BARMER GEK

BARMER GEK Pflegereport 2013

Pressekonferenz der BARMER GEK

Berlin, 18. Dezember 2013

Teilnehmer:

Dr. Rolf-Ulrich Schlenker,
Stellvertretender Vorsitzender des Vorstandes der BARMER GEK
Prof. Dr. Heinz Rothgang,
Zentrum für Sozialpolitik, Universität Bremen (ZeS)

Athanasios Drougias,
Leiter Unternehmenskommunikation der BARMER GEK (Moderation)

BARMER GEK

Pressemitteilung

Berlin, 18. Dezember 2013

BARMER GEK Pflegereport 2013

Viel Rehabilitation vor und während Pflege

Um Pflegebedürftigkeit zu verhindern oder zu lindern, werden in beträchtlichem Ausmaß Rehabilitationsmaßnahmen durchgeführt. So erhalten 15 Prozent der über 65-jährigen Pflegebedürftigen im Jahr vor Pflegeeintritt eine medizinische Rehabilitation. Im nachfolgenden Jahr beträgt die Quote immerhin noch 7 Prozent. Das ist das zentrale und auch überraschende Ergebnis des neuen Pflegereports der BARMER GEK, der heute in Berlin vorgestellt wurde. „Der Grundsatz ‚Reha vor Pflege' lebt. Der Bedarf wird erkannt, die Kassen sind leistungsbereit", erklärt Dr. Rolf-Ulrich Schlenker, stellvertretender Vorstandsvorsitzender der BARMER GEK.

Die Autoren der Studie um Prof. Dr. Heinz Rothgang vom Zentrum für Sozialpolitik der Universität Bremen konnten Erfolge von Reha-Maßnahmen – beispielsweise eine verlängerte Lebenszeit – nicht eindeutig nachweisen. „Die Versorgungsforschung mit Routinedaten stößt hier an Grenzen. Es bleiben Fragezeichen hinter der Reha, so plausibel sie auch erscheint", so Schlenker.

Ambulante Pflege gewinnt an Bedeutung

Der Pflegereport gibt auch einen Überblick über aktuelle und langfristige Entwicklungen in der Pflege. „Es zeigt sich ein Trend hin zu professioneller Versorgung. Besonders stark sind die ambulanten Pflegedienste gewachsen", so Prof. Dr. Rothgang. Sie haben 2012 fast 23 Prozent der pflegebedürftigen Menschen betreut – so viele wie nie zuvor. Dagegen stagnierte der Anteil der Heimpflege in den letzten Jahren und sank zuletzt leicht auf 28,8 Prozent. Dementsprechend sind die Personalkapazitäten in der ambulanten Pflege zwischen 1999 und 2011 mit 64 Prozent schneller gewachsen als die Zahl der Betten in Pflegeheimen, die um 36 Prozent zugenommen hat. Rothgang: „Hier scheint der Grundsatz ‚ambulant vor stationär' reale Wirkung zu zeigen."

Erneut gestiegen sind nach Berechnungen der Bremer Wissenschaftler die Eigenanteile, die privat zur Finanzierung der Pflege aufgebracht werden

Pressestelle

Axel-Springer-Straße 44
10969 Berlin

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

müssen. So standen im Jahr 2011 Versicherungsleistungen in der stationären Pflege von 1.023 Euro in Pflegestufe I einem Eigenanteil von insgesamt 1.380 Euro gegenüber. 2009 hatte der Eigenanteil bei gleich hohen Versicherungsleistungen durchschnittlich 1.351 Euro betragen. In der Pflegestufe III fallen die gesamten Eigenanteile mit 1.802 Euro noch höher aus (2009: 1.791 Euro). Die Versicherungsleistungen waren hier allerdings von 1.470 Euro im Jahr 2009 auf 1.510 Euro im Jahr 2011 gestiegen. Im Pflegereport 2012 hatte die BARMER GEK erstmals Zahlen zu lebenslangen Pflegekosten präsentiert. Demnach müssen Frauen mit durchschnittlich 45.000 Euro privaten Kosten rechnen, Männer mit 21.000 Euro.

Bewertung des Koalitionsvertrags

Überwiegend positiv äußert sich BARMER GEK Vorstandsvize Schlenker zu den pflegepolitischen Absichten der großen Koalition. Er begrüßt die angekündigte rasche Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs und den Ausbau weiterer Betreuungsleistungen. Schlenker: „Auch die geplanten höheren Zuschüsse zur Verbesserung des Wohnumfeldes sind richtig, weil barrierefreies Wohnen ein längeres Verbleiben zu Hause ermöglicht.“ Eine Absage erteilt er dagegen Plänen, mit einem Innovationsfonds die Versorgungsforschung kollektivieren zu wollen. „Eine Vereinheitlichung würde die Versorgungsforschung nicht fördern, sondern geradezu blockieren. Schließlich trägt die vielfältige Forschungsarbeit der Krankenkassen zu Fortschritten in diesem Bereich bei.“

Hintergrund

Rehabilitation soll helfen, Gesundheitsschäden zu beseitigen oder zu mildern, durch die eine Teilhabe am gesellschaftlichen Leben oder einer Erwerbstätigkeit verhindert würde. Sie wird sowohl ambulant als auch in Kliniken erbracht und umfasst unterschiedlichste Behandlungen durch Ärzte und andere Gesundheitsberufe, aber auch Hilfsmittel.

Service für Redaktionen

Im Presseportal der BARMER GEK finden Sie Infografiken, Bild- und Tonmaterial zum Pflegereport: www.barmer-gek.de/544303.

Pressestelle

Axel-Springer-Straße 44
10969 Berlin

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

BARMER GEK

Fakten aus dem BARMER GEK Pflegereport 2013

- Die **Zahl Pflegebedürftiger** ist mit 2,5 Millionen (2011) auf einem neuen Höchststand und wird bis 2050 auf 4,5 Millionen steigen. Wesentliche Ursache ist der demografische Wandel. Es gibt große regionale Unterschiede. So wird die Zahl der Pflegebedürftigen bis 2030 in Brandenburg um 72 Prozent steigen, in Bremen nur um 28 Prozent. Im Bundesdurchschnitt wird ein Plus von 47 Prozent erwartet.
- Blickt man auf das gesamte Leben, verbringen Männer im Durchschnitt 16 Monate in Pflege, Frauen 32 Monate. Wenn allein die pflegebedürftigen Menschen berücksichtigt werden, verdoppelt sich die **Pflegezeit** bei den Männern und liegt bei den Frauen um die Hälfte höher.
- Die **Eigenanteile** bei Pflegeleistungen steigen weiter. Grund dafür ist die bis 2008 fehlende und seither unzureichende Dynamisierung der Leistungen. Dies führt in der stationären Pflege dazu, dass der insgesamt aufzubringende Eigenanteil die Pflegeversicherungsleistungen in allen Pflegestufen deutlich übersteigt. Dies gilt auch bei den rein pflegebedingten Kosten, die ursprünglich vollständig von der Versicherung übernommen werden sollten. Hier betragen die Eigenanteile je nach Pflegestufe zwischen monatlich 346 Euro und 760 Euro.
- Die Inanspruchnahme zusätzlicher **Betreuungsleistungen** – von denen vor allem demente Menschen profitieren – hat erfreulich deutlich zugenommen. Die Zahl der Fälle stieg von 65.000 im 3. Quartal 2008 auf gut 200.000 im 2. Quartal 2012. Auch hier spiegelt sich die zunehmende Bedeutung ambulanter Pflegedienste wider. Wo sie im Spiel sind, werden deutlich mehr zusätzliche Betreuungsleistungen abgerufen (21 vs. 7 %).
- **Angehörigenpflege** ist weiterhin hauptsächlich Sache der Frauen. Gemäß Eigenauskünften pflegen 2,2 Millionen der Frauen einen Angehörigen (6,2 Prozent aller Frauen über 16 Jahren); hingegen entsprechen die 1,3 Millionen pflegenden Männer nur 4 Prozent aller über 16-jährigen Männer.
- Die **Finanzentwicklung** der Sozialen Pflegeversicherung ist seit fünf Jahren positiv. 2012 standen Einnahmen von 23 Milliarden Euro Ausgaben von 22,9 Milliarden Euro gegenüber. Zuletzt hatte es 2007 einen negativen Saldo in der Pflegekasse gegeben. Der Mittelbestand der Pflegeversicherung belief sich Ende 2012 auf 5,55 Milliarden Euro.

Pressestelle

Axel-Springer-Straße 44
10969 Berlin

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

Honorarfrei nutzbare Fotomotive zum Pflegereport 2013

Download unter www.barmer-gek.de/543672

Pflege zuhause ist überwiegend Frauensache. 2,2 Millionen Frauen kümmern sich um pflegebedürftige Angehörige. Dagegen widmen sich 1,3 Millionen Männer diesem anstrengenden Alltag.

Ambulante Pflegedienste werden immer häufiger genutzt. Im Jahr 2012 betreuten sie 23 Prozent der Pflegebedürftigen, so viele wie nie zuvor.

Pressestelle

Axel-Springer-Straße 44
10969 Berlin

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

BARMER GEK

Statement

BARMER GEK Pflegereport 2013

Reha und Pflege – Wunsch und Wirklichkeit
Pflegereform mit vielen Baustellen

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

anlässlich der Pressekonferenz
am 18. Dezember 2013 in Berlin

Schwerpunktthema Rehabilitation und Pflege

Mit dem Votum der SPD-Mitglieder ist die große Koalition nunmehr beschlossene Sache. Damit steht fest, dass sich auch in der Sozialen Pflegeversicherung in den kommenden Jahren einiges bewegen wird. Notwendig ist dies allemal, der Reformbedarf ist allgegenwärtig. Unser Versorgungsreport zum Thema Pflege kommt deshalb zum richtigen Zeitpunkt, liefert er doch wichtige wissenschaftliche Erkenntnisse gerade zu den in der Pflege heiß diskutierten Themen. Dazu später mehr.

Auch in diesem Jahr hat das Expertenteam um Prof. Dr. Heinz Rothgang vom Zentrum für Sozialpolitik der Universität Bremen pflegerelevante Routinedaten der BARMER GEK Versicherten analysiert und Trends herausgearbeitet. Schwerpunktmäßig befasst sich der Pflegereport mit der Rolle von Rehabilitation bei der Vermeidung von Pflegebedürftigkeit. Obwohl das Sozialgesetzbuch dem Grundsatz „Reha vor Pflege“ einen hohen Stellenwert beimisst, wurde dieses Thema in der öffentlichen Diskussion bisher vernachlässigt.

Reha vor Pflege

Welchen Stellenwert hat die Rehabilitation bei der Vermeidung, Linderung beziehungsweise beim Hinauszögern von Pflegebedürftigkeit? Zunächst einmal die erfreuliche Feststellung, dass die Vorfahrtsregel „Reha vor Pflege“ tatsächlich gelebt wird. 15 Prozent der über 65-jährigen Pflegebedürftigen erhalten im Jahr vor Pflegeeintritt eine medizinische Rehabilitation. Im Jahr nach Pflegeeintritt beträgt die Quote immerhin noch 7 Prozent.

Damit wird die Behauptung widerlegt, dass Reha im Zusammenhang mit Pflegebedürftigkeit nicht stattfindet oder gar von den Kassen und dem Medizinischen Dienst (MDK) vernachlässigt wird. Allerdings zeigt sich eine unterschiedlich hohe Wahrscheinlichkeit bei bestimmten Krankheitsbildern. Bei Lähmungen – zum Beispiel nach einem Schlaganfall – und Frakturen ist Reha sehr wahrscheinlich, bei Demenz eher gering.

Wirksamkeitsnachweis bleibt offen

Zur Wirksamkeit von Rehabilitation bleibt die Studienlage aber dünn. Auch der Pflegereport kann keine Belege für einen positiven Wirkungszusammenhang zwischen Reha und verhinderter Pflegebedürftigkeit liefern. Im Gegenteil: Die Zahlen zeigen, dass mit vorangehender Reha die Pflegebedürftigkeit eher wahrscheinlich wird. Methodische Grenzen der Sekundärdatenanalyse (Selektionseffekte, keine Kontrollgruppen etc.) spielen

dabei eine wesentliche Rolle. Eine positive Korrelation zwischen Reha und verhinderter Pflegebedürftigkeit bleibt empirisch unbewiesen.

Zudem sollte klar sein: Eine Rehabilitation – ob ambulant oder stationär – ist kein Spaziergang. Der Patient muss nicht nur rehabilitationsbedürftig, sondern auch rehabilitationsfähig sein. Nach einer aktuellen Analyse hat der MDK für Versicherte der BARMER GEK im Zeitraum von Anfang Januar bis Ende Oktober 2013 rund 620 positive Reha-Empfehlungen abgegeben. Tatsächlich wurden aber nur in rund 200 Fällen auch Leistungen zur medizinischen Reha beantragt. Zum Vergleich: Im gleichen Zeitraum wurden 133.523 Anträge auf Pflegeleistungen (Erst- und Höherstufungsanträge) gestellt. Es kann daher noch kein weitergehender Effekt der obligatorischen Reha-Empfehlung wiedergegeben werden.

Pflege im Koalitionsvertrag

Zu loben ist die Absicht, den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff rasch einzuführen. Hier hat sich die alte Bundesregierung keine Orden verdient. Es hätte nämlich nur noch der politischen Umsetzung bedurft, da die Vorarbeit der Experten geleistet worden war. Seit etlichen Jahren ist klar, dass gerade Menschen mit Demenzerkrankungen eine vollständige Berücksichtigung ihrer speziellen Situation bei der Pflegeversorgung benötigen. Der geplante Vorstoß der großen Koalition ist deshalb sehr zu begrüßen. Er muss nun zeitnah umgesetzt werden.

