

Diskussionsbeitrag aus der
Fakultät Wirtschaftswissenschaften
Universität Duisburg-Essen
Campus Essen

Nr. 175

September 2009

**Weiterentwicklung des RSA zur Vermeidung von
Pflegebedürftigkeit**

**– Erarbeitung eines Konzepts zur nachhaltigen Stärkung von
Anreizen für die gesetzlichen Krankenkassen zur Vermeidung
von Pflegebedürftigkeit –**

Rebecca Jahn
Gerald Lux
Anke Walendzik
Jürgen Wasem

Executive Summary

1. Zwar hat die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) den gesetzlichen Auftrag, Pflegebedürftigkeit zu vermeiden oder zu vermindern. Jedoch haben die Krankenkassen nur ein geringes ökonomisches Interesse daran, Maßnahmen zu finanzieren, deren finanzielle Erfolge vornehmlich bei der gesetzlichen Pflegeversicherung (GPV) durch verzögerte oder vermiedene Pflegebedürftigkeit anfallen. Daher besteht die Gefahr, dass die Krankenkassen effiziente Maßnahmen unterlassen – oder diese nur mit Verzögerung genehmigen –, welche die Pflegebedürftigkeit ihrer Versicherten vermeiden oder verringern, wie zum Beispiel Rehabilitationsmaßnahmen oder auch ein gezieltes Case Management oder andere Formen des Versorgungsmanagements. Ziel des vorliegenden Forschungsprojektes ist die Erarbeitung eines wirksamen Konzepts zur nachhaltigen Stärkung von Anreizen für die GKV zur Vermeidung von Pflegebedürftigkeit. Dazu müssen die Finanzströme im Gesundheitswesen so geordnet werden, dass Vermeidung von Pflegebedürftigkeit für die Krankenkassen attraktiv wird.
2. Zwei Arten von Modellen erscheinen sinnvoll: Beim ersten Modelltyp wird an den **konkreten Aktivitäten** der jeweiligen Krankenkasse zur Reduktion von Pflegebedürftigkeit angesetzt (**Maßnahmen-orientierte Ansätze**). Hierzu ist es notwendig, auf Basis empirischer Untersuchungen festzulegen, welche Maßnahmetypen geeignet sind, Pflegebedürftigkeit zu vermeiden. Der zweite Modelltyp orientiert sich am **Erfolg** der Aktivitäten einer Krankenkasse, unabhängig von konkret eingesetzten Maßnahmen (**Output-orientierte Ansätze**). Erfolg wird in diesem Zusammenhang verstanden als eingesparte Kosten auf Seiten der GPV. Dazu muss messbar sein, ob sich die Pflegebedürftigkeit der Mitglieder einer Krankenkasse anders entwickelt hat, als es nach Alter und Morbidität sowie eventuell weiterer exogener Faktoren zu erwarten war.
3. Bei den **Maßnahmen-orientierten Ansätzen** besteht ein erster Weg darin, die Transferzahlungen auf der Basis des ökonomischen Erfolgs der von den Krankenkassen eingesetzten Maßnahmen, also der eingesparten Kosten bei der GPV, zu bemessen. (**Lösungsansatz I**). Zum anderen können den Krankenkassen die durchschnittlichen Kosten von Maßnahmen, die Pflegebedürftigkeit vermeiden, ganz oder teilweise erstattet werden (**Lösungsansatz II**). Auch sind **Mischmodelle** möglich, bei denen die Erstattung von Maßnahmekosten mit einem erfolgsorientierten Anteil, der sich auf die Einsparungen auf Seiten der GPV bezieht, kombiniert werden. Da die GPV von den Maßnahmen der Krankenkassen profitiert, liegt nahe, dass sie die Transferzahlungen an die Krankenkassen finanziert. Der Finanztransfer könnte über den Gesundheitsfonds geschehen, aber auch im direkten Transfer zwischen den Sozialversicherungsträgern.
4. Ausgangspunkt der **Output-orientierten Ansätze** ist ein Vergleich von prognostizierten und tatsächlichen Pflegekosten der Versicherten einer Krankenkasse. Methodische Voraussetzung ist es, dass ein erwartetes Aufkommen an Pflegekosten in der GPV für ein gegebenes Klientel bei Beibehaltung des bisherigen Standes an pflegekostenvermindernden Maßnahmen prognostiziert werden kann. Diesen prognostizierten Kosten werden die tatsächlich anfallenden Pflegekosten (nach eventuellen Maßnahmen der Krankenkassen) gegenübergestellt. Aus der Differenz können

Transferzahlungen von der GPV an die GKV und/oder zwischen den Krankenkassen abgeleitet werden. Auch hierbei sind zwei Ausgestaltungen denkbar: Es kann ein eigenes Klassifikationsmodell entwickelt werden und der Finanzausgleich wird getrennt von bisher genutzten Systemen über den Gesundheitsfonds vollzogen. Oder aber es wird ein schon bestehendes Finanzausgleichssystem innerhalb der GKV, der morbiditätsorientierte Risikostrukturausgleich, genutzt und im Sinne rationaler Anreizgestaltung an der Systemgrenze von GKV und GPV modifiziert.

5. Vorteil der Output-orientierten Ansätze in Bezug auf die ökonomischen Anreize ist, dass sie am Erfolg – egal wie dieser von einer Krankenkasse erreicht wird – und nicht an vorgegebenen Maßnahmen ansetzen. Damit werden die Krankenkassen angeregt, über wettbewerbliche Suchprozesse möglichst wirksame, die Pflegebedürftigkeit beeinflussende Maßnahmen zu finden, ohne an einen begrenzten Maßnahmenkatalog gebunden zu sein. Bei den Maßnahmen-orientierten Modellen ist ein grundsätzliches Problem die strukturkonservative Anbindung an die bislang durchgeführten Maßnahmetypen. Es entstehen hier nur wenig ökonomische Anreize für die Krankenkassen zur Entwicklung innovativer und an den Versorgungsalltag der Patienten angepasster Maßnahmen zur Vermeidung bzw. Reduktion der Pflegebedürftigkeit. Auf der anderen Seite erscheint ein Maßnahmen-orientiertes Modell, insbesondere, wenn es an den reinen Maßnahmekosten ansetzt, als politisch kurzfristig am einfachsten durchsetzbar, kostengünstig und rechtlich unkompliziert in der Einführung.
6. Bezüglich der empirischen Grundlagen können sowohl bei Maßnahmen- als auch bei Output-orientierten Ansätzen jeweils unterschiedliche Limitationen auftreten. Die für die Maßnahmen-orientierten Modelle notwendigen empirischen Analysen der Wirksamkeit von Pflegebedürftigkeit beeinflussenden Maßnahmen der GKV könnten mit Umsetzungsproblemen verbunden sein. In einem nächsten Schritt sollten anhand von Daten aus der GKV und GPV daher die notwendigen empirischen Analysen im Zusammenhang mit der Implementierung von Maßnahmen-orientierten Modellen durchgeführt werden.

1. Inhalt

A. Projekthintergrund	7
B. Grundüberlegungen und Ausgangshypothesen	10
B.1 Begriffsbestimmungen	10
B.1.1 Pflegebedürftigkeit	10
B.1.2 Rehabilitation	12
B.2 Voraussetzungen einer Ineffizienz an der Systemgrenze zwischen GKV und GPV ..	13
B.3 Definition von Ausgangshypothesen.....	14
C. Vorstellung von Lösungsansätzen	16
C.1 Maßnahmen-orientierte Lösungsansätze.....	17
C.1.1 Maßnahmen-orientierter Lösungsansatz I	18
C.1.2 Maßnahmen-orientierter Lösungsansatz II	22
C.1.3 Maßnahmen-orientierte Mischmodelle.....	23
C.2 Output-orientierte Lösungsansätze	25
C.2.1 Output-orientierter Lösungsansatz I: isolierter Finanzausgleich über den Gesundheitsfonds	26
C.2.2 Output-orientierter Lösungsansatz II: Finanzausgleich GKV/GPV eingebunden in den RSA	28
D. Diskussion	30
E. Fazit und Empfehlungen	34
F. Quellenverzeichnis	36
G. Anhang	38

2. Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Die häufigsten pflegebegründenden Einzeldiagnosen aus den Kapiteln des ICD-10 bei Pflegebedürftigen 2002	19
Tabelle 2: Erste pflegebegründende Diagnose bei Pflegebedürftigen 2002 - die fünf häufigsten Krankheitsgruppen-.....	38
Tabelle 3: Erste pflegebegründende Diagnose bei Pflegebedürftigen Stufe I 2002 - die fünf häufigsten Krankheitsgruppen -.....	38
Tabelle 4: Erste pflegebegründende Diagnose bei Pflegebedürftigen Stufe II 2002 - die fünf häufigsten Krankheitsgruppen –.....	38
Tabelle 5: Erste pflegebegründende Diagnose bei Pflegebedürftigen Stufe III 2002 - die fünf häufigsten Krankheitsgruppen –.....	39

3. Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Pflegebedürftigkeit in Deutschland 1999 bis 2030 (Status-Quo-Szenario)	7
---	---

4. Abkürzungsverzeichnis

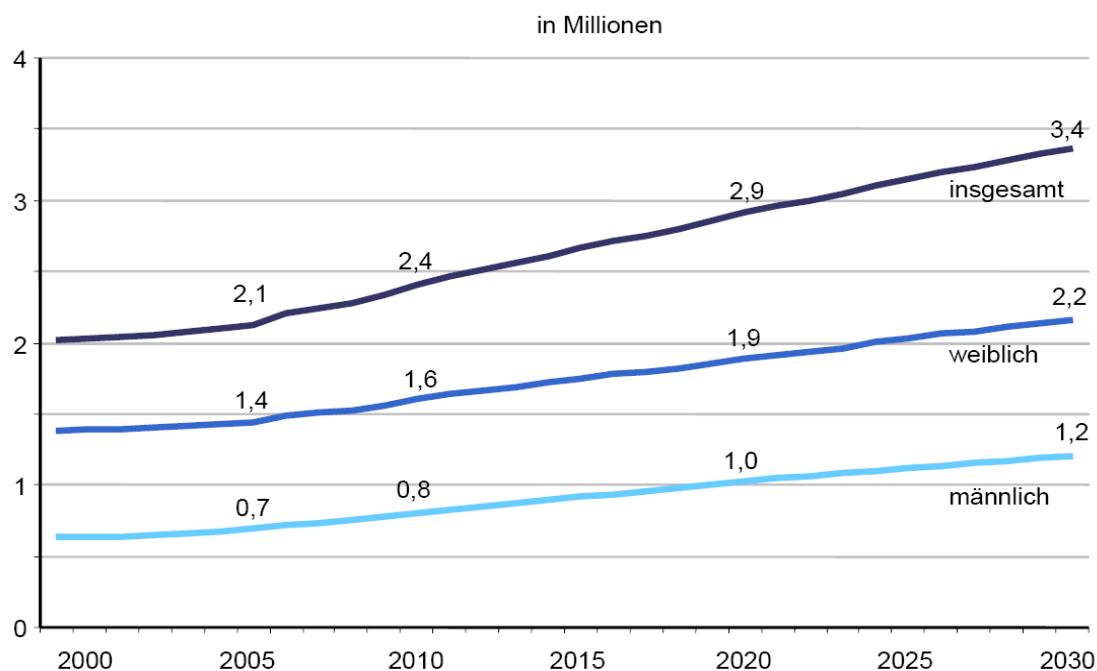
BMFSFJ	=	Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend
BMG	=	Bundesministerium für Gesundheit
DMP	=	Disease Management Programm
ICD	=	International Classification of Diseases
GKV	=	gesetzliche Krankenversicherung
GPV	=	gesetzliche Pflegeversicherung
MDK	=	Medizinischer Dienst der Krankenkassen
MDS	=	Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen
RSA	=	Risikostrukturausgleich
SGB	=	Sozialgesetzbuch

Projekthintergrund¹

Die strukturierte Versorgung alter und chronisch kranker Patienten mit dem besonderen Ziel, eine (drohende) Pflegebedürftigkeit zu vermeiden, zu beseitigen oder zu vermindern, hat in den letzten Jahren zunehmend an Bedeutung gewonnen. Ursachen dafür waren nicht zuletzt der demographische Wandel, die Änderungen der Morbiditätsstruktur und in deren Folge die Einführung der gesetzlichen Pflegeversicherung (GPV). Hierdurch wurde ein Paradigmenwechsel von akutmedizinischer und rein sektorbezogener Betrachtung hin zu stärkerer Fokussierung auf sektor- und krankheitsübergreifende Behandlungsansätze eingeleitet.

