhänge) nicht zutreffend sind oder dass die Ausgaben für HKP weitgehend unabhängig von Pflegestufe, Alter, Geschlecht und den hier berücksichtigten Krankheiten sind. Gilt Letzteres so ist der Rückgriff auf den *Mittelwert* sachgerecht. Um die ersten beiden genannten Möglichkeiten auszuschließen sind aber noch weitere Analysen notwendig, die im Rahmen dieser Expertise nicht vorgenommen werden konnten. Eine Berücksichtigung der MBP-Kosten durch Pauschalen, die sich an den Durchschnittskosten pro Heimbewohner für diese Leistungen beziehen, ist auch deshalb empfehlenswert, weil Unvereinbarkeiten zwischen Leistungsrecht und Leistungserbringungsrecht so verhindert werden können.

Nach dem derzeitigen Erkenntnisstand ist somit davon auszugehen, dass eine Pauschale in Höhe des Mittelwertes der hochgerechneten HKP-Ausgaben, die von der GKV an die Pflegeheime pro pflegebedürftigem Heimbewohner gezahlt wird, ausreichend genau ist.

Zu empfehlen ist aber, dass im Zuge der Einführungsphase über die Rechnungstellungen der Leistungserbringer neue Datengrundlagen geschaffen werden, die es dann erlauben, präzisere Berechnungen anzustellen.

## 4 Fazit

Ausgangspunkt dieser Expertise ist die von Hoberg et al. (2013) vorgeschlagene Neuordnung der Finanzierungszuständigkeiten zwischen Kranken- und Pflegeversicherung entlang der Konzepte „cure“ vs. „care“. Soll eine solche Neuordnung vorgenommen werden, dann muss die Finanzierungszuständigkeit für die medizinische Behandlungspflege in Pflegeheimen an die GKV übertragen werden. Dies hat den Vorteil, die derzeitigen Anreize für Kassen, ihre Versicherte in Heimen versorgen zu lassen, um so die wettbewerbsrelevanten HKP-Kosten zu vermeiden, aufgehoben wird. Technisch könnte dies erfolgen, indem die Heimentgelte pro Versicherten um einen Betrag, der den Aufwand für die medizinische Behandlungspflege widerspiegelt, gekürzt werden und die Einrichtungen von der GKV eine gleich hohe Pauschale pro Heimbewohner erhalten. Für die Einrichtungen ändert sich dann an ihrer Einnahmesituation nichts. Für die Pflegeversicherung könnten die Leistungen nach § 43 SGB XI um den gleichen Leistungsbetrag gekürzt werden. Dann würde die Entlastung vollständig bei der Sozialen Pflegeversicherung verbucht werden. Werden die Leistungen nicht (oder nur in geringem Umfang) gekürzt, kommt es zu einer (partiellen) Entlastung der Bewohner bzw. der Sozialhilfeträger. Die Kassen müssen, um ansonsten drohende Wettbewerbsnachteile der Versorgerkassen zu vermeiden, für pflegebedürftige Heimbewohner eine entsprechende Zuweisung aus dem Gesundheitsfonds erhalten.

Aufgabe dieser Expertise war es zunächst, das Volumen der Belastung der GKV (bzw. der Entlastung der SPV) zu ermitteln. Zu den Kosten der medizinischen Behandlungspflege liegen keine aktuellen Angaben vor, die auf einer größeren Fallzahl beruhen. Kleinere Studien leiden unter (sehr) geringen Fallzahlen und einer hohen Selektivität der betrachteten Studienpopulation. Sie haben daher keinen großen Aussagewert. Abschätzungen wurden 1996 auf Basis der Infratest-Studie vorgenommen. Allerdings ist die Datenbasis inzwischen zwanzig Jahre alt und – angesichts der Veränderungen auch in der Heimpopulation – nicht mehr repräsentativ. Wird die damalige Schätzung dennoch auf den heutigen Zeitpunkt hochgerechnet, ergibt sich ein geschätztes Finanzvolumen für die Be-/Entlastung von rund 900 Mio. Euro für 2011. Wird unterstellt, dass die Morbidität der Heimbewohner in den letzten beiden Dekaden zugenommen hat und damit auch der Bedarf an medizinischer Behandlungspflege, wird deutlich, dass dies als Untergrenze angesehen werden muss.

Da keine gültigen und verlässlichen Daten zu den Kosten der medizinischen Behandlungspflege in Pflegeheimen vorliegen, wurde weiterhin eine Schätzung auf Basis der häuslichen Krankenpflege in häuslichen Settings vorgenommen. Hierzu wurden diese Ausgaben um die im Heim nicht anfallenden Leistungsanteile bereinigt und dann auf die Heimpopulation anhand von Alter, Geschlecht und Pflegestufe hochgerechnet. Der sich hieraus ergebende Schätzwert für die jährlichen Kosten der medizinischen Behandlungspflege in Pflegeheimen liegt bei 1,8 Mrd. € pro Jahr (berechnet für 2011). Da zwischen Behandlungs- und Grundpflege durchaus Synergieeffekte entstehen können, ist dieser Wert zwar als Punktschätzer zu verstehen, markiert aber gleichzeitig eher eine Obergrenze.

Die vorgeschlagene Neuordnung der Finanzierungskompetenz überantwortet die medizinische Behandlungspflege dem Kassenwettbewerb. Voraussetzung für einen sinnvollen Kassenwettbewerb ist aber, dass die Risikostruktur der Versicherten mittels eines Risikostrukturausgleichs ausgeglichen wird. Die Zahl der Pflegebedürftigen in Pflegeheimen ist aber über die Kassen höchst ungleich verteilt. So versichert allein die AOK mehr als die Hälfte aller pflegebedürftigen Heimbewohner. Es ist daher notwendig, einen eigenen Risikostrukturausgleich einzuführen oder die Kosten der medizinischen Behandlungspflege durch eine Zuweisung im bestehenden m-RSA zu berücksichtigen. Der einfachste Ansatz besteht dabei darin, jeder Kasse für einen Pflegebedürftigen im Pflegeheim einen monatlichen Betrag von 200 Euro zuzuweisen, da dies – entsprechend der Berechnungen basierend auf den umgerechneten Kosten der HKP – den Durchschnittskosten pro pflegebedürftigem Heimbewohner für MBP entspricht.

