

BARMER GEK Pflegereport 2012

Pressekonferenz der BARMER GEK

Berlin, 27. November 2012

Teilnehmer:

Dr. Rolf-Ulrich Schlenker,

Stellv. Vorsitzender des Vorstandes der BARMER GEK

Prof. Heinz Rothgang

Zentrum für Sozialpolitik der Universität Bremen

Dr. Kai Behrens

Stellv. Leiter Unternehmenskommunikation BARMER GEK (Moderation)

Berlin, 27. November 2012

BARMER GEK Pflegereport 2012 **Erstmals Klarheit über Lebenszeitkosten**

Die pflegerische Versorgung von Frauen ist deutlich teurer als die von Männern. Erstmals werden mit dem BARMER GEK Pflegereport die genauen Ausgaben der Pflegeversicherung sowie die privaten Kostenanteile geschlechtsspezifisch ermittelt. Für Frauen fallen insgesamt mit fast 84.000 Euro im Durchschnitt doppelt so hohe Pflegekosten an wie für Männer, deren Pflege Durchschnittsausgaben von 42.000 Euro verursacht.

Hoher Privatkostenanteil in der Pflege

Der Blick auf die privat zu tragenden Anteile der Pflegekosten zeigt besonders deutlich, dass Frauen vor allem wegen ihrer längeren Heimpflege mehr belastet werden. Sie müssen zu ihren Pflegekosten privat durchschnittlich etwa 45.000 Euro beisteuern, während Männer cirka 21.000 Euro Eigenanteile aufbringen müssen. „Damit wird konkret fassbar, dass die Pflegeversicherung immer eine Teilkaskoversicherung war, ist und bleiben wird“, so Dr. Rolf-Ulrich Schlenker, stellvertretender Vorstandsvorsitzender der BARMER GEK. Private Vorsorge mit dem „Pflege-Bahr“ wirke da allenfalls wie der Tropfen auf den heißen Stein. „Und die aktuell von der Gewerkschaft Verdi vorgeschlagene Pflege-Vollversicherung klingt zwar vielversprechend, ist finanziell aber wohl unrealistisch und führt sozialpolitisch eher in die Irre.“

Kostenanalysen in der Langzeitbetrachtung

Für die Berechnung der Gesamtlebenszeitkosten der Pflege hatte das Autorenteam des Pflegereports um Prof. Dr. Heinz Rothgang vom Zentrum für Sozialpolitik der Universität Bremen die Kosten für rund 2000 Versicherte ab 60 Jahren analysiert, die im Jahr 2000 erstmalig pflegebedürftig geworden waren. Dazu wurden die Ausgaben der Sozialen Pflegeversicherung in den Jahren 2000 bis 2011 summiert, erwartete Kosten bis 2024 haben die Autoren geschätzt. „Erstmals können wir nun beziffern, welche Kosten in der Pflegeversicherung, bei der Sozialhilfe und vor allem privat für die Pflege aufgebracht werden“, so Rothgang.

Pressestelle

Lichtscheider Straße 89
42285 Wuppertal

Tel.: 0800 33 20 60 99 14 01
Fax: 0800 33 20 60 99 14 59
presse@barmer-gek.de
www.barmer-gek.de/presse

Athanasios Drougias (Ltg.)
Tel.: 0800 33 20 60 99 14 21
athanasios.drougias@barmer-gek.de

Dr. Kai Behrens
Tel.: 0800 33 20 60 44 3020
kai.behrens@barmer-gek.de

Enorme Schwankungen bis ins Extrem

Auffällig sind die dabei ermittelten Unterschiede: So übernimmt die soziale Pflegeversicherung im Durchschnitt für einen Pflegeversicherten Leistungen in Höhe von rund 33.000 Euro. Dabei liegt die Spanne zwischen 13 und 262.000 Euro. Derartig hohe Beträge müssen jedoch nur für einen sehr kleinen Teil der Versicherten aufgebracht werden. Rund 28 Prozent der Pflegebedürftigen beanspruchen von den Pflegekassen weniger als 5.000 Euro, weitere 20 Prozent zwischen 5.000 und 15.000 Euro. Ähnliche Schwankungen weisen die privaten Anteile auf. Sie erreichen bei stationärer Pflege im Extremfall bis zu 305.000 Euro, im Durchschnitt liegen sie bei 31.000 Euro.

Zahl Pflegebedürftiger steigt langsamer und regional unterschiedlich

Die Zahl der Pflegebedürftigen ist 2011 erstmals weniger stark gewachsen. „In den nächsten zwei Jahrzehnten wird der Zuwachs im Trend sogar noch weiter zurückgehen“, so der Gesundheitsökonom Rothgang. Dabei falle der Anstieg in den Regionen sehr unterschiedlich aus. In den Jahren 2005 bis 2007 war die Zahl der Pflegebedürftigen in den neuen Bundesländern zum Teil erheblich stärker angestiegen als im Bundesdurchschnitt von 5,6 Prozent (Brandenburg 14,1 Prozent, Mecklenburg-Vorpommern 11,3 Prozent, Thüringen 7,7 Prozent, Sachsen-Anhalt 6,8 Prozent und Sachsen 6 Prozent). Die alten Bundesländer verzeichneten Zuwachsraten überwiegend unter dem Bundesdurchschnitt. In den Jahren 2007 bis 2009 haben sich die Zuwachsraten im Osten zum Teil wieder deutlich abgeschwächt (Brandenburg 0,8 Prozent, Mecklenburg-Vorpommern 7,9 Prozent, Thüringen 6,6 Prozent, Sachsen-Anhalt -0,1 Prozent und Sachsen 3,7 Prozent). Die Abschwächung fiel in den alten Bundesländern fiel dagegen geringer aus.

Pressestelle

Lichtscheider Straße 89
42285 Wuppertal

Tel.: 0800 33 20 60 99 14 01
Fax: 0800 33 20 60 99 14 59
presse@barmer-gek.de
www.barmer-gek.de/presse

Athanasios Drougias (Ltg.)
Tel.: 0800 33 20 60 99 14 21
athanasios.drougias@barmer-gek.de

Dr. Kai Behrens
Tel.: 0800 33 20 60 44 3020
kai.behrens@barmer-gek.de

Weitere Ergebnisse des BARMER GEK Pflegereports:

Pflegehäufigkeit/Neue Fälle: Die altersstandardisierte Pflegehäufigkeit lässt keinen eindeutigen Trend erkennen. Der Anteil der pflegebedürftigen Menschen ist zwischen 1998 und 2010 insgesamt um 0,11 auf 2,40 Prozentpunkte gestiegen – ein Zuwachs um 5 Prozent. Die Zahl der Pflegebedürftigen stieg in dieser Zeit um etwa 30 Prozent. Die Steigerung ist damit im Wesentlichen auf eine veränderte Altersstruktur zurückzuführen. Innerhalb der Pflegestufen gewinnt die Stufe 1 an Bedeutung. Hier stieg der Anteil von 0,95 auf 1,28 Prozentpunkte (+ 35%). Dagegen sank die Häufigkeit in Stufe 2 von 0,95 auf 0,77 (-19 %) und in Stufe 3 von 0,39 auf 0,32 Prozentpunkte (-18%). Ein differenziertes Bild bei den neuen Pflegefällen - sie sind im Trend rückläufig. Bei Männern ist diese so genannte Inzidenz relativ konstant bei 0,53 Prozentpunkten. Bei den Frauen sank sie im Zeitraum von 1999 bis 2010 dagegen von 0,72 auf 0,65 Prozentpunkte (- 10%).

Kurzzeitpflege gewinnt Bedeutung: Die Kurzzeitpflegefälle haben sich zwischen 1998 und 2011 verdreifacht, während die Zahl der Pflegebedürftigen nur um 20 Prozent anstieg. Diese Leistung wird heute besonders nach Krankenhausaufenthalten genutzt, 2011 in 30 Prozent aller Fälle. Dabei erreicht die Kurzzeitpflege ihr Ziel immer weniger. Statt akute Krisen zu bewältigen, denen weitere häusliche Pflege folgt, schließt sich immer öfter eine vollstationäre Dauerpflege an (1998 bis 2011 Anstieg von 18 auf 30 Prozent). Auch bemerkenswert: Von 1998 bis 2011 hat sich der Anteil der nach einer Kurzzeitpflege Verstorbenen von 11 auf 17 Prozent erhöht.

Heimentgelte: Bei den Heimentgelten gibt es beträchtliche Unterschiede, je nach Träger und Region. Private Träger erhalten durchschnittlich weniger als freigemeinnützige und öffentliche. Dies gilt sowohl für die Pflegekosten als auch für die sogenannten Hotelkosten. Die Durchschnittspflegesätze (inklusive Hotelkosten) liegen für die mittlere Hälfte der Einrichtungen (1. bis 3. Quartil) zwischen 1.884 und 2.266 Euro für private Träger. Freigemeinnützige Träger erhalten zwischen 2.081 und 2.574 Euro. Am besten werden die öffentlichen Träger vergütet, ihre Entgelte liegen zwischen 2.245 und 2.565 Euro. Die Vergütung ist in Ostdeutschland niedriger (Ausnahme Berlin), was auf geringere Personalkosten zurückgeführt werden kann.

Pressestelle

Lichtscheider Straße 89
42285 Wuppertal

Tel.: 0800 33 20 60 99 14 01
Fax: 0800 33 20 60 99 14 59
presse@barmer-gek.de
www.barmer-gek.de/presse

Athanasios Drougias (Ltg.)
Tel.: 0800 33 20 60 99 14 21
athanasios.drougias@barmer-gek.de

Dr. Kai Behrens
Tel.: 0800 33 20 60 44 3020
kai.behrens@barmer-gek.de

Statement

BARMER GEK Pflegereport 2012

**Pflege ist teuer
Hoher Privatkostenanteil trotz Pflegeversicherung
Vollversicherung in der Pflege als Irrweg**

von Dr. Rolf-Ulrich Schlenker
Stellvertretender Vorstandsvorsitzender der BARMER GEK

anlässlich der Pressekonferenz
am 27. November 2012 in Berlin

Tatort Pflege – herbstzeitliche Geschichten zum Gruseln

Pflege passt offenbar zum Herbst. Pünktlich zu Halloween kursieren sie wieder - die Schreckensszenarien zur Pflege. Zahlen des Statistischen Bundesamtes sollen eine sprunghafte Zunahme staatlicher Hilfen zur Pflege belegen, Pflege werde unbezahlbar. Gleichzeitig prophezeit eine Studie vielen deutschen Regionen einen „dramatischen Mangel an Betreuungskräften“. Angereichert werden die Krisenszenarien zur sozialen Pflegeversicherung mit Fallgeschichten vom täglichen Pflegehorror. Auf große Medienresonanz stoßen Vorschläge, demenzkranke Menschen nach Thailand oder in die Slowakei zu verbringen, weil dort die Pflege billiger sei. Solche Szenarien erscheinen gespenstisch und machen die gute Arbeit von Familienangehörigen und professionellen Pflegekräften nicht leichter.

Aber was ist wirklich dran an den schlechten Nachrichten aus der sozialen Pflegeversicherung? Dass mit Alterung der Gesellschaft auch mehr pflegebedürftige Menschen einhergehen, wissen wir seit langem. Es ist auch kein Geheimnis, dass die pflegerische Betreuung von Demenzkranken immer wichtiger wird – unser Pflegereport 2010 hat hierzu Zahlen geliefert. Über die hohe Pflegewahrscheinlichkeit jedes Einzelnen haben wir in den letzten Jahren ausführlich berichtet. Und über die mangelnde Attraktivität der Pflegeberufe bei gleichzeitigem Fachkräftemangel sprechen wir auch schon seit geraumer Zeit. Um es klar zu sagen. Es ist richtig und wichtig, all das immer wieder anzusprechen und transparent zu machen. Allerdings sollte das in einem angemessenen Ton und mit validen Zahlen geschehen – den Menschen Angst zu machen, indem das individuelle und statistische Pflegegrauen an die Wand geworfen wird, ist keine Lösung. Und die Pflegeberufe werden dadurch auch nicht attraktiver.

Fifty-fifty - private Pflegekosten beträchtlich

Natürlich brauchen wir realistische Einschätzungen zu Pflegerisiken, und sicherlich sollten wir auch den Blick für individuelle Kostenperspektiven nachschärfen. Diese Aufklärungsarbeit leistet seit längerem das Team um unseren Kooperationspartner Professor Rothgang von der Universität Bremen. In diesem Jahr kommt ihm das Verdienst zu, erstmals Pflegekosten im Lebenslauf beziffert zu haben. Gleichzeitig haben die Bremer Wissenschaftler auch die Anteile der Kosten aufgeschlüsselt, die auf die soziale Pflegeversicherung, die Sozialhilfe und private Aufwendungen entfallen.

Während in anderen Gesundheitssektoren die steigenden Finanzierungsanteile der Privathaushalte noch weithin verborgen bleiben – wie zum Beispiel beim Zahnersatz -, herrscht für den Bereich der Pflege nun Klarheit. Dabei wird deutlich, dass rund die Hälfte der Pflegekosten privat zu schultern sind und Frauen dabei rund das Doppelte an Ausgaben erwartet. Im Durchschnitt rund 45.000 Euro!

Pflege-Bahr wenig hilfreich

Um Vorsorge für die beträchtlichen privaten Aufwendungen in der Pflege zu treffen, kann eine Zusatzversicherung durchaus nützlich sein. Allerdings müssen solche Versicherungen sozial ausgestaltet werden, damit auch Menschen mit geringem Einkommen von einer solchen ergänzenden Absicherung profitieren können.

Insofern erscheint der mit dem Pflege-Neuausrichtungsgesetz eingeführte und sicherlich gut gemeinte „Pflege-Bahr“ leider wenig hilfreich. Eine staatliche Förderung von 60 Euro im Jahr wirkt fast lächerlich. Zusatzversicherungen mögen für Reiche erschwinglich sein. Bürger mit niedrigem Einkommen können sich solche Verträge auch mit einer Bahr-Förderung nicht leisten. Zudem darf bezweifelt werden, ob angesichts der Rahmenvorgaben des Gesetzgebers ein funktionierender Markt entstehen kann.

Vollversicherung in der Pflege?

Ist vielleicht die aktuell von Verdi ins Spiel gebrachte Pflege-Vollversicherung der Weisheit letzter Schluss, um die privaten Kostenrisiken zu minimieren? Mit einem Beitragssatz von 3,25 Prozent eine Totalabsicherung des Pflegerisikos zu erreichen, klingt fast zu schön, um wahr zu sein.

Bei näherer Betrachtung ergeben sich denn auch erhebliche Zweifel. Zunächst müssen die Zahlen hinterfragt werden. Die Datenbasis von 2010 ist veraltet, Pflegedynamik und Leistungsverbesserungen werden nicht berücksichtigt. Auch der angekündigte Pflegebedürftigkeitsbegriff dürfte erhebliche Kostensteigerungen auslösen, so dass wohl mit einem deutlich höheren Beitragssatz zu rechnen wäre.

Durchsichtig wirkt der durch die Vollversicherung erzeugte Verlagerungseffekt, wonach die Pflegekosten von den steuerfinanzierten Sozialkassen der Kommunen auf die solidarisch finanzierte Pflegeversicherung übergehen sollen – ein Verschiebebahnhof von drei Milliarden Euro.

Den wichtigsten Einwand gegen das Vollversicherungsmodell dürften aber die damit verbundenen Fehlanreize darstellen. Wenn nahezu alle Kosten von der Pflegeversicherung übernommen würden, käme es zu einer umfassenden Professionalisierung der Pflege und speziell einer Förderung der Heimpflege.

Diese Art von Professionalisierung läge nicht im Sinne des Erfinders. Denn mit der Pflegeversicherung soll in erster Linie die Pflege durch Angehörige zuhause gestärkt werden. Tatsächlich entscheiden sich 68 Prozent der ambulanten Leistungsempfänger für das Pflegegeld. Trotz des Trends zur professionellen Pflege bleibt die Laienpflege dominant. Käme es aber zu einer Vollversicherung, so wäre mit einem Sog in die professionelle Pflege zu rechnen. Damit wäre aber auch das primäre Ziel – die Unterstützung der pflegenden Angehörigen – konterkariert.

Fazit: Die Idee einer Vollversicherung belebt die Diskussion um die Weiterentwicklung der Pflegeversicherung. Allerdings sprechen gewichtige sozialpolitische Argumente gegen einen solchen Lösungsansatz.