Laut Pflegestatistik aus dem Jahr 2007 gelten mehr als 2,2 Millionen Menschen in Deutschland als pflegebedürftig im Sinn des Pflegeversicherungsgesetzes (SGB XI). Mit 83% war die Mehrheit der Pflegebedürftigen 65 Jahre alt und älter, der Anteil der Hochbetagten ab einem Alter von 85 Jahren lag bei 35%.² Nach den Ergebnissen der 11. Koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung sind im Jahr 2020 2,9 Millionen Pflegebedürftige und im Jahr 2030 etwa 3,4 Millionen Pflegebedürftige zu erwarten (siehe Abbildung 1)³.

Abbildung 1: Pflegebedürftigkeit in Deutschland 1999 bis 2030 (Status-Quo-Szenario)



¹ Die Verfasser danken Susanne Staudt für die kritische Durchsicht des Manuskriptes.

² Vgl. Statistisches Bundesamt (2009a) Zugriff am 10.08.2009

³ Vgl. Statistisches Bundesamt (2009b) Zugriff am 11.08.2009

Quelle: Statistisches Bundesamt (2009b)

Die Zahl der von Pflegebedürftigkeit betroffenen Personen wird zwischen den Jahren 2005 und 2020 um mehr als ein Drittel (37%) ansteigen. Bis 2030 ist mit einem Anstieg um 58% zu rechnen.⁴

Rehabilitationen zum Zweck einer Vermeidung oder Reduktion von Pflegebedürftigkeit haben sich zu einem relevanten Thema der gesundheitlichen, vor allem der pflegerischen Versorgung entwickelt⁵. Mit dem Inkrafttreten der gesetzlichen Pflegeversicherung 1995 und der Stärkung des Grundsatzes „Rehabilitation vor Pflege“ in den letzten Jahren sind die rechtlichen Voraussetzungen geschaffen worden, dass die gesetzlichen Krankenversicherungen (GKV) zu gewichtigen Trägern von Rehabilitation auch in diesem Bereich wurden.

Die Trennung der Risiken zwischen Krankenbehandlung nach SGB V und Pflegebedürftigkeit nach SGB XI ist anreiztheoretisch jedoch problematisch zu bewerten: Während die Krankenkassen im Rahmen des SGB V miteinander im Wettbewerb stehen⁶, sind sie als Pflegekassen im Rahmen des SGB XI in eine Einheitsversicherung mit vollständigem ausgabenbezogenen Finanzausgleich einbezogen. Mehrausgaben im SGB V-Bereich müssen also kassenindividuell getragen werden, Einsparungen im SGB XI-Bereich hingegen werden über alle Kassen sozialisiert. Es besteht daher wenig Anreiz für die Krankenkassen, im SGB V-Bereich durch zusätzliche Ausgaben Pflegebedürftigkeit zu vermeiden. Jüngste Regelungen sehen zwar vor, dass eine Krankenkasse eine Strafzahlung an die Pflegekasse zu leisten hat, wenn notwendige Leistungen zur Rehabilitation innerhalb von sechs Monaten nach Antragstellung nicht erbracht worden sind.⁷ Weder wird hier jedoch ein systematischer Zusammenhang zwischen dem Erfolg von Pflegebedürftigkeit vermeidenden Maßnahmen und finanziellen Anreizen hergestellt, noch hat sich, bislang zumindest, erkennbar etwas geändert. Möglicherweise wirkt die organisatorische und personelle Anbindung der Pflegekasse an die jeweilige Krankenkasse auch hemmend auf die Umsetzung der Strafzahlungen nach § 40 SGB V. Denn eine Strafzahlung wird hier vom zuständigen Sachbearbeiter letztendlich gegenüber der eigenen Organisation angedroht oder durchgesetzt.

Rehabilitationsmaßnahmen sind nicht die einzigen denkbaren Maßnahmen von Krankenkassen, Pflegebedürftigkeit ihrer Versicherten zu vermeiden oder zu verringern. Denkbar sind z.B. auch ein gezieltes Case Management oder andere Formen des Versorgungsmanagements. Aber auch hier besteht

⁴ Vgl. Statistisches Bundesamt (2009b) Zugriff am 11.08.2009

⁵ Vgl. Dangel, Kolleck, Korpral (2005)

⁶ Krankenkassen haben im Wettbewerb das vorrangige Ziel, die eigenen Beitragsätze gering zu halten. Seit 2009, nach Einführung des Gesundheitsfonds, bedeutet dies: möglichst einen Zusatzbeitrag zu vermeiden oder sogar eine Prämienausschüttung zu leisten (Felder 2007).

⁷ Vgl. § 40 Abs. 3 SGB V in der Fassung des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes v. 28.5.09 (BGBl. I S. 874).

die oben beschriebene anreiztheoretische Problematik, der in diesem Falle noch nicht einmal die gesetzliche Sanktionsmöglichkeit entgegenwirkt.

Von dieser unbefriedigenden Gestaltung der ökonomischen Anreize an der Sektorengrenze zwischen GKV und GPV leitet sich das Ziel dieses Forschungsprojektes des Alfred Krupp von Bohlen und Halbach Stiftungslehrstuhls für Medizinmanagement der Universität Duisburg-Essen ab. Es soll ein wirksames Konzept zur nachhaltigen Stärkung von Anreizen für die GKV zur Vermeidung von Pflegebedürftigkeit erarbeitet werden.

Grundüberlegungen und Ausgangshypothesen

Ausgangslage des vorliegenden Forschungsprojektes ist also eine vermutete Ineffizienz an der Systemgrenze zwischen der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) und der gesetzlichen Pflegeversicherung (GPV). Obwohl die GKV durch den Gesetzgeber den Auftrag erhalten hat, Pflegebedürftigkeit zu vermeiden oder zu vermindern, existiert auf Seiten der Krankenkassen nur ein geringes Interesse Pflegebedürftigkeit beeinflussende Maßnahmen zu finanzieren, deren Erfolge vornehmlich bei der GPV zu Buche schlagen.^{8: 9} Somit besteht die Möglichkeit, dass aufgrund fehlender ökonomischer Anreize die GKV Maßnahmen unterlässt oder nur mit Verzögerung genehmigt, die systemübergreifend effizient wären. Denn ihre kostenreduzierende Wirkung kommt lediglich bei der GPV zur Geltung, während die einzelne Krankenkasse die Kosten der Maßnahme tragen muss.

B.1 Begriffsbestimmungen

Im Rahmen des vorliegenden Forschungsprojektes erscheint es zu Beginn der Hypothesenformulierung erforderlich, die Begriffe Pflegebedürftigkeit und Rehabilitation näher zu bestimmen.

B.1.1 Pflegebedürftigkeit

Pflegebedürftigkeit ist ein multidimensionales und vielschichtiges Phänomen.¹⁰ Der Begriff der Pflegebedürftigkeit und damit die Voraussetzung für eine Leistungsgewährung der GPV werden im SGB XI definiert. Nach § 14 Abs. 1 gelten solche Personen als pflegebedürftig, die wegen einer körperlichen, geistigen oder seelischen Krankheit oder Behinderung für die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen des täglichen Lebens für mindestens sechs Monate in erheblichem oder höherem Maße (§ 15) der Hilfe bedürfen.¹¹ Als pflegebedürftig wird nur die Person anerkannt, welche die in § 14 Abs. 4 SGB XI definierten Hilfeleistungen (Körperpflege, Ernährung, Unterstützungen im Bereich Mobilität und im Bereich der hauswirtschaftlichen Versorgung) in einem bestimmten Zeitumfang benötigt.^{12, 13}

⁸ Vgl. Plute (2002)

⁹ Vgl. SGB V § 11 Abs. 2

¹⁰ Vgl. Ströbel, Weidner (2003)

¹¹ Vgl. § 14 Abs. 1 SGB XI

¹² Vgl. § 14 Abs. 4 SGB XI

¹³ Vgl. Ströbel, Weidner (2003)

Im sozialrechtlichen Kontext wird Pflegebedürftigkeit anhand des Pflegeumfangs sowie der Art der pflegerischen Leistung bestimmt. Der Grad der Selbständigkeit in der Lebensgestaltung spielt für die Einordnung lediglich eine untergeordnete Rolle. Ausschlaggebend ist vielmehr der Hilfebedarf einer Person bei den im Gesetz definierten Basisverrichtungen.^{14, 15} Der Begriff der Pflegebedürftigkeit im SGB XI wurde bereits seit Einführung der Pflegeversicherung kritisch diskutiert. Pflegebedürftigkeit sei, so der Kern der Kritik, im SGB XI zu eng, zu verrichtungsbezogen und zu einseitig somatisch definiert. Wesentliche Aspekte, wie beispielweise die Kommunikation und soziale Teilhabe, blieben ausgeblendet, und der Bedarf an allgemeiner Betreuung, Beaufsichtigung und Anleitung bei Menschen mit eingeschränkter Alltagskompetenz werde zu wenig berücksichtigt.¹⁶

Vor dem Hintergrund der anhaltenden Kritik an der bestehenden Definition der Pflegebedürftigkeit wurde im Koalitionsvertrag vom 11. November 2005 festgelegt, dass mittelfristig eine Überarbeitung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs vorbereitet werden soll. Anfang 2009 legte der dafür gegründete Beirat zur Überprüfung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs sein Abschlussgutachten vor. Das Gutachten des Beirates enthält konzeptionelle Überlegungen zur Schaffung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs, der sich nach dem Grad der Selbständigkeit richtet, und eines neuen, bundesweit einheitlichen sowie reliablen Begutachtungsinstruments zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit nach SGB XI. Die Bewertung der Pflegebedürftigkeit soll sich, laut Empfehlungen des Beirates, nicht mehr nach dem zeitlichen Pflegeaufwand richten, sondern nach dem Grad der Selbständigkeit einer Person bei der Durchführung von Aktivitäten oder der Gestaltung von Lebensbereichen. Das neu entwickelte Begutachtungsinstrument umfasst zur Einschätzung der Pflegebedürftigkeit acht Bereiche bzw. Module, mit denen die Beeinträchtigung der Selbständigkeit ermittelt wird¹⁷. Die Ergebnisse dieser Einschätzung sind nach dem Vorschlag des Beirates die Grundlage für die Ermittlung des Grades der Pflegebedürftigkeit (Bedarfsgrad). Der Begriff der „Pfleigestufe“, welche den Grade der Pflegebedürftigkeit einer Person wiedergibt, wird in dem Konzept durch den Begriff „Bedarfsgrad“ ersetzt.¹⁸ Aus den bisher drei Pflegestufen sollen künftig fünf sogenannte Bedarfsgrade werden (Keine Pflegbedürftigkeit, Bedarfsgrad B1, Bedarfsgrad B2, Bedarfsgrad B3, Bedarfsgrad B4, Bedarfsgrad B5). Die Untergliederung in fünf Bedarfsgrade (früher Pflegestufen) wurde so angelegt, dass auch solchen Pflegebedürftigen ein Bedarfsgrad zugeordnet werden kann, die relativ geringe Beeinträchtigungen aufweisen und nach den heutigen Regelungen der GPV keine Leistungen erhalten. Damit soll verhindert werden, dass Perso-

¹⁴ Vgl. Wingefeld (2000)

¹⁵ Vgl. Ströbel, Weidner (2003)

¹⁶ Vgl. BMG (2009) Zugriff am 30.07.2009

¹⁷ Ein Modul schließt jeweils eine Gruppe artverwandter Aktivitäten, Fähigkeiten oder Lebensbereiche ein. Die acht Module erfassen folgende Punkte: Mobilität, kognitive und kommunikative Fähigkeiten, Verhaltensweisen und psychische Problemlagen, Selbstversorgung, Umgang mit krankheits-/therapiebedingten Anforderungen und Belastungen, Gestaltung des Alltagslebens und soziale Kontakte, außerhäusliche Aktivitäten, Haushaltsführung.

¹⁸ Zur Ermittlung eines Bedarfsgrades der Pflegebedürftigkeit werden die Ergebnisse der Module 1 bis 6 zusammengeführt und als Wert auf einer Skala zwischen 0 und 100 Punkten dargestellt. Die Module 7 und 8 werden gesondert berücksichtigt und dienen dazu, den Hilfebedarf einer Person zu ermitteln.

nen, die auf pflegerische Hilfe angewiesen sind, als „nicht pflegebedürftig“ bezeichnet werden.¹⁹ Eine Umsetzung der Vorschläge seitens der Regierung ist geplant, jedoch bis zum jetzigen Zeitpunkt noch nicht beschlossen.

