PRESSEMITTEILUNG

BARMER GEK Pflegereport 2014

Pressekonferenz der BARMER GEK

Berlin, 25. November 2014

Teilnehmer:

Dr. Rolf-Ulrich Schlenker
Stellvertretender Vorsitzender des Vorstandes, BARMER GEK

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

Athanasios Drougias
Unternehmenssprecher der BARMER GEK (Moderation)

➔ PRESSESTELLE

Axel-Springer-Str. 44 • 10969 Berlin

www.barmer-gek.de/presse
presse@barmer-gek.de

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

Sunna Gieseke
Tel.: 0800 33 20 60 44 30 20
sunna.gieseke@barmer-gek.de

BARMER GEK

PRESSEMITTEILUNG

Berlin, 25. November 2014

BARMER GEK Pflegereport 2014

Pflegebedürftige sind zahnmedizinisch schlecht versorgt

Bei der Zahngesundheit pflegebedürftiger Menschen liegt einiges im Argen. Sie werden deutlich seltener zahnmedizinisch versorgt als nicht Pflegebedürftige. Das ist das zentrale Ergebnis des neuen BARMER GEK Pflegereports, der heute in Berlin vorgestellt wurde. Während nicht Pflegebedürftige zum Beispiel konservierende, chirurgische und Röntgenleistungen zu 30,4 Prozent je Quartal im Jahr 2012 nutzten, waren es bei Pflegebedürftigen 9,8 Prozentpunkte weniger. Dieser Unterschied variiert noch nach Versorgungsart und Pflegestufe. Mit Pflegestufe I bei familiärer Pflege beträgt der Unterschied lediglich 5,1 Prozentpunkte. Pflegeheimbewohner mit Pflegestufe III haben hingegen eine um 16,5 Prozentpunkte verringerte Behandlungshäufigkeit. „Vor allem Menschen in Pflegeheimen benötigen einen noch leichteren Zugang zur zahnmedizinischen Versorgung, gerade weil ihnen die Mitwirkung insbesondere wegen ihrer Bedürftigkeit schwer fällt“, forderte Dr. Rolf-Ulrich Schlenker, stellvertretender Vorstandsvorsitzender der BARMER GEK. Hilfreich seien zum Beispiel mehr Schwerpunktpraxen für Pflegebedürftige. Außerdem müsse die aufsuchende Behandlung ausgebaut werden. Schlenker begrüßte, dass der Gesetzgeber im Versorgungsstärkungsgesetz Verbesserungen der zahnmedizinischen Prävention für Pflegebedürftige und Menschen mit Behinderungen plane.

Der Pflegereport vergleicht erstmals anhand von Routinedaten die zahnmedizinischen Leistungen für Pflegebedürftige mit denen Nicht-Pflegebedürftiger gleichen Alters, Geschlechts und gleicher Morbidität. Auch bei Erkrankungen des Zahnhalteapparates, sogenannten Parodontopathien, sind Pflegebedürftige offenbar schlechter versorgt. Während 0,35 Prozent der nicht pflegebedürftigen Versicherten deswegen behandelt werden, liegt bei den Pflegebedürftigen die Inanspruchnahme um mehr als zwei Drittel niedriger (- 0,25 Prozentpunkte). Auch unter Berücksichtigung von Alter, Geschlecht, Region und Morbidität bleibt noch eine Differenz von -0,14 Prozentpunkten bestehen. In der Versorgung mit Zahnersatz und Zahnkronen schneiden vor allem Menschen in der Pflegestufe III schlechter ab. Bekommen unter Berücksichtigung von Alter, Geschlecht, Morbidität und

➔ PRESSESTELLE

Axel-Springer-Str. 44 • 10969 Berlin

www.barmer-gek.de/presse
presse@barmer-gek.de

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

Sunna Gieseke
Tel.: 0800 33 20 60 44 30 20
sunna.gieseke@barmer-gek.de

BARMER GEK

Region 3,2 Prozent der Nicht-Pflegebedürftigen diese Leistungen, so verringert sich die Behandlungsquote für Schwerstpflegebedürftige unter gleichen Maßstäben um 2,8 Prozentpunkte. Im Pflegeheim sinkt der Anteil noch weiter.

Zahnmedizinische Leitlinien blenden Pflegebedürftige aus

Vor allem die Pflegebedürftigen in Heimen sind laut Reportergebnissen zahnmedizinisch unterversorgt. „Aus Studien wissen wir, dass für einige Pflegebedürftige der letzte Zahnarztbesuch schon Jahrzehnte zurückliegt“, betonte Studienautor Professor Heinz Rothgang vom Zentrum für Sozialpolitik der Uni Bremen. Für mehr als 50 Prozent der Betroffenen liegt der letzte Gang zum Zahnarzt knapp zwei Jahre oder länger zurück. Eine mögliche Ursache der Unterversorgung könne sein, dass die aktuellen zahnmedizinischen Behandlungsleitlinien kaum auf ältere und pflegebedürftige Menschen eingingen. „Auch häufige psychische Störungen, insbesondere Demenz, werden nicht erwähnt“, so der Versorgungsforscher. Zudem sei die Möglichkeit der Patienten zur Mitarbeit gerade bei Pflegebedürftigen eingeschränkt. „Umso wichtiger ist sicherzustellen, dass bei diesen Menschen die Zahngesundheit stetig beobachtet wird“, forderte Rothgang.

Routinedaten des aktuellen Pflegereports

Die Zahl der Pflegebedürftigen ist auch im Jahr 2013 gestiegen und zwar um weitere 3,5 Prozent gegenüber dem Vorjahr. Inzwischen sind somit 2,5 Millionen Versicherte pflegebedürftig. Diese Zahl wird laut Rothgangs Schätzung bis zum Jahr 2050 auf mehr als 4,5 Millionen ansteigen. Die Prognosen je Region seien jedoch sehr unterschiedlich. Während sich die Zahl der Pflegebedürftigen in den Jahren 2010 bis 2050 in Sachsen-Anhalt um 57 Prozent erhöhen werde, liege diese Steigerungsrate in Baden-Württemberg knapp doppelt so hoch (113 Prozent).

Pflegestärkungsgesetz verbessert Bedingungen

BARMER GEK Vorstandsvize Schlenker verwies auf die ab 2015 deutlich verbesserten Leistungen für Pflegebedürftige. So werde durch das vom Bundesrat Anfang November gebilligte erste Pflegestärkungsgesetz der Zuschuss für barrierefreies Wohnen für Pflegebedürftige auf 4.000 Euro

steigen. Zuvor waren es lediglich rund 2.500 Euro. Schlenker begrüßte es, dass ab 2015 zudem sogenannte Alltagsbegleiter durch die Pflegekassen finanziert werden. Sie sollen zum Beispiel bei Behördengängen oder beim Einkaufen helfen. „Diese praktische Lebenshilfe verhindert, dass Menschen zu früh aus ihrer Wohnung ins Heim wechseln müssen.“

Daten aus dem BARMER GEK Pflegereport 2014

- **Regionale Unterschiede**

Die maximale Zahl der Pflegebedürftigen wird in den einzelnen Bundesländern bis 2060 zu unterschiedlichen Zeitabschnitten erreicht. Während in Bayern und Baden-Württemberg sowie den Städten Berlin, Hamburg und Bremen es zwischen 2050 und 2060 noch zu einer Erhöhung der Zahl der Pflegebedürftigen kommen wird, sind in den ostdeutschen Bundesländern ausnahmslos deutliche Rückgänge zu verzeichnen, so etwa minus 12,4 Prozent in Brandenburg (Report S. 72 ff.).

- **Spezifische Leistungen**

Die spezifischen Leistungen im Sozialgesetzbuch XI, die Pflegebedürftigen beim selbständigen Wohnen zuhause helfen sollen, werden immer noch selten genutzt. So haben 2,8 Prozent der Pflegebedürftigen im Jahr 2013 bundesweit knapp 72.000 Leistungen zur Verbesserung des Wohnumfeldes erhalten. Nur 0,48 Prozent – das entspricht rund 12.000 Pflegebedürftigen – wurden für das Leben in einer ambulant betreuten Wohngruppe unterstützt (S. 140 ff.).

- **Geriatrische Reha**

Der Report berichtet über starke regionale Unterschiede bei der geriatrischen Rehabilitation. In Rheinland-Pfalz, Baden-Württemberg, Bayern, Saarland und Mecklenburg-Vorpommern gibt es besonders ausgeprägte Angebote. Zugleich erhalten Patienten mehr Reha, insbesondere in Bayern und Baden-Württemberg. In diesen Ländern kann die Pflegebedürftigkeit verzögert werden – ein Hinweis auf die Wirksamkeit der geriatrischen Reha (S. 186 ff.).

- **Pflegekapazitäten**

Regionale Unterschiede kennzeichnen die Kapazitäten ambulanter Pflegedienste. Sie liegen in Berlin, Hamburg und Bremen sowie in Ostdeutschland höher als der Bundesschnitt von 7,5 Vollzeitkräften je 100 Pflegebedürftigen. Der Westen liegt darunter. Die Kapazitäten der Heime sind im Norden und Süden besonders ausgeprägt, die höchste Kapazität weist Schleswig-Holstein auf, die geringste Hessen (S. 92 ff.). Ähnliche regionale Unterschiede gibt es auch im stationären Bereich. Dabei zeigt sich, dass eine höhere Kapazität zu einer häufigeren Inanspruchnahme der vollstationären Pflege im Vergleich zu ambulanter Pflege führt (S. 98ff.).

Service für Redaktionen

Bild zum Thema „Zahnmedizinische Versorgung Pflegebedürftiger“

Bildtextvorschlag
Pflegebedürftige in Pflegeheimen werden schlechter versorgt als Nicht-Pflegebedürftige. Das soll sich durch mehr Kooperation zwischen Heimen und Zahnärzten ändern.

Bild zum Thema „Wohnumfeldverbesserung“

Bildtextvorschlag
Mit dem Rolli durch die Tür. Die Pflegekasse helfen ab 2015 mit deutlich mehr Geld, die Wohnungen Pflegebedürftiger so umzubauen, dass länger zu Hause gelebt werden kann.

Als Quellenhinweis nutzen Sie bitte „dpa picture alliance“.

Mehr Informationen, Grafiken und Radiomaterial
www.barmer-gek.de/545196

Statement

BARMER GEK Pflegereport 2014

Pflegebedürftige sind zahnmedizinisch schlecht versorgt
Pflegegesetzgebung schafft spürbare Verbesserungen
Große regionale Unterschiede

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

anlässlich der Pressekonferenz
zur Vorstellung des Pflegereports 2014 der BARMER GEK
am 25. November 2014 in Berlin

BARMER GEK

Es ist jetzt ziemlich genau 20 Jahre her, dass der Deutsche Bundestag das Pflege-Versicherungsgesetz beschlossen hat. Was im Mai 1994 auf den Weg gebracht wurde, ist eine Erfolgsgeschichte. Pflegebedürftigkeit ist heute als Lebensrisiko anerkannt, es gibt eine leistungsfähige Pflegeinfrastruktur, die Sozialhilfeausgaben zugunsten Pflegebedürftiger konnten durch die Leistungen der Pflegeversicherung deutlich sinken. All das ist ein nicht zu unterschätzender Beitrag zum sozialen Frieden in Deutschland. Und dennoch gibt es keinerlei Grund zum Innehalten. Denn die Pflege hat bei all ihren Erfolgen viele Schwächen und Probleme, die dringend angegangen werden müssen. Das gilt auch für das Schwerpunktthema des Reports, den wir Ihnen heute vorstellen. Um es vorwegzunehmen: Die zahnmedizinische Versorgung Pflegebedürftiger lässt vielfach zu wünschen übrig – nicht in Bezug auf die einzelne Behandlung, wohl aber bei der Inanspruchnahme insgesamt. Wir fordern daher vor allem, dass sich die aufsuchende Behandlung Pflegebedürftiger deutlich verbessert.

