



Lebenserwartung mit und ohne Pflegebedürftigkeit im Alter

Ausgeprägte Unterschiede zwischen den Regionen und Geschlechtern



Dr. Daniel Kreft

In diesem Beitrag werden Daten der Sterbefallstatistik 2019 bis 2021 und der Pflegestatistik 2021 zusammengeführt, um regionale Unterschiede in der Lebenserwartung von Personen zu untersuchen, die entweder auf ambulante oder stationäre Pflegeunterstützung angewiesen sind oder Pflegegeld beziehen. Die Ergebnisse belegen deutliche Unterschiede zwischen den kreisfreien Städten und den Landkreisen, die nicht nur auf abweichende Altersstrukturen zurückzuführen sind. Darüber hinaus treten zwischen den Geschlechtern regionale gesundheitliche Disparitäten auf. Im Vergleich der kreisfreien Städte und Landkreise weisen die Personen im Alter von 70 bis 74 Jahren im Bereich der ambulanten Pflege in Pirmasens und Cochem-Zell die höchste fernere Lebenserwartung mit Pflegebedürftigkeit auf. Im Bereich der vollstationären Pflege gilt dies für die Einwohnerinnen und Einwohner der beiden kreisfreien Städte Koblenz und Speyer.

Pflegebedürftigkeit als Herausforderung alternder Gesellschaften und Regionen

Sicherstellung von angemessener Versorgung pflegebedürftiger Menschen

Pflegebedürftigkeit ist eine besondere Form der gesundheitlichen Einschränkung der individuellen Selbstständigkeit. Sie ist in Deutschland amtlich definiert, wird mittels Kriterienkatalog medizinisch festgestellt, und die Anerkennung ist Voraussetzung für die finanzielle Unterstützung oder den Erhalt von Pflegesachleistungen durch die gesetzlichen oder privaten Pflegeversicherungen. Die Entscheidung über die Art der Versorgung wird beeinflusst von der Schwere der Pflegebedürftigkeit, der individuellen Präferenz der zu Pflegenden und ihrer Angehörigen, aber auch von der Versorgungsinfrastruktur, d. h. des Angebots und der Qualität ambulanter

und stationärer Versorgungseinrichtungen im Wohnumfeld. Es ist Aufgabe der zuständigen Entscheidungsträger, sicherzustellen, dass der Bedarf durch das Pflegeinfrastrukturangebot abgedeckt und die Angehörigen entsprechend ihrer Vorstellungen und Wünsche entlastet werden, um eine angemessene und menschenwürdige Versorgung sicherzustellen. Daher soll in dieser Analyse eine differenzierte Betrachtung der Versorgungsarten erfolgen.

Pflegebedürftigkeit in Rheinland-Pfalz und seinen Regionen 2021

Nach den Ergebnissen der Pflegestatistik, die als Vollerhebung durchgeführt wird, lag die Zahl der Pflegebedürftigen in Rheinland-



Mehrheitlich weiblich, 70 Jahre und älter und in Pflege durch Angehörige

Pfalz 2021 bei 241 400 Personen, von denen 91 600 Männer und 149 800 Frauen waren. Ein Großteil davon war 70 Jahre und älter (etwa 74 Prozent bzw. 178 600 Personen). Rund 53 Prozent bzw. 128 400 Pflegebedürftige bekamen ausschließlich Pflegegeld und Angehörigenpflege, 20 Prozent bzw. 47 300 Personen bekamen Unterstützung durch ambulante Pflegedienste und 15 Prozent bzw. 36 900 Personen wurden stationär gepflegt. Die übrigen zwölf Prozent (28 800 Pflegebedürftige) sind Personen mit Pflegegrad 1. Sie erhielten entweder teilstationäre Pflege (77 Personen) oder ausschließlich landesrechtliche bzw. keine Leistungen (28 700 Personen).

Der Pflegebedürftigkeitsbegriff

Pflegebedürftigkeit ist nach §14 Abs. 1 SGB XI festgelegt als „körperliche, kognitive oder psychische Beeinträchtigungen oder gesundheitlich bedingte Belastungen oder Anforderungen [, die nicht] selbstständig kompensiert oder bewältigt [werden] können“. Der Pflegebedürftigkeitsbegriff sowie dessen Feststellung und die Einstufung in Schweregrade ist in den §§14 und 15 SGB XI geregelt. Nach der Beantragung und im Falle einer Bestätigung des Pflegebedarfs durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK) wird entschieden, ob die Betroffenen sich in ambulante, in stationäre oder in familiäre Pflege mit Bezug von Pflegegeld begeben. Die Finanzierung erfolgt durch die gesetzlichen oder privaten Pflegeversicherungen in festgelegten Größenordnungen. Zudem können die Betroffenen Unterstützung durch ambulante oder stationäre Pflegesachleistungen erhalten.

Die Personengruppen waren nicht gleichmäßig auf die zwölf kreisfreien Städte und 24 Landkreise in Rheinland-Pfalz verteilt. Die regionalen Unterschiede können vor allem durch

1. versorgungsstrukturelle Ursachen (z. B. kommunale Bemühungen zur Ansiedlung oder Gründung ambulanter Pflegedienste oder stationärer Einrichtungen),
2. medizinisch-gesundheitliche Gründe (z. B. stärkere Gesundheitsbelastungen und ein schlechterer Zugang zum Gesundheitswesen),
3. individuell-emotionale Einstellungen (z. B. der fehlende Wunsch nach Pflege durch Externe) oder
4. soziodemografische Umstände (z. B. das Fehlen einer Partnerin bzw. eines Partners, von Kindern oder anderer Angehöriger als Pflegenden)

entstanden sein.

Während die letzten beiden Aspekte als private Angelegenheiten jedes Individuums respektiert werden sollten, können (z. B. politische) Entscheidungsträger die beiden erstgenannten Ursachen so modifizieren, dass gesundheitliche und Versorgungsungleichheiten bzw. -ungerechtigkeiten abgebaut oder verringert werden. Dazu bedarf es etablierter Kennzahlen, die altersstrukturelle und geschlechtsspezifische Unterschiede des Gesundheitszustandes sowie der Sterblichkeit darstellen.

Vorgehen: Sterbetafel als Ausgangspunkt der Berechnung

Die (fernere) Lebenserwartung ist einer der ältesten und bekanntesten Indikatoren der Bevölkerungswissenschaft. Sie gibt Hinweise

Gründe regionaler Gesundheitsunterschiede



(Fernere) Lebenserwartung ist Zeichen der Gesundheits- und Gesellschaftslage

zum Gesundheitszustand, zur medizinischen Infrastruktur und zum gesellschaftlichen Entwicklungsstand von Staaten, Regionen und Bevölkerungsgruppen. Der Indikator ermöglicht es, Sterblichkeitsverhältnisse von verschiedenen Personengruppen unabhängig von ihrer Zusammensetzung in Bezug auf Alter und Geschlecht zu vergleichen. Die Berechnung der (ferneren) Lebenserwartung erfolgt über sogenannte Sterbetafeln, in denen gemeldete Sterbefälle in Sterbewahrscheinlichkeiten und -raten umgerechnet und auf eine hypothetische Bevölkerung, die Sterbetafelbevölkerung, übertragen werden. Die Werte, die sich für die Lebenserwartung ergeben, zeigen dann differenziert nach dem Geschlecht die durchschnittlich verbleibenden Lebensjahre für Menschen eines bestimmten Alters oder einer bestimmten Altersgruppe unter der Annahme, dass sich die Sterbeverhältnisse nicht ändern.

