



PMV
forschungsgruppe

versorgungsepidemiologie
qualitätssicherung
sekundärdatenanalyse

Ergebnisbericht »Pflege« Inanspruchnahme von ärztlichen Leistungen durch Pflegeleistungsempfänger (SGB XI) auf der Basis der Versichertenstichprobe AOK Hessen/KV Hessen

Vergleich zwischen Personen in ambulanter versus stationärer Pflege,
zwischen Personen mit unterschiedlichen Pflegestufen und
zwischen Pflegeleistungsempfängern und Nicht-Pflegeleistungsempfängern

AutorInnen

Dr. Jutta Küpper-Nybelen
Ulrike Prüß
Peter Ihle
Dr. Ingrid Schubert

Korrespondenzadresse

PMV forschungsgruppe
Herderstraße 52-54
50931 Köln
Tel. 0221 - 478-6546

PMV forschungsgruppe

Universität zu Köln
Leitung: Dr. Ingrid Schubert
Sekretariat 0221 - 478-6545
Telefax 0221 - 478-6766
www.pmvforschungsgruppe.de

Danksagung:

Die Autoren danken der »AOK - Die Gesundheitskasse in Hessen«, der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen und dem Hessischen Sozialministerium - insbesondere dem »Begleitgremium Versichertenstichprobe« - für die Datenbereitstellung und konzeptionelle Mitgestaltung der »Versichertenstichprobe AOK Hessen/KV Hessen«.

Copyright 2005

PMV forschungsgruppe, Universität zu Köln
Version 1.0 von November 2005

1	Einführung	5
2	Material und Methode	6
2.1	Bezugspopulation	6
2.2	Studienpopulationen	6
2.3	Einbezogene ICD Klassen	7
2.4	Einbezogene Arztgruppen	7
2.5	Einbezogene ärztliche Leistungen	8
2.6	Einbezogene Arzneimittelverordnungen	9
2.7	Einbezogene Heilmittel	9
2.8	Statistische Darstellung der Ergebnisse	10
3	Ergebnisse	11
3.1	Diagnosen von Pflegeleistungsempfängern	11
3.1.1	Anzahl der Diagnosenennungen	11
3.1.2	Häufigkeit der Diagnosenennungen	11
3.2	Arztkontakte	13
3.2.1	Häufigkeit der Arztkontakte	13
3.2.2	Facharztspektrum	14
3.3	Leistungen	16
3.3.1	Anzahl der Leistungen	16
3.3.2	Art der Leistung	16
3.4	Verordnungen	17
3.4.1	Anzahl der Verordnungen	18
3.4.2	Art der Verordnungen	21
3.5	Heilmittel	24
3.5.1	Anzahl der Heilmittel	24
3.5.2	Art der Heilmittelverordnung	25
4	Diskussion	26
5	Literatur	29
6	Zusammenfassung	30

Abbildungsverzeichnis

Abb. 1	Vergleich in der Häufigkeit ausgewählter Erkrankungen nach Pflegestatus, 2002	13
Abb. 2	Vergleich in der Häufigkeit der Inanspruchnahme ausgewählter Arztgruppen nach Pflegestatus, 2002	15
Abb. 3	Vergleich ausgewählter ATC-Hautgruppen nach Pflegestatus, 2002	22

Tabellenverzeichnis

Tab. 1	Einbezogene ICD-10 Hauptklassen	7
Tab. 2	Einteilung der in Anspruch genommenen Arztgruppen	8
Tab. 3	Einbezogene ärztliche Leistungen	8
Tab. 4	ATC-Hautgruppen	9
Tab. 5	Einbezogene Heilmittel	9
Tab. 6	Anzahl verschiedener Diagnosen im Jahr 2002	11
Tab. 7	Rangfolge der ICD-10-Hauptkapitel nach Anteil mit Diagnosenennung	12
Tab. 8	Arztkontakte im Jahr 2002	14
Tab. 9	Anteil mit mindestens einem Besuch bei dem jeweiligen Facharzt* im Jahr 2002	15
Tab. 10	Anzahl verschiedener Leistungen im Jahr 2002	16
Tab. 11	Anteil der Personen mit mindestens einer Leistung aus den Leistungskapiteln im Jahr 2002	17
Tab. 12	Anzahl Packungen im Jahr 2002	18
Tab. 13	Anzahl Verordnungen aus verschiedenen anatomischen Hauptgruppen (ATC-1-stellig) im Jahr 2002	19
Tab. 14	Anzahl Verordnungen aus verschiedenen therapeutischen Gruppen (ATC-3-stellig) im Jahr 2002	20
Tab. 15	Anzahl verschiedener Wirkstoffe (ATC-7-stellig)	21
Tab. 16	Anteil mit mindestens einer Verordnung aus den ATC-Hauptgruppen im Jahr 2002	22
Tab. 17	Verordnungshitliste für Arzneimittel (Anteil mit Verordnung)	23
Tab. 18	Anzahl der Heilmittelverordnungen im Jahr 2002	25
Tab. 19	Anteil mit Heilmittelverordnung im Jahr 2002	25

Berichte zum Thema »Pflegerversicherung« stellen in erster Linie die Häufigkeit und Entwicklung der Pflegebedürftigkeit, die Inanspruchnahme der verschiedenen Leistungsarten der Pflegeversicherung sowie die Angebotskapazitäten, Bedarfskonstellationen und Kostenentwicklung dar (s. beispielsweise [6]). Die Pflegeberichterstattung erlaubt auch Angaben zu den pflegebegründenden Diagnosen [1, 6]. Weitere Hinweise zur Morbidität im Alter werden aus Krankenhausentlassungsdiagnosen oder dem Arzneiverbrauch der GKV abgeleitet (s. beispielsweise [1], Kapitel 3.5). Hieraus sind jedoch keine Prävalenzschätzungen und Differenzierungen nach Inanspruchnahme von Pflegeleistungen möglich. Auch liegen keine Routineanalysen zum Inanspruchnahmeverhalten ärztlicher Leistungen von Patienten mit Pflege vor. Hier setzt die vorliegende Untersuchung an. Für die verschiedenen Pflegestufen und -arrangements (ambulant/stationär) werden Unterschiede sowohl im Diagnosespektrum aus der ambulanten Versorgung als auch in der Inanspruchnahme von ambulanten Leistungen aufgezeigt. Hierzu ist eine sektorübergreifende Datenerhebung – wie sie mit der Versichertenstichprobe AOK Hessen/KV Hessen vorliegt – notwendig. Eine solche Untersuchung ist in dieser Form im Rahmen einer Primärerhebung kaum möglich.

Für den vorliegenden Bericht werden folgende Fragen untersucht:

Leitfragen

Wie unterscheiden sich

- das Diagnosespektrum
- die Anzahl der Arztkontakte und das Facharztspektrum
- die Anzahl und das Spektrum der Arzneimittelverordnungen und
- die Anzahl und Art der Heilmittelverordnungen

im Jahr 2002

1. zwischen Personen mit ambulanter und stationärer Pflege
2. zwischen den verschiedenen Pflegestufen und
3. zwischen Personen mit bzw. ohne Pflegeleistungen

Die Studie hat explorativen Charakter. Zu erwarten sind Unterschiede in der Morbidität, die ihrerseits unterschiedliche Anforderungen an das Pflegesetting stellen. Von besonderem Interesse ist außerdem eine Darstellung der Multimorbidität und Multimedikation älterer Versicherter. Die Anzahl verschiedener Diagnosen sowie die Angaben zur Anzahl verschiedener verordneter Wirkstoffe geben hierzu Hinweise. Die Analysen können zur Hypothesengenerierung herangezogen werden und als Grundlage für weitergehende Untersuchungen zu ausgewählten Themen (z. B. Demenz und Pflege) dienen.

2.1

Bezugspopulation

Für die hier durchgeführte Untersuchung wurden auf der Grundlage der Versichertenstichprobe AOK Hessen/KV Hessen (VSH) folgende Bezugspopulationen gebildet:

Versicherte mit Pflege: Alle durchgängig Versicherten und Verstorbenen der Jahre 1998 bis 2002, die mindestens in einem Monat zwischen 1998 und 2002 Pflegeleistungen in Anspruch genommen haben.

Versicherte ohne Pflege: Alle durchgängig Versicherten und Verstorbenen der Jahre 1998 bis 2002, die in dieser Zeit keine Leistungen der Pflegeversicherung in Anspruch genommen haben.

2.2

Studienpopulationen

Die Bearbeitung der Untersuchungsfragen erfordert unterschiedliche Studienpopulationen: Personen mit ambulanter bzw. stationäre Pflege, Pflegeleistungsempfänger nach Pflegestufen, Versicherte im Alter von 60 Jahren und älter mit und ohne Inanspruchnahme von Pflegeleistungen. Die verschiedenen Populationen werden wie folgt definiert:

Aus der Bezugspopulation **mit** Pflege werden alle ausgewählt, die im Jahr 1998 60 Jahre und älter waren, im Jahr 2002 noch lebten und

Personen mit Pflege:	in 2002 mindestens einen Monat Pflegeleistungen in Anspruch genommen haben (n=13.445).
Personen mit ambulanter Pflege:	in 2002 ausschließlich ambulante Pflegeleistungen (keine stationären) in Anspruch genommen haben (n=9.285).
Personen mit stationärer Pflege:	in 2002 ausschließlich stationäre (teil- und vollstationäre) Pflegeleistungen (keine ambulanten) in Anspruch genommen haben (n=3.445).
Personen mit Pflegestufe 1:	in 2002 ausschließlich Pflegestufe 1 in Anspruch genommen haben (n=5.774).
Personen mit Pflegestufe 2:	in 2002 ausschließlich Pflegestufe 2 in Anspruch genommen haben (n=4.303).
Personen mit Pflegestufe 3:	in 2002 ausschließlich Pflegestufe 3 in Anspruch genommen haben (n=1.774).
Personen ohne Pflege:	Aus der Bezugspopulation ohne Pflege werden alle ausgewählt, die im Jahr 1998 60 Jahre und älter waren und im Jahr 2002 noch lebten (n=72.224).