Pflegebedürftige zahnmedizinisch schlecht versorgt

Zu dieser Forderung veranlassen uns Analysen, in denen wir die zahnmedizinische Versorgung Pflegebedürftiger sehr detailliert beleuchten. Erstmals liegen nun belastbare, repräsentative Daten für ganz Deutschland vor. Sie zeigen, dass Pflegebedürftige im Vergleich zu nicht Pflegebedürftigen gleichen Alters, Geschlechts und gleicher Morbidität schlecht versorgt sind. Dies gilt unabhängig davon, ob sie zu Hause oder im Heim gepflegt werden.

Nehmen wir die konservierenden, chirurgischen und Röntgenleistungen, also alles was Teil 1 des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes zahnärztlicher Leistungen zusammenfasst. Hier zeigen unsere Daten, dass Nicht-Pflegebedürftige solche Leistungen im Quartal zu 30,4 Prozent beanspruchen. Bei den Pflegebedürftigen insgesamt liegt dieser Wert um ein Drittel niedriger (20,6). Allerdings ist dieser Unterschied teilweise altersbedingt. Auch unter Berücksichtigung von Alter und Geschlecht beträgt der Unterschied aber noch knapp ein Viertel. Bei Menschen mit der Pflegestufe III ist die Inanspruchnahme dabei um 6,2 Prozentpunkte niedriger als in Pflegestufe I. Ähnlich sieht es bei den Parodontopathien aus, also bei Erkrankungen des Zahnhalteapparates. Davon sind Versicherte wesentlich seltener betroffen. Die Nicht-Pflegebedürftigen beanspruchen Behandlungen zu 0,35 Prozent. Bei den Pflegebedürftigen liegt die Inanspruchnahme um zwei Drittel niedriger bei 0,1 Prozentpunkten. Auch unter Berücksichtigung von Alter, Geschlecht und weiterer Faktoren liegt die Inanspruchnahme der Pflegebedürftigen um 0,14 Prozentpunkte niedriger.

In der Versorgung mit Zahnersatz und Zahnkronen schneiden Pflegebedürftige aufgrund ihres höheren Alters insgesamt nicht schlechter ab als Nicht-Pflegebedürftige. Es zeigt sich allerdings, dass sie vor allem dann schlechter versorgt sind, wenn sie in der Pflegestufe III eingeordnet sind. Im Vergleich zu Nicht-Pflegebedürftigen reduziert sich ihre Inanspruchnahme um vier Fünftel.

Welche konkreten Auswirkungen die schlechtere Versorgung auf die Mundgesundheit hat, lässt

sich anhand unserer Daten nicht sicher sagen. Zur Mundgesundheit gibt es auch relativ wenig wissenschaftlich Verwertbares. Wir können aber davon ausgehen, dass hier ein beträchtlicher gesundheitlicher Schaden entsteht. So ist aus Studien bekannt, dass der sogenannte Karies-Index als Messzahl für von Karies befallene oder deswegen entfernte Zähne bei Pflegebedürftigen höher liegt als bei nicht Pflegebedürftigen. Im Durchschnitt sind bei ihnen mehr als 25 der 28 Zähne befallen oder entfernt. Zum Vergleich: Bei 65- bis 74-Jährigen insgesamt liegt der Index bei 22.

Rahmen auf Bundesebene geschaffen

Der Gesetzgeber hatte dem Problem mit der Mundgesundheit Pflegebedürftiger bereits 2011 und 2012 Reformen entgegengesetzt, auch die Selbstverwaltung hat gehandelt. Zunächst wurde auf Bundesebene im März 2014 zwischen der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung und dem GKV-Spitzenverband eine Vereinbarung über Anforderungen an eine kooperative und koordinierte zahnärztliche und pflegerische Versorgung von pflegebedürftigen Versicherten in stationären Pflegeeinrichtungen geschlossen. Sie soll eine regelmäßige und die besonderen Bedürfnisse der Pflegebedürftigen berücksichtigende vertragszahnärztliche Versorgung sicherstellen.

Praktische Hilfe verstärken

Letztlich soll dadurch die Lebensqualität der Menschen verbessert werden. Denn gesunde Zähne bedeuten Schmerzfreiheit, ermöglichen ohne Probleme zu essen und zu sprechen. Sie fördern auch die soziale Teilhabe. Mittlerweile gibt es eine ganze Reihe Kooperationsvereinbarungen zwischen Zahnärzten und Pflegeheimen. Wie genau sie sich auf die Versorgung auswirken, können wir frühestens im Pflegereport 2015 analysieren. Schon heute aber zeigt sich, dass wir weitere Reformschritte benötigen. Wir brauchen über stärkere aufsuchende Behandlung hinaus mehr Schwerpunktpraxen für die zahnmedizinische Versorgung von Pflegebedürftigen. Wir brauchen auch Veränderungen in den Pflegeheimen. Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter dort müssen zahnmedizinisch weitergebildet werden, um Probleme mit der Mundgesundheit früh erkennen und eine Behandlung veranlassen zu können. Dabei geht es auch um ganz praktische Hilfen. Denn Pflegebedürftige haben oft gar nicht mehr die Fähigkeit, selber auf ihre Mundgesundheit zu achten. Sie brauchen deswegen zu Beispiel eine helfende Hand bei der Prothesenpflege. Außerdem wäre es wichtig, wenn in jedem Pflegeheim zumindest ein einfacher Behandlungsstuhl verfügbar wäre. Das würde die Arbeit der kooperierenden Zahnärzte wesentlich erleichtern und damit Hürden abbauen.

Routinedaten des Pflegereports

Der Pflegereport bietet, nunmehr schon zum siebten Male, einen sehr detailreichen Blick auf die wichtigsten Trends in der Pflegeversicherung. Wir sehen dabei erneut erstaunliche regionale Unterschiede. So zum Beispiel bei der Zahl der Pflegebedürftigen. Sie ist 2013 um 3,5 Prozent gestiegen. Damit sind nunmehr allein in der sozialen Pflegeversicherung 2,5 Millionen Menschen

pflegebedürftig. Während jedoch die Zahl der Pflegebedürftigen in Sachsen-Anhalt von 2010 bis 2050 um 57 Prozent ansteigen wird, ist für Baden-Württemberg mit 113 Prozent eine doppelt so hohe Steigerung zu erwarten. Je nachdem, welche Zeiträume man betrachtet, zeigt sich auch eine unterschiedlich dynamische Entwicklung. So weist Baden-Württemberg bis 2050 die höchste, im Zeitraum bis 2030 jedoch nur die vierthöchste Steigerungsrate auf. In Sachsen-Anhalt zeigt sich ein anderes Bild. Bis 2050 verzeichnet das Land die geringste Steigerungsrate, bis 2030 jedoch liegt es schon auf Rang elf. Insgesamt wird die Zahl der Pflegebedürftigen in den 2050er Jahren in elf Bundesländern bereits wieder rückläufig sein, während sie in fünf Bundesländern 2060 sogar höher liegen wird als zehn Jahre zuvor. Die Bundesländer müssen also sehr individuelle Antworten auf die steigende Zahl Pflegebedürftiger finden.

Pflegegesetze schaffen Erleichterungen

2015 tritt das erste von zwei Pflegestärkungsgesetzen in Kraft, der Bundestag hatte es am 17. Oktober beschlossen, der Bundesrat hatte am 7. November zugestimmt. Damit werden für die Pflegebedürftigen und ihre Angehörigen wichtige Verbesserungen wirksam. Vor allem die Dynamisierung der Pflegeleistungen wirkt dem über lange Jahre aufgelaufenen Verlust an deren Kaufkraft entgegen. Ein sehr sinnvoller Schritt ist es, die zusätzlichen Betreuungs- und Entlastungsleistungen auszubauen. Zu würdigen ist insbesondere, dass jetzt mehr Geld für Verbesserungen des Wohnumfeldes zur Verfügung steht. Statt bislang rund 2.500 Euro sind es künftig 4.000 Euro je Maßnahme. Zudem können jetzt die Leistungen in einer Tages- oder Nachtpflegeeinrichtung ohne Anrechnung auf das Pflegegeld oder die Pflegesachleistung in Anspruch genommen werden. Dies bedeutet eine erhebliche finanzielle Entlastung für die Pflegebedürftigen. Versicherte mit einer dauerhaft eingeschränkten Alltagskompetenz sowie einem Hilfebedarf unterhalb der Pflegestufe I haben nunmehr auch einen Anspruch auf die Leistungen der Tages- oder Nachtpflege, der Kurzzeitpflege und dem Wohngruppenzuschlag. Somit werden für diesen Personenkreis die Leistungen der Pflegeversicherung weiter ausgeweitet. Künftig können Pflegekassen auch sogenannte Alltagsbegleiter finanzieren. Diese sollen Pflegebedürftigen zum Beispiel beim Einkaufen oder Behördengängen zur Seite stehen. Das sind gut nutzbare Angebote. Gleichfalls begrüßen wir es, dass im Entwurf des Präventionsgesetzes den Pflegekassen die Möglichkeit für Präventionsleistungen in Pflegeheimen eingeräumt wird. Die 30 Cent pro Versichertem können ein guter Anfang sein. Allzu viel darf man dabei wohl nicht erwarten, wenn man diesen Ansatz auf alle Pflegeheime umlegt.

Pflege bleibt, auch zwanzig Jahre nach ihrem Start, eine Erfolgsgeschichte mit Handlungsbedarf. Das zweite Pflegestärkungsgesetz soll zum Beispiel einen neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff etablieren. Doch auch damit wird der Reformbedarf sicher nicht verschwinden. Genug Stoff also für Pflegereporte kommender Jahre.

Universität Bremen

ZeS Zentrum für Sozialpolitik

Statement

BARMER GEK Pflegereport 2014
Zahnärztliche Versorgung Pflegebedürftiger
muss ausgebaut werden!

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

anlässlich der Pressekonferenz
zur Vorstellung des Pflegereports 2014 der BARMER GEK
am 25. November 2014 in Berlin

I. Zahnärztliche Versorgung Pflegebedürftiger

1. Pflegebedürftige sind zahnmedizinisch unterversorgt

Pflegebedürftige werden im Vergleich zu Nicht-Pflegebedürftigen weniger häufig zahnmedizinisch betreut. Während rund 30 Prozent der nicht pflegebedürftigen Versicherten mindestens einmal im Quartal einen *Zahnarztkontakt* haben, sind es bei den pflegebedürftigen Versicherten nur rund 20 Prozent. Dieser Unterschied kann zum Teil durch das höhere Alter der Pflegebedürftigen erklärt werden. Doch auch unter Kontrolle von Alter, Geschlecht, einer Vielzahl an Diagnosestellungen und der Region bleiben die Unterschiede bestehen, die sich zudem nach Pflegestufe und Pflegeform unterscheiden. Pflegebedürftige der Pflegestufe I, die ausschließlich von ihren Angehörigen gepflegt werden, weisen dabei noch die geringsten Unterschiede zu Nicht-Pflegebedürftigen auf. Für sie wird eine um 5,5 Prozentpunkte geringere Behandlungsquote festgestellt. Diese Differenz vergrößert sich für höhere Pflegestufen und bei formeller Pflege. So liegt die Behandlungsquote bei Pflegebedürftigen in Pflegestufe III in stationärer Pflege um 14,9 Prozentpunkte niedriger als bei Nicht-Pflegebedürftigen gleichen Alters und Geschlechts.

Entsprechende Ergebnisse zeigen sich auch bei den Untersuchungen von speziellen Teilbereichen der zahnärztlichen Versorgung. Im Bereich der *Parodontopathien* liegt die durchschnittliche Inanspruchnahme der Nicht-Pflegebedürftigen bei 0,35 Prozent. Hier weisen Pflegebedürftige bei Kontrolle von Region und sonstigen wichtigen Erkrankungen eine um 0,14 Prozentpunkte verminderte Behandlungsquote gegenüber Nicht-Pflegebedürftigen gleichen Alters und Geschlechts auf.