B.1.2 Rehabilitation

Der Begriff Rehabilitation leitet sich aus dem Lateinischen ab und bedeutet „Wiederherstellung, Wiedereinsetzen“. Bei Rehabilitation handelt es sich in Deutschland um eine sozialrechtlich verankerte medizinische Versorgungsleistung (z.B. in SGB VI, SGB V, SGB IX, SGB XI u.a.).²⁰

Nach SGB IX § 1 erhalten Behinderte oder von Behinderung bedrohte Menschen Leistungen um ihre Selbstbestimmung und gleichberechtigte Teilhabe am Leben in der Gesellschaft zu fördern, Benachteiligungen zu vermeiden oder ihnen entgegenzuwirken.²¹ Die Leistungen zur Teilhabe umfassen die notwendigen Sozialleistungen (unabhängig von der Ursache der Behinderung) um unter anderem Pflegebedürftigkeit zu vermeiden, zu überwinden, zu mindern oder eine Verschlimmerung zu verhüten sowie den vorzeitigen Bezug anderer Sozialleistungen zu vermeiden oder laufende Sozialleistungen zu mindern.²² Zur Teilhabe werden neben Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben, unterhaltssichernde Leistungen, Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gesellschaft auch Leistungen der medizinischen Rehabilitation erbracht.²³

In Bezug auf den Begriff Rehabilitation bzw. Leistungen zur Rehabilitation handelt es sich im SGB XI vornehmlich um einen Personen- bzw. Versichertenkreis, der einer drohenden Pflegebedürftigkeit oder deren Verschlechterung gegenübersteht und sich mehrheitlich im Rentenalter befindet.²⁴ Maßnahmen und Leistungen der beruflichen Rehabilitation sind für diesen Versichertenkreis nicht von Relevanz. Im SGB XI ebenso wie im SGB V wird vornehmlich die medizinische Rehabilitation genannt. Beispielsweise ist laut § 5 Abs. 1 die Pflegekasse dafür verantwortlich, darauf hinzuwirken, „dass frühzeitig alle geeigneten Leistungen der Prävention, der Krankenbehandlung und der medizinischen Rehabilitation eingeleitet werden, um den Eintritt von Pflegebedürftigkeit zu vermeiden“.²⁵ Im SGB V findet sich zum Beispiel in § 11 zur Leistungsdefinition der Krankenversicherung unter Abs. 2, dass zum Leistungsumfang der GKV Leistungen zur medizinischen Rehabilitation sowie unterhaltssichernde und andere ergänzende Leistungen gehören, die eine Behinderung oder eine Pflegebedürftigkeit sowie deren Verschlimmerung abwenden, beseitigen, mildern oder ausgleichen.²⁶

¹⁹ Vgl. BMG (2009) Zugriff am 30.07.2009

²⁰ Vgl. Donner-Banzhoff (2007)

²¹ Vgl. § 1 Satz 1 SGB IX

²² Vgl. § 4 Abs. 1 Satz 2 SGB IX

²³ Vgl. § 5 SGB IX

²⁴ Vgl. Plute (2002)

²⁵ Vgl. § 5 Abs. 1 SGB XI

²⁶ Vgl. § 11 Abs. 2 SGB V

Sowohl im SGB V als auch im SGB XI ist der Begriff der Rehabilitation mehrfach enthalten, jedoch findet sich keine klare Definition oder eine entsprechende Begriffsbestimmung. Für den Geltungsbereich des SGB V und des SGB XI bietet das SGB IX eine Beschreibung der Leistungen zur medizinischen Rehabilitation. Leistungen zur medizinischen Rehabilitation sollen erbracht werden, um Behinderungen einschließlich chronischer Krankheiten, Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit und Pflegebedürftigkeit zu vermeiden oder zu vermindern.²⁷ Den Leistungen der medizinischen Rehabilitation sind unter anderem Behandlungen von Ärzten oder anderen Leistungserbringern, Arzneimittel, Verbandmittel, Heilmittel, Hilfsmittel, Psychotherapie als ärztliche und psychotherapeutische Behandlung sowie Belastungsproben und Arbeitstherapien zuzuordnen.²⁸

Für das SGB V bietet darüber hinaus die Rehabilitations-Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 92 Abs. 1 Satz. 2 Nr. 8 SGB V aus dem Jahr 2004 in § 4 eine Bestimmung zum Begriff der medizinischen Rehabilitation. Hier umfasst die medizinische Rehabilitation „[...] einen ganzheitlichen Ansatz, der über das Erkennen, Behandeln und Heilen einer Krankheit hinaus die wechselseitigen Beziehungen zwischen den Gesundheitsproblemen eines Versicherten berücksichtigt, um im Einzelfall den bestmöglichen Rehabilitationserfolg im Sinn der Teilhabe an Familie, Arbeit, Gesellschaft und Beruf zu erreichen“.²⁹

B.2 Voraussetzungen einer Ineffizienz an der Systemgrenze zwischen GKV und GPV

Voraussetzungen einer Ineffizienz an der Systemgrenze zwischen der GKV und der GPV sind zum einen die Existenz von Maßnahmen der GKV, die einen positiven Einfluss auf die Entwicklung und den Verlauf einer Pflegebedürftigkeit haben. Zum anderen die Möglichkeit der GKV, die Inanspruchnahme solcher Maßnahmen durch ihre Versicherten zu beeinflussen. Anders:

1. Es existieren Maßnahmen im Leistungsbereich der GKV, die
 - den Eintritt von Pflegebedürftigkeit vermeiden oder verzögern können,
 - die Einstufung in eine höhere Pflegestufe vermeiden oder verzögern können oder
 - das Auslaufen der Pflegebedürftigkeit befördern können.

2. Die GKV hat die Möglichkeit, die Inanspruchnahme solcher Maßnahmen maßgeblich zu beeinflussen durch
 - Gestaltung von Genehmigungsverfahren bei allgemeinen GKV-Leistungen und
 - Vorhaltung spezieller Maßnahmen durch einzelvertragliche Regelungen

²⁷ Vgl. § 26 Abs. 1 SGB IX

²⁸ Vgl. § 26 Abs. 2 SGB IX

²⁹ Vgl. § 4 Abs. 1 Satz 1 Rehabilitations-Richtlinien

Der GKV stehen eine Vielzahl von möglichen Maßnahmen zur Verfügung, die sich nachhaltig auf die Entstehung oder den Verlauf einer Pflegebedürftigkeit auswirken könnten. Neben medizinischen Rehabilitationsmaßnahmen und spezifischen geriatrischen Rehabilitationsmaßnahmen, welche sowohl ambulant als auch stationär durchgeführt werden, können die Krankenkassen auch durch den Einsatz strukturierter oder spezifisch entwickelter Versorgungskonzepte Einfluss auf die Entwicklung oder den Verlauf einer Pflegebedürftigkeit nehmen. Solche Versorgungskonzepte (mit dem Ziel der Prävention von Pflegebedürftigkeit) könnten in Form von Case Management Modellen, integrierten Versorgungsverträgen nach § 140a ff oder Disease Management Programmen speziell auf ein von Pflegebedürftigkeit bedrohtes Versichertenklientel ausgestaltet sein. Erste Modellprojekte im Bereich der Prävention von Pflegebedürftigkeit finden seit Anfang/Mitte der 90er Jahre auch zum Teil unter Beteiligung der gesetzlichen Krankenkassen statt.³⁰

Die erste der von uns definierten Voraussetzungen für eine Ineffizienz an der Systemgrenze zwischen der GKV und der GPV kann daher als gegeben betrachtet werden.

Die zweite Voraussetzung, dass Krankenkassen in der Lage sind, die Inanspruchnahme solcher Maßnahmen maßgeblich zu beeinflussen, erscheint ebenfalls als gegeben, da zum einen durch die gesetzlichen Regelungen in den letzten Jahren für die Krankenkassen entsprechende Freiräume in der vertraglichen Gestaltung geschaffen wurden. Zum anderen können die Krankenkassen ihrerseits auf Art, Dauer, Umfang, Beginn und Durchführung von Rehabilitationsleistungen Einfluss nehmen.³¹

B.3 Definition von Ausgangshypothesen

Grundlage der Konzepterarbeitung zur Korrektur der aufgezeigten unerwünschten Anreizstrukturen an der Sektorengrenze zwischen der GKV und der GPV bilden folgende drei Ausgangshypothesen:

1. Aufgrund der derzeitigen Gestaltung der Anreize auf Seiten der GKV nutzen die Krankenkassen nicht alle ihnen zur Verfügung stehenden Möglichkeiten aus, um den Eintritt von Pflegebedürftigkeit zu verhindern, rückgängig zu machen oder ihre Verschlimmerung zu vermeiden.
2. Durch die fehlerhaften Anreizstrukturen kommt es vermehrt zu Pflegebedürftigkeit im Vergleich zu einer hypothetischen Situation ohne verzerrte Anreize zwischen den beiden Sozialversicherungssystemen. Folge dieser Ineffizienzen ist ein vermeidbarer Anstieg der Kosten in der GPV.
3. Es lassen sich Konzepte oder Lösungswege entwickeln, welche die verzerrten ökonomischen Anreize im Status Quo an der Sektorengrenze ohne Abschaffung der Trennung zwischen der GKV und der GPV korrigieren.

³⁰ Vgl. Ströbel; Weidner (2003)

³¹ Vgl. § 40 Abs. 3 SGB V

Die ersten beiden Hypothesen lassen sich, wie in den vorangegangenen Kapiteln aufgezeigt, theoretisch aus den bekannten ökonomischen Anreizwirkungen herleiten. Krankenversicherungen haben im Wettbewerb das vorrangige Ziel, die Beiträge gering zu halten, bzw. unter der heutigen Situation mit Gesundheitsfonds möglichst keine Zusatzbeiträge erheben zu müssen oder sogar eine Prämienauschüttung zu leisten. Obgleich die Zuständigkeit der GKV für das Rehabilitationsgeschehen zuletzt durch die Regelungen des Wettbewerbsstärkungsgesetzes aus dem Jahr 2007 bekräftigt wurde, haben Krankenkassen lediglich ein untergeordnetes Interesse daran, durch einen vermehrten Einsatz von Rehabilitation oder anderen Maßnahmen nachhaltig Einfluss auf die Entwicklung oder den Verlauf der Pflegebedürftigkeit ihrer Versicherten zu nehmen. Die Mehrausgaben für solche Leistungen im Bereich des SGB V müssen die Krankenkassen individuell tragen, wohingegen die Einsparungen durch die kassenseitig finanzierten Maßnahmen im SGB XI-Bereich über alle Pflegekassen sozialisiert werden. Bezüglich der existierenden Maßnahmen zur Beeinflussung der Pflegebedürftigkeit ist anzumerken, dass derzeit in der Literatur nur wenige Studien zu den Auswirkungen von verschiedenen Maßnahmen der GKV zur Vermeidung von Pflegebedürftigkeit vorliegen. Einige Veröffentlichungen zu Modellprojekten aus dem Bereich der Pflegeprävention, welche die Evaluationsergebnisse einzelner, seit Mitte der 90er Jahre durchgeführter Modellprojekte berichten, konnten identifiziert werden.³² Ebenso konnten Untersuchungen zu indikationsspezifischen Rehabilitationsmaßnahmen gefunden werden.^{33,34,35} Jedoch fehlen Studien, die umfassend die Wirkungen verschiedener Maßnahmen der GKV zur Vermeidung von Pflegebedürftigkeit allgemein untersuchen. Eine Studie von Dangel, Kolleck und Korporal aus dem Jahr 2005 hatte zum Ziel, Art, Umfang, Qualität und Begrenzung von Leistungen der Rehabilitation, vor allem der GKV, bei Pflegebedürftigkeit zu evaluieren. Die Forschungsfragen dieser Untersuchung richteten sich in einem ersten deskriptiven Teil auf die Realisierung und Umsetzung des Anspruchs der Rehabilitation bei ambulant Pflegebedürftigen. Zweitens wurde versucht anhand von quantitativen-empirischen Analysen, die durch die Gesetze eingeführten offenen Begriffe Rehabilitationsbedürftigkeit, Rehabilitationsfähigkeit und Unzumutbarkeit evaluativ zu klären sowie Kriterien für Erfolg und Prognose von Rehabilitationsleistungen zu definieren. Aussagen über den Erfolg der eingesetzten Rehabilitationsmaßnahmen wurden nicht gemacht.³⁶

Für die Erarbeitung eines Konzeptes zur Korrektur unerwünschter Anreizstrukturen an der Sektorengrenze zwischen der GKV und der GPV könnten jedoch, je nach gewähltem Lösungsansatz, empirisch gewonnene Erkenntnisse über den Wirkungsgrad einzelner Maßnahmen notwendig sein.

³² Vgl. Ströbel, Weidner (2003)

³³ Vgl. Martin et al. (2000)

³⁴ Harris, O'Hara, Harper (1995)

³⁵ Vgl. Kurse (1995)

³⁶ Vgl. Dangel, Kolleck, Korporal (2005)

Vorstellung von Lösungsansätzen

Definiertes Ziel dieses Forschungsvorhaben ist es, die unerwünschten Anreize an der Sektorengrenze zwischen GKV und GPV zu korrigieren, ohne die Trennung der zwei Sozialversicherungssysteme aufzulösen. Grundsätzlich ist dies über ein System von Finanztransfers möglich, mittels dessen die verzerrten Anreize korrigiert werden. Dabei stellen sich im Wesentlichen drei Fragen:

1. An welchen Tatbeständen sollen die Finanztransfers ansetzen?
2. Wie sind die Finanztransfers zu bemessen?
3. Wer finanziert die Finanztransfers und wie werden die Finanzströme organisiert?