2.3

Einbezogene ICD Klassen

Die Analysen zum ambulanten Diagnosespektrum beziehen sich auf die Diagnosen in den Quartalen I bis IV im Jahr 2002, die ICD-10-kodiert vorliegen [3]. Zu beachten ist, dass es sich bei den beschriebenen Diagnosen keinesfalls um validierte Diagnosen sondern lediglich um Diagnosenennungen handelt, worunter auch Verdachtsdiagnosen, »Zustand nach«-Diagnosen und Diagnosen zur Abklärung fallen.

Tab. 1

Einbezogene ICD-10 Hauptklassen

ICD-10 Kapitel	Bezeichnung
A und B	Bestimmte infektiöse und parasitäre Krankheiten
C	Neubildungen
D	Krankheiten des Blutes und der blutbildenden Organe sowie bestimmte Störungen mit Beteiligung des Immunsystems
E	Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten
F	Psychische und Verhaltensstörungen
G	Krankheiten des Nervensystems
H 00-59	Krankheiten des Auges und der Augenanhangsgebilde
H 60-95	Krankheiten des Ohres und des Warzenfortsatzes
I	Krankheiten des Kreislaufsystems
J	Krankheiten des Atmungssystems
K	Krankheiten des Verdauungssystems
L	Krankheiten der Haut und der Unterhaut
M	Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes
N	Krankheiten des Urogenitalsystems
P	Bestimmte Zustände, die ihren Ursprung in der Perinatalperiode haben
Q	Angeborene Fehlbildungen, Deformitäten und Chromosomenanomalien
R	Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde, die anderenorts nicht klassifiziert sind
S und T	Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen
V, X und Y	Äußere Ursachen von Morbidität und Mortalität
Z	Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen und zur Inanspruchnahme des Gesundheitswesens führen
U	Schlüsselnummern für besondere Zwecke

2.4

Einbezogene Arztgruppen

In die Analysen wurden alle Ärzte einbezogen, die die Studienpopulation im Jahr 2002 behandelten. Über die arzt spezifische Auswertung hinaus wurden sie zu Hausärzten, Fachärzten, Auftragsärzten und sonstigen Einrichtungen zusammengefasst.

Tab. 2

Einteilung der in Anspruch genommenen Arztgruppen

Arztgruppe	Berufsfachgruppen
Hausärzte	Allgemeinmediziner, hausärztlich tätige Internisten und Kinderärzte, Gemeinschaftspraxen aus Hausärzten (mit Fachärzten ohne Schwerpunktbezeichnung)
Fachärzte	Fachärztlich tätige Internisten (Gastroenterologen, Kardiologen, etc.), Anästhesisten, Augenärzte, Chirurgen, Gynäkologen, HNO-Ärzte, Hautärzte, Mund-Kiefer-Gesichtschirurgen, Neurologen, Neurochirurgen, Orthopäden, Urologen
Auftragsärzte	Laborärzte, Radiologen, Nuklearmediziner, Pathologen
Sonstige Einrichtungen	Kassenärztliche Notfallzentralen, Dialyseeinrichtungen, mitbehandelnde Krankenhäuser, sonstige Einrichtungen

2.5

Einbezogene ärztliche Leistungen

Die Kategorisierung der im Jahr 2002 durchgeführten ärztlichen Leistungen wurde anhand des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs (EBM) [4] durchgeführt. Die Auswertungen erfolgten nur auf der Ebene dieser 20 Hauptgruppen (s. Tab. 3).

Tab. 3

Einbezogene ärztliche Leistungen

EBM-Kapitel	
B	Grundleistungen
C	Sonderleistungen
D	Anästhesien
E	Physikalisch-medizinische Leistungen
F	Innere Medizin
G	Neurologie, Psychiatrie
H	Dermatologie
I	Kinderheilkunde
J	Gynäkologie und Geburtshilfe
K	Augenheilkunde
L	Hals-Nasen-Ohrenheilkunde
M	Urologie
N	Chirurgie, Orthopädie
O	Laboratoriumsuntersuchungen
P	Histologie, Zytologie
Q	Strahlendiagnostik
R	Magnetfeld-Resonanz-Tomographie
S	Kontrastmitteleinbringung
T	Strahlentherapie
U	Pauschalerstattungen

2.6

Einbezogene Arzneimittelverordnungen

Die Arzneimittelverordnungen des Jahres 2002 wurden basierend auf der WIdO-Stammdatei und der ABDA-Datenbank ATC-codiert (Anatomisch Therapeutisch Chemische Klassifikation) [1]. Die Auswertung erfolgte nach der ATC-Hauptgruppe (der anatomischen Klassifikation) und für einzelne Hauptgruppen auch auf der therapeutischen Klassifikationsebene (s. Tab. 4).

Tab. 4

ATC-Hauptgruppen

ATC	
A	Verdauungstrakt und Stoffwechsel
B	Blut und blutbildende Organe
C	Kardiovaskuläres System
D	Dermatologika
G	Urogenitalsystem und Sexualhormone
H	Systemische Hormonpräparate exkl. Sexualhormone
J	Allgemeine Antiinfektiva, systemisch
L	Antineoplastische und immunsuppressive Mittel
M	Muskel- und Skelettsystem
N	Zentrales Nervensystem
P	Antiparasitäre Mittel
R	Respirationssystem
S	Sinnesorgane
V	Verschiedenes

ATC nach Fricke/Günther [1]

2.7

Einbezogene Heilmittel

Die in die Auswertungen einbezogenen Heilmittel wurden nicht einzeln, sondern nur zusammengefaßt in die Gruppen »Physiotherapie«, »Ergotherapie«, »Logopädie« und »Sonstiges« ausgewertet.

Tab. 5

Einbezogene Heilmittel

Heilmittel	
Physiotherapie	Physiotherapie, Hydrotherapie, Traktionstherapie, Elektrotherapie, Inhalationstherapie, Massagen, Packungen, Bewegungsübungen, KG-Gerät, kombinierte Leistungen KG, kombinierte Leistungen Massage
Ergotherapie	Ergotherapie
Logopädie	Logopädie
Sonstige	Sonstige Heilmittel, medizinische Fußbehandlung, Leistungen von sonstigen Heilpersonen, Heilmittel vom Krankenhaus

2.8**Statistische Darstellung
der Ergebnisse**

Die folgenden Ergebnisse sind unterteilt in die verschiedenen Sektoren des SGB V. Innerhalb dieser Sektoren werden Personen in stationärer Pflege denen mit ambulanter Pflege, Personen in den drei Pflegestufen und Personen ohne Pflegeleistungen denen mit Pflege hinsichtlich ihrer Inanspruchnahme verschiedener Leistungen des Gesundheitswesens im Jahr 2002 gegenübergestellt.

Es wird jeweils die Anzahl erhaltener Diagnosen bzw. der Arztkontakte, Leistungen, Arzneimittel- oder Heilmittelverordnungen dargestellt. Als zentrales Lagemaß wird der Median und die 25. und 75. Perzentile berichtet, da diese bei einer schiefen Verteilung und dem Vorkommen von Ausreißern eine bessere Interpretation als das arithmetische Mittel zulassen. Darüber hinaus ist der Range, das heißt der kleinste und der größte vorkommende Wert der jeweiligen Merkmale angegeben. Ob zwischen den einzelnen Gruppen ein statistisch signifikanter Unterschied besteht, wurde mittels des Wilcoxon-Mann-Whitney Tests untersucht. Ein p-Wert $< 0,05$ wurde als signifikant angesehen.

Darüberhinaus wird der Anteil der Personen mit einer Diagnosenennung, mit Facharztbesuch, mit Leistungen oder bestimmten Verordnungen ausgewiesen.

3.1

Diagnosen von Pflegeleistungsempfängern

Zunächst geht es im Folgenden um die ambulanten Diagnosenennungen nach Anzahl und nach Art der Diagnose auf der Ebene der ICD-10-Hauptkapitel. Hinsichtlich dieser Parameter sollen Personen in ambulanter und stationärer Pflege miteinander verglichen werden und ebenso Personen in den drei Pflegestufen und auch Personen, die älter als 60 Jahre alt sind und Pflegeleistungen in Anspruch nehmen mit solchen älteren Personen, die keine Pflegeleistungen in Anspruch nehmen.

3.1.1 Anzahl der Diagnosenennungen

Vergleicht man die verschiedenen Studienpopulationen hinsichtlich der Anzahl der Diagnosenennungen (s. Tab. 6) so zeigte sich erwartungsgemäß eine im Median höhere Anzahl an Diagnosen bei Pflegeleistungsempfängern im Vergleich zu Personen ohne Pflege. Pflegeleistungsempfänger der Stufe 1 wiesen (im Median) mehr Diagnosenennungen auf (19) als diejenigen der Stufe 3. Bei den Pflegeleistungsempfängern bestand in der Anzahl der Diagnosenennungen im Jahr 2002 kaum ein Unterschied zwischen Männern und Frauen. Von den über 60-Jährigen ohne Pflegeleistung erhielten allerdings die Frauen im Laufe des Jahres 2002 im Median 4 Diagnosen mehr als die Männer (12 vs. 16 Diagnosen).