Gesunde Lebenserwartung als Indikator regionaler gesundheitlicher Versorgungsunterschiede und -bedarfe

Sullivan-Methode zur Berechnung der gesunden Lebenserwartung

Die Sterbetafeln stellen die Grundlage für die Entwicklung der gesunden Lebenserwartung (Health Expectancies) dar, in der zusätzlich zu den Sterblichkeits- auch Gesundheitsinformationen einer Bevölkerung berücksichtigt und verglichen werden können. Zur Ermittlung der gesunden Lebenserwartung hat sich die Sullivan-Methode aufgrund der einfachen Berechnungsweise und der geringen Anforderungen an die Daten durchgesetzt. Hierbei wird der Anteil von Personen mit einem ausgewählten Gesundheitszustand (z. B. mit einer Behinderung oder einer Krankheit) und in einem bestimmten Alter und Geschlechts an der Gesamtzahl der Personen dieses Alters in die Sterbetafel eingesetzt und für jedes Alter bzw. jede Alters-

gruppe die zu erwartenden Lebensjahre mit und ohne eine Erkrankung, Limitation oder Pflegebedürftigkeit berechnet. Es werden somit Sterbetafeln für die als „gesund“ und „ungesund“ definierten Personen erstellt, wobei gleiche Sterbewahrscheinlichkeiten unterstellt werden, was aber gerade bei Erkrankungen mit hoher Letalität unrealistisch ist. Als Ergebnis werden differenziert nach dem Geschlecht die durchschnittlich verbleibenden Lebensjahre für alle Altersjahre bzw. für alle Altersgruppen aufgeteilt nach der durchschnittlichen Zahl an Lebensjahren in gesundem und nicht gesundem Zustand geschätzt.

Da die absoluten Werte der fernerer Lebensjahre bei guter bzw. nicht guter Gesundheit direkt von den fernerer Lebensjahren insgesamt abhängen, wird der Anteil der gesunden Lebensjahre an der Gesamtlebenserwartung genutzt, der auch als Health Ratio bezeichnet wird. Diese Kennzahl ist unabhängig von der Höhe der Lebenserwartung und somit gut vergleichbar zwischen verschiedenen Bevölkerungsgruppen.

Health Ratio bietet gute Vergleichbarkeit

Besonderheiten des Indikators

Wichtig bei der Interpretation des Wertes für die sogenannte „gesunde“ Lebenserwartung ist – wie auch des Wertes für die Lebenserwartung insgesamt –, dass es sich bei dieser Maßzahl um einen Durchschnittswert handelt, der sich auf Gruppen von Personen und nicht auf das Individuum bezieht, und dass aktuelle Bedingungen der Sterblichkeit und zusätzlich der Morbidität (d. h. einer Erkrankung, Limitation oder Pflegebedarf) als konstant angenommen werden. Ebenso muss bei stark altersassoziierten Krankheitsbildern beachtet werden, dass gerade im höheren und höchsten Alter das Risiko



Fernere
Lebenserwartung
der älteren
Menschen
zwischen
70 und 74
Jahren aus-
sagekräftiger

zu sterben stark zunimmt, wodurch ein Teil dieser Personen niemals das Alter erreicht, um diese Krankheiten zu bekommen. Daher ist es im Falle der Pflegebedürftigkeit, welche bekanntlich stark altersassoziiert ist, aussagekräftiger, die Restlebenserwartung im höheren Alter einmal mit und einmal ohne Pflegebedarf zu betrachten. In dieser Untersuchung wurde dafür die Altersgruppe der 70- bis 74-Jährigen gewählt.

Die gesunde Lebenserwartung ist ein etablierter und einfach zu interpretierender Indikator der gesellschaftlichen Gesundheitslage. Die Europäische Union hat den Indikator in das sogenannte „Kernset europäischer Strukturindikatoren“ integriert, was die Bedeutung dieses Indikators unterstreicht.

Viele gesunde
und wenige
ungesunde
Lebensjahre
für eine Ge-
sellschaft an-
strebsenswert

Zu interpretieren sind die Werte der gesunden Lebenserwartung und ihr Anteil an der Gesamtlebenserwartung so, dass höhere Werte auf eine bessere Gesundheitslage in einer Region hindeuten. Dagegen sollte der Wert für die sogenannte ungesunde Lebenserwartung als Differenz zwischen Gesamt- und gesunder Lebenserwartung bzw. ihr Anteil möglichst gering sein. Das bedeutet nicht, dass eine längere Lebenszeit mit Pflegebedarf für die betroffenen Menschen nicht auch etwas Positives ist. Und es ist ebenso möglich, dass adäquate und leicht zugängliche Pflege zu einem Anstieg der ferneren Lebenserwartung von pflegebedürftigen Personen geführt hat.

Das Aggregatmaß ist so zu interpretieren, dass die Menschen in einer Region viele Jahre mit Pflegebedarf leben und versorgt werden müssen, während gleichaltrige Menschen in anderen Regionen noch unabhängig leben und durchschnittlich erst in höheren Lebensjahren versorgungs- und pflegebedürftig

werden. Eine längere Dauer mit Pflege ist unabhängig von ihren Ursachen gleichbedeutend mit einer höheren Anzahl an gleichzeitig pflegebedürftigen Personen und damit verbunden höheren monetären, personellen und infrastrukturellen Aufwendungen der Versorgungsträger.

Die gesunde Lebenserwartung eignet sich daher je nach gewähltem Gesundheitsmaß (auch regional) zur Einschätzung der ehemaligen, derzeitigen und zukünftig zu planenden und zu finanzierenden medizinischen Versorgungssysteme. Vor allem in der Versorgungsforschung können so strukturelle gesundheitliche Ungleichheiten aufgedeckt und konkrete Pläne entwickelt werden, um diese Ungleichheiten zu reduzieren oder zu kompensieren.

Drei zentrale Datenquellen

Für die Berechnung der Sterbetafeln werden Daten der Statistik der Sterbefälle und der laufenden Fortschreibung des Bevölkerungsstandes der Jahre 2019, 2020 und 2021 genutzt. Aus den Daten der drei Jahre wird ein Durchschnitt gebildet, um kurzzeitige Fluktuationen möglichst auszuschließen bzw. abzuschwächen. Eine Besonderheit ist, dass in dem Zeitraum 2019 bis 2021 die Covid-19-Pandemie begann, sich ausbreitete und kulminierte. In diesen Jahren wurden die höchsten Inzidenzen gemessen und auch eine hohe Übersterblichkeit festgestellt. Darüber hinaus führten Eindämmungsmaßnahmen wie Besuchs- und Kontaktverbote zu Änderungen in behördlichen und medizinischen Abläufen, die wiederum auf die Prozesse zur Pflegebedürftigkeitsfeststellung Einfluss genommen haben können. Die Stärke dieser Einflüsse kann allein mittels dieser Datenauswahl nicht festgestellt wer-

Coronapandemie beeinflusst Daten



den, sollte jedoch bei der Interpretation der Ergebnisse beachtet werden.

Strukturen
der Daten-
grundlagen

Die Daten liegen für alle kreisfreien Städte und Landkreise getrennt nach Geschlecht und für Altersgruppen vor, die jeweils fünf Altersjahre zusammenfassen – mit den Ausnahmen der Gruppen „unter einem Jahr“, „ein bis unter fünf Jahre“ und „85 Jahre und mehr“. Bei den Sterbefällen wird jeweils der gemeldete Wohnort zum Zeitpunkt des Todes zugrunde gelegt. Diese Daten werden kombiniert mit Daten der Pflegestatistik 2021, die alle Personen erfasst, die eine Form der ambulanten oder stationären Pflegeleistungen erhalten haben. Zudem sind alle Personen mit Pflegegrad 1, die teilstationäre Pflege oder ausschließlich landesrechtliche bzw. keine Leistungen bekommen haben, sowie alle Pflegegeldempfängerinnen und -empfänger ohne ambulante oder stationäre Pflegeunterstützung in die Statistik eingegangen. Die Daten aus den Pflegeeinrichtungen und -diensten werden zum 15. Dezember und die Daten der Empfängerinnen und Empfänger von Pflegeleistungen zum 31. Dezember erhoben. Die regionale Zuordnung erfolgt bei der stationären und der ambulanten Pflege über den Sitz der Pflegeeinrichtung und bei den Pflegegeldempfängerinnen und -empfängern über den Wohnort. Dies muss bei der Auswertung der regionalisierten Ergebnisse berücksichtigt werden.