Erhöhung des Pflegeversicherungsbeitrags

Mit der anvisierten schrittweisen Erhöhung des Pflegeversicherungsbeitrages um 0,5 Prozentpunkte können wichtige Projekte angestoßen werden. So lässt sich die Pflege-Infrastruktur beispielsweise durch mehr Barrierefreiheit und technische Unterstützungssysteme im Wohnumfeld der Betroffenen verbessern. Richtig ist auch ein Ausbau der Anschubfinanzierung für ambulant betreute Wohnformen. Wichtig sind zudem Investitionen in den Pflegeberuf, der attraktiver werden muss, um mit mehr Fachpersonal und Betreuungskräften bessere Pflege sicherzustellen.

Kapitalstock bei der Bundesbank

Eine Anmerkung sei dem Kapitalstock gewidmet, der als Pflegevorsorgefonds bei der Bundesbank gebildet werden soll. Wir halten nichts von diesem Vorhaben. Ein solcher Fonds weckt vielerlei Begehrlichkeiten. Wie soll sichergestellt werden, dass er tatsächlich

den Millionen Pflegebedürftigen in diesem Land zugute kommt? Zum anderen stellt sich die Frage nach der finanziellen Solidität. Geld ist flüchtig! Gerade in so krisenhaften Zeiten wie heute sind kaum Kapitalerträge zu erwirtschaften. Ist ein Umverteilungssystem wie die soziale Pflegeversicherung da nicht immer die bessere, weil verlässlichere Wahl? Wir setzen weiter auf das Umlagesystem. Es hat sich bewährt, ist krisenfest und zukunftssicher.

Beteiligungsrechte beim MDK

Kritisch sehen wir das Vorhaben, Vertreter der Pflegebedürftigen, ihrer Angehörigen und der Pflegeberufe ein Stimmrecht in den Entscheidungsgremien des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen zu geben. Pflegebedürftige und ihre Angehörigen sind bereits durch die gewählten Vertreter der Selbstverwaltung im maßgeblichen Gremium des MDK, dem Verwaltungsrat, repräsentiert.

Statement

BARMER GEK Pflegereport 2013

Rehabilitation *vor* Pflege funktioniert – bei Vorliegen von Pflegebedürftigkeit dann aber weniger

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

anlässlich der Pressekonferenz
am 18. Dezember 2013 in Berlin

I. Rehabilitation vor und bei Pflegebedürftigkeit

1. Vor Eintritt von Pflegebedürftigkeit finden verstärkte Reha-Anstrengungen statt

Vor Feststellung von Pflegebedürftigkeit findet in erhöhtem Ausmaß Rehabilitation statt. Bei rund 15 % der Pflegebedürftigen im Alter von über 65 Jahren wird im Jahr vor dem Pflegeeintritt mindestens eine medizinische Rehabilitation durchgeführt, der überwiegende Anteil dabei im Quartal unmittelbar vor Feststellung der Pflegebedürftigkeit. Es werden erkennbare Anstrengungen unternommen, Pflegebedürftigkeit zu verhindern. „Reha vor Pflege“ funktioniert also.

2. Im Rahmen der Erstbegutachtung werden nur wenige Rehabilitationsempfehlungen ausgesprochen – teils aufgrund von Schwächen im Verfahren

Im Rahmen der Pflegebegutachtung prüft der MDK, ob eine Reha-Empfehlung ausgesprochen wird, die dann als Antrag auf Rehabilitation gilt. Tatsächlich wird eine solche Empfehlung nach Zahlen des Bundesgesundheitsministeriums nur in gut 1 % der Fälle ausgesprochen. Eine Ursache hierfür ist das Begutachtungsverfahren selbst. So konnte die Quote der Rehabilitationsempfehlungen im Rahmen der Erprobung des Neuen Begutachtungsassessments mithilfe dieses Verfahrens verdreifacht werden. Dies ist zumindest ein Hinweis darauf, dass das bisherige Verfahren das bestehende Potenzial nicht vollständig ausschöpft. Der GKV-Spitzenverband hat daher bereits einen Prozess angestoßen, um die Erstellung von Rehabilitationsempfehlungen im Rahmen der Begutachtung zu optimieren.

3. Pflegebedürftige erhalten weniger Rehabilitation als Nicht-Pflegebedürftige – bei Kontrolle soziodemographischer und medizinischer Faktoren

In den 12 Monaten nach Feststellung der Pflegebedürftigkeit erhalten rund 7 % der Versicherten eine medizinische Rehabilitation. Diese Quote liegt deutlich über der Reha-Empfehlungsquote bei der Begutachtung zur Pflegebedürftigkeit. Dies zeigt, dass auch jenseits der Pflegebegutachtung Rehabilitationspotentiale festgestellt werden, weist aber auch wieder auf die geringe Empfehlungsquote während der Begutachtung hin. Im Vergleich zu den nicht pflegebedürftigen Personen erhalten pflegebedürftige Personen allerdings nur halb so viel medizinische Rehabilitationen – unter Kontrolle von Alter, Geschlecht und einer Reihe ausgewählter Diagnosen, die eng im Zusammenhang mit Pflege und Rehabilitation stehen. Diese Ungleichheit relativiert sich aber etwas mit Blick auf die vor Pflegeeintritt erhaltenen Rehabilitationen. Für weitergehende Aussagen zu den Wirkungszusammenhängen zwischen Rehabilitation und Pflege reichen die dem Report zugrunde liegenden Daten nicht aus.

II. Pflegepolitik

1. Langfristige Sicherung eines ausreichenden Leistungsniveaus ist nur in der Sozialversicherung möglich – Pflege-Bahr und Pflegevorsorgefonds sind dysfunktional

Die Pflegeversicherung ist – anders als die Krankenversicherung – ein Teilleistungssystem. Um der daraus resultierenden Absicherungslücke entgegenzutreten, wurde im Pflege-Neuausrichtungsgesetz eine Zulagenförderung für ergänzende Pflegeversicherungen („Pflege-Bahr") eingeführt, die allerdings ungeeignet ist, die ihr zugedachte Funktion zu erfüllen und stattdessen erhebliche Probleme aufwirft. Letztlich kann im Rahmen einer kapitalgedeckten Privatversicherung nur ein nominaler Leistungsbetrag versichert werden. Diesen sinnvoll zu bestimmen ist aber unmöglich, da unbekannt ist, wie sich Pflegekosten und Leistungen der obligatorischen Pflegeversicherung in dem mehrere Dekaden umfassenden Zeitraum entwickeln, der typischerweise zwischen Abschluss der Versicherung und dem Auftreten von Pflegebedürftigkeit liegt. Eine substantielle Absicherung des Pflegerisikos ist nur in einem umlagefinanzierten Versicherungssystem möglich, bei dem die Leistungen angemessen dynamisiert werden. Eine ausreichende, regelgebundene Dynamisierung der obligatorischen Systeme, die einen Realwertverfall dieser Leistungen verhindert, ist daher von größter Bedeutung. Umso bedauerlicher ist es, dass eine nachhaltige Leistungsdynamisierung im Koalitionsvertrag *nicht* vorgesehen ist.

Auch die Funktionalität des im Koalitionsvertrag vorgesehenen Pflegevorsorgefonds ist nicht zu erkennen. Soll die Ansparphase tatsächlich 20 Jahre betragen und sollen die Mittel dann verausgabt werden, ist der Fonds Mitte der 2050er Jahre wieder geleert – genau dann, wenn die höchste Zahl an Pflegebedürftigen zu erwarten ist. Die zeitliche Streckung der Auszahlung ist aber auch nicht hilfreich, da ab 2050/60 zwar die Zahl der Pflegebedürftigen wieder sinkt, aber auch die der Beitragszahler – sich der Beitragssatz, der wesentlich durch das Verhältnis von Leistungsempfängern und Beitragszahlern bestimmt wird, daher nicht wieder reduziert. Es gibt als keine „Beitragsspitze", die durch Aufzehrung eines zuvor angesammelten Kapitalstocks vermieden werden kann. Es stellt sich daher die Frage nach den konkreten Sinn und Zweck des Fonds. Konzeptionell ist die Fondsidee also nicht ausgereift.

2. Privatversicherung profitiert von vielfacher Risikoselektion – ein systemübergreifender Ausgleich ist sinnvoll und notwendig

Im Pflege-Versicherungsgesetz von 1994 wurde eine „Pflegevolksversicherung in der Gestalt zweier Versicherungszweige" (Bundesverfassungsgericht) eingeführt. Zu erwarten wäre, dass diese Zweige auch untereinander solidarisch sind. Wie die im Pflegereport vorgelegten Berechnungen zeigen, kann davon nicht die Rede sein. Während die Privatversicherung ihre Prämien in der Vergangenheit sogar senken konnte, ist der Beitragssatz zur Sozialen Pflegeversicherung gestiegen. Ursache hierfür ist die mehrfache Risikoselektion zu Lasten der Sozialversicherung, von der die Privatversicherung profitiert: Die Privatversicherten haben nicht nur höhere Einkommen, sondern auch niedrigere altersspezifische

Pflegeprävalenzen. Zudem sind Männer, die eine niedrigere Pflegehäufigkeit haben, überdurchschnittlich vertreten. Schließlich ist auch die Altersstruktur der Versicherten deutlich günstiger. Im Ergebnis liegen die Leistungsausgaben pro Versichertem in der Sozialen Pflegeversicherung daher – bei gleichem Leistungsanspruch und gleichen Begutachtungskriterien – nominal viermal, bei Berücksichtigung der Beihilfezahlungen immer noch dreimal so hoch wie in der Privatversicherung. Würden die Privatversicherten eine eigene Sozialversicherung nach den Regeln der Sozialen Pflegeversicherung betreiben, läge der Beitragssatz nur bei einem Fünftel des zum Budgetausgleich notwendigen Beitragssatzes in der Sozialen Pflegeversicherung.
Es kommt so zu einer Benachteiligung der Sozialversicherten, die unter Gerechtigkeitsgesichtspunkten nicht gerechtfertigt werden kann. Ein Ausgleich der ungleich verteilten Risiken wäre durch Schaffung eines Finanzausgleichs zwischen Sozialer Pflegeversicherung und Privater Pflegepflichtversicherung zu gewährleisten.

III. Aktuelle und langfristige Entwicklungen

1. Anstieg der Pflegebedürftigenzahl beruht allein auf demographischer Alterung

Der Anstieg der Zahl der pflegebedürftigen Menschen auf einen neuen Höchststand von 2,5 Millionen im Jahr 2011 beruht – wie auch der Anstieg der Fallzahlen in den Jahren zuvor – allein auf der demografischen Alterung. Hätte sich der Altersaufbau der Bevölkerung nicht verändert, wäre die Zahl der Pflegebedürftigen nicht gestiegen. Die Wahrscheinlichkeit dafür, in einem bestimmten Alter pflegebedürftig zu sein, ist in den letzten 12 Jahren somit nicht angestiegen.

2. Anteil der in Pflegebedürftigkeit verbrachten Lebenszeit sinkt nicht – Kompression der Morbidität ist in Bezug auf Pflegebedürftigkeit nicht erkennbar

Derzeit (Periode 2007-11) verbringen Männer in ihrem Leben durchschnittlich 1,41 und Frauen 2,78 Jahre in Pflegebedürftigkeit. Allerdings bezieht sich dieser Durchschnittswert auch auf diejenigen, die niemals pflegebedürftig werden. Bezogen auf den Bevölkerungsteil, der jemals im Leben pflegebedürftig wird, liegen die Zeiten bei Männern dann doppelt so hoch und bei Frauen um die Hälfte höher. Insgesamt steigt die Lebenserwartung kontinuierlich. Damit nimmt die Zahl der Jahre, die ohne Pflegebedürftigkeit verbracht werden, ebenso zu wie die Zahl der Jahre, die in Pflegebedürftigkeit verbracht werden. Bezogen auf die Restlebenserwartung der 60-Jährigen hat sich der Anteil der in Pflegebedürftigkeit verbrachten Zeit im Vergleich der Perioden 1999-2003 und 2007-2011 von 6,1 % auf 7,1 % (Männer) bzw. von 11,2 % auf 12,3 % (Frauen) erhöht. Eine absolute oder auch nur relative „Kompression der Morbidität“ ist in Bezug auf Pflegebedürftigkeit damit nicht zu erkennen.

3. Lebenszeitprävalenz von Pflege steigt mit dem Sterbealter

Die Wahrscheinlichkeit, jemals im Leben pflegebedürftig geworden zu sein (Lebenszeitprävalenz), steigt mit dem Sterbealter drastisch an. So sind „nur“ weniger als 20 % der Personen, die im Alter 20-29 versterben, jemals in ihrem Leben pflegebedürftig gewesen. Bei denen, die im Alter 50-70 ver-

sterben, liegt die Lebenszeitprävalenz bereits bei etwa 20-50 % und bei denen, die im Alter von mindestens 80 Jahren versterben, erreicht der Anteil sogar 55-85 %. Wie groß die Wahrscheinlichkeit ist, jemals im Leben pflegebedürftig gewesen zu sein, ist damit in erster Linie vom erreichten Lebensalter und damit von der Altersverteilung der Sterbefälle abhängig. Der Anstieg der Lebenszeitprävalenz im letzten Jahrzehnt ist daher teilweise auch der steigenden Lebenserwartung geschuldet. Wäre der Altersaufbau konstant so wie im Jahr 2011, hätten wir seit 2008 konstante Lebenszeitprävalenzen.

4. Trend zur formellen Pflege hält an – Heimquote stagniert allerdings

Gemäß der amtlichen Statistik werden im Jahr 2012 so viele pflegebedürftige Menschen wie nie zuvor durch ambulante Pflegedienste (mit)versorgt, nämlich 22,9 %. Der Anteil der Pflegebedürftigen, die stationär gepflegt werden, stagniert dagegen bzw. ist sogar leicht rückläufig, auf zuletzt 28,8 %. Der Trend zur formellen Pflege ist damit ungebrochen, allerdings mit anderem Vorzeichen, nämlich einer stärkeren Betonung der häuslichen Pflege unter Beteiligung ambulanter Pflegedienste. Der zunehmende Stellenwert der ambulanten Pflege zeigt sich auch in den Kapazitäten in der ambulanten Pflege, die mit 64 % mehr Vollzeitäquivalenten im Jahr 2011 gegenüber 1999 schneller wachsen, als in der stationären Pflege, deren Bettenzahl im gleichen Zeitraum lediglich um 36 % angestiegen ist.