Darüber hinaus wurde geprüft, ob nach bestimmten Merkmalen (Alter, Geschlecht, Pflegestufe, Dauer der Pflegebedürftigkeit, Vorliegen bestimmter geriatritypischer Merkmalskomplexe als Proxy für die Morbidität) differenzierte Pauschalen zu einer genaueren Vorhersage der Kosten für medizinische Behandlungspflege führen. Interessanterweise ist dies – in Bezug auf die mittlere absolute Abweichung von Prognosewert und tatsächlichem Wert (MAPE) – nicht der Fall. Die bisherigen Berechnungen führen daher zu der Empfehlung, den Kassen einen Pauschalbetrag pro pflegebedürftigem Heimbewohner von 200 Euro zuzuweisen, um so die Wettbewerbsneutralität der Verlagerung der Finanzierungsverantwortung der medizinischen Behandlungspflege von Pflege- auf Krankenversicherung zu gewährleisten.

## 5 Literatur

- BMA [= Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung] (1997): Erster Bericht über die Entwicklung der Pflegeversicherung seit ihrer Einführung am 01. Januar 1995. Retrieved 04.12.2012,  
URL: [https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/dateien/Publikationen/Pflege/Berichte/Erster\\_Bericht\\_ueber\\_die\\_Entwicklung\\_der\\_Pflegeversicherung\\_seit\\_ihrer\\_Einfuehrung\\_am\\_01.\\_Januar\\_1995.pdf](https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/dateien/Publikationen/Pflege/Berichte/Erster_Bericht_ueber_die_Entwicklung_der_Pflegeversicherung_seit_ihrer_Einfuehrung_am_01._Januar_1995.pdf).
- BMG [= Bundesministerium für Gesundheit] (2012a): Leistungsempfänger der sozialen Pflegeversicherung (Zeitreihen 1995 bis 2011) am Jahresende nach Leistungsarten. Retrieved 02.04.2013,  
URL: [http://www.bmg.bund.de/fileadmin/dateien/Downloads/Statistiken/Pflegeversicherung/Leistungsempfaenger\\_Leistungsarten/06-Leistungsempfaenger-der-sozialen-PV-nach-Leistungsarten\\_120621.pdf](http://www.bmg.bund.de/fileadmin/dateien/Downloads/Statistiken/Pflegeversicherung/Leistungsempfaenger_Leistungsarten/06-Leistungsempfaenger-der-sozialen-PV-nach-Leistungsarten_120621.pdf).
- BMG [= Bundesministerium für Gesundheit] (2012b): Zahlen und Fakten zur Pflegeversicherung (10/12). Retrieved 27.03.2013,  
URL: [http://www.bmg.bund.de/fileadmin/dateien/Downloads/Statistiken/Pflegeversicherung/Zahlen\\_und\\_Fakten/2012\\_10\\_Zahlen\\_und\\_Fakten\\_Pflegeversicherung.pdf.pdf](http://www.bmg.bund.de/fileadmin/dateien/Downloads/Statistiken/Pflegeversicherung/Zahlen_und_Fakten/2012_10_Zahlen_und_Fakten_Pflegeversicherung.pdf.pdf).
- BMG [= Bundesministerium für Gesundheit] (2013): Zahlen und Fakten zur Pflegeversicherung. Stand: 13.05.2013. Retrieved 23.05.2013,  
URL: [http://www.bmg.bund.de/fileadmin/dateien/Downloads/Statistiken/Pflegeversicherung/Zahlen\\_und\\_Fakten/Zahlen\\_und\\_Fakten\\_05\\_2013.pdf](http://www.bmg.bund.de/fileadmin/dateien/Downloads/Statistiken/Pflegeversicherung/Zahlen_und_Fakten/Zahlen_und_Fakten_05_2013.pdf)
- Bundesversicherungsamt (2008): So funktioniert der neue Risikostrukturausgleich im Gesundheitsfond. Retrieved 16.05.2013,  
URL: [http://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung\\_1/grundprinzipien\\_1/finanzierung/rsa/Wie\\_funktioniert\\_Morbi\\_RSA.pdf](http://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/grundprinzipien_1/finanzierung/rsa/Wie_funktioniert_Morbi_RSA.pdf).
- Bundesversicherungsamt (2010): Festlegungen für das Ausgleichsjahr 2011. Festlegung der im RSA zu berücksichtigenden Krankheiten durch das BVA.  
URL: [http://www.bundesversicherungsamt.de/cln\\_320/nn\\_1046668/DE/Risikostrukturausgleich/Festlegungen/Festlegung\\_\\_zu\\_\\_beruecksichtigende\\_\\_Krank](http://www.bundesversicherungsamt.de/cln_320/nn_1046668/DE/Risikostrukturausgleich/Festlegungen/Festlegung__zu__beruecksichtigende__Krank)

heiten,templated=raw,property=publicationFile.zip/Festlegung\_zu\_beruecksichtigende\_Krankheiten.zip.