Statement

BARMER GEK Pflegereport 2012

**Privat getragene Pflegekosten sind teilweise erheblich
– der „Pflege-Bahr“ ist aber keine Antwort**

von Prof. Dr. Heinz Rothgang
Zentrum für Sozialpolitik, Universität Bremen

anlässlich der Pressekonferenz
am 27. November 2012 in Berlin

1. Kosten der Pflegebedürftigkeit

Mit dem „Pflege-Bahr“ wird die Notwendigkeit privater Vorsorge bei Pflegebedürftigkeit seitens der Regierung unterstrichen. Aber welche Kosten sind überhaupt abzusichern? Angaben über die Gesamtkosten, die für Pflegebedürftigkeit von ihrem Eintritt bis zum Ende anfallen (Gesamtlebenszeitkosten), liegen bislang für Deutschland nicht vor – weder für die Ausgaben der Pflegeversicherung, noch für die privat zu tragenden Anteile. Erstmals werden in diesem Report entsprechende Daten vorgelegt. Dafür wurden die Ausgaben von rd. 2000 Versicherten der ehemaligen GEK im Alter von mindestens 60 Jahren seit ihrem Pflegeeintritt 2000 bis heute kumuliert. Für die bis 2011 Überlebenden wurden die weiteren Lebensverlaufskosten modelliert und hinzugerechnet. Alle Angaben wurden auf die Alters- und Geschlechtsverteilung der Bevölkerung in Deutschland des Jahres 2000 standardisiert. Dabei zeigt sich Folgendes:

- Die *Pflegeversicherung* übernimmt über den gesamten Lebensverlauf Kosten von durchschnittlich 21.000 Euro bei Männern bzw. 39.000 Euro bei Frauen (arithmetisches Mittel). Allerdings sind diese Ausgabenhöhen sehr ungleich verteilt. Für die Hälfte aller Männer (Frauen) betragen die Kosten bis zu 8.200 Euro (Männer) bzw. 22.300 Euro (Frauen) (Median). Die Schiefe dieser Verteilung zeigt sich besonders gut, wenn auf die Ränder der Verteilung geguckt wird. Für die 10 % der Versicherten mit den höchsten Ausgaben werden mindestens 85.000 Euro ausgegeben, für die 10 % mit den niedrigsten Kosten nur gut 1.000 Euro. Die Angabe des Mittelwertes alleine kann daher zu Fehlinterpretationen führen.
- Ebenso ungleich verteilt sind die *privat zu tragenden Kosten* der Pflegebedürftigkeit. Sie belaufen sich bei den Männern auf durchschnittlich 21.000 und bei den Frauen auf durchschnittlich 45.000 Euro. Dabei entfallen mehr als 80 % auf die stationäre Versorgung. Für ein Zehntel der Pflegebedürftigen entstehen allein im stationären Bereich Kosten von mehr als 99.000 Euro. Allerdings wird bei finanzieller Bedürftigkeit ein Teil dieser Kosten von der Sozialhilfe getragen.
- Werden die privat zu tragenden Kosten und die Sozialversicherungsausgaben addiert, zeigt sich, dass die *Gesamtlebenszeitkosten* für Pflegebedürftigkeit bei durchschnittlich 42.000 Euro für Männer bzw. 84.000 Euro für Frauen liegen. Davon werden bei den Männern 43 % und bei den Frauen 47 % von der Pflegeversicherung getragen, jeweils rd. 6,5 % von der Sozialhilfe, so dass der verbleibende Eigenanteil an den Pflegekosten bei 43 % (Männer) bzw. 47 % (Frauen) liegt.

2. Pflegebedürftige verursachen erhebliche Kosten in der Krankenversicherung

Pflegebedürftige verursachen nicht nur Ausgaben in der Pflegeversicherung (SGB XI), sondern als häufig multimorbide ältere Patienten auch erhebliche Ausgaben in der *Krankenversicherung* (SGB V). Die Mehrausgaben, die Pflegebedürftige im Vergleich zu Nicht-Pflegebedürftigen gleichen Alters und Geschlechts verursachen, sind dabei erheblich. Hochgerechnet auf die Alters- und Geschlechtsverteilung der Bevölkerung in Deutschland beliefen sie sich 2011 auf

- 9,2 Mrd. Euro für Krankenhausleistungen,
- 3,6 Mrd. Euro für Arzneimittel,
- 1,1 Mrd. Euro für ärztliche Behandlung,
- 1,2 Mrd. Euro für Heilmittel,
- 1,6 Mrd. Euro für Hilfsmittel und
- 2,0 Mrd. Euro für häusliche Krankenpflege.

Insgesamt betragen diese Mehrausgaben damit 18,6 Mrd. Euro. Eine optimale Behandlung von Pflegebedürftigen bietet damit auch Einsparpotentiale in der gesetzlichen Krankenversicherung. Das zeigt sich insbesondere im stationären Bereich, auf den knapp die Hälfte dieser Mehrausgaben entfällt. Hier sind für Pflegebedürftige deutlich höhere Ausgaben für womöglich vermeidbare Krankenhausaufenthalten aufgrund ausgewählter Diagnosen wie Sturzfolgen, Wunden, Ernährungsprobleme/ Mangelernährung, Dehydratation, Dekubitus, Kontraktur, Harnwegsinfektion nach Blasenkatheter oder Inkontinenz und Medikamentenfehler zu verzeichnen als für Nicht-Pflegebedürftige gleichen Geschlechts und Alters.

3. „Pflege-Bahr“ löst Finanzierungsprobleme nicht, ist zum Scheitern verurteilt und gefährdet die Weiterentwicklung der Sozialen Pflegeversicherung

Mit der steuerlichen Förderung freiwilliger privater Pflegezusatzversicherungen („Pflege-Bahr“) will die Bundesregierung den zunehmenden Belastungen aufgrund des demographischen Wandels entgegenzutreten. Diese kann zur Finanzierungsproblematik aber schon allein deshalb keinen nennenswerten Beitrag liefern, weil nur eine kleine Minderheit der Bundesbürger eine derartige Versicherung abschließen wird. Selbst die Bundesregierung geht in ihrer Finanzplanung nur von weniger als 2 Millionen Versicherungsverträgen aus. Damit ist der Pflege-Bahr kein geeignetes Instrument, um die Eigenanteile der Pflegekosten zu reduzieren. Dies kann nur in einem obligatorischen System gelingen. Ziel muss es daher sein, durch ausreichende Dynamisierung der Leistungen der Sozialen Pflegeversicherung dafür zu sorgen, dass die Eigenanteile nicht noch weiter steigen.

Nach bisherigen Erfahrungen werden vor allem einkommensstärkere Haushalte eine Zusatzversicherung abschließen, so dass einkommensschwächere Haushalte, die keine derartige Versicherung abschließen, mit ihren Steuerzahlungen die steuerliche Förderung der einkommensstärkeren Haushalte, die eine solche Versicherung abschließen, finanzieren und es so zu einer sozialstaatlichen Umverteilung von unten nach oben kommt. Benachteiligt werden auch die pflegenahen Jahrgänge, weil sie aufgrund der Karenzzeit von fünf Jahren nicht in den Genuss der Leistungen kommen können.

Darüber hinaus bestehen aber erhebliche Zweifel darüber, dass ein funktionierender Versicherungsmarkt für die zulagengeforderte privater Pflegezusatzversicherung langfristig zustande kommt. Eine freiwillige Versicherung, bei der risikoabhängige Versicherungsprämien gesetzlich ausgeschlossen sind, muss nämlich mit adverser Selektion rechnen. Da eine Gesundheitsprüfung beim „Pflege-Bahr“ ausgeschlossen ist, sind diese Produkte insbesondere für „schlechte Risiken“ interessant, die bisher keine (nicht geförderte) private Pflegezusatzversicherung abschließen konnten. In Antizipation des-

sen muss das Versicherungsunternehmen entsprechend höhere Prämien fordern, die dann aber nicht nur gute Risiken weiter abschrecken, sondern diesen Markt vollständig zusammenbrechen lassen, sobald die geförderten Produkte um monatlich mehr als 5 € teurer sind als die nicht geförderten und die staatliche Förderung so überkompensiert wird. Werden die Prämien aber so günstig kalkuliert, dass die Prämien Differenz zu den bisherigen Produkten weniger als 5 Euro beträgt, fällt dies aufgrund der Karenzzeit in den ersten 5-10 Jahren nicht auf. Erst danach zeigt sich, dass die Tarife unter Zuhilfenahme zu günstiger Risikoprofile berechnet sind und die Prämien angehoben werden müssen. Dann sind die Versicherten, die schon seit vielen Jahren eingezahlt und Altersrückstellungen gebildet haben, aber „gefangen“. Viele Internetplattformen raten daher zu recht vom Abschluss einer solchen Versicherung ab.

Eine weitere große Gefahr besteht darin, dass mit Hinweis auf den „Pflege-Bahr“ auf eine angemessene Dynamisierung der Sozialen Pflegeversicherung verzichtet und so eine Aushöhlung dieses Sozialversicherungszweigs legitimiert wird. Die fehlende Thematisierung der Leistungsdynamisierung im PNG ist diesbezüglich besorgniserregend.

4. PNG kann fehlende Umsetzung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs nicht ersetzen

Im Mai 2009 hat der Beirat zur Überprüfung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs seinen Umsetzungsbericht vorgelegt, der – ebenso wie der erste, bereits im Januar 2009 vorgelegte Bericht – einhellig begrüßt wurde. Obwohl die Einführung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs im September 2009 auch im Koalitionsvertrag festgelegt wurde, ist dann mehr als zwei Jahre nichts geschehen. Erst im März 2012 wurde der Beirat erneut einberufen, während das gleichzeitig erarbeitete Pflege-Neuausrichtungsgesetz (PNG) die Umsetzung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs erst für die nächste Reform ankündigt. „[B]is zum Inkrafttreten eines Gesetzes, das die Leistungsgewährung auf Grund eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs und eines entsprechenden Begutachtungsverfahrens regelt“ werden im PNG stattdessen im Rahmen einer „Übergangsregelung“ neue Leistungen für Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz eingeführt (neu eingeführter § 123 SGB XI). Wenn gleich damit für diesen Personenkreis ab 2013 grundsätzlich begrüßenswerte Leistungsverbesserungen vorgesehen sind, kann dies die Einführung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs nicht ersetzen. Die neuen Leistungen werden nämlich ad hoc eingeführt und satteln unsystematisch auf bereits bestehenden Sonderleistungen nach §§ 45b und 87b SGB XI auf, ohne dass klar ist, in welchem Umfang kognitive Beeinträchtigungen und Verhaltensauffälligkeiten damit hinreichend berücksichtigt sind. Der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff und das neue Begutachtungsassessment bieten dagegen einen pflegewissenschaftlich fundierten Rahmen, in dem somatische und psychische Beeinträchtigungen ausgewogen berücksichtigt werden und daher eine größere Verteilungsgerechtigkeit erreicht werden kann. Die Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs ist somit nach wie vor notwendig. Die stattdessen verabschiedete Übergangsregelung kann sich dagegen sogar als kontraproduktiv erweisen, wenn die neu eingeführten Leistungen womöglich unter den Bestandsschutz fallen und damit finanzielle Mittel binden, die für die Reform des Pflegebedürftigkeitsbegriffs benötigt werden.

5. Kurzzeitpflege

Die Zahl der Kurzzeitpflegefälle ist deutlich stärker angestiegen als die Zahl der Pflegebedürftigen. Während sich die Zahl der Pflegebedürftigen im Zeitraum 1998-2011 um rund 20 % erhöhte, hat sich die Inanspruchnahme der Kurzzeitpflege verdreifacht. Die Kurzzeitpflege gewinnt somit innerhalb des Leistungsgeschehens an Bedeutung. In steigendem Maße erfolgt Kurzzeitpflege nach einem Krankenhausaufenthalt (1998: 12 % der Fälle, 2011: 30 % der Fälle). Die Nutzung ist in den Sommermonaten höher als im übrigen Jahr. Dies kann als Indiz dafür angesehen werden, dass sie häufig auch zur Entlastung der Angehörigen in Anspruch genommen, um diesen einen Urlaub zu ermöglichen. Allerdings geht die – pflegepolitisch seit vielen Jahren geforderte – verstärkte Nutzung der Kurzzeitpflege einher mit einer schlechteren Zielerreichung. Erklärtes Ziel der Kurzzeitpflege ist die Überwindung aktueller Krisen (Organisation der häuslichen Pflege nach einem Krankenhausaufenthalt; Erholung der pflegenden Angehörigen), um die häusliche Pflege langfristig sicherzustellen. Dies impliziert, dass sich an die Kurzzeitpflege weitere Phasen der häuslichen Pflege anschließen sollten. Tatsächlich ist von 1998 bis 2011 nicht nur der Anteil der nach Kurzzeitpflege Verstorbenen von 11 % auf 17 % gestiegen, vielmehr hat sich im gleichen Zeitraum auch der Anteil der Pflegebedürftigen, die nach der Kurzzeitpflege vollstationäre Dauerpflege im Heim in Anspruch nehmen, von 18 % auf 30 % erhöht. Insgesamt ist die Zahl derer, die nach Kurzzeitpflege in ein ambulantes Pflegesetting (formell und/oder informell) übergehen, 2011 aber dennoch mehr als doppelt so hoch wie 1998. Mit der stärkeren Inanspruchnahme der Kurzzeitpflege sinkt also ihr Wirkungsgrad – sie führt aber insgesamt dennoch zu einer Stärkung der ambulanten Pflege.

6. Heimentgelte unterscheiden sich regional und zwischen den Trägern erheblich

Bei den Heimentgelten bestehen beträchtliche Unterschiede je nach Träger und auch in der regionalen Verteilung. Private Träger erhalten durchschnittlich ein geringeres Entgelt für Pflege und auch für die sogenannten Hotelkosten als freigemeinnützige und öffentliche. Die mittleren 50 % der Entgelte des Durchschnittspflegesatzes (inklusive Hotelkosten), der die landesweite Verteilung der Pflegebedürftigen über die Pflegestufen berücksichtigt, liegen zwischen 1.884 und 2.266 € für private, 2.081 und 2.574 € für freigemeinnützige sowie 2.245 und 2.565 € für öffentliche Träger. Weitere Unterschiede sind in der regionalen Verteilung der Entgelte zu beobachten. Die Vergütung in Ostdeutschland, ausgenommen Berlin, ist niedriger als in Westdeutschland. Zurückgeführt werden kann dies u. a. auf unterschiedliche Personalkosten, die den größten Kostenblock für stationäre Pflegeeinrichtungen bilden. In Brandenburg ist die Streuung der Entgelte so gering, dass von einem „Einheitspflegesatz“ gesprochen werden kann.

7. Pflegenoten diskriminieren (zu) wenig – vorgeschlagene Weiterentwicklungen erhöhen die Diskriminationskraft der Pflegenoten

Seit 2010 werden auf Basis der Qualitätsprüfungen des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen (MDK) sog. Pflegenoten gemäß der Schulnotensystematik veröffentlicht. Die hierzu verwendete Me-

thodik wurde von Kostenträgern und Leistungsanbietern in der gemeinsamen Transparenzvereinbarung für stationäre Pflege niedergelegt. Inzwischen ist unumstritten, dass diese Pflegenoten Mängel aufweisen und die Systematik weiterentwickelt werden muss. Dies zeigt auch eine im Pflegereport vorgenommene Auswertung der Daten von insgesamt 10.323 Heimen. Für die Gesamnote zeigen sich „sehr gute“ Ergebnisse, die allerdings nicht wirklich überraschen, da die verwendeten Kriterien letztlich nur den allgemein anerkannten Stand der medizinisch-pflegerischen Versorgung operationalisieren und daher sehr gute Ergebnisse zu erwarten sind. Problematisch ist dabei, dass die Noten nicht hinreichend zwischen den Einrichtungen diskriminieren und damit ihre Informationsfunktion gegenüber den Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen nicht erfüllen. So impliziert der Median von 1,2, dass die Hälfte aller Einrichtungen eine Gesamnote von 1,2 oder besser erhalten hat.

Diese Gesamnote bezieht sich auf Indikatoren, die vier verschiedenen Bereichen zugeordnet sind. Beim Vergleich der Bereichsnoten untereinander ist dabei zu erkennen, dass der Bereich „Pflege“ etwas schlechter abschneidet als die anderen Bereiche und stärker diskriminiert. Keine Aussagekraft besitzen die Beurteilung von „Wohnen“ und „Hauswirtschaft“, sowie die Bewohnerbefragung. Der in der öffentlichen Debatte immer wieder genannte Kritikpunkt, dass Pflegemängel mit einer guten Note im Bereich „Wohnen“ ausgeglichen werden können, kann nicht bestätigt werden. Beide Bereiche korrelieren positiv miteinander, eine überdurchschnittlich gute Note im Bereich „Wohnen“ geht tendenziell mit einer überdurchschnittlich guten Note im Bereich „Pflege“ einher.