5. Pflegeheime entwickeln sich nicht zu Siechenheimen

Die Befürchtung, dass die pflegebedürftigen Menschen immer älter und kränker ins Heim kommen und dadurch Pflegeheime zu reinen „Institutionen des Sterbens“ werden, kann nicht bestätigt werden. Das Alter bei Heimeintritt stieg zwischen den Heimeintrittskohorten 2000-2002 und 2009-2011 um 0,3 Jahre auf 78,9 Jahre für Männer und um 0,1 Jahre auf 82,5 Jahre für Frauen, also eher geringfügig. Gleichzeitig steht diesem geringfügigen Anstieg eine Veränderung in der Pflegestufenverteilung gegenüber, der eher für eine Gesundheitsverbesserung in der stationären Pflege steht: So erfolgt der Heimeintritt immer häufiger mit Pflegestufe I und nicht mit höheren Pflegestufen. Bei Männern gibt es einen Anstieg der Pflegebedürftigen, die mit Pflegestufe I ins Heim eintreten von 36 % auf 48 % und bei den Frauen von 45 % auf 53 %. Schließlich kann auch von einer Verkürzung der Heimaufenthaltsdauern nicht gesprochen werden. Bei den Frauen haben sich die Überlebenszeiten praktisch nicht geändert, bei den Männern sind sie dagegen wahrnehmbar gestiegen. Die aus der Praxis häufig geäußerte These, dass Heime zunehmend ältere und kränkere Bewohner aufweisen, die nach immer kürzerer Heimaufenthaltsdauer versterben, kann damit nicht bestätigt werden.

6. Eigenanteil bei der Finanzierung von Pflegeleistungen steigt weiter

Aufgrund der bis Mitte 2008 fehlenden und seitdem unzureichenden Leistungsdynamisierung steigen die Eigenanteile an den Pflegekosten, die vom Pflegebedürftigen selbst zu tragen sind, weiter an. In der stationären Pflege übersteigt der insgesamt aufzubringende Eigenanteil die Pflegeversicherungsleistungen inzwischen in allen Pflegestufen deutlich, und auch bei den rein pflegebedingten Kosten, die gemäß der ursprünglichen Planung bei Einführung der Pflegeversicherung vollständig von der

Versicherung übernommen werden sollten, betrugen die durchschnittlichen Eigenanteile Ende 2011 bereits monatlich 346 Euro (Pflegestufe I), 532 Euro (Pflegestufe II) bzw. 760 Euro (Pflegestufe III).

7. Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz werden zunehmend besser in das System der Pflegeversicherung integriert

Besondere Leistungen für Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz (PEA) sind 2002 eingeführt und 2008 im Pflege-Weiterentwicklungsgesetz (PfWG) ausgebaut worden (insbesondere zusätzliche Betreuungsleistungen nach § 45b SGB XI). In der pflegepolitischen Diskussion wird teilweise unterstellt, es gäbe einen großen Anteil an PEA, die nicht pflegebedürftig im Sinne des SGB XI, aber dennoch hilfebedürftig seien. Tatsächlich gilt dies nur für rund ein Viertel der Antragsteller auf ambulante Leistungen und für ein Achtel der Antragsteller auf stationäre Leistungen. Die große Mehrheit der PEA ist also bereits zum Zeitpunkt der Begutachtung pflegebedürftig im Sinne des SGB XI. Noch deutlicher zeigt sich dies bei den Nutzern der zusätzlichen Betreuungsleistungen nach § 45b SGB XI. Von diesen Nutzern sind knapp 90 % in die Pflegestufe I-III eingestuft. Für die Einführung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs, der die gerontopsychiatrischen Veränderungen in das Begutachtungsassessment einbezieht, impliziert dies, dass sich nicht in erster Linie die Zahl der Leistungsberechtigten erhöht, sondern die auch heute schon Leistungsberechtigten tendenziell höher gestuft werden.

Die Inanspruchnahme von zusätzlichen Betreuungsleistungen ist besonders dann hoch, wenn ein Pflegedienst an der Versorgung der Pflegebedürftigen beteiligt ist. Pflegebedürftige ohne Bezug zum Pflegedienst nehmen zuletzt nur zu 7 % zusätzliche Betreuungsleistungen in Anspruch. Bei den Pflegebedürftigen, die durch den Pflegedienst (mit)versorgt werden, liegt dieser Anteil bei 21 %.

BARMER GEK Pflegereport 2013: Reha bei Pflege

Vorstellung des BARMER GEK Pflegereports 2013 am 18.12.2013 in Berlin

Prof. Dr. Heinz Rothgang
Dr. Rolf Müller, Dr. Rainer Unger,
Zentrum für Sozialpolitik, Universität Bremen

Ausgewählte Ergebnisse der heutigen Präsentation

I. Pflegepolitik

II. Aktuelle und langfristige Entwicklungen

III. Rehabilitation vor und bei Pflegebedürftigkeit

Ausgewählte Ergebnisse der heutigen Präsentation

I. Pflegepolitik
   1. Finanzierung von Pflegebedürftigkeit
   2. Sozial- und Privatversicherung

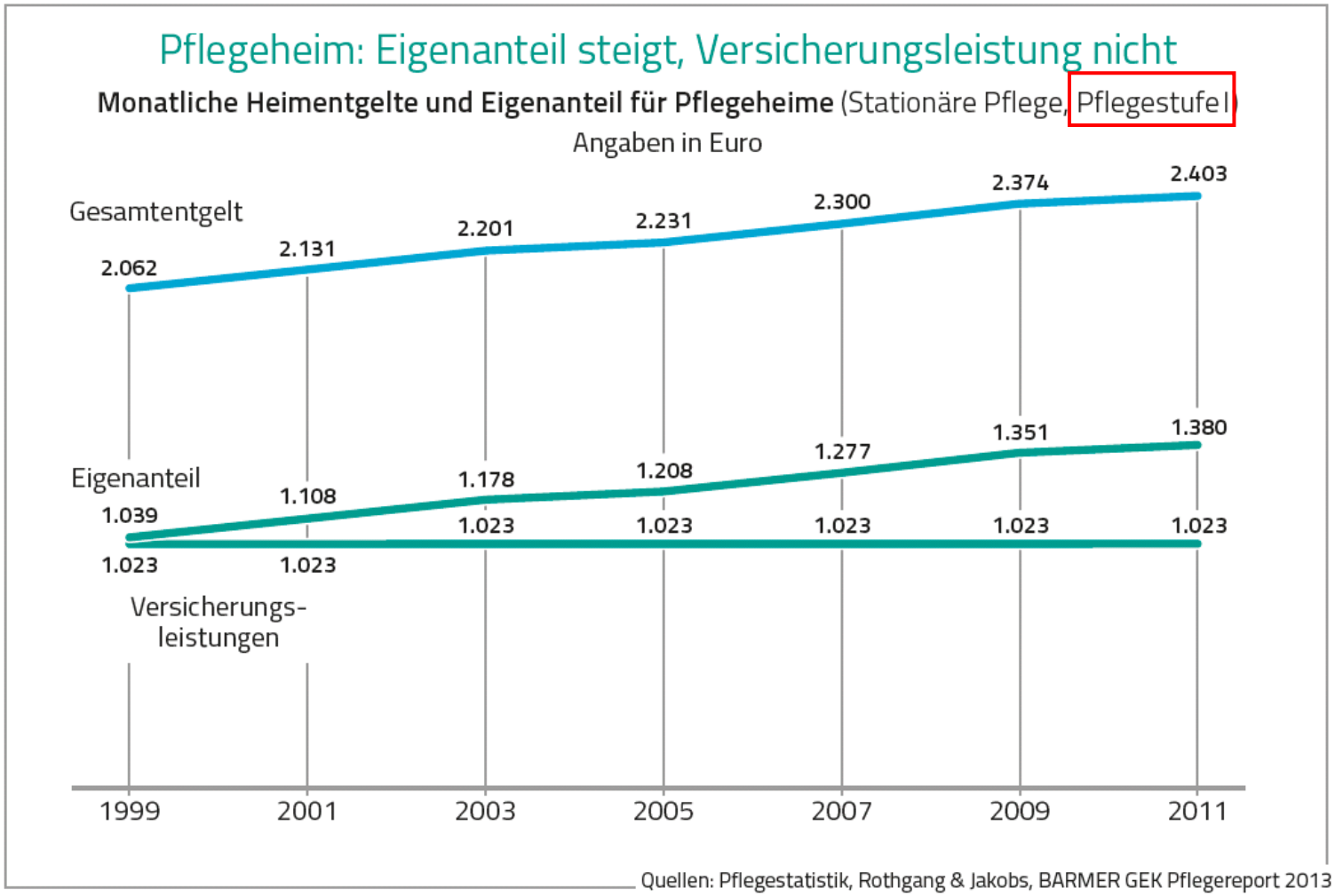
II. Aktuelle und langfristige Entwicklungen

III. Rehabilitation vor und bei Pflegebedürftigkeit

I.1 Finanzierung von Pflegebedürftigkeit

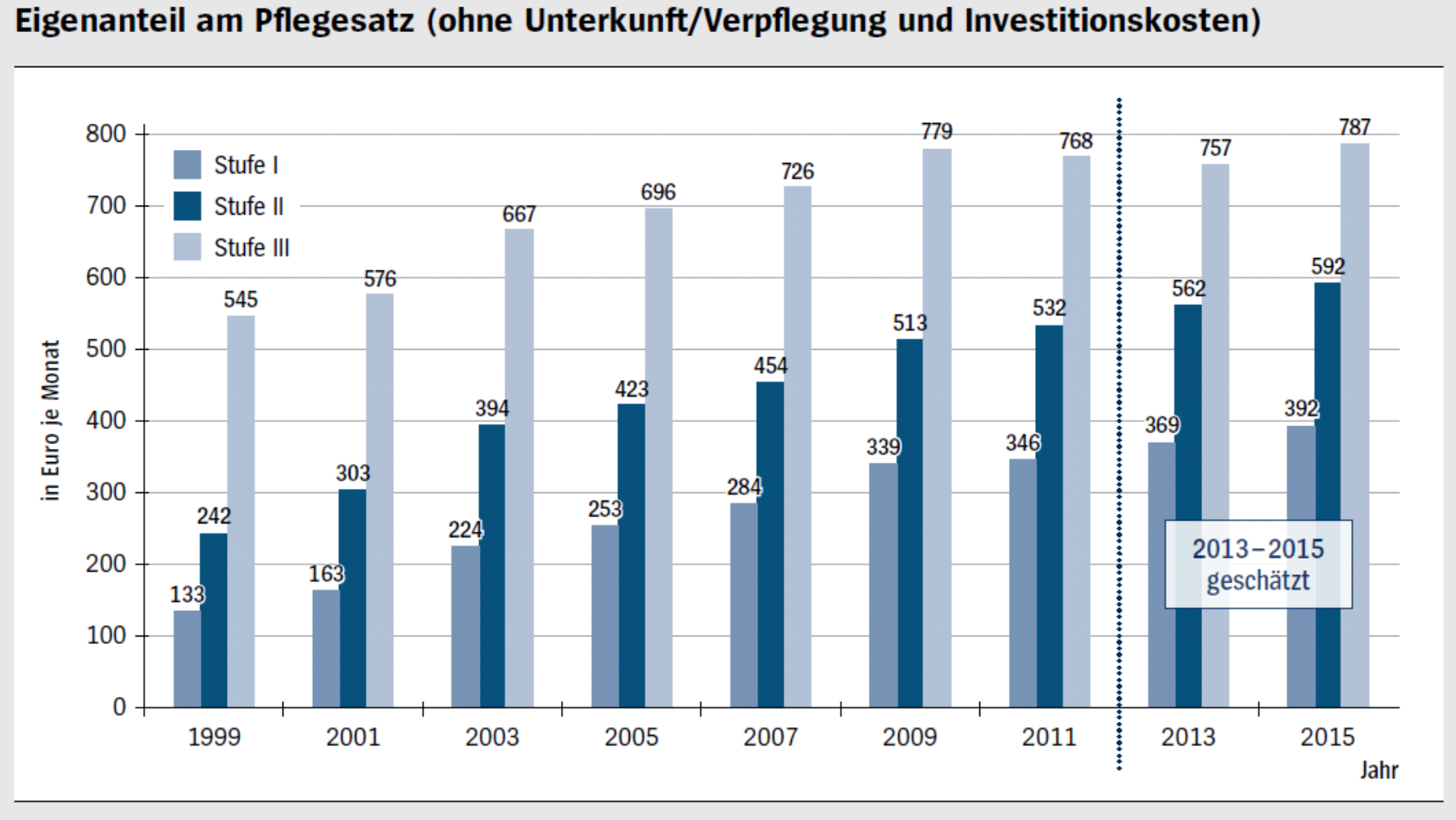
- Hohe Eigenanteile an Lebenskosten für Langzeitpflege (Pflegereport 2012)
- Hohe Eigenanteile im Pflegeheim steigen weiter

I.1 Finanzierung von Pflegebedürftigkeit



Quelle: Infografik, Zahlen nach BARMER GEK Pflegereport 2013: 122

I.1 Finanzierung von Pflegebedürftigkeit



Quelle: Rothgang & Jacobs 2013: 11

I.1 Finanzierung von Pflegebedürftigkeit

- Hohe Eigenanteile an Lebenskosten für Langzeitpflege
- Hohe Eigenanteile im Pflegeheim steigen weiter
- Pflege-Bahr schafft keine merkliche Entlastung
  - Anzahl der Nutzer ist gering und wird gering bleiben
  - Es ist unmöglich, über Jahrzehnte im voraus den zukünftigen Bedarf zu bestimmen und dann zu versichern
  - Leistungen sind schon derzeit nicht ausreichend

I.1 Finanzierung von Pflegebedürftigkeit

- Hohe Eigenanteile an Lebenskosten für Langzeitpflege
- Hohe Eigenanteile im Pflegeheim steigen weiter
- Pflege-Bahr schafft keine merkliche Entlastung
- Konzept des Pflegevorsorgefonds ist unausgereift
  - Ansparphase bis 2035: und dann?
    - Verausgabung 2035-55? → Fonds ist leer, wenn Zahl der Leistungsempfänger am höchsten ist
    - Verausgabung später? → nicht besser, weil der Beitragssatz auch nach 2055 nicht mehr sinkt
    - Fonds wird nie abgeschmolzen? → Sobald Leistungen gewährt werden, resultiert reines Umlageverfahren, vorher staatliches Zwangssparen mit unklarem Effekt für Gesamtsparquote und Parallelität von Habenzinsen (Fonds) und Sollzinsen (Staatsschulden)

I.1 Finanzierung von Pflegebedürftigkeit

- Hohe Eigenanteile an Lebenskosten für Langzeitpflege
- Hohe Eigenanteile im Pflegeheim steigen weiter
- Pflege-Bahr schafft keine merkliche Entlastung
- Konzept des Pflegevorsorgefonds ist unausgereift

➢ Nur regelgebundene Leistungsdynamisierung in der Sozialversicherung kann Pflegerisiko nachhaltig sichern. Koalitionsvertrag ist diesbezüglich unzureichend.