- GKV-Spitzenverband (2013): Bundeseinheitliches Postionsnummernverzeichnis für Leistungen der häuslichen Krankenpflege und Haushaltshilfe. Stand 17.01.2013. Retrieved 13.06.2013,  
URL: [http://www.gkv-datenaustausch.de/media/dokumente/leistungserbringer\\_1/sonstige\\_leistungserbringer/positionsnummernverzeichnisse/Haeusliche-Krankenpflege\\_20130117.pdf](http://www.gkv-datenaustausch.de/media/dokumente/leistungserbringer_1/sonstige_leistungserbringer/positionsnummernverzeichnisse/Haeusliche-Krankenpflege_20130117.pdf).
- Greß, Stefan; Manouguian, Maral; Walendzik, Anke; Wasem, Jürgen (2008): Gesundheitsfonds und Finanzierungsreform im GKV-WSG, in: GGW, Jg. 8, Heft 3 (Juli): 16–23.
- Greß, Stefan; Jacobs, Klaus; Schulze, Sabine (2010): GKV-Finanzierungsreform: schwarz-gelbe Irrwege statt gezielter Problemlösungen, in: Gesundheits- und Sozialpolitik, Heft 4: 11-24.
- Heiber, Andreas (2004): *Kostenvergleich ambulanter und stationärer Versorgung*. Bielefeld: System & Praxis.
- Hoberg, Rolf; Klie, Thomas; Künzel, Gerd (2013): *Strukturreform PFLEGE und TEILHABE*. Kurzfassung. Freiburg AGP Sozialforschung an der Evangelischen Hochschule Freiburg.
- Hoberg, Rolf; Müller, Rolf; Rothgang, Heinz (2013): Anlage II. Kostenschätzung und Finanzierung des Reformpaketes. Unveröffentlichtes Manuskript.
- Jacobs Klaus (1995): Zur Kohärenz von gesetzlicher Pflegeversicherung und anderen Zweigen der Sozialversicherung. In: Fachinger Uwe; Rothgang Heinz (Hrsg.) (1995). *Die Wirkungen des Pflege-Versicherungsgesetzes*, Berlin: Duncker & Humblot, 245–262.
- KCG [= Kompetenz Centrum Geriatrie] (2012): Operationalisierung geriatritypischer Merkmalskomplexe gemäß ICD-10-GM Version 2008/2009: (KCG: Stand 30.07.2012). Retrieved 26.09.2012,  
URL: [http://www.kcgeriatrie.de/downloads/120730\\_kcg\\_geriatritypischen%20Merkmalskomplexe.pdf](http://www.kcgeriatrie.de/downloads/120730_kcg_geriatritypischen%20Merkmalskomplexe.pdf).

- Lübcke, Norbert; Meinck, Matthias (2012): Geriatrietypische Multimorbidität im Spiegel von Routinedaten – Teil 1. Auswertung von stationären Krankenhausdaten und Pflegedaten. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 45(6), 485-497.
- Meinck, Matthias; Lübcke, Norbert; Ernst, Friedemann (2012): Geriatrietypische Multimorbidität im Spiegel von Routinedaten – Teil 2. Ambulante und stationäre Diagnosen bei geriatrisch versorgten und pflegebedürftigen Versicherten. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 45.
- PKV [= Verband der privaten Krankenversicherung] (2006): *Zahlenbericht der Privaten Krankenversicherung 2005/2006*. Köln, Berlin: PKV.
- PKV [= Verband der Privaten Krankenversicherung] (2012): *Zahlenbericht der Privaten Krankenversicherung 2011/2012*. Köln: PKV.
- Rothgang, Heinz; Iwansky, Stephanie; Müller, Rolf; Sauer, Sebastian; Unger, Rainer (2010): *BARMER GEK Pflegereport 2010. Schwerpunktthema: Demenz und Pflege*. St. Augustin: Asgard.
- Rothgang, Heinz; Iwansky, Stephanie; Müller, Rolf; Sauer, Sebastian; Unger, Rainer (2011): *BARMER GEK Pflegereport 2011*. St. Augustin: Asgard.
- Rothgang, Heinz; Jacobs, Klaus (2013): *Pflegereform 2014: Was ist zu tun?* In: GGW, Jg. 13, Heft 3: 7-14.
- Schäfer, Thomas (2011): *Statistische Bewertung unterschiedlicher Hierarchievarianten im Klassifikationssystem für den Risikostrukturausgleich. Gutachten im Auftrag des Bundesversicherungsamtes*. Oberuhldingen.
- Schneekloth, Ulrich, Müller, Udo (1996): *Hilfe- und Pflegebedürftige in Heimen*. Stuttgart (Kohlhammer)
- Statistisches Bundesamt (2001): *Pflegestatistik 1999 - Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung - Deutschlandergebnisse*. Bonn: Statistisches Bundesamt.
- Statistisches Bundesamt (2003): *Bericht: Pflegestatistik 2001. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. Deutschlandergebnisse*. Bonn.
- Statistisches Bundesamt (2005): *Bericht: Pflegestatistik 2003. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. Deutschlandergebnisse*. Bonn.
- Statistisches Bundesamt (2007): *Pflegestatistik 2005. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. Deutschlandergebnisse*. Wiesbaden.



- Statistisches Bundesamt (2008): *Pflegestatistik 2007. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. Deutschlandergebnisse*. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt.
- Statistisches Bundesamt (2011): *Pflegestatistik 2009 - Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung - Deutschlandergebnisse*. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt.
- Statistisches Bundesamt (2013a): *Bevölkerung und Erwerbstätigkeit. Bevölkerungsfortschreibung auf Grundlage der Volkszählung 1987 (Westen) bzw. 1990 (Osten) - Fachserie 1 Reihe 1.3 - 2011*. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt.
- Statistisches Bundesamt (2013b): *Pflegestatistik 2011 - Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung - Deutschlandergebnisse*. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt.
- Statistisches Bundesamt (2013c): *Preise. Index der Erzeugerpreise gewerblicher Produkte (Inlandsabsatz). Lange Reihen der Fachserie 17, Reihe 2 von Januar 1995 bis April 2013*. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt.
- Statistisches Bundesamt (2013d): *Verdienste und Arbeitskosten. Reallohnindex und Nominallohnindex. 4. Vierteljahr 2012*. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt.
- Statistisches Bundesamt (2013e): *Volkswirtschaftliche Gesamtrechnungen. Inlandsproduktsberechnung. Lange Reihen ab 1970. Fachserie 18 Reihe 1.5*. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt.