Tab. 6

Anzahl verschiedener Diagnosen im Jahr 2002

	Median (M/F)	25.; 75. Perz. gesamt	Range	p-Wert*
Ambulant	18 (18/18)	11; 27	0-202	
Stationär	17 (17/16)	10; 24	0-106	<0,0001
Pflegestufe 1	19 (18/19)	11; 28	0-202	
Pflegestufe 2	17 (18/17)	10; 25	0-99	<0,0001 ¹
Pflegestufe 3	15 (17/15)	10; 22	0-106	<0,0001 ²
>60 J. mit Pflege	18 (18/18)	11; 26	0-202	
>60 J. ohne Pflege	14 (12/16)	6; 24	0-127	<0,0001

* p-Werte beziehen sich auf Unterschiede zwischen den Pflegebereichen bzw. -stufen bzw. mit/ohne Pflege

¹ Unterschied zwischen Pflegestufe 1 und 2

² Unterschied zwischen Pflegestufe 2 und 3

3.1.2 Häufigkeit der Diagnosenennungen

Am häufigsten – jedoch mit unterschiedlichem Anteil – wurden bei allen hier untersuchten Gruppen Diagnosen aus der ICD-Hauptgruppe »Krankheiten des Kreislaufsystems« genannt (s. Tab. 7). Personen mit Pflegeleistungen wiesen in allen untersuchten Untergruppen einen Anteil zwischen 86% und 91% auf; Personen ohne Pflege von 74%. Bei Personen in ambulanter Pflege und Pflegestufe 1 folgten Diagnosen aus dem Bereich des Muskel-Skelett-Systems, wohingegen Personen in stationärer Pflege und den Pflegestufen 2 und 3 eher Diagnosen aus dem Bereich der »Symptome und abnormen klinischen Befun-

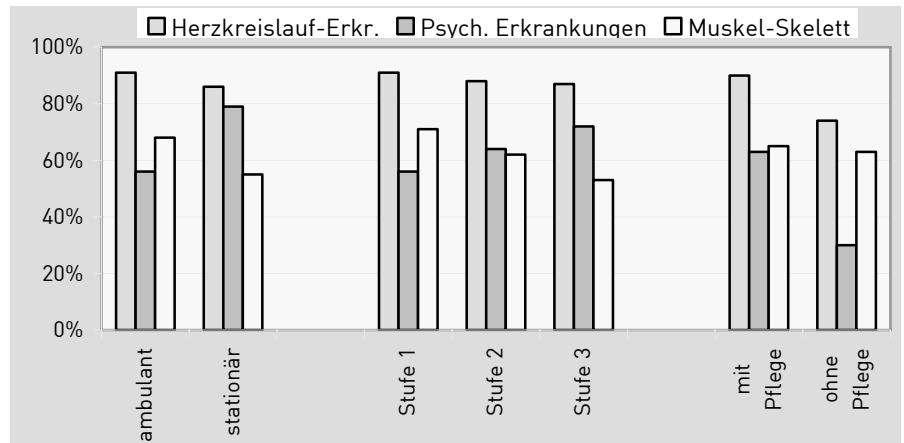
de« und aus dem Bereich der »psychischen und Verhaltensstörungen« erhielten.

Tab. 7 Rangfolge der ICD-10-Hauptkapitel nach Anteil mit Diagnosenennung

Personen mit ausschließlich ambulanter Pflege	Rang	Diagnose	Männer	Frauen	Gesamt
	1	Krankheiten des Kreislaufsystems	89%	92%	91%
	2	Stoffwechselkrankheiten	66%	69%	68%
	3	Krankheiten des Muskel- und Skelettsystems	60%	72%	68%
	4	Symptome und abnorme klinische Befunde	66%	67%	67%
	5	Psychische und Verhaltensstörungen	52%	57%	56%
Personen mit ausschließlich stationärer Pflege	Rang	Diagnose	Männer	Frauen	Gesamt
	1	Krankheiten des Kreislaufsystems	83%	87%	86%
	2	Psychische und Verhaltensstörungen	78%	78%	79%
	3	Symptome und abnorme klinische Befunde	66%	64%	65%
	4	Stoffwechselkrankheiten	54%	61%	60%
	5	Krankheiten des Muskel- und Skelettsystems	47%	58%	55%
Personen mit Pflegestufe 1	Rang	Diagnose	Männer	Frauen	Gesamt
	1	Krankheiten des Kreislaufsystems	91%	94%	91%
	2	Krankheiten des Muskel- und Skelettsystems	64%	76%	71%
	3	Stoffwechselkrankheiten	68%	71%	69%
	4	Symptome und abnorme klinische Befunde	63%	64%	62%
	5	Faktoren zur Inanspruchnahme d. Gesundh.	57%	58%	56%
Personen mit Pflegestufe 2	Rang	Diagnose	Männer	Frauen	Gesamt
	1	Krankheiten des Kreislaufsystems	90%	92%	88%
	2	Symptome und abnorme klinische Befunde	71%	70%	67%
	3	Psychische und Verhaltensstörungen	60%	69%	64%
	4	Stoffwechselkrankheiten	64%	67%	64%
	5	Krankheiten des Muskel- und Skelettsystems	58%	66%	62%
Personen mit Pflegestufe 3	Rang	Diagnose	Männer	Frauen	Gesamt
	1	Krankheiten des Kreislaufsystems	89%	90%	87%
	2	Symptome und abnorme klinische Befunde	76%	74%	72%
	3	Psychische und Verhaltensstörungen	66%	77%	72%
	4	Stoffwechselkrankheiten	61%	63%	61%
	5	Krankheiten des Nervensystems	60%	57%	56%
Personen mit Pflege	Rang	Diagnose	Männer	Frauen	Gesamt
	1	Krankheiten des Kreislaufsystems	88%	90%	90%
	2	Symptome und abnorme klinische Befunde	67%	67%	67%
	3	Stoffwechselkrankheiten	64%	67%	66%
	4	Krankheiten des Muskel- und Skelettsystems	58%	68%	65%
	5	Psychische und Verhaltensstörungen	58%	64%	63%
Personen ohne Pflege	Rang	Diagnose	Männer	Frauen	Gesamt
	1	Krankheiten des Kreislaufsystems	68%	77%	74%
	2	Krankheiten des Muskel- und Skelettsystems	56%	68%	63%
	3	Stoffwechselkrankheiten	56%	66%	62%
	4	Faktoren zur Inanspruchnahme d. Gesundh.	44%	53%	49%
	5	Symptome und abnorme klinische Befunde	38%	47%	43%

Abb. 1

Vergleich in der Häufigkeit ausgewählter Erkrankungen nach Pflegestatus, 2002



© PMV 2005

Geschlechtsspezifische Unterschiede

Zwischen ambulant gepflegten Männern und Frauen bestand ein Unterschied in der Reihenfolge der am häufigsten genannten Diagnosen. Bei den ambulant gepflegten Frauen folgten auf die Herz-Kreislauf-Erkrankungen die Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems, wohingegen bei den Männern an zweiter Stelle die Symptome und abnormen klinischen und Laborbefunde folgten. Diese rangierten bei den Frauen erst an vierter Stelle. Bei den Männern und Frauen mit stationärer Pflege bestanden kaum Unterschiede. Bei den Männern und Frauen ohne Pflege bestand ebenfalls kein Unterschied in der Reihenfolge der Diagnosen, jedoch waren in allen Hauptkapiteln Frauen häufiger betroffen als Männer.

3.2

Arztkontakte

In den folgenden Tabellen sind die Anzahl der Arztkontakte im Jahr 2002 und die aufgesuchten Fachärzte – sofern sie von mehr als 5% aufgesucht wurden – dargestellt.

3.2.1

Häufigkeit der Arztkontakte

In Tab. 8 ist die Häufigkeit von Arztkontakten für die 7 untersuchten Gruppen dargestellt. Personen mit ausschließlich ambulanter Pflege waren im Laufe des Jahres im Median 31 Mal beim Arzt, also etwa 2,5 Mal im Monat. Personen in stationärer Pflege hatten im Median 3,5 Mal im Monat einen Arztkontakt, ein Viertel von ihnen suchte rein rechnerisch mehr als 1 Mal pro Woche einen Arzt auf. Personen in Pflegestufe 1 zeigten ein vergleichbares Inanspruchnahmeverhalten wie ambulant Gepflegte. Mit zunehmender Pflegestufe stieg auch die Anzahl der Arztbesuche an. Etwa ein Drittel der Personen in Pflegestufe 3 war mehr als 3 Mal pro Monat beim Arzt. Über 60 jährige Personen ohne Pflege-

leistungen suchten deutlich seltener einen Arzt auf, im Median 1,5 Mal pro Monat.