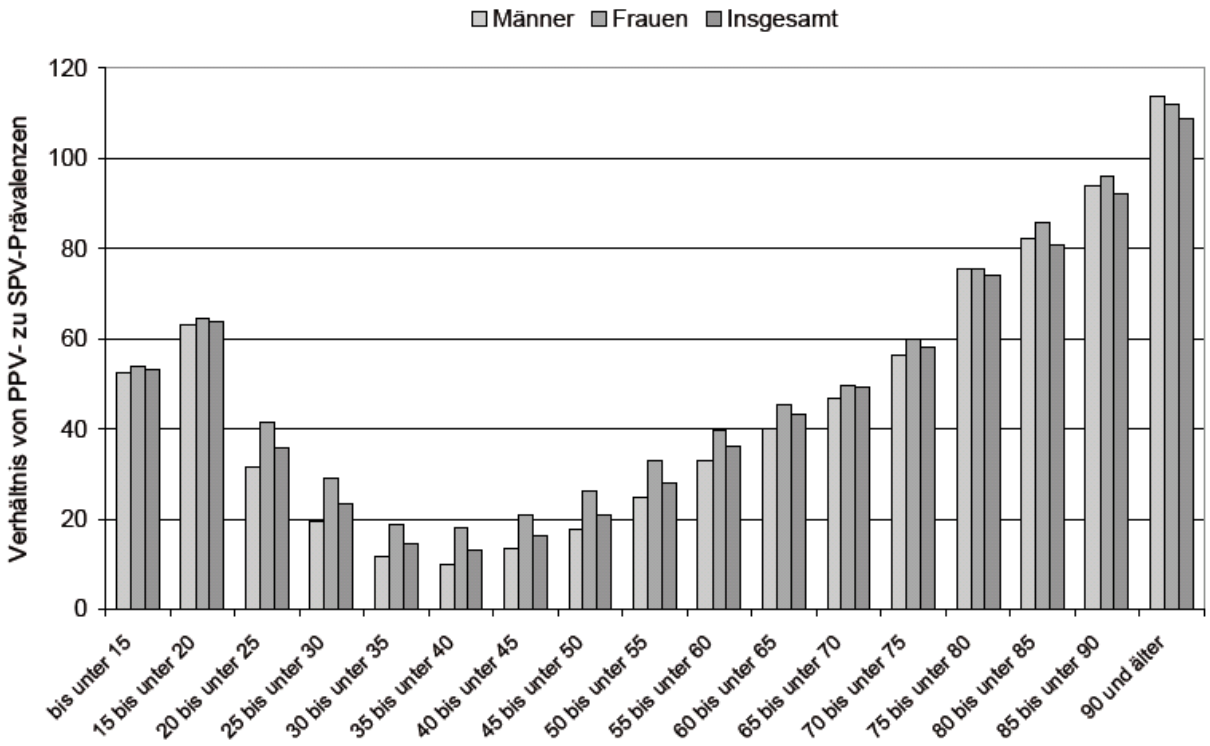
➢ Hier muss im Lauf der Legislaturperiode nachgebessert werden.

I.2 Sozial- und Privatversicherung

- 1994 wurde eine „Pflegevolksversicherung in der Gestalt zweier Versicherungszweige“ geschaffen (BVerfG)
- Die erfordert Solidarität zwischen beiden Zweigen. Aber:
- Privatversicherung profitiert von mehrfacher Risikoselektion
  - (Beitragspflichtige) Einkommen der Privatversicherten übersteigen die der Sozialversicherten um 60%
  - Privatversicherte haben die günstigere Altersstruktur
  - Privatversicherte weisen einen höheren Männeranteil auf
  - Privatversicherte haben ein niedrigeres altersspezifisches Pflegerisiko

I.2 Sozial- und Privatversicherung: Prävalenzvergleich

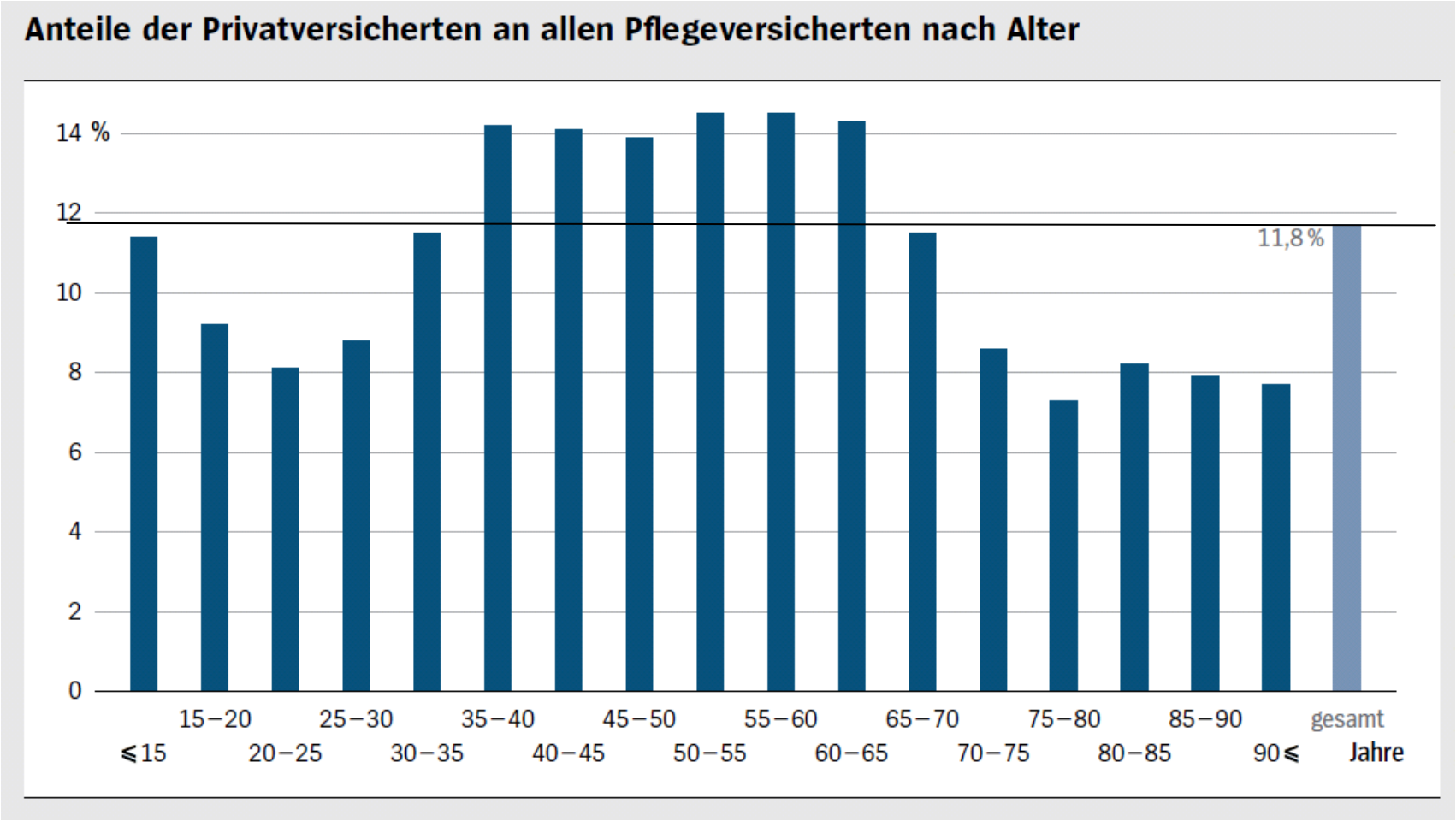
Abbildung 25: Pflegeprävalenzen der Privaten Pflegepflichtversicherung im Verhältnis zu denen der Sozialen Pflegeversicherung (alle Pflegestufen) für das Jahr 2008



Quelle: BMG (2009), Daten des PKV-Verbands 2008

Quelle: BARMER GEK Pflegereport 2013: 89

I.2 Sozial- und Privatversicherung: Altersstruktur 2008



Quelle: Jacobs & Rothgang 2011: 19

I.2 Sozial- und Privatversicherung

Tabelle 3: Pflegebedürftige nach Alters- und Prävalenzstruktur 2008			
Altersstruktur	Verwendete Prävalenzen		Veränderung bei jeweils anderer Prävalenzstruktur
	SPV	PPV	
Soziale Pflegeversicherung	2.113.485	1.525.076	-27,8 %
Private Pflegepflichtversicherung	214.145	142.060	+50,7 %
BRD	2.139.428	1.453.732	-32,1 %
Quelle: BMG (2009), PKV (2009)			

- Hätten die Sozialversicherten die Prävalenzen der Privatversicherten, läge die Fallzahl um ein Viertel niedriger.
- Hätten die Privatversicherten die Prävalenzen der Sozialversicherten, läge die Fallzahl um die Hälfte höher.
- Hätte die gesamte deutsche Bevölkerung die Prävalenzen der Privatversicherten, läge die Fallzahl um ein Drittel niedriger.

Quelle: BARMER GEK Pflegereport 2013: 55

I.2 Sozial- und Privatversicherung

- 1994 wurde eine „Pflegevolksversicherung in der Gestalt zweier Versicherungszweige“ geschaffen (BVerfG)
- Dies erfordert Solidarität zwischen beiden Zweigen. Aber:
- Privatversicherung profitiert von mehrfacher Risikoselektion
- Im Ergebnis:
  - Ausgaben pro Versichertem sind in der Sozialversicherung viermal so hoch wie bei Privatversicherten (bei Berücksichtigung der Beihilfe: dreimal so hoch)
  - Im Umlageverfahren wäre Beitragssatz bei Privatversicherten nur bei 20% des Beitragssatzes in der Sozialversicherung
- Finanzausgleich zwischen den Systemen erscheint zwingend – kommt im Koalitionsvertrag aber nicht vor

Ausgewählte Ergebnisse der heutigen Präsentation

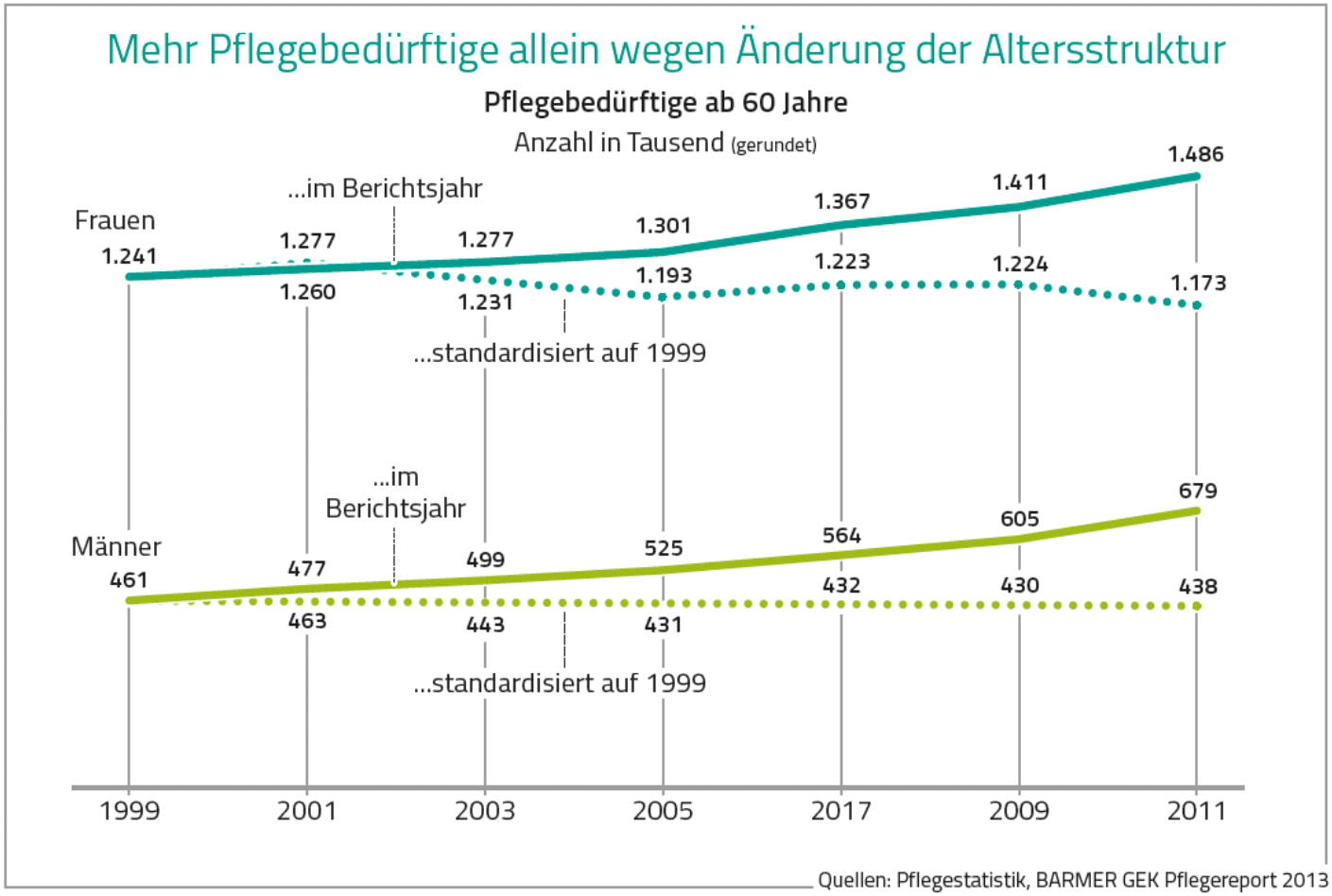
I. Pflegepolitik

II. Aktuelle und langfristige Entwicklungen

1. Anstieg der Pflegebedürftigenzahlen beruht allein auf demographischer Alterung
2. Kompression der Morbidität ist in Bezug auf Pflegebedürftigkeit nicht zu erkennen
3. Trend zur formalen Pflege hält an – Heimquote stagniert
4. Pflegeheime entwickeln sich nicht zu Siechenheimen
5. Besondere Betreuungsleistungen werden zunehmend mehr angenommen