Ansatzpunkte für die Finanztransfers können einerseits **konkrete Aktivitäten** sein, die – möglichst empirisch nachweisbar – zur Reduktion von Pflegebedürftigkeit führen. Andererseits kann auch am **Erfolg** – unabhängig von den eingesetzten Maßnahmen - angesetzt werden. Erfolg wird in diesem Zusammenhang verstanden als eingesparte Kosten auf Seiten der GPV. Dazu muss messbar sein, ob sich die Pflegebedürftigkeit der Mitglieder einer Krankenkasse anders entwickelt hat, als es nach Alter und Morbidität sowie eventuell weiteren exogenen Faktoren zu erwarten war.

Entsprechend der Antwort auf Frage 1 gliedern wir die hier vorgestellten Lösungsansätze also danach, ob sie **Maßnahmen-orientiert** (also ansetzend an der Maßnahme bzw. am Maßnahmetyp) oder **Output-orientiert** (also ansetzend rein am Erfolg, der Reduktion der Pflegebedürftigkeit) konstruiert sind. Vorschläge für Maßnahmen-orientierte Verfahren finden sich in Kapitel C1. Mögliche Output-orientierte Verfahren dagegen werden in Kapitel C2 vorgestellt und diskutiert.

Innerhalb der **Maßnahmen-orientierten Ansätze** können die Lösungsansätze anhand der Bemessungsgrundlage der Finanztransfers differenziert werden. Einerseits können dies die Kosten sein, die der GKV für die die Pflegebedürftigkeit reduzierenden Maßnahmen entstehen. Eine solche Vorgehensweise wird in Kapitel C.1.2 vorgestellt. Solche Kosten können ganz oder teilweise erstattet werden. Andererseits ist es auch vorstellbar, die pflegekostenvermindernden Effekte der Maßnahmen zu vergüten (siehe Kapitel C.1.1). Notwendige Voraussetzung für ein solches Vorgehen ist neben der Identifikation entsprechend wirksamer Maßnahmen bzw. Maßnahmetypen auch die empirische Ermittlung der Einsparungshöhe. Schließlich kann man die beiden grundlegenden Verfahren auch im Rahmen von Mischmodellen kombinieren, die in Kapitel C.1.3 vorgestellt werden.

Ausgangspunkt der **Output-orientierten Ansätze** ist, wie oben erläutert, das Ergebnis eines beliebigen von der Krankenkasse eingesetzten Mix von Maßnahmen in Bezug auf die Kosten der Pflegebedürftigkeit ihrer Versicherten. Die hier vorgestellten zwei Varianten setzen beide an einem Vergleich von prognostizierten und tatsächlichen Pflegekosten an. Methodische Voraussetzung ist es also, dass

ein erwartetes Aufkommen an Pflegekosten in der GPV für ein gegebenes Klientel bei Beibehaltung des bisherigen Standes an pflegekostenvermindernden Maßnahmen prognostiziert werden kann. Diesen prognostizierten Kosten werden dann die tatsächlich anfallenden Pflegekosten (nach eventuellen Maßnahmen der Krankenkassen) gegenübergestellt. Aus der Differenz können Transferzahlungen von der GPV an die GKV und/oder zwischen den Krankenkassen abgeleitet werden. Die beiden Varianten unterscheiden sich in den Möglichkeiten der Konstruktion des Klassifikationsverfahrens für die Prognose sowie insbesondere in der Organisation der Finanzströme. In Kapitel C.2.1 wird ein Verfahren vorgestellt, das einen gesonderten Output-orientierten Finanzausgleich zwischen GKV und GPV sowie auch zwischen den Kassen erlaubt und innerhalb wie auch außerhalb des Gesundheitsfonds vorstellbar ist. In Kapitel C.2.2 wird ein Ausgleich im Rahmen des morbiditätsorientierten RSA modelliert.

C.1 Maßnahmen-orientierte Lösungsansätze

Ausgangspunkt der Maßnahmen-orientierten Ansätze stellen die konkreten Aktivitäten der GKV zur Vermeidung oder Reduktion von Pflegebedürftigkeit dar. Dies können, wie in den vorangegangenen Kapiteln aufgezeigt, stationäre oder ambulante Rehabilitationsmaßnahmen sein, aber auch spezifisch entwickelte Versorgungskonzepte mit der Intention, eine drohende Pflegebedürftigkeit der Versicherten abzuwenden oder den Verlauf einer bereits bestehenden Pflegebedürftigkeit positiv zu beeinflussen.

Entsprechend der eingesetzten Bemessungsgrundlage zur Berechnung von Finanztransfers zwischen der GKV und der GPV kann zwischen unterschiedlichen Lösungswegen differenziert werden.

Folgende drei Lösungsansätze sind für eine Korrektur der fehlerhaften Anreizstrukturen denkbar:

- Der Maßnahmen-orientierte Ansatz I versucht, die Einsparungen der GPV durch bestimmte Maßnahmetypen der GKV zur Beeinflussung der Pflegebedürftigkeit zu quantifizieren und auszugleichen.
- Der Maßnahmen-orientierte Ansatz II orientiert sich an den Kosten der entsprechenden Pflegebedürftigkeit beeinflussenden Maßnahmen bzw. Maßnahmetypen der GKV.
- Das Maßnahmen-orientierte Mischmodell versucht die Anreizstrukturen durch Kombination einer Erstattung der Maßnahmekosten der GKV mit einem erfolgsorientierten Anteil bei Identifikation von Einsparungen auf Seiten der GPV zu verändern.

Für alle Maßnahmen-orientierten Ansätze besteht zunächst die Notwendigkeit der Definition von Maßnahmetypen, die dazu geeignet sind, Einsparungen in der GPV hervorzurufen. Diese Maßnahmetypen können unterschiedlich breit differenziert werden. So könnte man einerseits stationäre Rehabilitationsmaßnahmen insgesamt zusammenfassen, könnte diese aber auch nach ihrem Schwerpunkt (z.B. indikationsübergreifende oder indikationsspezifische Maßnahmen) getrennt betrachten. Bereits an

diesem Punkt ist eine empirische Überprüfung der Wirksamkeit sinnvoll. Will man ganz oder teilweise am Erfolg der jeweiligen Maßnahme ansetzen (wie im Ansatz I und im Mischmodell) so sind empirische Erkenntnisse über den Wirkungsgrad von Pflegebedürftigkeit beeinflussenden Maßnahmen sogar eine zentrale Voraussetzung für die Umsetzbarkeit. Denn hier geht es um die Quantifizierung der Kosteneinsparnis. Es ist also das zu erwartende Ausmaß zu ermitteln, in dem Kosteneinsparungen im Bereich der Pflegeversicherung von den untersuchten Maßnahmen ausgelöst werden.

Weitere Einzelheiten der Lösungsansätze werden jeweils für die einzelnen Maßnahmen-orientierten Modelle dargestellt. Das potenzielle methodische Vorgehen zur empirischen Analyse des Wirkungsgrades von Pflegebedürftigkeit beeinflussender Maßnahmen wird exemplarisch - mit einer Beschreibung der dazu benötigten Datengrundlage - in Kapitel C.1.1 „Maßnahmen-orientierter Lösungsansatz I“ vorgestellt.

C.1.1 Maßnahmen-orientierter Lösungsansatz I

Ziel des Maßnahmen-orientierten Ansatzes I ist es, die der GPV durch gezielte, die Pflegebedürftigkeit nachhaltig beeinflussende Maßnahmen der Krankenkassen entstehenden durchschnittlichen Einsparungen an die GKV weiterzugeben und damit die fehlerhaften Anreizstrukturen an der Systemgrenze zu korrigieren. Als Bemessungsgrundlage für einen Ausgleichsmechanismus zwischen GPV und GKV soll der ökonomische Effekt der eingesetzten GKV-Maßnahmetypen, in Form von vermiedenen Kosten der Pflegeversicherung, für die Bestimmung der Transferzahlungen herangezogen werden. Es ist also zu untersuchen, wie hoch die Einsparungen der Pflegeversicherung durch den Einsatz von diesen Maßnahmetypen sind.

Zur Analyse des Wirkungsgrades GKV-seitiger Maßnahmen ist in einen ersten Arbeitsschritt eine Identifikation der häufigsten pflegebegründenden Diagnosen notwendig. Eine Pflegebedürftigkeit geht in vielen Fällen aus einer chronisch-degenerativen Erkrankung hervor, und die Übergänge zwischen den einzelnen Pflegestufen erscheinen fließend.³⁷ Laut SGB XI werden mit der Pflegebedürftigkeit immer Krankheiten oder Behinderungen verknüpft, die ursächlich für die Pflegebedürftigkeit sind. Aus diesem Grund müssen Gutachter des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen (MDK) in den von ihnen erstellten Pflegegutachten zur Einstufung der Betroffenen in eine Pflegestufe die pflegebegründende Hauptdiagnose und gegebenenfalls weitere wichtige Diagnosen nach der Internationalen Klassifikation von Krankheiten (ICD) angeben. Ergebnissen des Pflegeberichts des Medizinischen Dienstes der Spitzenverbände aus dem Jahr 2002 zufolge, haben fast 80% aller Pflegebedürftigen eine Hauptdiagnose aus den folgenden fünf Krankheitsgruppen: *Krankheiten des Kreislaufsystems, psy-*

³⁷ Vgl. Leister et al. (1999)

chische Krankheiten und Verhaltensstörungen, Symptome und abnorme klinische Laborbefunde die anderenorts nicht klassifiziert sind, Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes sowie Neubildungen.³⁸ Eine Übersicht der häufigsten pflegebegründenden Einzeldiagnosen aus den genannten fünf Krankheitsklassen findet sich in Tabelle 1. Im Anhang G findet sich eine Darstellung der am häufigsten Pflegebedürftigkeit auslösenden Krankheitsgruppen differenziert nach Pflegestufen.

Tabelle 1: Die häufigsten pflegebegründenden Einzeldiagnosen aus den Kapiteln des ICD-10 bei Pflegebedürftigen 2002³⁹

<i>Bezeichnung</i>		<i>Anteil v.H. an Diagnose</i>
<i>Kapitel 2, Neubildungen</i>	Bösartige Neubildung der Bronchien und der Lunge	14,3
	Bösartige Neubildung der Brustdrüse	9,7
	Bösartige Neubildung des Dickdarms	8,4
	Bösartige Neubildung der Prostata	6,7
	sonstige	60,9
<i>Kapitel 5, Psychische und Verhaltensstörungen</i>	Nicht näher bezeichnete Demenz	52,0
	Vaskuläre Demenz	13,4
	sonstige	34,6
<i>Kapitel 6, Krankheiten des Nervensystems</i>	Parkinson-Syndrom	31,7
	Alzheimer Krankheit	16,5
	Hemiplegie	9,5
	sonstige	42,3
<i>Kapitel 9, Krankheiten des Kreislaufsystems</i>	Schlaganfall	21,8
	Herzinsuffizienz	16,5
	Sonstige zerebrovaskulären Krankheiten	15,8
	Folgen einer zerebrovaskulären Krankheit	12,5
	Hirnfarkt	11,5
	sonstige	21,9
<i>Kapitel 13, Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes</i>	Polyarthrose	36,0
	Osteoporose ohne pathologische Struktur	8,0
	sonstige	56,0
<i>Kapitel 18, Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde, die anderenorts nicht klassifiziert sind</i>	Senilität	75,8
	sonstige	24,2

³⁸ Vgl. Pflegebericht des Medizinischen Dienstes (2009) Zugriff 20.06.2009

³⁹ Vgl. Pflegebericht des Medizinischen Dienstes (2009) Zugriff 20.06.2009

Zusammenhänge zwischen den Diagnosen und einem Eintritt von Pflegebedürftigkeit könnten anhand von GKV-Versichertendaten ergänzt um Informationen der GPV überprüft werden. Mit Hilfe von logistischen/ordinalen Regressionsmodellen könnte der Eintritt in bzw. die Höherstufung innerhalb der Pflegestufen in Abhängigkeit von den vorliegenden Diagnosen untersucht werden.

Nachdem entsprechende Zusammenhänge bestätigt wurden, müsste in einem zweiten Schritt überprüft werden, ob innerhalb dieser Diagnosen spezielle Maßnahmetypen einen Einfluss auf den Eintritt und den Verlauf von Pflegebedürftigkeit ausüben. Für dieses Vorgehen müsste ein entsprechendes Modell entwickelt und auf seine Umsetzbarkeit geprüft werden. Dazu eignen sich potenziell logistische aber auch ordinale oder lineare Regressionen, die als abhängige Variable entweder die Pflegebedürftigkeit bzw. Pflegestufen als solche oder die mit Pflegestufen gewichteten Zeitperioden von Pflegebedürftigkeit nach der Diagnose verwenden und als zu untersuchende Expositionen die entsprechenden speziellen Maßnahmetypen aufweisen. Als Störgrößen (Confounder) sind sowohl soziodemografische als auch Komorbiditätsdaten anzusehen, für die im Rahmen einer Risikoadjustierung zu korrigieren ist.