## **6 Anhang**

In diesem Anhang werden zunächst einige für die vorstehenden Berechnungen vorgenommenen Operationalisierungen näher ausgeführt (Abschnitt 6.1). In Abschnitt 6.2 werden anschließend die Ergebnisse von Berechnungen vorgestellt, die auf der Berücksichtigung aller Leistungen der häuslichen Krankenpflege und nicht nur ausgewählter Leistungen beruhen, um so den Effekt dieser Setzung zu demonstrieren.

### **6.1 Operationalisierungen**

Abgrenzungen wurden bei den Berechnungen insbesondere hinsichtlich der ausgewählten HKP-Entgelte (6.1.1) und der in den Regressionsrechnungen berücksichtigten Krankheiten (Abschnitt 6.1.2) vorgenommen.

#### **6.1.1 Ausgewählte HKP-Entgelte**

Nicht alle Leistungen, die im häuslichen Kontext als häusliche Krankenpflege nach SGB V erbracht werden, fallen im Pflegeheim als medizinische Behandlungspflege an und wären bei der Neuordnung der Finanzierungsverantwortung entsprechend von der GKV zu übernehmen. Welche im Pflegeheim erbrachten Leistungen im Einzelnen der medizinischen Behandlungspflege zugerechnet werden, ist dann im Gesetzgebungsprozess zu definieren. Wegegeder könnten beispielsweise entfallen, wenn die Leistungen durch das eigene Personal im Pflegeheim geleistet werden. Ebenso werden als häusliche Krankenpflege einige Leistungen erbracht, die in den Bereich Grundpflege oder hauswirtschaftliche Versorgung fallen. Zudem gibt es Leistungen, in denen eine Zuordnung strittig ist. Hierzu gehört beispielsweise das Anziehen von Kompressionsstrümpfen. Um den Umfang der HKP-Leistungen näher zu kommen, der den Inhalten der MBP entspricht, werden in den ausgewählten HKP-Leistungen eine Reihe von Leistungen ausgeschlossen, die etwas mit Grundpflege, Wegegedern, Hausbesuchen oder hauswirtschaftlicher Versorgung zu tun haben.

Die differenzierten Leistungen der HKP sind in den Routinedaten prinzipiell erfasst, doch ist die Kodierung nicht so einheitlich erfolgt, wie sie durch das Positionsnummernverzeichnis (GKV-Spitzenverband 2013) eigentlich vorgegeben ist. Für eine Selektion wurde daher nicht die Positionsnummern herangezogen, sondern die Freitextangaben, die die Leistungspositionen beschreiben. Bei der Berechnung ausge-

wählter HKP-Leistungen ausgeschlossen wurden Leistungen, bei denen eines der folgenden Kürzel in der Beschreibung der Leistungen auftaucht:

Zur Beschreibung von Grundversorgung:

- "Grund" (=Grundpflege),
- "Anziehen",
- "Ausziehen",

Zur Beschreibung der hauswirtschaftliche Versorgung:

- "HWV" (=hauswirtschaftliche Versorgung),
- "Hausw",
- "hausw",

Zur Beschreibung von Hausbesuch und Wegegeld:

- "Hausbesuch",
- "Wegepau",
- "wegepau",
- "HBP" (= Hausbesuchspauschale)
- "Wegegeld",
- "Weggegeld".
- "Bei Benutzung" („Bei Benutzung öffentlicher Verkehrsmittel")

Zur Abrechnung des Anziehens oder Ausziehens von Kompressionsstrümpfen:

- "Kompressions",

Wenn eines der folgenden Kürzel enthalten war, wurden die Leistungen dennoch mit berücksichtigt:

- "Kinderkrankenpflege",
- "Verb" (= Verband anlegen/wechseln)
- "verb" (= verbinden)

Auch das Anlegen von Kompressionsverbänden wird somit zur Behandlungspflege gezählt.

### **6.1.2 Diagnosen**

Zur Erfassung der Morbidität wurden die folgenden geriatritypischen Merkmalskomplexe (vgl. Rothgang et al. 2012) in die Regressionsmodelle als Proxy einbezogen (Tabelle 23). Daneben wurden noch einige weitere pflegerelevanten Diagnosen berücksichtigt (Tabelle 24).

TABELLE 23: GERIATRIETYPISCHE MERKMALSKOMPLEXE GEMÄß ICD-10-GM VERSION 2008/2009: (KCG: STAND 30.07.2012)

Medikationsprobleme	UAW bei indikationsgerechter Anwendung und korrekter Dosierung	Y57.9
	Akzidentelle Vergiftung (Überdosierung, Einnahme falsches Medikament)	X49.9
	jeweils in Verbindung mit spez. Code aus:	T36-T50
Immobilität (inkl. protrahierter Mobilisierungsverlauf)	nach medizinischen Maßnahmen	M96.8
	Alters-und/morbiditätsbedingt (inkl. paraplegiebed.)	M62.3-[0-9]
	Inaktivitätsatrophie	M62.5 [0-9]
Sturzneigung und Schwindel	Störungen des Ganges und der Mobilität	R26.-[0-9]
	Schwindel und Taumel (unspezifisch)	R42
	Schwindel durch Störungen der Vestibularfunktion	H81.-[0-8]
	Schwindelsyndrom bei andernorts klassifizierten Erkrankungen	H82*
	Zerebrale Atherosklerose	I67.2
	Progressive Subkortikale vaskuläre Enzephalopathie	I67.3
	Hypertensive Enzephalopathie	I67.4
	Akute zerebrovaskuläre Insuffizienz	I67.88
	Zerebrovaskuläre Erkrankung nicht näher bezeichnet	I67.9
	Sturzneigung andernorts nicht klassifiziert	R29.6
	Kognitive Defizite	Demenz bei Alzheimer-Krankheit mit frühem Beginn
Demenz bei Alzheimer-Krankheit mit spätem Beginn		G30.1*; F00.1
Demenz bei Alzheimer-Krankheit, atypische oder gemischte Form		G30.8*; F00.2
Vaskuläre Demenz		F01 [0-9]
Demenz bei anderorts klassifizierten Krankheiten, speziell bei M. Parkinson		F02.-* G20*; F02.3*
Demenz bei Vitaminmangel, Lipidstoffwechselstörungen, Multipler Sklerose, Epilepsie etc.		F02.8 * (zusätzl. Ursache kodieren)
Organisches amnestisches Syndrom		F04
Delir		F05 [0-9]
Hirnorganische Psychosyndrome		F06.9
Leichte kognitive Störung, Minimales kognitives Defizit (MCI)		F06.7
Organische Persönlichkeitsstörung, z. B. Frontalhirnsyndrom		F07.0
Postencephalytisches Syndrom		F07.1
Psychosyndrom nach SHT		F07.2
Rechtshirnsyndrom		F07.8
Demenz bei Alzheimer-Krankheit nicht näher bezeichnet		G30.9*; F00.9*
Demenz nicht näher bezeichnet		F03
Lewy-Körperchen-Demenz	G31.82	
Inkontinenz	Harninkontinenz	R32