Die Ergebnisse werden getrennt nach der ferneren Lebenserwartung ohne und mit Pflegebedarf der jeweiligen Versorgungsart dargestellt. Positive Versorgungssituationen liegen dann vor, wenn die fernere Lebenserwartung ohne Pflegebedarf hoch und die mit Pflegebedarf nach jeweiliger Versorgungsart vergleichsweise kurz ist.

Ergebnisse: Die Landeshauptstadt Mainz hat die höchste generelle fernere Lebenserwartung

In Rheinland-Pfalz haben Frauen im Alter von 70 bis 74 Jahren im Zeitraum 2019 bis 2021 eine fernere Lebenserwartung von 17 Jahren und Männer von 14,6 Jahren. Im Vergleich der kreisfreien Städte und Landkreise reicht die Spanne der ferneren Lebenserwartung bei den Frauen von 16,1 Jahren in der kreisfreien Stadt Kaiserslautern bis 18,1 Jahren in Mainz und bei den Männern von 12,6 Jahren in Pirmasens bis 15,4 Jahren in Mainz.

Der geschlechtsspezifische Unterschied in der ferneren Lebenserwartung variiert zwischen moderaten 1,8 Jahren in Mainz-Bingen und hohen 3,9 Jahren in Pirmasens.

Lebenszeit ohne Pflege am höchsten in Mainz und am niedrigsten in Pirmasens und Cochem-Zell

Die erwarteten durchschnittlich verbleibenden Lebensjahre ohne jegliche Pflegeunterstützung und -einstufung betragen bei 70- bis 74-Jährigen in Rheinland-Pfalz insgesamt 11,5 Jahre bei den Frauen und 11,4 Jahre bei den Männern. Somit ist die erwartete fernere Lebenszeit ohne Pflegebedarf bei beiden Geschlechtern etwa gleich groß, obwohl die fernere Lebenserwartung der Frauen in allen Regionen höher ist als jene der Männer.

Die Health Ratio, also der Anteil pflegefreier Lebensjahre an der Gesamtlebenserwartung unterscheidet sich dagegen zwischen Männern und Frauen. Sind bei den 70- bis 74-jährigen Männern 78 Prozent der Lebensjahre ohne Pflegebedarf, sind es bei den gleichaltrigen Frauen nur 67 Prozent.

Große Unterschiede zwischen den Geschlechtern in Pirmasens

Im Landesdurchschnitt gleich lange fernere Lebenserwartung ohne Pflege bei Männern und Frauen



T1 Fernere Lebenserwartung der Frauen im Alter von 70 bis 74 Jahren 2021 nach Verwaltungsbezirken

Verwaltungsbezirk	Insgesamt	Ohne Pflege				Mit Pflege			
		Alle Arten	Ohne ambulante Pflege	Ohne stationäre Pflege	Ohne Pflegegeld	Alle Arten	Mit ambulanter Pflege	Mit stationärer Pflege	Nur mit Pflegegeld
Frankenthal (Pfalz), St.	17,3	12,1	16,2	16,0	15,0	5,2	1,1	1,3	2,3
Kaiserslautern, St.	16,1	11,5	15,2	14,9	14,1	4,6	0,9	1,2	2,0
Koblenz, St.	17,3	11,5	15,8	15,7	15,2	5,8	1,5	1,6	2,1
Landau i. d. Pfalz, St.	17,5	11,6	15,6	16,3	15,1	5,8	1,8	1,2	2,4
Ludwigshafen a. Rh., St.	17,0	11,5	15,9	15,9	14,3	5,4	1,1	1,1	2,7
Mainz, St.	18,1	13,4	17,1	16,9	16,2	4,7	1,1	1,2	1,9
Neustadt a. d. Weinstr., St.	17,1	12,4	16,2	16,3	14,7	4,8	1,0	0,9	2,4
Pirmasens, St.	16,6	10,1	14,3	15,4	14,2	6,5	2,2	1,1	2,4
Speyer, St.	16,7	11,4	15,7	15,1	14,5	5,3	1,0	1,6	2,2
Trier, St.	17,4	12,8	16,3	16,1	15,9	4,6	1,1	1,3	1,5
Worms, St.	17,4	11,7	15,8	16,1	15,3	5,7	1,7	1,3	2,1
Zweibrücken, St.	17,2	10,7	15,6	15,7	14,3	6,4	1,6	1,5	2,8
Ahrweiler	17,2	11,6	15,7	16,1	14,6	5,6	1,5	1,0	2,6
Altenkirchen (Ww.)	16,6	10,1	14,9	15,4	13,6	6,5	1,7	1,2	2,9
Alzey-Worms	16,7	11,5	15,3	15,8	14,3	5,2	1,4	0,9	2,4
Bad Dürkheim	16,6	11,8	15,6	15,5	14,2	4,8	0,9	1,1	2,3
Bad Kreuznach	17,0	11,8	15,8	15,9	14,7	5,2	1,2	1,1	2,3
Bernkastel-Wittlich	17,0	11,7	15,6	15,8	15,0	5,3	1,4	1,2	2,0
Birkenfeld	16,4	10,9	15,3	15,1	13,9	5,5	1,1	1,3	2,5
Cochem-Zell	16,8	9,8	14,8	15,3	14,0	7,0	2,0	1,5	2,8
Donnersbergkreis	16,7	11,4	15,9	15,4	14,1	5,3	0,8	1,3	2,6
Eifelkreis Bitburg-Prüm	17,0	11,0	15,1	15,9	14,7	6,0	1,9	1,1	2,3
Germersheim	17,0	11,3	16,3	16,0	13,6	5,7	0,7	1,1	3,4
Kaiserslautern	17,2	11,4	15,9	16,3	14,3	5,7	1,3	0,9	2,9
Kusel	16,7	10,4	15,2	15,7	13,7	6,3	1,5	1,1	3,0
Mainz-Bingen	17,2	12,5	16,4	16,1	15,1	4,7	0,8	1,2	2,1
Mayen-Koblenz	17,1	11,1	16,0	15,9	14,0	6,0	1,1	1,2	3,1
Neuwied	16,7	10,7	15,3	15,4	14,1	6,0	1,4	1,3	2,7
Rhein-Hunsrück-Kreis	16,3	11,0	15,3	15,1	13,8	5,3	1,0	1,2	2,5
Rhein-Lahn-Kreis	16,8	11,3	15,6	15,7	14,3	5,5	1,3	1,1	2,5
Rhein-Pfalz-Kreis	17,1	11,9	16,1	16,1	14,4	5,2	1,0	1,0	2,7
Südliche Weinstraße	17,6	12,1	16,5	16,9	14,5	5,5	1,1	0,8	3,2
Südwestpfalz	17,4	11,1	15,8	16,6	14,0	6,3	1,6	0,8	3,4
Trier-Saarburg	17,2	12,2	16,1	15,8	15,1	5,0	1,0	1,3	2,0
Vulkaneifel	17,1	10,9	15,6	15,9	14,4	6,2	1,5	1,2	2,7
Westerwaldkreis	16,9	10,8	15,4	15,6	14,1	6,1	1,5	1,3	2,7
Rheinland-Pfalz	17,0	11,5	15,7	15,8	14,5	5,5	1,3	1,2	2,5