III. Rehabilitation vor und bei Pflegebedürftigkeit

II.1 Fallzahlzuwachs ist reiner Demographieeffekt

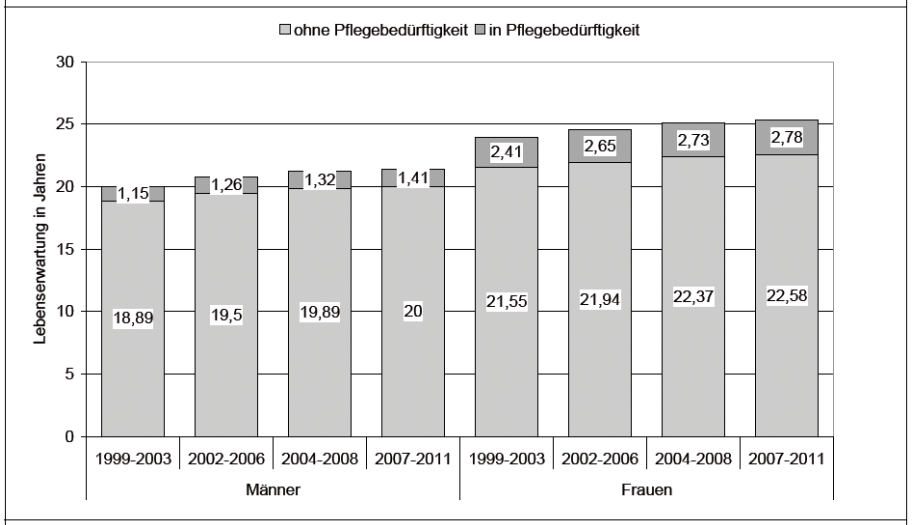


- Die Fallzahlzunahme beruht ausschließlich auf der demographischen Alterung.
- Hätten wir heute die gleiche Altersstruktur wie 1999, läge die Fallzahl nicht höher als damals.

Quelle: Infografik nach BARMER GEK Pflegereport 2013: 82

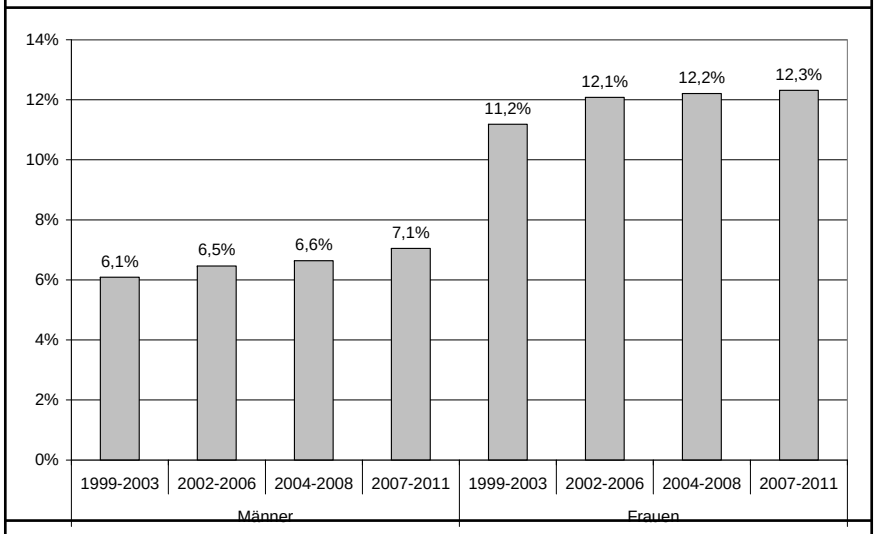
II.2 Keine Kompression der Morbidität

Abbildung 36: Entwicklung der Lebenserwartung ab Alter 60 nach Pflegebedürftigkeit



Quelle: Tabelle 36; Rothgang et al. 2010

Abbildung 37: Entwicklung des Anteils der in Pflegebedürftigkeit verbrachten Restlebenszeit ab dem Alter 60

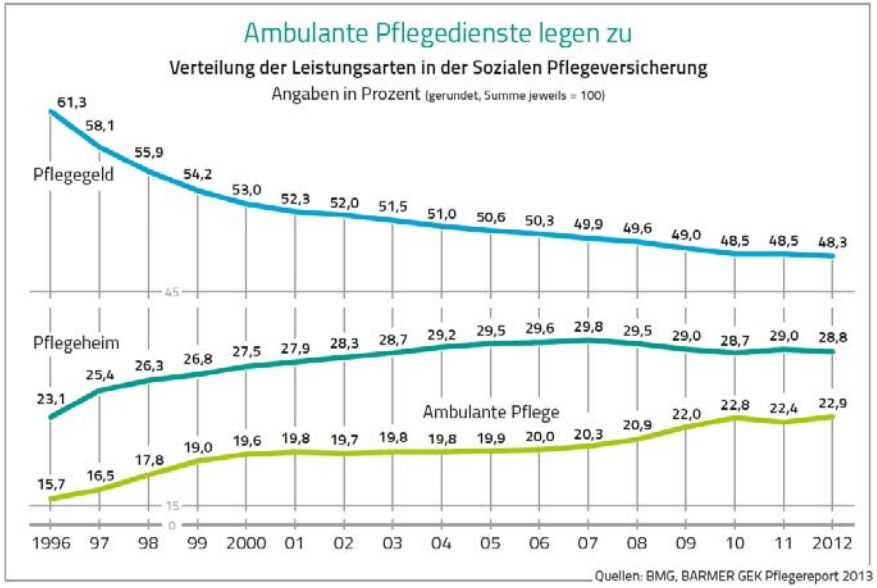


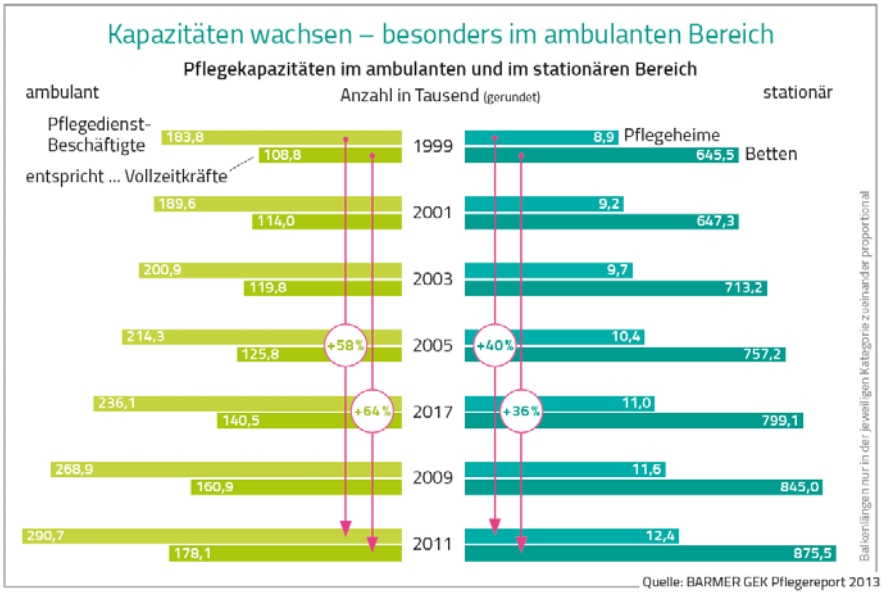
Quelle: Tabelle 36; Rothgang et al. 2010

- Mit der Lebenserwartung steigt die Zahl der in Gesundheit und in Pflegebedürftigkeit verbrachten Jahre – hier am Beispiel der 60jährigen.
- Der Anteil der in Pflegebedürftigkeit verbrachten Zeit steigt allerdings – es gibt weder absolute noch relative Kompression der Morbidität.

Quelle: Infografik nach BARMER GEK Pflegereport 2013: 176f.

II.3 Trend zur ambulanten Pflege hält an





- Der Anteil der reinen Pflegegeldempfänger sinkt kontinuierlich – formelle Pflege gewinnt an Bedeutung
- Der Bedeutungszuwachs der formellen Pflege findet sich vor allem im ambulanten Bereich: Der Anteil der Pflegebedürftigen mit Sach- und Kombileistungen steigt ebenso wie Kapazitäten der Pflegeeinrichtungen

Quelle: Infografik nach BARMER GEK Pflegereport 2013: 70, 113, 116.

II.4 Pflegeheime entwickeln sich nicht zu Siechenheimen

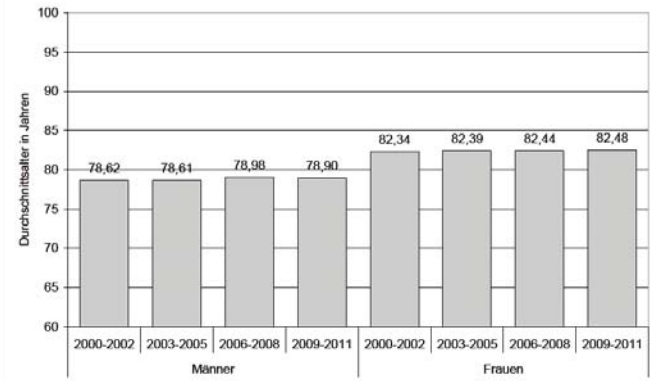
- Häufige Einschätzung: Heime entwickeln sich zu Siechen- oder gar Sterbeheimen

- Indikatoren:
  - Alter der Heimbewohner bei Eintritt ins Heim
  - Pflegestufe bei Eintritt ins Heim
  - Überlebensdauer im Heim

- Ergebnis des Vergleichs (2000-2 mit 2009-11):
  - Alter bei Heimeintritt steigt nur sehr geringfügig (0,28 Jahre bei Männern und 0,14 Jahre bei Frauen)
  - Anteil der Pflegebedürftigen mit Stufe I steigt deutlich (Männer: von 36% auf 48%; Frauen: 45% auf 53%)
  - Überlebensdauer ist bei Frauen unverändert und bei Männern leicht steigend

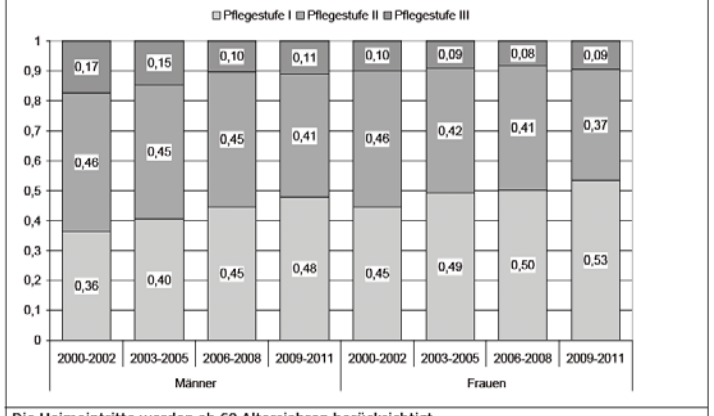
II.4 Pflegeheime entwickeln sich nicht zu Siechenheimen

Abbildung 43: Durchschnittsalter bei Heimeintritt nach Geschlecht



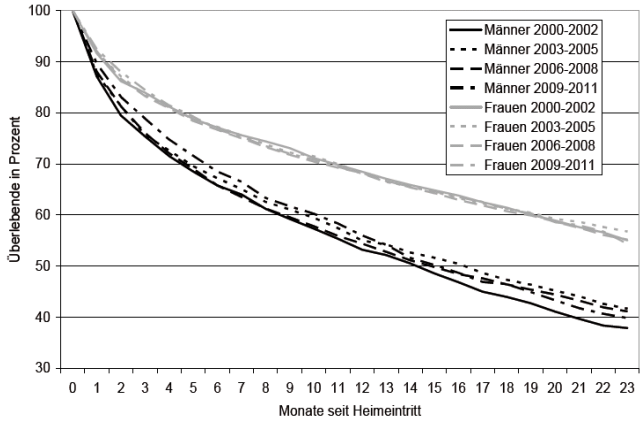
Das Durchschnittsalter bezieht sich auf die Heimeintritte ab einem Alter von 60 Jahren.
Quelle: Routinedaten vormals GEK-Versicherter

Abbildung 44: Verteilung der Pflegestufen bei Heimeintritt nach Geschlecht



Die Heimeintritte werden ab 60 Altersjahren berücksichtigt.
Quelle: Routinedaten vormals GEK-Versicherter