Auf diesem Wege kann das durchschnittliche Ausmaß des Rückgangs an Pflegetagen durch die eingesetzten Maßnahmen der GKV ermittelt werden. Die Pflegetage in den einzelnen Pflegestufen sollten dabei entsprechend dem jeweiligen Verhältnis der in der entsprechenden Pflegestufe durchschnittlichen Kosten zu den Durchschnittskosten in allen Pflegestufen gewichtet werden.

Für solche empirische Analysen würden die folgenden Informationen benötigt:

- GKV-Versichertendaten über ambulante und stationäre Diagnosen
- GKV-Versichertendaten über ambulante und stationäre Rehabilitationsmaßnahmen
- GKV-Informationen über die Versichertenteilnahme an Disease Management Programmen, Case Management Programmen
- GKV-Informationen über spezielle Versorgungsverträge und Teilnehmerinformationen
- GPV-Versichertendaten über Pflegestufen (Eintritt, Austritt, Übergang zwischen den Stufen)

Die Analyse könnte im Rahmen eines so genannten „Matched-Control-Verfahrens“ geschehen, indem eine Kontrollgruppe zur Interventionspopulation aus den vorliegenden Daten gebildet wird. Für die Bildung einer strukturgleichen Vergleichsgruppe zur Vermeidung bzw. Reduktion von potenziellen systematischen Fehlern und Verzerrungen (Confounding) eignet sich das statistische Verfahren des Matching. Dabei wird für jeden Fall ein passender Kontrollfall gesucht, der mit ihm in einigen zentralen Merkmalen, wie zum Beispiel dem Geschlecht, dem Alter, der Morbiditätsstruktur oder dem Pflegebedürftigkeitsstatus übereinstimmt.⁴⁰ Allerdings kann es bei der Messung mögliche Verzerrungen durch (Selbst-)Selektionseffekte geben; dies läge etwa vor, wenn Personen, bei denen Pflegebedürftigkeit

⁴⁰ Vgl. Bortz; Döring (2006)

leichter vermieden werden kann, bei gleicher Diagnosestellung häufiger die Empfehlung zu einer Rehabilitation erhielten.

Potenzielle Grenzen des empirischen Vorgehens könnten zum Beispiel eine unzureichende Datenlage (nicht alle notwendigen Daten können von Seiten der GKV oder der GPV generiert werden, die Daten liegen nicht in der notwendigen Differenzierung vor) oder eine eingeschränkte Qualität der Daten (eine Zusammenführung der Systemdaten ist fallbezogen nicht möglich) sein. Ebenso könnte ein zeitlich begrenzter Untersuchungszeitraum die Ergebnisse der Analysen verzerren. Sollten die den empirischen Untersuchungen zu Grunde liegenden Daten nicht ausreichen, um aussagekräftige und valide Ergebnisse zu generieren, so könnte ein im Vorfeld gebildetes Experten-Panel die Auswirkungen pflegevermeidender Maßnahmen abschätzen. Eine einfache Zuordnung der Mehrleistungen der Pflegeversicherung in den vergangenen Jahren zu Minderleistungen der medizinischen Rehabilitation auf Gesamtebene wäre dabei statistisch nicht zulässig, ohne die Einwirkung dritter Größen einzubeziehen.

Als Ergebnis der Datenauswertung und/oder des Experten-Panels resultieren im Idealfall also pflegestufengewichtete Pflagetage, die im Schnitt durch die untersuchten Maßnahmetypen der GKV eingespart werden. In den potenziellen Zeithorizont zur Identifizierung der Einsparungen in der GPV könnten entweder das Jahr der GKV-Maßnahme oder auch Nachfolgejahre in die Berechnungen einbezogen werden.

Die Transferzahlungen würden sich entsprechend nachfolgender Formel errechnen:

$$ET_M = \alpha * PFT_M * DKPF$$

Mit $0 < \alpha \leq 1$;

ET_M = erfolgsorientierte Transferzahlung für den Maßnahmentypus M

PFT_M = durch den Maßnahmentypus M eingesparte pflegestufengewichtete Pflagetage

DKPF = Durchschnittskosten pro Pflagetag.

Bei $\alpha = 1$ würde die gesamte durchschnittliche Kostenersparnis der GPV durch einen Maßnahmentyp auf die GKV transferiert.

Limitationen der Orientierung am durchschnittlichen Erfolg eines Maßnahmentyps ergeben sich durch die fehlende empirische Erfolgskontrolle beim einzelnen Maßnahmekonzept und noch einmal beim einzelnen Maßnahmedurchgang. So kann möglicherweise seitens der Krankenkasse ein Maßnahmekonzept für den jeweiligen Maßnahmentypus gewählt werden, das in unterdurchschnittlichem Ausmaße Pflegekosten vermeidet. Hier könnte allenfalls mit einem Zertifizierungssystem gegengesteuert werden, das aber aufwändig aufzulegen wäre. Zusätzlich kann die einzelne Kasse bei der Auswahl der Teilnehmer völlig von der Erfolgswahrscheinlichkeit der Maßnahme im konkreten Fall absehen, da sie

den Transfer der Pflegeversicherung ja ohnehin erhält. Auch hier käme es zu unterdurchschnittlichen Erfolgen.

Aufgrund der Orientierung der Transferzahlungen an den Kostenersparnissen in der Pflege liegt eine Finanzierung der Ausgleichszahlungen durch die GPV nahe. Der Finanztransfer zwischen dem System der GPV und der GKV könnte über den Gesundheitsfonds geschehen, aber auch im direkten Transfer zwischen den Sozialversicherungsträgern.

Als Ausgleichsmechanismus wären somit die beiden folgenden Finanzströme denkbar:

- (anteiliger) Transfer des durchschnittlich ersparten Betrags an Pflegeleistungen pro diagnostiziertem Fall durch den Einsatz von als wirksam befundenen Pflegebedürftigkeit beeinflussenden Maßnahmen der GKV– möglichst empirisch belegt – direkt von der GPV an die entsprechenden Krankenkassen oder
- Transferzahlungen der GPV an den Gesundheitsfonds der GKV und Zuweisung der entsprechenden erzielten (anteiligen) Einsparungen an die einzelnen Krankenkassen.

C.1.2 Maßnahmen-orientierter Lösungsansatz II

Der zweite Maßnahmen-orientierte Lösungsansatz hat zum Ziel, mittels einer direkten (anteiligen) Erstattung der Maßnahmekosten durch die GPV die fehlerhaften Anreizstrukturen an der Sektorengrenze zwischen GKV und GPV zu korrigieren.

Als Bemessungsgrundlage für entsprechende Transferzahlungen sollen also die Kosten der GKV für nachgewiesen als wirksam befundene Maßnahmen bzw. Maßnahmetypen zur Vermeidung oder Verminderung einer Pflegebedürftigkeit dienen. Die Maßnahmekosten können dabei ganz oder teilweise erstattet werden.

Voraussetzungen für die Umsetzbarkeit dieses Maßnahmen-orientierten Modelles sind, wie bereits in Kapitel C.1 beschrieben, empirische Erkenntnisse über die grundsätzliche Wirksamkeit der Maßnahmen auf die Pflegebedürftigkeit.

Wichtig ist es, als Bemessungsgrundlage nicht die tatsächlich entstandenen Kosten, sondern die Durchschnittskosten einer entsprechenden Maßnahme bzw. Maßnahmegattung zu verwenden, um Anreize zur wirtschaftlichen Maßnahmengestaltung aufrecht zu erhalten.

Der kostenorientierte Finanztransfer würde sich somit folgendermaßen bestimmen:

$$KT_M = b * DK_M$$

mit $b > 0$

KT_M = kostenorientierte Transferzahlung für den Maßnahmetypus M

DK_M = Durchschnittskosten des Maßnahmetypus M.

Bei $b < 1$ würde nur ein Teil, bei $b = 1$ würden die gesamten Durchschnittskosten des Maßnahmetypus erstattet.

Der Finanztransfer zwischen der GPV und der GKV könnte, wie schon beim Maßnahmen-orientierten Lösungsansatz I, entweder über den Gesundheitsfonds geschehen, aber auch in Form von direkten Transferzahlungen zwischen der GPV und den einzelnen Krankenkassen erfolgen.

Ob eine ganze oder gar teilweise Erstattung der die Pflegebedürftigkeit beeinflussenden Maßnahmekosten durch die GPV nachhaltig die fehlerhaften Anreizstrukturen zwischen den beiden Sozialversicherungssystemen korrigieren kann, ist diskussionswürdig. Eine Kostenerstattung auf Seiten der GPV kann zwar die Anreize zur Unterlassung solcher Maßnahmen reduzieren, jedoch bietet ein solcher Ansatz nur wenig ökonomische Anreize, das aktive Interesse der Krankenkasse an Pflegebedürftigkeit beeinflussenden Maßnahmen zu erhöhen. Positive Anreize zum Einsatz solcher Maßnahmen zeigen sich bei diesem Lösungsansatz mehrheitlich nur in Gestalt eines potenziell verringerten Umfangs von notwendigen medizinischen Leistungen während der Pflege, welche in den GKV-Leistungsbereich fallen oder in Form einer erhöhten Attraktivität der Krankenkasse für Versicherte und somit in einem potenziellen Wettbewerbsvorteil gegenüber anderen Kassen.

Um nachhaltig den Einsatz Pflegebedürftigkeit vermindender oder vermeidender Maßnahmen auf der Seite der GKV zu erhöhen, scheint es notwendig, den Kassen nicht nur die Maßnahmekosten zu erstatten, sondern darüber hinaus weitere finanzielle Anreize zu bieten. Dies kann im Rahmen des hier vorgestellten Modells nur über eine Erstattung der Maßnahmekosten von mehr als 100% geschehen, also mit $b > 1$. Dies würde jedoch dazu führen, dass unabhängig vom Grad des Erfolges eines Maßnahmetypus teurere Maßnahmen höhere absolute Erträge für die jeweilige Krankenkasse generieren würden. Dies könnte verzerrte Anreize zugunsten teurerer Maßnahmetypen erzeugen.

Kostenerstattungsmodelle sind relativ unkompliziert administrativ zu gestalten. Zudem sind sie in Hinblick auf die notwendige empirische Fundierung am einfachsten – es sind lediglich Erkenntnisse über die grundsätzliche Wirksamkeit der Maßnahmetypen notwendig, jedoch keine detaillierteren Berechnungen hinsichtlich der Bezifferung des monetären Vorteils für die GPV. Gleichzeitig sind sie aber nicht in der Lage, den Mitteleinsatz der GKV in Richtung eines möglichst effizienten Maßnahmemixes zur Reduzierung von Pflegebedürftigkeit zu lenken. Dies führt zu der Überlegung, ob eventuell Maßnahmen-orientierte Mischmodelle hier Abhilfe schaffen könnten.

C.1.3 Maßnahmen-orientierte Mischmodelle

Ein weiterer Weg, der Ineffizienz an den Systemgrenzen zwischen der GKV und der GPV zu begegnen, ist die Entwicklung von Maßnahmen-orientierten Mischmodellen. Ziel dieser Modelle ist die Änderung der Anreizstrukturen durch Kombination einer Erstattung von Maßnahmekosten der GKV mit einem erfolgsorientierten Anteil, der sich an den durchschnittlichen Einsparungen auf Seiten der GPV orientiert.

Die Bemessungsgrundlage für die Berechnung der Ausgleichzahlungen zwischen der GPV und der GKV besteht bei kombinierten Modellen also aus zwei Komponenten, die mathematisch unterschiedlich verknüpft werden können:

1. Maßnahmekosten
2. Erwartete Einsparung auf Seiten der GPV durch die GKV-Maßnahmen

Zunächst einmal ist ein additives Modell denkbar. Die Transferzahlung wird errechnet als Summe einer kosten- und einer erfolgsorientierten Komponente:

$$T_{add,M} = c * DK_M + d * FFT_M * DKPF$$

Mit $0 < c < 1$ und $0 < d < 1$

$T_{add,M}$ = additive Kombinations-Transferzahlung für den Maßnahmentypus M

Diese Modellvariante erstattet zum einen anteilig die Durchschnittskosten des entsprechenden Maßnahmentypus und zum anderen auch einen Anteil der durch den Maßnahmentypus bei der GPV durchschnittlich erzielten Kostenersparnis. Je nach Wahl der Faktoren c und d lässt sich die relative Bedeutung der beiden Komponenten variieren.

Eine solche Variante hätte jedoch weiterhin über den ersten Summanden die oben diskutierten Nachteile von Kostenerstattungsmodellen, die nur durch den zweiten Summanden relativiert würden. Dafür entfällt aber die unkomplizierte Ermittlung des Transferbetrages. Auch sind die gleichen empirischen Voraussetzungen notwendig wie im Maßnahmen-orientierten Ansatz I.