T2 Fernere Lebenserwartung der Männer im Alter von 70 bis 74 Jahren 2021 nach Verwaltungsbezirken

Verwaltungsbezirk	Insgesamt	Ohne Pflege				Mit Pflege			
		Alle Arten	Ohne ambulante Pflege	Ohne stationäre Pflege	Ohne Pflegegeld	Alle Arten	Mit ambulanter Pflege	Mit stationärer Pflege	Nur mit Pflegegeld
Frankenthal (Pfalz), St.	15,0	11,9	14,5	14,5	13,4	3,1	0,6	0,6	1,6
Kaiserslautern, St.	13,7	10,9	13,2	13,2	12,2	2,8	0,5	0,5	1,5
Koblenz, St.	14,6	11,2	13,7	13,8	13,1	3,4	0,8	0,8	1,5
Landau i. d. Pfalz, St.	14,4	11,1	13,4	13,9	12,8	3,3	1,0	0,5	1,6
Ludwigshafen a. Rh., St.	14,2	11,1	13,6	13,8	12,5	3,1	0,6	0,5	1,8
Mainz, St.	15,4	12,6	14,8	14,9	14,0	2,9	0,6	0,5	1,4
Neustadt a. d. Weinstr., St.	14,7	11,9	14,2	14,3	13,0	2,8	0,5	0,4	1,7
Pirmasens, St.	12,6	9,0	11,6	12,0	11,0	3,6	1,1	0,6	1,6
Speyer, St.	14,2	11,2	13,6	13,5	12,6	3,0	0,6	0,6	1,6
Trier, St.	14,8	12,0	14,1	14,2	13,6	2,8	0,7	0,6	1,2
Worms, St.	14,5	11,3	13,6	14,0	13,0	3,2	0,8	0,5	1,5
Zweibrücken, St.	14,7	11,1	13,8	14,2	12,8	3,6	0,9	0,5	1,9
Ahrweiler	14,9	11,6	14,0	14,4	13,2	3,3	0,9	0,5	1,6
Altenkirchen (Ww.)	14,1	10,4	13,3	13,6	12,1	3,7	0,9	0,5	2,0
Alzey-Worms	14,4	11,4	13,7	14,1	12,8	3,0	0,7	0,4	1,6
Bad Dürkheim	14,6	11,6	14,0	14,1	13,0	3,0	0,6	0,5	1,6
Bad Kreuznach	14,7	11,5	14,0	14,3	13,0	3,2	0,7	0,4	1,7
Bernkastel-Wittlich	14,8	11,7	14,1	14,2	13,4	3,1	0,7	0,6	1,4
Birkenfeld	13,6	10,5	13,1	13,1	11,9	3,1	0,6	0,5	1,7
Cochem-Zell	14,5	10,4	13,4	13,9	12,5	4,2	1,1	0,7	2,0
Donnersbergkreis	14,3	11,4	13,9	13,8	12,6	3,0	0,4	0,5	1,7
Eifelkreis Bitburg-Prüm	14,6	10,9	13,5	14,1	12,9	3,7	1,1	0,5	1,7
Germersheim	14,1	11,2	13,8	13,8	12,1	2,9	0,3	0,4	2,0
Kaiserslautern	14,8	11,5	14,2	14,3	12,9	3,2	0,6	0,5	1,8
Kusel	14,1	10,8	13,4	13,8	12,2	3,4	0,7	0,4	1,9
Mainz-Bingen	15,4	12,5	14,8	14,9	13,8	2,9	0,6	0,5	1,6
Mayen-Koblenz	14,4	11,1	13,9	13,9	12,5	3,3	0,6	0,5	2,0
Neuwied	14,7	11,2	13,9	14,2	12,9	3,5	0,8	0,6	1,9
Rhein-Hunsrück-Kreis	14,4	11,3	13,9	13,9	12,7	3,2	0,6	0,5	1,7
Rhein-Lahn-Kreis	14,3	11,3	13,6	13,8	12,6	3,0	0,6	0,4	1,7
Rhein-Pfalz-Kreis	15,0	12,0	14,4	14,6	13,1	3,0	0,5	0,4	1,8
Südliche Weinstraße	15,1	11,8	14,4	14,8	13,0	3,3	0,6	0,3	2,1
Südwestpfalz	14,6	11,0	13,8	14,2	12,5	3,5	0,8	0,3	2,1
Trier-Saarburg	14,7	11,8	14,1	14,1	13,2	2,9	0,6	0,6	1,4
Vulkaneifel	14,0	10,7	13,3	13,5	12,4	3,3	0,7	0,5	1,6
Westerwaldkreis	14,4	10,9	13,6	13,9	12,6	3,5	0,8	0,5	1,8
Rheinland-Pfalz	14,6	11,4	13,9	14,1	12,8	3,2	0,7	0,5	1,7



Bis zu fast vier Jahre Unterschied zwischen den Verwaltungsbezirken

In der regionalen Betrachtung zeigt sich, dass nicht nur das Niveau der pflegefreien Lebenszeit bei beiden Geschlechtern ähnlich ist, sondern auch die Spannweite der Werte (3,6 Jahre bei den Frauen und 3,5 Jahre bei den Männern). In der kreisfreien Stadt Mainz kann bei beiden Geschlechtern die längste pflegefreie Lebenszeit festgestellt werden: 13,4 Jahre bei den Frauen bzw. 74 Prozent der Gesamtlebenserwartung, 12,6 Jahre bzw. 81 Prozent bei den Männern. Die kürzeste pflegefreie Zeit ist bei den Frauen in Cochem-Zell mit 9,8 Jahren (59 Prozent) und bei den Männern in Pirmasens mit neun Jahren (72 Prozent) festzustellen. In Altkirchen, Cochem-Zell, im Landkreis Kaiserslautern, in Kusel, Mainz-Bingen, Neuwied, im Rhein-Hunsrück-Kreis, im Rhein-Pfalz-Kreis, im Westerwaldkreis und in Zweibrücken liegt die pflegefreie Lebenszeit der Frauen um bis zu 0,6 Jahre (Cochem-Zell) unter jener der Männer. In den anderen Regionen ist sie bei den Frauen um bis zu einem Jahr (Pirmasens) höher als bei den Männern. Im Land insgesamt beträgt der Unterschied zwischen den Geschlechtern nur 0,1 Jahren zugunsten der Frauen.

Frauen müssen mit deutlich mehr Lebensjahren in Pflege rechnen als Männer

Wird die erwartete absolute Zahl der Lebensjahre mit Pflegebedarf betrachtet, zeigt sich eine andere Reihenfolge: Bei den Frauen hat die kreisfreie Stadt Kaiserslautern den geringsten Wert (4,6 Jahre bzw. 29 Prozent der Gesamtlebenserwartung) und bei den Männern die kreisfreie Stadt Neustadt (2,8 Jahre bzw. 28 Prozent). Die geringsten Anteile an ferneren Lebensjahren hat die Stadt Mainz bei den Frauen mit 26 Prozent und den Männern mit 19 Prozent. Bei der Interpretation der Werte muss beachtet werden, dass es sich zum einen um Durchschnittswerte einer größeren Bevölkerungsgruppe handelt und zum anderen um einen

Altersbereich mit hohem Sterberisiko. In der Folge fällt der Durchschnittswert auch deshalb relativ klein aus, weil ein großer Teil der Personen bereits vor oder kurz nach dem Eintritt der Pflegebedürftigkeit verstirbt.