Im Leistungsspektrum von *Zahnersatz und Zahnkronen* wird für nicht pflegebedürftige Versicherte eine Behandlungsquote von 3,2 Prozent je Quartal festgestellt. Ein geringerer Versorgungsgrad zeigt sich hier bei Pflegebedürftigen der Pflegestufe II und III. Für Pflegebedürftige in familialer Pflege mit Pflegestufe III werden ebenfalls unter Kontrolle der Region und bestimmter Erkrankungen um 2,8 Prozentpunkte verringerte Behandlungsquoten festgestellt. Die Pflegebedürftigen, die durch ambulante Pflegedienste oder im Pflegeheim versorgt werden, haben sogar noch geringere Behandlungsquoten

Da Hinweise auf eine zahnmedizinische Überversorgung Nicht-Pflegebedürftiger nicht erkennbar sind, ist angesichts der genannten Unterschiede insgesamt von einer *Unterversorgung der Pflegebedürftigen* auszugehen, die im Interesse der Pflegebedürftigen abgebaut werden sollte. Die Bedeutung einer angemessenen zahnmedizinischen Versorgung Pflegebedürftiger wurde bereits 2009 im Gutachten des Sachverständigenrats zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen hervorgehoben.

2. Notwendige Anpassungen der Gebührenordnung für Zahnärzte ist auf den Weg gebracht, Wirkung bleibt abzuwarten

Ein entscheidender Faktor für das Ausmaß zahnärztlicher Vergütung Pflegebedürftiger ist das Vergütungsrecht. Ausreichende zahnmedizinische Leistungen werden nur dann erbracht werden, wenn sich diese Versorgung für die an der Versorgung teilnehmenden Zahnärzte

auch lohnt. Mit dem GKV-Versorgungsstrukturgesetz vom 22.12.2011 und dem Pflege-Neuausrichtungsgesetz vom 23.10.2012 hat der Gesetzgeber bereits reagiert und eine Anpassung des Vergütungsrechts auf den Weg gebracht. In Umsetzung dieser Gesetze hat der Bewertungsausschuss 2013 und 2014 neue Abrechnungspositionen im einheitlichen Bewertungsmaßstab für zahnärztliche Behandlungen (BEMA-Positionen) eingeführt, die zahnärztliche Hausbesuche und den Abschluss von Kooperationsvereinbarungen mit Pflegeheimen für Zahnärzte attraktiver machen sollen. Zudem müssen die Pflegeheime die Kassen darüber informieren, welche Regelungen sie zur Zahngesundheit getroffen haben. Die Pflegekassen wiederum sollen diese Informationen aufarbeiten und ihren Versicherten patientengerecht zur Verfügung stellen. Inwieweit diese Regelungen zu einer Verbesserung der zahnmedizinischen Versorgung Pflegebedürftiger führen und inwieweit nachgesteuert werden muss, wird sich in den nächsten Jahren zeigen.

3. Weitere Anstrengungen in Pflegeheimen, in Arztpraxen und bei der Koordination von Leistungen sind notwendig

Da Pflegebedürftige selbst aufgrund von Immobilität, Wahrnehmungsstörungen, Kommunikationsproblemen, gestörtem Schmerzempfinden und vielem anderem mehr häufig nicht in der Lage sind, sich angemessen um ihre Zahngesundheit zu kümmern, sind alle anderen Beteiligten aufgefordert, Verantwortung zu übernehmen. Ansatzpunkte für förderliche strukturelle Verbesserungen jenseits der Vergütungsfrage zeigen sich in den Pflegeheimen, den Arztpraxen und in Bezug auf die Kooperation von Zahnärzten, Pflegeeinrichtungen und Kassen.

In den *Pflegeheimen* geht es zunächst um die Sensibilisierung und Qualifizierung des (Pflege)Personals für die zahnmedizinischen Belange von Pflegebedürftigen, u.a. durch Mundhygieneschulungen für Pflegekräfte. Weiterhin sollten angemessene räumliche Voraussetzungen für zahnärztliche Untersuchungen und Behandlungen geschaffen werden. Hierzu wäre ein Zahnarztstuhl in größeren Einrichtungen wünschenswert. Wünschenswert sind weiterhin *Zahnarztpraxen*, die (als Schwerpunktpraxen) besonders auf die Belange pflegebedürftiger Patienten eingehen können, durch barrierfreien Zugang, speziell geschultes Personal und entsprechende Räumlichkeiten. Zentral für die Mundgesundheit Pflegebedürftiger ist allerdings der regelmäßige Zahnarztkontakt. Hierzu sollten die neu geschaffenen Möglichkeiten der *Kooperationsverträge* zwischen Zahnärzten und Pflegeeinrichtungen genutzt werden. Die Information der Pflegekassen über die zahnmedizinischen Behandlungsmöglichkeiten in Pflegeheimen ist sicherlich ein richtiger Schritt. Wünschenswert wäre aber, wenn alle Einrichtungen Kooperationsverträge melden könnten, die eine regelmäßige zahnärztliche Kontrolle sowie die Organisation des Transports in Zahnarztpraxen für die Fälle, die nicht im Heim versorgt werden können, vorsehen.

Für das Gesamtsystem wäre zudem die Formulierung von Leitlinien zum zahnärztlichen Umgang mit Pflegebedürftigen erstrebenswert.

II. Pflegepolitik

1. Pflege-Bahr ist auch im Jahr 2014 nicht erfolgreich

Die 2013 eingeführte zulagengeförderte private Pflegezusatzversicherung („Pflege-Bahr“) bleibt auch im Jahr 2014 ein Nischenprodukt. Im Gesetzentwurf von Juni 2012 war bis Ende 2013 der Abschluss von 1,5 Millionen Versicherungsverträgen erwartet worden. Entsprechend waren im Haushalt 100 Mio. Euro (davon 90 Millionen Euro für die Zulagen) vorgesehen. Tatsächlich lag die Zahl der Versicherungsverträge Ende 2013 mit 350.000 bei weniger als einem Viertel der anvisierten Zahl. Auch für 2014 ist kein Durchbruch zu verzeichnen. Der PKV-Verband strebt jetzt bis Ende des Jahres die „stolze Zahl“ von einer Million Versicherungsverträgen an – also zwei Drittel des eigentlich schon für Ende 2013 erwarteten Wertes. Auch diese Zahl wird sich aber kaum realisieren lassen. Entsprechend sind im Bundeshaushalt für 2014 nur noch Zuschussmittel in Höhe von 33 Millionen Euro vorgesehen. Selbst wenn diese komplett für die Zulagen verwendet werden, reicht das rechnerisch nur für 550.000 Verträge. Auch die Bundesregierung ist hinsichtlich der Zahl der Verträge somit skeptisch. Tatsächlich ist nicht zu erwarten, dass der Pflege-Bahr jemals zum Massenprodukt wird. Vielmehr bleibt er ein Produkt für wenige Besserverdienende, das durch die steuerfinanzierte Förderung einkommensstarker Haushalte eine Umverteilung von unten nach oben impliziert.

Mitverantwortlich für die geringe Verbreitung ist sicherlich auch die berechtigte Kritik der Verbraucherschützer am Pflege-Bahr, die auf die unzureichenden Leistungshöhen der Standardverträge ebenso hinweisen wie auf die Gefahr der Negativselektion, die daraus resultiert, dass der Pflege-Bahr vor allem für schlechte Risiken attraktiv ist, die keine ungeförderte Versicherung mit Gesundheitsprüfung bekommen können.

2. Erstes Pflegestärkungsgesetz enthält sinnvolle Leistungsverbesserungen aber immer noch keine regelgebundene Leistungsdynamisierung

Das am 7. November diesen Jahres vom Bundesrat verabschiedete Erste Pflegestärkungsgesetz enthält sinnvolle Leistungsausweitungen. Hierzu gehört die Ausdehnung der zusätzlichen Betreuungsleistungen auf alle Pflegebedürftigen, die als Vorgriff auf die Einführung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs 2017 zu sehen ist, Flexibilisierungen in Hinblick auf Verhinderungspflege, Tages- und Nachtpflege und Kurzzeitpflege sowie die Inanspruchnahme dieser Leistungen ohne Kürzung des Pflegegeldes, die Erhöhung des Schlüssels für Betreuungskräfte in Pflegeheimen und die Stärkung neuer Wohnformen. Die vorgesehene Übertragung von Sachleistungsansprüche auf niedrigschwellige Betreuungs- und Entlastungsangebote ist zwar sinnvoll, weil sie die Gestaltungsmöglichkeiten der Pflegebedürftigen und damit ihre Autonomie erhöht, birgt aber auch die Gefahr einer Disqualifizierung der Pflege in sich.

Negativer fällt dagegen die Bewertung der Leistungsdynamisierung aus. Die Pflegeversicherungsleistungen sind sämtlich gedeckelt oder pauschaliert. Wenn nicht angepasst wird, verlieren sie daher jedes Jahr an Wert und es kommt zu einer realen Leistungskürzung, ohne dass diese gesondert beschlossen werden muss. Von 1995 bis 2008 haben die Versiche-

rungsleistungen dabei rund 20 bis 25 Prozent an Wert verloren. Soll die Kaufkraft der Pflegeversicherungsleistungen erhalten werden, damit die Soziale Pflegeversicherung auch in Zukunft einen bedeutsamen Anteil der mit Pflegebedürftigkeit verbundenen Kosten übernimmt, ist daher eine regelmäßige und ausreichende Anpassung notwendig. Die im Pflegestärkungsgesetz beschlossene vierprozentige Anpassung für die Jahre 2012 bis 2015 schafft (knapp) einen Inflationsausgleich, leistet aber – ebenso wie die 2008 beschlossenen Anpassungen – keinen Beitrag zur nachholende Kompensation des Wertverlustes von 1995 bis 2008. Vor allem aber bleibt es bei der Regelung, dass alle drei Jahre „geprüft“ wird, ob eine weitere Anpassung möglich ist. Dabei ist die gesamtwirtschaftliche Lage zu berücksichtigen, so dass die Pflegeversicherung in weit höherem Maße von realen Kürzungen bedroht ist als etwa die Kranken- oder die Rentenversicherung. Zudem gilt weiterhin die Inflationsrate als Orientierungswert, der unterschritten werden kann (bei niedrigen Lohnsteigerungen), aber nicht überschritten werden soll. Nun ist der Arbeitsmarkt in Zukunft von Arbeitskräfteknappheit gekennzeichnet. Sollten daher die Reallöhne (auch) in der Pflege steigen, droht hier ein weiterer Wertverlust, da die Kosten der Pflegeleistungen und damit langfristig auch ihre Preise insbesondere durch die Lohnkostenentwicklung geprägt sind. Soll der Realwert der Pflegeversicherungsleistungen konstant gehalten werden, sollte diese Regelung daher durch einen regelgebundenen Anpassungsmechanismus ersetzt werden, der die Lohnkosten- und die allgemeine Preisentwicklung im Verhältnis zwei zu eins berücksichtigt. Diese Verhältniszahl ergibt sich daraus, dass die Kosten der Pflegeeinrichtungen zu zwei Drittel aus Lohnkosten bestehen.

3. Pflegevorsorgefonds ist fehlkonzipiert

In dem gleichfalls mit dem Ersten Pflegestärkungsgesetz eingeführten Pflegevorsorgefonds sollen in den nächsten zwanzig Jahren Rücklagen gebildet werden, die anschließend gestreckt über einen Zeitraum von wiederum gut zwanzig Jahren der Pflegeversicherung zugutekommen. Dadurch sollen Beitragssatzstabilität und Generationengerechtigkeit geschaffen werden. Dieser Pflegevorsorgefonds ist aber *fehlkonzipiert*: Erstens räumt selbst die zur Hüterin dieser Rücklage auserkorene deutsche Bundesbank ein, dass es nicht möglich ist, diese Rücklagen vor dem *zukünftigen Zugriff des Finanzministers* zu schützen. Zweitens ist der Fonds so gering, dass die *Entlastung* in Höhe von 0,1 Beitragssatzpunkten in den 2030er, 2040er und 2050er Jahren, wenn der Beitragssatz bei eher vier Beitragssatzpunkten liegen dürfte, *unmerklich* ist. Drittens ist der Fonds *nicht nachhaltig*, sondern gerade dann leer, wenn die höchste Zahl der Pflegebedürftigen (Ende der 2050er Jahre) erreicht sein wird. Anschließend sinkt die Zahl der Pflegebedürftigen aber auch die Zahl der Beitragszahler, wodurch die Beitragshöhe relativ konstant auf hohem Niveau verharren wird. Eine temporäre Kapitalbildung ist daher nicht geeignet, einen nachhaltigen Effekt hervorzurufen. Viertens ist eine Kapitalbildung in einem Sondervermögen zur Förderung der Generationengerechtigkeit *ineffizient*. Wenn die Last zukünftiger Generationen verringert werden soll, ist dazu die Staatsverschuldung abzubauen. Ansonsten kommt es zu einem Nebeneinander von Staatsverschuldung, für die Soll-Zinsen zu zahlen sind und einem Fonds mit niedrigeren Haben-Zinsen.