Tab. 8

Arztkontakte im Jahr 2002

	Median	25.; 75. Perz. gesamt	Range	p-Wert*	> 48 Arztkontakte
Ambulant	31	19; 48	0-423		24,5%
Stationär	42	25; 60	0-216	<0,0001	39,9%
Pflegestufe 1	32	20; 49	0-388		26,1%
Pflegestufe 2	34	20; 52	0-423	0,04 ¹	29,9%
Pflegestufe 3	35	20; 54	0-190	0,47 ²	31,8%
>60 J. mit Pflege	34	20; 52	0-423		29,2%
>60 J. ohne Pflege	18	7; 33	0-391	<0,0001	10,6%

* p-Werte beziehen sich auf Unterschiede zwischen den Pflegebereichen bzw. -stufen bzw. mit/ohne Pflege

¹ Unterschied zwischen Pflegestufe 1 und 2

² Unterschied zwischen Pflegestufe 2 und 3

3.2.2 Facharztspektrum

In Bezug auf die Facharztinanspruchnahme zeigten sich – auch bedingt durch das unterschiedliche Morbiditätsspektrum – große Unterschiede. Der Hausarzt war jedoch bei allen untersuchten Gruppen der von den meisten Personen aufgesuchte Arzt. Unter den Personen mit Pflegestufe 3 war der Anteil mit Hausarztkontakt im Jahr 2002 mit 87% am größten. Danach folgten mit Ausnahme der Personen in Pflegestufe 3 der Augenarzt und der hausärztlich tätige Internist. Von den Personen ohne Pflege suchte nach dem Augenarzt der größte Anteil mit 21% den Orthopäden auf. Unter den Personen mit Pflegestufe 3 war der Anteil mit mindestens einem Besuch beim Augenarzt im Jahr 2002 mit 17% vergleichsweise gering, dagegen der Anteil mit Kontakt zum Urologen eher hoch (18%). Kardiologen, Orthopäden und Internisten wurden deutlich seltener aufgesucht im Vergleich zu den Pflegeleistungsemfängern der anderen Stufen.

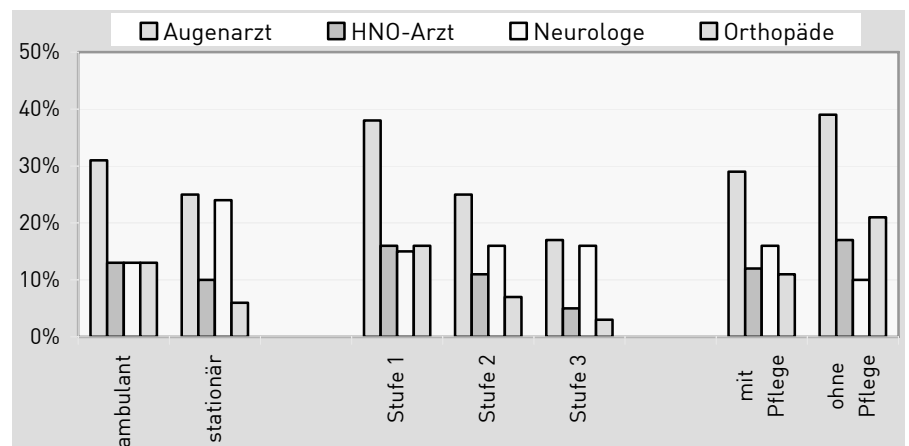
Tab. 9

Anteil mit mindestens einem Besuch bei dem jeweiligen Facharzt* im Jahr 2002

Fachärzte	Ambulante Pflege	Stationäre Pflege	Pflegestufe 1	Pflegestufe 2	Pflegestufe 3	Mit Pflege	Ohne Pflege
Augenarzt	31,0	24,8	37,6	25,0	17,3	29,3	38,5
Chirurg	16,2	15,9	18,3	14,9	10,3	16,4	14,4
Gynäkologe	6,4	4,5	7,1	5,3	4,2	5,9	13,8
HNO-Arzt	12,8	9,5	15,6	10,9	4,9	11,9	16,6
Dermatologe	9,7	16,1	11,6	12,3	10,1	11,4	14,0
Internisten	5,8	2,8	5,6	4,6	3,6	5,0	3,9
Kardiologe	6,0	1,9	7,0	3,7	2,0	4,8	9,4
Hausärztl. Intern.	22,2	24,4	23,5	22,9	21,5	23,2	19,9
Laborarzt	11,3	7,8	11,5	9,6	8,4	10,4	9,9
Neurologe	12,9	23,6	15,4	16,3	16,3	16,1	9,7
Orthopäde	12,8	5,6	16,2	7,0	3,4	10,5	21,0
Radiologe	13,8	8,0	15,1	11,1	6,4	12,4	17,6
Urologen	11,8	13,7	10,4	12,4	18,3	12,5	12,2
Krankenhaus	6,6	11,1	7,9	7,7	7,7	7,9	5,1
Psycho. Institut	1,0	12,8	2,5	5,0	7,1	4,4	0,4
Notfallarzt	6,9	8,7	6,7	7,6	8,6	7,6	3,6
Hausarzt	85,8	85,4	85,5	85,4	86,8	86,0	71,2

* dargestellt sind die Fachärzte, die von > 5 % aufgesucht wurden

Abb. 2

Vergleich in der Häufigkeit der Inanspruchnahme ausgewählter Arztgruppen nach Pflegestatus, 2002


© PMV 2005

3.3 Leistungen

In den Tab. 10 und Tab. 11 sind Angaben zur Anzahl und Art der im Jahr 2002 in Anspruch genommenen ambulanten Leistungen dargestellt.

3.3.1 Anzahl der Leistungen

In Tab. 10 ist die durchschnittliche Anzahl verschiedener Leistungen im Vergleich zwischen den 7 Gruppen angegeben. Auffallend war, dass ambulant Gepflegte im Median ein größeres Leistungsspektrum in Anspruch nahmen im Vergleich zu stationär Gepflegten (27 vs. 22 verschiedene Leistungen in einem Jahr). Etwa 7% der Personen in stationärer Pflege nahmen mehr als 45 verschiedene Leistungen in Anspruch, jedoch mehr als 16% der ausschließlich ambulant Gepflegten. Je höher die Pflegestufe war, desto weniger unterschiedliche Leistungen wurden in Anspruch genommen. Nahmen in Pflegestufe 1 noch 17% mehr als 45 verschiedene Leistungen während eines Jahres in Anspruch, waren in es Pflegestufe 3 nur noch 7%. Zwischen älteren Personen mit und ohne Pflegeleistungen war die Vielfalt der Leistungen vergleichbar.

Tab. 10

Anzahl verschiedener Leistungen im Jahr 2002

	Median	25.; 75. Perz. gesamt	Range	p-Wert*	> 45 Leistungen
Ambulant	27	16; 39	0-154		16,1%
Stationär	22	14; 31	0-104	<0,0001	7,3%
Stufe 1	28	17; 40	0-154		17,3%
Stufe 2	24	15; 36	0-112	<0,0001 ¹	12,2%
Stufe 3	19	14; 30	0-139	<0,0001 ²	6,8%
>60 J. mit Pflege	25	16; 37	0-154		37,8%
>60 J. ohne Pflege	25	11; 38	0-180	<0,0001	38,6%

* p-Werte beziehen sich auf Unterschiede zwischen den Pflegebereichen bzw. -stufen bzw. mit/ohne Pflege

¹ Unterschied zwischen Pflegestufe 1 und 2

² Unterschied zwischen Pflegestufe 2 und 3

3.3.2 Art der Leistung

Durchweg wurden am häufigsten Grundleistungen sowie Laboruntersuchungen und Pauschalerstattungen, wozu beispielsweise das Wegegeld für einen Hausbesuch zählt, in Anspruch genommen (s. Tab. 11). Bei den Personen in ambulanter Pflege folgten danach mit einem Anteil von etwa 38% Leistungen der inneren Medizin und der Neurologie. Fast ebenso viele Personen erhielten Sonderleistungen (C) wie z. B. Blutentnahmen und das Anlegen von Verbänden. Auch bei den stationär Gepflegten nahmen 40% neurologische Leistungen (G) in Anspruch. Auffallend beim Vergleich der Pflegestufen war, dass mit Zunahme der Pflegestufe die Inanspruchnahme der einzelnen Leistungskapitel abnahm. Die einzige Ausnahme bildeten die urologischen Leistungen (M), die in höherer Pflegestufe von einem größeren Anteil in Anspruch genommen wurden (Pflegestufe 1: 4%, Pflegestufe 3: 8%). Personen ohne Pflege nahmen im Vergleich zu Personen mit Pflege die Grundleistungen (B) seltener in

Anspruch, dafür die Leistungen der Fachärzte genauso häufig bzw. häufiger als Personen mit Pflege. Ausnahme waren hier chirurgisch/orthopädische (N), urologische (M) und neurologische (G) Leistungen.

Tab. 11

Anteil der Personen mit mindestens einer Leistung aus den Leistungskapiteln im Jahr 2002

Leistungen	Ambulante Pflege	Stationäre Pflege	Pflegestufe 1	Pflegestufe 2	Pflegestufe 3	Mit Pflege	Ohne Pflege
B	97,6	94,5	97,3	96,0	96,6	96,8	85,6
C	36,2	23,1	37,5	30,0	23,6	32,9	41,8
D	15,6	9,3	17,8	11,6	7,8	13,8	19,7
E	8,9	3,1	11,6	4,6	2,1	7,2	20,2
F	38,5	18,9	43,5	27,0	16,0	33,1	48,3
G	38,2	40,2	40,0	37,6	35,5	39,1	33,4
H	2,3	1,4	3,0	1,6	0,9	2,1	3,9
I	0,02	0,0	0,02	0,0	0,0	0,01	0,001
J	0,9	0,8	1,2	0,7	0,3	0,9	0,9
K	25,7	14,8	31,8	18,2	8,6	22,6	32,5
L	10,4	4,9	12,9	7,1	2,8	8,9	14,5
M	4,7	4,8	3,6	4,8	8,3	4,8	2,6
N	24,2	21,3	23,8	22,6	21,5	23,7	22,0
O	97,5	94,5	97,2	95,9	96,5	96,8	85,1
P	3,7	1,8	4,1	3,0	1,4	3,2	7,2
Q	29,3	19,2	33,8	22,7	12,6	26,9	36,2
R	1,4	0,4	1,3	1,1	0,7	1,1	2,9
S	3,9	1,3	3,8	2,8	1,9	3,1	5,1
T	0,7	0,3	0,8	0,4	0,2	0,6	0,6
U	97,1	94,3	96,7	95,7	96,4	96,4	83,1

3.4

Verordnungen

In den folgenden Tabellen ist zunächst die Anzahl der Verordnungen im Jahr 2002 für die Personen in unterschiedlichen Pflegebereichen und -stufen dargestellt. Zusätzlich werden noch die Anzahl der anatomischen Hauptgruppen und die Anzahl der therapeutischen Gruppen angegeben. Schließlich wird der Anteil mit einer Verordnung aus den einzelnen Hauptgruppen beschrieben.