Die Diskriminierungskraft der Pflegenoten steigt bereits, wenn nur der Teilbereich „Pflege“ betrachtet wird. Werden sechs vom GKV-Spitzenverband als besonders bedeutsam gekennzeichnete Kriterien zu einem Index zusammengezogen oder ein ebenfalls vom GKV-Spitzenverband vorgelegter Vorschlag, der u. a. 15 Kernkriterien benennt, deren Nichterfüllung sofort zu einer Abwertung der Note führt, so ergeben sich deutlich differenziertere Noten. Der Median liegt dann bei 1,52 („sechs Pflegekriterien“) bzw. 1,57 („Kernkriterien“). Eine Weiterentwicklung der Prüfkriterien könnte damit die Diskriminationskraft der Pflegenoten erhöhen.

8. Höhere Heimentgelte sind signifikant aber sehr schwach mit Pflegenoten assoziiert

Zwischen Pflegenoten und Vergütung der stationären Einrichtungen kann ein eindeutiger und statistisch signifikanter Zusammenhang festgestellt werden: ein höheres Entgelt geht mit einer besseren Note für die Pflegeeinrichtung einher. Dieser Effekt ist zwar sehr schwach, aber in fast allen Bundesländern für fast alle Bereichsnoten festzustellen (bei 97 von insgesamt 102 Korrelationen). Allerdings erklären die Unterschiede in den Pflegenoten die Unterschiede in den Entgelten nur zu einem sehr kleinen Teil – auch dann, wenn die angesprochenen Weiterentwicklungen der Pflegenoten zugrunde gelegt werden. Es lässt sich somit zwar sagen, dass ein höheres Entgelt die Chancen auf eine höhere Pflegequalität erhöht, jedoch sind die Effekte nur sehr gering, da die durchschnittlichen Noten der Pflegeeinrichtungen überwiegend „sehr gut“ ausfallen und sich nur wenig unterscheiden.

BARMER GEK Pflegereport 2012: Kosten bei Pflegebedürftigkeit

**Vorstellung des BARMER GEK Pflegereports 2012
am 27.11.2012 in Berlin**

Prof. Dr. Heinz Rothgang
Dr. Rolf Müller, Dr. Rainer Unger, Christian Weiß, Annika Wolter
Zentrum für Sozialpolitik, Universität Bremen

Ausgewählte Ergebnisse der heutigen Präsentation

- I. Aktuelle Pflegereform
- II. Aktuelle Ergebnisse und Regionalvergleiche
- III. Langfristige Entwicklungen
- IV. Kosten bei Pflegebedürftigkeit

I.1 Aktuelle Pflegereform: Pflegebedürftigkeitsbegriff

- Beirat zur Überprüfung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs
 - Eingesetzt 2006
 - Berichte Januar und Mai 2009
 - Fast drei jährige Latenzphase
 - Wiedereingesetzt im März 2012
- PNG:
 - „Übergangsregelung“ mit neuen Leistungen für Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz (§ 123 SGB XI n.F.)
 - Leistungen satteln unsystematisch auf bestehenden Sonderregelungen auf (§ 45b und 87b SGB XI)
 - Möglicher Bestandsschutz engt zukünftige Reformen ein
- Neuer Pflegebedürftigkeitsbegriffs bleibt notwendig, um systematisch Verteilungsgerechtigkeit zu erreichen

I.2 Aktuelle Pflegereform: „Pflege-Bahr“ (1/2)

- „Pflege-Bahr“ trägt nicht substantiell zur Lösung des Finanzierungsproblems bei
 - Kurzfristig geht die Regierung von weniger als 2 Mio. Verträgen aus
 - Auch mittel- und langfristig dürfte die Zahl der Nutzer im einstelligen Millionenbereich bleiben
- „Pflege-Bahr“ führt zur Umverteilung von unten nach oben
 - Versicherung wird vor allem von einkommensstärkeren Haushalten nachgefragt werden (so bisher bei Riester-Rente und Pflegezusatzversicherung)
 - Einkommensschwache Haushalte finanzieren die steuerliche Förderung für die einkommensstarken mit.
 - Pauschalprämien führen im Vergleich zu einkommensabhängigen Beiträgen zur inversen Umverteilung.

I.2 Aktuelle Pflegereform: „Pflege-Bahr“ (2/2)

- „Pflege-Bahr“ ist nicht nachhaltig kalkulierbar
 - Freiwillige Versicherungen ohne risikobezogene Tarifierung ziehen verstärkt schlechte Risiken an (adverse Selektion)
 - Tarife müssen das berücksichtigen
 - Wegen der Existenz nicht geförderter Tarife können die Prämien nur einen Risikozuschlag von weniger als 5 Euro enthalten
 - Die Karenzzeit verdeckt die Unterfinanzierung für 5-10 Jahre
- „Pflege-Bahr“ kann zu Legitimation fehlender Dynamisierung in der Sozialen Pflegeversicherung genutzt werden
 - Leistungsdynamisierung ist notwendig, um Kaufkraft des Teilkaskosystems zu erhalten
 - In der Vergangenheit: unzureichende Leistungsdynamisierung
 - Im PNG kein Hinweis auf Pläne zur Leistungsdynamisierung ab 2014
 - Pflege-Bahr könnte Aussetzen der Dynamisierung begründen

II.1 Anstieg der Zahl der Pflegebedürftigen schwankt regional

Pflegebedürftige nach Jahr im Ländervergleich						
Land	2005	2007	2009	Veränderung (in %) zwischen		
				'05 und '07	'07 und '09	'05 und '09
Schleswig-Holstein	77.503	79.081	79.507	2	0,5	2,6
Bayern	302.706	314.282	318.479	3,8	1,3	5,2
Berlin	96.134	95.870	101.351	-0,3	5,7	5,4
Sachsen-Anhalt	75.614	80.751	80.667	6,8	-0,1	6,7
Saarland	28.406	29.402	30.380	3,5	3,3	6,9
Rheinland-Pfalz	97.882	102.441	105.800	4,7	3,3	8,1
Baden-Württemberg	225.367	236.998	246.038	5,2	3,8	9,2
Sachsen	119.905	127.064	131.714	6	3,7	9,8
Hamburg	41.416	43.140	45.997	4,2	6,6	11,1
Nordrhein-Westfalen	458.433	484.801	509.145	5,8	5	11,1
Niedersachsen	227.923	242.196	256.085	6,3	5,7	12,4
Hessen	163.291	175.836	186.893	7,7	6,3	14,5
Thüringen	67.027	72.213	76.967	7,7	6,6	14,8
Brandenburg	74.600	85.129	85.801	14,1	0,8	15,0
Mecklenburg-Vorpommern	51.168	56.939	61.442	11,3	7,9	20,1
Bremen	20.306	20.686	1)	1,9	1)	
Deutschland	2.128.550	2.246.829	2.338.252	5,6	4,1	9,9

1) Geschätzte Werte für Bremen sind im Deutschlandergebnis enthalten. Die Werte für Bremen sind nicht hinreichend genau.
Quelle: Statistisches Bundesamt (2011c)

- Wachstumsrate 2005-09 reicht von 2,6% (Schleswig-Holstein) bis 20,1% (Mecklenburg-Vorpommern)
- Höchstes Wachstum in Teilen Ostdeutschlands (Thüringen, Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern)
- Kein überproportionales Wachstum in Sachsen und Sachsen-Anhalt
- Für 2007-09 auch in Brandenburg unterproportionales Wachstum

II.2 Heimentgelte differieren regional und nach Trägern

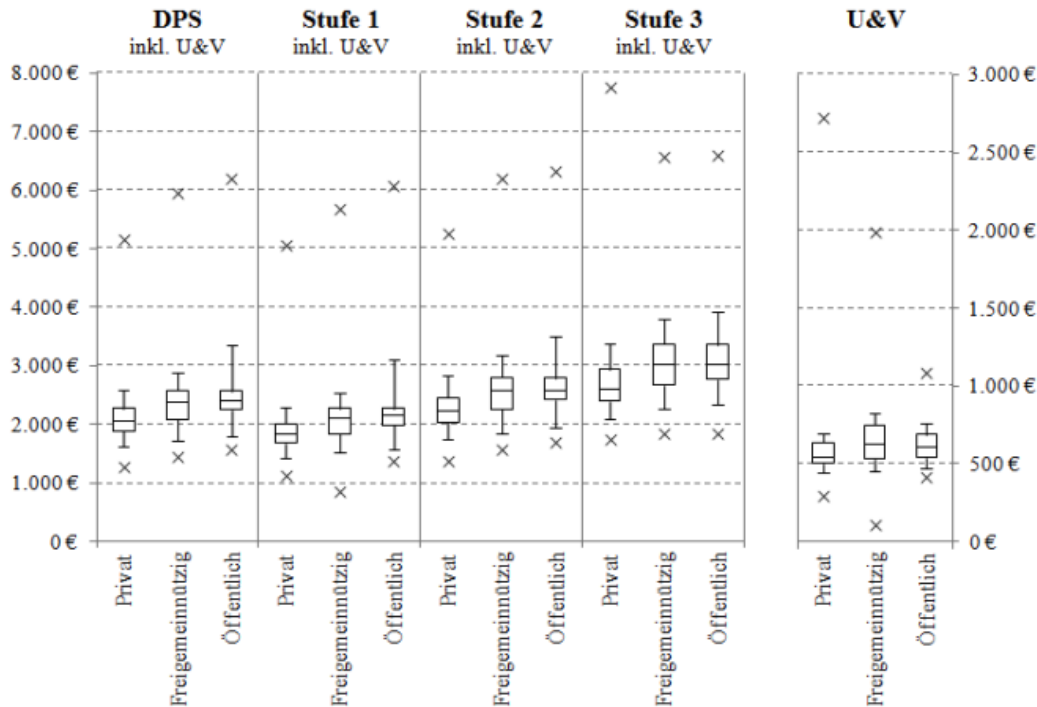
Vergütung der vollstationären Dauerpflege in den Bundesländern im Jahr 2009 – Pflegesatz und Hotelkosten				
Land	Pflegesatz und Hotelkosten nach Pflegeklasse			Nachrichtlich: darin enthaltene Hotelkosten
	I	II	III	
Baden-Württemberg	2.180	2.607	3.127	630
Bayern	2.132	2.512	2.792	543
Berlin	1.989	2.521	2.903	503
Brandenburg	1.675	1.985	2.480	499
Bremen ¹⁾	/	/	/	/
Hamburg	2.036	2.598	3.171	691
Hessen	1.949	2.456	2.967	556
Mecklenburg-Vorpommern	1.642	2.002	2.438	479
Niedersachsen	1.822	2.205	2.598	514
Nordrhein-Westfalen	2.176	2.711	3.263	835
Rheinland-Pfalz	1.951	2.335	2.973	668
Saarland	2.007	2.485	3.086	656
Sachsen	1.543	1.864	2.350	460
Sachsen-Anhalt	1.622	1.987	2.267	487
Schleswig-Holstein	1.948	2.312	2.672	627
Thüringen	1.579	1.950	2.399	565
Deutschland	1.979	2.409	2.866	617

¹⁾ Für Bremen sind geschätzte Daten im Deutschlandergebnis enthalten. Die Schätzung ist ausreichend genau für ein sinnvolles Deutschlandergebnis, aber nicht für eine Beschreibung der Situation in Bremen.
Quelle: Statistisches Bundesamt (2011c)

- Zuordnung von Kosten zu Pflegekosten und Hotelkosten variiert → Pflegesatz und Hotelkosten
- Spannweite ist beachtlich und liegt in allen Pflegeklassen bei rd. 1/3 des Bundesdurchschnitts, bei Hotelkosten bei 60% des Bundesdurchschnitts
- Nordrhein-Westfalen hat fast durchgängig die höchsten, Sachsen immer die niedrigsten Entgelte

II.2 Heimentgelte differieren regional und nach Trägern

Boxplot der Heimentgelte (inkl. Unterkunft und Verpflegung) je Pflegestufe nach Trägerarten



Quelle: vdek (2012a) Pflegeleitse; eigene Berechnung und Darstellung

- Private Einrichtungen haben niedrigere Pflegesätze und niedrigere Hotelkosten
- Streuung der Entgelte ist bei freigemeinnützigen Trägern am größten

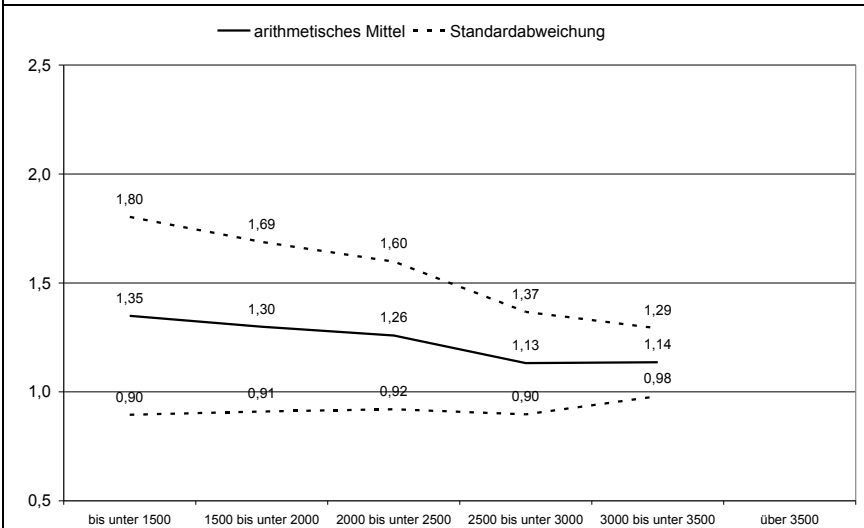
II.3 Pflegenoten sind wenig aussagekräftig

Lage- und Streuungsmaße der Pflegenoten im Bundesgebiet								
	Pflege	Demenz	Betreuung	Wohnen	Gesamt	Befragung	Vorschlag 6 Kriterien	Vorschlag Kern- kriterien
Arithmetisches Mittel	1,48	1,21	1,15	1,05	1,27	1,06	1,66	1,72
Median	1,30	1,00	1,00	1,00	1,20	1,00	1,52	1,57
Standardabweichung	0,56	0,44	0,44	0,20	0,36	0,15	0,65	0,64
Variationskoeffizient	0,38	0,36	0,39	0,19	0,28	0,14	0,39	0,37
Interquartilsabstand	0,60	0,20	0,00	0,00	0,30	0,10	1,00	0,90
Quelle: vdek Pflegelotse 2012a, eigene Berechnungen								

- Pflegenoten messen nur Abweichung von allgemein anerkanntem Stand medizinisch-pflegerischer Erkenntnisse und sind daher „sehr gut“
- Pflegenoten diskriminieren insgesamt wenig und geben dem Verbraucher daher wenig hilfreiche Informationen
- Teilnoten für den Bereich „Pflege“ differenzieren etwas mehr. Alle Teilnoten sind positiv korreliert → es findet kein „Ausgleich“ der Teilbereiche statt.
- Weiterentwicklungsvorschläge des GKV-Spitzenverbands („sechs Pflegekriterien“, „Kernkriterien“) diskriminieren noch etwas stärker

II.4 Zusammenhang von Heimentgelten und Pflegenoten

Gesamtnote nach Heimentgelt für Pflegestufe I



Quelle: vdek Pflegelotse (2012a), eigene Berechnungen

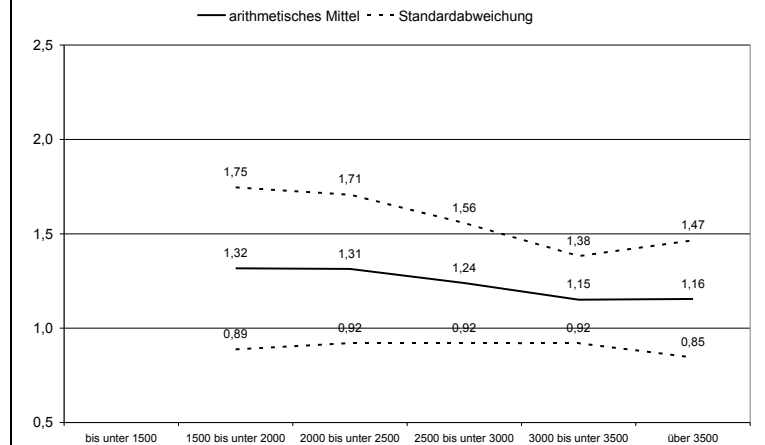
Mit zunehmendem Heimentgelt

(a) verbessert sich die durchschnittliche Pflegenote und

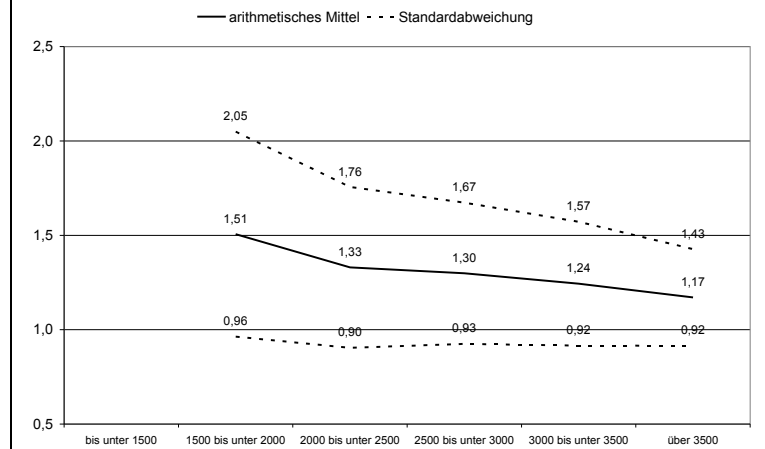
(b) verringert sich die Streuung:

→ Bei höheren Heimentgelten sind die Wahrscheinlichkeit für ein schlechter benotetes Heim

Gesamtnote nach Heimentgelt für Pflegestufe II



Gesamtnote nach Heimentgelt für Pflegestufe III



Quelle: vdek Pflegelotse (2012a), eigene Berechnungen

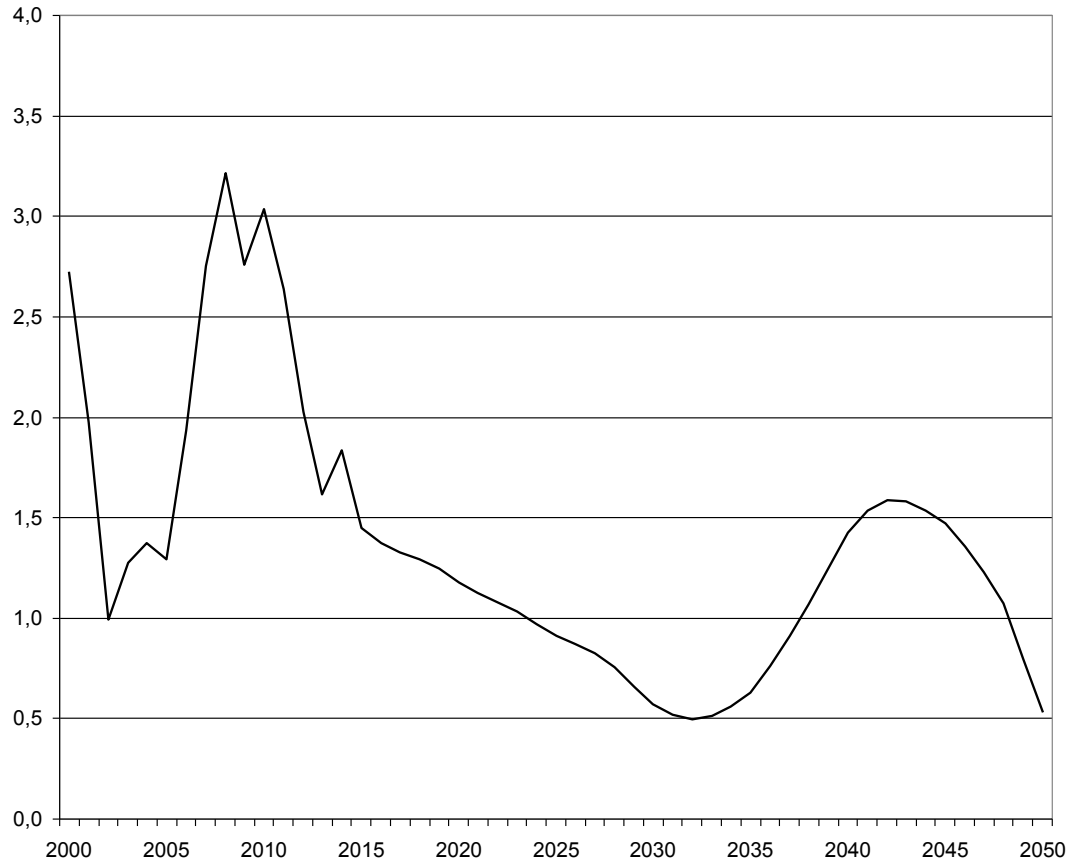
II.4 Zusammenhänge von Heimentgelten und Pflegenoten

Zusammenhang von DPS und Pflegenoten – je Bundesland							
		Pflege	Demenz	Betreuung	Wohnen	Befragung	Gesamt
Deutschland	r	-0,106	-0,043	-0,091	-0,067	-0,033	-0,106
	R ²	0,011	0,002	0,008	0,005	0,001	0,011
Baden-Württemberg	r	-0,126	-0,111	-0,225	-0,165	0,006	-0,204
	R ²	0,016	0,012	0,051	0,027	0,000	0,041
Bayern	r	-0,156	-0,111	-0,044	-0,077	-0,083	-0,151
	R ²	0,024	0,012	0,002	0,006	0,007	0,023
Berlin	r	-0,058	-0,035	-0,055	-0,032	-0,026	-0,060
	R ²	0,003	0,001	0,003	0,001	0,001	0,004
Brandenburg	r	-0,033	-0,052	-0,108	-0,048	-0,054	-0,081
	R ²	0,001	0,003	0,012	0,002	0,003	0,007
Bremen	r	-0,265	-0,222	-0,077	0,022	-0,010	-0,257
	R ²	0,070	0,049	0,006	0,000	0,000	0,066
Hamburg	r	0,032	0,045	-0,280	-0,041	0,031	-0,034
	R ²	0,001	0,002	0,078	0,002	0,001	0,001
Hessen	r	-0,040	-0,075	-0,221	-0,079	-0,021	-0,100
	R ²	0,002	0,006	0,049	0,006	0,000	0,010
Mecklenburg-Vorp.	r	-0,129	-0,080	-0,212	-0,158	-0,021	-0,163
	R ²	0,017	0,006	0,045	0,025	0,000	0,027
Niedersachsen	r	-0,133	-0,123	-0,152	-0,092	-0,040	-0,166
	R ²	0,018	0,015	0,023	0,008	0,002	0,027
Nordrhein-Westfalen	r	-0,193	-0,178	-0,111	-0,112	-0,069	-0,210
	R ²	0,037	0,032	0,012	0,013	0,005	0,044
Rheinland-Pfalz	r	-0,228	-0,117	-0,126	-0,160	-0,053	-0,237
	R ²	0,052	0,014	0,016	0,026	0,003	0,056
Saarland	r	-0,263	-0,286	-0,329	-0,125	-0,059	-0,368
	R ²	0,069	0,082	0,108	0,016	0,004	0,136
Sachsen	r	-0,121	-0,082	-0,023	-0,032	-0,052	-0,113
	R ²	0,015	0,007	0,001	0,001	0,003	0,013
Sachsen-Anhalt	r	-0,121	-0,118	-0,090	-0,061	-0,077	-0,131
	R ²	0,015	0,014	0,008	0,004	0,006	0,017
Schleswig-Holstein	r	-0,131	-0,188	-0,193	-0,140	-0,056	-0,201
	R ²	0,017	0,035	0,037	0,020	0,003	0,040
Thüringen	r	-0,281	-0,223	-0,109	-0,096	-0,120	-0,265
	R ²	0,079	0,050	0,012	0,009	0,014	0,070

- Die Korrelation von Heimentgelten und Pflegenoten ist schwach, aber signifikant
- 97 der 102 Korrelationen sind negativ, d.h. höhere Entgelte gehen mit besserer Pflegenote einher

III.1 „Tempo“ des Anstiegs der Zahl der Pflegebedürftigen

Veränderung der Zahl der Pflegebedürftigen in der SPV gegenüber dem Vorjahr in Prozent (gleitender Durchschnitt)



- Bei einer demographischen Projektion geht die Wachstumsrate für die nächsten 2 Dekaden zurück
- Leichte Entspannung der Situation
- „Zeitfenster“ für Weiterentwicklung der Pflegeversicherung

III.2 Entwicklung bevölkerungsstandardisierter Prävalenzen

Abbildung 21: Zeitreihe der Prävalenzen; standardisiert auf die Bevölkerung Deutschlands des Jahres 2008, differenziert nach Pflegestufen

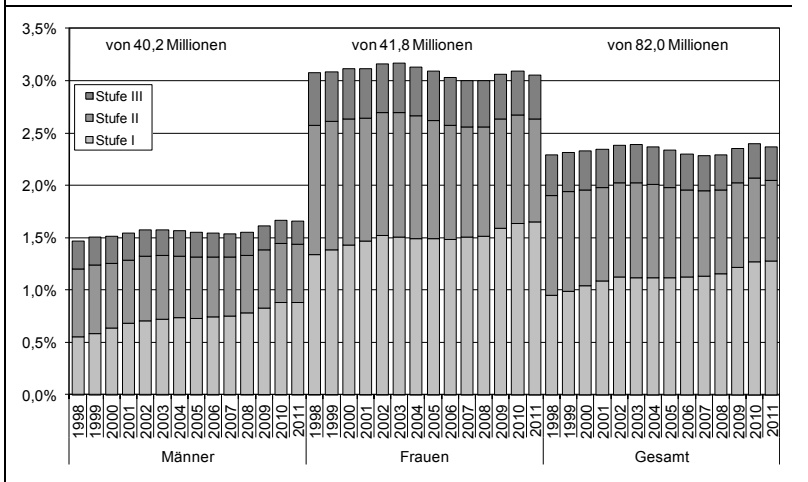
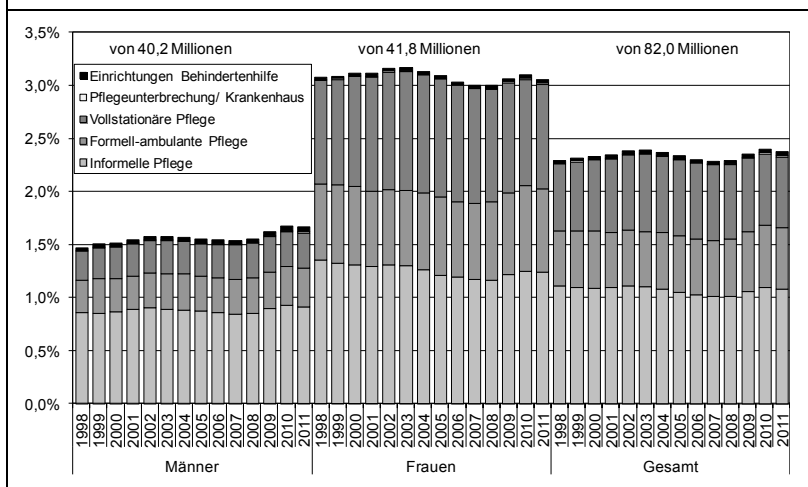


Abbildung 22: Zeitreihe der Prävalenzen, standardisiert auf die Bevölkerung Deutschlands des Jahres 2008, differenziert nach Pflegearrangement



- Altersspezifische Pflegehäufigkeiten bleiben im Wesentlichen unverändert.
- Differenziert nach Pflegestufen:
 - Anstieg der Prävalenzen in Stufe I
 - Sinkende Prävalenzen in Stufe II und III
- Differenziert nach Pflegeform:
 - Sinkende Prävalenz für informelle Pflege (insbes. Frauen)
- Steigende Fallzahlen gehen fast ausschließlich auf demographische Alterung zurück

III.3 Entwicklung bevölkerungsstandardisierter Inzidenzen

Abbildung 25: Zeitreihe der Inzidenzen, standardisiert auf die Bevölkerung Deutschlands des Jahres 2008, differenziert nach Pflegestufen

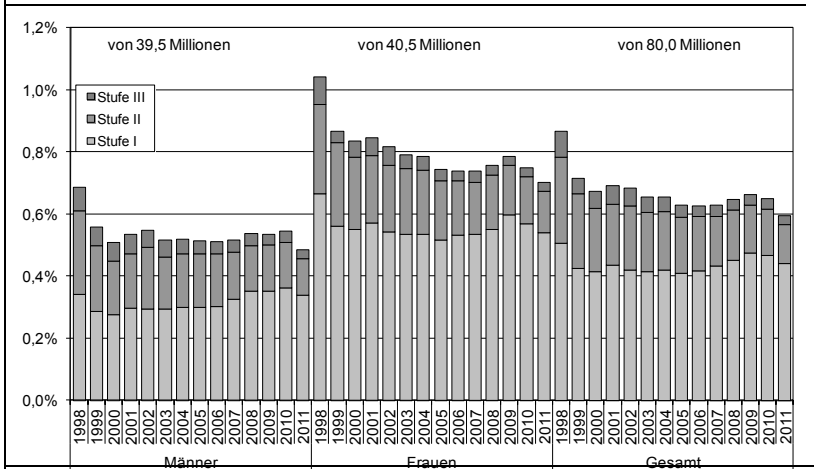
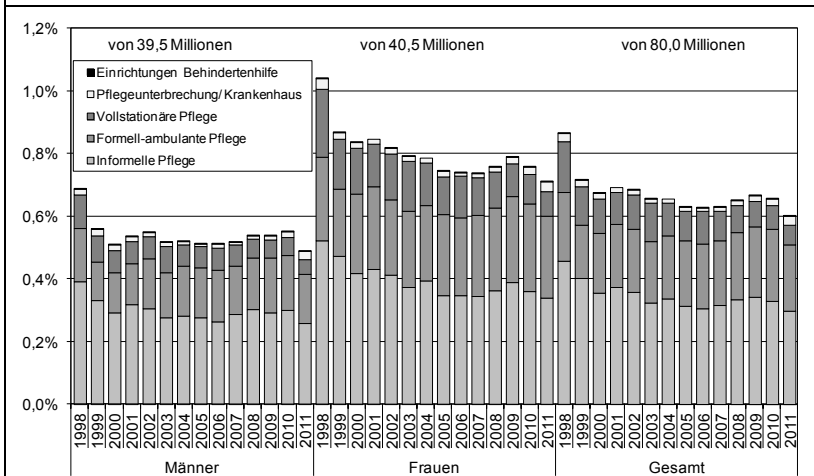


Abbildung 26: Zeitreihe der Inzidenzen, standardisiert auf die Bevölkerung Deutschlands des Jahres 2008, differenziert nach Pflegearrangements



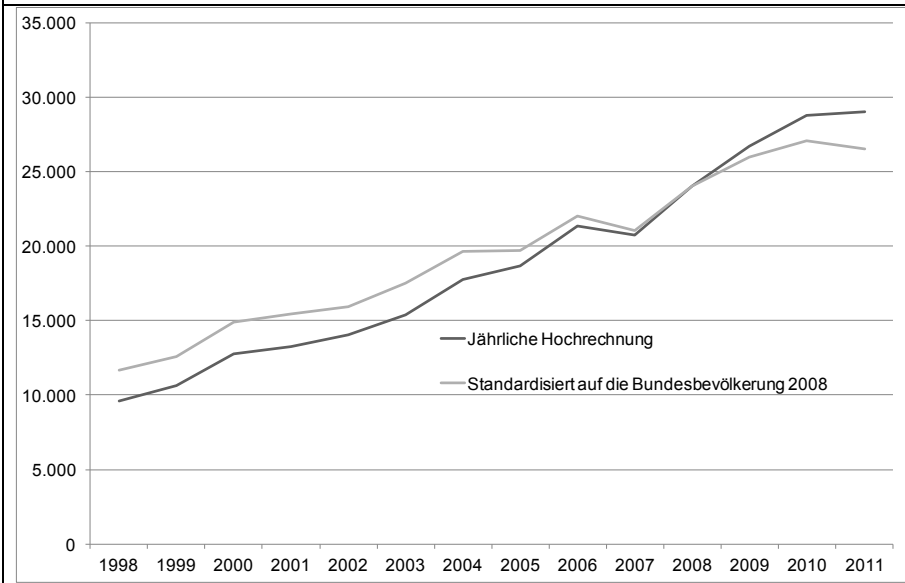
- Altersspezifische Inzidenzen
 - bei Männern konstant
 - bei Frauen insgesamt rückläufig
 - Anstieg 2009 kann Folge des PfwG sein.