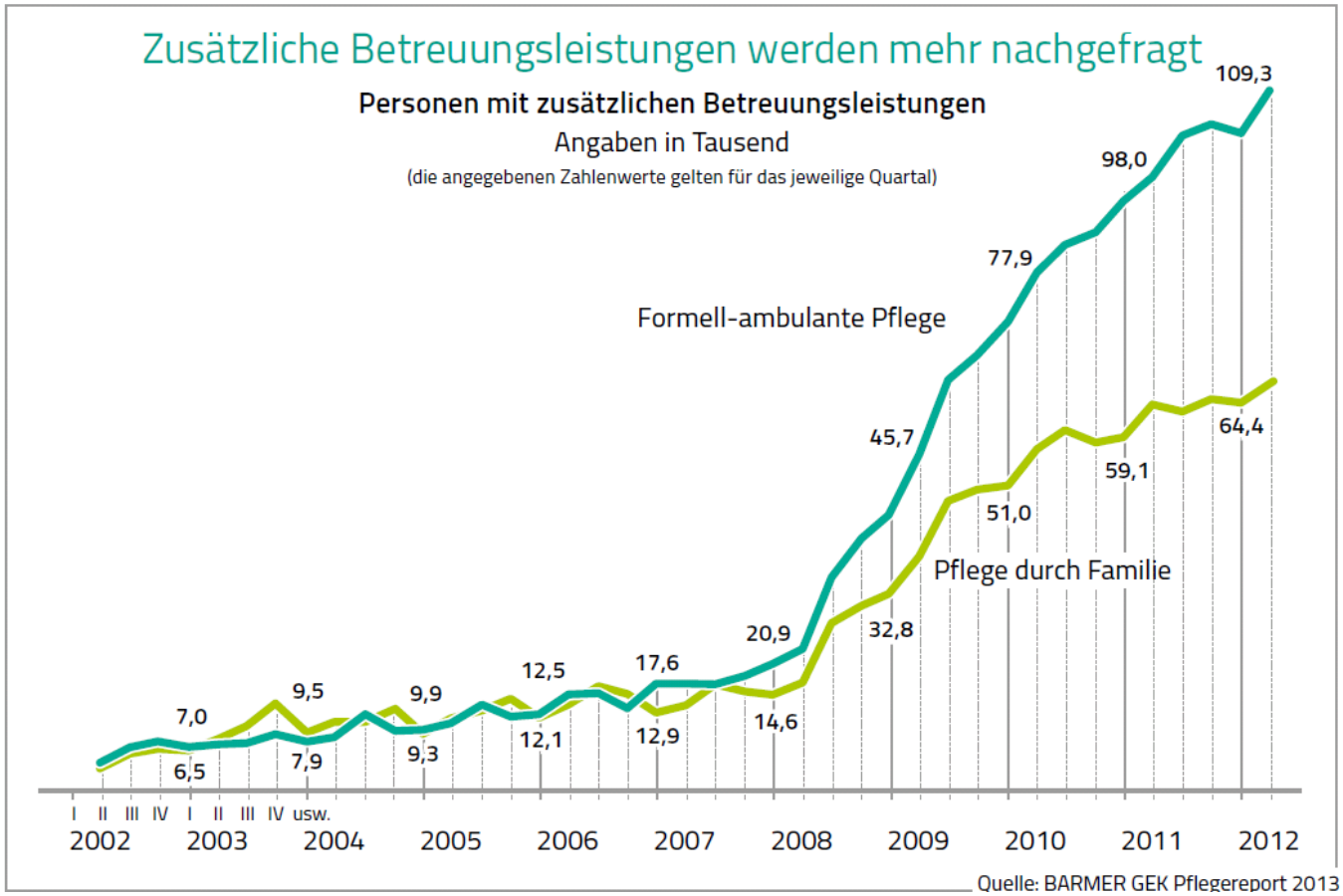
Abbildung 45: Anteil der Überlebenden nach Heimeintritt im Zeitverlauf nach Geschlecht



Die Heimeintritte werden ab 60 Altersjahren berücksichtigt.
Quelle: Routinedaten vormals GEK-Versicherter

- Insgesamt kann die These, dass sich Pflegeheime zu Siechenheimen entwickeln, *nicht* bestätigt werden.

II.5 Besondere Betreuungsleistungen gewinnen an Bedeutung



- Die „besonderen Betreuungsleistungen“ werden zunehmend mehr angenommen.
- Die Inanspruchnahme ist insbesondere dann groß, wenn Pflegedienste an der Versorgung beteiligt sind.

Quelle: Infografik nach BARMER GEK Pflegereport 2013: 194

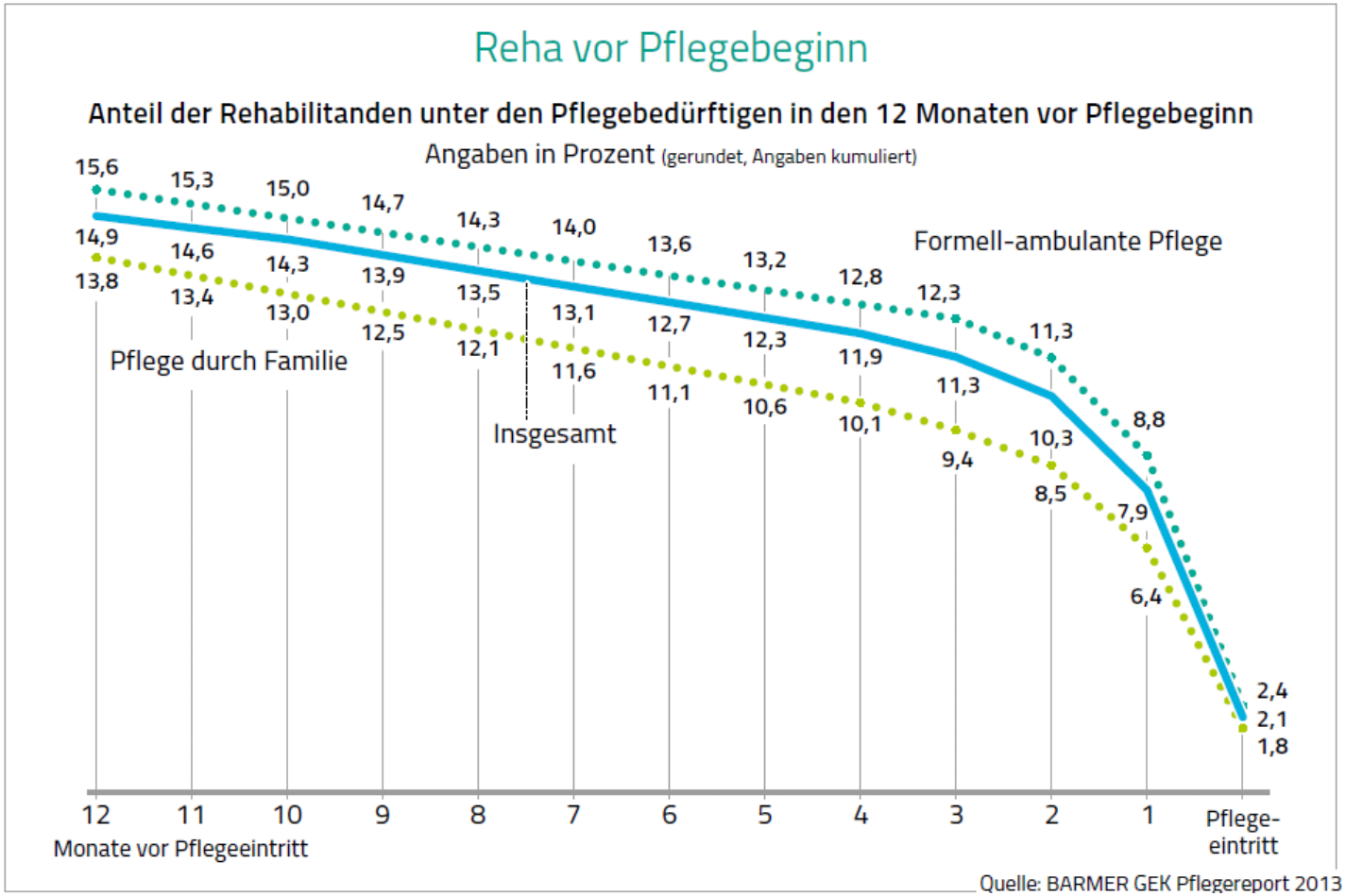
Ausgewählte Ergebnisse der heutigen Präsentation

I. Pflegepolitik

II. Aktuelle und langfristige Entwicklungen

III. Rehabilitation vor und bei Pflegebedürftigkeit

III. Rehabilitation vor Eintritt der Pflegebedürftigkeit



Im Jahr vor Pflegeeintritt erhalten 15% der Betroffenen eine Rehabilitation, meist im letzten Quartal vor Pflegeeintritt.

Reha vor Pflege scheint zu funktionieren

Quelle: Infografik nach BARMER GEK Pflegereport 2013: 226

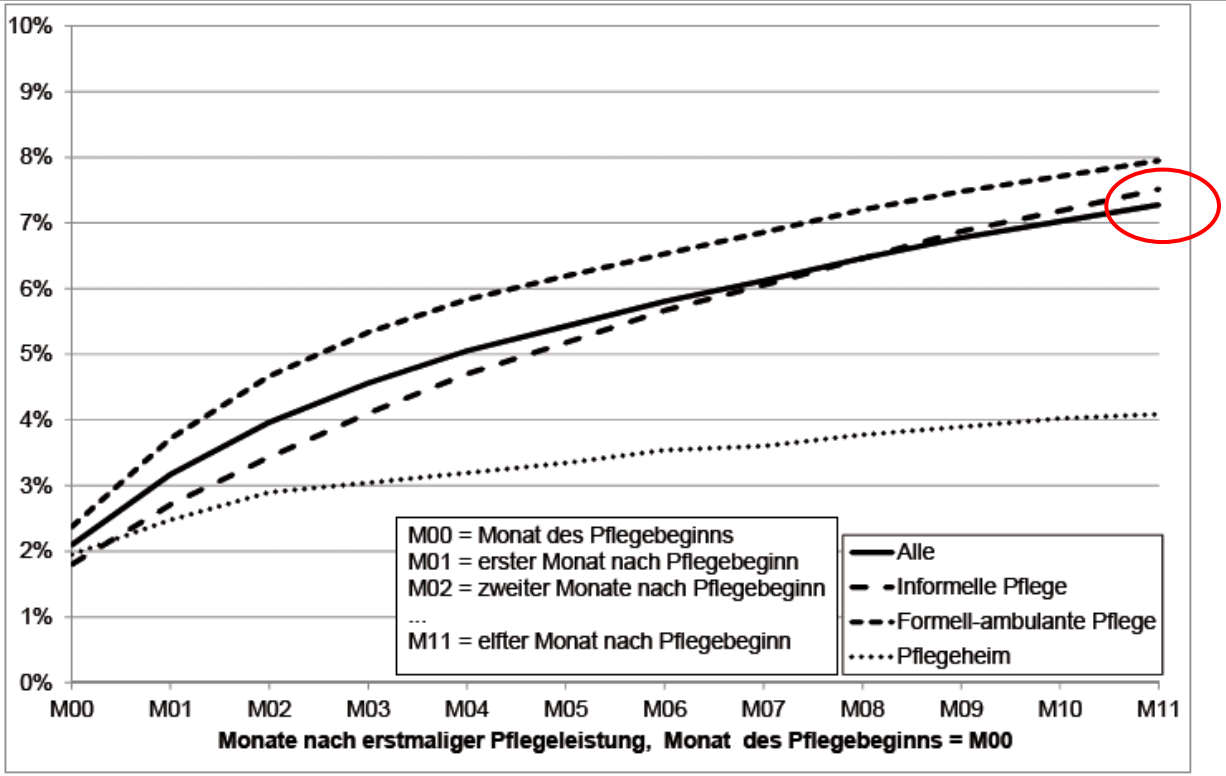
III. Rehabilitationsempfehlungen in der Begutachtung

- Im Rahmen der Erstbegutachtungen werden nur wenige Rehabilitationsempfehlungen ausgesprochen
  - BMG-Zahlen für 2011: Reha-Empfehlungen in gut 1% der Erstbegutachtungen
  - Bei der Erprobung des NBA bestätigten sich diese Zahlen (1,4%); bei Anwendung des NBA stieg die Quote auf mehr als 4%

➢ Verfahren zur Reha-Begutachtung ist nicht optimal. Verbesserungen sind notwendig und werden bereits erprobt.

III. Rehabilitation nach Eintritt der Pflegebedürftigkeit

Abbildung 62: Anteil der Rehabilitanden unter den Pflegebedürftigen im Zeitraum bis X Monate ab Pflegeeintritt – nach Pflegearrangement



Anmerkung: Standardisiert auf die Bevölkerung in Deutschland am Jahresende 2011.
Selektion: Pflegeeintritt im Jahr 2011 im Alter ab 65 Jahren

- Im Jahr nach der Eintritt der Pflegebedürftigkeit findet eine Rehabilitation bei insgesamt 7% der Pflegebedürftigen statt

➢ Das Versorgungssystem erkennt Reha-Bedarfe weit über die Empfehlungsquote hinaus.