3.4.1 Anzahl der Verordnungen

Die Anzahl der verordneten Packungen insgesamt ist in Tab. 12 dargestellt. Personen in Pflegestufe 3 erhielten im Jahr 2002 die meisten Verordnungen (im Median 45) im Vergleich zu den anderen hier untersuchten Populationen. Von ihnen bekommen 40% mehr als 60 Packungen im Jahr verordnet. Personen in Pflegestufe 1 erhielten nur 34 Packungen im Median und 22% erhielten mehr als 60 Packungen. Personen in ambulanter Pflege erhielten mehr Verordnungen im Vergleich zu Personen in stationärer Pflege (Median: 39 vs. 36 Packungen). Personen, die keine Pflegeleistungen in Anspruch nahmen, erhielten nur 13 Packungen im Median. 4,5% von ihnen erhielten mehr als 60 Packungen im Jahr.

Tab. 12

Anzahl Packungen im Jahr 2002

	Median	25.; 75. Perz. gesamt	Range	p-Wert*	> 60 Packungen
Ambulant	39	21; 69	0-4965		30,6%
Stationär	36	20; 61	0-2556	<0,0001	25,5%
Stufe 1	34	19; 57	0-3305		22,3%
Stufe 2	41	22; 71	0-3805	<0,0001 ¹	31,8%
Stufe 3	45	21; 93	0-4965	<0,0001 ²	40,0%
>60 J. mit Pflege	39	21; 68	0-4965		29,6%
>60 J. ohne Pflege	13	4; 27	0-2590	<0,0001	4,5%

* p-Werte beziehen sich auf Unterschiede zwischen den Pflegebereichen bzw. -stufen bzw. mit/ohne Pflege

¹ Unterschied zwischen Pflegestufe 1 und 2

² Unterschied zwischen Pflegestufe 2 und 3

Die Anzahl der Packungen gibt eine grobe Vorstellung von der Intensität der Behandlung (z. B. mehr als eine Packung pro Woche). Erste Hinweise zur Breite der Arzneimitteltherapie sind durch die folgenden Auswertungen erhältlich:

- Anzahl der Verordnungen aus den anatomischen Hauptgruppen (ATC-einstellig); dies spiegelt die Behandlung für unterschiedliche Organsysteme,
- Anzahl der Verordnungen für verschiedene therapeutische Gruppen (ATC-3-stellig) und
- Anzahl der unterschiedlichen Wirkstoffe (ATC-7-stellig).

Bei der Untersuchung der Anzahl verschiedener Verordnungen aus den anatomischen Hauptgruppen (in Tab. 13 dargestellt) zeigt sich auch kaum ein Unterschied zwischen Personen in ambulanter oder stationärer Pflege oder zwischen den Pflegestufen. Im Median erhielten Personen Arzneimittel aus 5 bzw. 6 von 14 möglichen anatomischen Hauptklassen innerhalb eines Jahres. Einzelne Personen erhielten allerdings Arzneimittel aus 12 bzw. 13 Hauptgruppen wie am Range zu erkennen ist. Der Anteil der Personen mit einem breiten Spektrum an Arzneimitteln war unter den ambulant Gepflegten mit 9% größer im Vergleich zu stationär Gepflegten (7%) und stieg auch mit zunehmender Pflegestufe von 13% auf 19%. Personen ohne Pflegeleistungen erhielten im

Median Arzneimittel nur aus 4 Hauptgruppen, und nur 3% von ihnen erhielten Verordnungen aus mehr als 8 Hauptgruppen.

Tab. 13

Anzahl Verordnungen aus verschiedenen anatomischen Hauptgruppen (ATC-1-stellig) im Jahr 2002

	Median	25.; 75. Perz. gesamt	Range	p-Wert*	> 8 versch. Hauptgruppen
Ambulant	5	4; 7	0-12		9,3%
Stationär	5	4; 7	0-12	0,10	7,3%
Stufe 1	6	4; 7	0-13		12,8%
Stufe 2	6	4; 8	0-13	<0,0001 ¹	15,6%
Stufe 3	6	5; 8	0-13	0,01 ²	18,8%
>60 J. mit Pflege	6	4; 7	0-12		8,9%
>60 J. ohne Pflege	4	2; 5	0-13	<0,0001	3,0%

* p-Werte beziehen sich auf Unterschiede zwischen den Pflegebereichen bzw. -stufen bzw. mit/ohne Pflege

¹ Unterschied zwischen Pflegestufe 1 und 2

² Unterschied zwischen Pflegestufe 2 und 3

Betrachtet man die therapeutischen Arzneimittelgruppen – wobei verschiedene Gruppen zur Behandlung einer Erkrankung (z. B. im Herzkreislaufbereich) eingesetzt werden können –, so zeigt sich, dass mit 9 Gruppen im Median zwischen ambulant und stationär Gepflegten und zwischen Personen in verschiedenen Pflegestufen kein Unterschied besteht, allerdings gab es auch Personen, die aus bis zu 38 therapeutischen Gruppen Verordnungen erhielten (s. Tab. 14). Personen ohne Pflege erhielten im Median Verordnungen aus 5 therapeutischen Gruppen. Personen mit Pflege – diese zeigten eine etwas höhere Anzahl an Diagnosenennungen – erhielten mit 11% im Vergleich zu 2% der Personen ohne Pflegeleistung in höherem Umfang Verordnungen aus 15 und mehr verschiedenen therapeutischen Gruppen.

Tab. 14

Anzahl Verordnungen aus verschiedenen therapeutischen Gruppen (ATC-3-stellig) im Jahr 2002

	Median	25.; 75. Perz.	Range	p-Wert*	> 15 versch. Gruppen
Ambulant	9	6;12	0-38		11,4%
Stationär	9	6;12	0-31	0,0004	9,3%
Stufe 1	9	6; 12	0-37		11,0%
Stufe 2	9	6; 13	0-31	<0,0001 ¹	13,7%
Stufe 3	9	6; 13	0-33	0,48 ²	14,3%
>60 J. mit Pflege	9	6; 12	0-38		11,3%
>60 J. ohne Pflege	5	2; 8	0-35	<0,0001	2,3%

* p-Werte beziehen sich auf Unterschiede zwischen den Pflegebereichen bzw. -stufen bzw. mit/ohne Pflege

¹ Unterschied zwischen Pflegestufe 1 und 2

² Unterschied zwischen Pflegestufe 2 und 3

In Tab. 15 ist die Anzahl verschiedener Verordnungen (im Sinne unterschiedlicher Wirkstoffe) im Jahr 2002 dargestellt. Der Median der Anzahl verschiedener Verordnungen unterscheidet sich kaum zwischen den Personen in unterschiedlichen Pflegebereichen oder Pflegestufen. Er liegt bei fast allen Gruppen bei 11 verschiedenen Verordnungen im Jahr. Ebenso gibt es keinen Unterschied zwischen Männern und Frauen mit Ausnahme der Personen in Pflegestufe 3. Von ihnen erhielten die Männer mit 14 verschiedenen Verordnungen 3 Verordnungen mehr als die Frauen. Der Anteil Personen mit sehr vielen verschiedenen (mehr als 30) Verordnungen innerhalb eines Jahres unterscheidet sich auch. Unter den Personen im ambulanten Pflegebereich erhielten 3% mehr als 30 verschiedene Arzneimittelverordnungen, unter den Personen im stationären Pflegebereich waren es nur knapp 2%. Dieser Anteil nahm auch mit steigender Pflegestufe von 2% in Pflegestufe 1 auf knapp 4% in Pflegestufe 3 zu. Ein großer Unterschied bestand in der medianen Anzahl verschiedener Verordnungen zwischen Personen mit und Personen ohne Pflege. Personen, die keine Pflegeleistungen in Anspruch nahmen, erhielten nur etwa halb so viele verschiedene Verordnungen (Median: 6). Auch erhielten von ihnen nur 0,3% mehr als 30 verschiedene Arzneimittel im Jahr.