III. Aktuelle und zukünftige Entwicklungen

1. Zahl der Pflegebedürftigen steigt regional sehr unterschiedlich – Landes- und Kommunalpolitik sind gefragt

Die Zahl der Pflegebedürftigen steigt seit Einführung der Pflegeversicherung kontinuierlich an. Der Blick auf die zukünftige Entwicklung zeigt aber – ebenso wie der in die Vergangenheit – *regional unterschiedliche Steigerungsraten* und *unterschiedliche zeitliche Entwicklungen*. Während sich die Zahl der Pflegebedürftigen von 2010 bis 2050 in Sachsen-Anhalt „nur“ um 57 Prozent erhöht, liegt diese Steigerungsrate in Baden-Württemberg mit 113 Prozent ziemlich genau doppelt so hoch. Die Pflegebedürftigenzahl wird in den 2050er Jahren in elf Bundesländern insgesamt bereits wieder rückläufig sein, während sie in fünf Bundesländern immer noch weiter steigt. Auch eine sinkende Zahl an Pflegebedürftigen kann aber zu Versorgungsproblemen führen, wenn die Zahl der Erwerbstätigen gleichfalls sinkt und der zu erwartende Pflegenotstand so anhält.

2. Höhere Heimkapazitäten begünstigen eine stationär ausgerichtete Pflegeversorgung

Ein Vergleich der Bundesländer zeigt enge Zusammenhänge zwischen Versorgungskapazitäten und Inanspruchnahme: So ist eine höhere Heimkapazität (gemessen an der Zahl der Heimplätze pro Pflegebedürftige im Land) stark positiv mit dem Anteil der stationären Pflege in diesem Land korreliert. Ein höheres Angebot schafft sich somit seine Nachfrage. Besonders drastisch zeigt sich diese *angebotsinduzierte Nachfrage* in Schleswig-Holstein: Je 100 Pflegebedürftige werden dort 48,4 Heimplätze vorgehalten (Bundesdurchschnitt: 33,2). In Pflegeheimen versorgt werden in Schleswig-Holstein 40,6 Prozent der Pflegebedürftigen (Bundesdurchschnitt: 29,7 Prozent). Allerdings ist dieser Zusammenhang nicht perfekt. Ein höheres Angebot geht nämlich auch mit einer geringeren Auslastung einher.

3. Rehabilitation bei Pflegebedürftigkeit zeigt positive Effekte

Die geriatrische rehabilitative Versorgung ist in den einzelnen Bundesländern unterschiedlich ausgestaltet. Teilweise wird ausschließlich auf geriatrische Versorgung im Krankenhaus gesetzt, teilweise ist die geriatrische Versorgung in Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen besonders weit verbreitet und teilweise sind die Angebote in beiden Bereichen unterdurchschnittlich. Diese Unterschiede können genutzt werden, um die Effektivität der geriatrischen Rehabilitation zu beurteilen. Dabei zeigt sich, dass Bayern und das Saarland als die beiden Länder mit den meisten Betten in geriatrischen Einrichtungen der Vorsorge- und Rehabilitation, die geringste Pflegeeintrittswahrscheinlichkeit. Auch bei Kontrolle von Alter, Geschlecht und einer Reihe anderer Größen, ist die Wahrscheinlichkeit, pflegebedürftig zu werden (Inzidenz) in diesen Ländern geringer als in allen anderen. Von den sechs Bundesländern mit den meisten Betten in geriatrischen Einrichtungen der Vorsorge- und Rehabilitation – das sind Saarland, Bayern, Baden-Württemberg, Mecklenburg-Vorpommern, Rheinland-Pfalz und Sachsen –, haben fünf im Vergleich zum Bundesdurchschnitt unterdurchschnittliche Eintrittsraten in die Pflegebedürftigkeit. Dies kann als Hinweis auf die *Wirksamkeit geriatrischer Rehabilitation* interpretiert werden.

BARMER GEK Pflegereport 2014: Zahnärztliche Versorgung Pflegebedürftiger

Vorstellung des BARMER GEK Pflegereports 2014

am 25.11.2014 in Berlin

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

Ausgewählte Ergebnisse der heutigen Präsentation

I. Pflegepolitik

II. Aktuelle und zukünftige Entwicklungen

III. Zahnmedizinische Versorgung Pflegebedürftiger

Ausgewählte Ergebnisse der heutigen Präsentation

I. Pflegepolitik
   1. Pflege-Bahr und Pflege-Neuausrichtungsgesetz
   2. Leistungsverbesserungen im Ersten Pflegestärkungsgesetz
   3. Pflegevorsorgefonds

II. Aktuelle und zukünftige Entwicklungen

III. Zahnmedizinische Versorgung Pflegebedürftiger

I.1 Pflege-Bahr

- Pflege-Bahr bleibt Nischenprodukt
  - Gesetzentwurf Juni 2012: Erwartete Zahl für 2013: 1,5 Mio.
  - Tatsächlich realisiert bis Ende 2013: 350 Tsd. , also weniger als ein Viertel der Zielgröße
  - PKV-Verband peilt jetzt „die stolze Zahl“ von 1 Mio. Verträge für 2014 an
  - Bundesregierung hat Haushaltsansatz von 100 Mio. Euro (für 2013) auf 33 Mio. Euro (für 2014) reduziert. Das entspricht gut 500 Tsd. Verträgen

- Weitere Kritikpunkte an Pflege-Bahr bleiben bestehen
  - Unzureichende Leistungshöhen
  - Umverteilung von unten nach oben durch steuerliche Förderung bei Inanspruchnahme nur durch Besserverdiener
  - Gefahr der adversen Selektion

I.1 Pflege-Neuausrichtungsgesetz

- Leistungsverbesserungen des PNG greifen
  - Erstmaliges Pflegegeld und Pflegesachleistungen für Stufe „0“
  - Quantitativ bedeutsamerer Effekt durch erhöhtes Pflegegeld / erhöhte Pflegesachleistungen für PEA in Stufe I und II

Tabelle 2: Leistungsempfänger von Leistungen nach § 123 SGB XI				
	Pflegestufe 0	Pflegestufe I	Pflegestufe II	Insgesamt
Pflegesachleistung	9.014	20.534	15.746	45.294
Pflegegeld	52.368	143.913	105.509	301.790
Kombination von Pflegegeld und Pflegesachleistung	7.242	48.925	53.698	109.865
Häusliche Pflege bei Verhinderung der Pflegeperson	1.586	12.285	15.497	29.368
Insgesamt (ohne Verhinderungspflege)	68.624	213.372	174.953	456.949
Quelle: (BMG 2014d)				

I.1 Leistungsverbesserungen im Ersten Pflegestärkungsgesetz

- Erfolgte Leistungsverbesserungen sind sinnvoll:
  - Ausdehnung der zusätzlichen Betreuungsleistungen (§ 45b SGB XI) auf alle Pflegebedürftigen ist Vorgriff auf PSG II
  - Flexibilisierung im Hinblick auf Verhinderungspflege, Tages- und Nachtpflege und Kurzzeitpflege
  - Anrechnungsfreie Inanspruchnahme dieser Leistungen
  - Erhöhung des Schlüssels für Betreuungskräfte (§ 87b SGB XI)
  - Stärkung neuer Wohnformen
- Übertragung von Sachleistungsansprüchen auf niedrigschwellige Betreuungs- und Entlastungsangebote birgt Gefahr der Dequalifizierung der Pflege

I.2 Leistungsdynamisierung

- 1995-2008: Wertverlust der Pflegeleistungen von 20-25%
- Dieser Wertverlust wird durch die erfolgten Dynamisierungs-schritte (2008/2010/2012 sowie 2015) nicht ausgeglichen
- Pflegeversicherungsleistungen sind heute ein Viertel weniger wert als bei Einführung
- Um Wertverlust in Zukunft zuverlässig zu verhindern, muss die diskretionäre Leistungsanpassung durch eine regelgebundene Leistungsdynamisierung ersetzt werden.
- Eine Anpassung gemäß 2/3 Lohn- und 1/3 Preisentwicklung ist bei zukünftig steigenden Reallöhnen dabei sinnvoll

I.3 Pflegevorsorgefonds

Der Pflegevorsorgefonds ist fehlkonzipiert:

1. Der Fonds kann nicht vor dem Zugriff und der Zweckentfremdung durch die Politik geschützt werden

2. Der Effekt ist quantitativ gering

I.3 Pflegevorsorgefonds

Tabelle 4: Beitragssatzreduktion aufgrund des Vorsorgefonds in Abhängigkeit von Zinssatz und Grundlohnsummenwachstum				
	Grundlohnsummenwachstum (real)			
Verzinsung (real)	0 %	**1 %**	2 %	3 %
0 %	0,090	0,078	0,064	0,053
1 %	0,105	0,085	0,069	0,057
2 %	0,116	**0,092**	0,074	0,060
3 %	0,129	0,100	0,078	0,061

Quelle: eigene Berechnungen

Anmerkungen: Angegeben ist der arithmetische Mittelwert über alle Jahre, in denen Auszahlungen vorgenommen werden

- Auch bei verschiedenen Kombinationen von Verzinsung und Grundlohnsummenwachstum bleibt der Effekt auf ca. 0,1 Beitragssatzpunkte begrenzt

I.3 Pflegevorsorgefonds

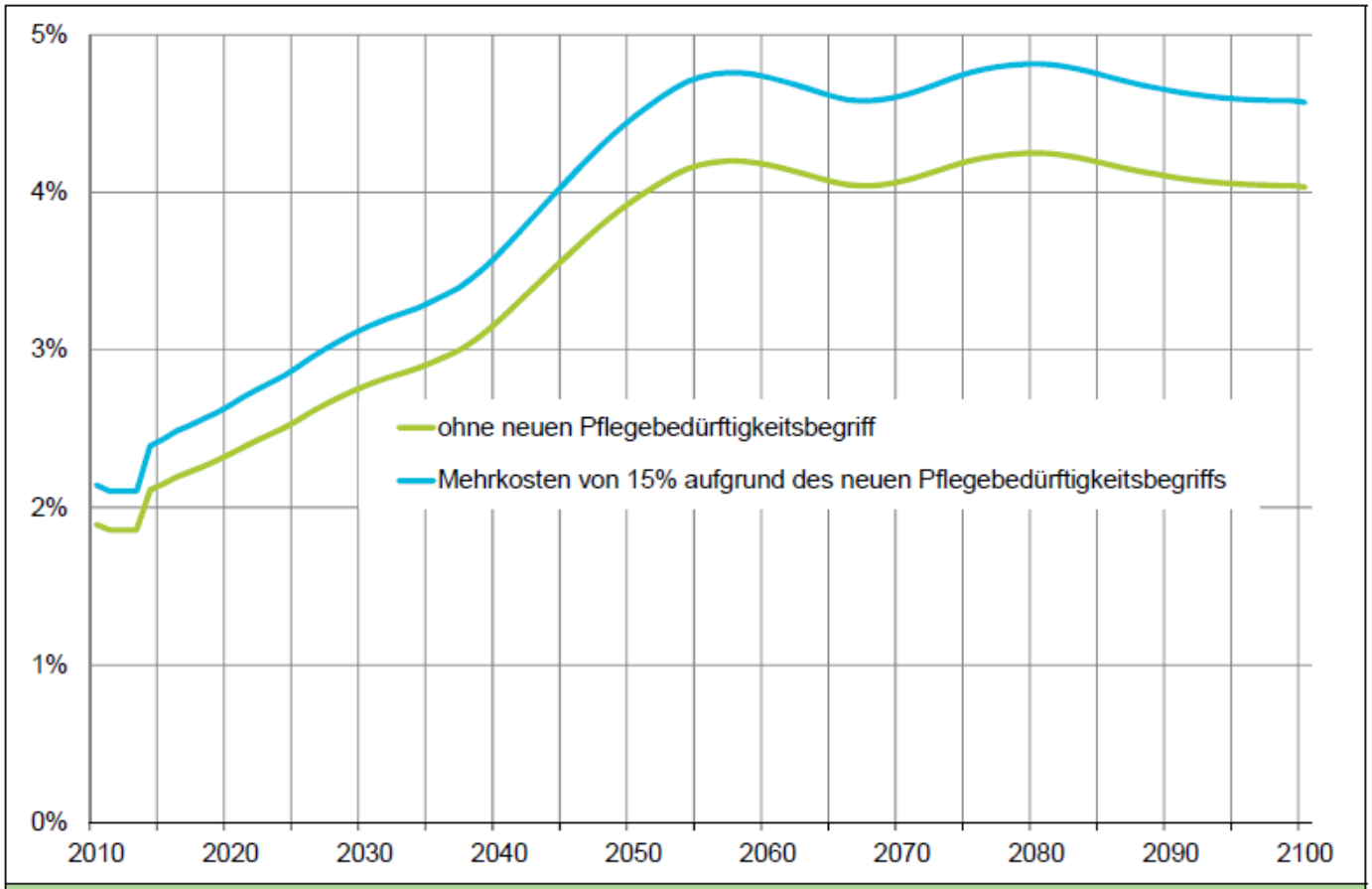
Der Pflegevorsorgefonds ist fehlkonzipiert:

1. Der Fonds kann nicht vor dem Zugriff und der Zweckentfremdung durch die Politik geschützt werden

2. Der Effekt ist quantitativ gering

3. Der Fonds ist dann leer, wenn die höchste Zahl Pflegebedürftiger erreicht wird. Auch danach sinkt der Beitragssatz nicht, weil auch die Zahl der Beitragszahler sinkt.

I.3 Pflegevorsorgefonds



Quelle: (Jacobs & Rothgang 2014)

Anmerkung: Annahme: real konstante Arbeitsentgelte und Versicherungsleistungen

Abbildung 1: Bedingt demographische Beitragssatzprojektion

I.3 Pflegevorsorgefonds

Der Pflegevorsorgefonds ist fehlkonzipiert:

1. Der Fonds kann nicht vor dem Zugriff und der Zweckentfremdung durch die Politik geschützt werden

2. Der Effekt ist quantitativ gering

3. Der Fonds ist dann leer, wenn die höchste Zahl Pflegebedürftiger erreicht wird. Auch danach sinkt der Beitragssatz nicht, weil auch die Zahl der Beitragszahler sinkt.

4. Zur Entlastung zukünftiger Generationen ist es sinnvoller, Staatsverschuldung abzubauen als parallel einen Fonds aufzubauen, da sonst parallel Haben- und Sollzinsen zum Tragen kommen.

Ausgewählte Ergebnisse der heutigen Präsentation

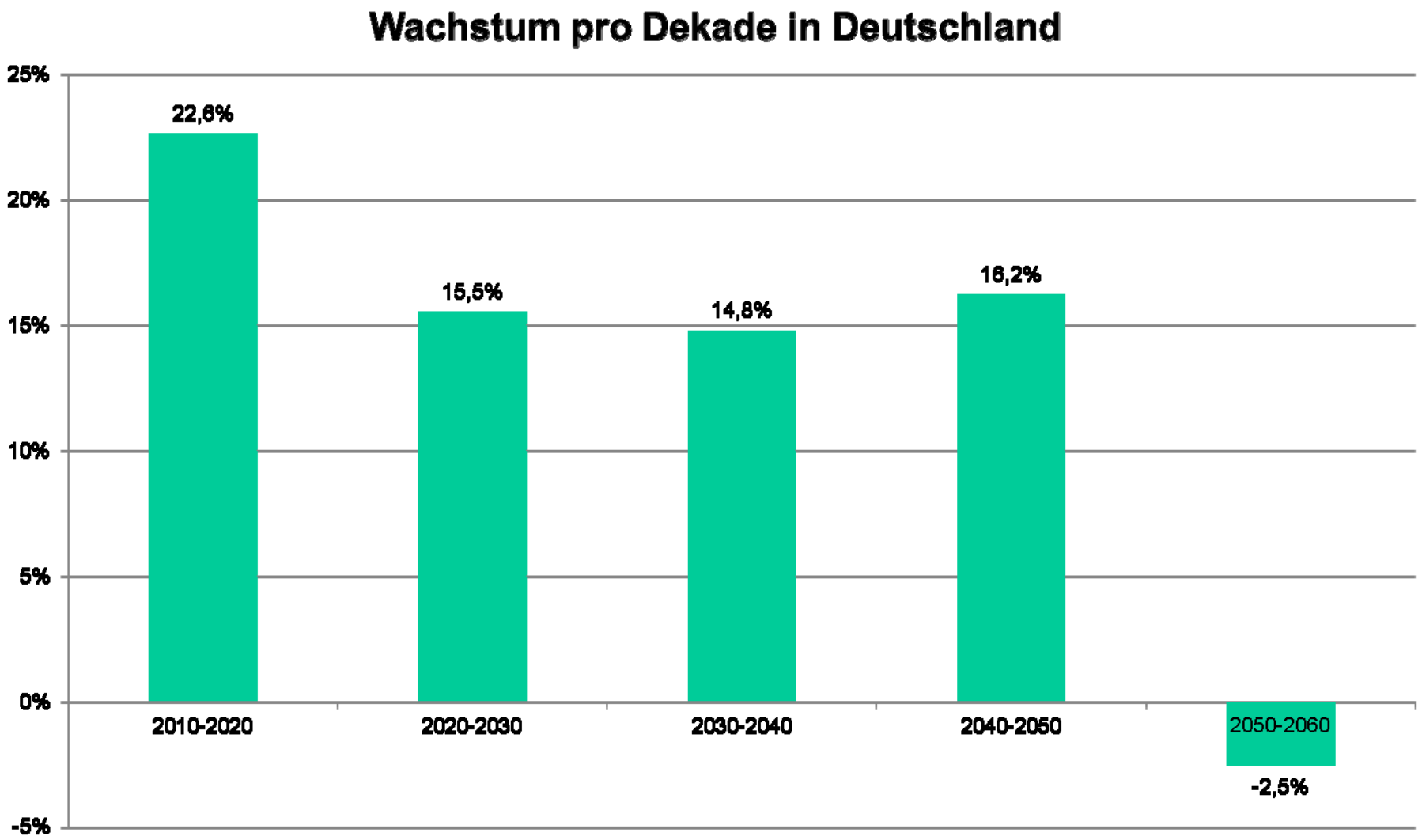
I. Pflegepolitik

II. Aktuelle und zukünftige Entwicklungen

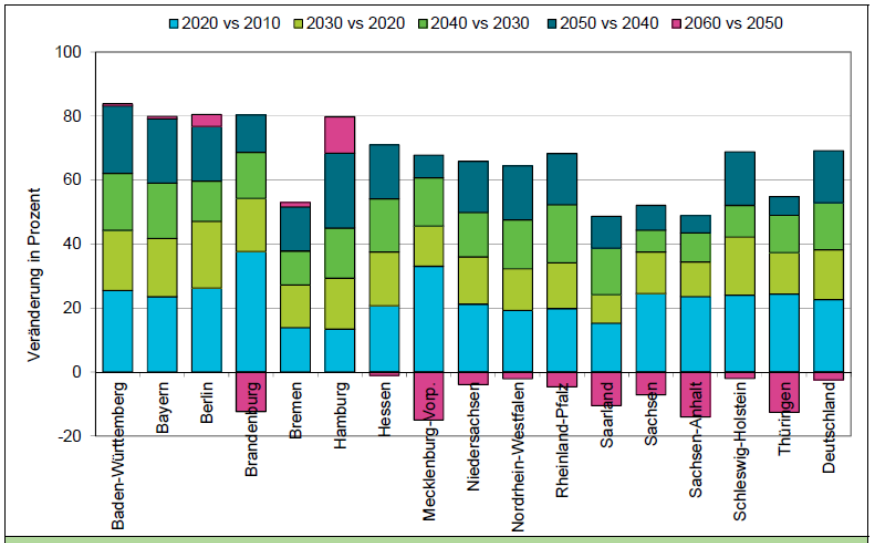
1. Vorausberechnungen zur Zahl der Pflegebedürftigen auf Landesebene
2. Zusammenhang zwischen Pflegeinfrastruktur und Inanspruchnahme
3. Finanzierung von Pflegebedürftigkeit
4. Geriatrische Rehabilitation

III. Zahnmedizinische Versorgung Pflegebedürftiger

II.1 Zukünftige Zahl der Pflegebedürftigen

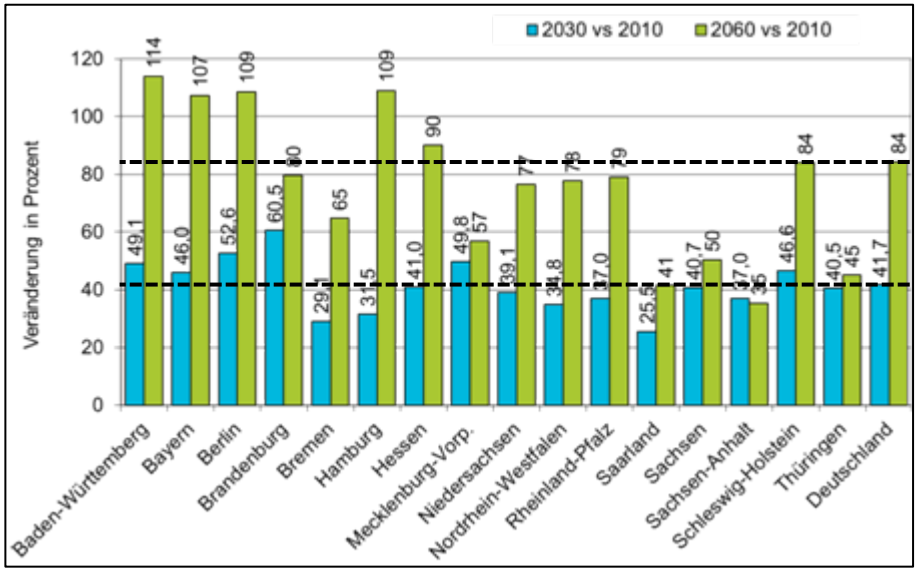


II.1 Zukünftige Zahl der Pflegebedürftigen



Quelle: Statistisches Bundesamt (2009a, 2013b, 2014a)

Abbildung 13: Relative Veränderung der Zahl der pflegebedürftigen Männer und Frauen zwischen 2010 und 2060 in Prozent