- Differenziert nach Stufen
 - leichte Verschiebung in Stufe I

- Differenziert nach Pflegearrangements
 - Leichter Rückgang informeller Pflege

III.4 Kurzzeitpflege gewinnt an Bedeutung

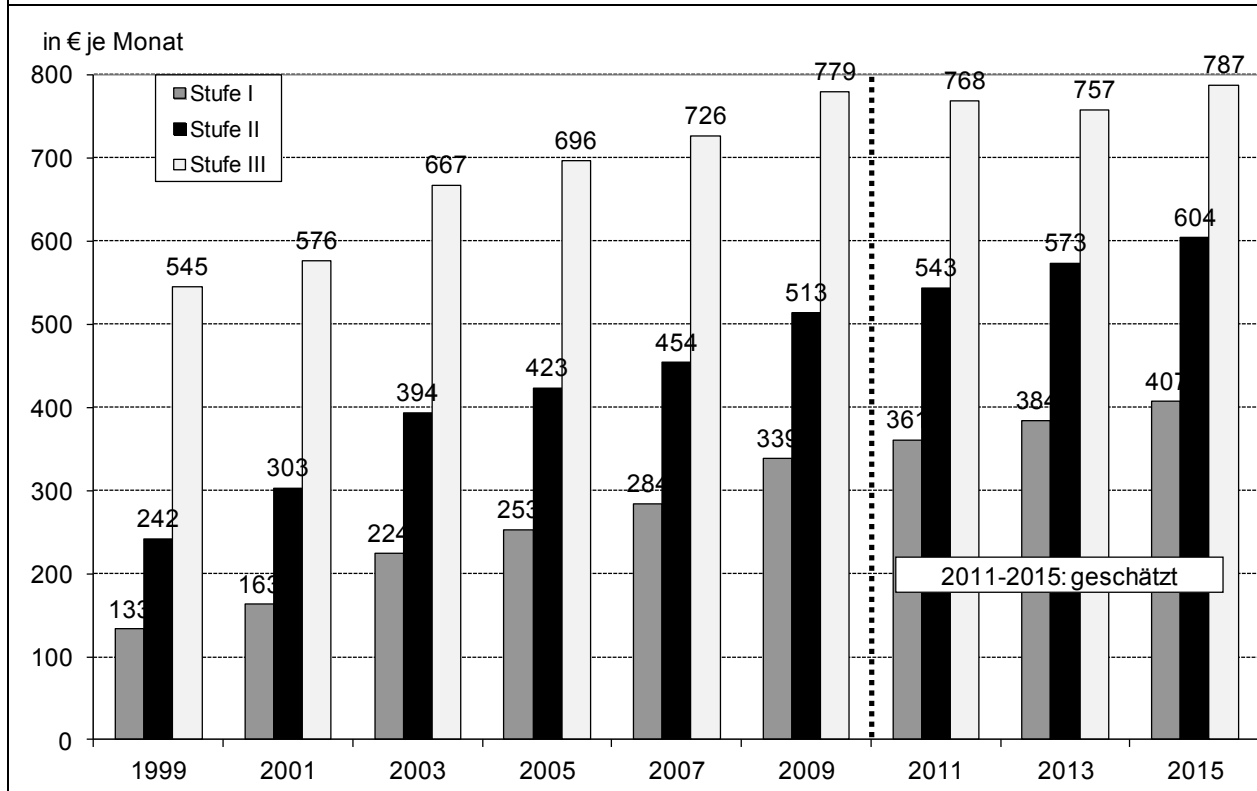
Abbildung 28: Entwicklung der monatlichen Zahl der Pflegebedürftigen mit Kurzzeitpflege ohne Kurzzeitpflege im Vormonat



- Verdreifachung der Inanspruchnahme
- Anteil „nach Krankenhaus“ steigt von 13% auf 30%
- Leichte Häufung in den Sommermonaten
- Anstieg des Anteils vollstationärer Dauerpflege nach Kurzzeitpflege von 18% auf 30%
- Anstieg des Anteils Verstorbener von 11% auf 17%

III.6 Eigenfinanzierungsanteile

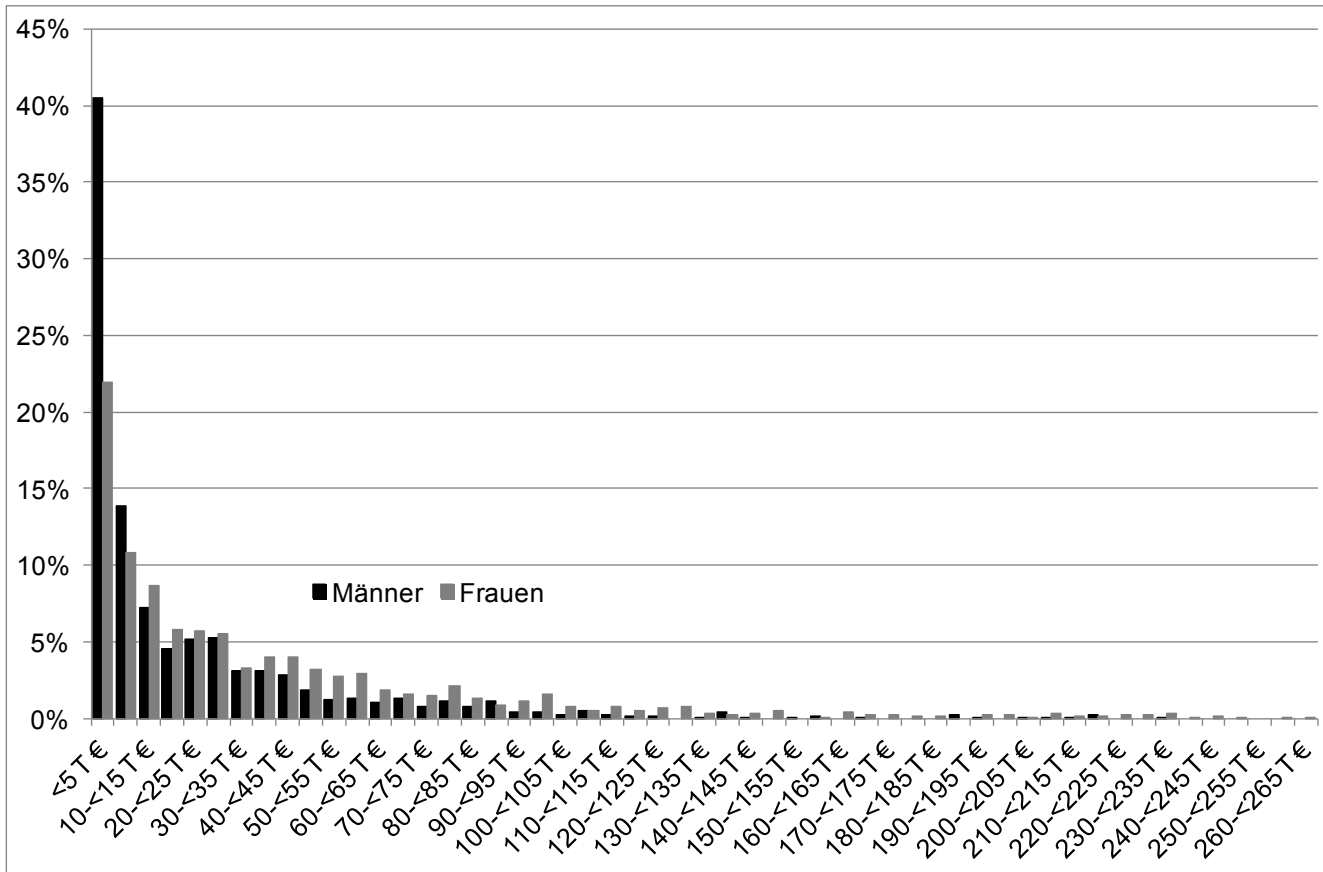
Abbildung 1: Eigenfinanzierungsanteile in der stationären Pflege



- Eigenanteil an Pflegekosten hat sich erhöht und wird sich in Stufe I und II weiter erhöhen
- Ursächlich sind
 - Geringe Dynamisierung der Pflegeversicherung
 - Geringe Rentenanpassung

IV.1 SGB XI-Lebenszeitausgaben für Pflegebedürftige

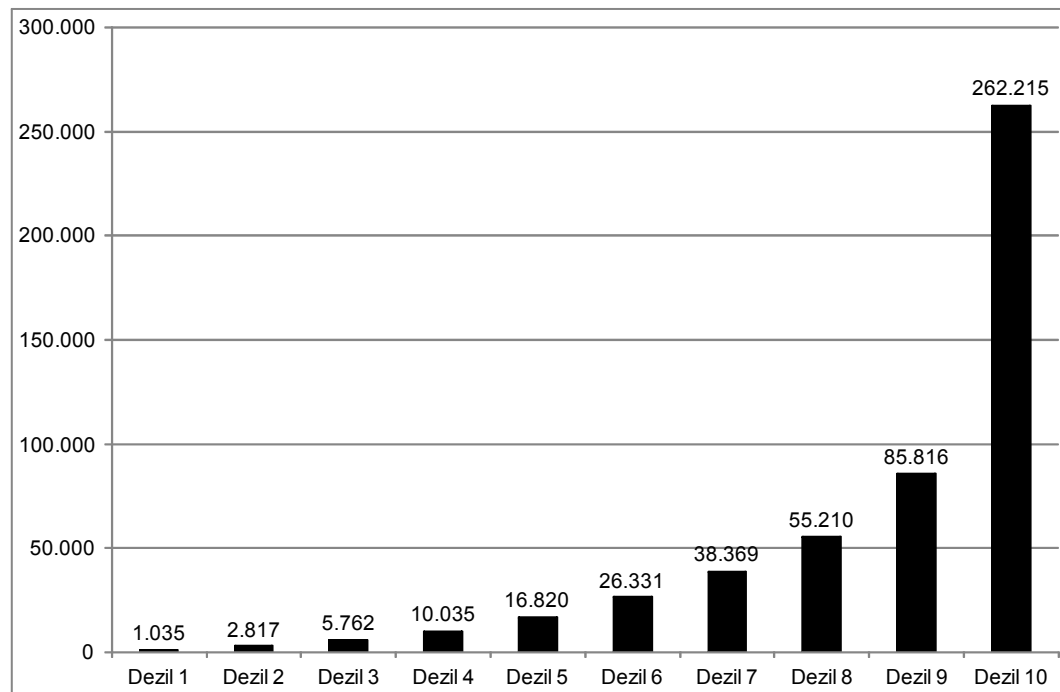
Abbildung 31: Anteil der Pflegebedürftigen, die von Pflegeeintritt bis zum Tod Pflegeleistungen mit einem Ausgabenvolumen von ... € in Anspruch nehmen – nach Geschlecht



- Männer
 - Mittelwert: 21 Tsd.
 - Median: 8 Tsd.
- Frauen
 - Mittelwert: 39 Tsd.
 - Median: 22 Tsd.

IV.1 SGB XI-Lebenszeitausgaben für Pflegebedürftige

Gesamte SGB XI-Leistungen von Eintritt der Pflegebedürftigkeit bis zum Tod nach Dezilen

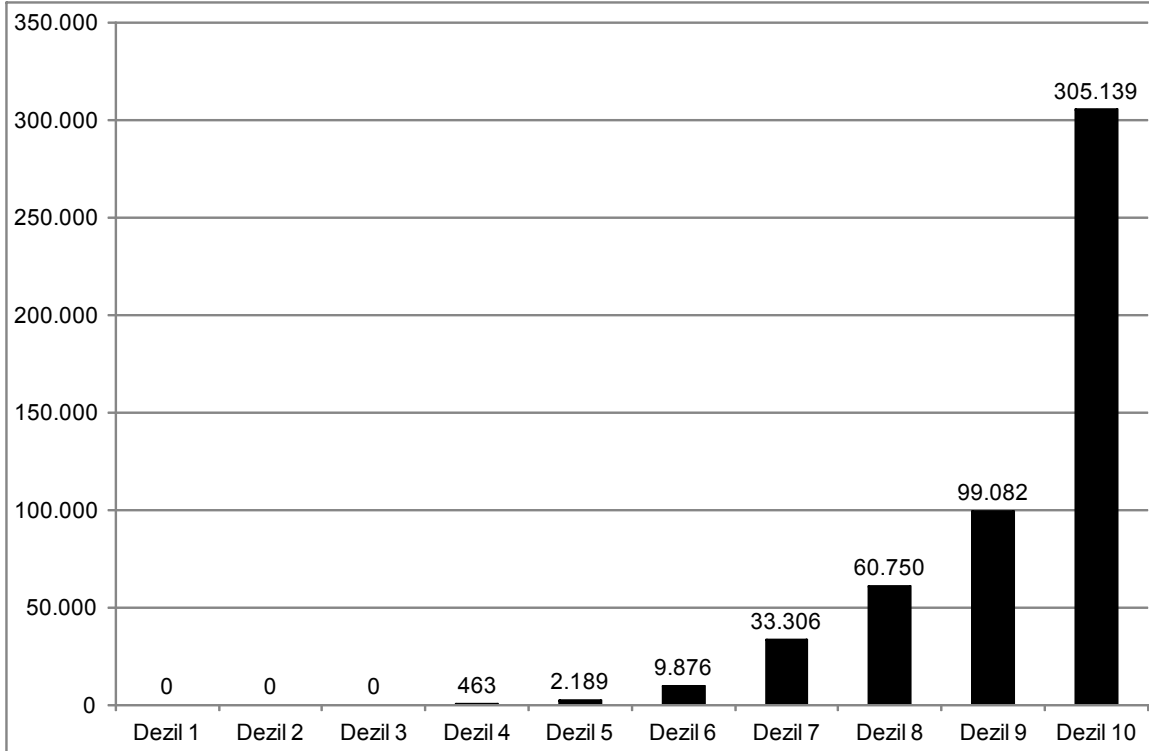


Quelle: BARMER GEK-Routinedaten: Versicherte nach Alter und Geschlecht standardisiert auf die Bevölkerung in Deutschland

- Für das Zehntel der Pflegebedürftigen mit den geringsten Ausgaben betragen diese weniger als rund Eintausend Euro
- Für das Zehntel der Pflegebedürftigen mit den höchsten Ausgaben betragen diese mehr als 85 Tsd. Euro

IV.2 Privat zu tragende Lebenszeitausgaben für Pflegebedürftige

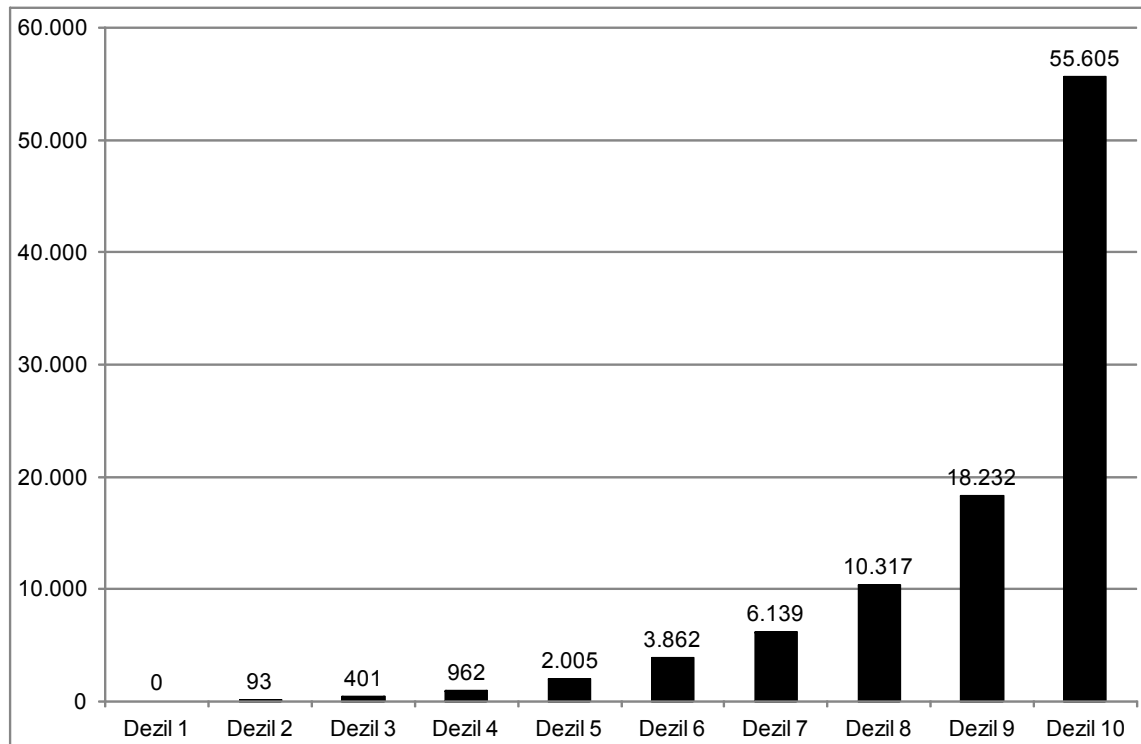
Eigenfinanzierungsanteile für *stationäre Pflege* von Eintritt der Pflegebedürftigkeit bis zum Tod



- Für die Hälfte der Pflegebedürftigen mit den geringsten Ausgaben betragen diese weniger als rund 2.200 Euro
- Für das Zehntel der Pflegebedürftigen mit den höchsten Ausgaben betragen diese mehr als 99 Tsd. Euro