Quelle: BARMER GEK Pflegereport 2013: 240

III. Rehabilitation in Abhängigkeit von Pflegebedürftigkeit

Tabelle 45: Rehabilitationswahrscheinlichkeit von Pflegebedürftigen im Vergleich zu Nicht-Pflegebedürftigen im jeweiligen Beobachtungsmonat im Jahr 2011

	Modell 1 mit Demografie und Pflege	Modell 2 mit Versorgung u. Diagnosen	Modell 3 mit P.-Stufe und Arrangement	Modell 4 mit Anzahl der Diagnosen
Pflegebedürftig	1,18 ***	0,49 ***	0,75 ***	0,75 ***
Einr. d. Hilfe f. behinderte Menschen			0,22	0,13
Formell-ambulante Pflege			1,01	0,99
Pflegeheim			0,33 ***	0,30 ***
Pflegestufe II			0,53 ***	0,50 ***
Pflegestufe III			0,20 ***	0,18 ***
Frau	1,05	1,04	1,05	1,06 *
70-74 Jahre	1,24 ***	1,05	1,05	1,06
75-79 Jahre	1,55 ***	1,07	1,07	1,09 *
80-84 Jahre	1,53 ***	0,94	0,94	0,98
85-89 Jahre	1,29 ***	0,78 ***	0,80 ***	0,85 **
90+ Jahre	0,88	0,62 ***	0,67 ***	0,70 ***
Reha 1-3 Monate zurückliegend		1,88 ***	1,81 ***	2,28 ***
Reha 4-12 Mon. zurückliegend		1,40 ***	1,36 ***	1,60 ***
Reha 13-48 Mon. zurückliegend		1,29 ***	1,27 ***	1,43 ***
Heilmittel in aktuellen 3 Monaten		0,67 ***	0,68 ***	0,70 ***
Heilmittel 1-3 Mon. zurückliegend		1,04	1,06	1,06
Heilmittel 4-12 M. zurückliegend		1,43 ***	1,44 ***	1,44 ***
Heilmittel 13-48 M. zurückliegend		1,22 ***	1,22 ***	1,21 ***
Medikationsprobleme		1,21	1,13	
Immobilität		1,28 **	1,28 **	
Sturzneigung und Schwindel		1,15 ***	1,13 ***	
Demenz und andere Störungen		0,92 *	0,99	
Stuhlinkontinenz		0,96	1,04	
Harninkontinenz		1,06	1,07	
Dekubitalulcera		1,11 *	1,14 **	
Fehl- und Mangelernährung		0,96	0,97	
Flüssigkeits- und Elektrolythaush.		1,70 ***	1,68 ***	
Depression, Angststörung		1,08 **	1,08 *	
Schmerz		1,27 ***	1,26 ***	
Sensibilitätsstörungen		1,13 ***	1,10 **	
Belastbarkeit, Gebrechlichkeit		1,00	1,01	
Starke Seh- und Hörbehinderung		0,93 **	0,91 ***	
Hohes Komplikationsrisiko		4,09 ***	4,07 ***	
Verzögerte Rekonvaleszenz		1,08	1,02	

Quelle: BARMER GEK Pflegereport 2013: 226

- Im Vergleich zu Nicht-Pflegebedürftigen erhalten Pflegebedürftige – bei Kontrolle von Alter, Geschlecht und Erkrankungen – nur halb so oft Rehabilitation.
- Die Quote ist besonders niedrig bei Pflegeheimbewohnern und Personen mit hoher Pflegestufe
- Dieser Befund wirft die Frage auf, ob Pflegebedürftige hier benachteiligt werden.
- Eine eindeutige Antwort ist allein mit Routinedatenanalysen nicht möglich.

Schluss

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!

Ich freue mich auf Ihre Fragen!

BARMER GEK

BARMER GEK Pflegereport 2013

→ Infografiken

Inhalt:

→ Infografik 1

Deutliche Zunahme nur in Pflegestufe I

→ Infografik 2

Große Unterschiede zwischen den Ländern

→ Infografik 3

Soziale Pflegeversicherung zahlt viermal so viel

→ Infografik 4

Ambulante Pflegedienste legen zu

→ Infografik 5

Pflegebedürftig: jeder zweite Mann, zwei von drei Frauen

→ Infografik 6

Mehr Pflegebedürftige allein wegen Änderung der Altersstruktur

→ Infografik 7

Pflege bleibt hauptsächlich Frauensache

→ Infografik 8

Kapazitäten wachsen – besonders im ambulanten Bereich

→ Infografik 9

Pflegeheim: Eigenanteil steigt, Versicherungsleistung nicht

→ Infografik 10

Einnahmen und Ausgaben weiter steigend

→ Infografik 11

Mit dem Alter steigt das Pflegerisiko

→ Infografik 12

Alter bei Heimeintritt unverändert

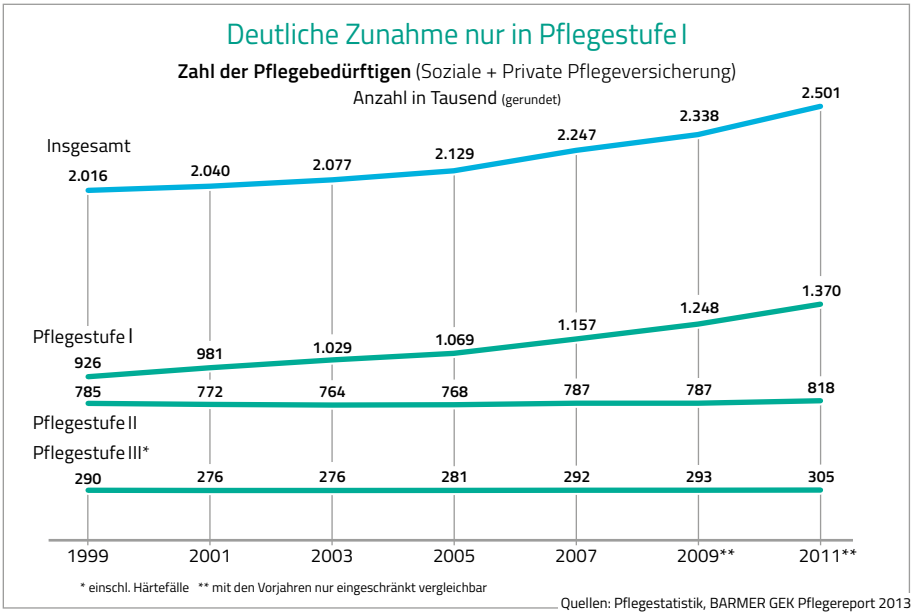
→ Infografik 13

Zusätzliche Betreuungsleistungen werden mehr nachgefragt

→ Infografik 14

Reha vor Pflegebeginn

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.



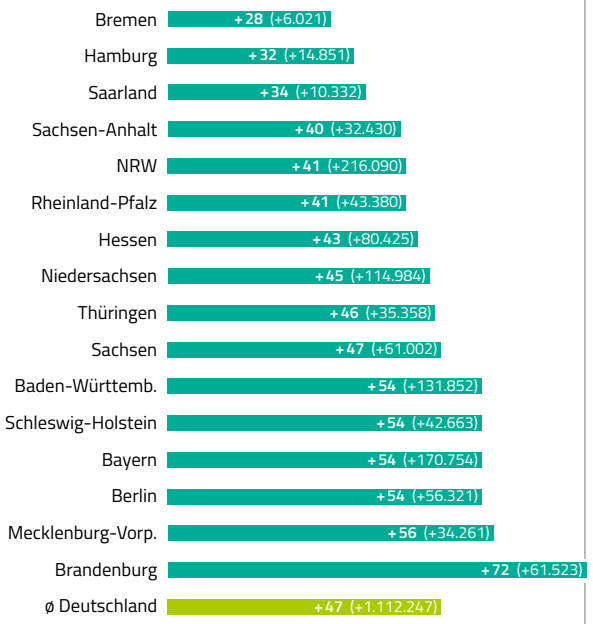
Zurück zum Inhalt

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.

Große Unterschiede zwischen den Ländern

Entwicklung der Zahl der Pflegebedürftigen zwischen 2009 und 2030

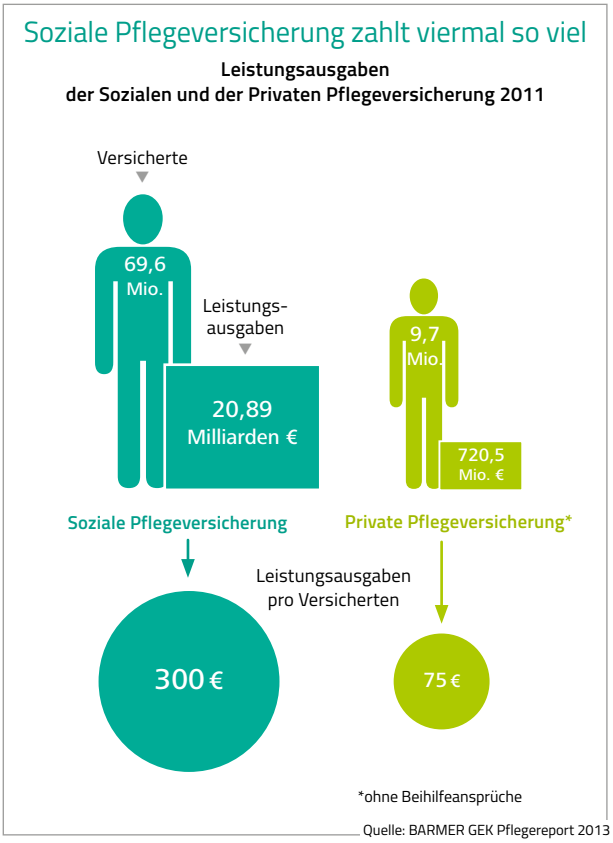
Angaben in Prozent und absolut (in Klammern)



Quellen: Rothgang et al., BARMER GEK Pflegereport 2013

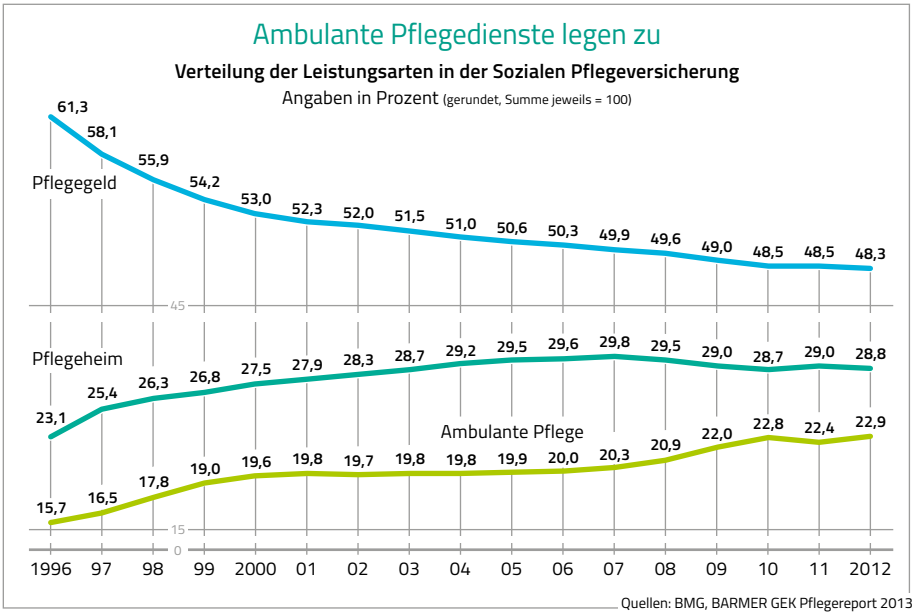
Zurück zum Inhalt

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.

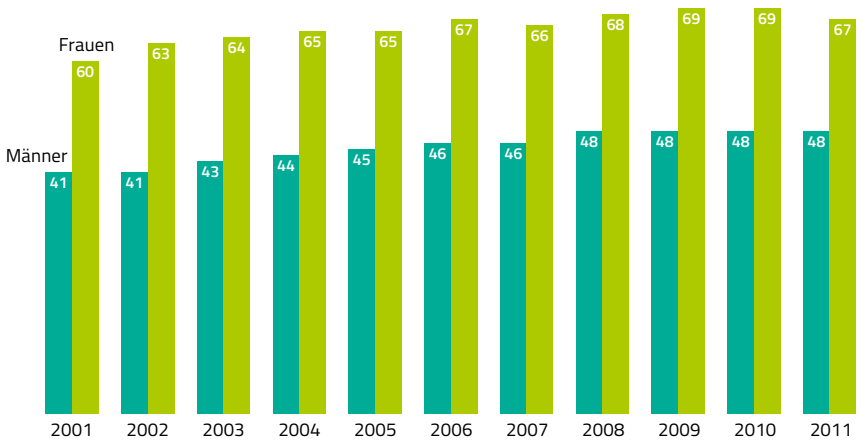


Zurück zum Inhalt

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.

Pflegebedürftig: jeder zweite Mann, zwei von drei Frauen

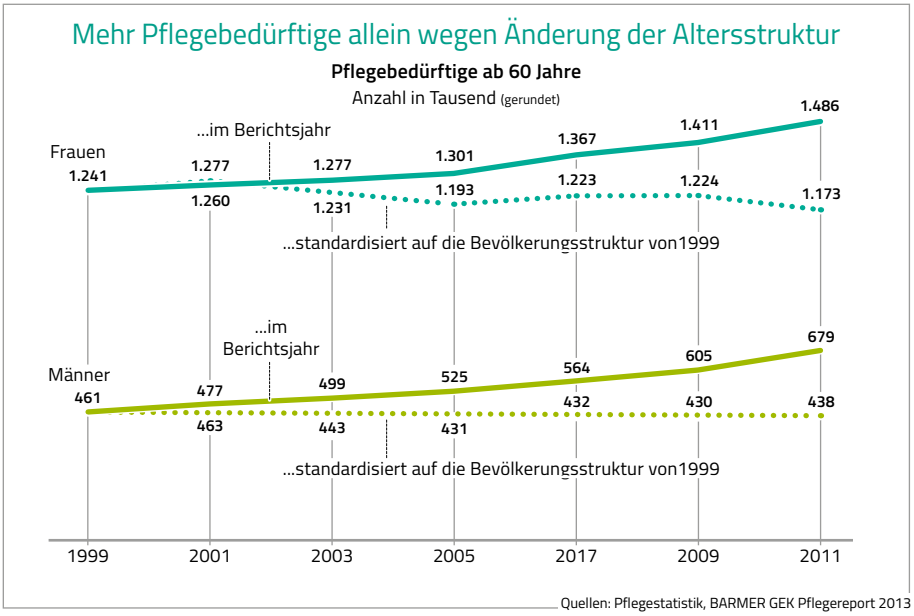
Lebenszeitprävalenzen, standardisiert auf die Altersverteilung der Sterbefälle in Deutschland 2011



Quelle: BARMER GEK Pflegereport 2013

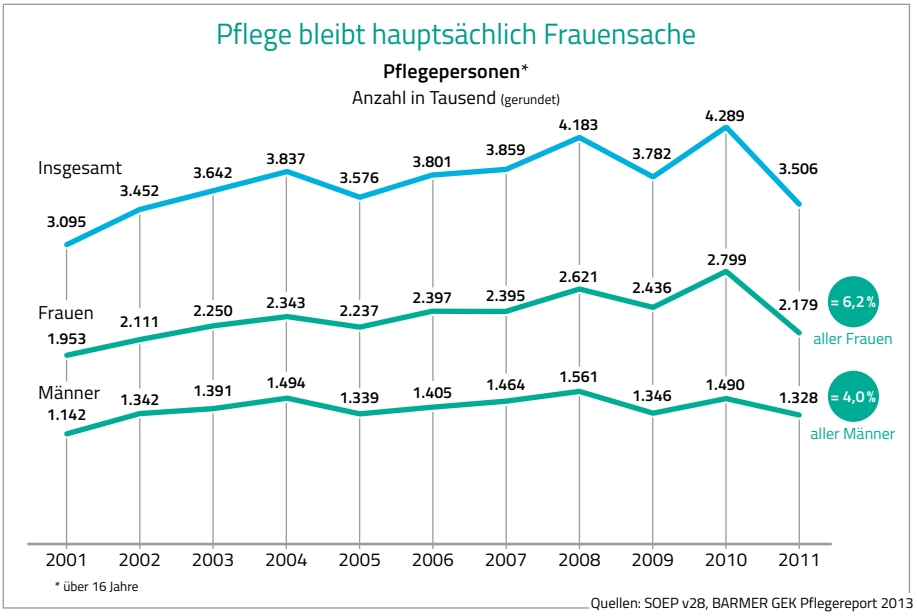
Zurück zum Inhalt

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.