Die längste Lebenszeit mit Pflegebedarf kann für beide Geschlechter in Cochem-Zell ermittelt werden: sieben Jahre bzw. 41 Prozent bei den Frauen und 4,2 Jahre bzw. 29 Prozent bei den Männern. Damit beträgt die Spannweite zwischen den Regionen 2,4 (Frauen) bzw. 1,4 Jahre (Männer).

In Cochem-Zell längste Lebenszeit mit Pflegebedarf

Für das Land insgesamt liegt der Wert bei 5,5 Jahren bei den Frauen (33 Prozent der Gesamtlebenserwartung) und 3,2 Jahren bei den Männern (22 Prozent). Die Lebenszeit mit Pflegebedarf ist aufgrund der höheren allgemeinen ferneren Lebenserwartung bei den Frauen durchweg höher als bei den Männern. So liegt der Unterschied der ferneren Lebenserwartung zwischen Männern und Frauen zwischen 1,8 Jahren in den kreisfreien Städten Kaiserslautern, Mainz und Trier sowie dem Landkreis Mainz-Bingen und 2,9 Jahren in der kreisfreien Stadt Pirmasens sowie den Landkreisen Kusel und Vulkaneifel. Im Landesschnitt beträgt der Geschlechterunterschied 2,3 Jahre.

Wird die Lebenserwartung von Frauen und Männern mit Pflegebedarf über alle Regionen miteinander verglichen, zeigen Korrelationsanalysen einen starken positiven statistischen Zusammenhang ($r = 0,9$).¹ Das bedeutet, Regionen, in denen Frauen viele

Starker Zusammenhang zwischen Lebenszeit in Pflegebedürftigkeit der Männer und Frauen

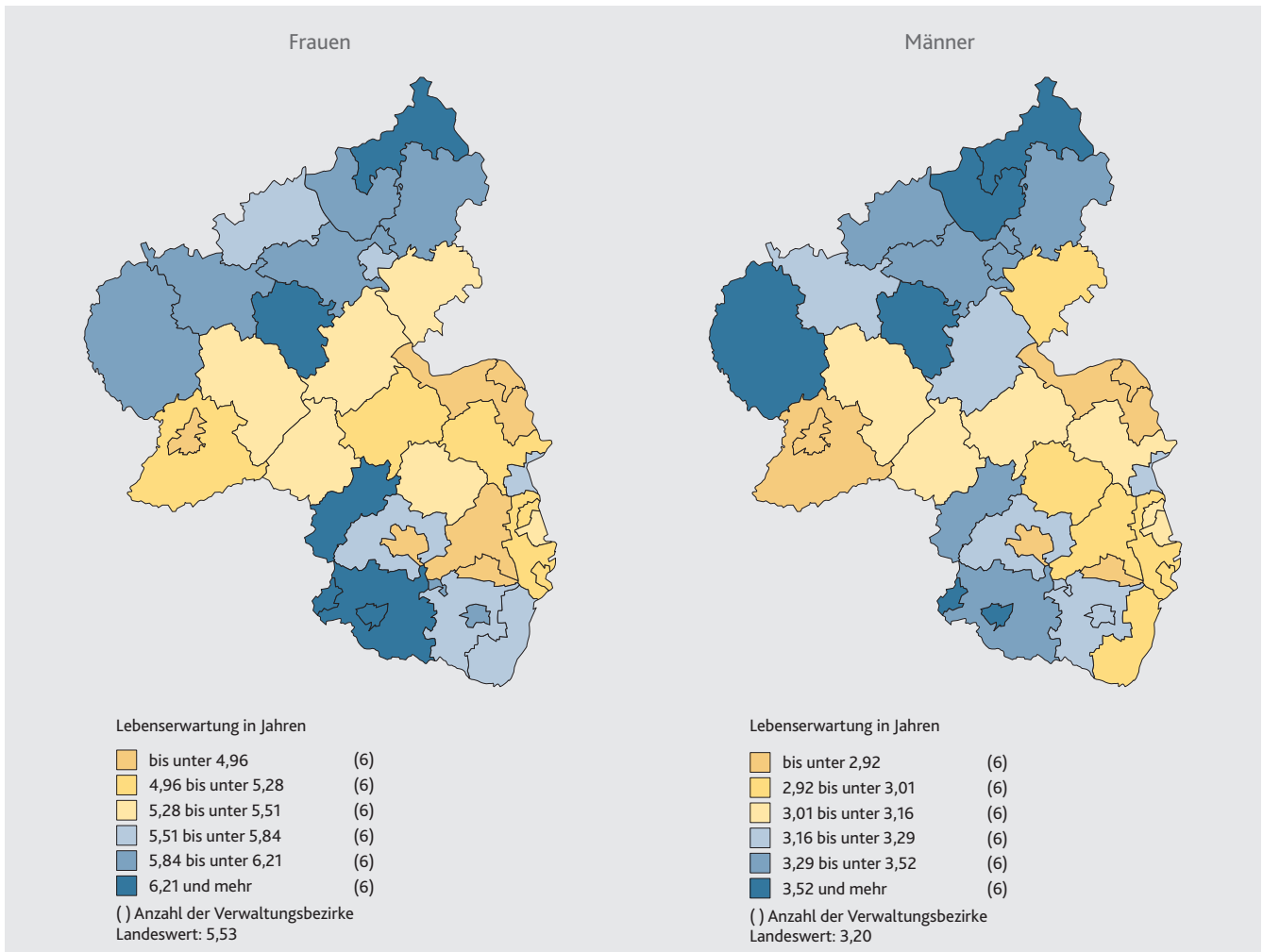
¹ Dargestellt ist der Korrelationskoeffizient nach Bravais-Pearson. Dieser Koeffizient liegt im Bereich von minus eins, was einen vollständig negativen Zusammenhang ausweist, und plus eins, was einem vollständig positiven Zusammenhang entspricht. Werte nahe der Null zeigen geringe bis nicht vorhandene Zusammenhänge an.

T3 Differenz der ferneren Lebenserwartung der Frauen gegenüber den Männern im Alter von 70 bis 74 Jahren 2021 nach Verwaltungsbezirken