	Stressinkontinenz	N39.3
	Drang-/Reflex-/Überlaufinkontinenz	N39.4 (0-8)
	Stuhlinkontinenz	R 15
Dekubitalulcera	Dekubitus	L89.
	Ulcus cruris (varicosum)	L97, I83.0 I83.2 (mit Entz.)
	Chron. Hautulcus	L98.4
Fehl- und Mangelernährung	Kachexie	R64
	Alimentärer Marasmus	E41
	Protein-Kalorien-Mangelernährung	E43 (erheblich) E44 (0/1, mäßig/leicht)
	Ernährungsprobleme und unsachgemäße Ernährung	R63.3
	Mangelernährung nicht näher bezeichnet	E46
Störungen im Flüssigkeits- und Elektrolythaushalt	Dehydratation/Volumenmangel	E86
	sonstige Störungen des Wasser-und Elektrolythaushaltes	E87.-(0-8)
	Ödem, andernorts nicht klassifiziert, auch Lymphödem	R60.-(0-1)
Depression, Angststörung	Depressive Episode Rezidivierende depressive Episode	F32.-(0-3) F33.-(0-3)
	Manische Episode Bipolare affektive Störung	F30.-(0-2) F31.-(0-8)
	Angststörungen, phobische Störungen	F40.-(0-2) F41.-(0-3)
Schmerz	Schmerz, anderenorts nicht klassifiziert (Akut, Chronisch unbeeinflussbar, Sonstiger chronischer Schmerz, diffuser Schmerz) Chronisches Schmerzsyndrom mit Persönlichkeitsänderung Psychogen (Exkl. zu R52.*) Phantomschmerz	R52 [0-9]  F62.80 F45.4↵ G54.6
	Lokalisierte organbezogene Schmerzen (Exkl. zu R52.*) Kopfschmerz Nierenkolik Skelettsystem: -Extremität -Gelenk -Lumbalregion -Rücken• -Schulter -Wirbelsäule Sonstige -Abdomen -Auge -Becken und Damm -Hals -Mamma -Ohr -Thorax•	- - M79.6 M25.5 M54.5 M54.9↵ M75.8 M54.↵ - - - - - - - -

	-Zahn -Zunge	- -
Sensibilitätsstörungen	Sensibilitätsstörungen der Haut	R20.-[0-8]
	Krankheiten von Nerven, Nervenwurzeln und -plexus	G50.-[0-9]
	Polyneuropathien und sonstige Krh. des peripheren Nervensystems	G60-G64
	Sonstige Polyneuropathien	G62.-
	• arzneimittelinduziert	G62.0
	• alkoholinduziert	G62.1
	• toxisch bedingt	G62.2
	• Critical-illness PNP	G62.80
	• sonstige n. bez. PNP	G62.88
	Polyneuropathie als Begleiterkrankung	G63.-(0-8), mit Grunderkrankung zu verschlüsseln
	Hereditäre und idiopathische Polyneuropathien	G60.-[0-8]
Sonstige Krankheiten des peripheren Nervensystems	G64	
Herabgesetzte Belastbarkeit, Gebrechlichkeit	Frailty-Syndrom	R54
Starke Seh- und Hörbehinderung	Sehstörungen	H53.-[0-9]
	Blindheit und Sehschwäche	H54.-[0-7]
	Presbyopie	H52.4
	Senile Katarakt (nur in Verbindung mit H54.-)	H25.-[0-9]
	Katarakt bei Stoffwechselkrankheiten	H28.* [0-1] mit Grundkrankheit
	Maculadegeneration	H53.-(3-4, 9)
	Hörverlust durch Schalleitungs- oder Schallempfindungsstörung	H90.-[0-8]
	Sonstiger Hörverlust • ototoxisch • Presbyakusis • Hörsturz • Sonstiger näher bez. • Hörverlust, nicht näher bez.	H91.0 H91.1 H91.2 H91.8 H91.9
Hohes Komplikationsrisiko	Unmittelbar vorausgegangene OP	Z98.-[0-8]; Z48.-[0-8]
	Vorhandensein künstlicher Körperöffnungen	Z43.-[0-8]
	(Z. n.) Fraktur	S-2.-[-]
	Komplikationen nach med. Maßnahmen	T79-T89
	Dialysepflichtigkeit Absolute Arrhythmie bei Vorhofflimmern	Z99.2 I48
Verzögerte Rekonvaleszenz	Rekonvaleszenz	Z54 [0-9]
Quelle: KCG (2012)		

TABELLE 24: WEITERE BERÜCKSICHTIGTE PFLEGERELEVANTE DIAGNOSEN

Bösartige Neubildungen		C00-C97
Multiple Sklerose		G35
Schlaganfall		I61, I63, I64
Schenkelhalsbruch		S72.0

## 6.2 Hochrechnung aller HKP-Entgelte als MBP-Entgelte

In den Abschnitte 2.2.4 und 2.2.5 erfolgte die Hochrechnung der HKP-Entgelte auf die MBP-Kosten anhand ausgewählter Leistungen der häuslichen Krankenpflege. In diesem Abschnitt werden die analogen Berechnungen nunmehr auf Basis *aller* HKP-Entgelte durchgeführt.