Möglicherweise stehen nur eingeschränkte Aussagen über die Wirksamkeit pflegevermeidender Maßnahmen zur Verfügung. Wenn diese aber zumindest eine Einteilung der Maßnahmentypen in Klassen erlauben – z.B. wenn nur über Expertenpanels empirische Erkenntnisse gewonnen werden können oder sollen – ließe sich auch folgendes multiplikative Mischmodell vorstellen:

$$T_{mult,M} = EF_M * DK_M$$

$T_{mult,M}$ = multiplikative Kombinations-Transferzahlung für den Maßnahmentypus M

EF_M = Erfolgsfaktor für den Maßnahmentypus M

EF_M könnte in einem solchen Modell gestaffelt sein entsprechend dem Grad der pflegekostenvermeidenden Wirksamkeit, die das Expertenpanel einer Maßnahme zugeordnet hat. So könnte der Transferbetrag je nach Spreizung des Faktors über die Maßnahmentypen von einer Teilkostenerstattung bis zu einer Vollkostenerstattung mit Zuschlag reichen.

Mit diesem Modell wäre es also auf einer numerisch ungenaueren empirischen Basis möglich, trotzdem Elemente der Erfolgsorientierung in ein von der Kostenerstattung ausgehendes einfaches Modell für Transferzahlungen zu integrieren. Das multiplikative Berechnungsmodell ist jedoch mit gewissen Nachteilen verbunden. Durch den multiplikativen Berechnungsweg könnte der negative Anreiz, teure Maßnahmen ohne Beachtung des Wirkungsgrades durchzuführen, den positiven Anreiz, möglichst erfolgreiche Maßnahmen aufzulegen, überlagern.

Als Finanzausgleichsweg bietet sich auch hier zum einen der Gesundheitsfonds an. Zum anderen wäre auch im Falle der Maßnahmen-orientierten Mischmodelle ein direkter Transfer der erstatteten GKV-Maßnahmekosten sowie der erzielten bzw. erwartete Einsparungen in der GPV an die einzelnen Krankenkassen umsetzbar.

C.2 Output-orientierte Lösungsansätze

Bei Output-orientierten Lösungsansätzen richten sich Transferzahlungen nach dem ökonomischen Ergebnis der von der GKV getroffenen Maßnahmen im Sinne eingesparter Kosten der gesetzlichen Pflegeversicherung. Die Maßnahmen selber werden nicht betrachtet. Es werden im Folgenden zwei Ansätze vorgestellt.

Die Grundstruktur beider Ansätze ist gleich. Gegenübergestellt werden

- prognostizierte Kosten der Pflegebedürftigkeit bei unveränderter Aktivität der GKV und
- tatsächliche Kosten der Pflegebedürftigkeit.

Es wird angenommen, dass sich in der Differenz der tatsächlichen und der prognostizierten Kosten der Erfolg von neuen die Pflegebedürftigkeit vermeidenden Maßnahmen der Kassen ausdrückt. Deshalb ist sowohl die Prognose als auch die Berechnung der Kosten so zu gestalten, dass die Einwirkung exogener Faktoren das Ergebnis möglichst wenig verzerrt. Ein solcher Ausgleich kann endgültig immer nur ex post erfolgen, vorher sind allenfalls Abschlagszahlungen möglich.

Zunächst ist zu fragen, wie die eingesparten Kosten der Pflegebedürftigkeit gemessen werden sollen. Der direkte Bezug auf die angefallenen Kosten erscheint problematisch. Die tatsächlich anfallenden Kosten können auch innerhalb der Pflegestufen stark abweichen, je nachdem ob Sachleistungen, ambulante Pflegeleistungen oder Pflegegeld seitens des Pflegebedürftigen gewählt wurden. Auch werden in unterschiedlichem Ausmaße Verhinderungs- und Kurzzeitpflege in Anspruch genommen. Es ist davon auszugehen, dass diese Inanspruchnahmen stark von sozioökonomischen Faktoren abhängen, wie z.B. der Einbindung in ein Familiensystem, aber auch der Einkommenshöhe, die z.B. den privaten Zukauf zusätzlicher häuslicher Hilfsleistungen erlauben und so längere häusliche Pflege möglich machen kann. Diese Faktoren können zwischen der Klientel verschiedener Krankenkassen stark abweichen. Um solche von der einzelnen Kasse nicht steuerbare Einflussfaktoren auszuschal-

ten, erscheint es sinnvoll, für die Output-orientierten Modelle die durchschnittlichen Pflegekosten, differenziert nur nach Pflegestufen, zu verwenden. Würden als Bemessungsgrundlage von Ausgleichszahlungen außerdem die tatsächlich eingesparten Pflegekosten verwendet, entstünde für die Kassen ein Anreiz, stationär gepflegte Versicherte bei der Maßnahmevergabe zu bevorzugen. Denn hier sind die zu erwartenden Einsparungen in der Regel höher als bei Pflegestufenveränderung in der ambulanten Pflege.

Weiterhin stellt sich die Frage nach den verwendeten Klassifikationssystemen zur Prognose der Pflegekosten bzw. Pflagestage je Pflegestufe. Ein rein demographisches Modell würde insofern zu kurz greifen, als in Deutschland von steigender Morbidität zusätzlich zur Demographie auszugehen ist und diese sich auf die Pflagestage auswirkt. Zur angemessenen Prognose bieten sich also nur solche Ansätze an, die sowohl demographische Faktoren als auch die Morbidität in Gestalt von Diagnosen einbeziehen.

Die hier vorgeschlagenen Output-orientierten Lösungen unterscheiden sich systematisch dadurch, dass im ersten Falle ein eigenes Klassifikationssystem entwickelt und der Finanzausgleich getrennt von bisher genutzten Systemen über den Gesundheitsfonds vollzogen wird. In der zweiten Variante wird er mit einbezogen in den morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich der GKV, so dass das Klassifikationssystem grundsätzlich vorgegeben ist. Weitere Einzelheiten werden für die beiden Lösungsmodelle in den nachfolgenden Unterkapiteln C.2.1 und C.2.2 näher beleuchtet.

C.2.1 Output-orientierter Lösungsansatz I: isolierter Finanzausgleich über den Gesundheitsfonds

Der Output-orientierte Lösungsansatz I bietet mit einem isolierten Finanzausgleich unabhängig von den bisherigen Finanzausgleichssystemen die größtmögliche Freiheit bezüglich der Ausgestaltung des Prognosemodells und des Klassifikationssystems. Folgende Entscheidungen müssen im Vorfeld getroffen werden:

- Festlegung eines geeigneten Klassifikationssystems zur Prognose von Pflegebedürftigkeit
- Definition eines Berechnungsmodells: Zuschlags- versus Zellenmodell
- Festlegung der zeitlichen Dimension: zeitgleiches versus prospektives Modell

In die Konstruktion des Klassifikationssystems sollten, wie oben diskutiert, sowohl demographische Faktoren als auch diagnostische Informationen eingehen. Hier könnte eine Auswahl getroffen werden, indem nur solche Diagnosen oder Diagnosegruppen einbezogen werden, die erfahrungsgemäß signifikant erhöhte Pflegebedürftigkeit nach sich ziehen.

Zur Messung der Pflegebedürftigkeit bieten sich pflegestufengewichtete Pflegetage pro Versichertem an. Die Gewichtung der Pflegetage erfolgt nach dem Verhältnis der Durchschnittskosten der Pflegestufe des Versicherten zu den Durchschnittskosten aller Pflegestufen.

Es erscheinen sowohl zeitgleiche als auch einjährig prospektive Modelle angemessen – die Prognosequalität müsste getestet werden.

Ergebnis der Anwendung des Klassifikationssystems sind Relativgewichte der einzelnen Diagnosegruppen für pflegestufengewichtete Pflegetage; diese messen den Beitrag der Diagnosen zum Eintritt von Pflegebedürftigkeit. Denkbar sind sowohl Relativgewichte für Versicherte aller Kassen (kassenübergreifende Berechnung) als auch kassenspezifische Relativgewichte. Ein Vorteil kassenspezifischer Relativgewichte könnte sein, dass in ihnen Unterschiede in den auf die Wahrscheinlichkeit von Pflegebedürftigkeit einwirkenden sozio-ökonomischen Faktoren zwischen der Klientel der einzelnen Kassen abgebildet wären. Im Ergebnis könnten so ungerechtfertigte Zuflüsse von Mitteln an Kassen mit in Bezug auf das Pflegebedürftigkeitsrisiko systemexogen günstigerer Versichertenstruktur verhindert werden. Diese Konstruktion geht allerdings davon aus, dass alle Kassen im Ausgangspunkt gleichmäßig wenig Maßnahmen zur Vermeidung von Pflegebedürftigkeit vorgehalten haben. Ist dies nicht der Fall, so könnten Kassen benachteiligt werden, die von vornherein überdurchschnittlich aktiv in diesem Bereich waren.

Die Relativgewichte könnten einem jährlichen Update unterliegen, aber auch längerfristig konstant bleiben. Je langfristiger die Relativgewichte bei einer einmaligen Verbesserung von die Pflegebedürftigkeit vermeidenden Maßnahmen fixiert sind, umso länger wirkt diese Maßnahme im Pflegekostenvergleich bei den aktuellen Prognosen. Auf Dauer könnten die Veränderungsraten allerdings so auch den allgemeinen medizinischen Fortschritt widerspiegeln, wenn z.B. neue Behandlungsmethoden das Risiko der Pflegebedürftigkeit in einer Diagnosegruppe generell mindern. Ein regelmäßiges Update könnte zusätzlich stärkere Anreize im Wettbewerb der Krankenkassen zur permanenten Systemverbesserung generieren.

Zur Ermittlung der Bemessungsgrundlage für Zahlungen des Finanzausgleichs eines Jahres werden nun folgende drei Variablen benötigt:

- die prognostizierten pflegestufengewichteten Pflegetage aller Versicherten einer Krankenkasse über das Klassifikationssystem PT_k
- die tatsächlichen pflegestufengewichteten Pflegetage aller Versicherten einer Krankenkasse TT_k
- die durchschnittlichen Kosten der Pflegeversicherung für einen Versicherten KP

Die Bemessungsgrundlage für Ausgleichszahlungen B_k berechnet sich also folgendermaßen:

$$B_k = (PT_k - TT_k) \times KP$$

Hieraus könnten sich Ausgleichszahlungen A der GPV an die einzelnen Krankenkassen in Höhe $A_k = xB_k$ ableiten bei $0 < x \leq 1$. Wird $x=1$ gewählt, so bleibt der Krankenkasse der gesamte von ihr generierte Kostenvorteil für das System der GPV.

Sollen aus politischen Gründen keine finanziellen Mittel aus dem System der GPV abgezogen werden,

$$\sum_{k=1}^n A_k \quad \sum_{k=1}^n A_k = 0$$

so könnte der Betrag $\sum_{k=1}^n A_k$ auch steuerfinanziert werden. Soll schließlich $\sum_{k=1}^n A_k = 0$ bleiben, so ließe sich durch eine Variation des Systems trotzdem der Wettbewerb zwischen den Kassen als Anreiz zu pflegevermeidenden Maßnahmen nutzen. Hierzu würde man im Klassifikationssystem an Stelle von Relativgewichten aus Vorjahren – ähnlich wie im morbiditätsorientierten RSA – mit Hilfe der tatsächlichen Pfl egetage des Abrechnungsjahres ex post berechnete Relativgewichte nutzen. Dies führt dazu, dass der durchschnittliche Erfolg neuer Maßnahmen zur Verminderung der Pflegebedürftigkeit schon in den Relativgewichten mit einbezogen ist, aber die Unterschiede des Erfolgs zwischen den Kassen abgebildet werden.

Damit lässt die konkrete Berechnung der Zuweisungen und der Abzüge aus dem Gesundheitsfonds eine Reihe von Varianten zu, die in unterschiedlicher Stärke Anreize zur Durchführung und auch Neuauflegung von Pflegebedürftigkeit vermeidenden Maßnahmen setzen.