Tab. 15

Anzahl verschiedener Wirkstoffe (ATC-7-stellig)

	Median (M/F)	25.; 75. Perz.	Range	p-Wert*	> 30 versch. Wirkstoffe
Ambulant	11 (12/11)	7; 16	0-59		2,8%
Stationär	11 (11/11)	7; 16	0-52	0,0002	1,6%
Stufe 1	11 (11/11)	7; 16	0-60		2,0%
Stufe 2	12 (12/12)	7; 17	0-55	<0,0001 ¹	2,8%
Stufe 3	12 (14/11)	7; 17	0-60	0,27 ²	3,7%
>60 J. mit Pflege	11 (11/11)	7; 67	0-59		2,5%
>60 J. ohne Pflege	6 (5/6)	2; 10	0-70	<0,0001	0,3%

* p-Werte beziehen sich auf Unterschiede zwischen den Pflegebereichen bzw. -stufen bzw. mit/ohne Pflege

¹ Unterschied zwischen Pflegestufe 1 und 2

² Unterschied zwischen Pflegestufe 2 und 3

3.4.2 Art der Verordnungen

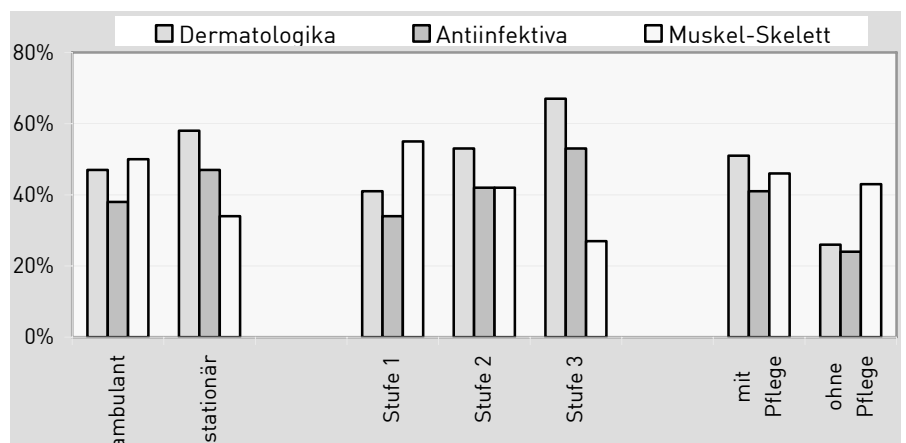
Betrachtet man allerdings nicht die Anzahl sondern die Art der verordneten Medikamente (s. Tab. 16), sind Unterschiede zwischen den Pflegebereichen und den Pflegestufen festzustellen. Deutlich mehr Personen in stationärer als in ambulanter Pflege (58% vs. 47%) bekamen im Jahr 2002 mindestens ein Medikament aus der Gruppe der Dermatologika verordnet. Ebenso war die Verordnungsprävalenz der stationär Gepflegten bei den Antiinfektiva höher (47% vs. 38%). Dagegen erhielt die Hälfte der ambulant Gepflegten mindestens eine das Muskel-Skelett System betreffende Verordnung, hingegen nur jede dritte Person in stationärer Pflege. Zwischen den Pflegestufen war eine abnehmende Verordnungsprävalenz mit zunehmender Stufe bei den kardiovaskulären Arzneimitteln festzustellen. Von den Personen in Pflegestufe 1 erhielten 88% eine solche Verordnung, von den Personen in Pflegestufe 3 nur 71%. Ein ebensolcher Trend zeigte sich bei den systemischen Hormonpräparaten (Stufe 1: 23%, Stufe 3: 15%) und auch bei der Medikation zum Muskel-Skelett-System. Ein umgekehrter Trend zeigte sich bei den Dermatologika (Stufe 1: 41%, Stufe 3: 67%) und bei den Antiinfektiva.

Tab. 16

Anteil mit mindestens einer Verordnung aus den ATC-Hauptgruppen im Jahr 2002

ATC	Ambulante Pflege	Stationäre Pflege	Stufe 1	Stufe 2	Stufe 3	Mit Pflege	Ohne Pflege
Verdauung und Stoffwechsel	76,5	78,7	73,7	77,4	83,2	77,5	44,8
Blut und blutbildende Organe	49,7	45,3	48,0	48,9	45,8	49,0	25,8
Kardiovaskuläres System	85,8	79,9	87,9	83,7	71,0	84,5	65,5
Dermatologika	47,1	58,1	40,7	53,2	67,4	50,5	26,2
Urogenitalsystem und Sexualhormone	16,0	12,0	14,6	15,7	13,9	15,0	16,8
Systemische Hormonpräparate	22,8	17,1	23,1	20,7	14,8	21,2	20,3
Antiinfektiva	38,1	46,7	33,7	41,7	53,3	40,7	24,4
Antineoplastische und immunsuppressive Mittel	4,4	1,7	3,8	3,4	2,7	3,6	2,5
Muskel und Skelettsystem	50,4	33,9	54,8	41,9	27,3	46,0	42,9
Zentrales Nervensystem	74,3	82,6	72,5	79,5	76,9	77,3	37,0
Antiparasitäre Mittel	0,7	0,9	0,6	0,8	1,1	0,8	0,6
Respirationssystem	32,2	32,1	31,0	32,4	34,2	32,1	23,6
Sinnesorgane	30,7	30,2	32,6	27,9	31,2	30,6	26,5
Verschiedenes	19,3	21,5	14,4	20,5	32,6	20,0	6,4

Abb. 3

Vergleich ausgewählter ATC-Hauptgruppen nach Pflegestatus, 2002

© PMV 2005

ATC nach Tab. 4

Auf der therapeutischen Ebene des ATC (3-stellig) wurde – basierend auf dem Anteil mit einer Verordnung aus der entsprechenden Gruppe – eine »Verordnungshitliste« für die Personen in ambulanter, in stationärer und ohne Pflege angefertigt und nach der Verordnungshäufigkeit der Personen in ambulanter Pflege sortiert. Dargestellt in Tab. 17 sind die 30 therapeutischen Gruppen, die mindestens an ca. 10% der Personen mit ambulanter Pflege verordnet wurden. Am häufigsten wurden an ambulant Gepflegte antithrombotische Mittel verordnet (an 40%), gefolgt von High-ceiling Diuretika und ACE-Hemmern (jeweils 38%). Medikamente aus diesen therapeutischen Gruppen zählten auch bei den Personen in stationärer Pflege zu den am häufigsten verordneten Arzneimitteln. An erster Stelle standen hier allerdings die Antipsychotika gefolgt von den Analgetika und Antipyretika. Über 60-jährige Personen, die keine Pflegeleistungen in Anspruch nahmen, bekamen insgesamt weniger Verordnungen. Mit 33% bekamen sie am häufigsten nichtsteroidale Antiphlogistika und Antirheumatika, gefolgt von ACE-Hemmern und Beta-Adenorezeptor-Antagonisten.

Tab. 17

Verordnungshitliste für Arzneimittel (Anteil mit Verordnung)

Verordnung	Ambulante Pflege	Stationäre Pflege	Ohne Pflege
Antithrombotische Mittel	40,2%	32,7%	22,3%
High-ceiling-Diuretika	37,8%	38,4%	10,8%
ACE-Hemmer, rein	37,5%	32,5%	24,0%
Nichtsteroidale Antiphlogistika und Antirheumatika	36,2%	22,6%	33,4%
Andere Analgetika und Antipyretika	35,1%	40,9%	14,7%
Mittel zur Behandlung des peptischen Ulcus	31,5%	27,0%	15,1%
Herzglykoside	28,0%	26,0%	9,5%
Bei Herzerkrankungen eingesetzte Vasodilatoren	27,6%	17,8%	13,3%
Opioide	26,0%	18,6%	8,1%
Beta-Adenorezeptor-Antagonisten	23,4%	13,1%	23,9%
Antidepressiva	19,1%	21,3%	9,1%
Stomatologika	18,8%	30,4%	3,0%
Prokinetika	17,9%	19,9%	8,0%
Antipsychotika	17,3%	41,4%	3,3%
Orale Antidiabetika	16,7%	13,3%	11,7%
Selektive Calciumkanalblocker mit vorw. Gefäßwirkung	16,2%	11,3%	13,4%
Diuretika und Kaliumsparende Mittel in Kombination	15,9%	15,6%	10,0%
Antiseptika und Desinfektionsmittel	15,9%	22,2%	3,8%
Andere Ophthalmika	15,8%	13,3%	13,6%

Fortsetzung von Tab. 17

Verordnung	Ambulante Pflege	Stationäre Pflege	Ohne Pflege
Antimykotika zur topischen Anwendung	15,2%	22,4%	7,9%
Chinolone	14,5%	16,5%	6,7%
Anxiolytika	14,5%	16,2%	6,9%
Insuline und Analoga	13,7%	12,4%	4,9%
Andere Diagnostika	13,5%	14,0%	6,2%
Hypnotika und Sedativa	13,2%	15,3%	4,7%
Gichtmittel	13,2%	8,1%	9,0%
Expektorantien exkl. Kombinationen mit Antitussiva	13,1%	15,1%	7,0%
Corticosteroide, rein	12,8%	14,0%	10,2%
Topische Mittel gegen Gelenk- und Muskelschmerzen	11,2%	6,4%	8,2%
Sulfonamide und Trimethoprim	10,9%	15,2%	5,2%

3.5**Heilmittel**

Im Folgenden ist die Anzahl der im Jahr 2002 verordneten Heilmittel und der Anteil der Personen mit ambulanter bzw. stationärer Pflege mit einer Heilmittelverordnung dargestellt.