Verwaltungsbezirk	Insgesamt	Ohne Pflege				Mit Pflege			
		Alle Arten	Ohne ambulante Pflege	Ohne stationäre Pflege	Ohne Pflegegeld	Alle Arten	Mit ambulanter Pflege	Mit stationärer Pflege	Nur mit Pflegegeld
Frankenthal (Pfalz), St.	2,3	0,2	1,8	1,6	1,6	2,1	0,5	0,7	0,7
Kaiserslautern, St.	2,4	0,6	2,0	1,8	1,9	1,8	0,4	0,6	0,5
Koblenz, St.	2,7	0,3	2,0	1,9	2,1	2,5	0,7	0,9	0,6
Landau i. d. Pfalz, St.	3,1	0,5	2,2	2,4	2,3	2,6	0,9	0,7	0,8
Ludwigshafen a. Rh., St.	2,7	0,4	2,3	2,1	1,9	2,3	0,5	0,7	0,9
Mainz, St.	2,7	0,8	2,2	2,0	2,2	1,8	0,4	0,6	0,5
Neustadt a. d. Weinstr., St.	2,5	0,5	2,0	2,0	1,7	2,0	0,4	0,5	0,8
Pirmasens, St.	3,9	1,0	2,8	3,4	3,2	2,9	1,2	0,5	0,8
Speyer, St.	2,5	0,3	2,1	1,5	1,9	2,3	0,4	1,0	0,6
Trier, St.	2,7	0,8	2,2	2,0	2,3	1,8	0,4	0,7	0,3
Worms, St.	2,9	0,4	2,1	2,1	2,3	2,5	0,8	0,8	0,6
Zweibrücken, St.	2,5	-0,3	1,8	1,4	1,6	2,8	0,7	1,0	0,9
Ahrweiler	2,3	0,0	1,7	1,7	1,4	2,3	0,6	0,6	0,9
Altenkirchen (Ww.)	2,4	-0,3	1,6	1,7	1,5	2,8	0,8	0,7	0,9
Alzey-Worms	2,3	0,1	1,6	1,8	1,5	2,2	0,7	0,5	0,7
Bad Dürkheim	2,0	0,1	1,6	1,4	1,3	1,9	0,4	0,6	0,7
Bad Kreuznach	2,3	0,3	1,8	1,7	1,7	2,0	0,5	0,6	0,6
Bernkastel-Wittlich	2,2	0,0	1,6	1,6	1,6	2,2	0,6	0,7	0,6
Birkenfeld	2,8	0,4	2,2	2,0	2,0	2,4	0,6	0,7	0,8
Cochem-Zell	2,3	-0,5	1,3	1,5	1,5	2,8	0,9	0,8	0,8
Donnersbergkreis	2,3	0,0	1,9	1,6	1,5	2,4	0,4	0,8	0,9
Eifelkreis Bitburg-Prüm	2,4	0,0	1,6	1,8	1,8	2,3	0,8	0,6	0,6
Germersheim	2,9	0,1	2,5	2,2	1,5	2,7	0,4	0,7	1,4
Kaiserslautern	2,4	-0,1	1,7	2,0	1,3	2,5	0,7	0,4	1,1
Kusel	2,6	-0,3	1,8	1,9	1,5	2,9	0,8	0,7	1,1
Mainz-Bingen	1,8	0,0	1,5	1,1	1,2	1,8	0,3	0,7	0,6
Mayen-Koblenz	2,6	0,0	2,1	1,9	1,5	2,6	0,5	0,7	1,1
Neuwied	2,0	-0,5	1,4	1,2	1,2	2,5	0,6	0,8	0,8
Rhein-Hunsrück-Kreis	1,9	-0,3	1,4	1,2	1,1	2,1	0,4	0,7	0,8
Rhein-Lahn-Kreis	2,6	0,1	1,9	1,9	1,7	2,5	0,7	0,7	0,8
Rhein-Pfalz-Kreis	2,1	-0,1	1,6	1,5	1,3	2,2	0,5	0,6	0,9
Südliche Weinstraße	2,6	0,3	2,1	2,1	1,5	2,3	0,5	0,5	1,1
Südwestpfalz	2,8	0,0	2,1	2,4	1,6	2,8	0,8	0,5	1,3
Trier-Saarburg	2,5	0,4	2,0	1,8	1,9	2,1	0,5	0,7	0,6
Vulkaneifel	3,1	0,1	2,3	2,4	2,0	2,9	0,8	0,7	1,0
Westerwaldkreis	2,5	-0,1	1,8	1,7	1,6	2,6	0,7	0,8	0,9
Rheinland-Pfalz	2,4	0,1	1,9	1,8	1,6	2,3	0,6	0,7	0,8



K1 Fernere Lebenserwartung der Frauen und Männer mit Pflegebedarf insgesamt im Alter von 70 bis 74 Jahren 2021 nach Verwaltungsbezirken



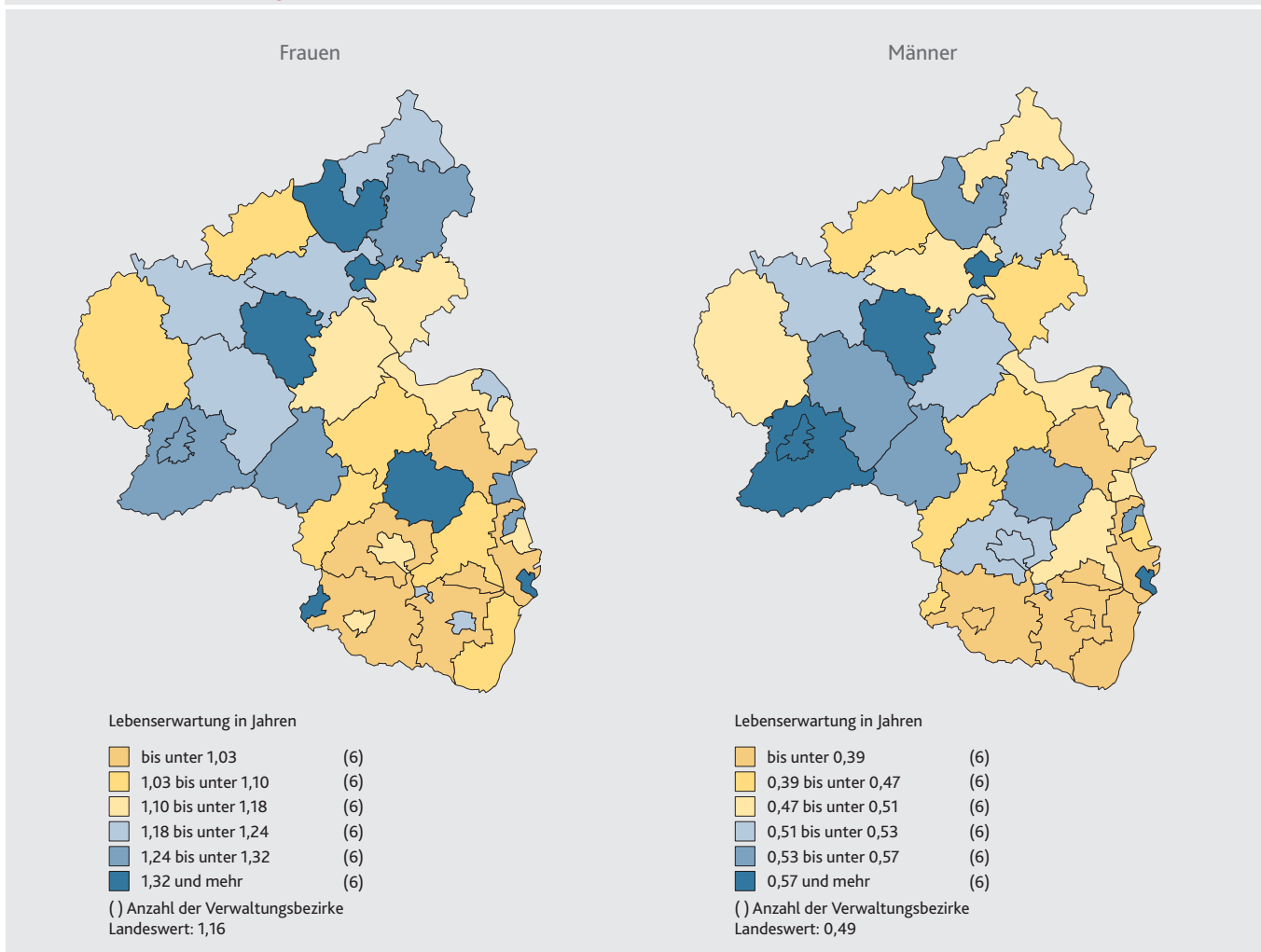
zusätzliche Lebensjahre in Pflege erleben müssen, haben auch Männer viele Jahre in Pflege zu erwarten. Ähnlich hoch ist die Korrelation zwischen den Werten der ferneren Lebenserwartung der Frauen und der Geschlechterdifferenz ($r = 0,9$). Deutlich schwächer fällt sie dagegen zwischen den Werten der ferneren Lebenserwartung der Männer und der Geschlechterdifferenz aus ($r = 0,7$). Dies zusammen indiziert, dass die Geschlechterdifferenz stärker aus der Variation der pflegebedürftigen Lebensjahre der Frauen resultiert als aus den Unterschieden der Lebensjahre in Pflege bei den Männern.