C.2.2 Output-orientierter Lösungsansatz II: Finanzausgleich GKV/GPV eingebunden in den RSA

Der zweite Output-orientierte Ansatz nutzt ein schon bestehendes Finanzausgleichssystem innerhalb der GKV, den morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich (RSA), und modifiziert ihn im Sinne rationaler Anreizgestaltung an der Systemgrenze von GKV und GPV. Es wird kein gesondertes Klassifikationssystem geschaffen, sondern das vorgegebene System des RSA könnte ganz oder teilweise genutzt werden. Dies bedeutet zunächst einige Vorentscheidungen bzw. die Verengung von Gestaltungsspielräumen. Das System ist als Zuschlagssystem und einjährig prospektiv gestaltet. Dabei werden für den Zweck von Abschlagszahlungen Relativgewichte aus Vorjahren gebildet; in der Spitzabrechnung ex post dagegen werden Relativgewichte mit Leistungsdaten des abgerechneten Jahres verwendet. Das Klassifikationssystem ist konkret entwickelt worden für die Zwecke des Finanzausgleichs zwischen den Krankenkassen, d.h. für die Prognose aller Leistungen der GKV, nicht aber isoliert der Leistungen der Pflegeversicherung. Allerdings ist noch die Überlegung möglich, ob für den Finanzausgleich bezüglich der pflegevermeidenden Maßnahmen das gesamte Klassifikationssystem des RSA verwendet werden soll oder nur bestimmte Diagnosegruppen. Dies könnten die häufigsten Pflegebedürftigkeit verursachende Diagnosen sein. Ein Kriterium könnten auch empirische Erkenntnisse darüber sein, dass in der entsprechenden Diagnosegruppe Eintritt, Fortschreiten oder Beenden der Pflegebedürftigkeit besonders effektiv seitens der Krankenkassen beeinflussbar ist.

Zur Ermittlung der Relativgewichte für den RSA gehen nun die Kosten der Pflegebedürftigkeit in die berücksichtigungsfähigen Kosten des RSA additiv ein. Entsprechend unseres in C2 erläuterten Grundansatzes werden auch hier die durchschnittlichen täglichen Kosten je Pflegestufe multipliziert mit den Pflagetagen in dieser Stufe eines Versicherten verwendet. Dies könnte als Variante auch nur in bestimmten Diagnosegruppen geschehen. Dadurch entstehen veränderte Relativgewichte. Diagnosegruppen mit Kosten aus Pflegebedürftigkeit erhalten höhere Relativgewichte.

Für ein bestimmtes Jahr zahlt nun die GPV die mittels Klassifikationssystem prognostizierten, also mittels der Relativgewichte aus den Vorjahren ermittelten, durchschnittlichen Pflegekosten je Versicherter in den RSA ein. Dies kann alle GKV-Versicherten betreffen, in der Variante auch nur solche in bestimmten Diagnosegruppen, genau wie alle Folgeschritte. Entsprechend den Relativgewichten ihrer Versicherten erhalten die einzelnen Krankenkassen analog dann die prognostizierten Pflegekosten ihrer Versicherten.

Der Rückfluss der Krankenkassen an die GPV erfolgt allerdings dann nach den tatsächlich angefallenen Pflagetagen in den Pflegestufen. Diese werden wiederum mit den Durchschnittskosten je Pflegestufe multipliziert.

Soll allerdings der potentielle Zahlungsfluss von der GPV an die GKV beibehalten werden, so dürfen in diesem Fall in der Spitzabrechnung keine aktuellen Relativgewichte verwendet werden. Denn diese würden schon den durchschnittlichen Erfolgszuwachs der Krankenkassen bei der Verminderung von Pflegebedürftigkeit mit einbeziehen.

Im Ergebnis entstehen ähnliche Anreizwirkungen wie im ersten Output-orientierten Modell:

- Die Krankenkassen haben gegenüber der GPV ein Interesse, die Pflegebedürftigkeitstage der Versicherten zu senken, weil sie dann weniger zahlen als sie von der GPV erhalten.
- Die Einzelkassen haben ein wettbewerbliches Interesse daran, dass ihre Versicherten weniger Tage in Pflegebedürftigkeit verbringen als die ihrer Konkurrenzorganisationen.
- Die niedrigeren Gesamtausgaben für Pflegeleistungen schlagen sich in den Folgejahren über geringere prognostizierte Pflegeausgaben auch als Minderausgaben bei der GPV nieder.

Auch dieses System wäre modifizierbar, indem ein negativer Saldo der GPV über Steuerfinanzierung getragen würde. Eine 0-Zuschuss-Lösung, also ohne Zahlungsströme von GPV zu GKV, ließe sich einfach implementieren, in dem der übliche Spitzabrechnungsprozess ex post des RSA mit neuen Relativgewichten übernommen würde.

Diskussion

Alle hier vorgestellten Modelle modifizieren die als Problem identifizierten fehlerhaften Anreize an der Sektorengrenze zwischen GKV und GPV grundsätzlich positiv.

Vorteil der Output-orientierten Modelle ist, dass sie am Erfolg und nicht an vorgegebenen Maßnahmen ansetzen. Damit werden die Krankenkassen angeregt, über wettbewerbliche Suchprozesse möglichst wirksame, die Pflegebedürftigkeit beeinflussende Maßnahmen zu finden, ohne an einen begrenzten Maßnahmenkatalog gebunden zu sein. Es entstehen also Innovationsanreize bezüglich neuer Versorgungsstrategien an der Sektorengrenze von GKV und GPV.

Eine Schwierigkeit könnte sich allerdings ergeben, wenn es sich erweisen sollte, dass exogene Einflussfaktoren den Erfolg der kassenseitigen Maßnahmen verzerren. Voraussetzung für eine korrekte Anreizwirkung der Output-Modelle ist nämlich die Annahme, dass Veränderungen an den Übergängen zur Pflegebedürftigkeit im Wesentlichen von den Handlungsstrategien der Krankenkassen abhängen (da Demographie und Morbidität ja über das Klassifikationssystem berücksichtigt sind). Sollten sich andere Faktoren – z.B. die Veränderung familialer Strukturen – stärker als erwartet auch im kurzfristigen Vergleich auswirken, so wäre allenfalls zu überlegen, realitätsnahe Wachstumsraten zusätzlich in die Schätzung der Pflegebedürftigkeit einzubauen. Dies würde die Berechnungen allerdings noch einmal komplizieren.

Es stellt sich außerdem die Frage, was geschehen soll, wenn die tatsächlich gemessene die prognostizierte Pflegebedürftigkeit insgesamt überschreitet. Dies könnte je nach Ausgestaltung der beiden Output-orientierten Modellen Zahlungen der GKV an die GPV bedingen. Diese können sinnvoll sein, um die Unterlassung von die Pflegebedürftigkeit vermeidenden Maßnahmen zu sanktionieren. Problematisch wäre es, wenn – entsprechend der obigen Erwägung – die GKV für von ihr nicht zu vertretende Entwicklungen belastet würde.

Bei den Maßnahmen-orientierten Modellen ist ein grundsätzliches Problem die strukturkonservative Anbindung an die bislang durchgeführten Maßnahmetypen. Es entstehen nur wenig ökonomische Anreize für die Krankenkassen zur Weiterentwicklung innovativer und dem Versorgungsalltag der Patienten angepasster Maßnahmen zur Vermeidung bzw. Reduktion der Pflegebedürftigkeit. Um diesem Phänomen entgegen zu wirken, sollte regelmäßig überprüft werden, ob neue Maßnahmetypen in den Transfermechanismus implementiert werden können.

Die Orientierung der Bemessungsgrundlage des Maßnahmen-orientierten Lösungsansatz I (Einsparungen der GPV bei bestimmten Maßnahmen kommen der Krankenkasse zugute) und der Mischmodelle am durchschnittlichen Erfolg der Maßnahmetypen könnte gewisse Anreizverzerrungen nach sich ziehen. Eine Erfolgskontrolle jeder einzelnen Pflegebedürftigkeit beeinflussenden Maßnahme erscheint aufgrund der vielfältigen Ausgestaltungsmöglichkeiten dieser Maßnahmen durch die jeweilige Krankenkasse nicht umsetzbar. Wählt nun die einzelne Krankenkasse Maßnahmekonzepte für den

jeweiligen Maßnahmetypus, die lediglich in einem unterdurchschnittlichen Ausmaß die Pflegekosten vermeiden, so erhält sie trotzdem den vollen Zuschlag. Diesem Punkt könnte möglicherweise mit einem Zertifizierungssystem gegengesteuert werden, was jedoch mit einem stark erhöhten Aufwand verbunden wäre. Beim Maßnahmen-orientierten Ansatz I könnte die einzelne Kasse außerdem bei der Auswahl der Maßnahmeteilnehmer völlig von der Erfolgswahrscheinlichkeit der Maßnahme absehen, da sie den Transfer der Pflegeversicherung ja ohnehin erhält. Auch hier käme es zu weit unterdurchschnittlichen Erfolgen.

Bei dem auf einer reinen Kostenerstattung basierenden Maßnahmen-Modell II entsteht zusätzlich kein Anreiz, den Maßnahmetypus mit dem höchsten Wirkungsgrad auszuwählen. Werden doch die Kosten jedes als grundsätzlich wirksam anerkannten Maßnahmetypus erstattet, ohne den Wirkungsgrad zu berücksichtigen. Dies wird in beiden Mischmodellen korrigiert, indem der Erfolg des Maßnahmetyps in die Ermittlung des Transferbetrags einbezogen wird.

Die reine Kostenerstattung setzt zwar Anreize für die Krankenversicherungen, die Unterlassung bzw. die Ablehnung von Maßnahmen zu reduzieren, ein Interesse der Kassen an einer nachhaltigen Erhöhung solcher Leistungen dürfte jedoch nur schwierig auszulösen sein. Eine Kostenerstattung über 100% könnte dies zwar korrigieren, jedoch könnten zusätzlich Anreize entstehen, besonders teure Maßnahmetypen einzusetzen.

Die Mischmodelle wirken über die Einbeziehung des Erfolgs des Maßnahmetypus jeweils in einem unterschiedlichen Ausmaß korrigierend. Im multiplikativen Modell ist die Gefahr der Konzentration auf teure Maßnahmen weiterhin gegeben. Bei einem solchen Berechnungsweg der Ausgleichzahlungen könnte nämlich der negative Anreiz, teure Maßnahmen ohne gesicherte Wirkung durchzuführen, den positiven Anreiz, möglichst erfolgreiche Maßnahmen aufzulegen, überlagern. Das Mischmodell mit einer additiven Ausgleichzahlung scheint gegenüber solchen Anreizverzerrungen robuster zu sein.

Bezüglich der empirischen Grundlagen können sowohl bei Maßnahmen- als auch bei Output-orientierten Ansätzen jeweils unterschiedliche Limitationen auftreten. Die für die Maßnahmen-orientierten Modelle notwendigen empirischen Analysen über die Wirksamkeit und den Erfolg von Pflegebedürftigkeit beeinflussenden Maßnahmen der GKV könnten mit Umsetzungsproblemen verbunden sein. Zum einen könnte sich die Datengrundlage der Analyse (bestehend aus GKV- und GPV-Informationen) als unzureichend herausstellen, um die vorhandenen Wirkungen abzubilden. Zum anderen könnte ein datenbedingt zeitlich zu begrenzter Untersuchungszeitraum die Ergebnisse der Analysen verzerren. Sollten die den empirischen Untersuchungen zu Grunde liegenden Daten nicht ausreichen oder anhand der Analysen keine aussagekräftigen und validen Ergebnisse generiert werden können, so könnten allerdings zum Beispiel mit Hilfe eines gebildeten Experten-Panels die Auswirkungen pflegevermeidender Maßnahmen abgeschätzt werden. Solche geschätzten Ergebnisse dürften dann aber kaum ausreichend sein, um andere als das Maßnahmen-orientierte Modell II (standardisierter Kostenersatz an die Krankenkasse) oder das multiplikative Mischmodell zu implementieren.

Bei den Output-orientierten Ansätzen entfallen empirische Erfolgsberechnungen des Regulators für einzelne Maßnahmen. Anders als in den Maßnahmen-orientierten Ansätzen ist es unnötig, die wahrscheinlichen finanziellen Auswirkungen einzelner Maßnahmetypen in bestimmten Diagnosegruppen ex ante und zentral zu ermitteln. Dies kann in Output-orientierten Ansätzen eher für die einzelne Kasse interessant sein, wenn sie sich um möglichst hohe Wirtschaftlichkeit bei der Vermeidung von Pflegebedürftigkeit bemüht und dafür Strategien entwickelt. Wie bereits diskutiert, könnte auch der Einfluss exogener Faktoren auf den gemessenen Erfolg einer Krankenkasse verzerrend wirken. Die empirische Schwierigkeit besteht hier demgegenüber in der Entwicklung eines treffsicheren Prognosemodelles.

Bei der Einführung neuer Regulierungsmaßnahmen in das deutsche Gesundheitssystem ist neben der Höhe der Implementierungskosten auch die politische Durchsetzbarkeit zu beachten.

Bei den Maßnahmen-orientierten Konzepten entstehen Kosten durch die empirische Erhebung des Erfolgs von Maßnahmetypen. Ein reiner Kostenerstattungsansatz weist den geringsten Anspruch an die Empirie auf und auch das multiplikative Mischmodell erscheint empirisch unaufwändiger. Solche Ansätze ließen sich wahrscheinlich auch aufgrund der einfachen Konzeption leichter politisch durchsetzen.