IV.2 Privat zu tragende Lebenszeitausgaben für Pflegebedürftige

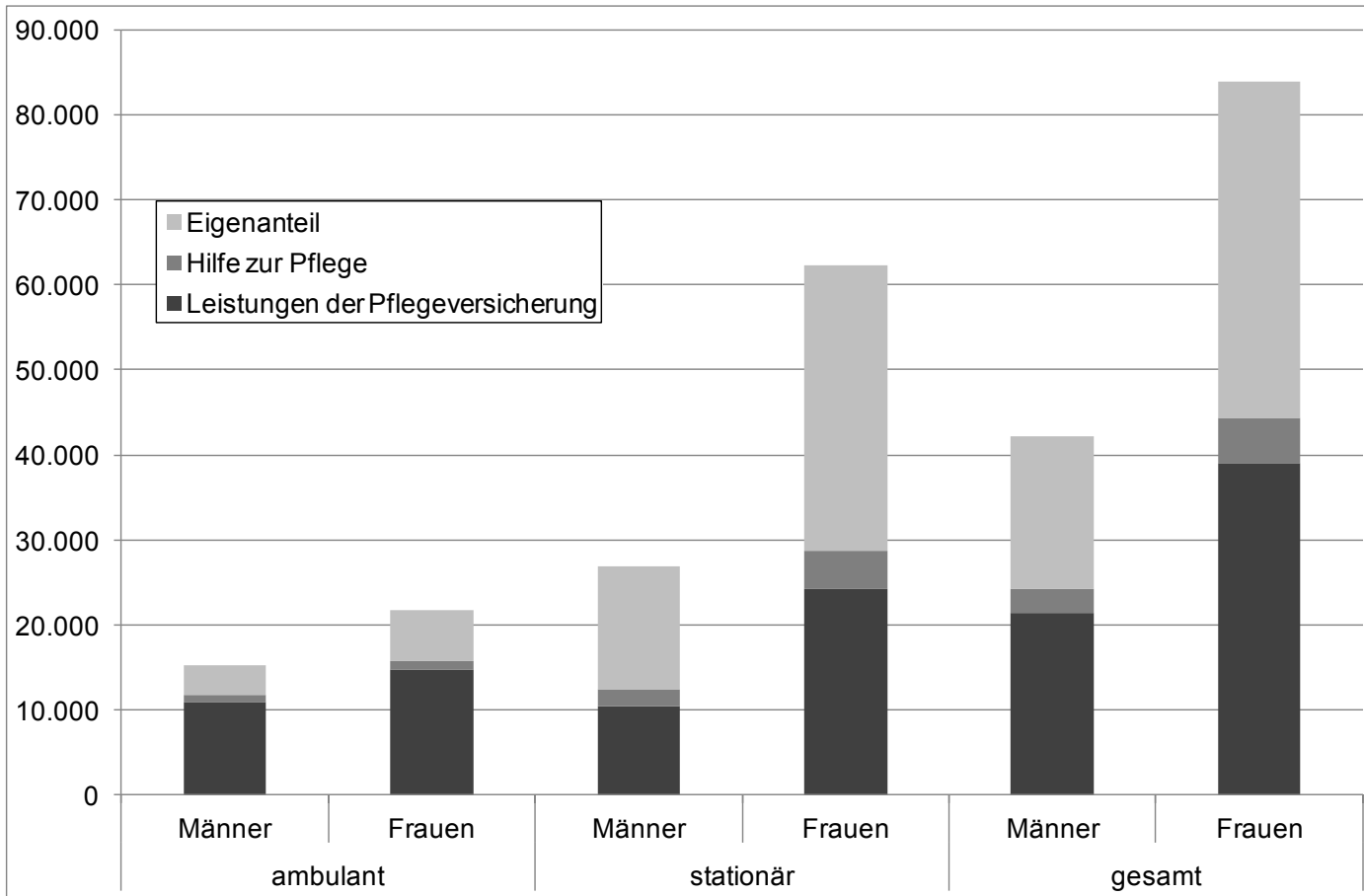
Eigenfinanzierungsanteile für *ambulante Pflege* von Eintritt der Pflegebedürftigkeit bis zum Tod



- Für die Hälfte der Pflegebedürftigen mit den geringsten Ausgaben betragen diese weniger als rund 2.000 Euro
- Für das Zehntel der Pflegebedürftigen mit den höchsten Ausgaben betragen diese mehr als 18 Tsd. Euro

IV.3 Gesamtpflegekosten im Lebensverlauf Pflegebedürftiger

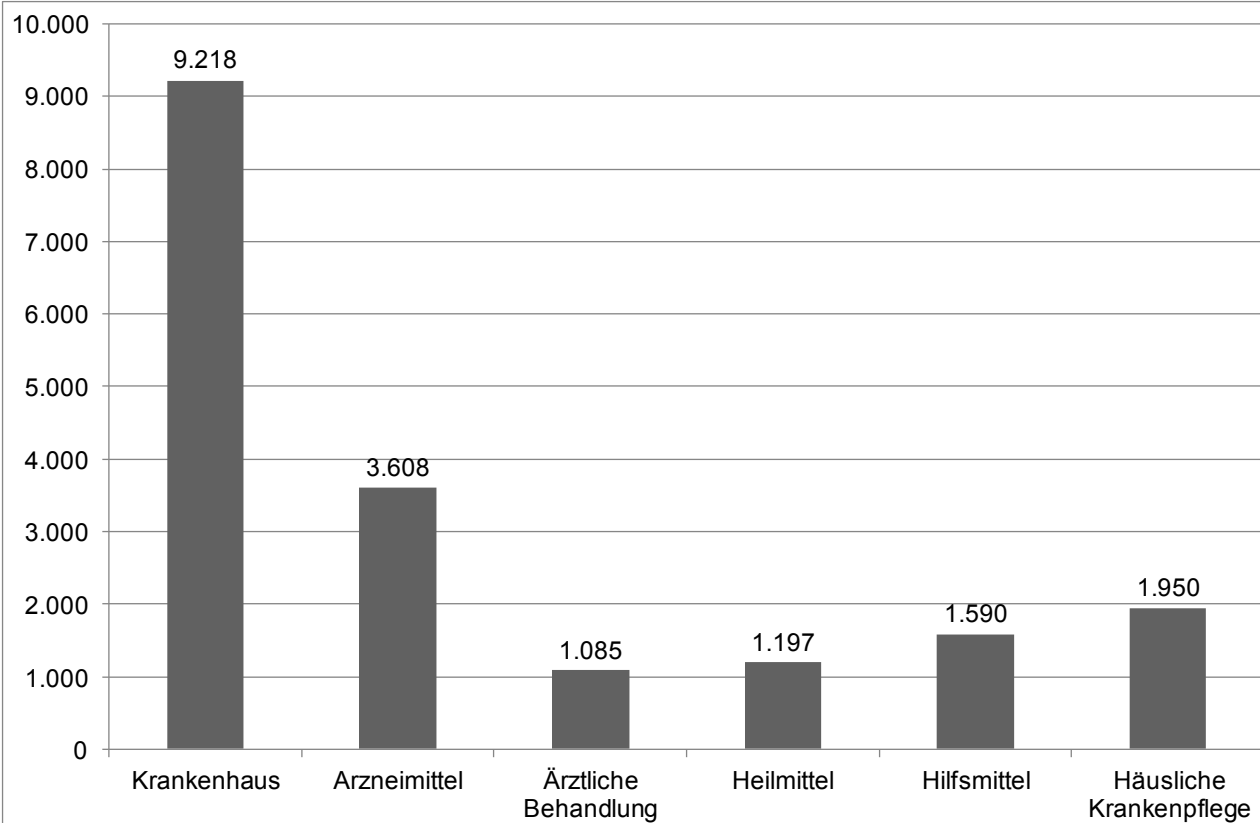
Abbildung 35: Mittelwert der Gesamtkosten von Pflegebedürftigkeit von Pflegeintritt bis zum Tod nach Kostenträgerschaft



- Die gesamten Lebenszeitausgaben belaufen sich auf rd.
 - 42 Tsd. Euro für Männer und
 - 84 Tsd. Euro für Frauen
- Rund die Hälfte dieser Ausgaben wird von der SPV übernommen

IV.4 Erhöhte GKV-Leistungsausgaben für Pflegebedürftige

Abbildung 39: Gesamte Mehrausgaben für einzelne Leistungsbereiche für Pflegebedürftige im Vergleich zu Nicht-Pflegebedürftigen gleichen Alters und Geschlechts in Millionen Euro



- Hochgerechnet auf die Gesamtbevölkerung fallen für Pflegebedürftige höhere Leistungsausgaben von mehr als 18 Milliarden Euro an.
- Dies entspricht rd. Einem Zehntel der GKV-Ausgaben


Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!



Ich freue mich auf Ihre Fragen!

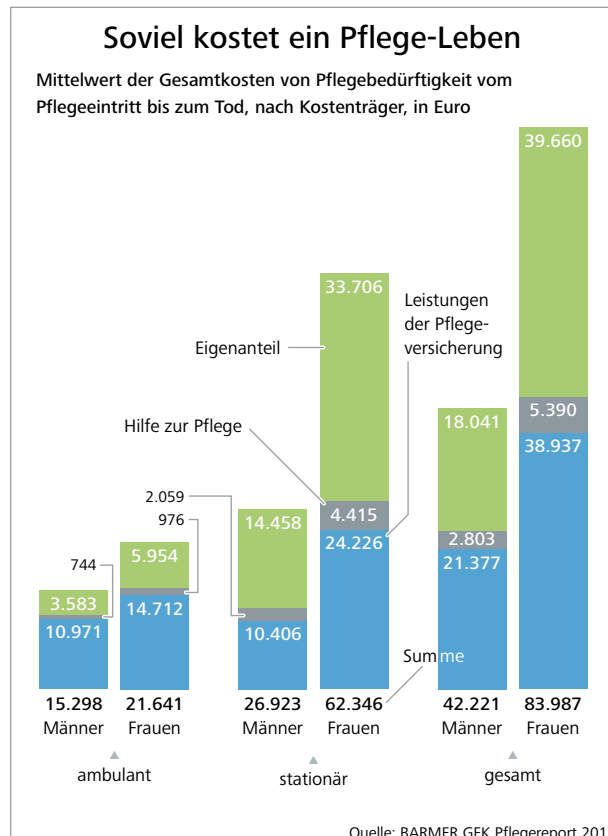
BARMER GEK Pflegereport 2012

- Infografiken

Inhalt:

- › Infografik 1
Soviel kostet ein Pflege-Leben 
- › Infografik 2
Private Kosten der Pflege im Heim
- › Infografik 3
(Sozial-)Hilfe zur Pflege nimmt zu
- › Infografik 4
Zahl Pflegebedürftiger: 2011 erstmals gebremster Anstieg
- › Infografik 5
Zuwachsunterschiede zwischen den Ländern
- › Infografik 6
Pflegestufen: Mehr leichtere Fälle
- › Infografik 7
Pflegehäufigkeit unter alten Menschen
- › Infografik 8
Alles sehr gut?
- › Infografik 9
Genügend Heimplätze?
- › Infografik 10
Kurzzeitpflege nimmt massiv zu
- › Infografik 11
Das kostet die Pflege im Heim
- › Infografik 12
Das Geld in der Pflegekasse
- › Infografik 13
Wer pflegt?

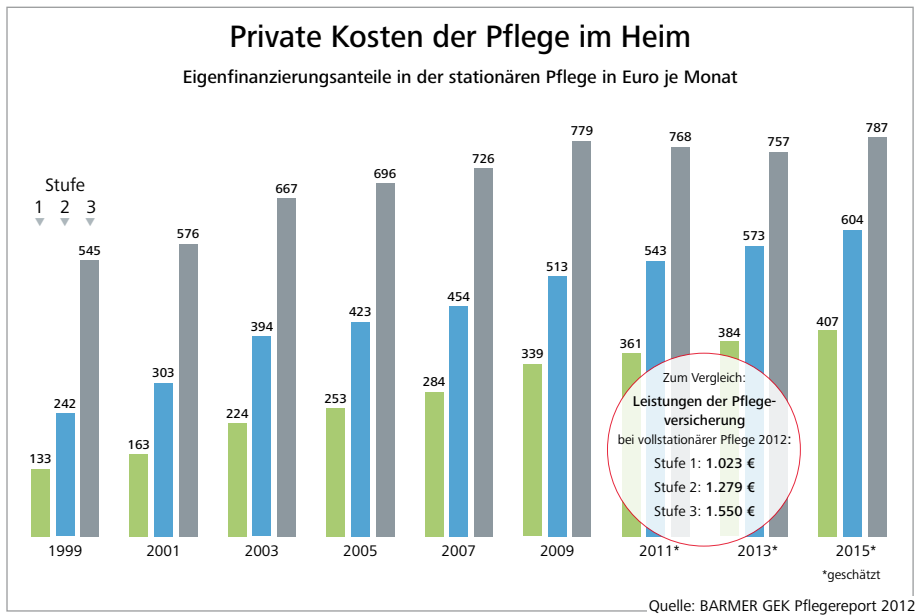
Infografiken (PDF, 300 dpi) zur honorarfreien Verwendung. Als JPG-Datei (300 dpi) downloadbar unter www.barmer-gek.de > Presse > Infothek > Bildmaterial > Infografiken.  Auf Wunsch (E-Mail an: andreas.grosse-stoltenberg@barmer-gek.de ) auch als editierbare Indesign-CS6-Markup-Datei erhältlich. Bei Veröffentlichung in Printmedien Belegexemplar erbeten an: BARMER GEK, Abt. Unternehmenskommunikation, 42271 Wuppertal.



[Zurück zum Inhalt](#)

Infografik (PDF, 300 dpi) zur honorarfreien Verwendung. Als JPG-Datei (300 dpi) downloadbar unter www.barmer-gek.de > Presse > Infothek > Bildmaterial > Infografiken.

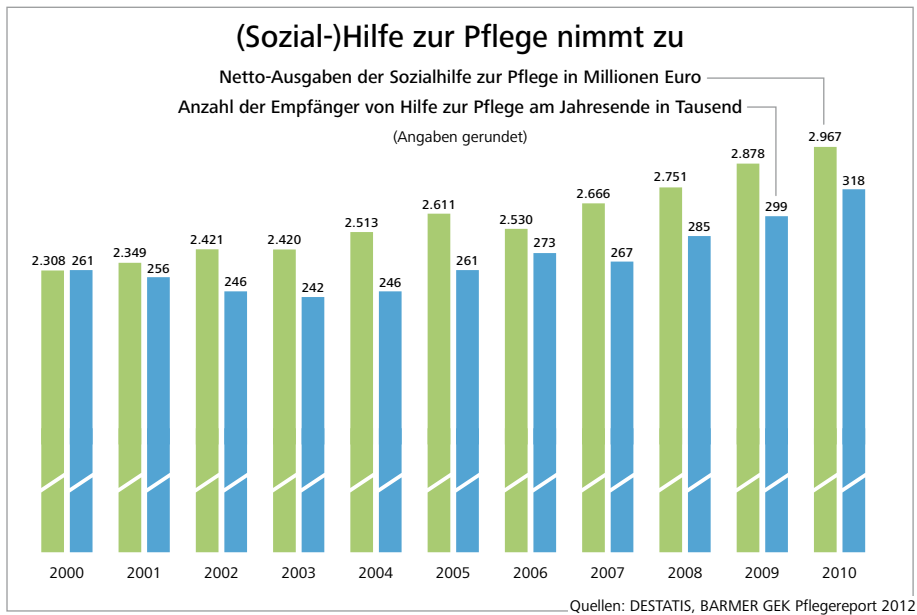
Auf Wunsch (E-Mail an: andreas.grosse-stoltenberg@barmer-gek.de) auch als editierbare Indesign-CS6-Markup-Datei erhältlich. Bei Veröffentlichung in Printmedien Belegexemplar erbeten an: BARMER GEK, Abt. Unternehmenskommunikation, 42271 Wuppertal.



Zurück zum Inhalt

Infografik (PDF, 300 dpi) zur honorarfreien Verwendung. Als JPG-Datei (300 dpi) downloadbar unter www.barmer-gek.de > Presse > Infothek > Bildmaterial > Infografiken.

Auf Wunsch (E-Mail an: andreas.grosse-stoltenberg@barmer-gek.de) auch als editierbare Indesign-CS6-Markup-Datei erhältlich. Bei Veröffentlichung in Printmedien Belegexemplar erbeten an: BARMER GEK, Abt. Unternehmenskommunikation, 42271 Wuppertal.