In Mainz durchschnittlich etwa drei Lebensjahre mehr ohne ambulanten Pflegebedarf als in Pirmasens

Der Unterschied zwischen den Regionen mit der höchsten und der niedrigsten verbleibenden Lebenserwartung ohne ambulante Pflege ist etwas geringer als beim Pflegebedarf insgesamt (2,7 Jahre bei den Frauen bzw. 3,3 Jahre bei den Männern). In der Landeshauptstadt Mainz beträgt die Lebenserwartung ohne ambulante Pflege bei den Frauen im Alter von 70 bis 74 Jahren 17,1 Jahre (94 Prozent der Gesamtlebenserwartung)

Geringste Geschlechterdifferenz in Cochem-Zell bei Lebensjahren ohne ambulanten Pflegebedarf

K2 Fernere Lebenserwartung der Frauen und Männer mit vollstationärem Pflegebedarf im Alter von 70 bis 74 Jahren 2021 nach Verwaltungsbezirken



und bei den Männern 14,8 Jahre (96 Prozent). In Pirmasens liegt sie bei den Frauen bei 14,3 Jahren (86 Prozent) und bei den Männern bei 11,6 Jahren (91 Prozent). Der Landesschnitt beläuft sich auf 15,7 Jahre bei den Frauen (93 Prozent) und 13,9 Jahre bei den Männern (95 Prozent). Die Unterschiede zwischen den Geschlechtern sind deutlich größer als im Fall der Pflege insgesamt. Die größte Geschlechterdifferenz der ferneren Lebenserwartung stellt sich in Pirmasens ein (2,8 Jahre mehr bei den Frauen), die geringste in Cochem-Zell (1,4 Jahre). Landesweit können Frauen im Durchschnitt mit 1,9 Jahren

mehr Lebensjahren ohne ambulanten Pflegebedarf rechnen als Männer.

In Bezug auf die fernere Lebenserwartung mit ambulanter Pflege weist der Landkreis Germersheim für beide Geschlechter die geringsten absoluten Werte auf. Dort werden nur durchschnittlich 0,7 Jahre bei den Frauen (vier Prozent) und 0,3 Jahre bei den Männern (zwei Prozent) im Alter von 70 bis 74 Jahren in ambulanter Pflege erwartet. Auf die längste Zeit in ambulanter Pflege müssen Frauen sich dagegen in Pirmasens (2,2 Jahre; 14 Prozent) und Männer im Eifelkreis Bitburg-Prüm

Lebenserwartung mit ambulanter Pflege am höchsten in Pirmasens bei Frauen und bei Männern im Eifelkreis Bitburg-Prüm



(1,1 Jahre; acht Prozent) einstellen. Der Landesschnitt liegt bei 1,3 Jahren bei den Frauen (sieben Prozent) und 0,7 Jahren bei den Männern (fünf Prozent). Der Geschlechterunterschied beläuft sich im Landesmittel auf insgesamt 0,6 Jahre zuungunsten der Frauen. Er variiert zwischen 0,3 Jahren in Mainz-Bingen und 1,2 Jahren in Pirmasens.

Korrelationsanalysen hinsichtlich der ferneren Lebenserwartung zwischen den Geschlechtern in den Regionen ergeben ähnliche Ergebnisse wie bei der Pflegebedürftigkeit insgesamt.

Geringste Lebenszeit ohne vollstationäre Pflege in der kreisfreien Stadt Kaiserslautern bei den Frauen und in Pirmasens bei den Männern

Große Geschlechtervarianz bei der ferneren Lebenserwartung ohne vollstationäre Pflege

Die kreisfreie Stadt Mainz nimmt auch bei der verbleibenden Lebenserwartung ohne vollstationäre Pflege die Spitzenposition bei den 70- bis 74-jährigen Frauen ein (16,9 Jahre bzw. 94 Prozent der Gesamtlebenserwartung). Bei den Männern wird die Rangreihung von Mainz und vom Landkreis Mainz-Bingen angeführt (jeweils 14,9 Jahre; 96 bzw. 97 Prozent). Relativ gesehen führt der Landkreis Südliche Weinstraße mit 96 Prozent bei den Frauen und 98 Prozent bei den Männern.

Die kürzeste fernere Lebenserwartung ergibt sich bei den Frauen in den kreisfreien Städten Speyer (15,1 Jahre; 90 Prozent) und Kaiserslautern (14,9 Jahre; 93 Prozent); bei den Männern in Birkenfeld (13,1 Jahre; 96 Prozent) und in Pirmasens (zwölf Jahre, 95 Prozent). Der Landesschnitt liegt bei 15,8 Jahren bei den Frauen (93 Prozent der Gesamtlebenserwartung) und 14,1 Jahren bei den Männern (97 Prozent). Die Spanne der Werte zwischen den kreisfreien Städten und Landkrei-

sen (zwei Jahre bei den Frauen und 2,9 Jahre bei den Männern) fällt damit geringer aus als bei der ambulanten Pflege.

Auffällig ist, wie groß die Unterschiede zwischen den Geschlechtern in einigen Regionen sind. So beträgt die Differenz zugunsten der Frauen mit Blick auf die Lebenserwartung ohne vollstationäre Pflege in der Vulkaneifel, in Landau und in der Südwestpfalz jeweils 2,4 Jahre und in Pirmasens sogar 3,4 Jahre. Landesweit bewegt sich die Geschlechterdifferenz dagegen auf einem ähnlichen Niveau wie im Fall der Lebenserwartung ohne ambulante Pflege (1,8 Jahre mehr zugunsten der Frauen).

Mit Blick auf die ferneren Lebensjahre mit vollstationärer Pflege beläuft sich der Landeswert bei den Frauen auf 1,2 Jahre (sieben Prozent) und bei den Männern auf 0,5 Jahre (drei Prozent). Die Werte reichen von 0,8 Jahren bei den Frauen und 0,3 Jahren bei den Männern in den Landkreisen Südliche Weinstraße (vier Prozent bei den Frauen und zwei Prozent bei den Männern) sowie Südwestpfalz (fünf Prozent bei den Frauen und zwei Prozent bei den Männern) und bis zu 1,7 Jahren bei den Frauen (zehn Prozent) bzw. 0,8 Jahren bei den Männern in Koblenz (fünf Prozent). Die Spanne ist somit gering (0,9 Jahre bei den Frauen und 0,5 Jahre bei den Männern). Bezogen auf Rheinland-Pfalz insgesamt liegt der Geschlechterunterschied bei 0,7 Jahren; er schwankt im Vergleich der Verwaltungsbezirke zwischen 0,4 Jahren im Landkreis Kaiserslautern und einem Jahr in der kreisfreien Stadt Zweibrücken.

Bemerkenswerte Ergebnisse erbringt die Korrelationsanalyse. Die Korrelation der Werte der ferneren Lebenserwartung für Frauen und Männer beläuft sich auf $r=0,8$. Damit fällt der statistische Zusammenhang zwischen den

Höchste Werte der Lebensjahre mit vollstationärer Pflege in der kreisfreien Stadt Koblenz



Starke Niveauunterschiede bei den Frauen als Ursache der Geschlechterdisparitäten bei vollstationärer Pflege

Werten der beiden Geschlechter schwächer aus als bei den anderen Versorgungsarten. Während die Korrelation zwischen der ferneren Lebenserwartung der Frauen in stationärer Pflege und der Geschlechterdifferenz stark positiv ausfällt ($r = 0,9$), stellt sich bei den Männern nur ein moderater Zusammenhang zwischen der ferneren Lebenserwartung und der Geschlechterdifferenz in der ferneren Lebenserwartung ein ($r = 0,5$). Dies zeigt, dass die regionalen Unterschiede der erwarteten ferneren Lebensjahre zwischen Frauen und Männern fast ausschließlich auf die Niveauunterschiede bei den Frauen zurückzuführen sind.