3.5.1**Anzahl der Heilmittel**

Im Durchschnitt bekamen die Personen mit ausschließlich ambulanter Pflege 0,7 Heilmittelverordnungen, die mit stationärer Pflege bekamen 0,5 Verordnungen (s. Tab. 18). Fast 80% der stationär gepflegten Personen bekamen im Laufe eines Jahres kein Heilmittel verordnet, dieser Anteil unter den ambulant Gepflegten war mit 77,5% nur unwesentlich geringer. Von den Personen mit Pflegestufe 1 erhielten 19,3% im Jahr 2002 eine Heilmittelverordnung, von den Personen mit Pflegestufe 2 24,4% und von den Personen mit Pflegestufe 3 24,0%. Die durchschnittlich verordnete Anzahl an Heilmitteln stieg mit zunehmender Pflegestufe an. Personen in Pflegestufe 1 erhielten im Durchschnitt 0,5 Verordnungen im Jahr, Personen in Stufe 3 erhielten 0,8 Verordnungen. Auch der Anteil mit mehr als 5 Verordnungen stieg besonders zwischen Pflegestufe 1 und Pflegestufe 2 an. Über 60 jährige Personen, die im Jahr 2002 keine Pflegeleistungen erhielten, erhielten im Durchschnitt nur 0,3 Heilmittelverordnungen. Etwa 85% von ihnen erhielten keine Verordnung, von den über 60-jährigen Personen mit Pflege erhielten 77,7% keine Heilmittelverordnung.

Tab. 18

Anzahl der Heilmittelverordnungen im Jahr 2002

	Mittelwert	Range	p-Wert*	> 5 HM-Verordnungen**
Ambulant	0,7	0-15		2,1%
Stationär	0,5	0-12	<0,0001	0,9%
Stufe 1	0,5	0-12		1,3%
Stufe 2	0,7	0-15	<0,0001 ¹	2,3%
Stufe 3	0,8	0-14	0,13 ²	2,4%
>60 J. mit Pflege	0,6	0-15		1,8%
>60 J. ohne Pflege	0,3	0-19	<0,0001	0,8%

* p-Werte beziehen sich auf Unterschiede zwischen den Pflegebereichen bzw. -stufen bzw. mit/ohne Pflege

¹ Unterschied zwischen Pflegestufe 1 und 2

² Unterschied zwischen Pflegestufe 2 und 3

** Heilmittelverordnung

3.5.2**Art der Heilmittelverordnung**

Wie in Tab. 19 dargestellt, wurde fast ausschließlich Physiotherapie verordnet. Etwa 20% der Personen, die Pflegeleistungen ausschließlich aus einem Versorgungsbereich in Anspruch nahmen, bekamen mindestens eine Physiotherapieverordnung. Dabei bestand kein Unterschied zwischen ambulant und stationär gepflegten Personen. Zwischen Personen in Pflegestufe 1 und Personen in höheren Pflegestufen bestand insofern ein Unterschied, als dass die Personen mit einem geringeren Hilfebedarf zu einem geringeren Anteil eine Verordnung für Physiotherapie erhielten (18,5% vs. 23,4%). Nur 15% der Personen ohne Pflegeleistungen erhielten eine Verordnung für Physiotherapie jedoch insgesamt gut 21% der Personen mit Pflegeleistungen.

Tab. 19

Anteil mit Heilmittelverordnung im Jahr 2002

Heilmittel	Ambulante Pflege	Stationäre Pflege	Stufe 1	Stufe 2	Stufe 3	Mit Pflege	Ohne Pflege
Physiotherapie	21,8	19,9	18,5	23,4	23,4	21,5	14,9
Ergotherapie	1,6	1,1	1,0	2,0	2,1	1,5	0,09
Logopädie	0,7	0,7	0,5	1,1	1,0	0,8	0,1
Sonstige	0,2	0,7	0,1	0,2	0,1	0,2	0,04

In diesem Bericht ist die Inanspruchnahme von Leistungen der GKV (SGB V) von pflegebedürftigen Personen (im Sinne von SGB XI) dargestellt. Dabei wird unterschieden zwischen Personen in ambulanter und stationärer Pflege, zwischen Personen in den drei Pflegestufen und zwischen Personen mit Pflege insgesamt und über 60-jährigen Personen, die keine Pflegeleistungen in Anspruch nehmen. Der Schwerpunkt wurde hierbei auf die einzelnen Bereiche des SGB V (ambulante Leistungen, Verordnungen und Heil- und Hilfsmittel) gelegt. Die Daten für diesen Bericht entstammen alle dem Materialienband, dessen Schwerpunkt die vergleichende Gegenüberstellung der Personen in den verschiedenen Pflegebereichen war, wurden aber zusammengefasst und hier unter einem anderen Schwerpunkt dargestellt.

Ein besonderer Vorteil der Versichertenstichprobe ist die bevölkerungsbezogene Darstellung der Inanspruchnahme von ambulanten Leistungen. Es gibt – abgesehen von spezifischen Krankheitsregistern – keine repräsentative Routinedatenquelle zu Angaben über z. B. Diagnosehäufigkeiten und Facharztkontakten. In der Berliner Altersstudie [8] wurde die Morbidität bei über 70-jährigen Bewohnern Berlins erhoben. Am häufigsten wurden Krankheiten des Kreislaufsystems genannt gefolgt von Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und Symptomen und abnormen klinischen und Laborbefunden. Diese Reihenfolge stimmt insbesondere mit unseren Ergebnissen der Personen in ambulanter Pflege überein, wobei der Anteil mit Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems, mit Symptomen und abnormen Befunden und mit Stoffwechselerkrankungen nahezu identisch ist (68% bzw. 67%). Das Diagnosespektrum der Personen in stationärer Pflege unterscheidet sich jedoch deutlich. An zweiter Stelle hinter den Herz-Kreislauf Erkrankungen folgen hier die psychischen und Verhaltensstörungen mit 79%. In der Berliner Altersstudie gaben 94% an fünf und mehr Diagnosen zu haben. In unserer Analyse hatten 75% mehr als 10 bzw. 11 Diagnosen. Dabei bestand kein Unterschied zwischen Männern und Frauen mit Pflege. Vermutlich wurden in die Berliner Altersstudie überproportional viele Personen in ambulanter Pflege eingeschlossen, so dass die Studienpopulationen nicht unmittelbar miteinander vergleichbar sind. Dies würde die Abweichungen im Diagnosespektrum und -anzahl erklären.

Uns ist bisher keine andere Veröffentlichung bekannt, in der die Anzahl der Arztkontakte oder das Facharztspektrum in Abhängigkeit vom Pflegestatus bestimmt wurde. Allerdings wurden in der Berliner Altersstudie die Arztkontakte bei Hochaltrigen erfragt. Die Studienteilnehmer waren nach Angabe der Ärzte im Durchschnitt 6,3 Mal pro Quartal beim Hausarzt [5]. Unsere Angaben liegen mit 31 bis 42 Kontakten pro Jahr – je nach Pflegestatus – etwas höher. Dies ist dadurch zu erklären, dass diese Zahl sich auf alle Arztkontakte und nicht nur auf die Hausarztbesuche bezieht. Differenziert man die Angaben nach Pflegestatus, zeigten sich deutliche Unterschiede zwischen den Pflegebereichen und -stufen. Die höhere Inanspruchnahme durch Personen in stationärer Pflege (42 Arztkontakte versus 31 bei den ambulant Gepflegten) könnte dadurch begründet sein, dass ein Arzt regelmäßig ins Pflegeheim kommt und bei all seinen Patienten vorbeischauf. Die mit der Pflegestufe

ansteigende Arztkontaktrate könnte ein Spiegel der mit der Pflegestufe zunehmenden Multimorbidität sein. Von den Teilnehmern der Berliner Altersstudie wurden in erster Linie Augenärzte, Orthopäden, Hals-Nasen-Ohren-Ärzte, Urologen und Gynäkologen aufgesucht [5]. Diese Rangfolge stimmt mit unseren Daten überein, jedoch ergeben sich aus der Differenzierung nach dem Pflegestatus zusätzliche Erkenntnisse. So geht die höhere Inanspruchnahme von Dermatologen, Neurologen, Urologen und psychologischen Instituten von Personen in stationärer Pflege bzw. von Personen in höherer Pflegestufe mit der höheren Prävalenz von dermatologischen bzw. neurologischen Diagnosen bei diesen Pflegegruppen einher.

Ein weiteres Ergebnis unserer Analysen war, dass Personen in höheren Pflegestufen mehr Arzneimittel innerhalb eines Jahres verordnet bekommen als Personen in Pflegestufe 1. Personen in stationärer Pflege erhielten jedoch weniger Verordnungen als Personen im ambulanten Pflegebereich. Eine Untersuchung zur Arzneimittelanwendung von Versicherten einer Betriebskrankenkasse in Berlin von 1999 ergab eine durchschnittliche Anzahl Verordnungen innerhalb eines Jahres für Personen in stationärer Pflege von 33, für Personen in ambulanter Pflege von 35 und für über 60-jährige Personen ohne Pflege von 22 [7]. Die Pflegebedürftigen in unserer Studienpopulation erhielten im Median 3 bzw. 4 Verordnungen mehr im Jahr. Dagegen erhielten die Personen ohne Pflegeleistungen im Median nur 13 Verordnungen. Diese Abweichungen können unter anderem auf veränderte Rahmenbedingungen der Gesundheitsgesetzgebung zwischen 1999 und 2002 zurückzuführen sein. Im Anteil Patienten mit einer bestimmten Verordnung stimmen unsere Daten von 2002 mit denen der BKK-Versicherten von 1999 in der Größenordnung überein. Personen in stationärer Pflege erhielten jeweils am häufigsten Diuretika (AOK: 38,4%, BKK: 37,2%), Antikoagulanzen (AOK: 32,7%, BKK: 41,2%), Antipsychotika (AOK: 41,4%, BKK: 40,1%) und Nicht-opioide Analgetika (AOK: 40,9%, BKK: 30,4%). Die zwischen ambulant und stationär Gepflegten zum Teil recht unterschiedlichen Anteile mit bestimmten Verordnungen spiegeln das unterschiedliche Diagnosespektrum wider, so z. B. die nicht steroidalen Antiphlogistika und Antirheumatika, die 36% der Personen in ambulanter Pflege und nur 23% der stationär Gepflegten erhielten (Anteil mit Muskel-Skelett-Erkrankungen: ambulant: 68%, stationär: 55%, s. Tab. 7).