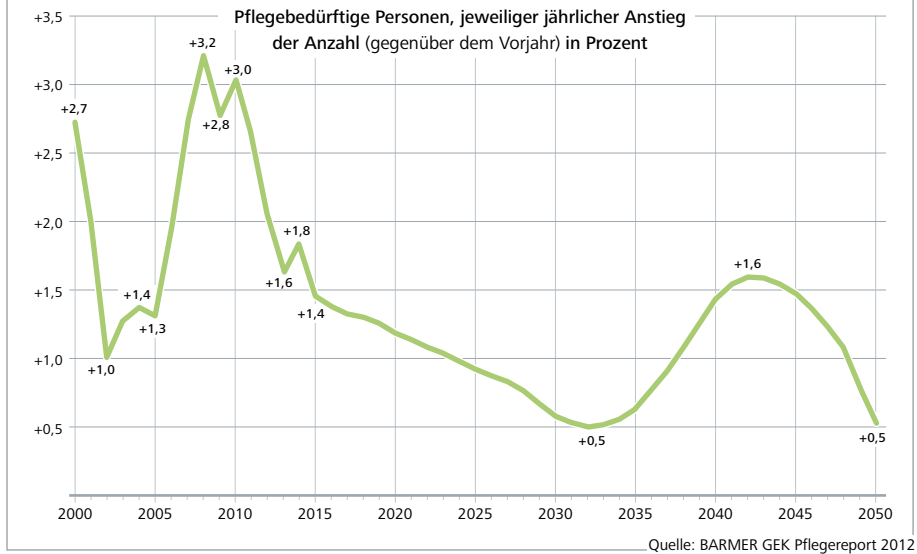


[Zurück zum Inhalt](#)

Infografik (PDF, 300 dpi) zur honorarfreien Verwendung. Als JPG-Datei (300 dpi) downloadbar unter www.barmer-gek.de > Presse > Infothek > Bildmaterial > Infografiken.

Auf Wunsch (E-Mail an: andreas.grosse-stoltenberg@barmer-gek.de) auch als editierbare Indesign-CS6-Markup-Datei erhältlich. Bei Veröffentlichung in Printmedien Belegexemplar erbeten an: BARMER GEK, Abt. Unternehmenskommunikation, 42271 Wuppertal.

Zahl Pflegebedürftiger: 2011 erstmals gebremster Anstieg



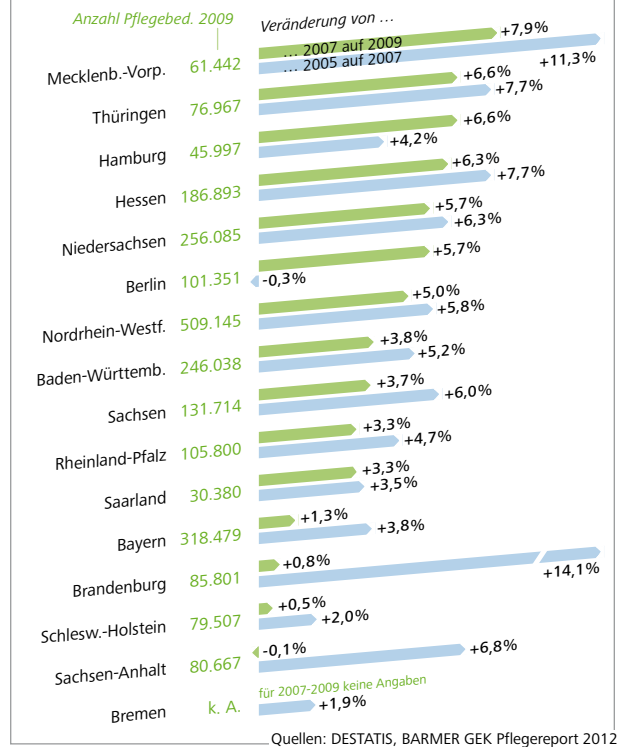
[Zurück zum Inhalt](#)



Infografik (PDF, 300 dpi) zur honorarfreien Verwendung. Als JPG-Datei (300 dpi) downloadbar unter www.barmer-gek.de > Presse > Infothek > Bildmaterial > Infografiken. Auf Wunsch (E-Mail an: andreas.grosse-stoltenberg@barmer-gek.de) auch als editierbare Indesign-CS6-Markup-Datei erhältlich. Bei Veröffentlichung in Printmedien Belegexemplar erbeten an: BARMER GEK, Abt. Unternehmenskommunikation, 42271 Wuppertal.



Zuwachsunterschiede zwischen den Ländern

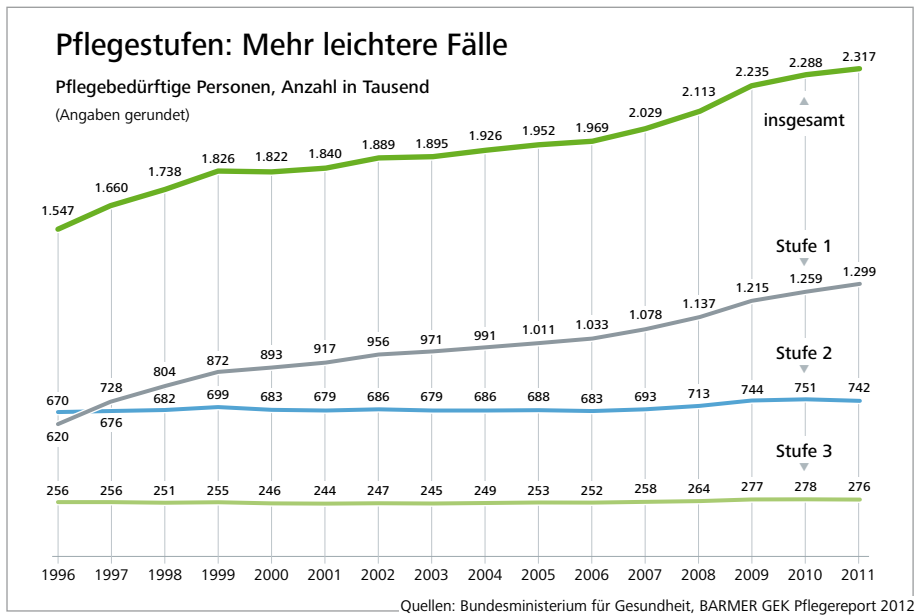
Veränderungen der Zahl der Pflegebedürftigen



Zurück zum Inhalt





Infografik (PDF, 300 dpi) zur honorarfreien Verwendung. Als JPG-Datei (300 dpi) downloadbar unter www.barmer-gek.de > Presse > Infothek > Bildmaterial > Infografiken. 
 Auf Wunsch (E-Mail an: andreas.grosse-stoltenberg@barmer-gek.de ) auch als editierbare Indesign-CS6-Markup-Datei erhältlich. Bei Veröffentlichung in Printmedien Belegexemplar erbeten an: BARMER GEK, Abt. Unternehmenskommunikation, 42271 Wuppertal.



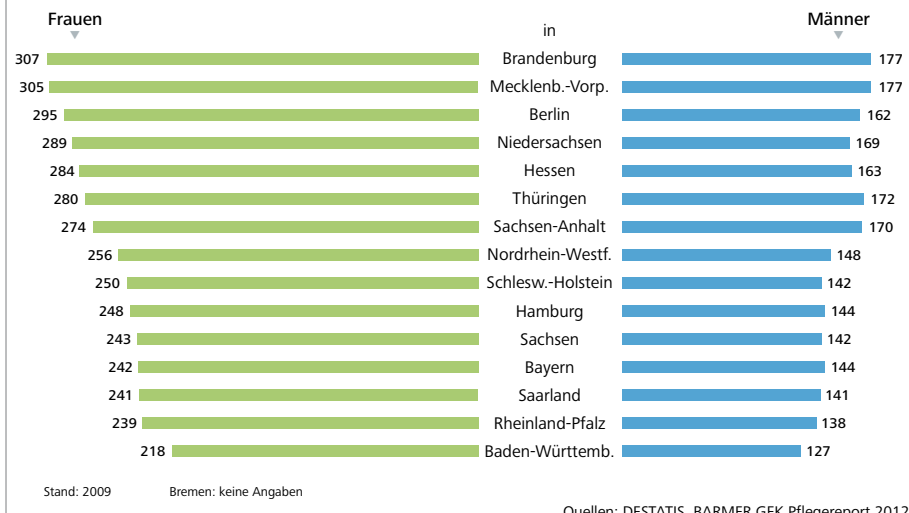
Zurück zum Inhalt



Infografik (PDF, 300 dpi) zur honorarfreien Verwendung. Als JPG-Datei (300 dpi) downloadbar unter www.barmer-gek.de > Presse > Infothek > Bildmaterial > Infografiken. 
 Auf Wunsch (E-Mail an: andreas.grosse-stoltenberg@barmer-gek.de ) auch als editierbare Indesign-CS6-Markup-Datei erhältlich. Bei Veröffentlichung in Printmedien Belegexemplar erbeten an: BARMER GEK, Abt. Unternehmenskommunikation, 42271 Wuppertal.

Pflegehäufigkeit unter alten Menschen

Von Tausend Menschen, die älter als 75 Jahre sind, sind pflegebedürftig ...



[Zurück zum Inhalt](#)



Infografik (PDF, 300 dpi) zur honorarfreien Verwendung. Als JPG-Datei (300 dpi) downloadbar unter www.barmer-gek.de > Presse > Infothek > Bildmaterial > Infografiken. Auf Wunsch (E-Mail an: andreas.grosse-stoltenberg@barmer-gek.de) auch als editierbare Indesign-CS6-Markup-Datei erhältlich. Bei Veröffentlichung in Printmedien Belegexemplar erbeten an: BARMER GEK, Abt. Unternehmenskommunikation, 42271 Wuppertal.

Alles sehr gut?



Pflege- und Gesamtnoten der Pflegeheim-Prüfungen*

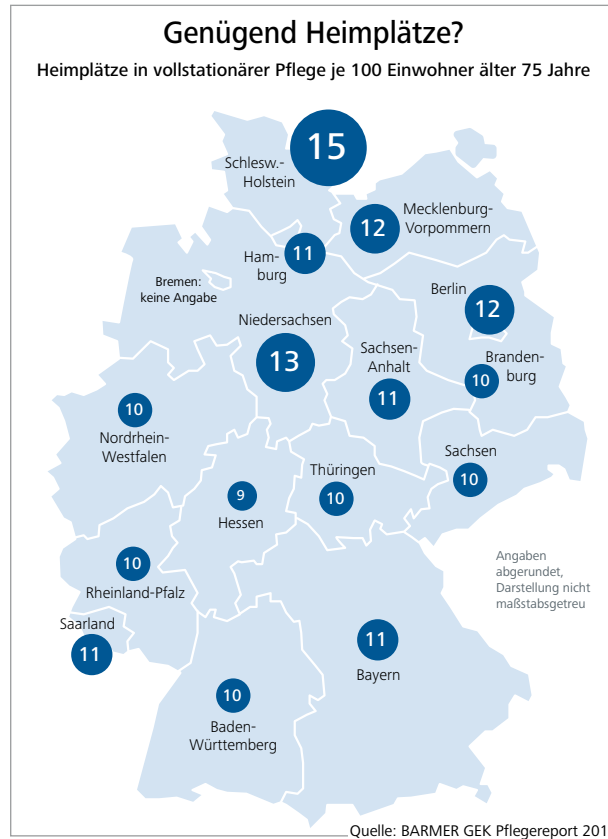
Note:	1,...										2,...	
	1,0	1,1	1,2	1,3	1,4	1,5	1,6	1,7	1,8	1,9	2,0	2,1
Baden-Württemb.		X	X									
Bayern						Gesamtnote X					Pflegenote X	
Berlin				X	X							
Brandenburg		X	X									
Bremen						X				X		
Hamburg					X		X					
Hessen				X	X							
Mecklenb.-Vorp.				X		X						
Niedersachsen				X		X						
Nordrhein-Westf.				X	X							
Rheinland-Pfalz							X				X	
Saarland				X	X							
Sachsen		X	X									
Sachsen-Anhalt				X	X							
Schlesw.-Holstein						X		X				
Thüringen					X		X					

*durch den Medizinischen Dienst
Quellen: vdek, BARMER GEK Pflegereport 2012

Zurück zum Inhalt



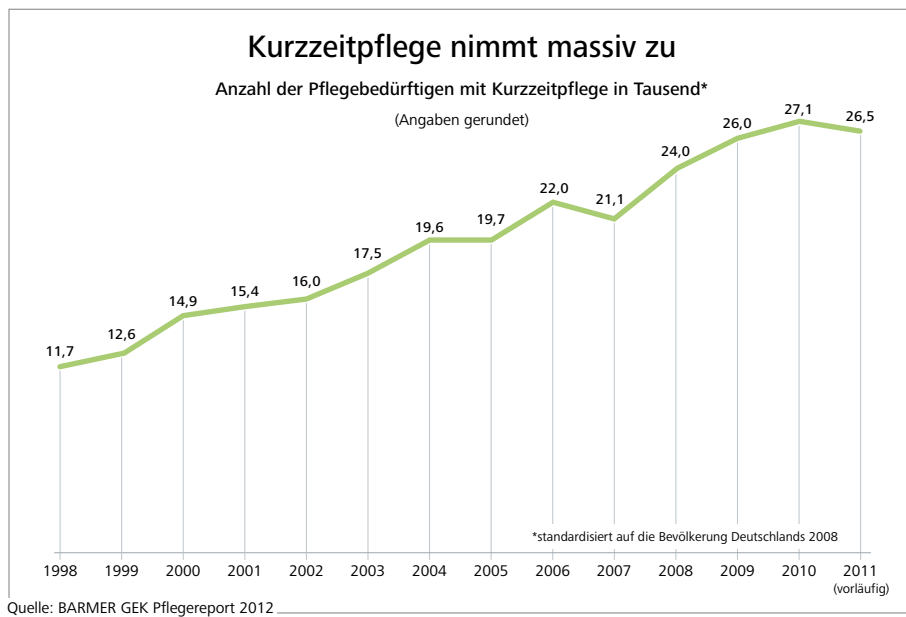
Infografik (PDF, 300 dpi) zur honorarfreien Verwendung. Als JPG-Datei (300 dpi) downloadbar unter www.barmer-gek.de > Presse > Infothek > Bildmaterial > Infografiken. 
Auf Wunsch (E-Mail an: andreas.grosse-stoltenberg@barmer-gek.de ) auch als editierbare Indesign-CS6-Markup-Datei erhältlich. Bei Veröffentlichung in Printmedien Belegexemplar erbeten an: BARMER GEK, Abt. Unternehmenskommunikation, 42271 Wuppertal.



[Zurück zum Inhalt](#)

Infografik (PDF, 300 dpi) zur honorarfreien Verwendung. Als JPG-Datei (300 dpi) downloadbar unter www.barmer-gek.de > Presse > Infothek > Bildmaterial > Infografiken.

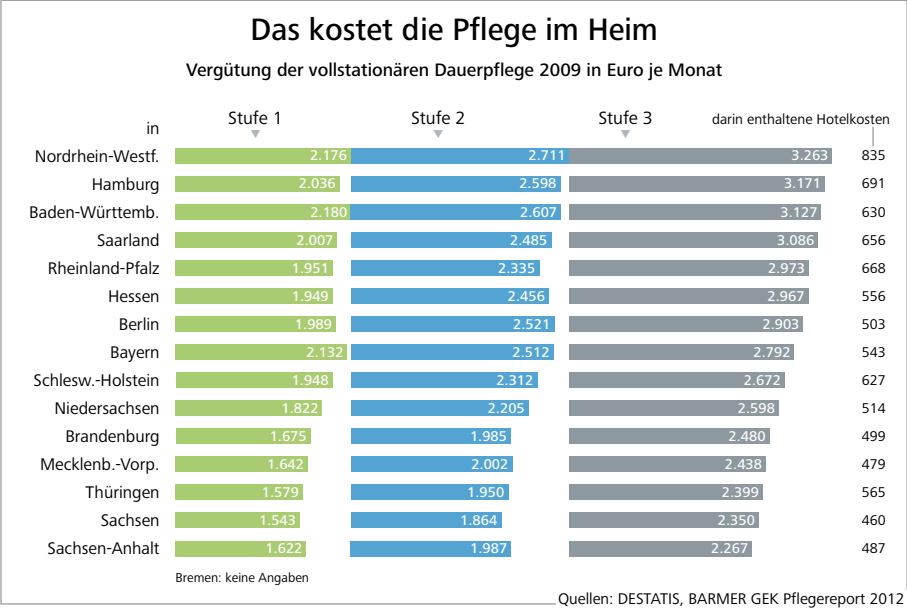
Auf Wunsch (E-Mail an: andreas.grosse-stoltenberg@barmer-gek.de) auch als editierbare Indesign-CS6-Markup-Datei erhältlich. Bei Veröffentlichung in Printmedien Belegexemplar erbeten an: BARMER GEK, Abt. Unternehmenskommunikation, 42271 Wuppertal.