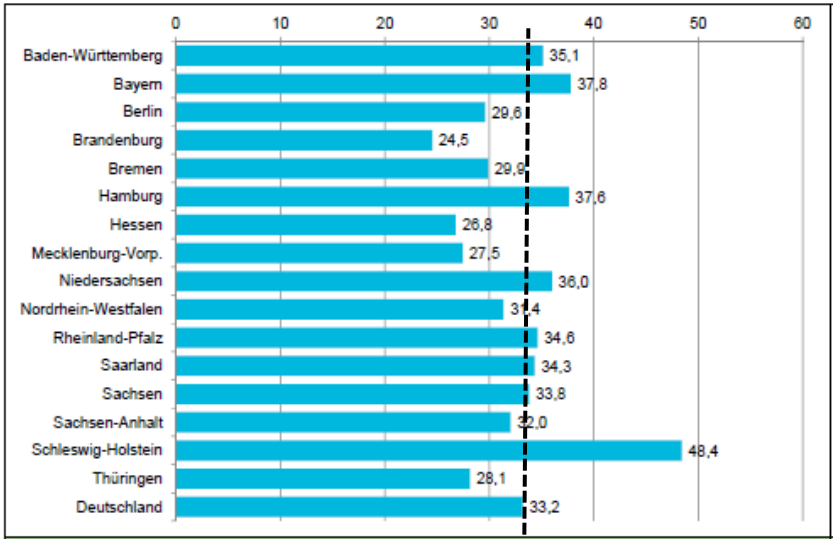


- Pflegebedürftigkeit entwickelt sich regional unterschiedlich
  - Bis 2020 nimmt die Zahl der Pflegebedürftigen besonders stark zu in Brandenburg und Mecklenburg-Vorpommern
  - Bis 2060 ist das Wachstum dagegen am stärksten in Baden-Württemberg, Berlin, Hamburg und Bayern
  - In den 2050er Jahren sinkt die Zahl der Pflegebedürftigen teilweise

II.2 Pflegeinfrastruktur und Pflegearrangements

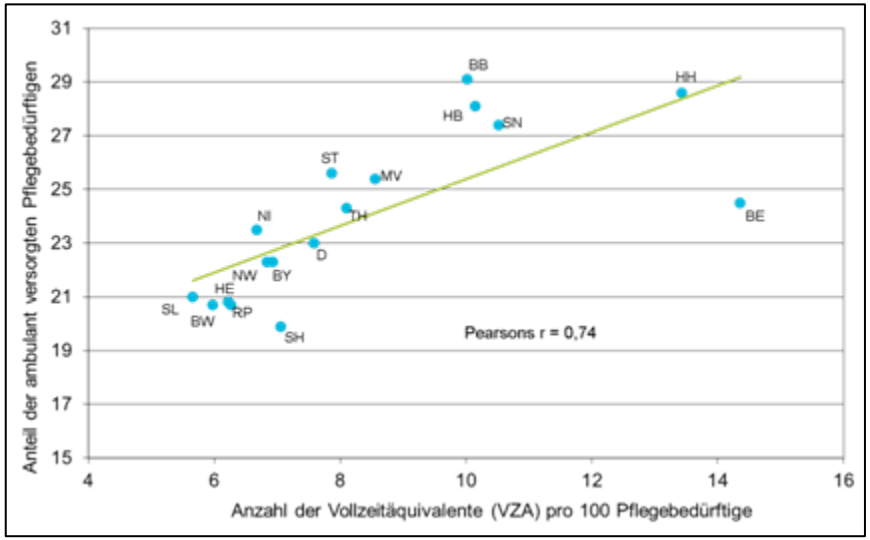
Quelle: Tabelle 16

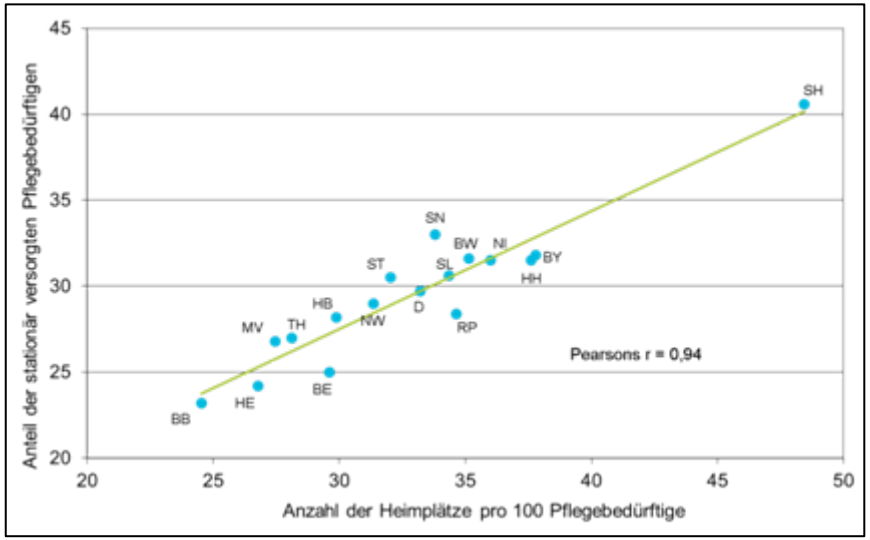
Abbildung 17: Kapazitäten ambulanter Pflegedienste je 100 Pflegebedürftige nach Bundesland im Jahr 2011 (Vollzeitäquivalente)



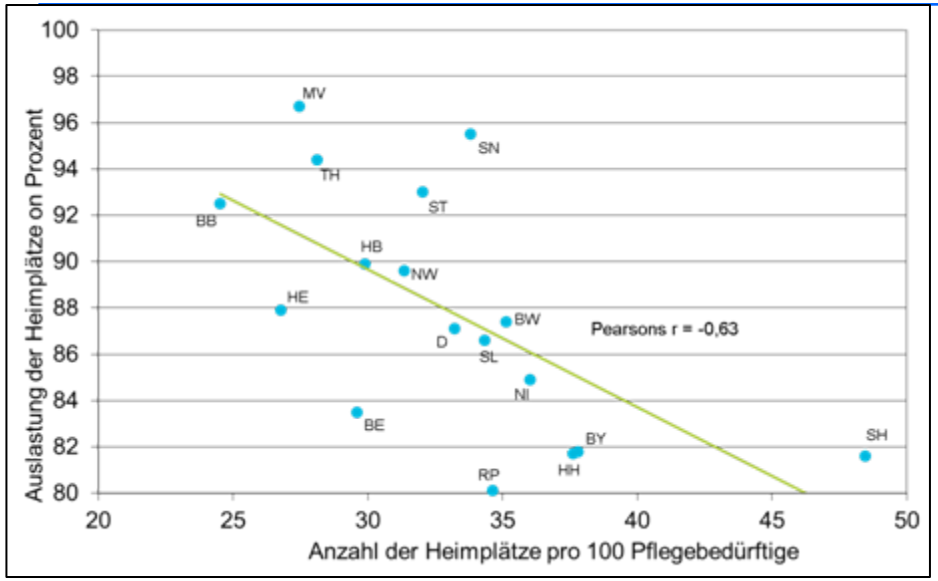
Quelle: Statistisches Bundesamt (2013e)

Abbildung 19: Heimplätze in vollstationärer Pflege je 100 Pflegebedürftige im Jahr 2011





II.2 Pflegeinfrastruktur und Pflegearrangements



- Erhebliche Unterschiede:
  - Ambulant: von 5,7 vollzeitäquivalent Beschäftigten (Saarland) bis zu 14,4 (Berlin)
  - Stationär: von 24,5 Heimplätzen (Brandenburg) bis zu 48,4 (Schleswig-Holstein)

- Angebotseffekte:
  - Je höher die Kapazitäten (ambulant und stationär), desto höher ist der Anteil der formellen (ambulanten und stationären) Pflege
  - Höhere stationäre Kapazitäten gehen aber auch mit einer niedrigeren Auslastung einher

II.3 Finanzierung von Pflegebedürftigkeit

Tabelle 28: Ausgaben für Pflegebedürftigkeit nach Finanzierungsquelle in 2012

Ausgabenquelle	in Mrd. €	als % der öffentl./priv. Ausgaben	als % aller Ausgaben
Öffentliche Ausgaben		100	64,8
Soziale Pflegeversicherung	22,94	84,5	54,7
Private Pflegeversicherung	0,78	2,9	1,9
Sozialhilfe	3,25	12,0	7,7
Kriegsopferfürsorge	0,20	0,7	0,5
Private Ausgaben*	14,79	100	35,2
Pflegeheim1)	10,48	70,9	25,0
häusliche Pflege2)	4,31	29,1	10,3
Insgesamt	41,96	---	100

Quelle: BMG (2014a); PKV (2012); Statistisches Bundesamt (2013f, 2014c)

*Schätzungen

1) Die verwendeten Heimentgelte stammen aus der Pflegestatistik 2011.

2) Die monatlichen privat getragenen Pflegekosten in der häuslichen Pflege betragen für Pflegestufe I (II, III) 154 (309, 350) Euro (SOEP, Wellen 2010-2012).

I.4 Geriatrische Rehabilitation

	Geriatrische Betten je 100.000 Einwohner im Alter 65+			Cox-Modell zur Übergangsrate in Pflege	
	Vorsorge & Reha	Krankenhaus	Gesamt		
Schleswig-Holstein	0	96	96	0,93	***
Hamburg	0	227	227	1,00	
Niedersachsen	31	32	63	1,16	***
Bremen	0	175	175	1,30	***
Nordrhein-Westfalen	31	108	139	1,10	***
Hessen	3	128	131	1,07	***
Rheinland-Pfalz	44	20	64	0,95	**
Baden-Württemberg	94	24	118	0,97	**
Bayern	123	14	137	0,85	***
Saarland	137	69	206	0,86	***
Berlin	17	176	193	0,92	***
Brandenburg	13	125	138	1,03	
Mecklenburg-Vorpom.	57	5	62	1,11	***
Sachsen	39	21	60	0,89	***
Sachsen-Anhalt	6	81	87	0,95	***
Thüringen	0	81	81	0,93	*
Deutschland	**49**	**69**	**118**	**1,00**	**

Grün = überdurchschnittlich hohe Bettenzahl / unterdurchschnittliches Pflegerisiko
Rot = unterdurchschnittlich hohe Bettenzahl / überdurchschnittliches Pflegerisiko

Ausgewählte Ergebnisse der heutigen Präsentation

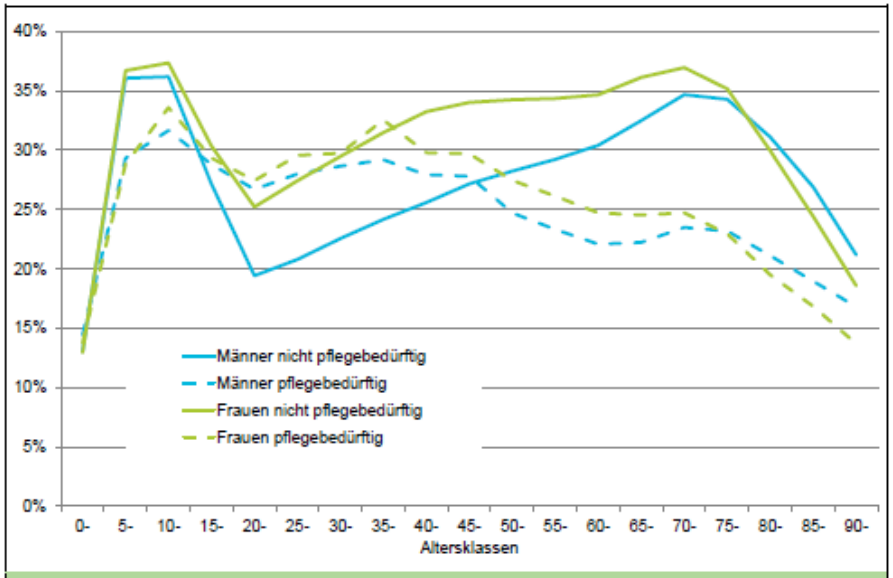
I. Pflegepolitik

II. Aktuelle und zukünftige Entwicklungen

III. Zahnmedizinische Versorgung Pflegebedürftiger

1. Unterversorgung bei Pflegebedürftigen
2. Anpassungen im Vergütungsrecht
3. Verbleibende Weiterentwicklungsbedarfe

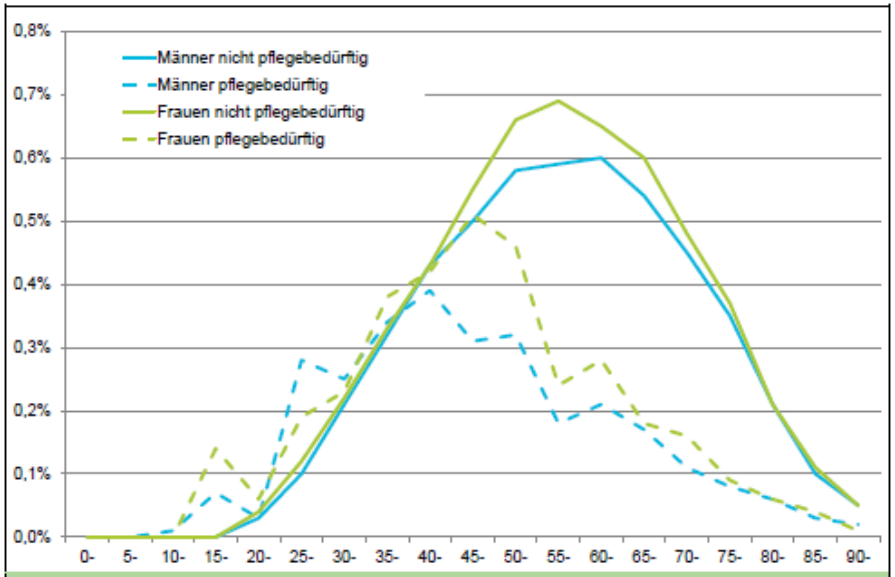
III.1 Zahnmedizinische Unterversorgung von Pflegebedürftigen