Den Output-orientierten Konzepten müssen zwar keine empirischen Einzelerhebungen vorgeschaltet werden, jedoch ergeben sich ebenfalls Kosten für die Einführung des Finanzausgleichs. Im Fall des ersten Lösungsansatzes muss ein völlig neues Klassifikationsmodell, wenn auch mit begrenzter Reichweite, entwickelt werden, im zweiten Modell muss das eingeführte Finanzausgleichssystem des morbiditätsorientierten RSA umgestaltet und mit der Pflegeversicherung ein weiteres Sozialversicherungssystem einbezogen werden. Zumindest gegenüber einem Maßnahmen-orientierten Lösungsmodells II, mit einem System der Kostenerstattung Pflegebedürftigkeit beeinflussender Maßnahmen, werden die Einführungskosten deutlich höher sein, ebenso wie die rechtliche Umsetzung komplizierter ist. Gleichzeitig bedingt eine stärkere grundsätzlich angelegte Systemumgestaltung aller Wahrscheinlichkeit nach auch eine umfangreichere gesundheitspolitische Diskussion.

Wägt man nur die beiden Output-orientierten Lösungsansätze gegeneinander ab, so sprechen für Modell I (vom RSA getrenntes System) die im Vergleich zu Modell II (Integration in den RSA) höheren Ausgestaltungsmöglichkeiten und damit ein potentieller Zuschnitt genau auf die Problematik an der Sektorengrenze zwischen GKV und GPV. Dies gilt sowohl für die Gestaltung des Klassifikationssystems als auch für die Bestimmung der Bezugsjahre für die Relativgewichte. Besonders könnten über kassenspezifische Relativgewichte die Auswirkung sozio-ökonomischer Unterschiede in der Mitgliedschaft verschiedener Krankenkassen berücksichtigt werden. Gleichzeitig ist die Einführung eines völlig neuen Modells sowohl von den Kosten als auch von der politischen Durchsetzbarkeit her am aufwändigsten. Für die Einbettung des Finanzausgleichs in einen variierten morbiditätsorientierten RSA wie in Modell II sprechen also zum ersten geringere Einführungskosten, schon alleine weil ein gegebenes Klassifikationssystem mit genutzt werden kann. Zum zweiten mag die politische Akzeptanz höher sein,

als wenn für den Aufbau eines weiteren Finanzausgleichssystems plädiert würde.

Fazit und Empfehlungen

Insgesamt kann festgehalten werden, dass unterschiedliche Konzeptansätze zur nachhaltigen Stärkung von Anreizen für die gesetzliche Krankenversicherung zur Vermeidung von Pflegebedürftigkeit erarbeitet werden konnten. Alle vorgestellten Konzepte erscheinen geeignet um die identifizierten Ineffizienzen an der Systemgrenze zwischen der gesetzlichen Krankenversicherung und der gesetzlichen Pflegeversicherung zu korrigieren.

Stellt man die vorgestellten Konzepte gegenüber, erscheinen die Output-orientierten Modelle grundsätzlich als „eleganter“ und zudem in der Lage, die wettbewerblichen Mechanismen auf dem Gesundheitsmarkt stärker zu nutzen. In Gestalt des „Aufsatzes“ auf den RSA nutzt ein solches Modell zudem bereits implementierte Reformansätze der letzten Jahre. Auf der anderen Seite erscheint ein Maßnahmen-orientiertes Modell, insbesondere, wenn es an den reinen Maßnahmekosten ansetzt, als politisch kurzfristig am einfachsten durchsetzbar, kostengünstig und rechtlich unkompliziert in der Einführung. Ein solcher Ansatz ist jedoch nicht in der Lage, den Mitteleinsatz der GKV in Richtung eines möglichst effizienten Maßnahmenmixes zur Reduzierung von Pflegebedürftigkeit zu lenken.

Ob Maßnahmen-orientierter oder Output-orientierter Ansatz, die Berechnung der Ausgleichszahlungen zwischen den Systemen sollte von einer unabhängigen Stelle im Gesundheitswesen übernommen werden, der alle notwendigen Daten von GKV und GPV zur Verfügung gestellt werden. Eine solche Aufgabe könnte zum Beispiel vom Bundesversicherungsamt (BVA) als selbständiger Bundesoberbehörde übernommen werden. Neben seiner Funktion als Aufsicht über bundesunmittelbare Träger und Einrichtungen der Sozialversicherung obliegt dem BVA u.a. die Durchführung des Risikostrukturausgleichs, die Verwaltung des Ausgleichsfonds und die Durchführung des Finanzausgleichs in der sozialen Pflegeversicherung, die Abrechnung der Zahlungen des Bundes an die Rentenversicherung sowie die Zulassung von Disease Management Programmen.

Die Einführung eines Finanztransfersystems zwischen der GKV und GPV in das Gesundheitssystem wäre aller Wahrscheinlichkeit mit einer intensiven und zum Teil auch kontrovers geführten Diskussion in der Öffentlichkeit verbunden. Themen wie Datenschutz, regionale Unterschiede in der Krankenkassenstruktur sowie die Kosten für die Einführung eines solchen Konzeptes könnten bei den Diskussionen ganz vorne auf der Agenda stehen.

In einem nächsten Schritt sollten anhand pseudonymisierter Versichertendaten der GKV und GPV die in Kapitel C.1.1 beschriebenen empirischen Analysen im Zusammenhang mit der Implementierung von Maßnahmen-orientierten Modellen durchgeführt werden. Bezüglich der dafür notwendigen Daten

führt der Lehrstuhl für Medizin-Management derzeit mit einer überregional tätigen Krankenkasse Gespräche. Versuchsweise könnte überprüft werden, ob das Klassifikationsmodell des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs zur Prognose von Kosten der Pflegebedürftigkeit genutzt werden kann.

Darüber hinaus könnten, um die Akzeptanz solcher Regulierungsmaßnahmen auf dem gesundheitspolitischen Parkett zu erhöhen, die vorgestellten Konzepte in einer Round-Table Runde mit Experten aus dem Bereich der GKV, der GPV, den Pflegewissenschaften und der Gesundheitsökonomie diskutiert werden.

Quellenverzeichnis

BMG (2009): Umsetzungsbericht des Beirates zur Überprüfung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs Mai 2009

http://www.bmg.bund.de/cln_151/nn_1168248/SharedDocs/Publikationen/DE/Pflege/Umsetzungsbericht-Pflegebed_C3_BCrtigkeitsbegr,templateId=raw,property=publicationFile.pdf/Umsetzungsbericht-Pflegebedürftigkeitsbegr.pdf

Bortz, J. und Döring, N. (2006): Forschungsmethoden und Evaluation für Human- und Sozialwissenschaftler. 4. Aufl. Springer Verlag: Heidelberg.

Dangel, B.; Kolleyck, B.; Korporal, J. (2005): Rehabilitation Pflegebedürftiger Konzept – Umsetzung – Ergebnisse. 1. Auflage, München/Jena: Urban& Fischer Verlag

Donner-Banzhoff, N. (2007): Nationale VersorgungsLeitlinie KHK. Deutscher Ärzte-Verlag

Felder, S. (2007). Gesundheitsfonds und Preiswettbewerb. In: Göppfarth, D.; Greß, S.; Jacobs, K. und Wasem, J. (Hrsg.): Jahrbuch Risikostrukturausgleich 2007. Gesundheitsfonds. Asgard Verlag. Sankt Augustin. S. 215-230.

gbe-bund.de (2009): Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Definition Medizinische Leistungen zur Rehabilitation.

http://www.gbebund.de/gbe10/ergebnisse.prc_tab?fid=4282&suchstring=Reha&query_id=&sprache=D&fund_typ=DEF&methode=2&vt=1&verwandte=1&page_ret=0&seite=&p_lfd_nr=1&p_news=&p_sprachkz=D&p_uid=gast&p_aid=31903191&hlp_nr=3&p_janein=J

Harris RE, O'Hara PA, Harper DW (1995) Functional status of geriatric rehabilitation patients: A one-year-follow-up study. J Am Geriatr Soc 43:51–55

Kruse A (1995) Das geriatrische Team in der ambulanten (mobilen) Rehabilitation. Ergebnisse aus einer Längsschnittstudie zu Effekten der ambulanten Rehabilitation. Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 28:104–112

Leistner K, Lürken L, Wagner A (1999) Pflegebedürftigkeit chronisch Kranker. In: Arnold, Litsch, Schwartz (Hrsg.): Krankenhaus-Report 1999

Martin, S.; Zimprich, D.; Oster, P.; Wahl, H.-W.; Minnemann, E.; Baethe, M.; Grün, U.; Martin, P. (2000): Erfolg und Erfolgsvariabilität stationärer Rehabilitation alter Menschen. Eine empirische Studie auf Basis medizinisch-geriatrischer und psychosozialer Indikatoren. Z. Gerontol Geriat 33:24-35 Steinkopff Verlag

Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen (MDS): Pflegebericht des Medizinischen Dienstes 2002

Plute, G. (2002): Rehabilitation vor Pflege? Eine Studie zur Rolle der medizinischen Rehabilitation in der Pflegeversicherung. Dissertationsschrift- Universität Kassel

Rehabilitations-Richtlinien (2004): Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses über Leistungen zur medizinischen Rehabilitation (Rehabilitations-Richtlinien) nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 8 SGB V in der Fassung vom 16. März 2004, veröffentlicht im Bundesanzeiger Nr. 63 (S.6769) vom 31. März 2004, in Kraft getreten am 1. April 2004.

Statistisches Bundesamt (2009a): Pflegestatistik 2007. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung Deutschlandergebnisse. Dezember 2007

https://www.ec.destatis.de/csp/shop/sfg/bpm.html.cms.cBroker.cls?CSPCHD=00b00001000048qx4czw0000005Tj_EQCCCExkjZgZuZLtdg--&cmsspath=struktur,vollanzeige.csp&ID=1023269

Statistisches Bundesamt (2009b): Demografischer Wandel in Deutschland – Auswirkungen a. Krankenhausbehandlungen und Pflegebedürftigkeit. – Heft 2 – 2008 https://www-ec.destatis.de/csp/shop/sfg/bpm.html.cms.cBroker.cls?CSPCHD=00b00001000048qx4czw0000005Tj_EQCCCExkjZgZuZLtdg--&cmsspath=struktur,vollanzeige.csp&ID=1021808

Ströbel, Anne; Weidner, Frank (2003): Ansätze zur Pflegeprävention. Rahmenbedingungen und Analyse von Modellprojekten zur Vorbeugung von Pflegebedürftigkeit. Schriftreihe des Deutschen Instituts für angewandte Pflegewissenschaften e.V. (Hrsg.). Hannover: Schütersche GmbH & Co. KG, Verlag

Wingenfeld, Klaus (2000): Pflegebedürftigkeit, Pflegebedarf und pflegerische Leistungen. In: Rennen-Allhoff B.; Schaeffer D.: Handbuch Pflegewissenschaft. Weinheim.

Anhang

Tabelle 2: Erste pflegebegründende Diagnose bei Pflegebedürftigen 2002- die fünf häufigsten Krankheitsgruppen -

Kapitel-Nr. ICD- 10	Bezeichnung	v.H.
9	Krankheiten des Kreislaufsystems	19,4
5	Psychische und Verhaltensstörungen	18,6
18	Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde, die anderenorts nicht klassifiziert sind	15,5
13	Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes	12,5
2	Neubildungen	12,3
Gesamt		78,3

Tabelle 3: Erste pflegebegründende Diagnose bei Pflegebedürftigen Stufe I 2002 - die fünf häufigsten Krankheitsgruppen -

Kapitel-Nr. ICD- 10	Bezeichnung	v.H.
5	Psychische und Verhaltensstörungen	18,6
9	Krankheiten des Kreislaufsystems	17,7
18	Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde, die anderenorts nicht klassifiziert sind	17,1
13	Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes	15,5
2	Neubildungen	8,6
Gesamt		77,5

Tabelle 4: Erste pflegebegründende Diagnose bei Pflegebedürftigen Stufe II 2002- die fünf häufigsten Krankheitsgruppen -

Kapitel-Nr. ICD- 10	Bezeichnung	v.H.
9	Krankheiten des Kreislaufsystems	23,2
2	Neubildungen	19,7
5	Psychische und Verhaltensstörungen	19,3
18	Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde, die anderenorts nicht klassifiziert sind	12,2
6	Krankheiten des Nervensystems	9,7
Gesamt		84,1

Tabelle 5: Erste pflegebegründende Diagnose bei Pflegebedürftigen Stufe III 2002 - die fünf häufigsten Krankheitsgruppen -

Kapitel-Nr. ICD- 10	Bezeichnung	v.H.
2	Neubildungen	34,1
9	Krankheiten des Kreislaufsystems	25,5
5	Psychische und Verhaltensstörungen	13,4
6	Krankheiten des Nervensystems	11,0
18	Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde, die anderenorts nicht klassifiziert sind	7,5
Gesamt		91,5