[Zurück zum Inhalt](#)

Infografik (PDF, 300 dpi) zur honorarfreien Verwendung. Als JPG-Datei (300 dpi) downloadbar unter www.barmer-gek.de > Presse > Infothek > Bildmaterial > Infografiken.

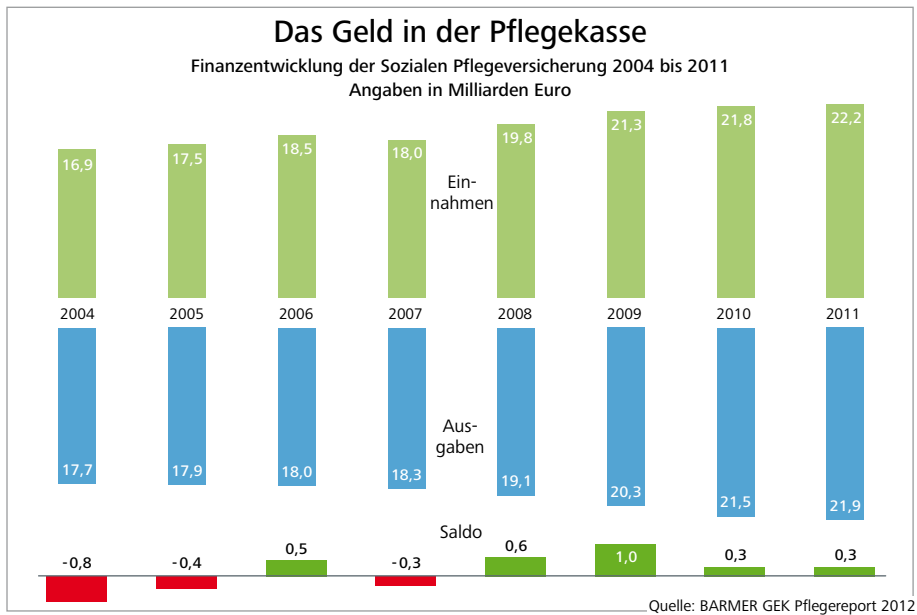
Auf Wunsch (E-Mail an: andreas.grosse-stoltenberg@barmer-gek.de) auch als editierbare Indesign-CS6-Markup-Datei erhältlich. Bei Veröffentlichung in Printmedien Belegexemplar erbeten an: BARMER GEK, Abt. Unternehmenskommunikation, 42271 Wuppertal.



[Zurück zum Inhalt](#)



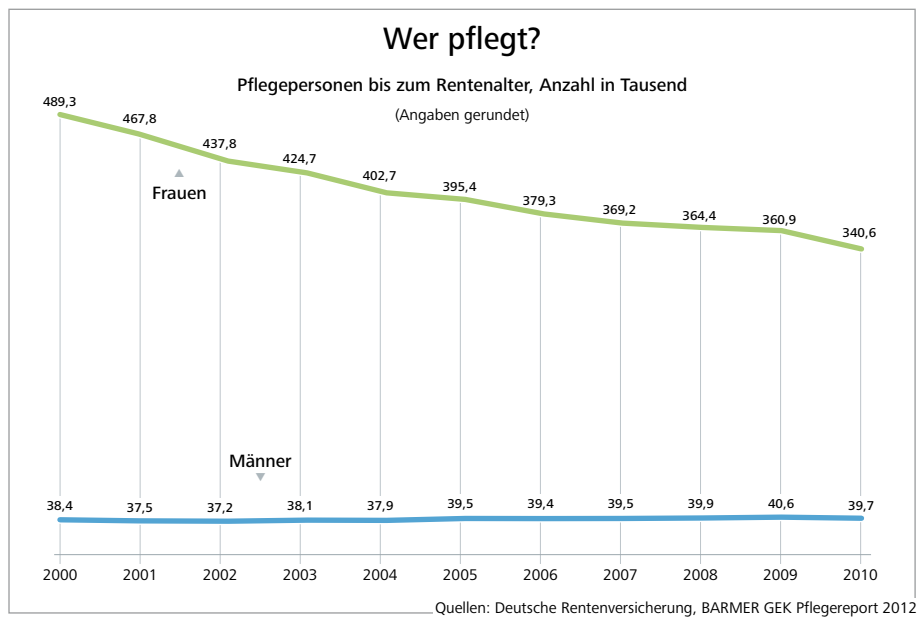
Infografik (PDF, 300 dpi) zur honorarfreien Verwendung. Als JPG-Datei (300 dpi) downloadbar unter www.barmer-gek.de > Presse > Infothek > Bildmaterial > Infografiken. Auf Wunsch (E-Mail an: andreas.grosse-stoltenberg@barmer-gek.de) auch als editierbare Indesign-CS6-Markup-Datei erhältlich. Bei Veröffentlichung in Printmedien Belegexemplar erbeten an: BARMER GEK, Abt. Unternehmenskommunikation, 42271 Wuppertal.



[Zurück zum Inhalt](#)

Infografik (PDF, 300 dpi) zur honorarfreien Verwendung. Als JPG-Datei (300 dpi) downloadbar unter www.barmer-gek.de > Presse > Infothek > Bildmaterial > Infografiken.

Auf Wunsch (E-Mail an: andreas.grosse-stoltenberg@barmer-gek.de) auch als editierbare Indesign-CS6-Markup-Datei erhältlich. Bei Veröffentlichung in Printmedien Belegexemplar erbeten an: BARMER GEK, Abt. Unternehmenskommunikation, 42271 Wuppertal.



[Zurück zum Inhalt](#)

Infografik (PDF, 300 dpi) zur honorarfreien Verwendung. Als JPG-Datei (300 dpi) downloadbar unter www.barmer-gek.de > Presse > Infothek > Bildmaterial > Infografiken.

Auf Wunsch (E-Mail an: andreas.grosse-stoltenberg@barmer-gek.de) auch als editierbare Indesign-CS6-Markup-Datei erhältlich. Bei Veröffentlichung in Printmedien Belegexemplar erbeten an: BARMER GEK, Abt. Unternehmenskommunikation, 42271 Wuppertal.

Blitzumfrage Pflegebedürftigkeit

Ergebnisse einer repräsentativen telefonischen
Bevölkerungsumfrage

November 2012

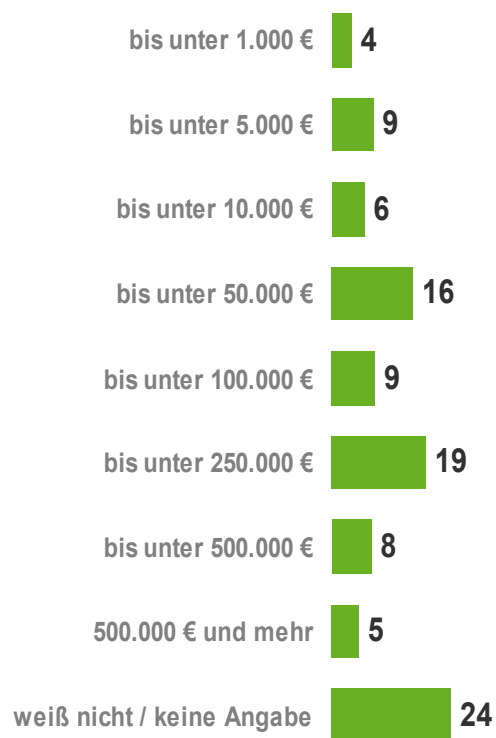
Studiensteckbrief

- Stichprobe: 307 Frauen und Männer ab 14 Jahren in Deutschland
- Methode: Telefonische Befragung
- Feldphase: 23.11. – 24.11.2012
- Fragebogendauer: ca. 2 Minuten
- Durchführung: GfK Healthcare, Nürnberg

Durchschnittlich werden die Pflegekosten auf 141.837 € geschätzt.

Wie hoch glauben Sie, ist der finanzielle Beitrag, den ein Mensch für seine Pflege privat aufbringen muss – von Beginn der Pflegebedürftigkeit bis zum Tod?

Achtung: Fast alle Befragten hatten Rückfragen zu dem Thema und Schwierigkeiten die Kosten einzuschätzen, daher sind die Ergebnisse nicht belastbar.

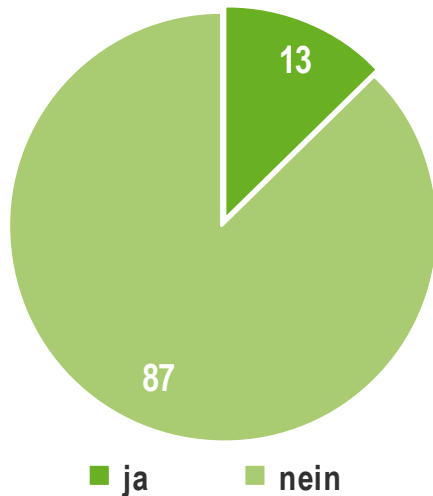


alle Angaben in %

Basis: alle

13 % der Befragten haben mindestens einen pflegebedürftigen Angehörigen.

Ist in Ihrer Familie derzeit jemand pflegebedürftig?



Etwa ein Viertel der Befragten fühlt sich finanziell nicht gut genug abgesichert für den Fall der Pflegebedürftigkeit. Ebenso viele haben sich hierzu noch keine Gedanken gemacht.

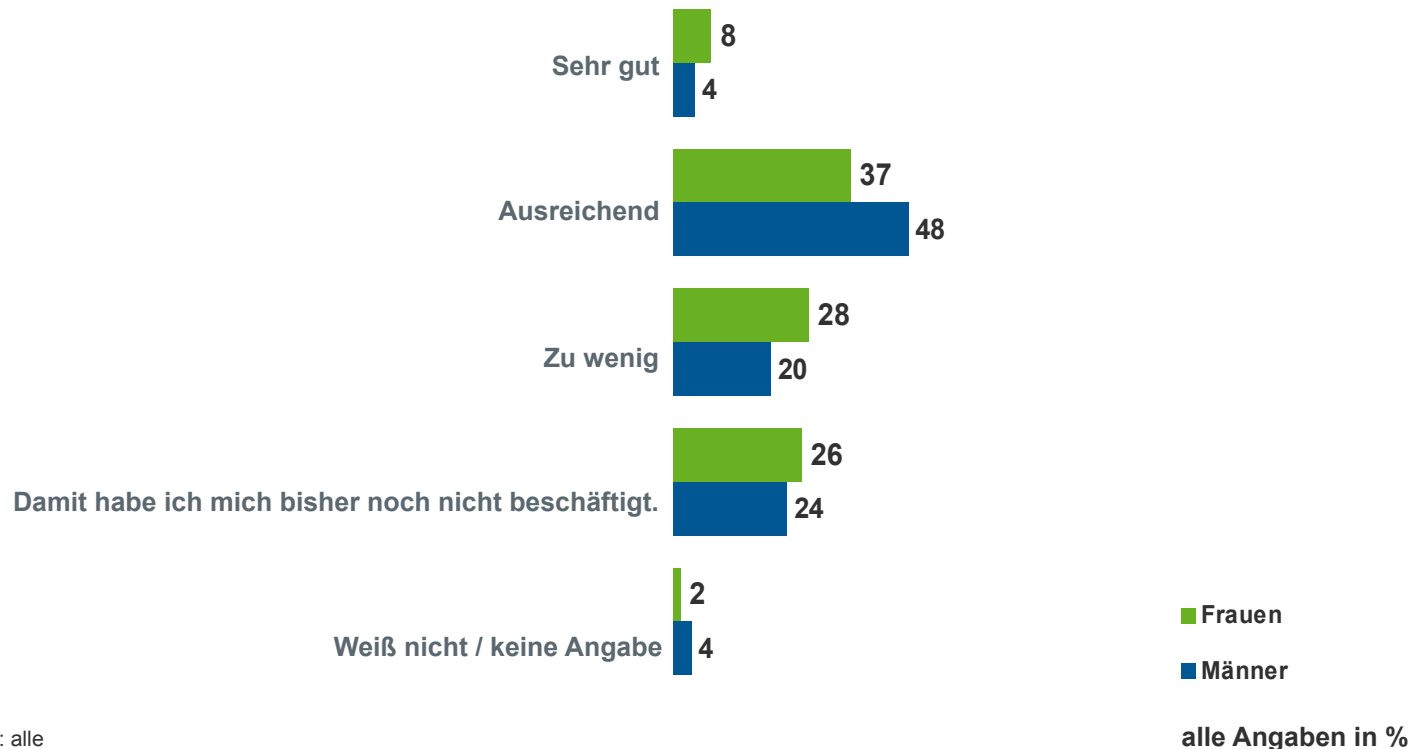
Was glauben Sie persönlich: Wie wären Sie im Fall einer Pflegebedürftigkeit finanziell abgesichert?



alle Angaben in %

Etwa die Hälfte der Männer fühlt sich für den Fall der Pflegebedürftigkeit finanziell ausreichend abgesichert. Frauen sind da eher geteilter Meinung.

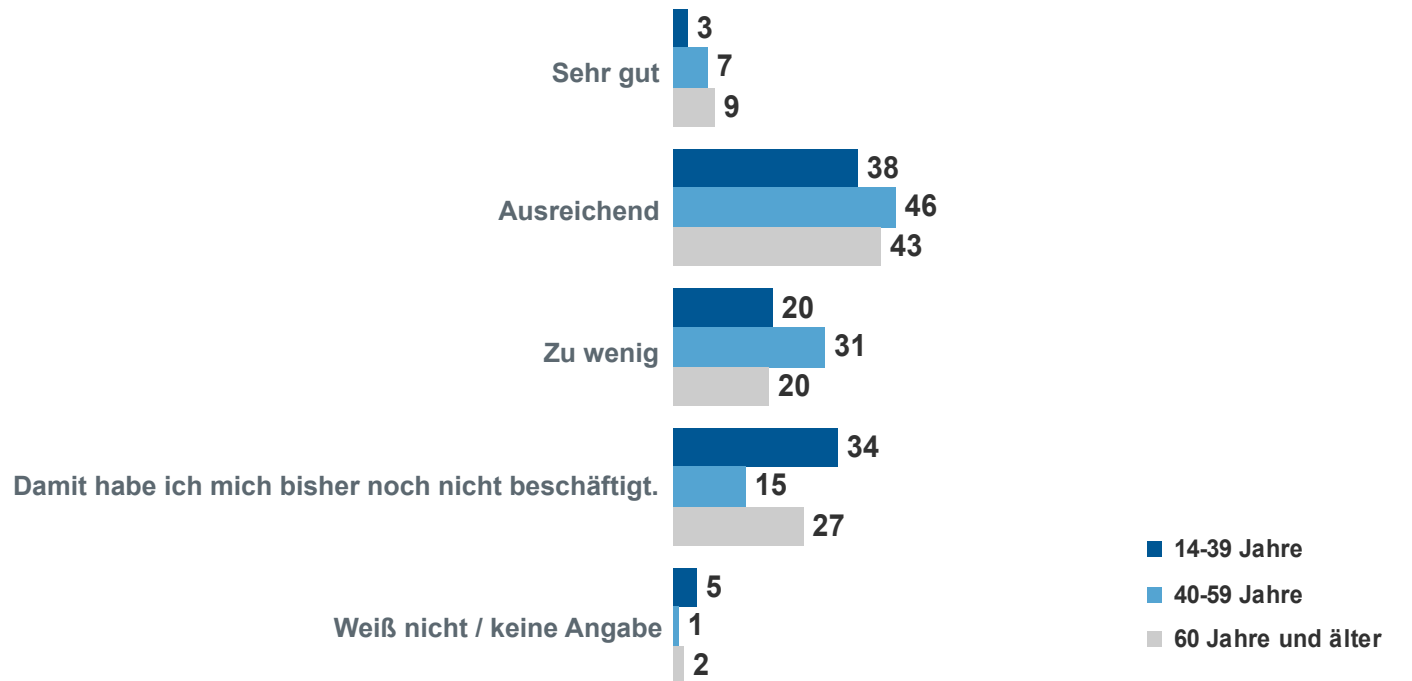
Was glauben Sie persönlich: Wie wären Sie im Fall einer Pflegebedürftigkeit finanziell abgesichert?



Das Gefühl finanziell für die Pflegebedürftigkeit abgesichert zu sein ist je nach Altersgruppe unterschiedlich ausgeprägt.

Etwa ein Drittel der Jüngeren hat sich damit noch nicht beschäftigt, bei den über 60-Jährigen ist es immerhin noch ein Viertel.

Was glauben Sie persönlich: Wie wären Sie im Fall einer Pflegebedürftigkeit finanziell abgesichert?



alle Angaben in %