Quelle: Routinedaten BARMER GEK

Anmerkung: ohne Schleswig-Holstein und ohne Versicherte im Ausland

Abbildung 38: Anteil der Versicherten mit Inanspruchnahme vertragszahnärztlicher Leistungen des BEMA-Teils 1 nach Alter, Geschlecht und Pflegebedürftigkeit je Quartal im Jahr 2012



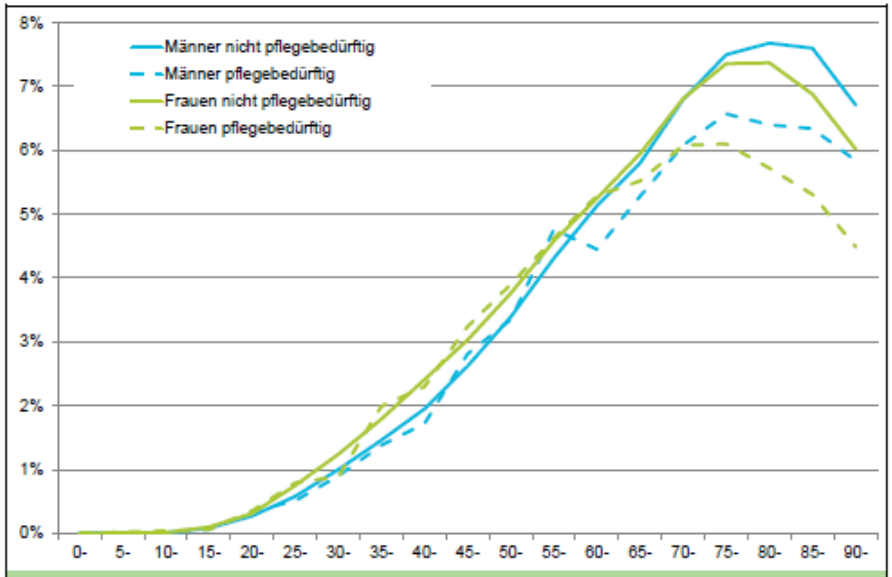
Quelle: Routinedaten BARMER GEK

Anmerkung: ohne Schleswig-Holstein und ohne Versicherte im Ausland

Abbildung 41: Anteil der Versicherten mit Inanspruchnahme vertragszahnärztlicher Leistungen des BEMA-Teils 4 nach Alter, Geschlecht und Pflegebedürftigkeit je Quartal im Jahr 2012

- Pflegebedürftige ab einem Alter von 50 nehmen weniger zahnärztliche Leistungen in Anspruch. Das gilt für
  - Konservierende, chirurgische und Röntgenleistungen (BEMA Teil 1)
  - Paradontopathien (BEMA Teil 2) sowie
  - Zahnersatz und Zahnkronen (BEMA Teil 3)

III.1 Zahnmedizinische Unterversorgung von Pflegebedürftigen



Quelle: Routinedaten BARMER GEK

Anmerkung: ohne Schleswig-Holstein und ohne Versicherte im Ausland

Abbildung 44: Anteil der Versicherten mit Inanspruchnahme vertragszahnärztlicher Leistungen des BEMA-Teils 5 nach Alter, Geschlecht und Pflegebedürftigkeit je Quartal im Jahr 2012

Lineare Regressionsmodelle zum %-Anteil der Versicherten mit Inanspruchnahme vertragszahnärztlicher Leistungen je Quartal im Jahr 2012

	BEMA Teil 1		BEMA Teil 4		BEMA Teil 5	
Konstante	28,0	***	0,60	***	3,5	***
Pflegebedürftig	-5,5	***	-0,14	***	0,0	
... mit Pflegestufe II	-2,2	***	-0,01		-0,9	***
... mit Pflegestufe III	-6,2	***	0,00		-2,8	***
... Hilfe für behinderte Menschen	8,9	***	0,14	***	-0,1	
... mit formell ambulanter Pflege	-4,8	***	-0,02		-1,0	***
... im Pflegeheim	-3,2	***	0,00		-1,4	***
Frau	4,0	***	0,03	***	0,1	***
Alter 00-04 Jahre	-17,9	***	-0,57	***	-3,5	***
Alter 05-19 Jahre	3,0	***	-0,57	***	-3,5	***
Alter 20-39 Jahre	-6,0	***	-0,41	***	-2,7	***
Alter 65-79 Jahre	2,7	***	-0,10	***	2,8	***
Alter 80-84 Jahre	-2,0	***	-0,34	***	3,5	***
Alter 85 Jahre und höher	-7,6	***	-0,41	***	2,8	***
Bundesland kontrolliert	ja		ja		ja	
Erkrankungen kontrolliert	ja		ja		ja	

Quelle: Routinedaten BARMER GEK

Signifikanzniveau: ***: p<0,001, **: p<0,01, *: p<0,05

Referenz: Nicht pflegebedürftig (informelle Pflege, Pflegestufe I), Mann, Alter 40-64, Hessen;

ohne Schleswig-Holstein und ohne Versicherte im Ausland

Gesamtmodelle auf Anfrage bei den Autoren

- Die geringere Versorgung zeigt sich auch bei Kontrolle von Alter und Geschlecht sowie Bundesland und Morbidität

III.2 Erfolgte Änderungen im Vergütungsrecht

- *GKV-Versorgungsstrukturgesetz* vom 22.12.2011:
  - Zusätzliche Leistungen für den Hausbesuch von Pflegebedürftigen

- *Pflege-Neuausrichtungsgesetz* vom 23.10.2012:
  - Zusätzliche Leistungen für den Hausbesuch von Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz, die die Zahnarztpraxis nicht oder nur mit hohem Aufwand aufsuchen können
  - Entwicklung einer Rahmenvereinbarung zur kooperativen und koordinierten zahnärztlichen und pflegerischen Versorgung von stationär Pflegebedürftigen als Basis für Kooperationsverträge und entsprechende Anpassung des einheitlichen Bewertungsmaßstabs
  - Schaffung von Transparenz zur medizinischen Versorgung und zu den Kooperationsverträgen in Pflegeheimen

III.3 Verbleibende Reformnotwendigkeiten

- In Pflegeheimen: Mundhygieneschulungen für Pflegepersonal, Optimierung der Behandlungssituation (Zahnarztstuhl)
- In Zahnarztpraxen: Personelle und räumliche Voraussetzungen schaffen für die Behandlung von Pflegebedürftigen (in Schwerpunktpraxen)
- Generell: Qualifizierung und Sensibilisierung im Umgang mit Pflegebedürftigen (Kooperationsfähigkeit, Reaktionsfähigkeit, Mobilität, Kommunikationsfähigkeit)
- Kooperationsverträge zwischen Zahnärzten, Pflegeheimen und Pflegekassen zur Gewährleistung regelmäßiger Arztbesuche und des Transports in die Praxis, wenn notwendig
- Überprüfung und ggf. Anpassung der vergütungsrechtlichen Innovationen

Schluss

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!

Ich freue mich auf Ihre Fragen!

BARMER GEK

BARMER GEK Pflegereport 2014

→ Infografiken

→ Infografik 1
Pflegefall schadet Mundgesundheit

→ Infografik 2
Pflegebedürftige zahnmedizinisch schlecht versorgt

→ Infografik 3
Einnahmen und Ausgaben steigend

→ Infografik 4
Wer bezahlt die Pflege?

→ Infografik 5
Pflegeheim: Eigenanteil steigt, Versicherungsleistung nicht

→ Infografik 6
Entwicklung der Zahl Pflegebedürftiger

→ Infografik 7
Pflegehäufigkeit wächst regional unterschiedlich

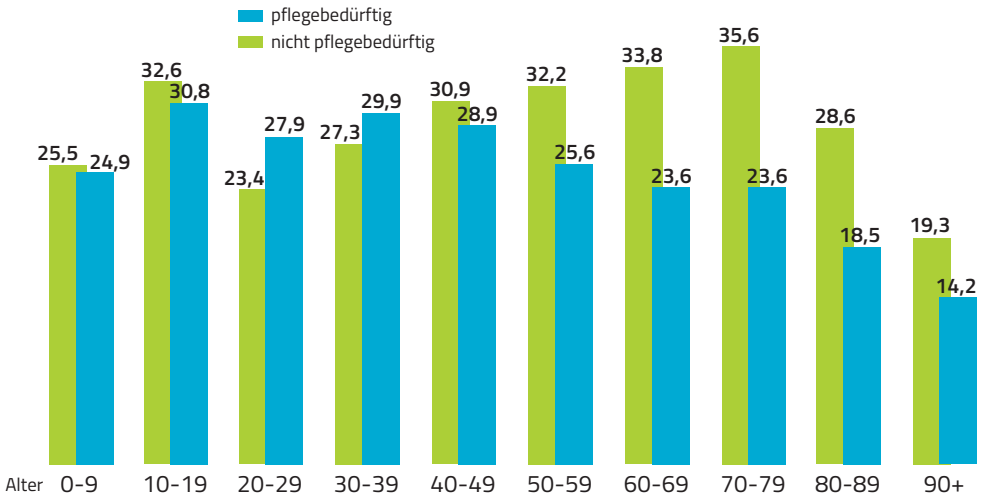
→ Infografik 8
Pflegestufe I wächst weiter am schnellsten

→ Infografik 9
So wird gepflegt in Deutschland

→ Infografik 10
Pflege bleibt hauptsächlich Frauensache

Pflegefall schadet Mundgesundheit

Inanspruchnahme konservierender, chirurgischer und Röntgenleistungen durch Pflegebedürftige und Nicht-Pflegebedürftige, im Jahr 2012, in Prozent im Quartal



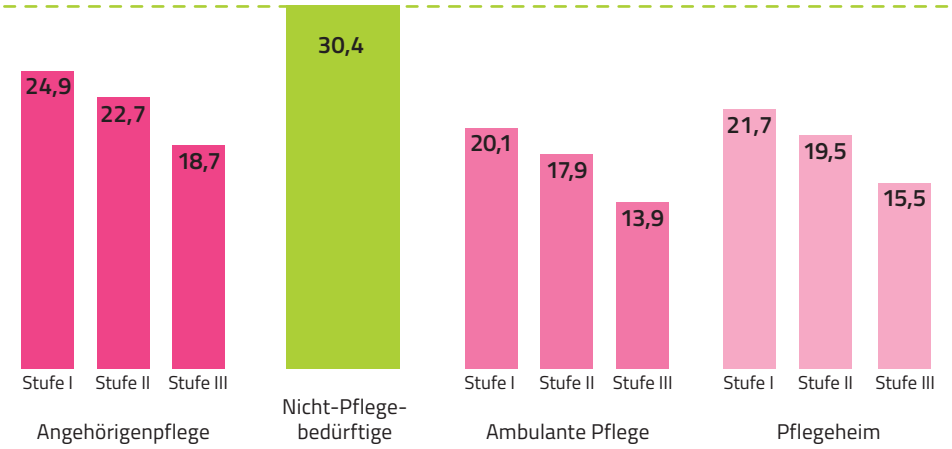
Quelle: BARMER GEK Pflegereport 2014

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: karin.emmel@barmer-gek.de) auch als editierbare Indesign-CS6-Markup-Datei erhältlich. Bei Veröffentlichung in Printmedien Belegexemplar erbeten an: BARMER GEK, Abt. Unternehmenskommunikation, 42271 Wuppertal.