### 6.2.1 Durchschnittliche Jahressummen aller HKP-Entgelte

Tabelle 25 und Tabelle 26 zeigen die Durchschnitte *sämtlicher* Entgelte an, die pro Pflegebedürftigen in häuslicher Pflege mit SGB XI-Leistungen für häusliche Krankenpflege anfielen. Da sich an den Relationen zwischen Subgruppen gegenüber der Analyse in Abschnitt 2.2.4 nichts Wesentliches geändert hat, wird hier auf eine weitere vergleichende Beschreibung der Ergebnisse verzichtet. Zentral ist, dass der Durchschnittswert nunmehr deutlich höher liegt als bei den in Abschnitt genannten Werten.

TABELLE 25: DURCHSCHNITTLICHE JAHRESENTGELTE FÜR HKP JE PFLEGEBEDÜRFTIGEN IN HÄUSLICHER PFLEGE IM JAHR 2011 NACH VERSORGUNGSART UND PFLEGESTUFE - MÄNNER

	Pflegegeld					Pflegedienst				
	I	II	III ohne Härtefall	III Härtefall	Gesamt	I	II	III ohne Härtefall	III Härtefall	Gesamt
unter 5	1.236	5.760	13.176	#DIV/0!	3.119	6.096	29.388	33.336	136.152	18.352
05 – 09	36	948	7.584	#DIV/0!	1.331	204	3.840	15.192	83.940	5.528
10 – 14	24	216	2.304	#DIV/0!	441	24	60	4.464	142.704	2.173
15 – 19	0	816	3.744	0	1.105	0	2.832	6.336	9.108	3.049
20 – 24	12	12	684	#DIV/0!	166	96	108	7.620	31.260	4.057
25 – 29	12	444	936	#DIV/0!	374	324	2.136	14.808	52.260	8.248
30 – 34	12	12	1.200	#DIV/0!	260	288	708	2.832	51.936	3.628
35 – 39	48	12	84	0	39	852	636	5.076	32.004	3.397
40 – 44	84	60	3.456	#DIV/0!	555	1.332	4.752	9.144	17.088	5.588
45 – 49	228	108	2.472	0	435	1.860	4.812	13.188	17.376	6.543
50 – 54	168	132	192	#DIV/0!	158	2.076	7.920	14.376	69.876	9.071
55 – 59	372	204	2.388	#DIV/0!	485	2.664	9.096	21.540	86.256	9.354
60 – 64	372	276	1.344	#DIV/0!	407	2.736	10.380	15.552	56.724	8.360
65 – 69	228	324	1.212	#DIV/0!	315	3.204	5.628	10.284	36.636	5.639
70 – 74	228	396	2.424	0	389	2.196	4.008	5.256	41.664	3.692
75 – 79	312	300	888	#DIV/0!	332	2.424	3.048	5.796	63.912	3.454
80 – 84	384	312	312	#DIV/0!	363	2.016	2.400	3.564	97.560	2.594
85 – 89	432	384	432	#DIV/0!	420	2.028	2.196	2.628	11.484	2.161
90 – 94	408	312	240	#DIV/0!	375	2.184	2.448	2.508	1.476	2.311
95+	408	492	636	#DIV/0!	456	2.388	2.448	2.400	#DIV/0!	2.413
<b>Insgesamt</b>	287	392	2.008	0	458	2.124	3.462	6.795	51.393	3.698

Quelle: Routinedaten der BARMER GEK



TABELLE 26: DURCHSCHNITTLICHE JAHRESENTGELTE FÜR HKP JE PFLEGEBEDÜRFTIGER IN HÄUSLICHER PFLEGE IM JAHR 2011 NACH VERSORGUNGSART UND PFLEGESTUFE - FRAUEN

	Pflegegeld					Pflegedienst				
	I	II	III ohne Härtefall	III Härtefall	Gesamt	I	II	III ohne Härtefall	III Härtefall	Gesamt
unter 5	2.640	3.876	2.232	#DIV/0!	2.929	5.844	20.844	5.544	#DIV/0!	11.331
05 – 09	240	288	10.824	135.900	1.773	348	276	17.952	121.512	6.274
10 – 14	216	216	4.272	0	1.019	0	288	6.036	0	1.904
15 – 19	12	84	1.572	79.500	492	0	24	4.848	62.208	1.969
20 – 24	12	72	1.380	#DIV/0!	351	72	288	8.400	0	3.251
25 – 29	0	48	48	#DIV/0!	28	324	3.012	7.140	103.140	6.255
30 – 34	24	24	24	#DIV/0!	24	420	432	1.320	53.580	2.287
35 – 39	84	72	120	#DIV/0!	85	312	1.140	4.860	17.292	2.447
40 – 44	72	36	36	#DIV/0!	55	636	2.712	4.272	35.280	3.447
45 – 49	96	156	624	#DIV/0!	169	1.176	2.004	8.748	27.600	4.220
50 – 54	180	168	1.644	#DIV/0!	298	1.752	2.220	7.800	30.300	4.046
55 – 59	168	432	2.256	#DIV/0!	379	2.436	7.836	11.244	94.932	7.719
60 – 64	228	288	1.140	#DIV/0!	302	2.688	5.616	6.204	37.380	4.740
65 – 69	264	456	408	#DIV/0!	325	2.376	3.612	5.796	6.240	3.263
70 – 74	360	492	336	0	393	2.640	4.428	4.884	25.512	3.560
75 – 79	468	504	540	#DIV/0!	478	2.508	3.924	4.260	48.360	3.158
80 – 84	552	516	564	#DIV/0!	546	2.592	3.192	3.480	25.812	2.852
85 – 89	588	492	396	#DIV/0!	559	2.604	3.192	3.144	4.176	2.809
90 – 94	540	444	420	#DIV/0!	510	2.676	3.108	3.168	4.260	2.848
95+	444	324	336	#DIV/0!	393	2.628	3.048	2.556	3.636	2.783
<b>Insgesamt</b>	438	410	1.203	97.763	486	2.542	3.499	4.699	37.144	3.152