Mit Abstand höchste Lebenszeit ohne Pflegegeldbezug bei den Frauen und den Männern in Mainz

Große regionale Unterschiede bei der ferneren Lebenserwartung ohne alleinigen Pflegegeldbezug

Auch bei der verbleibenden Lebenserwartung ohne Pflegegeld weist Mainz die höchsten Werte im Vergleich der Regionen aus. Sie beträgt bei den Frauen 16,2 Jahre (90 Prozent der Gesamtlebenserwartung) und bei den Männern 14 Jahre (91 Prozent). Den niedrigsten Wert hat bei den Frauen der Landkreis Germersheim (13,6 Jahre bzw. 80 Prozent) und bei den Männern die kreisfreie Stadt Pirmasens (elf Jahre bzw. 87 Prozent). Damit liegt die regionale Spanne bei den Frauen bei 2,6 Jahren und bei den Männern bei 3,1 Jahren. Der Landesdurchschnitt liegt bei 14,5 Jahren bei den Frauen (85 Prozent) und bei 12,8 Jahren bei den Männern (88 Prozent). Zwischen den Geschlechtern zeigt sich der geringste Unterschied im Rhein-Hunsrück-Kreis, in dem Frauen im Durchschnitt mit 1,1 mehr zusätzlichen Lebensjahren rechnen können als Männer. Die größte Differenz zwischen Frauen und Männern stellt sich in Pirmasens ein (3,2 Jahren). Landesweit beträgt der Abstand 1,7 Jahre.

Die durchschnittliche fernere Lebenserwartung mit ausschließlichem Pflegegeldbezug ohne personelle Pflegeunterstützung ist in Trier bei den Frauen (1,5 Jahre bzw. neun Prozent) und den Männern (1,2 Jahre bzw. acht Prozent) am niedrigsten. Am höchsten fällt sie in den Landkreisen Germersheim und Südwestpfalz bei den Frauen (3,4 Jahre, 19 bzw. 20 Prozent) und in den Landkreisen Südliche Weinstraße und Südwestpfalz bei den Männern (2,1 Jahre, beide 14 Prozent) aus. Der Landesschnitt beläuft sich bei den Frauen auf 2,5 Jahre (15 Prozent) und bei den Männern auf 1,7 Jahre (zwölf Prozent). Das entspricht einem Unterschied von 0,8 Jahren zwischen den Geschlechtern. Der Geschlechterunterschied variiert zwischen den Regionen von 0,3 Jahren in Trier bis zu 1,4 Jahren im Landkreis Germersheim.

Die Korrelationsanalysen bestätigen abermals die beschriebenen Ergebnisse für die Pflegebedürftigkeit insgesamt.

Fazit

Die Ergebnisse dieser Analyse ermöglichen es, die Situation der pflegerischen Versorgung und Inanspruchnahme unterschiedlicher Versorgungsformen miteinander zu vergleichen, ohne dass die Resultate infolge regionaler Unterschiede (insbesondere aufgrund der demografischen Zusammensetzung der untersuchten Verwaltungsbezirke) verzerrt sind. Bei den regionalen Auswertungen fällt auf, dass einige kreisfreie Städte und Landkreise bei mehreren Versorgungsformen sehr günstige oder sehr ungünstige Werte mit Blick auf die noch zu erwartenden Lebensjahre aufweisen.

Bei der stationären und ambulanten Pflege können regionale Unterschiede durch die

Südwestpfalz eine der Regionen mit der höchsten ferneren Lebenserwartung mit Pflegegeld

Demografische Zusammensetzung nicht alleiniger Grund für regionale Unterschiede



Versorgungs- und Gesundheitsdisparitäten zwischen den Regionen identifiziert

infrastrukturelle Verfügbarkeit von stationären Pflegeeinrichtungen und Seniorenheimen sowie von ambulanten Pflegediensten gedeutet werden. Dies ist eine Limitation der Datengrundlage, da leider keine Informationen verfügbar sind, wo die gepflegten Personen wohnen bzw. vor dem Umzug in eine Pflegeeinrichtung gelebt haben. Bei ausschließlichem Pflegegeldbezug können regionale Unterschiede dagegen nicht vorrangig über infrastrukturelle Disparitäten zwischen den kreisfreien Städten und den Landkreisen erklärt werden. Dass die ungleichen ferneren Lebenszeiten nicht allein auf Unterschiede zwischen städtischen und ländlichen Gebieten zurückzuführen sind, wird unter anderem daran ersichtlich, dass die kreisfreien Städte Mainz und Trier zumeist sehr vorteilhafte Bedingungen aufweisen, während die kreisfreie Stadt Pirmasens zumeist am Ende der Rangliste der Verwaltungsbezirke zu finden ist.

Stärkere regionale Unterschiede bei den Frauen im Vergleich zu den Männern

Darüber hinaus sind die regionalen Unterschiede zwischen den Geschlechtern bemerkenswert. A priori wäre anzunehmen, dass Regionen mit einer erhöhten Lebenserwartung mit Pflegebedarf für Frauen ebenso erhöhte Werte für Männer aufweisen, wenn auch auf geringerem Niveau, da Frauen unabhängig von der Pflegebedürftigkeit grundsätzlich eine höhere Lebenserwartung haben als Männer. Die Analysen zeigen jedoch, dass die Pflegebedürftigkeit der Frauen regional stärker variiert als bei den Männern. Demnach ist für die fernere Lebenszeit von Frauen von größerer Bedeutung, in welchen räumlichen, wirtschaftlichen, sozialen und ökologischen Umgebungen sie gelebt haben und leben als für die fernere Lebenserwartung von Männern.

Welche Rolle bei den regionalen Unterschieden direkt oder indirekt die Covid-19-Pandemie und die Maßnahmen zu ihrer Eindämmung spielen, kann mit den präsentierten Ergebnissen nicht eindeutig gesagt werden. Mögliche Effekte könnten vorliegen, sollte die Covid-19-Sterblichkeit in den Regionen deutlich unterschiedlich ausgefallen sein. Auch könnten regional unterschiedliche Maßnahmen zur Eindämmung und deren (langfristige) Akzeptanz in der Bevölkerung Auswirkungen auf behördliche Prozesse, medizinische Maßnahmen oder individuelle Verhaltensweisen gehabt haben. Sie könnten dann wiederum die Inanspruchnahme von Leistungen der Pflegeversicherung regional- und geschlechtsspezifisch beeinflusst haben. Dazu bedarf es weiterer, wichtiger Untersuchungen.

Aus den Ergebnissen können Schlussfolgerungen für Versorgungsbedarfe gezogen werden, da die zunehmende allgemeine Lebenserwartung die ohnehin höhere Lebenszeit der Frauen noch weiter erhöhen wird und somit auch die Gesamtzahl und -dauer der zu Pflegenden regional unterschiedlich stark ansteigen wird. Zu erwarten ist somit auch, dass die infrastrukturellen Herausforderungen nicht gleichmäßig zunehmen werden und deshalb Konzepte entwickelt werden müssen, um eine angemessene und gerecht verteilte Versorgung in allen rheinland-pfälzischen Regionen sicherzustellen.

Weitere Zunahme der regionalen Unterschiede ist zu erwarten

Dr. Daniel Kreft ist Referent im Referat „Analysen Staat, Soziales“.