Pflegebedürftige zahnmedizinisch schlecht versorgt

Inanspruchnahme von konservierenden, chirurgischen sowie Röntgenleistungen durch Pflegebedürftige im Vergleich zu Nicht-Pflegebedürftigen, je Quartal im Jahr 2012, in Prozent



Referenz: Behandlungsquote aller Nicht-Pflegebedürftigen
unter Berücksichtigung von Alter, Geschlecht, Morbidität und Bundesland

Quelle: BARMER GEK Pflegereport 2014

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: karin.emmel@barmer-gek.de) auch als editierbare Indesign-CS6-Markup-Datei erhältlich. Bei Veröffentlichung in Printmedien Belegexemplar erbeten an: BARMER GEK, Abt. Unternehmenskommunikation, 42271 Wuppertal.

Einnahmen und Ausgaben steigend

Finanzentwicklung in der Sozialen Pflegeversicherung, in Milliarden Euro, gerundet

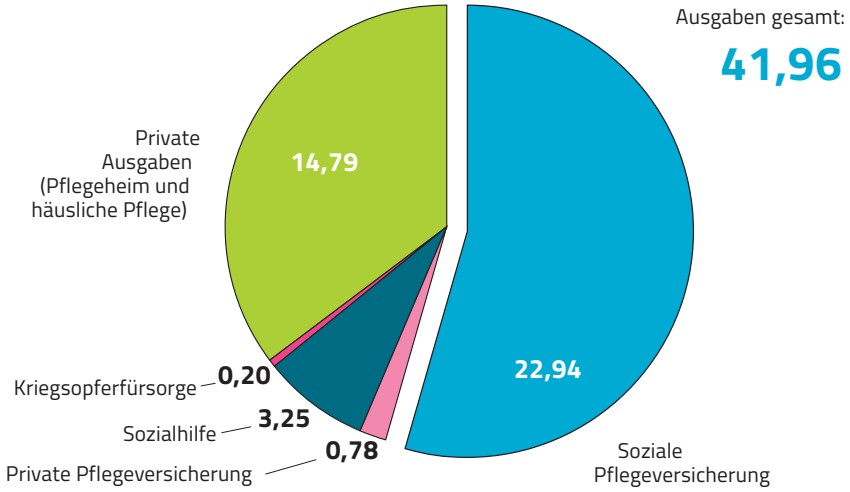
Quelle: BARMER GEK Pflegereport 2014

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: karin.emmel@barmer-gek.de) auch als editierbare Indesign-CS6-Markup-Datei erhältlich. Bei Veröffentlichung in Printmedien Belegexemplar erbeten an: BARMER GEK, Abt. Unternehmenskommunikation, 42271 Wuppertal.

Wer bezahlt die Pflege?

Ausgaben für Pflegebedürftigkeit in Deutschland nach Finanzierungsquellen, 2012, in Milliarden Euro



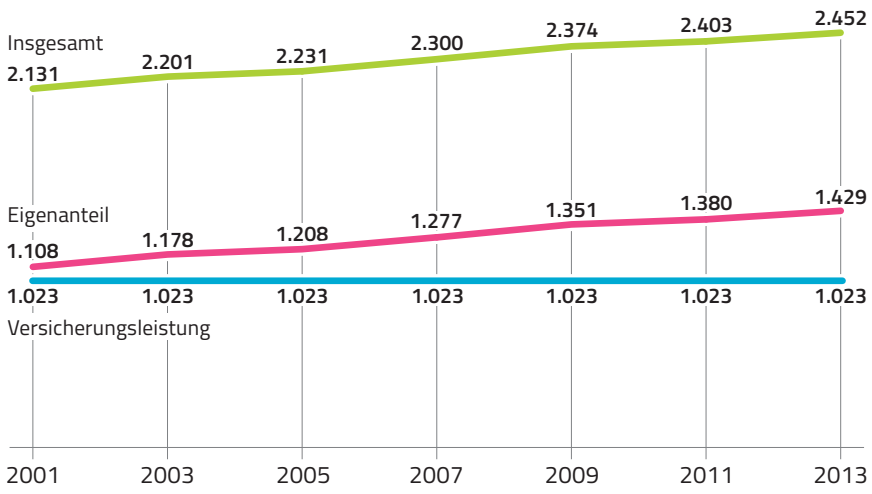
Quelle: BARMER GEK Pflegereport 2014

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: karin.emmel@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 privat zu tragende Eigenanteile für Pflegeheime, Pflegestufe I, in Euro



Quelle: BARMER GEK Pflegereport 2014, eigene Berechnung

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: karin.emmel@barmer-gek.de) auch als editierbare Indesign-CS6-Markup-Datei erhältlich. Bei Veröffentlichung in Printmedien Belegexemplar erbeten an: BARMER GEK, Abt. Unternehmenskommunikation, 42271 Wuppertal.

Entwicklung der Zahl Pflegebedürftiger

Entwicklung der Zahl Pflegebedürftiger von 2010 bis 2060, nach Bundesländern, Pflegequoten auf Basis des Zensus 2011, Angaben in Tausend

	2010	2020	2030	2040	2050	2060
Baden-Württemberg	281	352	419	493	597	601
Bayern	327	404	477	560	672	677
Berlin	109	137	166	186	218	227
Brandenburg	93	129	150	172	192	168
Bremen	22	25	29	32	36	37
Hamburg	61	69	80	92	114	127
Hessen	199	240	280	327	382	378
Mecklenburg-Vorp.	66	88	99	114	122	104
Niedersachsen	268	325	373	425	492	473
Nordrhein-Westfalen	542	646	730	842	984	963
Rheinland-Pfalz	110	132	151	179	207	197
Saarland	32	37	40	46	51	46
Sachsen	138	172	194	207	223	207
Sachsen-Anhalt	87	108	119	130	137	118
Schleswig-Holstein	79	98	116	127	149	146
Thüringen	81	101	114	127	134	117

Quelle: BARMER GEK Pflegereport 2014

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: karin.emmel@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 wächst regional unterschiedlich

Relativer Zuwachs an Pflegebedürftigen zwischen 1999 und 2011, in Prozent

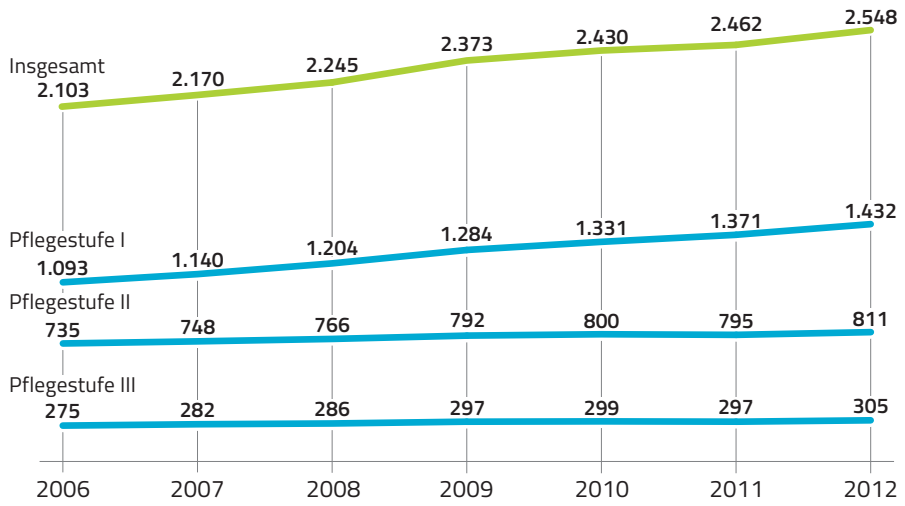
Quelle: BARMER GEK Pflegereport 2014

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: karin.emmel@barmer-gek.de) auch als editierbare Indesign-CS6-Markup-Datei erhältlich. Bei Veröffentlichung in Printmedien Belegexemplar erbeten an: BARMER GEK, Abt. Unternehmenskommunikation, 42271 Wuppertal.

Pflegestufe I wächst weiter am schnellsten

Pflegebedürftige in der Sozialen und Privaten Pflegeversicherung, in Tausend, gerundet



Quelle: BARMER GEK Pflegereport 2014

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: karin.emmel@barmer-gek.de) auch als editierbare Indesign-CS6-Markup-Datei erhältlich. Bei Veröffentlichung in Printmedien Belegexemplar erbeten an: BARMER GEK, Abt. Unternehmenskommunikation, 42271 Wuppertal.

So wird gepflegt in Deutschland

Kapazitäten ambulanter Pflege und in Pflegeheimen, 2011

12.354
stationäre Pflegeheime

12.349
ambulante Pflegedienste

661.179

Anzahl der Beschäftigten Gesamt

290.714

Davon anteilig in Prozent		
32,1	Vollzeit	**27,4**
36,5	Teilzeit über 50%	**34,6**
15,4	Teilzeit bis 50%	**14,6**
9,4	Geringfügig	**21,2**

Nicht eingerechnet sind Praktikanten, Schüler, Auszubildende, Helfer im freiwilligen sozialen Jahr, Zivildienstleistende oder Helfer im Bundesfreiwilligendienst. Dadurch ergänzen sich die Beschäftigtenquoten der Vollzeit- und Teilzeitbeschäftigten nicht auf 100%.

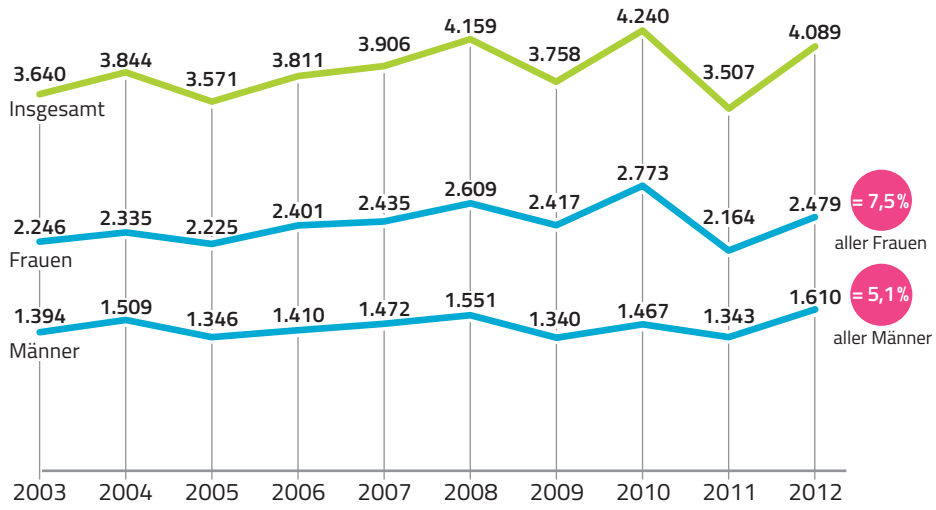
Quelle: BARMER GEK Pflegereport 2014

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: karin.emmel@barmer-gek.de) auch als editierbare Indesign-CS6-Markup-Datei erhältlich. Bei Veröffentlichung in Printmedien Belegexemplar erbeten an: BARMER GEK, Abt. Unternehmenskommunikation, 42271 Wuppertal.

Pflege bleibt hauptsächlich Frauensache

Anzahl der Pflegepersonen über 16 Jahre in Tausend, gerundet



Quelle: BARMER GEK Pflegereport 2014

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: karin.emmel@barmer-gek.de) auch als editierbare Indesign-CS6-Markup-Datei erhältlich. Bei Veröffentlichung in Printmedien Belegexemplar erbeten an: BARMER GEK, Abt. Unternehmenskommunikation, 42271 Wuppertal.