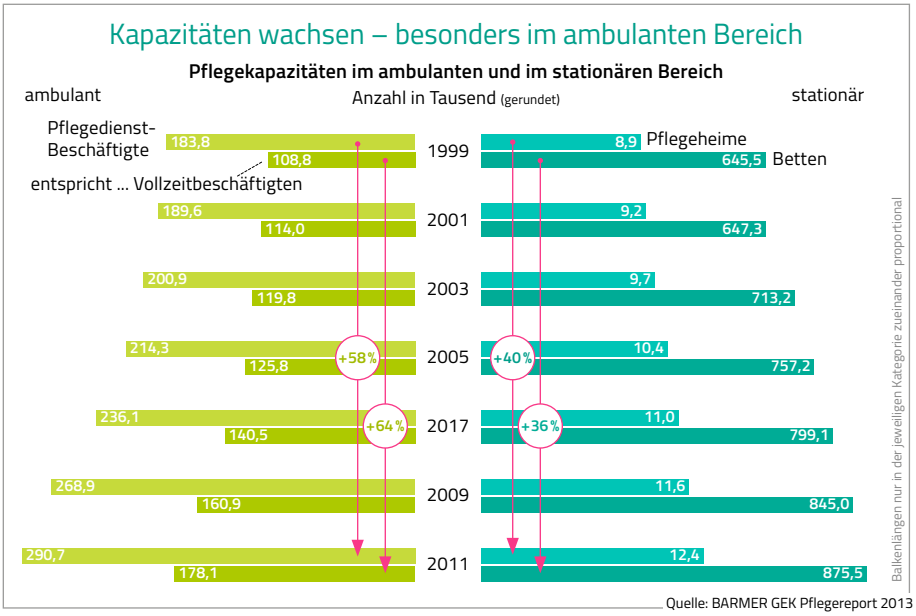
Zurück zum Inhalt

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.



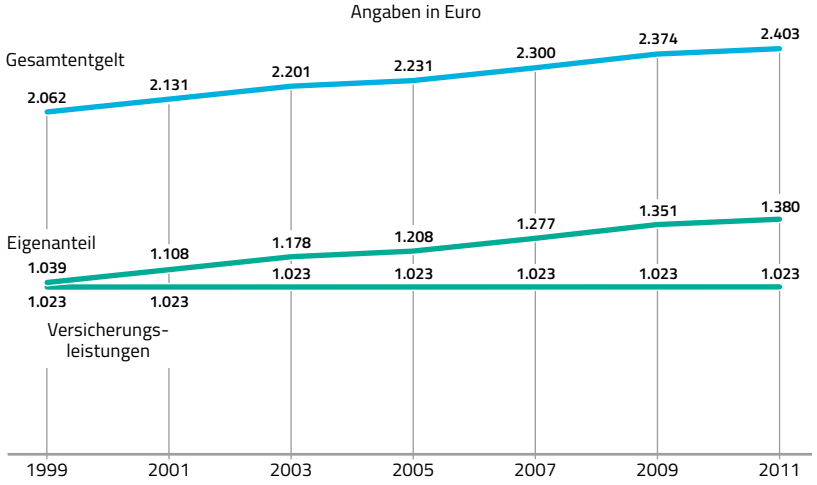
Zurück zum Inhalt

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.

Pflegeheim: Eigenanteil steigt, Versicherungsleistung nicht

Monatliche Heimentgelte und Eigenanteil für Pflegeheime (Stationäre Pflege, Pflegestufe I)

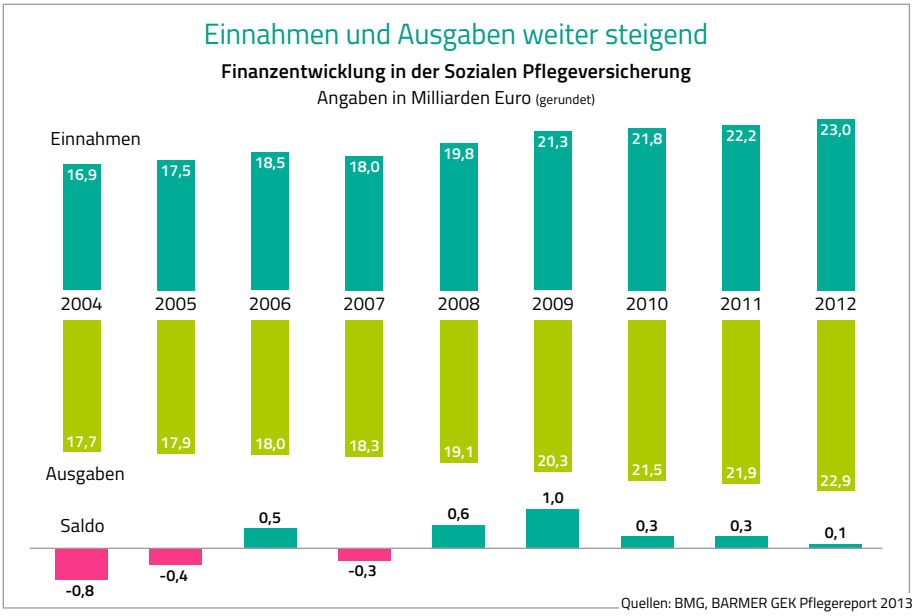
Angaben in Euro



Quellen: Pflegestatistik, Rothgang & Jakobs, BARMER GEK Pflegereport 2013

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.



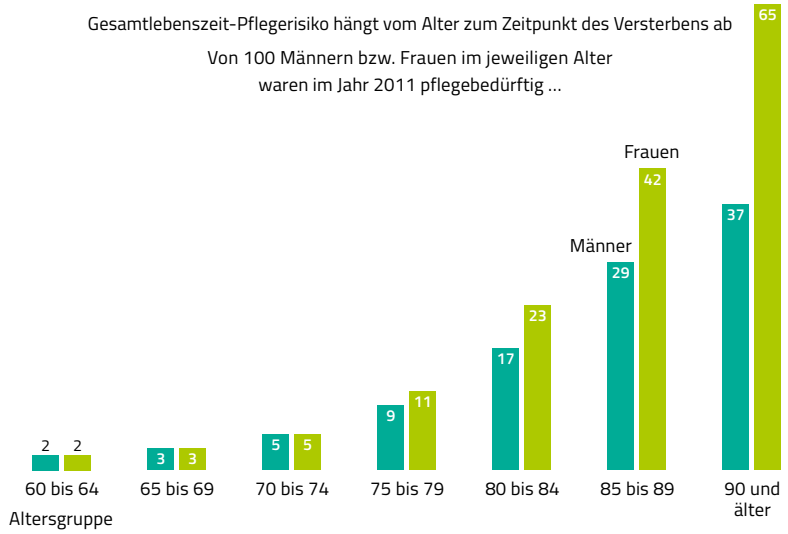
Zurück zum Inhalt

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.

Mit dem Alter steigt das Pflegerisiko

Gesamtlebenszeit-Pflegerisiko hängt vom Alter zum Zeitpunkt des Versterbens ab

Von 100 Männern bzw. Frauen im jeweiligen Alter
waren im Jahr 2011 pflegebedürftig ...



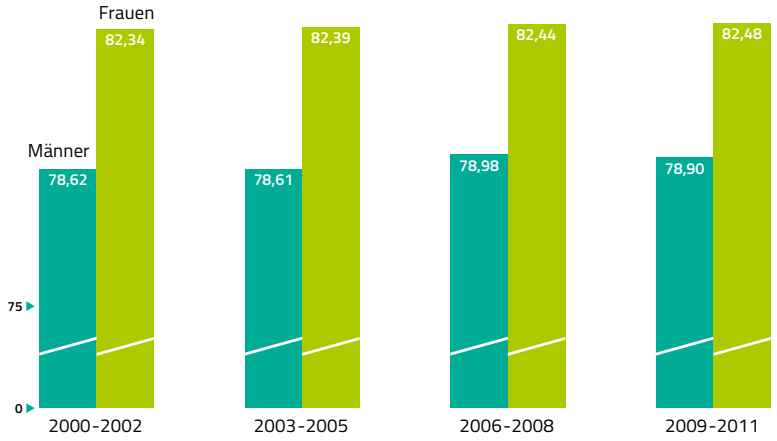
Quellen: Pflegestatistik, BARMER GEK Pflegereport 2013

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.

Alter bei Heimeintritt unverändert

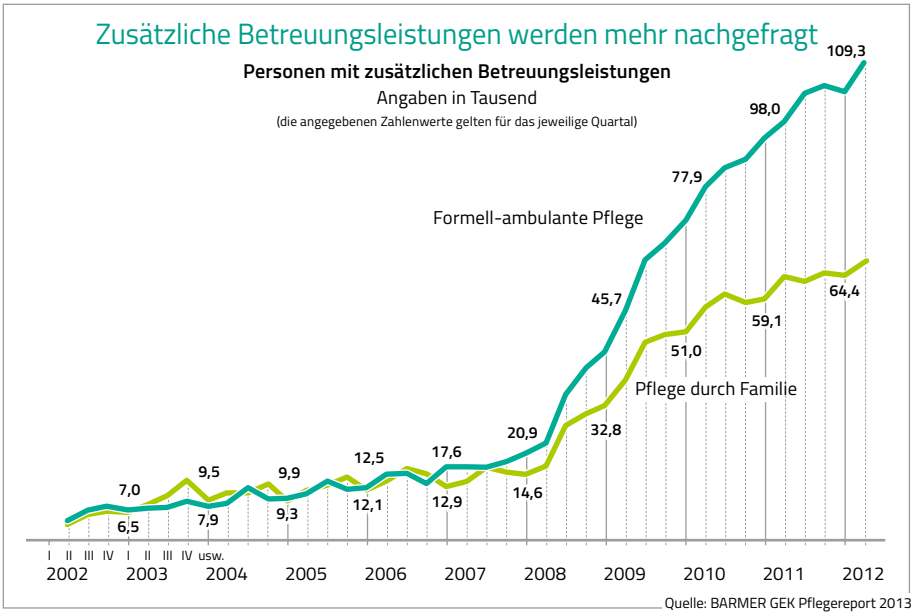
Durchschnittsalter bei Heimeintritt (ab einem Alter von 60 Jahren)
in Jahren



Quelle: BARMER GEK Pflegereport 2013

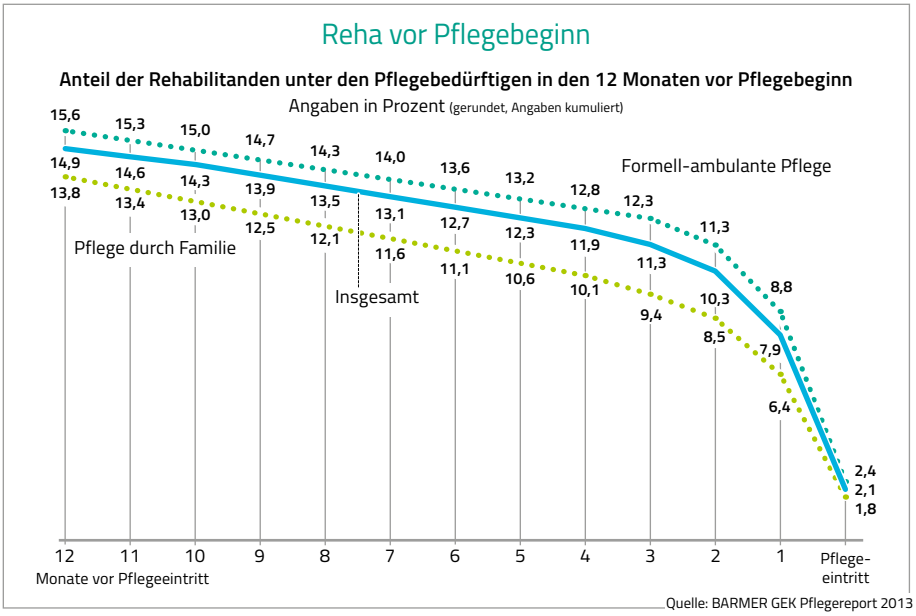
Zurück zum Inhalt

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.