Quelle: Routinedaten der BARMER GEK

## 6.2.2 Hochrechnung aller HKP-Entgelte als MBP-Entgelte auf die Heimpopulation

Mittels der Werte in den Tabellen Tabelle 25 Tabelle 26 können jetzt die geschätzten Summen der MBP-Kosten je Alterskategorie für SPV-versicherte Männer und Frauen berechnet werden (Tabelle 27 und Tabelle 28) Tabelle 29 enthält die Werte für beide Geschlechter zusammen. Auch hierbei entsprechen die Relationen der Subgruppen wieder weitgehend der Darstellung aus dem Hauptteil (hier Abschnitt 2.2.5). Relevant sind dagegen wieder die Niveauunterschiede zu Tabelle 13 bis Tabelle 15 in Abschnitt 2.2.5).

TABELLE 27: HOCHGERECHNETE GESAMTENTGELTE FÜR BEHANDLUNGSPFLEGE FÜR PFLEGEBEDÜRFTIGE IM PFLEGEHEIM AUF BASIS DER ENTGELTE IN DER HÄUSLICHEN KRANKENPFLEGE IM JAHR 2011 NACH VERSORGUNGSART UND PFLEGESTUFE – MÄNNER (NUR SPV)

	Datenbasis: Nur Pflegedienst					Datenbasis: Pflegegeld und Pflegedienst				
	I	II	III ohne Härtefall	III Härtefall	Σ	I	II	III ohne Härtefall	III Härtefall	Σ
	In Mio. Euro									
unter 5	0,0	0,1	0,1	0,3	0,4	0,0	0,0	0,0	0,3	0,3
05 – 09	0,0	0,0	0,1	0,1	0,3	0,0	0,0	0,1	0,1	0,2
10 – 14	0,0	0,0	0,1	1,1	1,3	0,0	0,0	0,1	1,1	1,2
15 – 19	0,0	0,0	0,2	0,1	0,3	0,0	0,0	0,1	0,1	0,2
20 – 24	0,0	0,0	1,1	0,7	1,7	0,0	0,0	0,3	0,7	1,0
25 – 29	0,0	0,1	2,8	2,1	5,1	0,0	0,0	0,8	2,1	3,0
30 – 34	0,0	0,1	0,7	2,5	3,3	0,0	0,0	0,4	2,5	2,9
35 – 39	0,1	0,1	1,5	2,4	4,1	0,0	0,0	0,5	2,1	2,6
40 – 44	0,6	1,9	5,1	1,8	9,4	0,1	0,4	3,1	1,8	5,4
45 – 49	1,9	5,0	12,0	2,9	21,8	0,5	1,1	6,4	2,8	10,8
50 – 54	4,4	12,8	16,8	13,2	47,3	1,1	3,4	7,4	13,2	25,2
55 – 59	9,0	22,7	28,3	16,0	76,0	2,9	6,7	14,0	16,0	39,5
60 – 64	12,7	38,6	25,2	11,1	87,5	3,7	11,9	12,6	11,1	39,3
65 – 69	17,5	27,4	21,1	7,3	73,4	4,7	9,3	12,5	7,3	33,9
70 – 74	22,4	39,0	23,5	14,5	99,3	6,8	16,6	18,5	14,2	56,0
75 – 79	26,1	35,9	31,1	21,4	114,6	9,2	18,2	22,9	21,4	71,7
80 – 84	26,6	34,7	21,1	27,4	109,8	12,3	20,6	16,1	27,4	76,4
85 – 89	24,7	27,3	11,9	2,1	66,0	13,3	17,9	9,2	2,1	42,5
90 – 94	13,8	15,4	5,5	0,1	34,9	7,8	10,1	4,1	0,1	22,2
95+	4,3	4,8	1,5	#DIV/0!	10,6	2,6	3,3	1,1	#DIV/0!	7,0
<b>Insgesamt</b>	160,0	261,3	208,2	127,2	756,6	62,6	116,3	129,2	126,4	434,5
	In Euro									
Je Pflegebed. und Jahr	2.226	3.669	6.575	51.148	4.269	871	1.632	4.080	50.853	2.452
Quelle: Routinedaten der BARMER GEK										

TABELLE 28: HOCHGERECHNETE GESAMTENTGELTE FÜR BEHANDLUNGSPFLEGE FÜR PFLEGEBEDÜRFTIGE IM PFLEGEHEIM AUF BASIS DER ENTGELTE IN DER HÄUSLICHEN KRANKENPFLEGE IM JAHR 2011 NACH VERSORGUNGSART UND PFLEGESTUFE – FRAUEN (NUR SPV)