Hinsichtlich der Heilmittelverordnungen fällt auf, dass fast ausschließlich Physiotherapie verordnet wurde. Sowohl von den ambulant als auch von den stationär Gepflegten erhielten etwa 20% eine solche Verordnung. Aus den hier durchgeführten Analysen ist allerdings nicht zu entnehmen, ob damit auch der Bedarf gedeckt ist. Der dritte Bericht zum Thema Pflege (Bericht Pflege Teil C) beschäftigt sich explizit mit der Frage nach der bedarfsgerechten Verordnung von Heilmitteln.

Im Rahmen dieses Berichts konnte ein Überblick über die Inanspruchnahme von Leistungen aus dem SGB V durch Pflegeleistungsempfänger (auch im Vergleich zu über 60-jährigen Personen ohne Pflegeleistungen) gegeben

werden. Dies war nur durch die Verknüpfung der Sektoren und den Personenbezug der Daten möglich, ist also weder durch die Auswertung von »Krankenkassendaten« noch – in dem Umfang – durch eine Primärerhebung zu erreichen.

- 1 Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. Vierter Bericht zur Lage der älteren Generation: Risiken, Lebensqualität und Versorgung Hochaltriger – unter besonderer Berücksichtigung demenzieller Erkrankungen. Berlin, 2002
- 2 Fricke G, Günther J, Zawinell A. Anatomisch-therapeutisch-chemische Klassifikation mit den Tagesdosen für den deutschen Arzneimittelmarkt. ATC-Index mit DDD. Angaben. GKV-Arzneimittelindex. Bonn [<http://www.wido.de>]
- 3 Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Revision. Stand 15. August 2003. Hrsg.: Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information. Videel-Verlag, 2003
- 4 Kassenärztliche Bundesvereinigung. Einheitlicher Bewertungsmaßstab (EBM) mit den Vertragsgebührenordnungen Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen (BMÄ) und Ersatzkassen-Gebührenordnung (E-GO). Stand: 1. Oktober 2001. Deutscher Ärzteverlag, Köln, 2001
- 5 Linden M, Gilberg R, Horgas AL, Geiselman B. Die Inanspruchnahme medizinischer und pflegerischer Hilfe im hohen Alter. In: Mayer KU, Balthes PB (Hrsg.): Die Berliner Altersstudie. Akademie Verlag Berlin, 1996: 475-496
- 6 Pick P, Brüggemann J, Grote C, Grünhagen E, Lampert T. Pflege. Schwerpunktbericht der Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Robert Koch-Institut, Berlin 2004
- 7 Pittrow D, Krappweis J, Kirch W. Arzneimittelanwendung bei Alten- und Pflegeheimbewohnern im Vergleich zu Patienten in ambulanter Pflege bzw. ohne Pflegebedarf. Deutsche Medizinische Wochenschrift 2002; 127: 1995-2000
- 8 Steinhagen-Thiessen E, Borchelt M. Morbidität, Medikation und Funktionalität im Alter. In: Mayer KU, Balthes PB (Hrsg.): Die Berliner Altersstudie. Akademie Verlag Berlin, 1996: 151-183

Berichte zum Thema »Pflegeversicherung« stellen in erster Linie die Häufigkeit und Entwicklung der Pflegebedürftigkeit und die Inanspruchnahme der verschiedenen Leistungsarten der Pflegeversicherung dar. Zur Morbidität im Alter und zum Inanspruchnahmeverhalten ärztlicher Leistungen differenziert nach Pflegeleistung gibt es jedoch kaum Daten. In dieser Untersuchung werden für die verschiedenen Pflegestufen und -arrangements (ambulant/stationär) Unterschiede sowohl im Diagnosespektrum aus der ambulanten Versorgung als auch in der Inanspruchnahme von ambulanten Leistungen aufgezeigt.

Als Datenbasis dient die Versichertenstichprobe AOK Hessen/KV Hessen. Die Studienpopulation umfasst aus der Gruppe der durchgängig Versicherten und Verstorbenen der Jahre 1998 bis 2002, alle Personen, die im Jahr 1998 mindestens 60 Jahre alt waren und mindestens in einem Monat im Jahr 2002 Pflegeleistungen in Anspruch genommen haben (Personen mit Pflege) bzw. die in diesem Zeitraum keine Leistungen der Pflegeversicherung in Anspruch genommen haben (Personen ohne Pflege). Die Personen mit Pflege werden differenziert in die Personen, die ausschließlich Leistungen eines Pflegebereichs (ambulant/stationär) bzw. einer Pflegestufe in Anspruch genommen haben.

Erwartungsgemäß zeigte sich, dass Pflegeleistungsempfänger multimorbider sind – das heißt mehr verschiedene Diagnosenennungen aufweisen – als Personen ohne Pflege. Am häufigsten wurden bei allen untersuchten Gruppen Diagnosen aus der ICD-Hauptgruppe »Krankheiten des Kreislaufsystems« genannt. Bei Personen in ambulanter Pflege und Pflegestufe 1 folgten Diagnosen aus dem Bereich des Muskel-Skelett-Systems, wohingegen Personen in stationärer Pflege und den Pflegestufen 2 und 3 eher Diagnosen aus den Bereichen »Symptome und abnormen klinischen Befunde« und »psychische und Verhaltensstörungen« erhielten.

Personen mit ausschließlich ambulanter Pflege suchten im Durchschnitt 2,5 Mal pro Monat einen Arzt auf, Personen in stationärer Pflege etwa 3,5 Mal. Die Zahl der Arztbesuche stieg auch mit zunehmender Pflegestufe. Nicht-Pflegebedürftige hatten im Median 1,5 Arztkontakte im Monat. In Bezug auf die Facharztinanspruchnahme zeigten sich – auch bedingt durch das unterschiedliche Morbiditätsspektrum – große Unterschiede. Personen in ambulanter Pflege suchten häufig den Augenarzt, den Chirurgen und den Radiologen auf, Personen in stationärer Pflege dagegen den Neurologen und den Dermatologen.

Hinsichtlich der ärztlichen Leistungen fiel auf, dass ambulant Gepflegte im Median ein größeres Leistungsspektrum in Anspruch nahmen im Vergleich zu stationär Gepflegten (27 vs. 22 verschiedene Leistungen in einem Jahr). Je höher die Pflegestufe war, desto weniger unterschiedliche Leistungen wurden in Anspruch genommen.

Die Anzahl der Verordnungen stieg mit der Pflegestufe an. Personen in Pflegestufe 1 erhielten im Median 34 Packungen im Jahr 2002, Personen in Pflegestufe 3 dagegen 45 Packungen. Personen in ambulanter Pflege erhielten mehr Verordnungen im Vergleich zu Personen in stationärer Pflege (Median: 39 vs. 36 Packungen). Personen, die keine Pflegeleistungen in Anspruch nahmen, erhielten nur 13 Packungen im Median. Bei der Untersuchung der Anzahl der Verordnungen aus verschiedenen anatomischen Hauptgruppen, die einen Hinweis auf die Breite der Medikation gibt, zeigte sich kaum ein Unterschied zwischen den Pflegebereichen bzw. -stufen. Im Median erhielten Personen Arzneimittel aus 5 bzw. 6 von 14 möglichen anatomischen Hauptgruppen innerhalb eines Jahres. Personen ohne Pflegeleistungen erhielten im Median Arzneimittel aus nur 4 Hauptgruppen. Betrachtet man allerdings nicht die Anzahl sondern die Art der verordneten Medikamente, waren Unterschiede zwischen den Pflegebereichen und den Pflegestufen festzustellen. Deutlich mehr Personen in stationärer als in ambulanter Pflege (58% vs. 47%) bekamen im Jahr 2002 mindestens ein Medikament aus der Gruppe der Dermatologika bzw. der Antiinfektiva (47% vs. 38%). Dagegen erhielt die Hälfte der ambulant Gepflegten mindestens eine das Muskel-Skelett System betreffende Verordnung, hingegen nur jede dritte Person in stationärer Pflege.

Die durchschnittliche Anzahl verordneter Heilmittel (dabei handelte es sich fast ausschließlich um Physiotherapie) stieg die mit zunehmender Pflegestufe an. Personen in Pflegestufe 1 erhielten im Durchschnitt 0,5 Verordnungen im Jahr, Personen in Stufe 3 erhielten 0,8 Verordnungen. Über 60 jährige Personen ohne Pflegeleistungen erhielten im Durchschnitt nur 0,3 Heilmittelverordnungen.

Im Rahmen dieses Berichts konnte ein Überblick über die Inanspruchnahme von Leistungen aus dem SGB V durch Pflegeleistungsempfänger (auch im Vergleich zu über 60-jährigen Personen ohne Pflegeleistungen) gegeben werden. Dies war nur durch die Verknüpfung der Sektoren und den Personenbezug der Daten möglich, ist also weder durch die Auswertung von »Krankenkassendaten« noch – in dem Umfang – durch eine Primärerhebung zu erreichen.