	Datenbasis: Nur Pflegedienst					Datenbasis: Pflegegeld und Pflegedienst				
	I	II	III ohne Härtefall	III Härtefall	Σ	I	II	III ohne Härtefall	III Härtefall	Σ
	In Mio. Euro									
unter 5	0,0	0,0	0,0	#DIV/0!	0,0	0,0	0,0	0,0	#DIV/0!	0,0
05 – 09	0,0	0,0	0,1	0,4	0,5	0,0	0,0	0,1	0,4	0,5
10 – 14	0,0	0,0	0,1	0,0	0,1	0,0	0,0	0,1	0,0	0,1
15 – 19	0,0	0,0	0,1	0,2	0,4	0,0	0,0	0,1	0,3	0,3
20 – 24	0,0	0,0	0,7	0,0	0,7	0,0	0,0	0,3	0,0	0,3
25 – 29	0,0	0,2	1,1	2,6	3,9	0,0	0,0	0,3	2,6	2,9
30 – 34	0,0	0,0	0,2	2,3	2,5	0,0	0,0	0,1	2,3	2,3
35 – 39	0,0	0,2	1,0	0,8	2,0	0,0	0,0	0,3	0,8	1,2
40 – 44	0,2	0,8	2,1	2,2	5,2	0,0	0,2	0,8	2,2	3,2
45 – 49	0,6	1,5	7,3	3,5	12,9	0,2	0,5	3,6	3,5	7,8
50 – 54	2,0	2,9	8,0	4,5	17,4	0,6	1,0	5,0	4,5	11,1
55 – 59	4,2	13,8	14,8	16,5	49,4	1,0	5,2	9,3	16,5	32,0
60 – 64	7,3	15,5	11,0	6,3	40,0	2,2	5,9	6,6	6,3	21,0
65 – 69	10,6	16,5	14,1	1,1	42,3	3,9	7,7	8,0	1,1	20,7
70 – 74	30,9	53,8	29,9	9,8	124,5	13,0	27,6	19,1	9,8	69,4
75 – 79	52,6	87,5	46,9	22,7	209,7	26,7	52,7	33,3	22,7	135,5
80 – 84	106,2	130,3	66,9	17,2	320,7	60,7	86,8	48,6	17,2	213,3
85 – 89	159,0	194,9	88,6	3,4	446,0	99,0	131,5	63,4	3,4	297,3
90 – 94	103,9	133,5	62,1	2,4	302,0	66,1	90,2	44,2	2,4	202,8
95+	31,5	56,4	27,2	0,9	116,0	19,9	38,6	18,6	0,9	78,0
<b>Insgesamt</b>	477,7	651,3	355,1	96,0	1.580,1	273,4	409,2	243,1	95,9	1.021,7
	In Euro									
Je Pflegebed. und Jahr	2.430	3.109	3.436	23.189	3.077	1.391	1.953	2.353	23.180	1.989
Quelle: Routinedaten der BARMER GEK										

TABELLE 29: HOCHGERECHNETE GESAMTENTGELTE FÜR BEHANDLUNGSPFLEGE FÜR PFLEGEBEDÜRFTIGE IM PFLEGEHEIM AUF BASIS DER ENTGELTE IN DER HÄUSLICHEN KRANKENPFLEGE IM JAHR 2011 NACH VERSORGUNGSART UND PFLEGESTUFE – FRAUEN UND MÄNNER ZUSAMMEN (NUR SPV)

	Datenbasis: Nur Pflegedienst					Datenbasis: Pflegegeld und Pflegedienst				
	I	II	III ohne Härtefall	III Härtefall	Σ	I	II	III ohne Härtefall	III Härtefall	Σ
	In Mio. Euro									
unter 5	0,1	0,1	0,1	#DIV/0!	0,5	0,0	0,0	0,0	#DIV/0!	0,4
05 – 09	0,0	0,0	0,3	0,4	0,8	0,0	0,0	0,2	0,5	0,7
10 – 14	0,0	0,0	0,2	1,1	1,3	0,0	0,0	0,1	1,1	1,3
15 – 19	0,0	0,0	0,3	0,3	0,7	0,0	0,0	0,2	0,3	0,6
20 – 24	0,0	0,0	1,8	0,7	2,5	0,0	0,0	0,6	0,7	1,2
25 – 29	0,0	0,3	4,0	4,7	9,0	0,0	0,1	1,1	4,7	5,9
30 – 34	0,0	0,1	0,9	4,8	5,8	0,0	0,0	0,4	4,8	5,3
35 – 39	0,1	0,3	2,5	3,2	6,2	0,0	0,1	0,9	2,9	3,8
40 – 44	0,7	2,7	7,2	4,0	14,6	0,1	0,5	3,9	4,0	8,6
45 – 49	2,5	6,5	19,3	6,4	34,7	0,7	1,5	10,0	6,4	18,6
50 – 54	6,5	15,7	24,8	17,8	64,7	1,7	4,4	12,5	17,8	36,3
55 – 59	13,2	36,5	43,1	32,5	125,3	3,9	11,9	23,3	32,5	71,6
60 – 64	20,0	54,0	36,2	17,3	127,5	5,9	17,8	19,2	17,3	60,2
65 – 69	28,1	43,9	35,2	8,4	115,7	8,6	17,0	20,5	8,4	54,5
70 – 74	53,3	92,8	53,4	24,3	223,7	19,8	44,1	37,6	23,9	125,5
75 – 79	78,8	123,4	78,0	44,1	324,3	35,9	70,9	56,3	44,1	207,2
80 – 84	132,8	165,0	88,0	44,7	430,5	73,0	107,4	64,7	44,7	289,7
85 – 89	183,7	222,2	100,6	5,5	512,0	112,4	149,4	72,6	5,5	339,8
90 – 94	117,7	149,0	67,7	2,5	336,9	73,9	100,3	48,3	2,5	225,0
95+	35,8	61,2	28,7	#DIV/0!	126,6	22,5	41,9	19,7	#DIV/0!	84,9
<b>Insgesamt</b>	<b>637,6</b>	<b>912,6</b>	<b>563,3</b>	<b>223,1</b>	<b>2.336,7</b>	<b>336,0</b>	<b>525,5</b>	<b>372,3</b>	<b>222,4</b>	<b>1.456,2</b>
	In Euro									
<b>Je Pflegebed. und Jahr</b>	<b>2.376</b>	<b>3.251</b>	<b>4.173</b>	<b>33.680</b>	<b>3.383</b>	<b>1.252</b>	<b>1.872</b>	<b>2.758</b>	<b>33.564</b>	<b>2.108</b>
Quelle: Routinedaten der BARMER GEK										